Quais São os Argumentos a Favor da Atenção Comunitária à Saúde Mental?[1]

What Are the Arguments for Community-Based Mental Health Care?

Graham Thornicroft[2]

Michele Tansella[3]

Resumo

O assunto: Transtornos mentais são responsáveis por aproximadamente 12-15% da desabilidade mundial total – mais que as doenças cardiovasculares, e duas vezes mais que o câncer. Seu impacto na vida diária é ainda mais amplo, respondendo por mais de 30% de todos os anos vividos com desabilidade. *Achados*: Não há argumentos convincentes ou dados que apóiem uma abordagem unicamente hospitalar. Também não há evidência científica de que serviços comunitários isoladamente podem prover integralidade na atenção. Ao contrário, a opinião dos profissionais e os resultados dos estudos disponíveis apóiam a atenção equilibrada. A atenção equilibrada é essencialmente comunitária, mas os hospitais têm um importante papel de retaguarda. Isto quer dizer que serviços de saúde mental são oferecidos nos contextos comunitários habituais próximos à população atendida, e internações hospitalares são tão breves quanto possível, disponibilizadas prontamente e empregadas somente quando necessário. É importante coordenar os esforços de uma diversidade de serviços de saúde mental, sejam estes governamentais, não-governamentais ou privados, e garantir que as interfaces entre eles funcionem de modo apropriado. Estudos de custo-efetividade em desinstitucionalização e de equipes comunitárias de atenção à saúde mental têm demonstrado que a qualidade da atenção tem relação direta com o orçamento disponível. Serviços comunitários de saúde mental geralmente custam o mesmo que os serviços hospitalares os quais substituem. *Considerações às políticas públicas*: As prioridades e as metas das políticas públicas para um país em particular dependem em larga escala dos recursos financeiros disponíveis. *Países com poucos recursos* devem focalizar na implementação e melhoria dos serviços de saúde mental no contexto da atenção primária, utilizando serviços de especialistas como retaguarda. *Países com recursos medianos* devem buscar, além disso, a oferta de componentes afins tais como ambulatórios, equipes comunitárias de atenção em saúde mental, atenção a pacientes no episódio agudo, atenção residencial comunitária prolongada e reabilitação profissional. Além de tais medidas, *países com muitos recursos* devem prover formas mais diferenciadas de atenção tais como ambulatórios especializados e equipes comunitárias de atenção em saúde mental, tratamento assertivo comunitário, e alternativas para a atenção a pacientes no episódio agudo, atenção residencial comunitária prolongada e reabilitação profissional.

Palavras-chave: serviços de atenção comunitária à saúde mental; qualidade da atenção à saúde; estudos comparativos; técnicas de apoio à decisão; Europa.

---

[1] Relatório-síntese sobre atenção comunitária à saúde mental, publicado pela Rede de Evidência em Saúde – RES (*Health Evidence Network – HEN*), do Escritório Regional da Europa (*Regional Office for Europe*) da Organização Mundial de Saúde. A RES visa proporcionar informações para a tomada de decisões na implementação de ações de atenção à saúde pelos gestores. O relatório é apresentado como "a resposta à questão de um gestor. Ele proporciona uma síntese das melhores evidências disponíveis, incluindo um sumário dos principais achados e opções em termos de políticas públicas relacionadas com o tema" (Thornicroft & Tansella, 2003, p. 2). A questão do planejamento de ações de atenção à saúde baseado em evidências é, no mínimo, fonte de controvérsia (Castiel & Póvoa, 2002; Campos, 2003), exigindo apreciação crítica e minuciosa contextualização histórico-cultural. Entende-se, porém, que o crescente interesse nas articulações possíveis entre as ações de atenção à saúde mental e a atenção básica, especialmente com a recente edição da Portaria 154/2008, a partir da qual ficam criados os Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF), bem como as implicações desta articulação para o campo da Psicologia Social, justificam o presente esforço. Tradução para o português por Marcelo Dalla Vecchia (mdvecchia@yahoo.com.br), doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da UNESP, Campus de Botucatu. A tradução foi autorizada pelo referido Escritório, e os direitos autorais são de detenção da revista *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. Agradecimentos aos participantes da lista de discussão da *internet* "Em Defesa da Reforma Psiquiátrica", especialmente Dulce Mara Gaio, Luís Fernando Tófoli e Sandra Maria Fischetti Barição.

[2] Professor de Psiquiatria Comunitária, Seção de Psiquiatria Comunitária, Departamento de Pesquisa em Serviço de Saúde, Instituto de Psiquiatria, King's College London, Universidade de Londres. g.thornicroft@iop.kcl.ac.uk.

[3] Professor de Psiquiatria, Departamento de Medicina e Saúde Pública, Seção de Psiquiatria, Universidade de Verona. michele.tansella@univr.it.

Abstract

The issue: Mental disorders are responsible for about 12 - 15 % of the world's total disability – more than cardiovascular diseases, and twice as much as cancer. Their impact on daily life is even more extensive, accounting for more than 30% of all years lived with disability. *Findings*: There are no persuasive arguments or data to support a hospital-only approach. Nor is there any scientific evidence that community services alone can provide satisfactory comprehensive care. Instead, the weight of professional opinion and results from available studies support balanced care. Balanced care is essentially community-based, but hospitals play an important backup role. This means that mental health services are provided in normal community settings close to the population served, and hospital stays are as brief as possible, arranged promptly and employed only when necessary. It is important to coordinate the efforts of various mental health services, whether governmental, nongovernmental or private, and to ensure that the interfaces between them function properly. Cost-effectiveness studies on deinstitutionalization and of community mental health care teams have demonstrated that quality of care is closely related to expenditure. Community-based mental health services generally cost the same as the hospital-based services they replace. *Policy considerations*: The priorities and policy goals for a particular country depend largely on the financial resources available. *Low-resource countries* should focus on establishing and improving mental health services within primary care settings, using specialist services as a backup. *Medium-resource countries* should also seek to provide related components such as outpatient clinics, community mental health care teams , acute inpatient care, long-term community-based residential care and occupational care. In addition to such measures, *high-resource countries* should provide forms of more differentiated care such as specialized ambulatory clinics and community mental health care teams, assertive community treatment, and alternatives to acute inpatient care, long-term community residential care and vocational rehabilitation.

Key words: community mental health services; quality of health care; comparative study; decision support techniques; Europe.

Introdução

Transtornos mentais têm um efeito marcante na saúde pública. Enquanto há diferentes modos de expressar as conseqüências de dada condição médica, a maneira tradicional de avaliar a carga de doença – em termos de incidência, prevalência e mortalidade – não é adequada para condições crônicas e que produzem desabilidade. A melhor maneira de medir a carga global de transtornos mentais deve ser Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (*Disability-Adjusted Life Years – DALY*) (Murray & Lopes, 1996; WHO, 2001). O índice DALY leva em consideração os anos perdidos devido à morte prematura, juntamente com anos de vida perdidos decorrentes de desabilidade. De acordo com este índice, estima-se que transtornos mentais respondem por aproximadamente 12-15% da desabilidade no mundo em 2000. Esta cifra representa duas vezes o nível da desabilidade causada por todas as formas de câncer, e maior que a causada por doenças cardiovasculares. Considerando o componente de desabilidade isoladamente, sem a mortalidade, transtornos neuro-psiquiátricos são responsáveis por mais de 30% de todos os anos vividos com desabilidade mundialmente.

Nas últimas duas décadas, tem havido um debate entre aqueles favoráveis à oferta de atenção e tratamento à saúde mental nos hospitais, e aqueles que preferem sua oferta em contextos comunitários, primariamente ou até mesmo exclusivamente. Uma terceira alternativa é utilizar tanto os serviços comunitários quanto a atenção hospitalar. Neste *modelo de atenção equilibrada*, o foco está na oferta de serviços em contextos comunitários habituais próximos à população atendida, enquanto as internações hospitalares são tão breves quanto possível, disponibilizadas prontamente e utilizadas somente quando necessário. Esta interpretação equilibrada dos serviços comunitários vai além da retórica sobre se é melhor a atenção hospitalar ou comunitária, encorajando, ao invés disso, a consideração sobre qual *composição* de abordagens é mais adequada para um território particular em um período particular.

O presente relatório trata de algumas questões-chave relacionadas com as políticas públicas, inclusive as seguintes: até que ponto os serviços de saúde mental devem ser oferecidos em contextos comunitários ou hospitalares? Quais serviços de saúde mental são considerados essenciais? Quais devem ser as prioridades na atenção à saúde mental em países com poucos, médios ou muitos recursos? Quais são os argumentos e as evidências no campo?

O objetivo deste documento é oferecer aos gestores uma síntese das evidências da pesquisa e outras informações disponíveis a respeito destas questões. Discute serviços destinados principalmente para adultos e não trata diretamente da atenção à saúde mental de crianças, de pessoas idosas ou daqueles que sofrem primariamente pelo uso abusivo de álcool ou outras drogas.

Fontes para esta revisão

Na preparação deste relatório, foram utilizados artigos de duas fontes. Primeiramente, foi feita uma

busca no MEDLINE, de 1980 até abril de 2003, utilizando-se "mental and community and hospital" no campo de busca, identificando-se inicialmente mais de 3.000 artigos. Depois, a busca foi restringida para artigos de revisão em língua inglesa, restando 141. Em segundo lugar, a *Cochrane Library* foi pesquisada para qualquer outra revisão sistemática acerca do assunto.

Contexto Histórico

A história recente dos serviços de saúde mental pode ser dividida em três períodos, cobrindo a ascensão do manicômio e do cuidado hospitalar tradicional; o declínio do manicômio, e o surgimento da atenção equilibrada (Thornicroft & Tansella, 1999a). O Anexo 1 resume as características-chave de cada período.

Período 1. A ascensão do manicômio ocorreu aproximadamente entre 1880 e 1950, primordialmente em países economicamente desenvolvidos (Desjarlais *et al.*, 1995). Foi marcada pela construção e ampliação dos manicômios, distantes das pessoas que atendiam, oferecendo principalmente contenção custodial e as mais básicas necessidades de sobrevivência a pacientes com uma ampla variação de transtornos clínicos e problemas sociais. Existe evidência, atualmente, de que o modelo manicomial oferece níveis muito baixos de tratamento e atenção (Leff, 1997). Não obstante, em alguns países, especialmente naqueles menos desenvolvidos economicamente, quase todos os serviços de saúde mental são oferecidos por meio de tratamento asilar.

Período 2. O declínio do manicômio ocorreu na maioria dos países desenvolvidos aproximadamente após 1950, quando foram demonstradas as limitações do modelo (Wing & Brown, 1970). Uma de suas falhas mais graves, provavelmente, foram seus efeitos nos pacientes, inclusive a progressiva perda de habilidades para a vida e o acúmulo de "sintomas de déficit" ou "institucionalismo" (Wing & Brown, 1970). Outros problemas abrangem sucessivas recaídas dos pacientes; o isolamento geográfico e profissional das instituições e suas equipes; fragilidade nos procedimentos de registro e contabilidade; problemas na gestão, liderança e administração; finanças insuficientes; treinamento de equipe ineficiente, e inadequada vigilância e medidas de avaliação de qualidade. A reação resultante foi a desinstitucionalização, caracterizada por três componentes:

- Prevenção de internações em hospitais psiquiátricos, por meio da oferta de serviços comunitários;
- Remanejamento de pacientes internados a longo prazo, que haviam recebido adequada preparação, para a comunidade, e
- Implementação e manutenção de sistemas de apoio comunitário para pacientes não-institucionalizados.

Período 3. A atenção equilibrada incorpora uma gama de serviços comunitários dentro de contextos locais. Na implementação destes serviços, o que ainda está por se iniciar em alguns locais, é importante continuar com a oferta de todos os benefícios da atenção hospitalar ao mesmo tempo em que se evita seus aspectos negativos. A abordagem da atenção equilibrada busca oferecer serviços que:

- São próximos aos domicílios, incluindo hospitais modernos para internação de pacientes no episódio agudo e equipamentos residenciais para atenção prolongada na comunidade;
- São volantes, incluindo serviços que oferecem atenção domiciliar;
- Tratam tanto de sintomas quanto de desabilidades;
- Oferecem tratamento e atenção específicos para o diagnóstico e necessidades individuais;
- São signatários de convenções internacionais de direitos humanos;
- Refletem as prioridades dos próprios usuários dos serviços, e
- São coordenados tanto pelos cuidadores quanto pelos gestores de saúde mental.

Componentes do Serviço Integrado

Os vários elementos da atenção equilibrada precisam ser bem integrados. A *abordagem segmentada*, na qual programas tais quais centros de atenção diária ou ambulatórios operam em grande parte independentemente um do outro, fora de um sistema coerentemente organizado, deve ser evitada. Muito mais efetiva é a *abordagem integrada* dos serviços, na qual os componentes do serviço são partes inter-relacionadas de um sistema completo de atenção (Thornicroft & Tansella, 1999a). Detalhes operacionais, tais quais o grau de conexão entre os elementos individuais, dependem da escolha dos princípios-guia. Serviços equilibrados de atenção comunitária à saúde mental refletem uma série de princípios-chave: autonomia, continuidade, eficácia, acessibilidade, acolhimento, eqüidade, racionalidade, coordenação e eficiência

(Thornicroft & Tansella, 1999b) (ver Anexo 2 para as definições).

A Tabela 1 apresenta um esquema para subsidiar a tomada de decisão a respeito de serviços de saúde mental equilibrados. A tabela é organizada ao longo das linhas propostas pelo *Relatório Mundial da Saúde*, em Saúde Mental, da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2001). Não há critério sócio-econômico consensual (tal como renda *per capita*) para determinar quais países se enquadram em um ou outro destes agrupamentos por nível de recursos.

Tabela 1. Componentes de saúde mental para países com poucos, médios ou muitos recursos

Países com poucos recursos	*Países com médios recursos*	*Países com muitos recursos*
(a) Atenção primária à saúde mental com a retaguarda de especialistas	(a) Atenção primária à saúde mental com a retaguarda de especialistas, e (b) Atenção em saúde mental avançada	(a) Atenção primária à saúde mental com a retaguarda de especialistas, e (b) Atenção em saúde mental avançada, e (c) Serviços especializados/ diferenciados de saúde mental
Rastreamento de casos e avaliação pelas equipes de atenção primária Tratamento psicoterápico, inclusive orientação e aconselhamento Tratamento farmacológico	Atenção ambulatorial	Atenção especializada a transtornos específicos ou de grupos de pacientes, inclusive: - Transtornos alimentares - Transtornos afetivos refratários - Serviços para adolescentes
	Equipes comunitárias de atenção à saúde mental (ECASM)	ECASM especializadas, que incluam: - Equipes de intervenção precoce -Equipes de tratamento comunitário assertivo (TCA)
Co-responsabilização e treinamento com equipe especializada de saúde mental, quando disponível Retaguarda limitada de especialistas para: - Treinamento - Assessoria a casos complexos - Avaliação e tratamento de pacientes hospitalizados que não podem ser atendidos no nível primário	Atenção hospitalar a pacientes em crise aguda	Alternativas para internações hospitalares, inclusive: - Equipes de atenção domiciliar e de urgência - Casas para refúgio/ acolhimento de crises - Hospitais-dia para pacientes no episódio agudo
	Atenção comunitária residencial prolongada	Formas alternativas de atenção comunitária residencial prolongada, inclusive: - Serviços residenciais com equipes intensivas em turnos de 24 horas - Acomodações menos intensivamente equipadas - Acomodações independentes
	Atenção ocupacional/diária	Formas alternativas de reabilitação profissional: - Oficinas abrigadas - Colocações supervisionadas no trabalho - Cooperativas - Grupos de auto-ajuda e de usuários dos serviços - Programas de empregos temporários oferecidos por clubes e associações - Reabilitação profissional - Serviços de apoio e colocação individual

A tabela indica que, em países com menos recursos, a equipe de atenção primária provavelmente precisará oferecer a maioria, senão todos, os serviços de saúde mental nos contextos de

atenção primária, com retaguarda de especialistas para proporcionar treinamento, consultoria, avaliação de pacientes internados e tratamento que não pode ser oferecido na atenção primária (Mubbashar, 1999). Alguns países com poucos recursos podem de fato estar em um estágio pré-manicomial (Nathan & Gorman, 2002), no qual a atenção aparentemente comunitária de fato representa negligência generalizada com as pessoas com transtornos mentais. Onde os manicômios existem, os gestores devem escolher entre aprimorar a qualidade da atenção dispensada (Nathan & Gorman, 2002) ou usar os recursos de hospitais de maior porte para implementar, ao invés, serviços descentralizados (Alem, 2002). A lacuna na atenção oferecida entre países com poucos e muitos recursos é grande, como pode ser visto na Tabela 2 (Becker, 2001; Alem, 2002; Njenga, 2002; World Bank, 2002).

Tabela 2. Indicadores de programas de atenção primária à saúde mental na Europa e África

Indicador	*Europa*	*África*
Psiquiatra por 100.000 pessoas	5,5 – 20,0	0,05
Leitos psiquiátricos por 100.000 pessoas	87	3,4
Gastos em saúde mental como percentual do orçamento total da saúde	5 – 10%	Menos de 1% em 80% dos países

Países com um nível médio de recursos podem primeiramente introduzir os componentes do serviço mostrados na segunda coluna da Tabela 1 e, depois, à medida que os recursos permitirem, escolher pela implementação de alguns dos serviços mais diferenciados indicados na terceira coluna.

A escolha por quais serviços implementar depende primeiramente de fatores locais, inclusive tradições e circunstâncias específicas dos serviços particulares, usuários, cuidadores e preferências das equipes profissionais, fortalezas e fraquezas dos serviços existentes, e da interpretação dos achados na área. O esquema indica também que modelos de atenção relevantes e acessíveis para países com muitos recursos podem ser completamente diferentes dos modelos de países com poucos recursos.

A evidência disponível deve ser utilizada juntamente com outras informações à disposição, incluindo conhecimento local e experiência (Geddes & Harrison, 1997). É claro, a ausência de evidência cientificamente comprovada a respeito de um serviço ou tratamento particular não necessariamente significa que este é ineficiente, mas simplesmente que ele ainda não foi avaliado utilizando metodologia científica rigorosa. Várias agências e a comunidade interessada, inclusive pacientes e outros cuidadores, são importantes fontes de informação, relevantes para as decisões locais (Thornicroft & Tansella, 1999).

Os Componentes de um Serviço de Atenção à Saúde Mental Equilibrado

Atenção primária à saúde mental com retaguarda de especialistas

Problemas psicológicos bem definidos são comuns em contextos gerais e de atenção primária em todos os países, com uma prevalência média de 24%. Relevante desabilidade é freqüentemente associada com tais transtornos, usualmente na proporção do número de sintomas presentes (Ormel *et al.*, 1994). Estudos conduzidos até então (Tansella & Thornicroft, 1999; Ustun & Sartorius, 1995) têm levado a uma série de achados significativos.

- Em praticamente todos os países, a maior parte das pessoas com transtornos mentais não são acompanhadas por serviços especializados;
- Transtornos psicológicos podem afetar as percepções dos pacientes a respeito de sua saúde física;
- A maior parte dos profissionais da atenção primária são atentos aos transtornos psicológicos, mas a correspondência entre o reconhecimento clínico e a incidência efetiva destes problemas varia de baixa a moderadamente alta;
- Os transtornos mentais acompanhados em contextos de atenção primária são um importante problema de saúde pública e produzem uma carga substancial à sociedade;
- O tratamento à saúde mental deve ser parte integral da atenção primária à saúde, e
- Deve ser dada alta prioridade ao treinamento em saúde mental para o reconhecimento e tratamento de transtornos mentais, para que tais habilidades sejam parte do núcleo de competências dos cuidadores da atenção primária.

Em países com poucos recursos com retaguarda de especialistas (ver Tabela 1), a maior parte dos casos de transtornos mentais devem ser diagnosticados e tratados em contextos de atenção primária à saúde (Desjarlais, 1995; WHO, 2001). O relatório da OMS defende ser factível integrar a

atenção à saúde mental nestes países com seus sistemas de atenção primária (WHO, 2001).

Atenção à saúde mental de ponta

A atenção à saúde mental de ponta se refere a uma amplitude de serviços utilizados em países que podem empenhar recursos que permitem ir além de somente um sistema de atenção primária com retaguarda de especialistas. Porém, a tarefa de identificar e tratar transtornos mentais, especialmente depressão e transtornos de ansiedade, ainda recai predominantemente para os operadores da atenção primária. Von Korff e Goldbert (2001) revisaram 12 diferentes ensaios controlados randomizados de atenção ampliada para depressão maior em contexto de atenção primária mostrando que, sem intervenção, tais transtornos freqüentemente remetem com o tempo, e que as intervenções devem ser focadas no gerenciamento a baixo custo dos casos, acopladas a relacionamentos de trabalho permeáveis e acessíveis entre o técnico de referência, o clínico da atenção primária e o especialista em saúde mental. A atenção deve ser ampliada com um acompanhamento ativo pelo técnico de referência (freqüentemente uma enfermeira da atenção primária), monitorando o tratamento e o ajustando se o paciente não melhorar, com encaminhamento a um especialista se necessário (Gask, Sibbald & Creed, 1997; Von Korff & Goldbert, 2001). A evidência disponível apóia uma abordagem multi-modal – intervenções dirigidas unicamente para o treinamento e apoio dos clínicos da atenção primária não têm se mostrado eficazes (Simon, 2002).

Como serviços especializados são escassos e dispendiosos, eles devem ser focalizados:

- Na avaliação e diagnóstico de casos complexos e naqueles que requerem uma segunda opinião de especialistas;
- No tratamento de pacientes com os sintomas mais persistentes;
- Na atenção àqueles com as maiores desabilidades decorrentes de transtornos mentais, e
- Na realização de recomendações de tratamento para condições que se mostraram refratárias ao tratamento proposto inicialmente.

Para atingir esta focalização de maneira consistente, os serviços precisam estabelecer prioridades para os beneficiários de atenção especializada. Serviços especializados eficazes concentram-se na provisão de serviços diretos a pessoas com transtornos mentais persistentes. Isto implica tratar de transtornos severos – a despeito de se tratar de pacientes psicóticos ou não-psicóticos, agudos ou pós-agudos – em um alto padrão clínico de atenção baseada em evidências. Especialistas também devem oferecer consultoria e apoio aos operadores da atenção primária e outros serviços que tratam de transtornos mentais comuns, prestando atenção especial para os transtornos resistentes ao tratamento e cronicamente desabilitantes encontrados nestes contextos. Serviços adequados precisam dispor de todas as cinco categorias da segunda coluna da Tabela 1, o que significa determinar a capacidade requerida para cada categoria e levar em conta os serviços disponíveis nas outras categorias. Esta abordagem é eventualmente denominada de planejamento do sistema completo (Thornicroft & Tansella, 1999a).

Ambulatórios

Ambulatórios podem ser vistos como serviços clínicos, em contextos tais quais os centros de atenção primária à saúde, hospitais gerais e centros comunitários de saúde mental, onde uma equipe treinada em saúde mental oferece avaliação e tratamento, inclusive farmacológico, psicológico e intervenções sociais. Tais serviços admitem imensas variações práticas, por exemplo:

- Os pacientes podem ser auto-referidos, ou precisam ser referidos por outras instituições tais quais os serviços de atenção primária;
- São disponíveis consultas eventuais (serviço de “porta-aberta”) ou somente agendadas;
- O contato clínico é oferecido somente por médicos ou também por outros profissionais;
- O pagamento é direto ou indireto;
- Existem ou não medidas para estimular o atendimento ao paciente e para solucionar o problema das faltas, e
- Existe ou não um sistema de regulação da freqüência e duração dos contatos clínicos.

Tem havido, surpreendentemente, pouca pesquisa a respeito da efetividade destas variações básicas da atenção ambulatorial (Becker, 2001). Ainda assim, existe forte consenso clínico em muitos países de que tais serviços oferecem uma maneira relativamente eficiente de avaliar e tratar problemas de saúde mental, resguardada a acessibilidade à população local. Dado que tais ambulatórios são modos simples de organizar o contato entre a equipe e os pacientes, a questão-chave consiste no conteúdo das intervenções

clínicas, a saber, se a eficácia destas intervenções tem sido demonstrada por pesquisas ou não (Nathan & Gorman, 2002).

Equipes comunitárias de atenção à saúde mental (ECASM)

As ECASM são o alicerce dos serviços comunitários de saúde mental. O modelo mais simples de oferta de atenção comunitária é generalista, ou seja, não-especializado. No interior de um sistema definido de adscrição territorial, as ECASM oferecem uma ampla gama de intervenções, com prioridade aos adultos com transtornos mentais severos. A evidência disponível no Reino Unido (Tyrer *et al.*, 1995, 1998, 2003; Thornicroft *et al.*, 1998; Simmonds *et al.*, 2001) sugere benefícios claros nestas equipes multi-disciplinares não-especializadas e comunitárias. As ECASM podem promover adesão aos serviços de saúde mental, criar maior satisfação nos usuários e melhorar a satisfação de necessidades, apesar de não produzirem melhora sintomática ou social significativa. Suas principais vantagens são o aprimoramento da continuidade da atenção e flexibilidade (Sytema, Micciolo & Tansella, 1997). Os pacientes podem ser beneficiados no acompanhamento pelos mesmos membros da equipe no decorrer do tempo, e em situações de crise tais relacionamentos se mostram inestimáveis. A capacidade das ECASM volantes em contatar pacientes no domicílio, em casa e em locais neutros tais como bares significa que recaídas são identificadas precocemente e tratadas mais freqüentemente, e que pode haver maior adesão ao tratamento.

A ECASM generalista é flexível, permitindo que a intensidade da demanda possa ser modulada de acordo com as necessidades dos pacientes sem requerer encaminhamento para outra equipe. Alguns pacientes que se beneficiam de contato freqüente e comunitário durante um período particular, por exemplo, durante uma recaída, podem requerer níveis relativamente baixos de atenção durante outros períodos. Equipes especializadas cuja competência refere-se exclusivamente à oferta de apoio intensivo têm menor margem para esta flexibilidade.

Gerenciamento de casos

O gerenciamento de casos é descrito (Thornicroft, 1991) como a "coordenação, integração e alocação de atenção individualizada a partir de recursos limitados". É mais um método de oferta de atenção do que propriamente uma intervenção clínica. Existe atualmente considerável literatura (Saarento *et al.*, 1996; Hansson *et al.*, 1998; Mueser *et al.*, 1998; Ziguras & Stuart, 2000, 2002) mostrando que o gerenciamento de casos pode ser moderadamente eficaz no aprimoramento da continuidade da atenção, da qualidade de vida e da satisfação dos pacientes, mas são conflitantes as evidências a respeito de produzirem algum impacto em serviços de internação. O gerenciamento de casos tem de ser cuidadosamente distinguido do método mais específico e intensivo de *tratamento comunitário assertivo* (veja abaixo). Evidência atual (Holloway & Carson, 2001) sugere que é mais útil implementar o gerenciamento de casos com ECASM.

Internação hospitalar para casos agudos

Não há evidência, ao menos em países com médios ou muitos recursos, de que a atenção equilibrada possa ser oferecida sem algum tipo de internação para pacientes no episódio agudo. Alguns serviços (tais quais equipes de atenção domiciliar, casas para acolhimento de crises e internação em hospital-dia para pacientes no episódio agudo) podem oferecer uma alternativa realística para certos pacientes internados voluntariamente. Não obstante, certos tipos de pacientes – aqueles que precisam de avaliação médica de urgência, e aqueles que sofrem de problemas médicos e psiquiátricos persistentes e co-mórbidos, recaídas psiquiátricas severas e transtornos comportamentais, fortes tendências violentas ou suicidas, condições neuro-psiquiátricas agudas, ou pessoas idosas com transtornos físicos severos e concomitantes – usualmente requerem suporte imediato de alta intensidade em unidades de internação hospitalar para pacientes no episódio agudo, às vezes em caráter compulsório.

Existem relativamente poucos achados em muitos aspectos da internação, e a maioria dos estudos nesta área são relatos de experiência (Szumukler & Holloway, 2001). Das poucas revisões sistemáticas, uma delas (Johnstone & Zolese, 1999) apontou não haver diferença no prognóstico entre baixas rotineiras e internações hospitalares planejadas de curta duração. De modo mais geral, enquanto há um consenso de que serviços de internação para pacientes no episódio agudo são necessários, o número de leitos requerido

é altamente contingente a outros serviços disponíveis e características sociais e culturais locais, tais como a tolerância a comportamentos anômalos (Thornicroft & Tansella, 1999a). A internação psiquiátrica para pacientes no episódio agudo comumente absorve a maior parte do orçamento da atenção à saúde mental (Knapp *et al.*, 1997). Minimizar o uso de leitos-dia, por exemplo, por meio da redução do tempo médio de internação, portanto, pode ser uma importante meta da política pública *se* os recursos disponibilizados puderem ser utilizados para outros serviços de saúde mental. Dado que países com médios e muitos recursos precisam oferecer algum tipo de serviço de internação, uma segunda questão candente com relação à política pública é como oferecê-lo de um modo humano que seja aceitável aos pacientes, por exemplo, em unidades de hospitais gerais (Quirk & Lelliott, 2001; Tomov, 2001).

Atenção residencial comunitária prolongada

Hospitais psiquiátricos de grande porte, onde existentes, oferecem geralmente internações prolongadas, mais do que atenção no episódio agudo. Da perspectiva das políticas públicas, é importante saber se pacientes internados há muito tempo devem ser atendidos em tais instituições, ou se eles podem ser remanejados para recursos de atenção residencial comunitária prolongada. A evidência, neste aspecto, é clara para países com médios e muitos recursos. Quando a desinstitucionalização é cuidadosamente planejada e gerenciada, os prognósticos serão mais favoráveis para a maioria dos pacientes encaminhados para a atenção comunitária (Tansella, 1986; Thornicroft & Bebbington, 1989; Shepherd & Murray, 2001). O *London TAPS Study* (Leff, 1997), um estudo de cinco anos de acompanhamento com mais de 95% dentre 670 pacientes cronificados e não demenciados, que haviam tido alta, produziu um conjunto de resultados encorajadores.

- Após cinco anos, dois terços dos pacientes ainda estavam vivendo em suas residências de origem;
- Mudar os pacientes para a comunidade não aumentou a taxa de mortalidade ou de suicídio;
- Menos de 1 em cada 100 pacientes permaneceu sem teto, e nenhum paciente de uma residência terapêutica foi perdido do acompanhamento;
- Mais de um terço dos pacientes foram re-internados durante o período do acompanhamento, e no seu término 10% estavam no hospital (um estudo multi-cêntrico escandinavo descobriu taxas de re-internação similares (Oiesvold *et al.*, 2000));
- No geral, a qualidade de vida foi bastante melhorada por conta da mudança para a comunidade, mas as desabilidades permaneceram devido à natureza dos transtornos psicóticos severos (Leff, 1997), e
- Houve pouca diferença entre os custos das intervenções hospitalar e comunitária, mas a avaliação econômica sugere que a atenção comunitária é melhor em termos de custo-benefício do que a internação psiquiátrica de longo prazo porque houve maior eficácia.

Tanto quanto o cuidado a pacientes no episódio agudo, o alcance e a capacidade da atenção residencial comunitária necessária em uma determinada área é altamente dependente da disponibilidade de outros serviços de saúde mental, e de fatores sociais e culturais locais (Van Wijngaarden *et al.*, no prelo).

Atenção diária e ocupacional

O desemprego entre pessoas com transtornos mentais é normalmente muito maior do que na população geral (Warr, 1987; Warner, 1994). Os métodos tradicionais de agenciamento de empregos, especialmente junto de pessoas cronificadas e com transtornos mentais que provocam mais desabilidade, incluem centros-dia e uma variedade de centros de reabilitação psiquiátrica não-padronizados (Shepherd, 1990; Rosen & Barfoot, 2001). Há poucas pesquisas científicas a respeito destas formas tradicionais de atenção diária, e uma revisão recente de aproximadamente 300 artigos não encontrou estudos controlados randomizados, ao passo que os estudos não-randomizados forneceram resultados conflitantes. Até que melhor evidência seja disponível, portanto, faz sentido que países com médios recursos tomem decisões acerca de reabilitação e serviços de atenção diária, assumindo que as opções especializadas não são acessíveis, em termos pragmáticos (Catty, Burns & Comas, 2003).

Coordenação

É importante que as interfaces dentre estas ofertas funcionem de maneira apropriada, de modo a implementar de maneira bem-sucedida o serviço de saúde mental em seu conjunto. Tais interfaces devem existir dentre todo o rol de organizações públicas, voluntárias e comunitárias. A necessidade de referir ou remanejar pacientes pode se

manifestar na interface de quaisquer destes elementos, incluindo:

- Serviços de saúde (inclusive aqueles dedicados a saúde física geral, saúde bucal, atenção primária, judiciário, pessoas idosas, transtornos da aprendizagem, deficiências mentais, retardo mental e necessidades psicoterapêuticas);
- Serviços sociais e agências de bem-estar social (programas de renda, atenção domiciliar, casas de repouso etc.);
- Agências de alojamento domiciliar (que oferecem acomodações com pessoal técnico qualificado ou não e atenção residencial);
- Outras entidades governamentais (incluindo forças policiais e prisões), e
- Organizações não-governamentais (incluindo organizações religiosas, grupos de voluntários e organizações privadas sem fins lucrativos).

A harmonização entre estes serviços implica na existência de uma entidade de planejamento local para coordenar efetivamente os vários componentes do serviço, apesar do grau de integração entre os serviços não ter sido por si mesmo formalmente examinado em revisões sistemáticas de estudos controlados randomizados (Tyrer, Turner & Johnson, 1989).

Serviços de saúde mental especializados e diferenciados

Uma abordagem equilibrada para os serviços comunitários de saúde mental requer um *portfolio* variado de serviços, e a composição depende bastante dos recursos disponíveis. Em países com muitos recursos pode ser possível implementar, além dos serviços mencionados acima, serviços especializados e diferenciados dedicados a objetivos específicos e a certos sub-grupos de pacientes. Quando bem implementados, eles podem reduzir a demanda de serviços de ponta; por exemplo, equipes de atenção domiciliar podem ser utilizadas no lugar de certos tipos de internação de pacientes no episódio agudo. Curiosamente, estudos destas formas mais recentes e inovativas de atenção são muito mais comuns e cientificamente rigorosos do que os estudos de quaisquer dos componentes do serviço descritos acima e, de fato, poucos estudos científicos de alta qualidade foram conduzidos em países com poucos recursos em qualquer campo da saúde (Patel & Sumathipala, 2001; Isaakidis *et al.*, 2002).

Ambulatório especializado

Serviços ambulatoriais especializados em transtornos específicos ou grupos de pacientes são comuns em vários países com muitos recursos e incluem serviços dedicados a:
- Transtornos alimentares;
- Pacientes com diagnósticos duplos (por exemplo, transtornos psicóticos e abuso de substâncias);
- Transtornos psicóticos e afetivos refratários;
- Outros transtornos específicos (tais quais transtorno do estresse pós-traumático);
- Formas especializadas de psicoterapia;
- Pessoas encarceradas que sofrem com transtornos mentais, e
- Mães com transtornos mentais e seus bebês.

Decisões locais a respeito da implementação de tais ambulatórios especializados dependem de uma série de fatores, incluindo a prioridade do serviço em relação às demais ofertas especializadas descritas abaixo, lacunas identificadas nos serviços de saúde mental e disponibilidade orçamentária.

Equipes comunitárias de atenção à saúde mental (ECASM) especializadas

A ECASM especializadas são, de longe, o componente mais pesquisado da atenção equilibrada, e os estudos controlados randomizados mais recentes e revisões sistemáticas neste campo referem-se a tais equipes (Mueser *et al.*, 1998). Dois tipos têm sido particularmente bem desenvolvidos como adjuntos às ECASM generalistas: equipes de tratamento comunitário assertivo (TCA) e equipes de intervenção precoce.

Equipes de tratamento comunitário assertivo (TCA)

As equipes de TCA produzem uma forma de tratamento especializada, volante, no território, para pessoas com transtornos mentais mais desabilitantes. Têm sido definidas (Deci, 1995; Teague, Bond & Drake, 1998; Scott & Lehman, 2001) por uma série de aspectos característicos:
- Baixa população adscrita (uma equipe de aproximadamente 10 membros atende mais ou menos 100 pacientes);
- Serviços contínuos (operando 24 horas por dia, 7 dias por semana);
- Medicação dispensada pelos membros da equipe diariamente, se necessário;
- Os pacientes podem ser potencialmente transferidos para intervenções menos intensivas;

- Uma abordagem de equipe, baseada nas contribuições de psiquiatras, enfermeiras e outros profissionais;
- Os recursos financeiros dos pacientes são disponibilizados ou diretamente gerenciados pela equipe, e
- Meta de 80% da atividade da equipe ocorrer na comunidade.

Existe atualmente forte evidência de que o TCA, quando oferecido para pessoas com transtornos psicóticos severamente desabilitantes em países com muitos recursos, podem produzir uma série de vantagens:

- Reduções nas internações hospitalares e internações-dia de pacientes em episódio agudo;
- Melhorias na acomodação e ocupação, e
- Maior satisfação do paciente.

O TCA não tem produzido melhoras nos estados mentais ou comportamento social. Comparado aos serviços usuais, o TCA reduz os custos da internação mas não muda os custos gerais da atenção (Latimer, 1999; Phillips *et al.*, 2001; Marshall & Lockwood, 2003). Contudo, o grau de relevância e adequação do TCA em países com poucos e médios recursos ainda não foi estabelecido, e há evidência (Burns *et al.*, 1999a; Burns *et al.*, 1999b; Fiander *et al.*, 2003) que o TCA pode oferecer poucas vantagens onde os serviços tradicionais produzem atenção continuada de alta qualidade.

Equipes de intervenção precoce

Tem havido considerável interesse, nos últimos anos, na identificação imediata e no tratamento precoce ou inicial de episódios psicóticos. Muito da pesquisa neste campo tem focado no tempo entre a primeira aparição dos sintomas e o início do contato com serviços de atenção, referida como a "duração da psicose não-tratada" (DPNT). Há agora emergente evidência de que DPNT mais longas são um forte preditor de piores prognósticos para a psicose. Até o presente momento, poucos estudos controlados randomizados foram publicados a respeito de intervenções neste campo, e nenhuma revisão sistemática da *Cochrane* foi finalizada, de modo que é prematuro julgar se a intervenção precoce por equipes altamente especializadas deve ter alta prioridade (Larsen, 2001; MacGorry *et al.*, 2002; McGorry & Killackey, 2002; Warner & MacGorry, 2002; Friss, 2003; Harrigan, MacGorry & Krstev, 2003).

Alternativas para a internação de pacientes agudos

Nos últimos anos, três alternativas principais para a internação de pacientes agudos foram desenvolvidas: hospitais-dia para pacientes no episódio agudo, casas para acolhimento de crises e equipes de atenção domiciliar/resolução de crises.

Hospitais-dia para pacientes no episódio agudo são serviços que oferecem programas de tratamento diário para pessoas com problemas psiquiátricos agudos e persistentes como uma alternativa para as internações. Uma revisão sistemática recente de nove estudos controlados randomizados mostrou que a atenção em hospitais-dia para pacientes no episódio agudo é adequada para de um quarto a um terço das pessoas que seriam de outro modo internadas em hospitais. A atenção hospitalar diária resulta em uma melhora mais rápida e menores custos. É razoável concluir que a atenção em hospitais-dia para pacientes no episódio agudo é uma opção eficaz quando a demanda de leitos para internação hospitalar é alta (Wiersma *et al.* 1995; Marshall *et al.* 2001).

Casas para acolhimento de crises são residências em contextos comunitários que contam com equipe especializada de atenção à saúde mental e oferece acesso para pacientes que iriam, de outro modo, precisar de internação por conta de problemas agudos e persistentes de saúde mental. Apesar de uma ampla variedade de casas de repouso, albergues e abrigos terem sido desenvolvidos, por exemplo, para mulheres refugiadas de violência doméstica, o termo *crise* se refere aqui a serviços de saúde mental que oferecem alternativas para baixas hospitalares não compulsórias. A relativamente pouca pesquisa que existe a respeito de tais casas (Davies, 1994; Sledge *et al.* 1996; Szmukler & Holloway, 2001) notou não somente que elas são muito aceitáveis para seus moradores, quanto sugere também (Sledge *et al.* 1996) que elas podem ser capazes de oferecer uma alternativa à internação para aproximadamente um quarto dos pacientes que deram baixa em hospital, e que podem ter uma melhor relação custo-benefício do que a internação. Um tipo especial de casa de acolhimento de crise para pacientes psicóticos é o modelo Soteria dos Estados Unidos, que tem mostrado (Mosher, 1999) vantagens sobre o tratamento hospitalar tradicional.

Equipes de atenção domiciliar/resolução de crises são ECASM volantes que avaliam pacientes durante crises psiquiátricas e, então, oferecem tratamento intensivo e atenção domiciliar para

evitar ou minimizar o uso de internação hospitalar para pacientes no episódio agudo. Duas revisões sistemáticas recentes da *Cochrane* (Catty, 2002; Joy, Adams & Rice, 2003) mostraram que a maioria da pesquisa a respeito de tais equipes é proveniente dos Estados Unidos ou do Reino Unido, e concluíram que equipes de atenção domiciliar reduzem o número de dias que as pessoas em crise passam no hospital, especialmente se as equipes fazem visitas domiciliares regulares e se responsabilizam tanto pela atenção à saúde quanto pela assistência social.

Formas alternativas de atenção residencial comunitária prolongada

Programas de saúde mental que estão reduzindo o tamanho de instituições psiquiátricas de grande porte comumente oferecem atenção residencial prolongada na comunidade para pacientes remanejados (Shepherd *et al.*, 1996; Trieman *et al.*, 1998; Shepherd & Murray, 2001). Esta atenção residencial é normalmente um substituto direto para a hospitalização prolongada, incluindo tanto as casas de repouso quanto a atenção domiciliar por enfermeiras treinadas, assistentes de enfermagem e demais assistentes, presentes 24 horas por dia. Formas mais especializadas de atenção residencial são freqüentemente implementadas em momentos posteriores, para oferecer níveis mais elevados de apoio para pessoas com transtornos mentais incapazes de se manter em acomodações independentes sem assistência. Estas formas diferenciadas de atenção residencial se enquadram em três categorias principais:

1. *Atenção residencial 24 horas com equipe especializada*: albergues/pensões com boa equipe especializada, atenção domiciliar ou casas de repouso (a diferença sendo as qualificações profissionais da equipe);
2. *Residências-dia com equipe especializada*: albergues/pensões ou casas de repouso com uma equipe especializada que trabalha em turnos fixos alguns dias por semana, e
3. *Acomodações com equipe especializada e menores níveis de apoio*: albergues/pensões que contam com apoio técnico mínimo ou casas que recebem visitas de equipe especializada, incluindo cômodos independentes com pelo menos um membro da equipe de plantão em acomodações separadas.

Os achados a respeito da relação custo-benefício destes vários níveis de atenção residencial (Chilvers, 2003) são de algum modo limitados, e não existem revisões sistemáticas completas, de modo que ao decidir a respeito da necessidade de tais serviços os gestores devem consultar a comunidade local interessada (Hafner, 1987; Nordentoft, Knudsen & Schulsinger, 1992; Rosen & Barfoot, 2001; Thornicroft, 2001).

Formas alternativas de reabilitação profissional

O trabalho representa uma meta importante para muitas pessoas com transtornos mentais severos. O emprego remunerado favorece tanto determinadas necessidades práticas, pelo aumento da independência econômica, quanto necessidades terapêuticas, pelo aumento da auto-estima e funcionamento global (Lehman, 1995; Wiersma *et al.* 1997). Apesar da reabilitação profissional ter sido oferecida de várias formas para pessoas com transtornos mentais severos por mais de um século, o seu papel tem se reduzido devido a resultados desencorajadores de esforços passados, falta de incentivos financeiros para o trabalho e um pessimismo generalizado a respeito da reabilitação de tais pacientes (Polak & Warner, 1996). Porém, uma série de aprimoramentos recentes fizeram novamente do trabalho uma prioridade da reabilitação. O advento de novos agentes farmacológicos aumentou as expectativas (Lehman, 1999) de que os prognósticos globais vão melhorar e que os pacientes serão mais beneficiados pelos esforços de reabilitação. Pacientes e grupos de cuidadores interessados na defesa de seus direitos têm feito do trabalho e da terapia ocupacional uma de suas maiores prioridades no sentido de melhorar o funcionamento dos pacientes e a qualidade de vida (Becker, 1996; Thornicroft *et al.* 2002).

Há indicações recentes, dos Estados Unidos, de que é possível melhorar prognósticos profissionais e psicossociais enormemente pela utilização de modelos de trabalho protegido. Estes modelos são centrados na rápida colocação no mercado de trabalho e apoio de especialistas em trabalho às equipes de atenção à saúde mental (Drake, 1999). O modelo de *apoio e colocação profissional individual* (ACPI) enfatiza a inserção no mercado de trabalho em contextos de trabalho integrado com apoio no acompanhamento, superando as tradicionais abordagens por etapas da reabilitação profissional (Priebe *et al.* 1998). Estudos de programas de ACPI (Marshall *et al.* 2001; Lehman *et al.* 2002) apresentaram taxas aumentadas de

inserção no mercado de trabalho. O modelo tradicional utiliza uma abordagem de "treinamento e colocação", oferecendo treinamento individual em oficinas abrigadas e fazendo posteriormente a colocação profissional em contextos de trabalho da vida real. O programa de ACPI recorre à abordagem inversa de "colocação e treinamento", de modo que os pacientes são colocados primeiramente em empregos reais e então se oferece apoio pessoal e direto para ajudá-los a ter sucesso em seu trabalho.

Conclusões

Não há argumentos convincentes ou evidência científica que favoreça um modelo de saúde mental baseado unicamente no modelo hospitalar. Por outro lado, não há também evidência científica de que os serviços comunitários isoladamente possam oferecer acolhimento e atenção comunitária satisfatória. A evidência disponível e a experiência clínica acumulada em muitos países apóiam um modelo de atenção equilibrada que inclua tanto elementos hospitalares quanto comunitários. Não obstante, comunidades locais podem ter fortes razões para desenvolver serviços de saúde mental em seu meio. A qualidade de vida de pessoas sofrendo de problemas de saúde mental pode ser afetada de maneira bastante adversa por atitudes e comportamentos discriminatórios e estigmatizantes, inclusive aqueles provenientes de profissionais de saúde – uma área que se mantém sub-desenvolvida em termos de intervenções baseadas em evidência (Pinfold *et al.* 2003).

Estudos de custo-benefício em desinstitucionalização e equipes comunitárias de atenção à saúde mental mostraram que a qualidade da atenção é diretamente proporcional aos recursos disponíveis para os serviços. Modelos de atenção comunitária têm se mostrado altamente equivalentes, em termos de custo, aos serviços que substituem, de modo que eles não podem ser considerados, primariamente, como medidas de contenção de gastos e redução de custos. Não obstante, a disponibilidade de recursos pode consistir em severo constrangimento à implementação da atenção equilibrada. Em países com poucos recursos, pode ser pouco realístico investir em quaisquer componentes da atenção à saúde mental "de ponta", sendo melhor focalizar, ao invés disso, na identificação e no tratamento dos transtornos mentais na atenção primária, com especialistas de apoio na retaguarda. Países capazes de contar com um modelo de atenção diferenciada podem oferecer alguns serviços de ponta na atenção à saúde mental, equilibrando o investimento em cada componente a partir das necessidades conhecidas (Thornicroft, 2001), recursos disponíveis e prioridades locais da comunidade interessada. Em geral, à medida que sistemas de saúde evoluem de modelos manicomiais, a proporção de orçamento dispendido em grandes instituições gradualmente se reduz. Enquanto novos recursos podem ocasionalmente permitir o financiamento da implementação de novos serviços para além da atenção hospitalar, é mais comum transferir os recursos das unidades hospitalares e de suas equipes. À medida que o tempo passa, e que os recursos permitam, os componentes de ponta podem ser complementados com outras opções mais diferenciadas, muitas das quais oferecem mais escolha aos pacientes e são baseadas em evidências mais fortes de custo-benefício.

Referências

Alem, A. (2002). Community-based vs. hospital-based mental health care: the case of Africa. *World psychiatry, 1,* 99–100.

Becker, D. R. *et al.* (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric services, 47,* 1223–1226.

Becker T. & Vazquez-Barquero, J. L. (2001). The European perspective of psychiatric reform. *Acta psychiatrica scandinavica supplementum,* 8–14.

Becker, T. (2001). Out-patient psychiatric services. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of community psychiatry* (pp. 277–282). Oxford: Oxford University Press.

Burns, T. *et al*. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *Lancet, 353,* 2185–2189.

Burns, T. *et al*. (2001a). Case management and assertive community treatment in Europe. p*sychiatric services, 52,* 631–636.

Burns, T. (2001b). Generic versus specialist mental health teams. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of community psychiatry* (pp. 321 – 338). Oxford: Oxford University Press.

Campos, G. W. S. (2003). Da medicina preventiva à medicina baseada em evidências. In S. Arouca, *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*

(pp. 215-217). São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz (Originalmente publicado em 1975).

Castiel, L. D. & Póvoa, E. C. (2002). Medicina baseada em evidências: "novo paradigma assistencial e pedagógico"? *Interface – comunicação, saúde, educação (Botucatu), 6*(11), 117-132.

Catty, J. *et al*. (2002). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychological medicine, 32*, 383–401.

Catty, J., Burns, T. & Comas, A. (2003). *Day centres for severe mental illness* (Cochrane Review, Issue 1). Chichester: Wiley.

Chilvers, R., Macdonald, G. & Hayes, A. (2003). *Supported housing for people with severe mental disorders* (Cochrane Review, Issue 1). Chichester: Wiley.

Davies, S. *et al*. (1994). Community beds: the future for mental health care? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 29*, 241–243.

Deci, P. A. *et al*. (1995). Dissemination of assertive community treatment programs. *Psychiatric services, 46*, 676–678.

Desjarlais, R. *et al*. (1995). *World mental health: problems and priorities in low income countries*. Oxford: Oxford University Press.

Drake, R. E. *et al*. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of general psychiatry, 56*, 627–633.

Fiander, M. *et al*. (2003). Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA. *British journal of psychiatry, 182*, 248–254.

Friis, S. *et al*. (2003). Methodological pitfalls in early detection studies: the NAPE Lecture 2002. Nordic association for psychiatric epidemiology. *Acta psychiatrica scandinavica, 107*, 3–9.

Gask, L., Sibbald, B. & Creed, F. (1997). Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British journal of psychiatry, 170*, 6–11.

Geddes, J. R. & Harrison, P. J. (1997). Closing the gap between research and practice. *British journal of psychiatry, 171*, 220–225.

Hafner, H. (1987). Do we still need beds for psychiatric patients? An analysis of changing patterns of mental health care. *Acta psychiatrica scandinavica, 75*, 113–126.

Hansson, L. *et al*. (1998). The nordic comparative study on sectorized psychiatry: contact rates and use of services for patients with a functional psychosis. *Acta psychiatrica scandinavica, 97*, 315–320.

Harrigan, S. M., McGorry, P. D. & Krstev, H. (2003). Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychological medicine, 33*, 97–110.

Holloway, F. & Carson, J. (2001). Case management: an update. *International journal of social psychiatry, 47*, 21–31.

Isaakidis, P. *et al*. (2002). Relation between burden of disease and randomised evidence in sub - Saharan Africa: survey of research. *British medical journal, 324*, 702.

Johnstone, P. & Zolese, G. (1999). Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health care. *British medical journal, 318*, 1387–1390.

Joy, C., Adams, C. & Rice, K. (2003). *Crisis intervention for people with severe mental illness* (Cochrane Review). Chichester: Wiley.

Knapp, M. *et al*. (1997). The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. *Psychological medicine, 27*, 681–692.

Larsen, T.K. *et al*. (2001). Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta psychiatrica scandinavica, 103*, 323–334.

Latimer, E.A. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Canadian journal of psychiatry, 44*, 443–454.

Leff, J. (1997). *Care in the community: illusion or reality?* London: Wiley.

Lehman, A. F. (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin, 21*, 645–656.

Lehman, A. F. (1999). Quality of care in mental health: the case of schizophrenia. *Health sffairs, 18*, 52–65.

Lehman, A. F. *et al*. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of general psychiatry, 59*, 165–172.

Marshall, M. *et al*. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health technology assessment, 5*, 1–75.

Marshall, M. & Lockwood, A. (2003). *Assertive community treatment for people with severe*

mental disorders (Cochrane Review, Issue 1). Chichester: Wiley.

McDonald, H. P., Garg, A. X. & Haynes, R. B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Journal of the american medical association, 288*, 2868–2879.

McGorry, P. D. *et al*. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of general psychiatry, 59*, 921–928.

McGorry, P. D. & Killackey, E. J. (2002). Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiologia e psichiatria sociale, 11*, 237–247.

Mosher, L. R. (1999). Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *Journal of nervous and mental disease, 187*, 142–149.

Mubbashar, M. (1999). Mental health services in rural Pakistan. In M. Tansella & G. Thornicroft (Eds.), *Common mental disorders in primary care*. London: Routledge.

Mueser, K.T. *et al*. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia bulletin, 24*, 37–74.

Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease. Vol. 1. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990, and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.

Nathan, P., & Gorman, J. (2002). *A guide to treatments that work* (2nd Ed.). Oxford: Oxford University Press.

Njenga, F. (2002). Challenges of balanced care in Africa. *World psychiatry, 1*, 96–98.

Nordentoft, M., Knudsen, H. C. & Schulsinger, F. (1992). Housing conditions and residential needs of psychiatric patients in Copenhagen. *Acta psychiatrica scandinavica, 85*, 385–389.

Oiesvold, T. *et al*. (2000). Predictors for readmission risk of new patients: the nordic comparative study on sectorized Psychiatry. *Acta psychiatrica scandinavica, 101*, 367–373.

Ormel. J. *et al*. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *Journal of the american medical association, 272*, 1741–1748.

Patel, V. & Sumathipala, A. (2001). International representation in psychiatric literature: survey of six leading journals. *British journal of psychiatry, 178*, 406–409.

Phillips, S. D. *et al*. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric services, 52*, 771 –779.

Pinfold, V. *et al*. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British journal of psychiatry, 182*, 342–346.

Polak, P. & Warner, R. (1996). The economic life of seriously mentally ill people in the community. *Psychiatric services, 47*, 270–274.

Priebe, S. *et al*. (1998). Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia bulletin, 24*, 469–477.

Quirk, A. & Lelliott, P. (2001). What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Social science and medicine, 53*, 1565–1574.

Reynolds, A., & Thornicroft, G. (1999). *Managing mental health services*. Buckingham: Open University Press.

Rosen, A. & Barfoot, K. (2001). Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of community psychiatry* (pp. 295–308). Oxford: Oxford University Press.

Saarento, O. *et al*. (1996). The nordic comparative study on sectorized psychiatry: utilization of psychiatric hospital care related to amount and allocation of resources to psychiatric services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 31*, 327–335.

Scott, J. & Lehman, A. (2001). Case management and assertive community treatment. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of community psychiatry* (pp. 253-264). Oxford: Oxford University Press.

Shepherd, G. (1990). *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. Chichester: Wiley.

Shepherd, G. *et al*. (1996). Residential care in hospital and in the community: quality of care and quality of life. *British journal of psychiatry, 168*, 448–456.

Shepherd, G. & Murray, A. (2001). Residential care. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of community psychiatry* (pp 309–

320). Oxford: Oxford University Press.

Simmonds, S. *et al*. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *British journal of psychiatry, 178*, 497–502.

Simon, G. E. (2002). Evidence review: efficacy and effectiveness of anti-depressant treatment in primary care. *General hospital psychiatry, 24*, 213 –224.

Sledge, W.H. *et al*. (1996). Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, part I: clinical outcomes. *American journal of psychiatry, 153*, 1065–1073.

Sytema, S., Micciolo, R. & Tansella, M. (1997). Continuity of care for patients with schizophrenia and related disorders: a comparative south-Verona and Groningen case-register study. *Psychological medicine, 27*, 1355–1362.

Szmukler, G. & Holloway, F. (2001). In-patient treatment. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of community psychiatry* (pp 321–338). Oxford: Oxford University Press.

Tansella, M. (1986). Community psychiatry without mental hospitals – the Italian experience: a review. *Journal of the royal society of medicine, 79*, 664–669.

Tansella, M. & Thornicroft, G. (1999). Common mental disorders in primary care. London: Routledge.

Teague, G. B., Bond, G. R. & Drake, R. E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American journal of orthopsychiatry, 68*, 216–232.

Thornicroft, G. (1991). The concept of case management for long-term mental illness. *International review of psychiatry, 3*, 125–132.

Thornicroft, G. *et al*. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services: PRiSM Psychosis Study 10. *British journal of psychiatry, 173*, 423–427.

Thornicroft, G. (2001). *Measuring mental health needs* (2nd Ed.). London: Royal College of Psychiatrists, Gaskell.

Thornicroft, G. *et al*. (2002). What are the research priorities of mental health service users? *Journal of mental health, 11*, 1–5.

Thornicroft, G. & Bebbington, P. (1989). Deinstitutionalisation: from hospital closure to service development. *British journal of psychiatry, 155*, 739–753.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (Eds.). (1999a). *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999b). Translating principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological medicine, 29*, 761–767.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2003). *What are the arguments for community-based mental health care?* Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Recuperado em 22 de janeiro, 2008, de http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf

Tomov, T. (2001). Central and eastern European countries. In G. Thornicroft & M. Tansella (Eds.), *The mental health matrix: a manual to improve services* (pp 216 -227). Cambridge: Cambridge University Press.

Trieman, N. *et al*. (1998). The TAPS Project 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge. Team for the assessment of psychiatric services. *Community mental health journal, 34*, 407–417.

Tyrer, P. *et al*. (1995). A randomised controlled study of close monitoring of vulnerable psychiatric patients. *Lancet, 345*, 756–759.

Tyrer, P. *et al*. (1998). Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *British medical journal, 316*, 106–109.

Tyrer, P. *et al*. (2003). *Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality* (Cochrane Review). Chichester: Wiley.

Tyrer, P., Turner, R. & Johnson, A. L. (1989). Integrated hospital and community psychiatric services and use of inpatient beds. *British medical journal, 299*, 298–300.

Ustun, T. B., Sartorius, N. (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: Wiley.

Van Wijngaarden, G. K. *et al*. (no prelo). People with schizophrenia in five European countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophrenia bulletin*.

Von Korff, M. & Goldberg, D. (2001). Improving outcomes in depression: the whole process of care n eeds to be enhanced. *British medical journal, 323*, 948–949.

Warner, R. (1994). *Recovery from schizophrenia* (2nd Ed.). London: Routledge.

Warner, R. & McGorry, P. D. (2002). Early

intervention in schizophrenia: points of agreement. *Epidemiologia e psichiatria sociale, 11*, 256–257.

Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford University Press.

Wiersma, D. *et al*. (1997). Assessment of needs for care among patients with schizophrenic disorders 15 and 17 years after first onset of psychosis. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 6, 21–28.

Wiersma, D. *et al*. (1995). Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *British journal of psychiatry, 27*(Supl.), s52–s59.

Wing, J. K. & Brown, G. (1970). *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.

World Bank (2002). *World development report 2002: building institutions for markets*. Washington: World Bank.

World Health Organization (2001). World health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 13 de julho, 2003, de http://www.who.int/whr2001/2001/main/en

Ziguras, S. J. & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric services, 51*, 1410–1421.

Ziguras, S. J., Stuart, G. W. & Jackson, A. C. (2002). Assessing the evidence on case management. *British journal of psychiatry, 181*, 17-21.

Anexos

Anexo 1. *Características-chave dos principais períodos no desenvolvimento histórico dos sistemas de atenção à saúde mental* (Thornicroft & Tansella, 1999a).

Período 1: A ascensão do manicômio	*Período 2: O declínio do manicômio*	*Período 3: O surgimento do cuidado balanceado*
Construção dos manicômios	Crítica aos manicômios	Manicômios substituídos por serviços menores
Aumento crescente dos leitos hospitalares	Redução crescente dos leitos hospitalares	Diminuição na redução dos leitos hospitalares
Reduzido papel da família	Aumento mas incompleto reconhecimento do papel da família	Importância das famílias crescentemente reconhecida em termos da atenção dispensada, potencial terapêutico, sobrecarga e potencial para *lobby*
Investimento público em instituições	Desinvestimento público em serviços de saúde mental	Aumento no investimento privado em tratamento e atenção, e foco no setor público na relação custo-benefício e restrição de despesas
Médicos e enfermeiras são os únicos membros das equipes	Psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais se desenvolvem na área	Mais membros das comunidades nas equipes. Nova ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar
	Tratamentos efetivos são disponibilizados Início da avaliação do tratamento e de sistemas de diagnóstico padronizados Influência crescente da psicoterapia individual e grupal	Surgimento da psiquiatria baseada em evidências no tratamento farmacológico, social e psicológico
Primazia da contenção sobre o tratamento	Foco no controle farmacológico e reabilitação social Pacientes menos desabilitados têm alta dos manicômios	Surgimento da preocupação a respeito do equilíbrio entre o controle dos pacientes e a independência dos pacientes

Anexo 2. Princípios-chave para os serviços comunitários em saúde mental equilibrados.

Os nove princípios a seguir são especificamente importantes como guias para o desenvolvimento de serviços comunitários de saúde mental. A discussão completa a respeito da escolha e elaboração destes princípios pode ser encontrada em um artigo de Thornicroft & Tansella (1999b).

Autonomia: a capacidade de um paciente de fazer decisões independentes e escolhas, apesar da presença de sintomas ou desabilidades. A autonomia deve ser promovida por tratamento e atenção eficazes.

Continuidade: a capacidade de serviços pertinentes em oferecer intervenções coerentes, no curto prazo, pela equipe e entre equipes (*continuidade transversal*), ou que são uma série não interrompida de contatos ao longo do tempo (*continuidade longitudinal*).

Eficácia: a capacidade de oferecer benefícios comprovados ou esperados ou os tratamentos e serviços em situações da vida real.

Acessibilidade: a capacidades dos pacientes receberem atenção onde e quando necessário.

Acolhimento: uma característica do serviço com duas dimensões. *Acolhimento horizontal* significa o grau até o qual um serviço é oferecido no curso de todo o alcance da severidade do transtorno mental, e na grande variedade das características dos pacientes. *Acolhimento vertical* significa a disponibilidade dos componentes básicos do cuidado, e sua utilização por grupos priorizados de pacientes.

Eqüidade: a justa distribuição dos recursos. Tanto a racionalidade utilizada para priorizar recursos escassos quanto os métodos utilizados para alocar recursos devem ser explicitados.

Responsabilização: A responsividade de um serviço de saúde mental para os pacientes, suas famílias e o público geral, os quais têm expectativas legítimas a respeito de como um serviço deve conduzir suas responsabilidades.

Coordenação: uma característica do serviço resultante de planos de tratamento coerentes para pacientes individuais. Cada plano deve ter objetivos claros e necessários e intervenções efetivas, nem menos e nem mais. *A coordenação transversal* significa a coordenação da informação e serviços no interior de um episódio de atenção. *A coordenação longitudinal* significa as inter-conexões entre os membros das equipes e agências no decorrer de um período mais longo de tratamento.

Eficiência: a minimização dos insumos necessários para atingir um dado nível de resultados, ou a maximização de resultados para um dado nível de insumos.

Categoria de contribuição: Ensaio
Tradução
Recebido: 17/06/2008
Aceito: 30/06/2008