



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Estudos sobre Intervenção Familiar na Esquizofrenia: subsídios para sua implantação nos centros de atenção psicossocial”

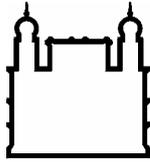
por

Maria Goretti Andrade Rodrigues

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leticia Krauss Silva

Rio de Janeiro, outubro de 2008.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Estudos sobre Intervenção Familiar na Esquizofrenia: subsídios para sua implantação nos centros de atenção psicossocial”

apresentada por

Maria Goretti Andrade Rodrigues

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Patrícia Regina da Matta Silva

Prof.^a Dr.^a Nina Isabel Soalheiro

Prof. Dr. Miguel Murat Vasconcellos

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Prof.^a Dr.^a Leticia Krauss Silva – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

R696e Rodrigues, Maria Goretti Andrade
Estudos sobre intervenção familiar na esquizofrenia:
subsídios para sua implantação nos centros de atenção
psicossocial. / Maria Goretti Andrade Rodrigues. Rio de
Janeiro : s.n., 2008.
111 p.

Orientador: Silva, Letícia Krauss
Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca.

1. Esquizofrenia. 2.. Avaliação.. 3. Metanálise.. 4.
Serviços de Saúde Mental. 5. Psiquiatria. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.2

Dedico esse trabalho à Veraldina (*in memoriam*).

AGRADECIMENTO

À minha orientadora, Letícia Krauss, pela generosidade, seriedade e dedicação ao trabalho.

Aos professores Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Patrícia Regina da Matta Silva, Nina Isabel Soalheiro, Miguel Murat Vasconcellos, membros da banca examinadora, por seus comentários e excelentes sugestões. Agradecimento especial ao Prof. Paulo Amarante, que, mais do que membro da banca, foi muito importante na minha formação de pesquisadora na área de saúde mental.

Ao professor Eduardo Mourão Vasconcellos, pelos comentários e sugestões enviados no parecer da banca prévia.

Aos queridos amigos que me deram força nessa longa jornada, Tânia, Fátima, Ana Lúcia, Ana Cristina, Patrícia, Inácio, Henrique, Cristina, e outros tantos tão significativos no processo de interlocução em um caminho muito novo que causava estranhamento.

Às nobres acolhidas nas casas de Marcussi e Haidée, de Cristina e do Jorge, fundamentais na possibilitação das estadias no Rio. Ao Jorge um agradecimento especial por sua presença marcante em momentos de minha vida acadêmica.

Aos trabalhadores do CAPS Ilha da Convivência, por terem compartilhado comigo nobres ideais na luta anti-manicomial.

Aos trabalhadores do CAPS de Itaocara, pela possibilidade de compartilhar as idéias desse trabalho.

À Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Pádua, pela liberação parcial para realização do curso de doutorado, bem como ao Instituto Superior de Educação de Santo Antônio de Pádua, da FAETEC, pela redução de carga horária à época da implantação do Curso Normal Superior. Sem tais concessões esse trabalho não poderia ter sido realizado.

À Fundação Osvaldo Cruz pela bolsa fornecida durante quatro anos de curso de doutorado.

Aos meus pais e minha irmã, pelo apoio incondicional.

Aos meus sobrinhos, Mariana e Rafael, pela presença na defesa de tese.

À Gabriela e ao Júlio, presentes de Deus em meio a esse estudo, por terem trazido mais brilho e alegria para minha vida.

Ao Sérgio, por tudo.

RESUMO

Frente à necessidade de construir subsídios para a prática da atenção comunitária, a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que devem funcionar como sustentáculo para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, esse trabalho de tese de doutorado em Saúde Pública teve como objetivo a avaliação das conseqüências sociais da intervenção familiar (IF) na condição esquizofrenia, com base em evidências científicas, a partir de estudos feitos no exterior, e, no caso de resultados favoráveis à sua eficácia, introduzir a discussão sobre sua utilização no cenário brasileiro. As conseqüências adversas do transtorno psiquiátrico para familiares, conhecidas como sobrecarga familiar, têm sido estudadas no contexto da reforma psiquiátrica; a análise dos trabalhos disponíveis resultou em um trabalho introdutório sobre esse conceito. A leitura preliminar das propostas de IF testadas por ensaios clínicos permitiu perceber mudanças ao longo do tempo nos objetivos, conteúdo/extensão e métodos/técnicas da Intervenção Familiar, bem como no tipo de pacientes/famílias incluídos nos estudos e nos desfechos estudados, o que reforçou a necessidade de estudo mais aprofundado das teorias, métodos e técnicas desenvolvidas e aplicadas nos procedimentos de IF pelos pesquisadores. Esse estudo resultou na produção de trabalho sobre a definição dos modelos gerais de técnicas de IF – comportamental e cognitivo-comportamental – a serem considerados pela revisão sistemática a ser feita. A Revisão Sistemática efetuada acrescentou, às revisões disponíveis, a especificação, em termos de métodos e técnicas, do procedimento avaliado (IF). Essa especificação significa um subsídio mais operacional para o tomador de decisão na eventual incorporação do procedimento IF em nossos Centros de Atenção Psicossocial. As conclusões da revisão sistemática foram de que as intervenções familiares de base comportamental e cognitivo-comportamental apresentam eficácia de cerca de 60% (IC: 50%-70%) para reduzir a probabilidade do desfecho recaída em pacientes esquizofrênicos e esquizoafetivos assistidos ambulatorialmente, o que resulta numa diminuição absoluta próxima a 30% da incidência de recaídas no primeiro ano de tratamento. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos de ensaios que utilizaram métodos “pragmáticos”(constituídos de fragmentos das técnicas estudadas), comportamentais e cognitivo-comportamentais, embora a forma de análise dos ensaios “pragmáticos” tenha sido, em geral, por tratamento efetivo. Quanto ao desfecho sobrecarga familiar, os resultados dos estudos individuais foram, em geral, favoráveis à Intervenção Familiar.

Palavras-chave: esquizofrenia; intervenção familiar; avaliação tecnológica; centro de atenção psicossocial; reforma psiquiátrica; meta-análise.

ABSTRACT

Facing the need to elaborate subsidies to the practice of community care at the Centers for Psychosocial Care (CAPS), which should function as the basis for the implementation of the Psychiatric Reform in Brazil, the present doctoral thesis in Public Health aimed at assessing the social consequences of family intervention (FI) on schizophrenia, based on scientific evidence produced abroad, and in the case of favorable results regarding its efficacy, to introduce the discussion about its incorporation in the Brazilian health system. The adverse consequences for family members of severe psychiatric conditions, known as family burden, have been studied in the context of the psychiatric reform, the analysis of the available studies resulted in an introductory paper on this concept. The preliminary analysis of FI procedures that have been tested by clinical trials revealed changes over time in the objectives, content/scope and methods/techniques of the Family Intervention tested procedures as well as in the type of patients/families included by the studies and in the outcomes studied which emphasized the need for reviewing theories, methods and techniques developed and applied to FI procedures by the researchers. Such review resulted in the production of a paper on the definition of general models of behavioral and cognitive-behavioral techniques to be considered in carrying out the systematic review on the efficacy of FI. Such systematic review added to the available systematic reviews on FI, the specification, in terms of methods and techniques, of the procedure being evaluated (FI). Such specification means a more operational resource for the policymaker in the event of the incorporation of FI in the Centers for Psychosocial Care. The conclusions of the present systematic review were that behavioral and cognitive-behavioral FIs present efficacy around 60% (CI: 50% -70%) to reduce the likelihood of relapse in schizophrenic and schizoaffective outpatients, which results in a reduction in absolute terms of nearly 30% of the incidence of relapse in the first year of treatment. There was no statistically significant difference between subgroups of trials that used "pragmatic" (constituted of fragments of the techniques under evaluation), behavioral or cognitive-behavioral methods, although "pragmatic" trials were analyzed, in general, for effective treatment. Regarding the outcome family burden, the results of individual studies were generally favorable to the family intervention.

Key words: schizophrenia; family intervention; family burden; technology assessment; center of psychosocial care, psychiatric reform; meta-analysis.

SUMÁRIO

Introdução, percurso metodológico e conclusões	09
Anexos (Trabalhos no formato de artigos)	27
1. Sobrecarga familiar na doença mental grave: uma introdução (Trabalho submetido à publicação no número da Revista Saúde em Debate, dedicado à saúde mental, a ser publicado em 2008)	
2. Intervenção Familiar na Esquizofrenia: Recorte de Modelos de Ensaio Clínicos (Artigo publicado na Revista do Departamento de Psicologia - UFF, v. 18 - n. 2, p. 93-110, Jul./Dez. 2006)	
3. Meta-análise de Ensaio Clínicos de Intervenção Familiar na Condição Esquizofrenia (Artigo publicado nos Cadernos de Saúde Pública, 24(10):2203-2218, out, 2008)	
4. Intervenção Familiar na Esquizofrenia: introdução para uma prática em Centros de Atenção Psicossocial (Trabalho submetido à publicação no número da Revista saúde em Debate, dedicado à saúde mental, a ser publicado em 2008)	

Introdução

O grupo de transtornos que constituem a esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde pública enfrentado pela psiquiatria. Os transtornos se iniciam na vida adulta jovem e deixam graus variados de danos residuais. Pessoas portadoras de esquizofrenia freqüentemente têm menos possibilidades de desempenhar trabalhos complexos e algumas vezes não são capazes de trabalhar. Possuem dificuldades em suas relações interpessoais. O problema de saúde pública da esquizofrenia é definido pela combinação de início da doença na juventude, sua longa duração, e significativo dano psicossocial (Kaplan & Sadock, 1999)¹. Os familiares de portadores de esquizofrenia sofrem um impacto importante em suas vidas em função desses aspectos.

Após a caracterização preliminar atual da etiologia, fisio-patologia e clínica da condição Esquizofrenia (Kaplan & Sadock, 1999)¹, realizamos a descrição e análise preliminar das alternativas atuais de tratamento/atenção para pacientes esquizofrênicos e seus familiares, que teve como base livros-texto e documentos programáticos atuais, ditos *baseados em evidências*, de governos de países desenvolvidos. Pode-se dizer sumariamente que, a despeito da limitação do conhecimento sobre a gênese da Esquizofrenia, inclusive do papel da família como agente etiológico, tanto livros-texto quanto os programas nacionais dos EUA e Canadá, que se afirmam como *baseados em evidências científicas*, apontam um conjunto de intervenções medicamentosas e psicossociais como efetivos e custo-efetivos para lidar com a condição Esquizofrenia. Esse conjunto de ações, de base comunitária, estaria sendo desenvolvido desde o início da 2ª metade do século passado, como uma alternativa mais humanizada e efetiva ao tratamento hospitalar tradicional (Kaplan & Sadock, 1999; U. S. Department of Health and Human Services, 1999; Lehman et cols., 1998; Clarke Institute of Psychiatry, 1996)^{1,2,3,4}.¹

¹ O conceito e significado de terapia familiar sofreram uma mudança fundamental. Barbato & D'Avanzo (2000)⁵ apresentam pontos que ressaltam não representar estágios separados de uma evolução seqüencial, mas abordagens diferentes que se influenciariam mutuamente. Na década de 50, teorias sistêmicas, ligando relações familiares disfuncionais à instalação da esquizofrenia, foram apresentadas como modelos explanatórios virtualmente completos da emergência do transtorno, ou como uma redefinição do que era esquizofrenia. Consistente com isso, foram desenvolvidas habilidades clínicas dentro de uma perspectiva sistêmica de referência, técnicas especializadas de terapia familiar objetivando mudanças radicais no comportamento familiar e nos padrões de comunicação, como alternativas a qualquer tratamento biomédico. Desde o final da década de 70, teorias e terapias sistêmicas entraram em crise, devido a vários fatores: pouca evidência empírica apoiando modelos sistêmicos da esquizofrenia, desapontamento com os modestos resultados contrastando com objetivos ambíguos e reivindicações por eficácia, dificuldades em empregar terapias sistêmicas na prática cotidiana com grupos de pacientes não selecionados. (cont.)

(cont.) Os modelos psicanalíticos e sistêmicos, que eram os paradigmas da terapia familiar da esquizofrenia até a década de 80, endereçavam aspectos etiológicos do transtorno e prescreviam terapia direta das causas presumidas (regressão e fixação familiar patológica ou vínculos familiares disfuncionais). Não ocupam um lugar no

O tratamento psicossocial seria um complemento vital às drogas na condição esquizofrenia e, embora variando em espectro e modalidade, compreenderia geralmente procedimentos do tipo psicoterapia, intervenção familiar, reabilitação vocacional, cuidado residencial, reabilitação psicossocial e gerência de caso. A gerência de casos teria como objetivos a redução dos obstáculos sociais, através da melhoria de acesso a serviços e oportunidades, inclusive às intervenções acima apontadas, e o monitoramento da qualidade da assistência.

Segundo os referidos documentos, das intervenções acima apontadas para o tratamento da esquizofrenia, apenas para o tratamento medicamentoso, em parte, e para a intervenção familiar, haveria um volume de ensaios clínicos bem desenhados com resultados consistentes. Para a psicoterapia, o volume de estudos para as diferentes modalidades seria menor. O relatório do PORT (Lehman et cols., 1998)³, na “recomendação 23” classifica o nível de evidência da psicoterapia para o portador de esquizofrenia como “B”, enquanto a IF o da IF é classificado como “A”.

A revisão de Barreto & Elkis (2004)⁶, todavia, conclui pela não existência de evidências de que a terapia cognitivo comportamental diminua recaída em portadores de esquizofrenia, arguindo que “há várias questões metodológicas que precisam ser resolvidas em futuros ensaios clínicos, tais como a interação com a farmacoterapia, os déficits cognitivos, a falta de crítica em relação ao transtorno psiquiátrico e o custo-benefício” (Barreto & Elkis, 2004: 329-330)⁶. Em publicação mais recente, Dickerson & Lehman (2006)⁷ consideram a terapia cognitivo-comportamental como aquela com base de evidência mais forte entre os modelos de psicoterapia na esquizofrenia, com benefício em sintomas residuais.

Aqueles documentos apontam ainda que, apesar da consistência em torno das diversas formas de intervenção familiar de base comportamental, os programas estudados variam em duração, na abordagem individual ou em grupo das famílias, na inclusão do paciente na sessão, e no local (serviço ou residência).

cenário atual do atendimento e tratamento da esquizofrenia, devido à falta de fundamentação teórica e falta de resultados benéficos de sua aplicação (Held & Falloon, 1999)⁸. Da perspectiva teórica, tais modelos negligenciaram, segundo os autores, integrar os resultados da pesquisa psiquiátrico-biológica ao seu conceito de transtorno. Da perspectiva prática, não conceberam o recurso "família" e nem o definiram como um fator reabilitativo com uma meta (objetivo) claramente definida.

Mesmo agora não haveria modelos patogênicos e etiológicos simples nem haveria razão para esperar que resultados de pesquisa futura venham a produzir formulações simples das “causas da esquizofrenia”, segundo os autores. Ao contrário, o modelo estresse-vulnerabilidade, que exclui em geral supostos etiológicos, tem se mostrado heurísticamente válido, porque é muito adequado para formular relações interativas entre variáveis heterogêneas como expressões de fatores genéticos e ambiente familiar. O interesse atual, segundo os autores, se dá nas interações entre psicofarmacoterapia e modificação terapêutica de variáveis psicossociais. Portanto, as intervenções familiares para esquizofrenia são atualmente baseadas em um arcabouço teórico que não pretende mais tratar as “causas” da esquizofrenia (Held & Falloon, 1999⁸; Kaplan & Sadock, 1999¹).

Pareceu-nos relevante explorar tal diversidade e analisar, se possível, seus efeitos, tendo em vista uma eventual operacionalização do procedimento IF em nossos CAPs. Ou seja, frente à necessidade de construir subsídios para a prática da atenção comunitária, a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que devem funcionar como sustentáculo para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, **esse trabalho de tese de doutorado em Saúde Pública teve como objetivo** a avaliação das conseqüências sociais da intervenção familiar (IF) na condição esquizofrenia, com base em evidências científicas, a partir de estudos feitos no exterior, e, no caso de resultados favoráveis à sua eficácia, introduzir a discussão sobre sua utilização no cenário brasileiro.

Para isso, foi necessário avaliar preliminarmente a referência metodológica das IFs testadas pelos ensaios clínicos publicados. Considerando que os ensaios, que começam a ser publicados, ao final da década de 70, envolviam, via de regra, procedimentos ditos educativos e psicossociais e que a abordagem metodológica referida era, geralmente, a do método comportamental, procuramos um maior entendimento sobre o método e as teorias subjacentes, e ainda, sobre uma variação do método, a abordagem cognitivo-comportamental; assim como, as técnicas deles derivadas. A análise das propostas de IF dos ensaios foi baseada em teorias, métodos e técnicas comportamentais e cognitivo-comportamentais previamente analisados, com leitura e fichamento de Bandura (1977)⁹, Beck (1979)¹⁰, Caballo (1996)¹¹ e Dobson & Dozois (2001)¹².

Em termos gerais, a Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) se caracteriza por admitir que processos cognitivos e simbólicos influenciam os afetos e os comportamentos manifestos dos indivíduos. Encontramos Beck (1979)¹⁰ como seu principal representante. Nas diversas formas de TCC predomina o modelo da multideterminação do comportamento humano descrito por Bandura (1977)⁹ e denominado “Teoria da Aprendizagem Social”. O postulado de Bandura acerca da interação recíproca entre ambiente e comportamento fundamenta a visão de Beck (1979)¹⁰.

A partir desse estudo, foi possível delinear o que seria uma intervenção familiar de base comportamental e de base cognitivo comportamental na condição esquizofrenia. Com base nessa elaboração, foi possível identificar, e depois selecionar, os ensaios do ponto de vista das técnicas empregadas, isto é, de sua base teórico-metodológica, excluindo-se os que não tinham base comportamental ou cognitivo-comportamental,

embora tenhamos incluído ensaios que referiram e/ou descreveram apenas fragmentos relevantes dos procedimentos envolvidos nas técnicas consideradas.

Com base naqueles referenciais teóricos, foi então considerado “comportamental” o ensaio de IF que apresentasse técnicas baseadas na teoria do condicionamento clássico, na teoria do condicionamento operante ou, e especialmente, na teoria da Aprendizagem Social, privilegiando dentro desse último grupo os procedimentos do treinamento de habilidades sociais. Consideramos “cognitivo-comportamental” o ensaio cuja abordagem na IF: 1) apresentasse as seguintes proposições fundamentais (Dobson & Dozois, 2001)¹²: a) a atividade cognitiva afeta o comportamento (modelo mediacional), b) a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada, e c) a mudança do comportamento desejada pode ser alcançada através da mudança cognitiva; 2) aplicasse as terapias baseadas no método cognitivo-comportamental: terapias de reestruturação cognitiva, terapias de habilidades para lidar com dificuldades e terapias de resolução de problemas.

Para permitir uma apreciação mais apropriada das revisões sistemáticas e dos resultados da meta-análises de IF na esquizofrenia, quanto ao exame de diferenças entre as modalidades de intervenções estudadas pelos diferentes ensaios, inclusive no caso de ensaios comparativos, procedemos a leitura e resumo de um, o mais recente, dos 4 livros-texto sobre IF citados pelos ensaios e elaborados por pesquisadores do assunto (Barrowclough & Tarrrier, 1997)¹³. O livro adquirido, não disponível em bibliotecas nacionais, abrange o conceito e as atividades de IF e a forma de propiciar e executar tais atividades de forma articulada com outras atividades de atenção à Esquizofrenia.²

Realizamos ainda um breve projeto-piloto de IFCC em um CAPS no interior do Estado do Rio de Janeiro, o CAPS Ilha da Convivência, de Santo Antonio de Pádua.. A aplicação da IF em algumas famílias/pacientes, de forma consentida, focalizou a elaboração do protocolo das sessões, baseada no manual de Barrowclough & Tarrrier (1997)¹³, e a intervenção propriamente dita.

² Os estudos sobre intervenção familiar para portadores de esquizofrenia teriam as seguintes suposições em comum, segundo Held & Falloon (1999)⁸.

1. Esquizofrenia é considerada uma doença;
2. O ambiente familiar não é considerado a causa da doença;
3. A família é considerada agente terapêutico;
4. A terapêutica consiste de um “pacote de tratamento” que incluiria tratamento com drogas e gerenciamento clínico extra-hospitalar.

O estabelecido nos itens de 1 a 3 claramente diferencia intervenção familiar das terapias sistêmicas e psicanalíticas, e o estabelecido no item 4 expressa que, junto com as sessões de IF, precisa ser estabelecido um programa compreendendo a implementação e a coordenação de ingredientes multimodais para o tratamento.

Esse esforço subsidiou a elaboração de dois trabalhos (em anexo): um sobre a base teórico-metodológica das técnicas, as técnicas em si, e a sua aplicação na seleção e classificação dos ensaios de IF na condição Esquizofrenia (Rodrigues & Krauss Silva, 2006)¹⁴; o outro sobre os procedimentos da técnica de IFCC aplicados à condição esquizofrenia (Rodrigues, Krauss Silva & Contino, 2008)¹⁵).

Além disso, aquele esforço permitiu proceder a revisão sistemática e meta-análise da IF na esquizofrenia (Rodrigues, Krauss Silva & Martins, 2008)¹⁶, da maneira pretendida, procurando estimar diferenças de benefícios para o curso do transtorno mental e do bem estar da Família entre os tipos de IF caracterizados em Rodrigues & Krauss Silva (2006)¹⁴. Os ensaios também foram analisados segundo critérios de qualidade de desenho e de execução, além de serem apontadas diferenças na definição/conceituação dos desfechos considerados e variações nos instrumentos que avaliaram os desfecho recaída e sobrecarga familiar, desfechos priorizados pela nossa revisão sistemática.

Foi necessário, para isso, aprofundar o desfecho sobrecarga familiar ou do cuidador, em particular, ou seja, as conseqüências adversas do transtorno psiquiátrico para familiares, tem sido estudada no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica, o que resultou em um trabalho introdutório sobre esse conceito (Rodrigues & Krauss Silva, 2008)¹⁷, em anexo.

A revisão sistemática, propriamente dita, acima, foi também precedida de uma análise das evidências disponíveis sobre fatores prognósticos de recaída. Além da busca de estudos em bases de estudos eletrônicas, consultamos especialista no assunto. Os fatores prognósticos mais importantes para desfechos associados à ocorrência/duração de sintomas positivos e à funcionamento social/permanência no emprego em pacientes com transtorno mental grave/esquizofrenia, segundo nossa análise dos estudos prospectivos disponíveis de qualidade satisfatória, foram “forma de instalação do transtorno”, “estado civil”, “nível educacional” e “problemas na escola”. Para o fator gênero, a associação observada foi menor; idade não esteve associada a tais desfechos. Para sintomas negativos, o único fator prognóstico observado foi “ajustamento social pré-mórbido”. Além desses fatores, vários estudos indicam que a emoção expressa (variável que associa medidas de criticismo, hostilidade e intrusão (superenvolvimento) do familiar em relação ao paciente) (Brown et al, 1962, 1972; Vaughan & Leff, 1976; Bebbington & Kuipers, 1994; Butzlaff & Hooley, 1988)^{18, 19, 20, 21, 22} é também um fator prognóstico de recaída.

Conforme é detalhado no paper que fizemos sobre revisão sistemática e metanálise de ensaios comportamentais e cognitivo-comportamentais de IF na Condição esquizofrenia (Rodrigues, Krauss Silva & Martins, 2008)¹⁶, as nossas conclusões da análise das revisões sistemáticas previamente publicadas sobre IF na esquizofrenia³ (Mari & Streiner, 1994²³; Dixon & Lehman, 1995²⁴; Barbato & D'Avanzo, 2000⁵; Pharoah et cols., 2000²⁵; Pitschel-Walz et cols., 2001²⁶; Pharoah et al., 2006²⁷) foram as seguintes: embora as meta-análises analisadas apontem evidência de benefício da IF, elas geralmente procederam exames insuficientes dos processos de cegamento da alocação e da avaliação dos desfechos, bem como das perdas e das formas de análise efetuadas pelos ensaios incluídos, com exceção de Pharoah et al. (2006)²⁷. Além disso, incluíram ensaios que testaram procedimentos não classificáveis em nenhum dos subgrupos teórico-metodológicos focalizados pela presente revisão sistemática, como procedimentos psico-educacionais mal definidos e IFs dirigidas a grupos de famílias, assim como ensaios de IF hospitalar, sem componente comunitário, e procedimentos de IF não definidos.

Dado essas limitações das Revisões Sistemáticas disponíveis (inclusive pela mistura de modalidades de ensaios), procedemos com a realização da referida RS sobre as evidências relativas ao procedimento IF, modalidades “pragmático”, comportamental e cognitivo comportamental, descrita em Rodrigues, Krauss Silva & Martins (2008)¹⁶. Essa Revisão Sistemática acrescentou a especificação, do ponto de vista de método e técnicas, do procedimento avaliado (IF). Essa especificação significa um subsídio mais operacional para o tomador de decisão na eventual incorporação do procedimento IF em nossos Centros de Atenção Psicossocial.

³ Procedemos a elaboração de um protocolo especial para a análise da adequação da metodologia utilizada pelas 6 metanálises sobre IF selecionadas, tendo em conta as especificidades do objeto IF quanto a fatores prognósticos (do paciente e da família), possibilidades de cegamento, tipos de desfechos (no paciente e na família) e tipos de instrumentos utilizados para as medidas de desfechos (mais e menos complexos e com escalas de gravidade). Para a elaboração do referido protocolo e correspondente grade para a análise sistemática das metanálises selecionadas, particularmente no que se refere aos procedimentos de cegamento, foram necessárias análises e elaborações especiais, a seguir explicitadas. No sentido de aprofundar a investigação sobre as limitações, para a estimativa acurada de efeitos do procedimento Intervenção Familiar, decorrentes da impossibilidade de cegamento do paciente/familiar e cuidador, procuramos examinar: a) a relação entre cegamento do paciente/familiar e cegamento do avaliador para os desfechos no paciente e no familiar, ou seja, até que ponto o não cegamento do paciente/familiar pode afetar o efetivo cegamento do avaliador; b) a importância dos diferentes tipos de cegamento para a medida acurada de desfechos mais e menos subjetivos. Esse exame foi feito através de grade especialmente desenhada e utilizada no exame de 5 ensaios selecionados (Tarrier et al, 1988²⁸; Xiong et al, 1994²⁹; Falloon et al, 1982³⁰, 1985³¹; Szmulker et al, 1996³²). Foi também necessário, para dar conta especificamente do exame da relevância dos procedimentos de cegamento, acima referido, e para a avaliação da qualidade dos ensaios e da força da evidência produzida, a revisão de estudos relativos à descrição e confiabilidade de instrumentos frequentemente aplicados pelos ensaios para medidas de desfechos da IF, tanto nos pacientes (“Brief Psychiatric Rating Scale”, BPRS) quanto em familiares (“Camberwell Family Interview”), e a avaliação da validade de conteúdo desses instrumentos. Analisamos a validade de conteúdo da BPRS tomando as definições e comentários da DSM-4 como parâmetro. Fizemos exame análogo para o instrumento “Camberwell Family Interview”, e nos detivemos no estudo do desfecho “Sobrecarga Familiar”, encontrado em ensaios mais recentes.

No percurso de psicóloga da rede pública, trabalhei na desconstrução da lógica manicomial com a prática voltada para a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial ainda no início da década de 90. Nesse campo de saber complexo e interdisciplinar como o da saúde mental, o encontro com a linha de pesquisa sobre Avaliação Tecnológica, dado as suas especificidades, me desviou do campo da política, da análise institucional. A necessidade de uma análise nesse âmbito aparece nas entrelinhas das implicações relatadas no último artigo, mas merece um trabalho à parte, que transcenderia em muito os objetivos que aqui traçamos.

Referências Bibliográficas

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, MD: Willians & Willians; 1999.
2. U.S.A. Department of Health and Human Services. Mental Health: a Report of the Surgeon General – Executive Summary. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and mental health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institutes of Mental Health; 1999.
3. Lehman Af, Steinwachs Dm et cols. Translating research into practice: the schizophrenia patients outcome research team (PORT). Treatment Recommendations. *Schizophr Bull* 1998; 24 (1): 1-10.
4. Clarke Institute of Psychiatry, Health Systems Research Unit. Review of Best Practices in Mental Health Reform. Prepared for Healht Canada and the Advisory Network on Mental Health; 1996.
5. Barbato A, D’Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (2): 81-97.
6. Barreto, E.M.P.; Elkis-, H. Esquizofrenia. Em: P. Knapp (Org.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 328339). Porto Alegre: Artmed, 2004.
7. Dickerson, F.B.; Lehman, A.F. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(1):3-9, 2006.
8. Held T, Falloon, IR. Family therapy of schizophrenia. *Keio J Med*. 1999 Sep;48(3):151-4.
9. Bandura A. *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
10. Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorders*. Boston, Internat: Universities Press; 1979.

11. Caballo VE. O treinamento em habilidades sociais. In: Caballo VE (Org.). Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 1996. p. 361-98.
12. Dobson KS, Dozois DJ. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson KS. Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York, London: The Guilford Press; 2001. p. 3-39.
13. Barrowclough, C.; Tarrier N. Families of schizophrenic patients: cognitive behavioural intervention. London: Nelson Thornes, 1997.
14. Rodrigues, MGA & Krauss Silva, L. Intervenção familiar na esquizofrenia: recorte de modelos de ensaios clínicos. *Rev. Dep. Psicol. UFF* 2006; 18 (2): 93-109.
15. Rodrigues, MGA, Krauss Silva, L. & Contino, ALB. Intervenção Familiar na Esquizofrenia: introdução para uma prática em Centros de Atenção Psicossocial . Rio de Janeiro, 2008. Artigo submetido à Revista Saúde em Debate em 2008.
16. Rodrigues MGA, Krauss Silva L, Martins ACM. *Revisão Sistemática e Meta-análise de Ensaio Clínicos de Intervenção Familiar na Condição Esquizofrenia*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2203-2218, out, 2008.
17. Rodrigues MGA, Krauss Silva L. Sobrecarga familiar na doença mental grave: uma introdução. Rio de Janeiro, 2008. Artigo submetido à Revista Saúde em Debate em 2008.
18. Brown GW, Monck GM, Wing, JK. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders. *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 1962, 16-55.
19. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *Br. J. Psychiatry* 1972 ; 121 (562): 241-58.
20. Vaughan C, Leff JP. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976; 15 (2): 157-65.
21. Bebbington P & Kuipers L. The Clinical Utility of Expressed Emotion in Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (suppl 382): 46-53.
22. Butzlaff RL & Hooley JM. Expressed Emotion and Psychiatric Relapse: A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55, 547-552.
23. Mari JJ, Streiner D. An overview of family intervention and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994; 24 (3): 565-78.
24. Dixon LB, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995, 21(4): 631-43.
25. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. In: The Cochrane Library: Issue 3. Oxford: Update Software; 2001.

26. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in Schizophrenia: a Meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27(1): 73-92.
27. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2006. Oxford: Update Software.
28. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 532-42.
29. Xiong W, Philips MR, Hu X, Wang R, Dai Q, Kleinman J, et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1994; 165 (2): 239-47.
30. Falloon IRH., Jeffery LB, Mcgill CW, Williamson M., Razani J., Moss HB, et. al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N. Engl. J. Med.* 1982; 306 (24): 1437-40.
31. Falloon IRH, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit *Br J Psychiatry* 1985; 147: 156-63.
32. Szmukler GI, Herrman H, Colusa S, Benson A, Bloch S. A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1996; 31 (3-4): 149-55.

Conclusão

A seguir, passamos a alinhar as conclusões dos trabalhos apresentados.

As conseqüências adversas do transtorno psiquiátrico para familiares, conhecidas como sobrecarga familiar ou do cuidador, têm sido estudadas no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica. Embora diversos instrumentos ou escalas tenham sido desenvolvidos para medir sobrecarga familiar/do cuidador, e também para medir prestação de cuidados, não há ainda um instrumento padrão geralmente aceito dentro da comunidade científica, a ser utilizado em ambientes de rotina clínica. Algumas dimensões estão incluídas em quase todos os instrumentos - preocupação e efeitos na família do transtorno do paciente, efeitos sobre o lazer, angústia e conseqüências financeiras; apenas quatro instrumentos tiveram procedimentos de validação relativamente completos. Quatro ensaios de intervenção familiar na condição esquizofrenia relativamente bem desenhados estudaram o desfecho sobrecarga familiar, sendo os seus resultados geralmente favoráveis à intervenção (Rodrigues & Krauss Silva, 2008)¹.

Em Rodrigues & Krauss Silva (2006)², a análise das propostas de IF testadas por ensaios clínicos permitiu perceber mudanças ao longo do tempo nos objetivos, conteúdo/extensão e métodos/ técnicas da Intervenção Familiar, bem como no tipo de pacientes/famílias incluídos nos estudos e nos desfechos estudados. Essa análise foi elaborada com base nas teorias, métodos e técnicas pertinentes, comportamentais e cognitivo-comportamentais (Bandura, 1977³; Beck, 1979⁴; Caballo, 1996⁵; Dobson & Dozois, 2001⁶).

O exame dos tipos/modelos de IF investigados por esses ensaios clínicos, a partir daqueles referenciais, possibilitou a elaboração de uma tipologia das intervenções desenvolvidas e contribuiu para um maior entendimento da evolução histórica da IF e das técnicas testadas consideradas mais eficazes.

As técnicas são procedimentos desenhados e articulados conforme teorias e métodos, e no grupo de ensaios pragmáticos não localizamos princípios e técnicas correspondentes a teorias e métodos, particularmente a métodos de natureza comportamental ou cognitivo-comportamental. Não foi possível classificar alguns dos 21 ensaios do ponto de vista de método/técnica utilizada. O ensaio de Xiong et al⁷, que classificamos como comportamental, não detalha da forma desejável a técnica utilizada; também os ensaios de Hogarty et al⁸ e o de MacFarlane et al⁹, que classificamos como "pragmáticos", não são típicos daquela linha.

O conjunto de ensaios evolui de uma linha com rudimentos de procedimentos/técnicas comportamentais, para ensaios de técnicas com características

comportamentais e, finalmente, para ensaios cognitivo-comportamentais, embora existam ensaios recentes que não focalizam a mediação cognitiva, característica do método cognitivo-comportamental, nem técnicas comportamentais propriamente ditas.

O constructo Emoção Expressa (EE), variável identificada pelo número de comentários críticos, grau de hostilidade e superenvolvimento para com o portador de esquizofrenia (Vaughn; Leff, 1976)¹⁰, foi utilizado na seleção de pacientes e na medida de desfecho/resultado da IF na família nos ensaios caracterizados como pragmáticos mas tem sido abandonado mais recentemente. No início da década de 80, quando o ensaio de Falloon et al. (1982)¹¹ foi iniciado, havia indícios de relação de causalidade entre emoção expressa (EE) dos familiares e recaída em portadores de esquizofrenia. Num momento posterior, segundo Falloon & Pederson (1985)¹², a maior justificativa para uma intervenção familiar era que a unidade familiar atuava como ponto de apoio na reabilitação comunitária de portadores de transtorno mental. A metanálise de Butzlaff; Hooley (1998)¹³, com base em estudos mais recentes sobre EE, indica que dever-se-ia elaborar um novo entendimento sobre o fenômeno (EE), diferente daquele de fator prognóstico de recaída, já que a EE ocorreria por mecanismos diversos dos sugeridos a partir das observações dos primeiros estudiosos (Brown et al., 1972¹⁴; Vaughn; Leff, 1976¹⁰). A diminuição da sobrecarga familiar (Schene et al, 1994¹⁵, 1998¹⁶; Barrowclough et al., 1998¹⁷) tende a ser o objetivo e desfecho da IF na família nos ensaios mais recentes, trazendo o familiar para a cena não mais como coadjuvante a ser trabalhado em suas mudanças de atitude com relação ao paciente, mas como ator principal de sua própria saúde.

Os ensaios de base comportamental privilegiaram técnicas de treinamento em comunicação e resolução de problemas e buscam a transformação das atitudes familiares, aderindo a um enfoque comportamental de aquisição de resposta, isto é, concentram-se na aprendizagem de um novo repertório de respostas, sofrendo grande influência da teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1977)³.

A abordagem da família com técnicas cognitivo-comportamentais, mais recentes, focalizaram as necessidades dos familiares e seus sentimentos para com o portador de esquizofrenia. Foi considerado cognitivo-comportamental o ensaio cuja abordagem na IF considerou que a atividade cognitiva afeta o comportamento (modelo mediacional), pode ser monitorada e alterada, e que a mudança do comportamento desejada pode ser alcançada através da mudança cognitiva, tendo por base o método de Beck (1979)⁴.

Consideramos que devam ser analisados os resultados obtidos pelos ensaios de boa qualidade de modelos de IF de base cognitivo-comportamental, que privilegiam um maior entendimento do familiar acerca da esquizofrenia, com a devida adequação devido às especificidades nacionais, com vistas a sua eventual utilização nos CAPS do país.

Em Rodrigues, Krauss Silva & Martins (2008)¹⁸, concluímos que a intervenção familiar de base comportamental e cognitivo-comportamental apresenta eficácia de cerca de 60% (50%-70%) para reduzir a probabilidade do desfecho recaída em pacientes esquizofrênicos e esquizoafetivos assistidos ambulatorialmente, o que resulta numa diminuição próxima a 30% da incidência de recaídas no primeiro ano de tratamento. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos de ensaios que utilizaram métodos “pragmáticos”, comportamentais e cognitivo-comportamentais, embora a forma de análise dos ensaios “pragmáticos” tenha sido, em geral, por tratamento efetivo.

Quanto ao desfecho sobrecarga familiar, os estudos disponíveis, os quais utilizaram diferentes instrumentos, apresentaram resultados, em geral, favoráveis à IF, tanto para dimensões objetivas quanto para dimensões subjetivas da sobrecarga.

Em Rodrigues, Krauss Silva & Contino (2008)¹⁹, é apontado na discussão e considerações finais, que segundo Dixon et al. (1999)²⁰, que coordenaram um programa de pesquisa sobre atenção a esquizofrênicos com base em evidências científicas, quatro condições são fundamentais para ocorrer mudança a nível individual ou do sistema: a disseminação do conhecimento, a avaliação do impacto programático, a disponibilidade de recursos e esforços para endereçar as dinâmicas humanas de resistência à mudança. As estratégias de implementação devem incluir a comunicação clara e detalhada dos modelos e de seus benefícios para todos os envolvidos.

A abordagem geral de Gerenciamento de Casos, já referida, apontada pelo livro-texto (Kaplan & Sadock, 1997²¹, 1999²²) e pelos documentos governamentais (U. S. Department of Health and Human Services, 1999²³; Lehman et cols., 1998²⁴; Clarke Institute of Psychiatry, 1996²⁵), como a mais indicada no tratamento de portadores de esquizofrenia, pressupõe um número limitado de casos para uma equipe multidisciplinar. A gerência de casos tem como objetivos a) a redução dos obstáculos sociais, através da melhoria de acesso a serviços e oportunidades, inclusive à Intervenção Familiar, e b) o monitoramento da qualidade da assistência.

O cenário que se apresenta no Brasil é o de serviços com um grande contingente de usuários e equipe multiprofissional sobrecarregada. Na maioria dos serviços existe um ou dois psiquiatras para o acompanhamento de todos os usuários. Em alguns CAPS, o “técnico de referência”, um membro da equipe de nível superior, é eleito para o acompanhamento de determinados casos e

compartilha com a equipe os cuidados dos mesmos. Via de regra, todavia, os usuários dos CAPS são assistidos por profissionais de nível superior (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, pedagogos e fisioterapeutas, podendo haver variação entre essas 3 últimas categorias) de forma pouco coordenada e com continuidade freqüentemente comprometida.

Essa situação não permite o acompanhamento de forma otimizada, funcionando, então, o grupo de múltiplas famílias como um canal de acolhimento às demandas de atenção dos familiares e, muitas das vezes, de acompanhamento do quadro clínico dos próprios usuários. Exemplos desse acompanhamento são notícias trazidas por familiares sobre mudança de comportamento de portadores de esquizofrenia, aparecimento de sinais prodrômicos de sintomas, interrupção da aderência à medicação, entre outras.

No trabalho de campo realizado, os pacientes/familiares nos quais a IFCC foi aplicada, a partir de setembro de 2003, além de possuir diagnóstico de esquizofrenia (CID 10 F 20.0), apresentavam dificuldade de adesão ao tratamento convencional do CAPS, manifestando recaídas freqüentes. Segundo Barrowclough & Tarrier (1997)⁶, a eficácia da IF é maior na fase de instalação do transtorno mental; trata-se de um procedimento de prevenção secundária.

Depois de alguns entraves, como erros diagnósticos, começamos a nossa pequena experiência com a família de três pacientes esquizofrênicos: C, do sexo masculino, de 34 anos; M, do sexo feminino de 38 anos; e L.S., do sexo masculino de 22 anos. Esses casos foram apresentados às pesquisadoras pela equipe do CAPS. Eram casos crônicos agudizados, de difícil manejo para a equipe. Apesar de sabermos que um histórico de recaídas freqüentes do paciente seria um problema para o engajamento do familiar na IF, conforme apontam Barrowclough & Tarrier (1997)⁶, insistimos em solicitar à equipe do CAPS, após explicitação detalhada do trabalho de IF, que nos auxiliasse na seleção dos pacientes, acreditando que estaríamos, dessa forma, envolvendo a equipe no processo.

Para ter acesso aos usuários em situações de surtos iniciais, necessitávamos de credibilidade e interesse por parte do restante da equipe para o devido encaminhamento. Isso não ocorreu. Os autores do manual de IF apontam as dificuldades de mudança organizacional que a introdução de um novo serviço demanda, na medida em que requer novos “arranjos” na forma de encaminhar os usuários. “Organizações tendem a ter um princípio homeostático de inércia”, de acordo com os autores citados, e embora haja a perspectiva instituinte na filosofia dos CAPS, não podemos desconsiderar o fato do preconceito com a TCC no meio de profissionais de formação psicanalítica.

Nesse campo de saber complexo e interdisciplinar como o da saúde mental, a linha de pesquisa sobre Avaliação Tecnológica se ocupa da análise de benefícios e de custos econômicos, além de outras dimensões, como a ética. O trabalho aqui apresentado, apesar de focalizar dimensões clínicas e operacionais, não subestima a

importância da interface das questões políticas. Apesar de não tomarmos tais questões como objeto de reflexão, a experiência internacional, inclusive a brasileira, aponta as pesadas implicações dessas questões no processo de incorporação tecnológica no setor saúde.

O processo de elaboração dessa experiência de implantação de IFCC em um CAPS, embora bastante limitada, nos fez considerar pequenas mudanças no protocolo das sessões, a partir da nossa própria experiência prévia de atendimento, da leitura de Beck (1979)⁴ e outros autores sobre terapia cognitivo-comportamental e da análise do material produzido, baseado no protocolo do referido manual. Além disso, aspectos pouco apropriados de nossa elaboração inicial foram revistos. Assim, pareceu-nos importante trabalhar, desde as primeiras sessões, os sentimentos subjacentes presentes nas colocações dos familiares, sentimentos abordados por Beck (1979)⁴ como relacionados aos estados de ansiedade, depressão (tristeza) e raiva, que consideramos pertinentes aos familiares de portadores de esquizofrenia. E também articular tais sentimentos a uma conceituação mais recente da sobrecarga familiar, que é a de “family caregiving”, prestação de cuidados por familiares, ou seja, às dimensões dessa prestação de cuidados (Schene et al.,1998)¹⁶: tensão no ambiente familiar⁴ (discussão, aborrecimentos, ameaças ocasionais), principais preocupações do familiar⁵ (saúde do paciente, segurança, tratamento), supervisão (monitoramento da medicação, por exemplo) e mobilização do paciente (estímulo para autonomia).

Schene et al. (1998)¹⁶ chamam a atenção para o fato de que o tamanho do impacto da prestação de cuidados sobre a saúde física e mental do cuidador depende das características do paciente, do familiar, suas relações e seu contexto social, incluindo a atenção que recebe ou deixa de receber.

Para a Terapia Cognitivo-Comportamental, a mudança de comportamento é mediada pela cognição. O ser humano tem a capacidade de direcionar seu comportamento mediante reflexão sobre os sentimentos subjacentes aos mesmos, de acordo com a teoria de Beck (1979)⁴. A identificação do sentimento de tristeza é relacionada à perda sofrida com as limitações que o transtorno mental impõe ao ente querido e pode ser direcionada às possibilidades de “habilitação” do portador de esquizofrenia. Venturini et al (2003)²⁶ ressaltam o conceito de “habilitação” em saúde mental, contrapondo-o ao de reabilitação. Na idéia de habilitação, o passado não constitui estigma, a experiência da doença não é rejeitada e sustenta o começo de um novo processo. A etapa de educação se sobrepõe às demais, nesse sentido, dando ênfase ao exercício dos direitos, ao desenvolvimento das trocas e à cooperação.

⁴ Articulação com o sentimento de ‘raiva’ descrito por Beck (1979).

⁵ Articulação com o sentimento de ‘medo’ descrito por Beck (1979).

A calibração da dosagem da medicação para a diminuição dos sintomas e o entendimento da doença são fatores que diminuem o sentimento de medo subjacente a certos comportamentos manifestos do portador de esquizofrenia. O manejo de estressores ambientais pode depender, então, da equipe multidisciplinar, diretamente, e não do familiar propriamente dito. O psiquiatra controla a calibração da dose da medicação, mas os demais profissionais ajudam na observação diária das manifestações clínicas e comunicam ao médico. O processo se dá em rede, bem como em atuações não biológicas, como com o trabalho de Oficinas que incide na tentativa de superação do retraimento social. O estímulo a um maior interesse do familiar em si próprio é outro elemento relevante para a transformação.

Encontramos na clínica pacientes com evolução mais e menos favoráveis, dependendo de fatores prognósticos, mais (estado civil, forma de instalação do transtorno) e menos (emoção expressa do familiar) conhecidos, do paciente e da família, e ainda da qualidade da atenção pelos serviços de saúde. Um portador de esquizofrenia no início da instalação do transtorno, com boa resposta à medicação, pode significar um trabalho de IFCC mais curto do que uma situação de difícil evolução, com dificuldade de adequação da dose de neuroléptico, sintomas persistentes e funcionamento social prejudicado.

A literatura da área de “Sobrecarga Familiar” associa a gravidade dos sintomas atuais⁶ do portador de esquizofrenia com aumento da sobrecarga. Para esses casos mais graves, a duração da IFCC será maior, havendo extensão do trabalho nas áreas das dimensões da sobrecarga mais atingidas.

Nosso trabalho no CAPS, antes do presente projeto em IFCC, foi com grupo de múltiplas famílias, com um procedimento cujo objetivo era prover um espaço de escuta, onde o familiar redimensionaria seu sofrimento ao conhecer outras pessoas com a mesma problemática, descobrindo junto com elas soluções para os seus problemas relacionados à convivência com o portador de esquizofrenia. A manutenção do grupo aberto de múltiplas famílias nos CAPS, mesmo com a adoção da atenção da IF direcionada a uma única família, parece ser importante como um canal de comunicação para o acompanhamento dos usuários, para ajudar a minimizar as grandes dificuldades que a Reforma Psiquiátrica brasileira enfrenta frente à quantidade de recursos humanos nos CAPS, freqüentemente insuficientes para a grande demanda de atenção.

⁶ Os sintomas mais estressantes foram agrupados por Gopinath & Chatuverdi (1992)²⁷ como se segue: *relacionados a atividades* (4 itens): não executar qualquer trabalho; não realizar tarefas domésticas; ter pouco interesse por lazer; e lentidão em fazer as coisas; *relacionados ao auto-cuidado* (6 itens): não cuidar da higiene pessoal; não dormir bem; não se alimentar bem; não falar muito; retraimento social; e controle inadequado dos esfíncteres (fezes, urina); *relacionados à agressão* (5 itens): golpes e outros ataques; rasgar roupas; quebrar aparelhos domésticos; falar tolices; e abuso; *relacionados à depressão* (7 itens): falar menos; tentativa de suicídio; medo, pouco interesse em lazer; retraimento social; lentidão; e tristeza.

Nesse sentido, Melman (1999)²⁸ chama a atenção para o fato de que os modelos de cuidado familiar podem propiciar uma fronteira artificial entre as relações familiares e o restante do mundo social significativo para um indivíduo. Os limites da rede de relações sociais que sustentam uma pessoa não se restringem à família, “incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais significativos do sujeito: amigos, relações de trabalho, vínculos na comunidade, grupos sociais e políticos” (Melman, 1999, p. 174)²⁸. Enfatizando que uma rede social estável, forte e solidária é fator de proteção contra doenças, aumenta a sobrevivência e acelera os processos de cura, o autor apóia a utilização de estratégias e ações orientadas para o fortalecimento deste tecido de relações de apoio e sustentação entre as pessoas. O grupo de múltiplas famílias, embora não substitua a necessidade do trabalho mais específico da IFCC apresentado nesse texto, nos parece suprir aquela função, gerando um movimento coletivo de troca de vivências, histórias, conflitos e dúvidas, com a construção de sentidos para a vivência dos familiares, com novas possibilidades de lidar com os problemas.

Concluimos preliminarmente que a implementação da IF baseada em evidência requer a ultrapassagem de algumas barreiras importantes, supondo uma flexibilização inicial dos recursos humanos necessários. A barreira do obstáculo epistemológico de membros da equipe com uma rígida formação teórica diversa da TCC talvez seja a mais difícil de ser vencida, embora a perspectiva de abertura a novas dimensões da clínica seja parte da proposta dos novos serviços de saúde mental. É importante que a utilidade da Intervenção Familiar Cognitivo-Comportamental no tratamento de portadores de esquizofrenia seja valorizada pelos diversos profissionais da equipe de saúde mental envolvidos no cuidado e que seja mantida a atenção do grupo de múltiplas famílias.

Referências Bibliográficas

1. Rodrigues MGA, Krauss Silva L. Sobrecarga familiar na doença mental grave: uma introdução. Trabalho submetido à publicação no número da Revista Saúde em Debate, dedicado à saúde mental, em 2008.
2. Rodrigues, MGA & Krauss Silva, L. Intervenção familiar na esquizofrenia: recorte de modelos de ensaios clínicos. *Rev. Dep. Psicol. UFF* 2006; 18 (2): 93-109.
3. Bandura A. Social learning theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
4. Beck AT. Cognitive therapy and emotional disorders. Boston, Internat: Universities Press; 1979.
5. Caballo VE. O treinamento em habilidades sociais. In: Caballo VE (Org.). Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 1996. p. 361-98.
6. Dobson KS, Dozois DJ. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson KS. Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York, London:

The Guilford Press; 2001. p. 3-39.

6. Barrowclough, C.; Tarrier N. Families of schizophrenic patients: cognitive behavioural intervention. London: Nelson Thornes, 1997.
7. Xiong W, Philips MR, Hu X, Wang R, Dai Q, Kleinman J, et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1994; 165 (2): 239-47.
8. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48 (4):340-47.
9. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52 (8): 679-87.
10. Vaughan C, Leff JP. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976; 15 (2): 157-65.
11. Falloon IRH., Jeffery LB, McGill CW, Williamson M., Razani J., Moss HB, et. al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N. Engl. J. Med.* 1982; 306 (24): 1437-40.
12. Falloon IRH, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit *Br J Psychiatry* 1985; 147: 156-63.
13. Butzlaff RL & Hooley JM. Expressed Emotion and Psychiatric Relapse: A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55, 547-552.
14. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *Br. J. Psychiatry* 1972 ; 121 (562): 241-58.
15. Schene AH, Tessler RC, Gamache GM. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29 (5): 228-40.
16. Schene AH, Wijngaarden B, Koeter MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull* 1998; 24 (4): 609-18.
17. Barrowclough et al. Assessing relatives' needs for psychosocial interventions in schizophrenia: a relatives' version of the Cardinal Needs Schedule (RCNS). *Psychol Med*, v. 28, n. 3, p. 531-542, May.1998.
18. Rodrigues MGA, Krauss Silva L, Martins ACM. *Revisão Sistemática e Meta-análise de Ensaio Clínicos de Intervenção Familiar na Condição Esquizofrenia*. Rio de Janeiro, 2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(10):2203-2218, out, 2008.

19. Rodrigues MGA, Krauss Silva L, Contino ALB. Intervenção Familiar na Esquizofrenia: introdução para uma prática em Centros de Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro, 2008. Artigo submetido à Revista Saúde em Debate em 2008.
20. Dixon, L; Lyles, AI; Scott J et al. Services to Families of Adults with Schizophrenia: From Treatment Recommendations to Dissemination. *Psychiatr Serv* 1999; 50 (2): 233-238.
21. Kaplan HI, Sadock, BJ, Greeb, JA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clinica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Medicas; 1997.
22. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, MD: Willians & Willians; 1999.
23. U.S.A. Department of Health and Human Services. *Mental Health: a Report of the Surgeon General – Executive Summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and mental health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institutes of Mental Health; 1999.
24. Lehman Af, Steinwachs Dm et cols. Translating research into practice: the schizophrenia patients outcome research team (PORT). Treatment Recommendations. *Schizophr Bull* 1998; 24 (1): 1-10.
25. Clarke Institute of Psychiatry, Health Systems Research Unit. *Review of Best Practices in Mental Health Reform*. Prepared for Healht Canada and the Advisory Network on Mental Health; 1996.
26. Venturini E, Galassi A, Roda A, Sergio E. Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. *Arq Bras Psicol* 2003; 55 (1-2): 65-74.
27. Gopinath, P. S.; Chatuverdi, S. K. Distressing Behavior of Schizophrenics at home. *Acta Psychiatr Scand*, v. 86, n. 3, p.185-188, sept. 1992.
28. Melman J. Intervenções Familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: Fernandes, MIA, Scarcelli, IR & Costa, ES (orgs). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999.

Sobrecarga familiar na doença mental grave: uma introdução

Family burden in severe mental conditions: an introduction

Maria Goretti Andrade Rodrigues¹
goretti@ead.fiocruz.br

Letícia Krauss Silva²
leticiak@ensp.fiocruz.br

¹ Doutoranda em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz. Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência, em Santo Antônio de Pádua, RJ, 1996-2006.

² Pesquisadora Titular Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP – Fiocruz)

RESUMO

As conseqüências adversas do transtorno psiquiátrico para familiares, conhecidas como sobrecarga familiar, têm sido estudadas desde o início dos anos 50, no contexto da reforma psiquiátrica. O conceito de sobrecarga familiar, nas discussões sobre desinstitucionalização, no cenário brasileiro, não é, entretanto, utilizado. O objetivo desse trabalho é apresentar esse conceito, explicitar suas dimensões e instrumentos de medida e, ainda, a sua aplicação em ensaios, enquanto desfecho, na avaliação de eficácia do procedimento intervenção familiar, tomando como exemplo a condição esquizofrenia. Embora haja poucos estudos empíricos sobre o que exatamente constitui os diferentes domínios da prestação de cuidados e como esses se relacionam à angústia do cuidador, uma distinção geralmente feita é entre sobrecarga objetiva e subjetiva; todavia, as definições de sobrecarga objetiva e subjetiva estão implícitas, antes que explícitas, nos instrumentos de medida e as operacionalizações correspondentes diferem. Algumas dimensões estão incluídas em quase todos os instrumentos: preocupação e efeitos na família do transtorno do paciente, efeitos sobre o lazer, angústia e conseqüências financeiras. Apenas quatro instrumentos tiveram procedimentos de validação relativamente completos. Quatro ensaios de intervenção familiar na condição esquizofrenia relativamente bem desenhados estudaram o desfecho sobrecarga familiar sendo seus resultados geralmente favoráveis à intervenção.

Palavras-chave: Sobrecarga familiar; esquizofrenia; intervenção familiar; reforma psiquiátrica

ABSTRACT

The adverse consequences for family members of severe psychiatric conditions, known as family burden, have been studied since the 50's, in the context of the psychiatric reform. However, the concept of family burden has not appeared so far in Brazilian academic and governmental documents related to psychiatric community based care. This paper aims to present such concept, its dimensions and available instruments as well as its application, as an outcome measure, in trials of family intervention, taking as an example the condition schizophrenia. Although there are few empirical studies on what exactly constitutes the different domains of caregiving and how they relate to the caregiver anguish, a distinction generally made is between objective and subjective burden; however, definitions of those categories are rather implicit than explicit in those instruments, and the corresponding operationalizations differ. Some dimensions are included in almost all instruments: worry and consequences for family members of the patient condition, impact on leisure, anguish and financial impact. Only four instruments have been validated. Four well designed trials of family intervention in schizophrenia studied the outcome family burden; the results were, in general, favorable to family intervention.

Key words: Family burden; schizophrenia; family intervention; community care

1 INTRODUÇÃO

A assistência em saúde mental passou por profundas mudanças nas últimas décadas em todo o mundo. No Brasil, na década de 80, houve consenso entre técnicos, prestadores de serviços públicos e privados, governo e opinião pública que a assistência prestada, tendo como praticamente único recurso o hospital psiquiátrico, era de má qualidade. Em 1992, a implantação no país de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico passou a ser uma das estratégias de reestruturação da assistência em saúde mental do Ministério da Saúde, conforme a Portaria 224.

A psiquiatria comunitária, na forma dominante nos países desenvolvidos em geral (América do Norte e Europa Central e do Norte), decorreu principalmente de um movimento americano (MECHANIC, 2001). A desinstitucionalização rápida e massiva de hospitais psiquiátricos públicos, nos EUA, começa em 1955, como produto da introdução de drogas neurolépticas, de mudanças nas atitudes públicas e administrativas, do crescimento de uma infra-estrutura de bem-estar social na comunidade e de uma forte ideologia comunitária social. Ela foi apoiada por um amplo corpo de pesquisa que descreveu a organização rígida, sob disciplina e controle estritos, a desumanização de grandes hospitais psiquiátricos e os efeitos debilitadores da internação a longo prazo (MECHANIC, 2001; SCHENE et al, 1994), particularmente, o ensaio teórico ‘Asylums’ de Erving Goffman, de 1961 e o trabalho de Wing, de 1962, sobre ‘institucionalismo’, mas também os estudos de Brown, sobre emoção expressa (1962, 1972), que procura medir hipercriticismo, hostilidade e superenvolvimento emocional do familiar em relação ao paciente, e ainda os trabalhos conjuntos de Wing e Brown sobre outros fatores que afetariam o curso do tratamento psiquiátrico na comunidade.

Algumas idéias inválidas e simplistas prevaleciam naquela época, e ainda podem ser ouvidas hoje, como, por exemplo, que as doenças mentais não são reais, apenas um rótulo, e que os pais causavam a maioria das doenças mentais graves em seus filhos. As pesquisas que examinaram a instalação e o curso, por exemplo, da esquizofrenia, tenderam a considerar a família como um fator importante para a patogênese do transtorno (MECHANIC, 2001). Todavia, os trabalhos empíricos sobre a questão não conseguiram confirmar essa hipótese (KAPLAN, 1999, LEHMAN et al, 1998).

Segundo Held e Falloon (1999), mesmo atualmente, não haveria, modelos patogênicos e etiológicos simples nem haveria razão para esperar que resultados de pesquisa futura venham a produzir formulações simples sobre, por exemplo, as ‘causas da esquizofrenia’. Ao contrário, o modelo estresse-vulnerabilidade, que exclui em geral supostos etiológicos, tem se mostrado heurísticamente válido, porque é muito adequado para formular relações interativas entre variáveis heterogêneas, como

expressões de fatores genéticos e ambiente familiar. Segundo esse modelo, um indivíduo pode ter uma vulnerabilidade específica (diátese) que, quando influenciada por fatores ambientais estressantes, permite o desenvolvimento dos sintomas de esquizofrenia. No modelo de estresse-diátese mais geral, a diátese ou o estresse podem ser biológicos, ambientais ou psicológicos (por exemplo, situação familiar estressante, morte de um parente próximo). A base biológica de uma diátese pode ainda ser moldada por influências epigenéticas, como abuso de drogas, estresse psicossocial ou trauma (KAPLAN, 1999).

Alguns trabalhos documentaram, por outro lado, a profunda desorganização para a vida familiar, somada ao estresse, experienciada quando um membro da família desenvolve, por exemplo, esquizofrenia ou sofre exacerbação de seus sintomas (FALLOON & PEDERSON, 1985). Os profissionais envolvidos com as demandas da nova versão de cuidado e com a pesquisa para modelar a atenção fora do hospital aos portadores de doença mental grave se depararam com as dificuldades da família, deixada com um papel de custódia insatisfatório, em acolher o paciente e em funcionar como co-terapeuta.

Além disso, esse movimento para fora do cuidado hospitalar resultou em um grande interesse na inserção comunitária de pacientes psiquiátricos. O tratamento do paciente em ambientes menos restritivos e o 'consumer empowerment' tornaram o funcionamento social e o desempenho social conceitos importantes, não apenas para pacientes, profissionais e pesquisadores, mas certamente também para familiares e parentes próximos de pacientes. Confrontados com as tarefas de cuidador, deles retiradas, desde o início do século XIX, com a institucionalização, os familiares tiveram que aprender a dar conta, novamente, do comportamento disfuncional inerente à maioria dos portadores de transtorno mental grave (SCHENE et al, 1994).

As conseqüências adversas do transtorno psiquiátrico para familiares, conhecidas como sobrecarga familiar ou do cuidador, têm sido estudadas desde o início dos anos 50, por diferentes razões: primeiro, para determinar a viabilidade da alta hospitalar e da inserção de pacientes na comunidade; depois, para refinar o conceito de prestação de cuidado/cuidador, seu conteúdo e sua estrutura subjacente; mais recentemente, para medir sobrecarga como uma variável de desfecho (resultado) em ensaios clínicos controlados e na avaliação de programas (REINE et al, 2003).

Embora a prestação de cuidados pela família seja uma variável relevante no cenário internacional, nas discussões sobre desinstitucionalização psiquiátrica, no cenário brasileiro, o conceito de sobrecarga familiar não é utilizado. A família é apontada como ator social fundamental (ROSA, 2003; MELMAN, 2001), mas as dimensões da sobrecarga familiar não são discutidas. Não há política do Ministério da

Saúde voltada para efetivar especificamente formas de intervenções psicossociais e educativas para familiares, embora haja estudos acadêmicos significativos sobre o tema (Villares & Mari, 1998; Villares, 2000; Scazufca, 2000; Bandeira & Barroso, 2005), que incluem a validação de uma escala de Sobrecarga Familiar para o contexto brasileiro (Bandeira et al, 2005; Bandeira et al, 2007; Bandeira et al, 2008).

Consideramos ser esse um ponto chave para o processo de desinstitucionalização no país, visto ser a família o maior envolvido no problema do portador de transtorno mental. A sobrecarga familiar necessitaria, portanto, ser mais entendida para ser melhor trabalhada pelos serviços de saúde mental.

2 OBJETIVOS

Introduzir o conceito de Sobrecarga Familiar na doença mental grave, explicitando suas dimensões, instrumentos de medida e aplicação na avaliação de eficácia da intervenção familiar, tomando como exemplo a condição esquizofrenia.

3 SOBRECARGA FAMILIAR: CONCEITO E DIMENSÕES

Sobrecarga Familiar é um conceito complexo e considerado multidimensional para os autores da área, segundo Schene et al (1990, 1994). Esses autores, assim como Reine et al (2003), remontam a Treudley, em 1946, na definição de ‘burden on the family’ como as conseqüências para familiares que mantêm contato próximo com portadores de transtorno mental grave.

Segundo Schene et al (1994), alguns pesquisadores consideram o comportamento e os sintomas do paciente como a origem da sobrecarga. O comportamento disfuncional resultaria na interrupção da rotina do lar e em tarefas relacionadas ao cuidado com o paciente para familiares próximos. Outros sugerem que o cuidado do paciente pode resultar em sobrecarga de papéis desempenhados porque ele se somaria a papéis definidos culturalmente dos familiares. Outros pesquisadores se referem aos estudos sobre estresse, considerando o disfuncionamento do paciente e suas diferentes conseqüências como estressores crônicos com os quais os familiares devem aprender a lidar.

O conceito de sobrecarga familiar foi ampliado com a noção anglo-saxônica de ‘caregiver’, traduzido como ‘cuidador’. Schene et al (1994) definem essa ação de cuidado como relação entre dois indivíduos adultos que são tipicamente relacionados através de parentesco (os pais na maioria dos casos, mais raramente os descendentes ou parentes colaterais). Um, o cuidador, assume uma responsabilidade não prevista e gratuita pelo outro, o recebedor de cuidado, cujos problemas de saúde mental são

incapacitantes e de longo prazo por natureza, com nenhum tratamento curativo disponível. O recebedor de cuidado é incapaz de cumprir obrigações recíprocas associadas com relações normativas adultas e os problemas de saúde mental são sérios o bastante para requerer quantidade substancial de cuidado. O que torna o cuidado uma sobrecarga, segundo esses autores, é a adição do papel de cuidador ao já existente papel familiar.

De acordo com Schene et al (1998), há poucos estudos empíricos disponíveis sobre o que exatamente constitui os diferentes domínios da prestação de cuidados e como esses se relacionam à angústia do cuidador. Embora o conceito seja referido como sobrecarga ‘familiar’, os autores informam que a maioria dos estudos trabalha com ‘cuidadores’ primários. Por outro lado, a sobrecarga do cuidador teria uma abrangência menor do que a sobrecarga familiar. Essa última, para esses autores, incluiria as conseqüências para outros familiares que não o cuidador principal, tais como as relações interpessoais dentro da família, as conseqüências para os filhos do paciente, e a rede de suporte social de toda a família.

3.1 SOBRECARGA OBJETIVA E SOBRECARGA SUBJETIVA

Uma distinção teórica importante feita por quase todos os pesquisadores, segundo esses autores, e revisada por Schene (1990), é entre sobrecarga objetiva e subjetiva. O autor considera sobrecarga objetiva como os sintomas e o comportamento de pacientes com problemas mentais, dentro do seu ambiente social, e suas conseqüências. A sobrecarga subjetiva estaria relacionada especialmente às conseqüências psicológicas para a família.

Para a maioria dos autores, a sobrecarga objetiva abrangeria os seguintes aspectos: a) a ‘rotina doméstica’ acrescida de mais tarefas: em parte, aquelas que seriam do paciente, em parte as de cuidar do paciente, assim como a supervisão e controle do mesmo; b) as ‘relações familiares’, mais tensas, não apenas em função da necessidade de mais cuidado ou da necessidade de assumir mais tarefas, mas também pelo estresse subjetivo de cada pessoa envolvida, isto é, as conseqüências sociais e o problema da atribuição das causas da esquizofrenia; c) as ‘relações sociais’, prejudicadas pelo estigma do paciente (constrangimento em relação a determinados comportamentos exagerados, vergonha pela falta de cuidados pessoais em alguns casos); d) ‘lazer e carreira’ dos familiares envolvidos com o portador de transtorno mental, comprometidos pelo fato de assumirem mais tarefas e darem suporte; e) ‘financeiro’, em função da dificuldade do portador de transtorno mental trabalhar ou mesmo de o cuidador ser impedido de tal ou perdas financeiras correspondentes; f) ‘crianças e irmãos’: com alto risco de doença

mental, devido a fatores de risco psicológicos e pedagógicos que reduzem a adaptabilidade; os irmãos recebem menos atenção quando seus pais passam a ficar muito envolvidos no cuidado de um irmão/irmã portador de transtorno mental, podendo estar sob pressão para serem mais colaborativos, assumir tarefas extras e dar mais suporte, além dos problemas relacionados ao estigma social e outros já mencionados.

Para a maioria dos autores, a sobrecarga familiar subjetiva compreenderia: a) saúde física, inclusive sintomas psicossomáticos – perda de apetite, dor de cabeça, dor de estômago, hiperventilação – e danos físicos, decorrentes do comportamento agressivo do paciente e b) saúde mental: tensão, ansiedade, irritabilidade até infelicidade e depressão; e c) ‘estresse subjetivo’: emoções e sentimentos negativos, como culpa, incerteza, ambivalência, ódio, raiva, condolência e sentimento de perda, em parte, já considerados dentro das tensões que sobrevêm às relações familiares.

Schene (1990) elaborou ainda um arcabouço teórico para as dimensões objetivas e subjetivas da sobrecarga com o propósito principal de obter uma melhor apreensão qualitativa e quantitativa de ambos os aspectos da sobrecarga e para isso três abordagens seriam úteis: a teoria sistêmica, a do papel social e a do processo de estresse.

A ‘abordagem sistêmica’ distingue os seguintes subsistemas: individual, familiar, da rede social e da comunidade e/ou cultura. Cada um deles teria suas próprias características e dinâmicas. Segundo a *teoria dos papéis sociais*, as pessoas são os atores em um sistema de relações sociais, sendo que categorias de pessoas se comportam mais ou menos da mesma forma em alguns aspectos. Tais categorias são denominadas posições, por exemplo, mãe, pai, filho. Uma pessoa numa posição teria certas expectativas sobre a outra em posição oposta. Esse jogo de expectativas é denominado “setor de papel” (*role sector*). Diferentes setores de papéis considerados juntos formam um papel social, que seria um complexo de expectativas de comportamento de uma pessoa para com outra de acordo com a posição que cada uma delas ocupa. Em função do transtorno mental se manifestar através de sintomas, prejuízos e debilidades, os pacientes falham em vários graus no desempenho de seu papel social. Eles não seriam conforme as expectativas de seus familiares e isso pode ser muito estressante para todos os envolvidos. Os familiares também teriam de assumir tarefas que seriam desempenhadas pelo paciente. O funcionamento do papel social perturbado (associado aos chamados sintomas negativos da esquizofrenia) e o comportamento desorganizado (associado aos sintomas positivos) podem ter uma influência direta sobre a sobrecarga dos familiares.

Pela ‘teoria do estresse’, os sintomas e o mau funcionamento do papel do paciente e a sobrecarga objetiva correspondente são considerados estressores ambientais ou ‘tensões crônicas’ sofridas pelos familiares, que poderiam resultar no aspecto subjetivo da sobrecarga, i. é, sobrecarga emocional ou estresse subjetivo.

Schene (1990) emprega essas três abordagens teóricas na discussão, que resumimos a seguir, das variáveis que a literatura aponta como determinantes das sobrecargas objetiva e subjetiva.

O aspecto objetivo da sobrecarga com relação ao primeiro subsistema, o individual, se relaciona aos sintomas, comportamento e características sócio-demográficas do paciente. Uma inter-relação entre gravidade do comportamento sintomático e grau de sobrecarga foi bem estabelecida pela literatura da área, segundo Schene (1990). Seria mais difícil, entretanto, determinar os tipos de sintomas que são particularmente difíceis de lidar. O autor argumenta que tanto os sintomas positivos como os negativos teriam sido examinados, tendo alguns autores concluído que os sintomas positivos – como a ‘atuação’ (acting out), comportamento agressivo ou destrutivo, alucinações e delírios ou tentativas de suicídio – seriam mais difíceis de lidar. Na chamada cultura ocidental, seria menos aceitável comportar-se de uma maneira desorganizada ou bizarra do que atuar com retraimento e depressão. Outros autores consideram que os sintomas negativos seriam mais difíceis de lidar porque os familiares sentem que fogem de padrões de comportamento normal, e seriam parte das características do paciente ao invés de uma consequência do transtorno mental. Isso implica a crença de que o paciente seria capaz de controlá-los e alterar seu comportamento adequadamente. Por outro lado, os sintomas positivos são relacionados diretamente à doença e são intermitentes e menos frequentes, enquanto os sintomas negativos seriam cronicamente disfuncionais. Um estudo hindu (GOPINATH & CHATUVERDI, 1992) encontrou dentre os sinais/comportamentos mais estressantes, tanto aqueles correspondentes a sinais positivos quanto os associados a sinais negativos da esquizofrenia.

Seria mais apropriado, para Schene, procurar uma relação específica entre certos grupos de sintomas e áreas de sobrecarga específicas. Sintomas positivos, por exemplo, podem ter implicações muito mais sérias para os aspectos de estigma e relações sociais, enquanto sintomas negativos são relacionados particularmente à mudança de papel e a outros aspectos das relações intrafamiliares.

Os achados dos estudos indicam que o sexo do paciente não determina o grau da sobrecarga e sim a (re)distribuição de papéis dentro do casal ou da família. A duração da doença, que é associada à idade do paciente, seria um fator importante, mas a constância e a gravidade dos sintomas teriam uma grande influência na extensão da sobrecarga levando, com o passar do tempo, ao fenômeno da crescente

tolerância, resignação, e de uma forma de ‘burn-out’ (exaustão) por parte dos familiares, o que seria válido tanto para a esquizofrenia quanto para outras doenças mentais.

Sobre o nível individual dos aspectos subjetivos da sobrecarga, o autor ressalta que as relações familiares com o paciente e o laço afetivo correspondente teriam uma influência de longo alcance sobre as expectativas relativas ao desempenho de papéis, responsabilidades compartilhadas, tolerância, estilo afetivo, intimidade, etc. Ele se remete aos trabalhos que utilizaram o modelo do ‘processo de estresse’, já mencionado, onde as características pessoais dos familiares (como, por exemplo, as variáveis ‘estratégias para lidar com o problema’, ‘habilidades interpessoais e sociais’ e ‘habilidades para resolver problemas’) são consideradas moderadoras do estresse do ambiente.

A esse respeito, na literatura sobre sobrecarga, a visão pessoal ou paradigma de doença mental, a tolerância ao desvio e atitudes com relação ao portador de transtorno mental são fatores também estudados. O autor considera, com base nos estudos então disponíveis, que as características pessoais seriam a chave para entender as discrepâncias freqüentemente observadas entre medidas de sobrecarga objetiva e subjetiva, a última freqüentemente sendo bem menor que o esperado. Tal discrepância poderia ser entendida assumindo que as pessoas tentariam se adaptar a situações estressantes através de mecanismos cognitivos como negação, normalização e redefinição do problema. Os familiares baixariam suas expectativas quanto ao paciente, numa tentativa de continuar a levar suas vidas, e se dar conta do que o transtorno mental realmente implica. Segundo as pesquisas, essas estratégias de lidar ocorrem em estágios, começando aos primeiros sinais do transtorno mental.

Sobre o nível familiar dos aspectos objetivos da SF, os estudos se concentraram no tipo e composição do lar e classe social. O autor aponta que, nos estudos sobre composição da moradia, foram encontradas importantes diferenças entre lares parentais e lares conjugais, com expectativas e tolerância em relação ao paciente diferindo amplamente entre os dois. Nos lares parentais, foram encontradas menores expectativas e tolerância maior. Alguns estudos pontuariam que a disponibilidade de pessoas dentro da família para assumir as tarefas do portador de transtorno mental pode influenciar a sobrecarga objetiva, com achados interessantes sobre as diferenças entre famílias nucleares e famílias maiores, sendo menor a sobrecarga nas últimas. A presença de crianças aumentaria a tensão, especialmente para mulheres; donas de casa considerariam menos o marido como sobrecarga do que mulheres que trabalham fora de casa, um achado provavelmente explicado por tensão de papel.

Três aspectos da classe social teriam um impacto importante sobre a sobrecarga objetiva. A renda familiar determinaria o grau de sobrecarga financeira e, em parte, também o tipo de atenção

profissional e ainda a possibilidade de se destinar um quarto só para o paciente. O nível educacional ajudaria no sentido de identificar recursos sociais de suporte/cuidado. Nas classes sociais mais pobres, a maior incidência de portadores de doença mental grave poderia tornar os parentes mais acostumados com o transtorno mental e ajudá-los a ser mais tolerantes. Por outro lado, as dificuldades do cotidiano seriam nelas mais freqüentes, contribuindo no modelo de processo de stress.

Com relação ao nível familiar da sobrecarga subjetiva, a matriz na qual cada membro individual deve operar seria determinada, segundo Schene (1990), pela capacidade familiar para redistribuição de papéis, para manejar o estigma e suportar o isolamento social. Resumindo, as estratégias de lidar da família limitariam ou aumentariam a capacidade de cada familiar tolerar sobrecarga.

Quanto à relação da rede social com a sobrecarga, as pesquisas teriam indicado que o suporte social e elementos da rede social são importantes na gênese e prognóstico da saúde física e mental. O convívio com um portador de transtorno mental é reconhecido como um importante fator de estresse e a qualidade da rede enquanto moduladora de estresse deveria ser incorporada dentro desse arcabouço. O suporte social poderia ajudar familiares a lidar com a sobrecarga objetiva, sendo de grande importância o suporte prático ou instrumental e o suporte de informação. Em relação à sobrecarga subjetiva, a dimensão psicológica é importante: embora o suporte possa estar disponível (aspecto cognitivo), é preciso que o familiar perceba que ele é cuidado e valorizado, e que ele pertence a uma rede de comunicação, de obrigação mútua (aspecto emocional).

Por último, a comunidade/cultura exerceria influência sobre a sobrecarga objetiva por meio de vários mecanismos, tais como leis sociais, sistemas de cuidados de saúde mental e oportunidades de emprego. Emprego tem influência direta sobre a posição financeira, sobre a quantidade de tempo que familiares e pacientes ficam em casa, sobre o papel desempenhado por outros familiares e sobre as relações sociais. O cuidado em saúde mental seria influenciado por custo, disponibilidade, diferenciação e outras características, e esses fatores determinariam diretamente a extensão da sobrecarga objetiva. A intervenção durante as crises, a assistência social, a hospitalização parcial, os programas de cuidado diário, o trabalho protegido, os clubes sociais, os albergues e hospitais psiquiátricos – adaptados cada um às necessidades individuais do paciente e/ou da família – são serviços de atenção à saúde que poderiam reduzir a quantidade de sobrecarga objetiva.

Para elaborar a inter-relação entre cultura e sobrecarga subjetiva, ainda de acordo com aquele autor, as características de contextos sociais específicos têm que ser consideradas. O que se constitui como sobrecarga em determinado contexto social, em outro pode não constituir. Argue, finalmente, que

as ideologias determinariam as possíveis explicações que familiares podem utilizar em sua tarefa de ajudar ou cuidar dos pacientes (seu propósito na vida?, sua 'cruz'? etc). Variáveis culturais determinariam o tipo de tratamento considerado adequado e aceitável, bem como o tipo de sistema de cuidado de saúde mental disponível. As ideologias e os paradigmas, portanto, teriam consequências de amplo alcance para o estresse ou sobrecarga subjetiva de familiares individualmente.

3.2 O CONCEITO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PELA FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO COM O STRESS OU SOBRECARGA

O conceito de prestação de cuidados pela família ('family caregiving') foi mais recentemente elaborado por Szmukler et al (1996) que consideram o conceito de prestação de cuidado de mais fácil validação que o de sobrecarga. O instrumento 'Experience of Caregiving Inventory (ECI)', criado por esses autores, é auto-administrado e mede a avaliação da prestação de cuidados por familiares de portadores de transtorno mental grave. Foi elaborado a partir do paradigma 'stress-coping', onde a doença (comportamentos e incapacidades) do paciente são vistos como os estressores a serem avaliados (appraised) pelo cuidador, os fatores mediadores dessa avaliação são a personalidade do cuidador, a qualidade das relações familiares e o grau de apoio social, e os resultados (físicos e psicológicos) para o cuidador são considerados resultantes de uma interação entre a avaliação e as estratégias de lidar (coping) do cuidador (esforços cognitivos e comportamentais objetivando controlar as demandas colocadas pelo paciente). Possui dez escalas, sendo oito negativas (comportamento difícil, sintomas negativos, estigma, problemas com serviços, efeitos sobre a família, perdas, dependência e necessidade de retorno) e duas positivas (resultados pessoais positivos e aspectos bons da relação com o paciente).

Schene et al (1998) desenvolveram o 'Involvement Evaluation Questionnaire' (IEQ) com o objetivo de obter uma medida confiável e sensível a intervenções. Eles estudaram: a) a dimensionalidade do conceito de prestação de cuidados (tarefas e problemas associados); b) a conexão entre as dimensões da prestação de cuidados identificadas e as características do paciente (inclusive, sexo, idade, duração e curso clínico da doença), do cuidador, e suas relações; e c) a conexão entre as dimensões da prestação de cuidados e o stress (ou sobrecarga subjetiva) do cuidador. Foram analisados dados de 480 famílias de portadores de transtorno psiquiátrico crônico, em geral esquizofrenia.

Uma análise dos componentes principais dos 36 itens de prestação de cuidados considerados pelo questionário revelou quatro domínios distintos da prestação de cuidados: tensão (atmosfera interpessoal tensa entre paciente e familiar); supervisão (tarefas de prestação de cuidados relacionados à

segurança e proteção relativas a tomar medicação, ao sono e a comportamentos perigosos do paciente); preocupação e mobilização (ativação e motivação) (estimulação do paciente para cuidar de si próprio e realizar atividades).

Quanto ao segundo objetivo, estudar a influência das características do paciente, do cuidador e sua relação com os quatro domínios da prestação do cuidado e o escore geral de prestação de cuidados, as análises de regressão múltipla indicaram que, das características do paciente em especial, a sintomatologia durante as quatro semanas anteriores é a variável mais consistente e fortemente associada com os problemas e tarefas da prestação de cuidados. Ao nível das dimensões/domínios, as características do paciente estiveram associadas principalmente com tensão e preocupação; todavia, os sintomas psicóticos foram fortemente associados ao aumento de supervisão e mobilização e não estiveram relacionados à tensão e preocupação, enquanto a apatia do paciente apresentou uma associação substancial com mobilização, mas não foi relacionada com tensão, supervisão e preocupação. Os resultados desse estudo relativizam achados de outros pesquisadores de que sintomas positivos ou negativos, especificamente, causariam maior sobrecarga para o cuidador.

As características do cuidador foram relacionadas principalmente à dimensão tensão enquanto as características da relação, à supervisão. No caso das características do cuidador, a habilidade para lidar com os problemas de saúde mental do paciente e manter contato com o profissional de saúde mental responsável pelo paciente foi relacionada significativamente com a maioria dos domínios da prestação de cuidados bem como com o escore geral da prestação de cuidados. Afora o número de horas de contato pessoal, as características da relação entre paciente e cuidador não tiveram impacto no score geral.

Com relação à associação entre prestação do cuidado (tarefas e problemas associados) e o stress (sobrecarga subjetiva) do cuidador, objetivo final do estudo, tensão e preocupação foram fortemente associadas com stress do cuidador; as correlações de supervisão e de mobilização com stress foram menores. Os 200 familiares que tiveram menos que uma hora de contato por semana com o paciente mostraram mais preocupação, mas menos stress, comparados com familiares com mais de 1 hora de contato.

O estudo sugere, portanto, relações complexas entre as variáveis estudadas. A prestação de cuidados parece ser uma variável mediadora no processo causal entre paciente, cuidador e relação paciente-cuidador e o desfecho stress do cuidador. Esse papel mediador parece ser mais importante na conexão entre stress (sobrecarga subjetiva) e características da relação e menos importante na conexão

entre stress e características do cuidador. Análises adicionais dos dados do estudo mostraram que os familiares que mencionaram mais angústia também utilizaram mais medicação psicotrópica e consultaram seu clínico geral com mais frequência. O fornecimento de cuidados seria assim uma importante questão de saúde pública.

Os autores argüem que seus achados sugerem que o fornecimento de cuidados e o estresse que daí pode surgir podem ser diminuídos reduzindo os sintomas do paciente, aumentando a capacidade dos familiares para lidar com as dificuldades e diminuindo o número de horas de contato entre o familiar e o paciente. Essas seriam intervenções também relevantes possivelmente para outros dois desfechos da prestação de cuidados: a decisão de internar o paciente e mudanças no papel do cuidador.

3.3 INSTRUMENTOS

A medida de sobrecarga depende de como ela é conceituada. Os primeiros modelos teóricos descrevendo a estrutura da sobrecarga ou do cuidado começaram a ser publicados ao final da década de 80. Schene et al (1994) fizeram uma revisão sistemática de instrumentos de sobrecarga familiar disponíveis em inglês, a partir de uma base de dados elaborada através de questionários para pesquisadores de Sobrecarga Familiar. Foram excluídos instrumentos desenvolvidos primariamente para uso com outros cuidadores que não aqueles de doentes mentais graves. Sete questionários foram eliminados porque: a) estavam em fase muito inicial de desenvolvimento, b) não tinham sido usados nos últimos 10 anos ou c) haviam usado instrumentos já existentes sem adaptação. A amostra final consistiu de 21 instrumentos de sobrecarga familiar (SF), inclusive 5 instrumentos de países europeus que não o Reino Unido e dois hindus.

Os pesquisadores responderam sobre a fundamentação teórica subjacente à sua medida e sobre a abrangência de seu instrumento quanto a 20 dimensões. As dimensões avaliadas foram: A) efeito da SF sobre: 1) a interação familiar, 2) a rotina da família, 3) o lazer, 4) o trabalho/emprego, 5) a saúde mental, 6) a saúde física, 7) o uso de psicotrópicos, 8) a rede social, 9) outras pessoas que não os familiares, 10) as crianças da família, e B) relação da SF com: 11) ajuda ao paciente em atividades da vida diária; 12) supervisão do paciente; 13) encorajamento do paciente; e ainda c) as condições e sentimentos associados á condição de cuidador: 14) estresse; 15) estigma;16) preocupação;17) vergonha; 18) culpa; 19) as conseqüências financeiras e 20) a sobrecarga global.

Embora, quase todos os pesquisadores tenham feito distinção entre sobrecarga objetiva e subjetiva, as definições de sobrecarga objetiva e subjetiva estão implícitas antes que explícitas nos

instrumentos e as operacionalizações correspondentes diferem. Alguns estudos consideram sintomas e disfuncionamento como objetivos e avaliam a angústia do informante (sobrecarga subjetiva) em relação a cada dificuldade ou problema particular associado à doença do paciente. Um desses estudos, por exemplo, inclui medidas de sobrecarga subjetiva como raiva, depressão e embaraço, separadamente das medidas de cuidado objetivo (assistência/atenção). Outro instrumento considera que sobrecarga deve ser medida objetivamente, por exemplo, com que frequência os familiares têm de executar tarefas para cuidar do paciente? Algumas dimensões são incluídas em quase todos os instrumentos. Preocupação e os efeitos do transtorno do paciente na família são as mais frequentemente incluídas (n=19). Efeitos sobre o lazer (n=18), angústia (n=18), e conseqüências financeiras (n=17) são também típicas. Entre as dimensões menos frequentemente medidas, estão o uso de psicotrópicos (n=3), o encorajamento do paciente (n=9), efeitos sobre a saúde física do cuidador (n=10) e sentimentos de culpa (n=10) e vergonha (n=10) do cuidador.

Os autores da revisão não acharam apropriado recomendar um instrumento. Argumentam que a escolha final de um instrumento depende de uma variedade de considerações incluindo o propósito do estudo. Os autores recomendam instrumentos específicos, por exemplo, para estudar familiares de portadores de esquizofrenia (n=7, sendo 3 deles bastante específicos), para estudos especializados quando o foco é sobrecarga econômica (n=1) e para estudar reações de pesar (n=1). A seleção de instrumentos individuais também pode depender de outros requerimentos específicos, tais como tempo para administração, formação do entrevistador e método de administração. Por exemplo, se um breve questionário auto-administrado deverá ser usado, então reduz-se consideravelmente a gama de opções.

Os autores apontam critérios que podem ser aplicados na escolha de um instrumento para uso clínico: brevidade e facilidade de administração, abrangência de cobertura, ser apropriado para diferentes tipos de pacientes e familiares e possuir propriedades psicométricas adequadas. Os autores ressaltam que apesar de vários instrumentos revistos apresentarem tais requisitos, a medida de sobrecarga na prática clínica é relativamente nova e nenhum autor havia descrito normas clínicas ou pontos de corte que pudessem ser usados para detectar individualmente familiares em risco de sobrecarga ou para servir como uma base para intervenção clínica em relação ao familiar.

Outra revisão de instrumentos para medir sobrecarga familiar na condição esquizofrenia, feita por Reine et al (2003), visou explorar o grau de desenvolvimento e de formalização dos questionários, sua acessibilidade, a finalidade dos instrumentos, seu modo de administração, as dimensões avaliadas e estudos publicados sobre suas qualidades psicométricas. A estratégia de busca realizada compreendeu as

bases eletrônicas Medline, Psyclitt e Pascal, utilizando os termos 'caregiver' ou 'caregiver' e 'mental disorder' associados aos termos 'burden' ou 'quality of life', no período 1966-2001, além de pesquisa manual a partir das fontes bibliográficas das publicações selecionadas na busca eletrônica. Foram identificados 16 instrumentos de medida de sobrecarga do cuidador relacionados a portadores de esquizofrenia, que foram divididos em dois grupos: a) instrumentos que descrevem a sobrecarga relacionada ao comportamento perturbador do paciente; e b) instrumentos que descrevem as dimensões da vida familiar afetadas pelo transtorno mental do paciente, eventualmente associadas a uma medida de sobrecarga ligada a comportamentos. Os autores ressaltam que nenhum instrumento focalizou a qualidade de vida dos cuidadores.

No grupo de instrumentos que avaliam a sobrecarga familiar ligada aos problemas de comportamento do paciente, Reine et al incluem a SAFDS (Scale for Assessment of Family Distress), de Gopinath e Chatuverdi (1986, 1992), a PFBS (Perceived Family Burden Scale), de Levene et al, criado em 1996, e o 'Family Questionnaire', de Barrowclough e Tarrier, de 1997. A semelhança entre os instrumentos desse grupo é o enfoque no comportamento do paciente, que ocasionaria dificuldades para os familiares.

O 'Family Questionnaire' é um guia de entrevista para cuidadores de portadores de esquizofrenia, originalmente apresentado em um manual de Intervenção Familiar (BARROWCLOUGH & TARRIER, 1992). Compreende uma lista de comportamentos observáveis no paciente, quantificados em termos de frequência e de estresse causado à família se o comportamento está presente. A capacidade da família em lidar com esses comportamentos também é quantificada. Não há estudos de validação publicados sobre o 'Family Questionnaire', segundo Reine et al (2003).

Reine et al (2003) classifica ainda 11 instrumentos no grupo que mede dimensões da vida familiar afetadas pelo transtorno mental da pessoa que é cuidada, entre os quais: a FDS (Family Distress Scale), de Pasamanick et al, criada em 1967; a Family Burden Scale, de Test e Stein, criada em 1980; o FPQ (Questionnaire of Family Attitudes and Burden), de Morosini et al, criado em 1991; os três questionários de Provencer e Mueser, criados em 1997; o ECI (Experience of Caregiving Inventory) de Szmukler et al (1996); o IEQ (Involvement Evaluation Questionnaire) de Schene et al, criado em 1998, os dois últimos já referidos, e o QSP (Questionnaire sur les situations problèmes) de Réveillère et al, criado em 2001.

Os autores apresentam ainda dois instrumentos desenvolvidos para portadores de transtorno mental em geral, e que seriam particularmente utilizados em familiares de portadores de esquizofrenia: o

BFIS (Burden on Family Interview Schedule) de Pai e Kapur, criada em 1981, e o SBAS (Social Behavior Assessment Schedule), criada por Platt et al em 1980. Esse último, que objetiva avaliar a “interferência na vida familiar atribuída ao paciente” e a “sobrecarga subjetiva e desconforto”; é apontada, pelos autores, como o instrumento mais completo para avaliar a sobrecarga dos cuidadores, e também o mais complexo.

De acordo com Reine et al (2003), o conteúdo e propriedades psicométricas desses instrumentos são variáveis, havendo limitações de duas ordens para a maioria dos instrumentos analisados: lacunas do quadro teórico sobre o qual são desenvolvidos e considerações insuficientes sobre o processo de construção e validação do instrumento. Os únicos instrumentos construídos a partir de uma teoria seriam o ECI (SZMUKLER et al, 1996) e o PFBS (LEVENE et al, apud Reine, 2003/1996). Todos os outros autores constroem seus instrumentos a partir de sua própria experiência, da síntese da literatura ou por compilação de teorias antigas. O SBAS (PLATT et al, apud Reine, 2003/1980), o IEQ (SCHENE et al, 1998) e o ECI (SZMUKLER et al, 1996) seriam os instrumentos publicados com maior detalhamento, segundo os autores. Esse último apresenta dois fatores positivos, anteriormente não descritos na literatura: os aspectos bons da relação e as novas experiências enquanto fator de crescimento para o cuidador.

As propriedades psicométricas seriam relativamente pouco documentadas, raramente de maneira satisfatória, segundo aqueles autores. Os procedimentos de validação mais completos são atribuídos aos instrumentos PFBS, SBAS, IEQ e ECI, sendo os três últimos mais difundidos em publicações anglo-saxônicas. Nenhum dos autores teria, todavia, efetuado avaliação da sensibilidade de seu instrumento, com exceção de elementos embrionários do IEQ, o que constituiria um obstáculo na utilização desses instrumentos para avaliar estratégias terapêuticas ou em estudos de coorte.

Finalmente, sugerem, paralelamente à pesquisa de sobrecarga familiar, a criação de um indicador de qualidade de vida destinado aos familiares de portadores de esquizofrenia.

4 A INTERVENÇÃO FAMILIAR E A SOBRECARGA FAMILIAR

O desfecho sobrecarga familiar foi, todavia, até agora pouco avaliado nos ensaios clínicos de intervenção familiar dirigida a pacientes portadores de esquizofrenia ou distúrbio esquizoafetivo, dado as dificuldades para operacionalizá-lo (multidimensionalidade e limitações dos instrumentos disponíveis).

Uma revisão sistemática recente (RODRIGUES; MARTINS; KRAUSS SILVA, 2008) identificou apenas quatro ensaios bem desenhados de intervenção familiar na condição esquizofrenia que estudaram o desfecho SF. Nos ensaios de Falloon et al (1985), Xiong et al (1994) e Veltro et al (2003), intervenções familiares comportamentais foram testadas. No ensaio de Barrowclough et al (1999) / Sellwood et al (2001), de base cognitivo-comportamental, foram selecionadas, para cada área de problemas potenciais para cuidadores, abordagens de intervenções psicossociais diferenciadas em três tipos: técnicas de resolução de problemas, intervenções cognitivas comportamentais com familiares e intervenções cognitivo-comportamentais individuais.

Quanto à medida de desfecho, dois ensaios, o de Falloon et al (1985) e o de Barrowclough et al (1999) / Sellwood et al (2001) usaram o instrumento SBAS, de alta validade mas de sensibilidade desconhecida, como vimos. Nesse último ensaio, foi ainda utilizado o Family Questionnaire, já referido, juntamente com um questionário de ‘necessidades principais’ dos familiares (RCNS/ Relative's version of the Cardinal Needs Schedule), o qual, embora não tenha sido empregado pelos autores para medir sobrecarga, também aborda dimensões de sobrecarga objetiva e subjetiva (seções D, C e E). O ensaio de Xiong et al (1994) avaliou as dimensões relações intrafamiliares e funcionamento emocional, social e econômico, através de instrumento desenvolvido por Philips et al (1990 *apud* XIONG et al, 1994). O ensaio de Veltro et al (2006) utilizou o instrumento FPQ, de Morosini et al (1991), já citado, adaptado, para avaliar dimensões objetivas e subjetivas.

A referida revisão conclui que os resultados dos ensaios individualmente foram em geral favoráveis à intervenção familiar estudada, tanto para dimensões objetivas quanto para dimensões subjetivas da sobrecarga, embora, dado a diversidade das medidas de SF avaliadas e dos instrumentos utilizados, não tenha sido possível produzir medidas sumárias da eficácia alcançada.

5 CONCLUSÕES

As conseqüências adversas do transtorno psiquiátrico para familiares, conhecidas como sobrecarga familiar ou do cuidador, têm sido estudadas no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica. Embora diversos instrumentos ou escalas tenham sido desenvolvidos para medir sobrecarga familiar/do cuidador, e também para medir prestação de cuidados, não há ainda um instrumento padrão geralmente aceito dentro da comunidade científica, a ser utilizado em ambientes de rotina clínica. Algumas dimensões estão incluídas em quase todos os instrumentos - preocupação e efeitos na família do transtorno do paciente, efeitos sobre o lazer, angústia e conseqüências financeiras;

apenas quatro instrumentos tiveram procedimentos de validação relativamente completos. Quatro ensaios de intervenção familiar na condição esquizofrenia relativamente bem desenhados estudaram o desfecho sobrecarga familiar, sendo os seus resultados geralmente favoráveis à intervenção. Os resultados de estudos sobre sobrecarga familiar fornecem informações importantes para o desenvolvimento de intervenções psicossociais capazes de ajudar efetivamente famílias de portadores de transtorno mental grave, no contexto da desinstitucionalização, e contribuir, assim, com a melhoria da qualidade da atenção dos Centros de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. *Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos*. J Bras de Psiquiatr. 2005;54(1):34-46.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G.P.; VARELLA, A.A.B. *Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR)*. J Bras Psiquiatr. 2005;54(3):206-14.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G.P.; FREITAS, L.; BARROSO, S.M. *Family Burden Interview Scale for relatives of psychiatric patients (FBIS-BR): reliability study of the Brazilian version*. Rev Bras de Psiquiatr. 2007;29(1)47-50.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G.P.; CASTRO, I. *Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos*. J Bras Psiquiatr. 2008;57(2):98-104.

BARROWCLOUGH, C. et al. Assessing relatives' needs for psychosocial interventions in schizophrenia: a relatives' version of the Cardinal Needs Schedule (RCNS). *Psychol Med*, v. 28, n. 3, p. 531-542, may 1998.

BARROWCLOUGH, C. et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, n. 174, p. 505-511, june 1999.

BARROWCLOUGH, C.; TARRIER, N. Family Questionnaire. In: _____. *Families of Schizophrenic Patients: Cognitive Behavioural Intervention*. London: Nelson Thornes, 1997.

BROWN, G. W.; BIRLEY, J. L. T; WING, J. K. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *Brit. J. Psychiatry*, n.121, p. 241-258, 1972.

BROWN, G. W.; MONCK, G. M; WING, J. K. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, n. 5283, p. 16-55, 1962.

FALLOON, I. R. H.; PEDERSON, J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, n.147, p.156-163, aug.1985.

GOPINATH, P. S.; CHATUVERDI, S. K. Measurement of Distressful Psychotic Symptoms Perceived by the Family: preliminary findings. *Indian Journal of Psychiatry*, v. 28, n. 4, p. 343-345, 1986.

_____. Distressing Behavior of Schizophrenics at home. *Acta Psychiatr Scand*, v. 86, n. 3, p.185-188, sept. 1992.

HELD, T. ; FALLOON, I. R. Family therapy of schizophrenia. *Keio J Med.*, v. 48, n. 3, p.151-154, sept. 1999.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B. J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, MD: Willians & Willians, 1999.

LEHMAN AF, STEINWACHS DM, The Co-Investigators of the PORT Project. Translating research into practice: the schizophrenia patients outcome research team (PORT): Treatment Recommendation. *Schizophrenia Bulletin*, v. 24, n. 1, p. 1-10, 1998.

MECHANIC, D. The scientific foundations of community psychiatry. In: Thornicroft, G; Szukler, G. (editors). *Textbook of Community Psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2001.

MELMAN, J. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras; 2001.

REINE, G. et al. La charge des aidants naturels de patients schizophrènes: revue critique des instruments d'évaluation. *L' Encéphale*, v. 29, n. 2, p. 137-147, mar./ apr. 2003.

RODRIGUES, M. G. A.; MARTINS; A. C. M.; KRAUSS SILVA, L. *Revisão Sistemática e Meta-análise de Ensaios Clínicos de Intervenção Familiar na Condição Esquizofrenia*. Rio de Janeiro, 2008. Artigo submetido ao Caderno de Saúde Pública em 2008.

ROSA, L. C. *Transtorno Mental e o Cuidado na Família*. São Paulo: Cortez, 2003.

SCAZUFCA, M. *Abordagem familiar em esquizofrenia*. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(Supl I):50-2.

SCHENE, A. H. Objective and subjective dimensions of family burden: towards an integrative framework for research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 25, n. 6, p. 289-297, nov. 1990.

SCHENE, A. H ; TESSLER, R.C.; GAMACHE, G. M. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 29, n. 5, p. 228-240, sept. 1994.

SCHENE, A. H; WIJNGAARDEN, B; KOETER, M. W. J. Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. *Schizophrenia Bulletin*, v. 24, n. 4, p. 609-618, 1998.

SELLWOOD, W. et al. Needs-based cognitive-behavioral family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, v. 104, n. 5, p. 346-355, nov. 2001.

SZMUKLER, G. I. et al. A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 31, n. 3-4, p. 149-155, jun.1996.

VELTRO, F. et al. Studio controllato randomizzato di un intervento psicoeducativo familiare: esito ad 1 e a 11 anni. *Epidemiol Psichiatr Soc.*, v. 15, n. 1, p. 44-51, jan./mar. 2006.

VILLARES C.C., MARI J.J. *Esquizofrenia e contexto familiar*. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ, (eds.). O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 243-5.

VILLARES C.C. *Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia*. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(1):53-5.

XIONG, W. et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, v. 165, n. 2, p. 239-247, aug.1994.

INTERVENÇÃO FAMILIAR NA ESQUIZOFRENIA:

RECORTE DE MODELOS DE ENSAIOS CLÍNICOS

*Maria Goretti Andrade Rodrigues**

*Letícia Krauss Silva***

RESUMO

O entendimento do formato da Intervenção Familiar citada pelos ensaios clínicos controlados na condição esquizofrenia foi o foco de nossa investigação aqui relatada. Procedemos a uma busca sistemática na base de dados MedLine e elaboramos a compreensão da fundamentação teórica das práticas descritas para avaliar a heterogeneidade clínica das intervenções que são objeto de estudo dos ensaios que resgatamos. Descrevemos um modelo denominado “pragmático”, que apresenta fragmentos de técnicas, sem princípios de base ou técnicas derivadas de teorias; outro modelo cuja ênfase do trabalho é na mudança comportamental; e por fim um modelo cognitivo comportamental, que privilegia a abordagem cognitiva. Fazemos considerações sobre os conceitos de Emoção Expressa (EE) e Sobrecarga Familiar, subjacentes aos modelos comportamental e cognitivo comportamental na Intervenção Familiar para Portadores de Esquizofrenia. Consideramos que esse modelo, que privilegia um maior entendimento do familiar acerca da esquizofrenia, com a devida adequação devido às especificidades culturais nacionais, deve ser investigado para a utilização nos CAPS do Brasil.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Intervenção Familiar. Sobrecarga Familiar. Avaliação Tecnológica. Centro de Atenção Psicossocial.

FAMILY INTERVENTION IN THE SCHIZOPHRENIA:

CUT OUT OF THE MODELS OF CLINICAL TRIALS

ABSTRACT

The understanding of the format of the Family Intervention mentioned by the clinical trials controlled in the condition schizophrenia it was the focus of our investigation here told. We proceeded to the one systematic search in MedLine and we elaborated for the understanding of the theoretical foundation of the described practices to

* Doutoranda em Saúde Pública ENSP / FIOCRUZ. Atuou como Psicóloga do CAPS Ilha da Convivência, em Santo Antônio de Pádua-RJ, no período de 1995 a 2005. Professora do Departamento de Educação Matemática da Universidade Federal Fluminense.

** Pesquisadora Titular ENSP / FIOCRUZ. Fonte de financiamento: FAPERJ, FIOCRUZ. Endereço: Rua Carlos Mâncio de Aquino, 144 - São Luis - Santo Antônio de Pádua - RJ. E-mail: goretti@vm.uff.br

evaluate the clinical heterogeneity of the interventions that are object of study of the trials that we rescued. We described a model denominated “pragmatic”, that presents fragments of techniques, without base beginnings or derived techniques of theories; another model whose emphasis of the work is in the change comportamental; and finally a model cognitive comportamental, that privileges the cognitive approach. We make considerations on the concepts of Expressed Emotion (EE) and Family Burden, underlying to the models comportamental and cognitive comportamental in the Family Intervention for Bearers of Schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia. Family Intervention. Family Burden. Technological Assessment. Outpatients Care Mental Health.

I - INTRODUÇÃO

As barreiras entre o sistema de saúde e as famílias de portadores de esquizofrenia têm sido abordadas na literatura (FALLOON et al, 1985; BARROWCLOUGH; TARRIER, 1997; DIXON, 1999). Os rumos da desinstitucionalização, no Brasil, impõem um maior entendimento das tecnologias consideradas eficazes pela evidência científica, e possivelmente efetivas em nossa realidade, quanto a esse problema.

Apesar dos resultados positivos substanciados por numerosos estudos (DIXON, 1999), a inclusão de familiares na intervenção dirigida à condição esquizofrenia é muitas vezes feita, em nosso país, de forma pouco elaborada, sem apoio nos resultados dos estudos conduzidos, nas últimas décadas, de forma paralela às experiências de desinstitucionalização da atenção aos portadores daquela condição.

Frente à necessidade de construir subsídios para o planejamento da intervenção familiar (IF) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o presente estudo utilizou princípios da avaliação tecnológica. Dado o custo crescente das intervenções em saúde, considera-se atualmente que as tomadas de decisão relativas à incorporação e ao financiamento de tecnologias/procedimentos de assistência à saúde, assim como a produção, difusão e implementação de normas de conduta clínica, devem ser subsidiadas por avaliações tecnológicas que sintetizem as evidências científicas existentes sobre os efeitos das tecnologias de atenção à saúde. Todavia, o modo pelo qual as tecnologias de atenção à saúde têm sido introduzidas/transferidas para países em desenvolvimento tem sido permeado por numerosas falhas. Os poucos estudos existentes mostram que o processo de incorporação de tecnologias na área de saúde em países em desenvolvimento tem conduzido à baixa efetividade e baixa eficiência dos recursos empregados na assistência (KRAUSS-SILVA, 2004).

A principal fonte de análise da evidência citada pelo documento programático do governo americano (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1999) são os achados dos estudos conduzidos pelo Grupo de Pesqui-

sa de Resultados relativos a portadores de Esquizofrenia, formado em 1992, pelo governo dos EUA (LEHMAN et al., 1998), o qual teve como objetivos desenvolver e disseminar recomendações para o tratamento da esquizofrenia baseadas em evidências científicas.

Segundo as diretrizes do referido grupo, uma intervenção psicossocial familiar deveria ser oferecida a pacientes que têm contato contínuo com seus familiares como também a cuidadores que não fossem da família. Essa diretriz estaria apoiada em achados de ensaios clínicos controlados que teriam repetidamente demonstrado que a intervenção familiar, associada à farmacoterapia, reduziria índices de recaída de uma média anual de 40 a 53% para uma média de 2 a 23% (DIXON; LEHMAN, 1995).

Outra diretriz produzida pelo Grupo (LEHMAN et al., 1998) foi a de que terapias de família baseadas na premissa de que disfunção familiar seria a etiologia do transtorno esquizofrênico no paciente não deveriam ser usadas, uma vez que os estudos disponíveis, embora limitados, não teriam dado apoio à hipótese de relação causal entre disfunção familiar e etiologia da esquizofrenia, não havendo evidência de efetividade das terapias desenhadas com tal premissa (DIXON; LEHMAN, 1995).

A análise das características dos procedimentos de intervenção familiar (IF) investigados pelos estudos clínicos pode contribuir, enquanto etapa do processo de revisão sistemática de efeitos da IF, para definir modelo(s) cuja transferência tenha maior probabilidade de sucesso em nossos CAPS.

II - OBJETIVO

Analisar a evolução histórica dos procedimentos de intervenção familiar (IF) investigados para a condição esquizofrenia, classificando-os, particularmente, quanto a técnicas envolvidas, a partir de referenciais teórico-metodológicos, e a outras características relevantes, como tipo de paciente/familiar, duração da IF e desfechos analisados.

III - METODOLOGIA

Na busca realizada no MedLine com as palavras-chave *family therapy AND schizophrenia*, e os limites *Title/Abstract, Clinical Trial, Human, Publication Date from 1970 to 2005*, encontramos 21 ensaios randomizados.

A análise das propostas de IF dos ensaios foi baseada em teorias, métodos e técnicas comportamentais e cognitivo-comportamentais previamente analisados (BANDURA, 1977; BECK, 1979; CABALLO, 1996; DOBSON; DOZOIS, 2001). Com base nesses referenciais, foi então considerado “comportamental” o ensaio de IF que apresentasse técnicas baseadas na teoria do condicionamento clássico, na teoria do condicionamento operante ou, e especialmente, na teoria da Aprendizagem Social, privilegiando dentro desse último grupo os procedimentos do treinamento de habilidades sociais.

Consideramos “cognitivo-comportamental” o ensaio cuja abordagem na IF: 1) apresentasse as seguintes proposições fundamentais (DOBSON; DOZOIS, 2001): a) a atividade cognitiva afeta o comportamento (modelo mediacional), b) a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada, e c) a mudança do comportamento desejada pode ser alcançada através da mudança cognitiva; 2) aplicasse as terapias baseadas no método cognitivo-comportamental: terapias de reestruturação cognitiva, terapias de habilidades para lidar com dificuldades e terapias de resolução de problemas.

BECK (1979) esclarece que o ponto focal dessas terapias difere sobretudo porque o terapeuta cognitivo-comportamental direciona sua técnica para modificar o “conteúdo ideacional” envolvido no sintoma, através da “mediação cognitiva”.

IV - RESULTADOS: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E TIPOLOGIA

Foram delimitados 4 subgrupos de ensaios de acordo com o método/técnica utilizado: linha “pragmática”, linha comportamental, linha cognitivo-comportamental e não definidos.

LINHA “PRAGMÁTICA”:

O grupo de ensaios denominados “pragmáticos” por alguns autores é baseado no modelo estresse-diátese da esquizofrenia e apresenta características comuns quanto aos objetivos e semelhanças de conteúdos/extensão da intervenção proposta, e quanto ao fato de não constituírem uma técnica, derivada de base teórico-metodológica definida. Nesse grupo, a IF teve como principal finalidade diminuir o estresse do paciente, visando evitar a recaída deste.

Os precursores dessa linha de ensaios (GOLDSTEIN et al., 1978), propõem 6 sessões com a família, orientadas para o entendimento da doença e da relação entre estresse e surto (inclusive recaída), identificação de situações de estresse e planejamento no sentido de evitar ou minimizar tais situações. Não explicita se a IF é direcionada para grupos de famílias ou para famílias únicas. As técnicas e atividades envolvidas não são explicitadas pelo ensaio.

Os ensaios posteriores da linha “pragmática” (LEFF et al., 1982, 1985; GLICK et al., 1985; HAAS et al., 1988; HOGARTY et al., 1986, 1991; LEFF et al., 1989, 1990; MCFARLANE et al., 1995; TOMARAS et al., 2000) testam uma IF ainda com o foco apenas no paciente. A família é vista como co-terapeuta e como fator prognóstico de recaída pela variável “emoção expressa” (EE) dos familiares em relação ao paciente, medida pelas respostas emocionais “comentários críticos”, “hostilidade” e “superenvolvimento emocional” (BROWN; BIRLEY; WING, 1972; VAUGHN; LEFF, 1976).

Antes de examinar as IFs propostas pelos ensaios da linha pragmática, registramos sucintamente o trabalho de Anderson et al. (1980), que é citado por todos os ensaios dessa linha como modelo para alguma etapa das IFs realizadas. Ele teve por base estudos que identificaram um “déficit psicológico central” em certos portadores de esquizofrenia, que apareceria como uma disfunção do pro-

cesso de atenção que seria afetado adversamente por extremos de estímulos, manifestada pela intensidade das respostas a tais estímulos. Os comportamentos resultantes dessa disfunção corresponderiam a dificuldades perceptivas e cognitivas que seriam compatíveis com os principais sinais da esquizofrenia. Tais déficits no processamento de estímulos poderiam ser manifestados por estímulos dos ambientes natural e terapêutico do paciente. Ainda segundo outros estudos, algumas famílias teriam padrões de interação - por exemplo: falta de clareza, de reconhecimento, comportamentos comunicativos vagos ou dissociados, ou ainda “comportamentos críticos” ou com “super-envolvimento”, estes últimos também chamados de “emoção expressa” - que poderiam exacerbar o déficit sugerido e propiciariam a recaída do paciente. Ou seja, haveria um ciclo vicioso de hiperestimulação, distração, desatenção e doença no paciente e frustração e desesperança crescentes na família. A proposta dos autores é propiciar um ambiente mais benigno para o paciente que seria um ambiente modificado do ponto de vista de estímulos.

Os objetivos da IF proposta por Anderson et al. (1980) seriam melhorar a comunicação da família e diminuir sua emoção expressa (EE) (nos casos de familiares de alta EE), visando a prevenção da recaída. Os autores não explicitam técnicas, mas descrevem as atividades sucessivas da IF:

Fase I - Conexão com a Família: reuniões para estabelecer conexão com a família. Começa logo após a admissão hospitalar, ou tão cedo quanto possível, envolvendo pelo menos 2 sessões por semana durante a fase aguda/hospitalização;

Fase II: ensino de habilidades de sobrevivência para lidar com a esquizofrenia (“*Survival Skills Workshop*”) através de uma oficina de um dia inteiro com múltiplas famílias (4 a 5 famílias), com objetivos de: 1) repasse de informações sobre esquizofrenia (fenomenologia, instalação, tratamento, curso e resultado) em linguagem clara, 2) informações sobre formas de lidar com a esquizofrenia, 3) modificação (melhora) da comunicação e 4) atenção do familiar a si próprio, para promover a re-socialização (*de-isolation*) da família, dessensibilização e normalização da questão do transtorno mental na família. O paciente em surto não participaria da Oficina. A Oficina também propiciaria a exposição das formas de lidar com o transtorno mental pelas diferentes famílias, o que possibilitaria, segundo os autores, a comparação entre essas formas de lidar dos familiares e uma aprendizagem sobre tal enfrentamento da situação. O trabalho de grupo e a secção de atenção a si próprio propiciariam ainda a formação de rede (artificial) de suporte social.

Fase III: trabalho direcionado a família única com a presença do paciente (sessões semanais/bi-semanais durante, pelo menos, seis meses), onde a maneira de usar habilidades de sobrevivência anteriormente trabalhada em grupo é aplicada às situações e preocupações específicas da família/paciente (comportamentos do paciente que são problema para a família e vice-versa), relacionadas principalmente a dois temas: o reforço de limites intrafamiliares (aumento do espaço psicológico do paciente) e o reassumir gradual das responsabilidades por parte do paciente;

Fase IV: por fim, a opção do familiar pelo engajamento em “terapia familiar tradicional”, com a exploração de estratégias de interação familiar, com foco nos outros problemas familiares.

Notamos, nos quatro itens da fase II e na fase III, rudimentos da técnica comportamental de Treinamento de Habilidades Sociais. A proposta de Anderson et al. e, particularmente, a etapa relativa à comparação de formas de lidar não constituem técnica/procedimento comportamental de treinamento de habilidades sociais/modelagem, porque o procedimento de modelagem aparece dissociado de outros procedimentos comportamentais (como reforço e ensaio comportamental) e é trabalhado aqui de forma assistemática. Embora inclua repasse de informação, não percebemos, nessa proposta de IF, indícios de enfoque na mediação cognitiva, portanto também não a caracterizamos como procedimento cognitivo-comportamental.

O ensaio “pragmático” de Glick et al. (1985) / Haas et al. (1988) testa IF que, segundo os autores, foi baseada em sua experiência clínica e nos trabalhos de Goldstein et al. (1981 *apud* GLICK et al., 1985) e de Anderson et al. (1980). Todavia, as atividades são muito semelhantes às propostas por Goldstein et al. (1978), sendo acrescentado àquela a especificação da elucidação de seqüências de interação familiar que produzem estresse no paciente.

Os demais ensaios que classificamos como “pragmáticos” (LEFF et al., 1982, 1985 (placebo-controlado); LEFF et al., 1989, 1990 (comparativo); Hogarty et al., 1986, 1991; MCFARLANE et al., 1995 (comparativo); TOMARAS et al., 2000) tiveram como objetivo principal a mudança do nível da variável emoção expressa (EE) dos familiares (de alta para baixa), visando diminuir o estresse do contexto do paciente, para evitar recaída, o que incorpora em boa parte os objetivos da IF proposta por Anderson et al. (1980).

Embora refira ter sido baseado no modelo de Anderson et al. (1980), o ensaio de Leff et al. (1982, 1985) não inicia ou especifica uma etapa de conexão com a família do paciente; por outro lado, o repasse de informações sobre a doença constitui uma etapa específica e inicial, com material instrutivo mais elaborado e trabalhado em 4 aulas. Também o contato entre famílias, para relato/exposição de formas diferentes de lidar com o paciente, teve duração mais longa, espaçado em sessões relativamente curtas, mas foi complementado, como em Anderson et al. (1980), por sessões unifamiliares onde esse trabalho foi especificado e ampliado.

O ensaio mais tardio de Leff et al. (1989, 1990) e o de Mcfarlane et al. (1995) são comparativos de IFs para grupos multi (6 famílias) e uni familiares, ambas as alternativas constituídas de alguns elementos da proposta de Anderson et al. (1980).

No ensaio de Hogarty et al. (1986, 1991), identificamos elementos rudimentares de procedimentos do método comportamental, como reforço (baseado no condicionamento operante), treinamento de habilidades de comunicação e resolução de problemas (procedimentos baseados na teoria de aprendizagem soci-

al). Esses procedimentos não aparecem, todavia, como o centro do trabalho de Hogarty et al. (1986, 1991) mas associados a um trabalho educativo, como nas fases II e III do modelo de Anderson et al. (1980).

O ensaio de Mcfarlane et al. (1995) apresenta como componentes sessões de engajamento, tal qual a primeira fase, de conexão, no modelo de Anderson et al. (1980), seguidas pelo *Survival Skills Workshop*, ou seja, a fase II do mesmo modelo. Enquanto componente, é ainda utilizado o procedimento de resolução de problemas, essencialmente cognitivo, mas referido ao manual de Falloon et al. (1984) (que utiliza técnica comportamental, conforme veremos adiante), nos dois grupos comparados, com a diferença de que no grupo unifamiliar de IF o terapeuta tem mais envolvimento no trabalho e acompanha a resolução de problemas mais específicos de cada família. Os autores não mencionam, todavia, a utilização de outros procedimentos nem a articulação dos componentes apresentados e, por isso, nenhuma das alternativas comparadas deveria ser classificada como técnica comportamental.

Finalmente, no grupo dos ensaios classificados como “pragmáticos”, o de Tomaras et al. (2000) menciona a utilização de um “modelo psicoeducacional” que estaria explicitado no *guidelines of psychoeducational model*, de Anderson et al. (1986 *apud* TOMARAS et al., 2000). Do que é descrito, a IF constou de 13 sessões de grupo multifamiliar (6 a 8 familiares-chave) que incorporaram elementos dos demais ensaios “pragmáticos”, sendo bastante semelhante aos ensaios de Leff et al. (1982, 1985). Os sujeitos foram portadores de esquizofrenia cronicados, enquanto que a maioria dos ensaios pragmáticos teve percentual importante de pacientes em estágios iniciais.

Quanto a métodos de tratamento, o que podemos apreender dos ensaios “pragmáticos” é que as IFs testadas constituem fragmentos de técnicas, ou seja, pedaços de procedimentos utilizados sem a lógica e a articulação previstas.

LINHA COMPORTAMENTAL:

No início dos anos 80, Falloon e outros (1982, 1984, 1985), que mantêm o paradigma estresse-diátese, aparecem como divisor de águas ao ampliar o foco da IF além do paciente, para a família e seu bem-estar. Embora também percebam o potencial reabilitativo da família no tratamento do portador de esquizofrenia, vêem aquela como altamente atingida pela condição, sobrecarregada em vários aspectos, sendo que esse mal-estar necessitaria ser objeto da atenção à condição, no sentido de evitá-lo, minimizá-lo. O desfecho (resultado) “sobrecarga familiar” aparece, pela 1ª vez, nesse ensaio.

Os objetivos do ensaio de Falloon et al. (1982, 1985) são ensinar aos pacientes e familiares métodos para lidar com eventos estressantes e a mudança de atitudes de familiares-chave em direção a maior suporte, menos críticas destrutivas, e menos envolvimento emocional (EE) para com o portador de esquizofrenia. A IF testada enfatiza a mudança comportamental utilizando, a nosso ver, a técnica do “treinamento em habilidades sociais” (THS), que pode ser definido como um

enfoque terapêutico geral dirigido a incrementar a competência da atuação em situações críticas da vida ou como uma tentativa direta e sistemática de ensinar estratégias e habilidades interpessoais aos indivíduos, com a intenção de melhorar sua competência interpessoal e individual em situações sociais específicas (CABALLO, 1996). O THS se adere a um enfoque comportamental de aquisição de resposta – isto é, concentra-se na aprendizagem de um novo repertório de respostas, abrangendo quatro elementos de forma estruturada:

1. Treinamento de habilidades: ensino de comportamentos específicos, que são praticados e integrados ao repertório comportamental do sujeito. Dado que a aquisição dessas habilidades depende de um conjunto de procedimentos derivados, principalmente, da teoria da aprendizagem social, o THS inclui muitos desses procedimentos em sua aplicação, como instruções, modelagem, ensaio comportamental, feedback e reforço.
2. Redução da ansiedade em situações sociais problemáticas, a ser conseguida de forma indireta, ou seja, ocorrendo o novo comportamento mais adaptativo que, supostamente, é incompatível com a resposta de ansiedade. Se o nível de ansiedade é muito elevado, pode-se empregar diretamente uma técnica de relaxamento ou a dessensibilização sistemática.
3. Reestruturação cognitiva, na qual se pretende modificar valores, crenças, crenças, crenças e/ou atitudes do sujeito. A reestruturação cognitiva ocorre também de forma indireta, isto é, a aquisição de novos comportamentos modifica, a longo prazo, as crenças do sujeito. Aqui não se trata do subtipo de terapia cognitiva típica do método cognitivo-comportamental, mas de um procedimento cognitivo auxiliar, com menor grau de complexidade.
4. Treinamento em solução de problemas, que ensina o sujeito (familiar) a perceber corretamente os “valores” de todos os parâmetros situacionais relevantes, a processar os “valores” destes parâmetros para gerar respostas potenciais, a selecionar uma dessas respostas e a enviá-la de modo que maximize a probabilidade de alcançar o objetivo que impulsionou a comunicação interpessoal. Embora o treinamento em solução de problemas, procedimento cognitivo, não ocorra de forma sistemática nos programas de THS, geralmente se encontra presente neles, de maneira implícita, sendo articulado, nessa técnica, como procedimento complementar e com grau de complexidade relativamente baixo.

A IF testada por Falloon e outros (1982, 1985) se constitui, conforme os autores, de procedimentos comportamentais da técnica THS: seleção (inclusão no ensaio) de familiares considerados de alta EE ou de famílias com elevação do nível de tensão (etapa do THS de identificação da classe de comportamento-problema), educação (paciente e família) sobre a natureza, curso e tratamento da esquizofrenia (etapa do THS de reestruturação cognitiva), ensaio comportamental, modelagem, reforço social e avaliação (correspondentes à etapa do ensaio comportamental do THS).

Os autores relatam que tais procedimentos foram usados para aumentar habilidades de expressão de sentimentos positivos e negativos, de escuta reflexiva

(olhar, expressão facial, gestos e postura), de demanda para mudança de comportamento (orientação), e de reciprocidade de conversação (distância/contato físico, volume da voz, entonação, fluência, tempo de fala, e conteúdo), ou seja, para modificar elementos “moleculares” do comportamento, importantes no âmbito das habilidades sociais, segundo Caballo (1996).

O procedimento resolução de problemas, cognitivo, utilizado por Falloon e outros (1982, 1985), pode ser considerado procedimento auxiliar da técnica comportamental visto que se dá em paralelo e de forma complementar com outros procedimentos do THS, ou seja, seguindo o modelo de articulação de procedimento cognitivo na terapia comportamental e possuindo um grau de complexidade menor que o da técnica cognitiva. Os pacientes/familiares foram incluídos nesse ensaio após a ocorrência de um surto, mas só depois da estabilização de sintomas e funcionamento social, e sob medicação adequada. Não há informação se a intervenção foi no primeiro surto, apenas sobre a média de idade (26anos).

Três outros ensaios referem que tomaram como base o trabalho de Falloon et al.. Os objetivos da IF testada por Mueser et al. (2001) foram o ensino de habilidades para o gerenciamento da esquizofrenia e para diminuir estresse intra-familiar. Os autores referem o uso de procedimentos de treinamento de habilidades de comunicação e de resolução de problemas para a obtenção de metas colaborativamente, em atividades uni e multifamiliares. Apesar de referirem o manual de Falloon et al., e de terem sido treinados pelo próprio Falloon e seus colaboradores, esse ensaio difere na identificação do comportamento-problema pois não seleciona famílias de alta EE, mas famílias que tivessem um mínimo de 4 horas de contato regular face-a-face por semana. Os pacientes (familiares) incluídos no ensaio de Mueser et al. foram recrutados durante exacerbação de sintomas e a IF teve início após estabilização, via medicamentos, dos sintomas.

O ensaio comparativo de Montero et al. (2001; 2005), também referido a Falloon et al. (1984), não informou sobre a cronicidade dos pacientes; a IF foi iniciada após a estabilização clínica dos pacientes, com remissão de sintomas psicóticos positivos e capazes de acompanhar as sessões e processar informação em um grau razoável. Apresenta IF com procedimentos comportamentais como treinamento em habilidades de comunicação e aprendizagem e prática de técnicas de resolução de problemas, também tendo como referência o manual de Falloon et al. (1985). A eficácia da IF comportamental para grupo de múltiplas famílias é comparada com grupo de familiares, que seguiu o modelo de Leff et al. (1990), que classificamos como “pragmático”.

Finalmente, o trabalho de Xiong et al. (1994), realizado na China, teve como objetivos aumentar o funcionamento ocupacional dos pacientes, inclusive, a prevenção da recaída, e a colaboração familiar com a medicação dos pacientes para diminuir a sua sobrecarga. Informam que mais de 90% dos pacientes incluídos no estudo apresentava o transtorno mental há mais de um ano. A IF constituiu-se de três fases, sendo a 1ª realizada durante a hospitalização, quando foram oferecidas informações aos familiares sobre esquizofrenia e foi trabalhada uma estratégia efetiva de gerenciamento de medicação e estabelecida uma relação de empatia.

A 2ª fase objetivou melhorar o “funcionamento social” do paciente e desenvolver uma efetiva estratégia de convivência da família. Consistiu de sessões unifamiliares com a presença do paciente e de membros familiares co-residentes, combinadas a sessões multifamiliares, sessões individuais para pacientes e membros familiares e a visitas domiciliares. Os autores referem o uso de procedimentos comportamentais, como treinamento comportamental e resolução de problemas associados ao aconselhamento. A 3ª fase, de manutenção, objetivou reduzir a medicação até a dosagem efetiva mais baixa com sessões a cada dois ou três meses para supervisão da medicação e acompanhamento do monitoramento de sintomas. Os procedimentos referidos na 2ª fase desse ensaio indicam tratar-se de uma intervenção de base comportamental, embora os autores não apresentem detalhes sobre a técnica utilizada.

LINHA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:

O ensaio de Tarrier et al. (1988) compara dois tipos de IF, a comportamental participativa e a comportamental simbólica. Ambas são apresentadas como didáticas, com o objetivo primeiro de ensinar familiares habilidades para administrar a esquizofrenia, identificando componentes de alta EE nos familiares e eliminando-os através da mudança no comportamento do familiar ou do paciente, comportamento esse que detonaria a resposta negativa. O segundo objetivo seria encorajar um aumento no nível de funcionamento do paciente, através da identificação sistemática de necessidades e planejamento de metas para atingir essas necessidades. Os pacientes e familiares foram selecionados após admissão hospitalar na fase aguda do transtorno, 30% dos pacientes haviam sofrido o 1º episódio. A duração média do transtorno à época da inclusão foi de 6,3 anos.

As etapas de inclusão no ensaio e de educação foram comuns às duas intervenções comparadas: inclusão no ensaio de familiares considerados de alta EE (identificação do comportamento-problema, que também pode ser considerada etapa da terapia cognitivo-comportamental), educação para o paciente e a família com informação ampla e individualizada sobre esquizofrenia e como administrá-la no ambiente doméstico (procedimento de reestruturação cognitiva). A IF participativa incluiu ainda o programa de gerenciamento de estresse, realizado em 3 sessões, com o objetivo de ensinar familiares a monitorar fontes de estresse e suas reações para com as mesmas e então aprender estratégias mais apropriadas de lidar com as dificuldades, inclusive a recaída do paciente (terapia cognitivo-comportamental “de habilidades para lidar com dificuldades” -THLD), que apresenta a mediação cognitiva como centro do trabalho realizado. Finalmente, ambas as IFs testadas utilizaram o “programa de estabelecimento de metas”, em 8 sessões, no qual pacientes e familiares são ensinados a identificar áreas de mudança ou necessidade, e estabelecer procedimentos para obter as metas dentro do que os autores denominam de abordagem construtiva (GOLDIAMOND, 1974 *apud* TARRIER et al., 1988) (correspondente à “terapia de resolução de problemas”, método cognitivo-comportamental).

A diferença entre as duas IFs do estudo acima está em como essas habilidades são ensinadas: se através de representação simbólica, tal como instrução e

discussão, ou através de um método participativo que requer procedimentos complementares comportamentais, com maior participação através de troca de papéis, auto-registro, ensaio comportamental, guia prático etc, e grande envolvimento por parte de familiares na aprendizagem de novos comportamentos. Por exemplo, um familiar seria aconselhado a relaxar mais quando estivesse sob estresse e seria instruído verbalmente em como fazer isso (IF comportamental simbólica), ou seria ensinado ativamente a relaxar sendo fornecido a ele exercícios gravados para praticar, e solicitado a monitorar e registrar o sucesso da prática e sua implementação em situações estressantes (IF participativa).

A IF participativa foi desenvolvida em um nível de complexidade que incluiu procedimentos complementares comportamentais, como troca de papéis, ensaio comportamental, guia prático e auto-monitoramento. A IF simbólica foi operada num nível puramente simbólico.

Portanto, embora a ênfase de tais intervenções seja na mudança comportamental, a mediação cognitiva é a principal estratégia das IFs do ensaio de Tarrier et al. (1988) para alcançar tal mudança, o que caracteriza as IFs do ensaio como cognitivo-comportamentais.

A IF testada no ensaio de Sellwood et al. (2001) não selecionou famílias com base na variável EE e a sobrecarga familiar (BARROWCLOUGH et al., 1998) foi um dos objetivos da IF. O foco, conteúdo e quantidade de sessões da intervenção são determinados através de avaliação sistemática das necessidades identificadas nos cuidadores (familiares) através da aplicação de um instrumento, a versão para familiares da *Cardinal Needs Schedule (RCNS)*. Para cada área de problemas potenciais para cuidadores, foram utilizadas diferentes abordagens de intervenções psicossociais: técnicas de resolução de problemas (FALLOON et al. 1984), intervenções comportamentais-cognitivas com familiares (BARROWCLOUGH; TARRIER, 1997), e intervenções comportamentais-cognitivas individuais (HADDOCK et al., 1998 *apud* BARROWCLOUGH et al., 1999). Para algumas necessidades, apenas um procedimento (sub-técnica) foi considerado relevante, por exemplo, a necessidade de informação sobre a doença requereu uma intervenção educacional e a prevenção de recaída requereu uma intervenção de monitoramento dos sintomas prodrômicos.

Foram realizadas entre 10 e 20 sessões de IF, dependendo da natureza e número das necessidades identificadas dentro do período de 12 semanas de tratamento. A duração do transtorno à admissão no estudo deveria ser de pelo menos dois anos. O momento da intervenção não é explicitado.

LINHA NÃO DEFINIDA/ ENSAIOS SINGULARES:

Finalmente, na busca realizada, encontramos alguns ensaios de difícil classificação quanto a método e técnica ou com propostas de aplicação singulares, ou não explicitadas. O ensaio de Mönking (1994) testa uma IF com o conteúdo de grupo de auto-ajuda para familiares de portadores de esquizofrenia. O de Chien e Chan (2004) compreende atividades de grupo de apoio mútuo, não esclarecidas, e de grupo de psicoeducação (referência a MCFARLANE et al., 1995, abordado

anteriormente). O ensaio de Szmukler et al. (1996) apresenta como conteúdo da IF um “aconselhamento familiar”, com dois componentes principais: educativo e ajuda a cuidadores (familiares) no desenvolvimento de “estratégias para lidar com as dificuldades frente aos problemas do paciente, identificadas nas duas sessões iniciais”, que poderíamos caracterizar, pela nomenclatura, como “terapia de habilidades para lidar com dificuldades”. Porém, não há menção da utilização de técnicas aplicadas em graus diferenciados de dificuldade, o que facilitaria o enfrentamento de situação de alto nível de estresse e caracterizaria a citada terapia (DOBSON; DOZOIS, 2001).

A IF de Vaughan et al. (1992) objetivou melhorar a resolução de problemas e as habilidades de comunicação entre os familiares. Estes foram treinados a definir um problema, gerar soluções, avaliar conseqüências e fazer acordo sobre uma estratégia. Foram dados exercícios para casa e os resultados foram revistos nos encontros subseqüentes. Todavia, os autores não relatam a utilização de outros procedimentos comportamentais que contribuíssem para conformar alguma das técnicas comportamentais conhecidas. Na discussão, explicitam que não houve uma orientação exclusivamente comportamental, sem esclarecer, no entanto, qual outra orientação teria sido utilizada. Também não o caracterizamos como cognitivo-comportamental porque não há detalhamento, no ensaio, da complexidade da “resolução de problemas” que essa técnica cognitiva compreende. A abordagem parece mais uma “bricolage” de procedimentos antes que uma técnica propriamente dita.

Outros ensaios realizados na China (ZHANG et al., 1994; RAN et al., 2003) desenvolveram modelos que consideraram apropriados para aquele país, considerando aspectos peculiares de sua cultura, incluindo educação familiar e sessões de aconselhamento, mas não detalham procedimentos/técnicas utilizadas.

A IF do ensaio de Merinder et al. (1999) teria sido baseada num método “didático interativo” e focalizou os seguintes tópicos: educação sobre a condição esquizofrenia, incluindo diagnóstico, prognóstico, sintomas, medicação (benefícios e efeitos colaterais); tratamento psicossocial; estresse e primeiros sinais de recaída, plano de emergência; possibilidades de atuação do paciente e da família; leis e regulamentos. Não há outras informações acerca da IF em pauta. Por último, o ensaio de Shimodera et al. (2000) utilizou sessões de terapia familiar dirigidas à família única, cujo conteúdo não é explicitado, não possibilitando também a apreensão de elementos para classificação da intervenção quanto a técnicas utilizadas.

V - CONCLUSÕES

A análise das propostas de IF testadas por ensaios clínicos permitiu perceber mudanças ao longo do tempo nos objetivos, conteúdo/extensão e métodos/técnicas da Intervenção Familiar, bem como no tipo de pacientes/famílias incluídos nos estudos e nos desfechos estudados. Essa análise foi elaborada com base nas teorias, métodos e técnicas pertinentes, comportamentais e cognitivo-

comportamentais (BANDURA, 1977; BECK, 1979; CABALLO, 1996; DOBSON; DOZOIS, 2001).

O exame dos tipos/modelos de IF investigados por esses ensaios clínicos, a partir daqueles referenciais, possibilitou a elaboração de uma tipologia das intervenções desenvolvidas e contribuiu para um maior entendimento da evolução histórica da IF e das técnicas testadas consideradas mais eficazes.

As técnicas são procedimentos desenhados e articulados conforme teorias e métodos, e no grupo de ensaios pragmáticos não localizamos princípios e técnicas correspondentes a teorias e métodos, particularmente a métodos de natureza comportamental ou cognitivo-comportamental. Não foi possível classificar alguns dos 21 ensaios do ponto de vista de método/técnica utilizada. O ensaio de Xiong et al, que classificamos como comportamental, não detalha da forma desejável a técnica utilizada; também os ensaios de Hogarty et al e o de Macfarlane et al, que classificamos como “pragmáticos”, não são típicos daquela linha.

O conjunto de ensaios evolui de uma linha com rudimentos de procedimentos/técnicas comportamentais, para ensaios de técnicas com características comportamentais e, finalmente, para ensaios cognitivo-comportamentais, embora existam ensaios recentes que não focalizam a mediação cognitiva, característica do método cognitivo-comportamental, nem técnicas comportamentais propriamente ditas.

O constructo Emoção Expressa (EE), variável identificada pelo número de comentários críticos, grau de hostilidade e superenvolvimento para com o portador de esquizofrenia (VAUGHN; LEFF, 1976), foi utilizado na seleção de pacientes e na medida de desfecho/resultado da IF na família nos ensaios caracterizados como pragmáticos mas tem sido abandonado mais recentemente. No início da década de 80, quando o ensaio de Falloon et al. (1982) foi iniciado, havia indícios de relação de causalidade entre emoção expressa (EE) dos familiares e recaída em portadores de esquizofrenia. Num momento posterior, segundo Falloon; Pederson (1985), a maior justificativa para uma intervenção familiar era que a unidade familiar atuava como ponto de apoio na reabilitação comunitária de portadores de transtorno mental. A metanálise de Butzlaff; Hooley (1998), com base em estudos mais recentes sobre EE, indica que dever-se-ia elaborar um novo entendimento sobre o fenômeno (EE), diferente daquele de fator prognóstico de recaída, já que a EE ocorreria por mecanismos diversos dos sugeridos a partir das observações dos primeiros estudiosos (BROWN et al., 1972; VAUGHN; LEFF, 1976). A diminuição da sobrecarga familiar (SCHENE et al, 1994, 1998; BARROWCLOUGH et al., 1998) tende a ser o objetivo e desfecho da IF na família nos ensaios mais recentes, trazendo o familiar para a cena não mais como coadjuvante a ser trabalhado em suas mudanças de atitude com relação ao paciente, mas como ator principal de sua própria saúde.

Os ensaios de base comportamental privilegiaram técnicas de treinamento em comunicação e resolução de problemas e buscam a transformação das atitudes familiares, aderindo a um enfoque comportamental de aquisição de resposta, isto

é, concentram-se na aprendizagem de um novo repertório de respostas, sofrendo grande influência da teoria da Aprendizagem Social (BANDURA, 1977).

A abordagem da família com técnicas cognitivo-comportamentais, mais recentes, focalizaram as necessidades dos familiares e seus sentimentos para com o portador de esquizofrenia. Foi considerado cognitivo-comportamental o ensaio cuja abordagem na IF considerou que a atividade cognitiva afeta o comportamento (modelo mediacional), pode ser monitorada e alterada, e que a mudança do comportamento desejada pode ser alcançada através da mudança cognitiva, tendo por base o método de Beck (1979).

Consideramos que devam ser analisados os resultados obtidos pelos ensaios de boa qualidade de modelos de IF de base cognitivo-comportamental, que privilegiam um maior entendimento do familiar acerca da esquizofrenia, com a devida adequação devido às especificidades nacionais, com vistas a sua eventual utilização nos CAPS do país.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, C. M.; HOGARTY, G. E.; REISS, D.J. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 490-505, 1980.
- BANDURA, A. *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall, 1977.
- BARROWCLOUGH et al. Assessing relatives' needs for psychosocial interventions in schizophrenia: a relatives' version of the Cardinal Needs Schedule (RCNS). *Psychol Med*, v. 28, n. 3, p. 531-542, May.1998.
- BARROWCLOUGH et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 174, p. 505-511, 1999.
- BARROWCLOUGH, C; TARRIER, N. *Families of schizophrenic patients: cognitive behavioural intervention*. London: Nelson Thornes, 1997.
- BECK, A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: Internat. Universities Press, 1979.
- BROWN, G.W.; BIRLEY, J.L.T.; WING, J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A Replication. *British Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 121, p. 241-258, 1972.
- BUTZLAFF, R.L.; HOOLEY, J.M. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, [S.l.], v. 55, n.6, p. 547/552, Jun. 1998.
- CABALLO, V. E. (Org.). O treinamento em habilidades sociais. In: _____. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos, 1996. p. 361-398.

CHIEN, W.; CHAN, S.W.C. One-year follow-up of a multiple-family-group intervention for chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatric Service*, Arlington, v. 55, n. 11, p. 1276-1284, 2004.

DIXON, L. B. Providing services to families with schizophrenia: present and future. *J Mental Health policy Econ*, [S.l.], v. 2, p. 3-8, 1999.

DIXON, L.B.; LEHMAN, A.F. Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, [S.l.], v. 21, p. 4; 631-643, 1995.

DOBSON, K.S.; DOZOIS, D.J. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In.: DOBSON, K.S. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: The Guilford Press, 2001. p. 3-39.

FALLOON, I.R.H.; PEDERSON J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, [S.l.], v.147, p.156-163, 1985.

FALLOON, I.R.H. et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, [S.l.], v. 42, n. 9, p. 887-896, 1985.

_____. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 306, n. 24, p. 1437-1440, 1982.

GLICK, I.D. et al. A controlled evaluation of inpatient family intervention. *Arch Gen Psychiatry*, [S.l.], v. 42, p. 882-887, 1985.

GOLDSTEIN, M.J. et al. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, [S.l.], v. 35, p. 1169-1177, 1978.

HAAS, G.L. et al. Inpatient family intervention: a randomized clinical trial. *Arch Gen Psychiatry*, [S.l.], v. 45, p. 217-224, 1988.

HOGARTY, G.E. et al. Personal indicators in the course of Schizophrenia Research Group: family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, [S.l.], v. 43, n. 7, p. 633-642, 1986.

_____. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, [S.l.], v. 48, n. 4, p. 340-347, 1991.

KRAUSS-SILVA, L. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 199-207, 2004.

LEFF, J. et al. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *Br J Psychiatry*, [S.l.], v.157, p. 571-577, Oct. 1990.

LEFF, J. et al. A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia.

Br J Psychiatry, [S.l.], v. 154, p. 58-66, Jan. 1989.

_____. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 146, p. 594-600, 1985.

_____. A controlled trial of social interventions in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 141, p. 121-134, 1982.

LEHMAN, A.F. et al. At issue: translating research into practice: the schizophrenia patients outcome research team (PORT). Treatment Recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, [S.l.], v. 24, n.1, p. 1-10, 1998.

MCFARLANE, W.R. et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, [S.l.], v. 52, p. 679-687, 1995.

MERINDER, L.B. et al. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatr Epidemiol*, [S.l.], v. 34, p. 287-294, 1999.

MÖNKING, H.S. Self-help groups for families of schizophrenic patients: formation, development and therapeutic impact. *Soc Psychiatr Epidemiol*, [S.l.], v. 29, p. 149-154, 1994.

MONTERO, I. et al. Do all people with schizophrenia receive the same benefit from different family intervention programs? *Psychiatry Res.*, [S.l.], n. 28, v. 133, n. 2-3, p. 187-195, Feb. 2005.

_____. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull*, [S.l.], v. 27, n.4, p. 661-670, 2001.

MUESER, K.T. et al. Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: effects on patient social functioning, family attitudes, and burden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Washington, v. 69, n.1, p. 3-12, 2001.

RAN, M. et al. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural chinese families experiencing schizophrenia: a randomized controlled trial. *Soc Psychiatr Epidemiol*, [S.l.], v. 38, p. 68-75, 2003.

SCHENE, A.H., WIJNGAARDEN, B., KOETER, M.W.J. Family caregiving in Schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, [S.l.], v. 24, n. 4, 1998.

SCHENE, A.H., TESSLER R.C., GAMACHE G.M. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, [S.l.], v. 29, p. 228-240, 1994.

SHIMODERA, S. et al. Expressed emotion and psychoeducation intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. *Psychiatry Research*, [S.l.], v. 96, p. 141-148, 2000.

SELLWOOD, W. et al. Needs-based cognitive-behavioral family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, [S.l.], v. 104, p. 346-355, 2001.

SZMUKLER, G.I. et al. A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol*, [S.l.], v. 31, p. 149-155, 1996.

TARRIER, N. et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 153, p.532-542, 1988.

TOMARAS, V. et al. The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. *Soc.Psychiatry and Psychiatr. Epidemiology*, [S.l.], v. 35, p. 487-493, 2000.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Mental health: a report of the surgeon general – executive summary*. Rockville, MD: U.S. National Institute of Mental Health, 1999.

VAUGHAN, K. et al. The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 16-21, Jan. 1992.

VAUGHN, C.; LEFF, J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clin Psychology*, [S.l.], v. 15, p. 423-429, 1976.

XIONG, W. et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 165, p. 239-247, 1994.

ZHANG, M. et al. Randomized-control trial of family intervention for 78 First-Episode male schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 165, suppl. 24, p. 96-102, 1994.

Recebido em: março/ 2005.

Aceito em: junho/ 2006.

Meta-análise de ensaios clínicos de intervenção familiar na condição esquizofrenia

Meta-analysis of clinical trials on family intervention in schizophrenia

Maria Goretti Andrade Rodrigues^I; Leticia Krauss-Silva^I; Ana Cristina Marques Martins^{II}

^IEscola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II}Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, Brasil

RESUMO

O objetivo da presente revisão sistemática foi avaliar a eficácia da intervenção familiar de base cognitivo-comportamental para portadores de esquizofrenia em tratamento ambulatorial, com relação aos desfechos recaída e sobrecarga familiar. Pesquisadores independentes conduziram as análises da pertinência e da qualidade dos ensaios identificados pela estratégia de busca utilizada, seguindo protocolo previamente elaborado. Foram selecionados 11 ensaios randomizados ou quasi-randomizados. Para o desfecho recaída, o risco relativo sumário, pelo modelo de efeitos fixos, foi favorável à intervenção familiar para o conjunto dos ensaios, com eficácia de cerca de 60% (50%-70%). O risco relativo sumário dos ensaios do subgrupo cognitivo-comportamental [RR = 0,43 (0,28-0,67)] foi equivalente ao do subgrupo comportamental [RR = 0,37 (0,23-0,60)] e ao do subgrupo "pragmático" [RR = 0,37 (0,21-0,66)], embora a forma de análise dos ensaios "pragmáticos" tenha sido, em geral, por tratamento efetivo. A diferença de riscos sumária geral foi estimada em cerca de 30% pelo modelo de efeitos randômicos. Apenas quatro ensaios analisaram o desfecho sobrecarga familiar, abrangendo, diferentemente, algumas das dimensões objetivas e subjetivas. Os resultados dos estudos individuais foram, em geral, favoráveis à intervenção familiar.

Esquizofrenia; Ensaios Clínicos Aleatórios; Meta-Análise

ABSTRACT

The present study aimed to assess the efficacy of cognitive-behavioral family interventions by relatives of schizophrenic patients under community care, specifically targeting relapse and family burden as outcomes. Independent researchers conducted the analyses of the pertinence and quality of trials identified through a search strategy, following a previously developed protocol. Eleven randomized or quasi-randomized trials were selected. The summary relative risk of relapse using the fixed effects model was favorable to family intervention, with estimated efficacy reaching nearly 60% (50%-70%). Summary relative risk in the cognitive-behavioral therapy trials subgroup [RR = 0.43 (0.28-0.67)] was equivalent to that of the behavioral therapy subgroup [RR = 0.37 (0.23-0.60)] and the "pragmatic" subgroup [RR = 0.37 (0.21-0.66)], although the "pragmatic" trials were generally analyzed for effective treatment. The difference in summary overall risk of relapse was nearly 30% using the random effects model. Only four trials analyzed family burden as outcome, including different dimensions of burden. Results of individual trials were generally favorable to family intervention, for both the objective and subjective dimensions.

Schizophrenia; Randomized Controlled Trials; Meta-Analysis

Introdução e justificativa

A esquizofrenia é um dos mais graves transtornos mentais e atinge aproximadamente 1% da população mundial. Caracteriza-se por uma desorganização de diversos processos mentais e por alteração do comportamento, evoluindo com recaídas (recorrência de sintomas), na maioria dos casos, que podem resultar em que a vida afetiva, social e produtiva do paciente fique severamente comprometida. Pode representar ainda um impacto importante na vida dos familiares, o que vem sendo conceituado como "sobrecarga familiar", bem como custos relevantes para toda a sociedade. No Brasil, a esquizofrenia corresponde ao 5º lugar na manutenção de auxílio-doença no país ¹.

Para o presente trabalho, os procedimentos de atenção à condição esquizofrenia, inclusive a intervenção familiar, foram identificados, inicialmente, a partir do livro-texto de Kaplan & Sadock ², e de documentos governamentais do Canadá ³ e dos Estados Unidos ⁴. Esse último documento aponta que das intervenções psicossociais testadas para o tratamento da esquizofrenia, a partir da década de 70, apenas para a chamada "intervenção familiar", haveria um volume de ensaios clínicos bem desenhados com resultados consistentes.

A análise das propostas de intervenção familiar dos ensaios foi previamente efetuada ⁵ com base em teorias, métodos e técnicas comportamentais e cognitivo-comportamentais ^{6,7,8,9}.

A partir daqueles referenciais, foi então considerado "comportamental" o ensaio de intervenção familiar que apresentasse técnicas baseadas na teoria do condicionamento clássico, na teoria do condicionamento operante ou na teoria da aprendizagem social, privilegiando-se dentro desse último grupo, os procedimentos do treinamento de habilidades sociais. Consideramos, então, "cognitivo-comportamental" o ensaio cuja abordagem na intervenção familiar: (1) apresentasse as seguintes proposições fundamentais ⁹ - (a) a atividade cognitiva afeta o comportamento (modelo mediacional), (b) a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada, e (c) a mudança do comportamento desejada pode ser alcançada através da mudança cognitiva; (2) aplicasse as terapias baseadas no método cognitivo-comportamental - terapias de reestruturação cognitiva, terapias de habilidades para lidar com dificuldades e terapias de resolução de problemas. Beck ⁷ esclarece que o ponto focal dessas terapias difere, sobretudo, porque o terapeuta cognitivo-comportamental direciona sua técnica para modificar o *conteúdo ideacional* envolvido no sintoma, através da *mediação cognitiva*.

O grupo de ensaios denominados "pragmáticos" apresenta características comuns quanto aos objetivos e semelhanças de conteúdos/extensão da intervenção proposta, e quanto ao fato de não constituírem uma técnica, derivada de base teórico-metodológica definida, mas, de constituírem fragmentos de técnicas comportamentais e cognitivo-comportamentais, ou seja, pedaços de procedimentos utilizados sem a lógica e a articulação previstas.

As revisões sistemáticas analisam estudos com base em protocolo previamente desenhado e contribuem para integrar, de forma adequada, as informações desses estudos, fornecendo uma base científica para a tomada de decisão racional no setor saúde ^{10,11}. A meta-análise é um procedimento estatístico que pode ser utilizado nas revisões sistemáticas para sintetizar aspectos quantitativos de estudos, fornecendo medidas sumárias para os desfechos estudados.

A presente revisão pretendeu contribuir para a avaliação da conveniência da incorporação de procedimentos, de base comportamental e cognitivo-comportamental, dirigidos a familiares de esquizofrênicos, como componente relevante da atenção extra-hospitalar, comunitária, a esse grave problema de saúde mental. As revisões sistemáticas existentes sobre a eficácia da intervenção familiar na condição esquizofrenia ^{12,13,14,15,16} não preencheram o objetivo do presente estudo, além de

apresentarem, em geral, limitações metodológicas importantes, conforme referido adiante.

Objetivo

O objetivo da revisão sistemática/meta-análise foi avaliar a eficácia da intervenção familiar baseada no método comportamental, no método cognitivo-comportamental ou em procedimentos "pragmáticos" na condição esquizofrenia, com relação aos desfechos recaída e sobrecarga familiar.

Metodologia

Identificação de revisões sistemáticas sobre intervenção familiar para portadores de esquizofrenia

O período coberto pela busca de revisões sistemáticas foi 1980-2006 e os idiomas abrangidos foram inglês, francês, italiano, espanhol e português.

A análise e a seleção das revisões identificadas tiveram como critérios principais: (1) o(s) objetivo(s) da revisão sistemática; (2) a utilização de procedimentos para evitar viés de publicação^{17,18}; (3) o exame do desenho, da execução e da análise de resultados dos estudos incluídos; (4) o tipo de pacientes incluídos/excluídos; (5) o exame do tipo de intervenção testada (inclusive com base na tipologia de intervenções familiares já referidas)^{19,20} e do tipo utilizado como controle dos ensaios incluídos; (6) os desfechos analisados e o exame do instrumental utilizado para a avaliação de desfechos (referido adiante no protocolo da revisão sistemática em pauta).

Nesse sentido, a análise da adequação da metodologia utilizada pelas meta-análises e ensaios foi precedida de análise da evidência sobre fatores prognósticos na condição esquizofrenia e também pelo estudo dos métodos e técnicas utilizadas em procedimentos de intervenção familiar, conforme referido anteriormente.

A identificação de revisões sistemáticas foi feita a partir das bases de estudos Cochrane Library (ano 2001), das publicações relativas ao projeto PORT/Esquizofrenia do governo americano, sobre evidências científicas relativas à atenção a portadores de esquizofrenia, já citadas⁴, e da MEDLINE.

A análise preliminar das revisões sistemáticas publicadas na Cochrane Library pelo Schizophrenia Group até o ano de 2002, relativas à intervenção familiar, mostrou que elas abrangeram diagnósticos bastante diferentes; a meta-análise selecionada foi Pharoah et al.¹⁵, que focalizou estudos dirigidos apenas a portadores de esquizofrenia e transtornos semelhantes (esquizoafetivos e delirantes). Em nova busca em 2008, foram

encontradas versões mais recentes: 2003 e 2006. Analisamos a versão de Pharoah et al.²¹.

Do relatório do estudo PORT/Esquizofrenia, selecionamos inicialmente a revisão de Dixon & Lehman¹³. Da busca realizada no MEDLINE, utilizando as palavras-chave "*schizophrenia*" AND "*family therapy*" e os limites *english, french, italian, spanish and portuguese, review, meta-analysis, human*, encontramos 79 referências, das quais selecionamos 27 resumos, cuja análise resultou na adição de uma revisão sistemática que não constava do resultado das fontes anteriores: o trabalho de Barbato & D'Avanzo¹⁴. Numa segunda busca realizada no MEDLINE, utilizando as palavras-chave "*schizophrenia*" AND "*family therapy*" e os limites *english, french, italian, spanish and portuguese, meta-analysis, human*, encontramos quatro referências, das quais duas eram pertinentes: as de Mari & Streiner¹² e de Pitschel-Walz et al.¹⁶. Os estudos excluídos não eram revisões ou meta-análises, apenas comentários sobre elas.

Após a análise das revisões sistemáticas selecionadas - protocolo, implícito ou explícito, e ensaios por elas incluídos - com base nos critérios acima referidos, concluímos que, embora as meta-análises analisadas apontem evidência de benefício da intervenção familiar, elas geralmente procederam a exames insuficientes dos processos de cegamento da alocação e da avaliação dos desfechos, bem como das perdas e das formas de análise efetuadas pelos ensaios incluídos, com exceção de Pharoah et al.²¹. Além disso, incluíram ensaios que testaram procedimentos não classificáveis em nenhum dos subgrupos teórico-metodológicos focalizados pela presente revisão sistemática, como procedimentos psico-educacionais mal definidos e intervenções familiares dirigidas a grupos de famílias, assim como ensaios de intervenção familiar hospitalar, sem componente comunitário, e procedimentos de intervenção familiar não definidos, conforme detalhado adiante.

Protocolo da presente revisão sistemática

A meta-análise seguiu protocolo previamente elaborado; as etapas de seleção e de análise de ensaios foram realizadas por duas investigadoras independentes, sendo as divergências resolvidas por discussão e consenso.

• Estratégia de busca de ensaios clínicos

A estratégia de busca foi baseada no Cochrane Handbook¹¹ e no trabalho de Dickersin et al.²². Para as pesquisas na MEDLINE e na Cochrane Library foram usadas palavras-chave relacionadas à condição ("*schizophrenia*", "*schizophrenic*") e à intervenção ("*family therapy*", "*family intervention*") estudadas. As buscas foram efetuadas no mês de maio de 2007. Além disso, foram realizadas pesquisas em

referências bibliográficas das revisões identificadas e analisadas ^{12,13,14,15,16,21} e dos artigos selecionados. Os idiomas abrangidos foram: inglês, francês, italiano, espanhol e português.

Os ensaios foram selecionados com base nos seguintes critérios: (1) ser um ensaio clínico "placebo" - controlado randomizado de intervenção familiar para a condição esquizofrenia e para transtornos similares (transtornos esquizoafetivos e transtornos delirantes); (2) incluir pacientes em tratamento ambulatorial, compreendendo ou não uma fase inicial hospitalar (durante o surto/recaída); (3) testar uma intervenção familiar que tenha utilizado técnicas comportamentais ou cognitivo-comportamentais ou uma intervenção familiar "pragmática", ou seja, que haja utilizado rudimentos de procedimentos/técnicas comportamentais, conforme referido na *Introdução e Justificativa*; (4) analisar o desfecho recaída, nos pacientes, e o desfecho sobrecarga familiar (veja definições adiante).

• **Avaliação da pertinência e da qualidade dos ensaios clínicos randomizados**

Procedeu-se ainda a uma avaliação mais apurada da pertinência e a um exame mais detalhado da qualidade dos ensaios, utilizando-se, para esse fim, uma lista de critérios elaborada a partir dos trabalhos de Jüni et al. ²³ e de Oxman ²⁰. Ambas as fases de seleção e de análise sistemática da qualidade dos ensaios foram realizadas antes da leitura da seção de resultados dos ensaios, procurando-se evitar a consideração desses resultados naqueles procedimentos.

Os ensaios clínicos "placebo"-controlados selecionados foram avaliados criticamente quanto à sua pertinência levando em conta os objetivos da revisão sistemática (inclusões/exclusões, intervenção e desfechos). O exame da qualidade dos ensaios levou em conta o seu desenho - incluindo os procedimentos de randomização e cegamento, a especificação da intervenção e das co-intervenções, das medidas de desfecho e dos instrumentos de medida -, execução do ensaio e a análise de dados efetuada ou permitida (dados disponíveis).

A análise da qualidade foi realizada com o objetivo de subsidiar a avaliação da força da evidência produzida por cada um dos ensaios e ratificar ou não a inclusão do estudo na revisão, assim como de subsidiar eventuais análises de sensibilidade relacionadas à qualidade dos ensaios.

Para a realização dessa análise sistemática, mais detalhada, dos ensaios clínicos foi previamente elaborado um protocolo e utilizou-se uma grade correspondente que continha em cada coluna um cabeçalho com as especificações pertinentes (relativas a

aspectos do desenho, execução e forma de análise) e linhas correspondentes a cada ensaio selecionado.

Foram avaliadas, entre os aspectos citados:

a) Definições/medidas utilizadas para a inclusão/exclusão de pacientes com a explicitação/referência a classificações/definições pertinentes, considerando esquizofrenia ou condições similares, transtorno esquizoafetivo e transtorno delirante, diagnosticados através da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition* (DSM-III), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised* (DSM-III-R), do *Present State Examination* (PSE) ou dos *Research Diagnostic Criteria* (RDC), com exclusão de portadores de condição orgânica.

b) Informações sobre o processo de randomização (processo em si) e tabela pós-randomização para os seguintes fatores prognósticos de recaída: forma de instalação do transtorno, estado civil, nível educacional, problemas na escola (sintomas positivos) e ajustamento social pré-mórbido (sintomas negativos)^{24,25,26,27}. Não há evidência de que a cronicidade dos pacientes seja fator prognóstico de recaída. Vários estudos indicam que a emoção expressa (variável que associa medidas de criticismo, hostilidade e intrusão - superenvolvimento) do familiar em relação ao paciente^{28,29,30,31,32} é um fator prognóstico de recaída.

c) As etapas do processo de cegamento, nesse caso, cegamento da alocação e do avaliador.

d) As informações disponíveis nos ensaios sobre as intervenções testadas, as intervenções controle (aproximações de placebo) e co-intervenções relevantes. Essas informações foram analisadas para classificar o ensaio em cognitivo-comportamental, comportamental ou "pragmático", para avaliar a validade dos procedimentos realizados para o grupo controle e a intensidade de utilização, por cada grupo comparado, de co-intervenções importantes, ou possivelmente importantes, para os desfechos analisados.

e) Medidas de desfechos utilizadas pelos ensaios.

As definições e medidas de recaída usadas pelos ensaios foram avaliadas tendo como parâmetro a proposta de Brown et al.²⁹: recaída tipo I - recorrência de sintomas em pacientes que estavam sem sintomatologia ao início do estudo, e recaída tipo II - aumento no número e intensidade de sintomas para aqueles pacientes que tinham sintomas esquizofrênicos ativos ao início do estudo. O evento suicídio foi considerado recaída³³.

O conceito de sobrecarga familiar decorrente da condição esquizofrenia, usado pelos ensaios, foi avaliado tendo como parâmetro a definição de Schene³⁴ de que as conseqüências para aqueles em contato estreito com um portador de transtorno mental grave, abrangendo as dimensões objetivas, relacionadas ao comportamento do paciente e constituídas pelas tarefas novas e permanentes de cuidado prestado e os problemas intra e extra-familiares associados a cuidar do paciente³⁵; e subjetivas, relacionadas aos sentimentos vividos pelo familiar associados à condição esquizofrenia.

f) As informações disponíveis sobre fluxo de pacientes, incluindo aderência, eventos/intervenções pós-randomização (exclusões, perdas e *cross-over*) e suas justificativas, e a forma de acompanhamento dos participantes com relação aos desfechos de interesse, foram analisadas para avaliar se a análise de resultados foi efetivamente feita por intenção de tratar e o empenho para promover aderência e manter a integridade dos dados. Os dados disponíveis foram, quando possível, reanalisados por intenção de tratar.

• **Análise da heterogeneidade clínica dos ensaios**

Antes de procedermos à análise dos resultados, no sentido de compor uma medida sumária do efeito da intervenção familiar para a condição esquizofrenia, analisamos as fontes de heterogeneidade clínica entre os ensaios, relativas aos fatores prognósticos dos pacientes incluídos nos estudos, às intervenções administradas e às medidas de desfechos utilizadas nos ensaios. A análise da heterogeneidade clínica subsidiou a decisão sobre a validade/utilidade de se estimar uma medida sumária dos resultados. Os testes de heterogeneidade estatística tiveram função complementar à análise da heterogeneidade clínica.

• **Análise estatística**

A análise dos dados dos ensaios foi feita utilizando-se o programa estatístico RevMan, versão 4.2.10 (The Cochrane Collaboration, Oxford, Estados Unidos). Foram calculados os riscos relativos (RR) e a diferença de riscos (DR) sumários, com os respectivos intervalos de confiança (IC), com nível de significância de 95%, por meio dos modelos de efeitos fixos (MEF) e de efeitos randômicos (MER). O cálculo da heterogeneidade estatística foi realizado através do teste do c^2 , sendo $p = 0,10$ o nível de significância utilizado para considerar homogêneos os resultados.

Resultados

Resultado da busca

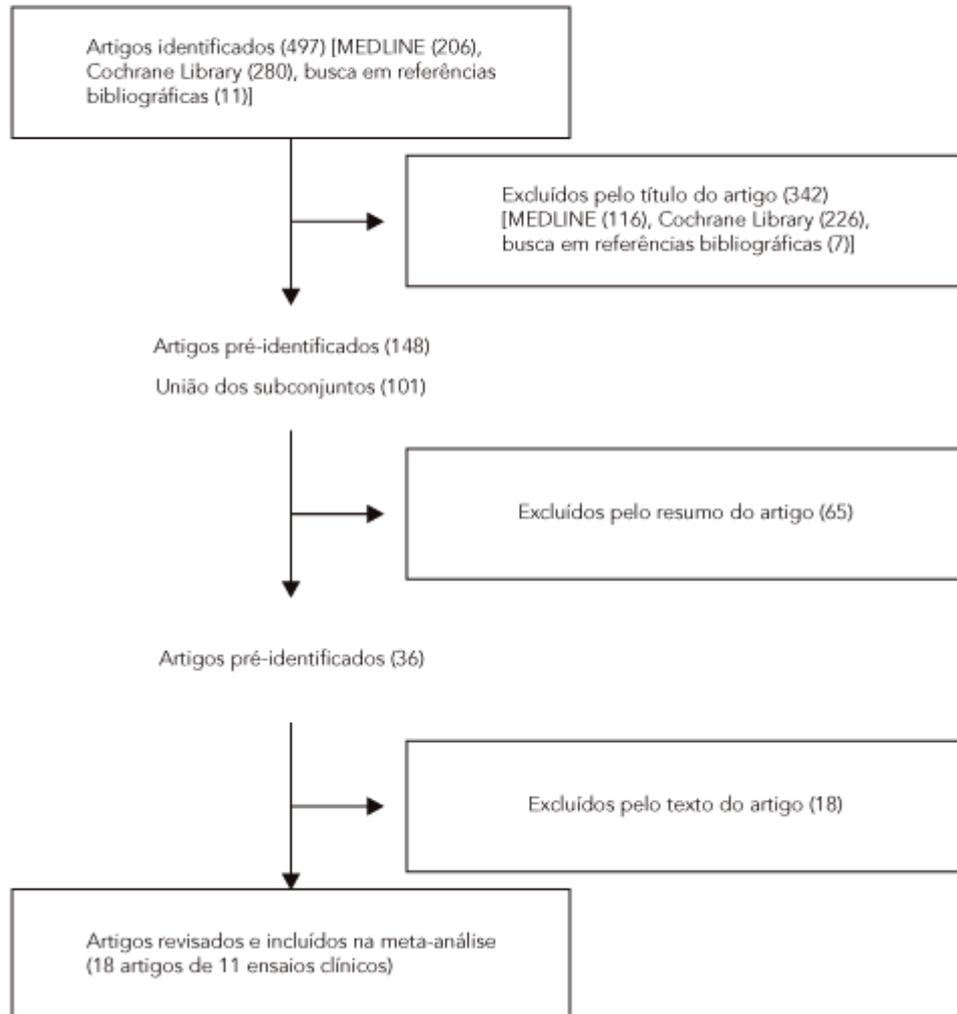
A partir da referida estratégia de busca, foram capturados, via MEDLINE, 206 artigos, via Cochrane Library, 280 e 11 artigos adicionais via busca em referências bibliográficas. A primeira etapa da seleção pelos títulos excluiu principalmente aqueles que focalizavam tratamentos medicamentosos ou cujo objeto central não era esquizofrenia ou que não se referiam a ensaios clínicos (entre os excluídos, só do MEDLINE, cerca de 28 artigos eram descrições de intervenção familiar ou que tratavam exclusivamente do procedimento "psico-educação para familiares"). Além disso, foram excluídos também sete artigos de periódicos chineses, localizados pela busca em referências bibliográficas (citados por Pharoah et al.²¹). Essa primeira etapa resultou em 101 artigos.

Numa análise posterior, ainda preliminar, da pertinência e qualidade dos 101 artigos encontrados sobre intervenção familiar na condição esquizofrenia, selecionamos 11 ensaios clínicos (18 artigos), com base nos critérios acima referidos, a partir dos resumos e dos textos dos ensaios, nessa seqüência. Através da análise dos resumos, foram excluídos 65 artigos que não constituíam ensaios clínicos ou que não testavam uma modalidade nova de intervenção, especificamente elaborada para atender familiares de pacientes. Restaram, então, 36 artigos que tiveram os textos completos avaliados. Dezesete trabalhos foram, finalmente, excluídos: sete, por testarem intervenção indefinida - Vaughan et al.³⁶, Schulze Mönking³⁷, Chien & Chan³⁸, Szmukler et al.³⁹, Merinder et al.⁴⁰, Shimodera et al.⁴¹ e Herz et al.⁴² (ensaios que não poderiam ser classificados quanto ao método e técnica dentro dos subgrupos considerados pelo presente estudo, considerando os referenciais acima mencionados, ou com propostas não explicitadas); cinco, porque não constituíam, efetivamente, ensaios clínicos (nesse grupo encontram-se artigos que não possuíam resumo e não foram descartados pelos títulos, ou cuja metodologia não era clara quanto ao desenho de estudo e cujos autores eram também autores de ensaios e por esse motivo foram inicialmente selecionados); dois, por corresponderem a ensaios comparativos^{43,44}; e dois ensaios, por terem sido realizados exclusivamente em serviço hospitalar^{45,46}.

O ensaio publicado em Schooler et al.⁴⁷ e Mueser et al.⁴⁸ foi excluído por ter procedido a exclusões pós-randomização de cerca de 25% dos pacientes por critérios de estabilização clínico-medicamentosa, além da perda de mais de 15% dos pacientes por retirada de consentimento. Os 18 artigos remanescentes correspondem aos 11 ensaios clínicos selecionados (Figura 1).

Figura 1

Fluxo dos artigos identificados.



Os consensos quanto à seleção de artigos foram alcançados depois de discussão entre as duas pesquisadoras que elaboraram a definição da tipologia de intervenções familiares a serem incluídas e as variáveis a serem revisadas sistematicamente e que analisaram independentemente os ensaios ⁵, inicialmente a parte metodológica, depois os resultados. Houve divergência inicial quanto à seleção do ensaio de Goldstein et al. ⁴⁹, o qual pareceu a uma das pesquisadoras ter sido realizado inteiramente em ambiente hospitalar; o consenso foi de que a intervenção familiar havia sido sobretudo ambulatorial. O oposto ocorreu em relação ao ensaio de Glick et al. ⁴⁵, excluído, onde houve consenso de que se tratava de ensaio com pacientes internados. Algumas questões, como a dos ensaios quasi-randomizados, foram trabalhadas na análise de

sensibilidade. Dúvidas relativas à ocorrência de exclusões pós-randomização e perdas foram analisadas independentemente e consensuadas com a ajuda da terceira autora do presente artigo (vide *Colaboradores*).

Resultados da análise da pertinência, da qualidade e da heterogeneidade clínica

Cerca de metade dos ensaios incluíram apenas pacientes com diagnóstico de esquizofrenia ^{49,50,51,52,53,54,55} o restante incluiu também transtorno esquizoafetivo e transtorno delirante. Alguns ensaios incluíram familiares de pacientes ainda durante a hospitalização destes, outros fizeram a inclusão após a alta; quatro ensaios ^{56,57,58,59,60} utilizaram critérios de estabilização clínica de pacientes para a inclusão. Além disso, cinco ensaios ^{50,51,52,53,55,58,61,62} só admitiram familiares com alta emoção expressa em relação ao paciente.

Todos os ensaios informaram terem sido randomizados, exceto os ensaios de Hogarty et al. ^{56,57} e Tomaras et al. ⁵⁸ que realizaram processos sistemáticos de seleção, utilizando-se da ordem de chegada ao serviço, sendo classificados como quasi-randomizados. Apesar de cinco ensaios relatarem randomização estratificada, a estratificação não aconteceu com relação a variáveis prognósticas, anteriormente referidas, identificadas como relevantes pelos estudos disponíveis de boa qualidade. Apenas dois ensaios informaram claramente ter havido cegamento da alocação ^{59,63,64,65}. Os ensaios, em geral, não incluíram tabela pós-randomização relativa aos fatores prognósticos apontados pela literatura como relevantes para o desfecho recaída, referidos acima.

Em relação à intervenção testada, cinco ensaios foram classificados como de linha pragmática ^{49,50,51,56,57,58,61,62}. Quatro ensaios ^{52,53,54,59,60,65} foram classificados como comportamentais e dois ^{55,63,64}, como cognitivo-comportamentais.

A duração da intervenção familiar testada pelos ensaios variou de três meses ⁴⁹ a dois anos ⁵⁴ sendo em geral inferior a um ano. O trabalho de Rodrigues & Krauss-Silva ⁵ descreve os modelos de intervenção familiar investigados e explicita as técnicas aplicadas em cada ensaio da presente revisão sistemática, a partir de referenciais teórico-metodológicos, além de informar características relevantes dos ensaios, como tipo de paciente-família incluído e duração de cada intervenção.

Na maioria dos ensaios selecionados, os pacientes do grupo controle recebeu apenas o cuidado padrão ou usual, do qual constavam vários procedimentos, inclusive medicação. Apenas dois ensaios se preocuparam em elaborar uma intervenção alternativa, aparentemente, com a função placebo. No de Falloon et al. ⁵² e Falloon & Pederson ⁵³ o paciente do grupo controle recebeu 25 sessões de psicoterapia individual

de suporte durante nove meses. No ensaio de Veltro et al.⁶⁰, os familiares-chave do grupo controle receberam intervenção reabilitadora e de suporte psicológico.

Nos ensaios "pragmáticos", as co-intervenções, além de medicamentos, incluíram sessões individuais de terapia de apoio ou treinamento de habilidades sociais e vocacionais para os pacientes^{56,57,58}. Nos ensaios comportamentais, as co-intervenções também abrangeram o cuidado com a medicação e contemplaram ainda, geralmente, programa de gerenciamento de caso com cuidados ambulatoriais "de rotina", serviço de intervenção em crise, orientação vocacional e aconselhamento para a "reabilitação", para pacientes. Dos dois ensaios classificados como cognitivo-comportamentais, o ensaio de Tarrier et al.⁵⁵ mencionou tratamento clínico por uma equipe multiprofissional, o de Barrowclough et al.⁶³ referiu suporte fornecido por associação de familiares, embora estivesse implícito nos dois ensaios, na avaliação do desfecho recaída, o uso concomitante de medicamentos pelos pacientes.

Com relação aos desfechos, todos os ensaios avaliaram recaída; nenhum ensaio "pragmático" analisou o desfecho sobrecarga familiar. Esse desfecho foi analisado apenas por três ensaios comportamentais, os de Falloon & Pederson⁵³, Veltro et al.⁶⁰ e Xiong et al.⁵⁴, e por um ensaio cognitivo-comportamental, o de Barrowclough et al.⁶³.

Quanto às definições utilizadas pelos ensaios para avaliar recaída, pequenas variações foram observadas, mas em geral as definições foram similares aos citados parâmetros de Brown et al.²⁹. Os instrumentos que avaliaram o desfecho recaída foram considerados válidos e similares. Para avaliar a frequência e duração da recorrência de sintomas e o aumento no número e intensidade de sintomas, foram utilizados, em geral, combinações dos seguintes critérios: (1) modificações na sintomatologia, avaliada periodicamente pelos instrumentos (*Brief Psychiatric Rating Scale* - BPRS, PSE e outros); (2) mudança no gerenciamento do paciente (aumento na intensidade do monitoramento e/ou mudança na medicação pelo clínico, conforme avaliação feita com base nos prontuários); (3) número e duração de admissões hospitalares, identificadas a partir dos prontuários.

Quatro ensaios utilizaram, para avaliar recaída, o PSE; seis ensaios utilizaram a BPRS; o ensaio de Hogarty et al.^{56,57} utilizou o RDC.

Quanto ao cegamento do avaliador, apenas os ensaios comportamentais descritos por Glyn et al.⁵⁹ e Randolph et al.⁶⁵, o ensaio de Veltro et al.⁶⁰ e os ensaios pragmáticos realizados por Goldstein et al.⁴⁹ e Tomaras et al.⁵⁸ informaram a sua ocorrência na avaliação de recaída.

Para o desfecho sobrecarga, os instrumentos e aspectos das dimensões avaliadas diferiram. No ensaio de Falloon & Pederson ⁵³, o desfecho sobrecarga familiar foi avaliado para o familiar-chave, utilizando o instrumento *Social Behaviour Assessment Schedule* (SBAS) que objetiva fornecer medidas de "interferência na vida familiar atribuída ao paciente" e "sobrecarga subjetiva e desconforto", associados ao distúrbio comportamental do paciente. A avaliação foi realizada no início do estudo e após 9 e 24 meses, de forma cegada.

Xiong et al. ⁵⁴ informaram que avaliaram a sobrecarga familiar de forma subjetiva utilizando o instrumento de Philips et al. (1990, *apud* Xiong et al. ⁵⁴), auto-administrado por um familiar, para avaliar as dimensões: relações intrafamiliares, funcionamento emocional, social e econômico da família, com escalas de 0 a 3 (nenhum a severo).

No ensaio de Barrowclough et al. ⁶³, a sobrecarga familiar foi avaliada de forma cega, no início do estudo e após 6 meses, por escalas de condição de saúde em geral, através do *General Health Questionnaire* (GHQ; Goldberg & Williams, 1988, *apud* Barrowclough et al. ⁶³), por uma avaliação de depressão, através do *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, 1988, *apud* Barrowclough et al. ⁶³), e de funcionamento social, medido pela seção D do SBAS (Platt et al. 1980, *apud* Barrowclough et al. ⁶³). A sobrecarga também foi estimada pela avaliação de "necessidades cardeais", que incluem dimensões de sobrecarga objetiva e subjetiva, seções D e C e E, respectivamente.

No ensaio de Veltro et al. ⁶⁰, a sobrecarga foi avaliada através de formulário auto-administrado pelo familiar-chave, adaptado de Morisini et al. (1991, *apud* Veltro et al. ⁶⁰), no início do estudo, após um ano, para dimensões objetivas e subjetivas, com quatro níveis de intensidade.

Goldstein et al. ⁴⁹ apresentaram cerca de 10% de perdas e Tomaras et al. ⁵⁸ mais de 20% de perdas. Hogarty et al. ^{56,57} (134 pacientes), outro ensaio "pragmático", teve mais de 20% de perdas, havendo dez exclusões pós-alocação por não preenchimento dos critérios de inclusão, seis por transferência de hospital e 15 por retirada de consentimento. Além disso, 11 pacientes tiveram recaída no início da intervenção familiar, que não foi concluída, e dois abandonaram o tratamento. Em Leff et al. ^{50,51}, também pragmático, ocorreram cinco exclusões (de 24 pacientes randomizados), por não aderência à medicação: os autores argüíram que o objetivo do estudo foi avaliar o efeito adicional ao medicamento da intervenção familiar e informaram os resultados apenas de três exclusões.

Quanto à forma de análise, três ensaios ^{49,50,51,52,53} apresentaram os resultados apenas por tratamento efetivo e não foi possível refazê-los por intenção de tratar. O ensaio pragmático de Hogarty et al. ^{56,57}, cujos resultados teriam sido analisados "por intenção de tratar", não incluiu os resultados das perdas relacionadas à retirada de consentimento (15/134) e à transferência (6/134); por esse motivo, refizemos a análise por tratamento efetivo. O ensaio cognitivo-comportamental de Tarrier et al. ⁵⁵, além de não considerar perdas pós-randomização relativas a consentimento e transferências, incluiu no denominador um número não explicitado de pacientes para os quais os autores não conseguiram estabelecer o desfecho, embora tenham referido análise por intenção de tratar; também, nesse caso, refizemos a análise por tratamento efetivo. Os seis ensaios restantes apresentaram os resultados por intenção de tratar.

Resultados relativos à recaída

Os testes de heterogeneidade estatística não detectaram heterogeneidade ($p < 0,10$) entre os ensaios na medida de risco relativo, seja para o conjunto dos ensaios seja para os subgrupos analisados (Figura 2).

Os resultados para recaída aparecem nas Figuras 2 e 3, que mostram medidas sumárias de (RR), pelo MEF, e de DR (Figura 3), pelo modelo de efeitos randômicos, favoráveis à intervenção familiar para o conjunto dos ensaios e para os diferentes subgrupos de intervenção. A medida sumária do RR dos ensaios cognitivo-comportamentais, [RR = 0,43 (0,28-0,67)], foi equivalente à dos comportamentais [RR = 0,37 (0,23-0,60)] e à dos "pragmáticos" [(RR = 0,37 (0,21-0,66)]. A DR foi estimada em cerca de 30%, variando de 19% a 37%, sendo menor no subgrupo dos "pragmáticos", dado que a incidência de recaída nos grupos controle também foi menor nesse subgrupo.

Na análise de sensibilidade, o resultado favorável à intervenção familiar não foi alterado com a retirada dos dois ensaios pragmáticos em que ocorreu quasi-randomização (em um deles, o de Hogarty et al. ^{56,57}, o volume de perdas foi superior a 20%) (Tabela 1). Também a retirada dos ensaios que incluíram apenas pacientes com familiares de alta emoção expressa não alterou os resultados.

Tabela 1

Resultados para o desfecho recaída das análises de sensibilidade para ensaios quasi-randomizados e para ensaios que incluíram apenas familiares com alta emoção expressa.

Grupos de ensaios analisados	Ensaio (n)	Teste de heterogeneidade	RR (sumário) MEF
Todos os ensaios	11	$\chi^2 = 10,02$; $p = 0,44$	0,39 (0,29-0,52)
Retirada dos dois ensaios quasi-randomizados	9	$\chi^2 = 6,45$; $p = 0,23$	0,40 (0,30-0,54)
Retirada dos cinco ensaios que incluíram apenas famílias com alta emoção expressa	6	$\chi^2 = 4,66$; $p = 0,46$	0,43 (0,31-0,58)

RR: risco relativo; MEF: modelo de efeitos fixos.

Resultados relativos à sobrecarga familiar

Com relação aos resultados para sobrecarga familiar, eles são apresentados para "sobrecarga subjetiva global" em forma gráfica, no ensaio de Falloon & Pederson⁵³. Segundo os autores, os resultados revelaram uma redução considerável na sobrecarga global no grupo intervenção familiar, já que somente uma família (de um total de 18) teria apresentado resultado moderado/severo para as medidas de sobrecarga aos 24 meses de estudo. Já no grupo controle, pelo menos metade das famílias apresentaram resultados moderado/severo para as medidas de sobrecarga. Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabela 2).

No ensaio de Xiong et al.⁵⁴, os resultados de sobrecarga familiar foram apresentados como médias da pontuação dos intervalos semestrais (6, 12 e 18 meses) e indicaram diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões avaliadas, exceto para o funcionamento familiar (Tabela 2).

No ensaio de Barrowclough et al.⁶³, os autores informam que a intervenção familiar teve um pequeno impacto no que compreenderam como sobrecarga familiar, com nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, em relação aos resultados medidos através dos instrumentos GHQ, BDI e SBAS (seção D), que avaliam saúde em geral, depressão e funcionamento social, respectivamente. Quanto ao que denominaram "necessidades cardeais", após 12 meses, houve diferença estatisticamente significativa para os itens D2 (tarefas domésticas) e E1 (emoções negativas associadas com a doença), com melhores resultados no grupo intervenção familiar, não havendo diferença estatisticamente significativa quanto à seção C (relações intrafamiliares), D1 (dificuldades no emprego), D3 (dificuldades financeiras), e D4 (dificuldades sociais) (Tabela 2).

Finalmente, no ensaio de Veltro et al.⁶⁰, as diferenças entre os grupos (intervenção familiar e controle) foram estatisticamente significativas, tanto para sobrecarga objetiva ($p < 0,001$) quanto para subjetiva ($p < 0,001$), após um ano, para as médias da diferença de sobrecarga familiar (Tabela 2).

Discussão

As revisões sistemáticas já disponíveis sobre a eficácia da intervenção familiar na condição esquizofrenia não preenchem o objetivo do presente estudo e apresentam, em geral, limitações metodológicas importantes, conforme referido anteriormente. A presente revisão sistemática acrescenta a especificação, do ponto de vista de método e técnicas, do procedimento avaliado (intervenção familiar). Essa especificação significa um subsídio mais operacional para o tomador de decisão na eventual incorporação do procedimento intervenção familiar em nossos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Para resolver dificuldades iniciais na seleção de ensaios relativas à definição e tipologia de intervenções familiares foi necessário um aprofundamento do conhecimento das autoras sobre teorias, métodos, técnicas e instrumentos no campo cognitivo-comportamental, o que possibilitou os recortes e classificação referidos na introdução⁵.

As publicações relativas aos ensaios de intervenção familiar, especialmente as da década de 80, são pouco claras, geralmente, quanto ao desenho, execução e análise do estudo e, freqüentemente, demandaram leituras repetidas para que fossem entendidas. O artigo de Tarrier et al.⁵⁵, por exemplo, compreende dois estudos, que aparecem imbricados no texto. O ensaio de Xiong et al.⁵⁴, realizado na China, informa algumas especificidades culturais as quais aparentemente foram importantes na determinação das modificações de técnicas e instrumentos introduzidas no protocolo do ensaio, embora isso não seja explicitado no texto.

Na presente revisão sistemática, foram incluídos ensaios de intervenção familiar cujos grupos controle (aproximações de "placebo") e também co-intervenções diferem entre si, conforme relatado. Assim, as diferenças de eficácia observadas entre os ensaios podem ser, em parte, atribuídas a diferenciais de interação entre os procedimentos dos conjuntos (de procedimentos) comparados.

Os ensaios incluíram percentuais variados de pacientes crônicos; não há evidência, entretanto, de que o grau de cronicidade seja fator prognóstico de recaída. Alguns ensaios incluíram apenas familiares de alta emoção expressa. Os dois ensaios

com piores resultados estão nesse grupo, mas diversos fatores podem ter influenciado os resultados.

Sobre estabilização clínica dos pacientes e momento de entrada nos ensaios, quatro ensaios^{56,57,58,59,60} utilizaram critérios variados/não explicitados de estabilização clínica (três ensaios) ou clínico-medicamentosa (um ensaio) como pré-requisito para inclusão. Embora alguns autores proponham que a intervenção familiar seja iniciada tão cedo quanto possível, inclusive na fase institucional da crise, os resultados daqueles ensaios não indicam que o pré-requisito de estabilização clínica tenha diminuído o percentual observado de eficácia da intervenção familiar.

A análise de sensibilidade para ensaios quasi-randomizados^{56,57,58} mostrou que eles não influenciaram nos resultados favoráveis à intervenção familiar, para o desfecho recaída, do subgrupo de ensaios "pragmáticos". Embora esse subgrupo de ensaios tenha apresentado resultados praticamente iguais para recaída que o subgrupo de ensaios comportamentais, e ligeiramente superiores, sem significância estatística, aos do subgrupo de ensaios cognitivo-comportamentais, teoricamente mais elaborados enquanto método de tratamento, a forma de análise dos ensaios "pragmáticos" foi, em geral, por tratamento efetivo, diferentemente da maioria dos ensaios dos outros subgrupos. Houve ainda grandes perdas em ensaios "pragmáticos". A limitação do registro de perdas e falhas na forma de análise de resultados pelos ensaios de intervenção familiar foi também apontada por Falloon³³.

Conforme sugere Falloon³³, consideramos o evento suicídio, no ensaio de Xiong et al.⁵⁴, como recaída, embora esses autores, assim como Tomaras et al.⁵⁸, o tenham classificado como perda. Não há informação, todavia, sobre suicídio na maioria dos ensaios.

Quanto ao desfecho sobrecarga familiar, a comparação e síntese dos resultados foram limitadas já que eles foram avaliados com instrumentos diferentes e são apresentados de formas diferentes. Schene et al.⁶⁶ consideram que alguma padronização dos instrumentos de medida de sobrecarga é necessária e recomendam o desenvolvimento de instrumentos com propriedades psicométricas aceitáveis, tanto para pesquisa como para uso na rotina clínica.

Outra limitação da presente revisão sistemática diz respeito à duração dos efeitos das intervenções familiares estudadas. Conforme referido anteriormente, as intervenções familiares testadas pelos ensaios tiveram duração e tempo de acompanhamento dos pacientes para a avaliação dos desfechos recaída e sobrecarga familiar geralmente inferiores a um ano. Apenas o ensaio de Veltro et al.⁶⁰ e o de Barrowclough et al.⁶³ e

Sellwood et al. ^{64,67}, este com intervenção familiar de seis meses de duração, acompanharam os pacientes por períodos relativamente longos: o primeiro, por 11 anos, para o desfecho hospitalização, e o segundo, por cinco anos, para o desfecho recaída. Quanto à recaída, o resultado foi bastante favorável; todavia, houve, ao longo dos cinco anos de acompanhamento, perda de pouco mais de 20% dos pacientes, cerca de metade em cada grupo. Além disso, a avaliação de recaída não foi cegada nesse estudo, embora esse desfecho tenha sido cuidadosamente pré-definido. No ensaio de Veltro et al. ⁶⁰, o percentual de hospitalização foi semelhante em ambos os grupos, embora perto de 20% dos pacientes do grupo intervenção e cerca de 50% do grupo controle tenham sido perdidos, ao cabo dos 11 anos de acompanhamento. O desfecho sobrecarga familiar não foi avaliado no longo prazo por nenhum dos dois ensaios acima.

Conclusão

A intervenção familiar de base comportamental e cognitivo-comportamental apresenta eficácia de cerca de 60% (50%-70%) para reduzir a probabilidade do desfecho recaída em pacientes esquizofrênicos e esquizoafetivos assistidos ambulatorialmente, o que resulta numa diminuição próxima a 30% da incidência de recaídas no primeiro ano de tratamento. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos de ensaios que utilizaram métodos "pragmáticos", comportamentais e cognitivo-comportamentais, embora a forma de análise dos ensaios "pragmáticos" tenha sido, em geral, por tratamento efetivo.

Quanto ao desfecho sobrecarga familiar, os estudos disponíveis, os quais utilizaram diferentes instrumentos, apresentaram resultados, em geral, favoráveis à intervenção familiar, tanto para dimensões objetivas quanto para dimensões subjetivas da sobrecarga.

Colaboradores

M. G. A. Rodrigues e L. Krauss-Silva participaram na discussão dos métodos, técnicas e instrumentos de intervenção familiar; desenho do protocolo da revisão sistemática; preparação e edição do manuscrito. M. G. A. Rodrigues e A. C. M. Martins colaboraram na busca bibliográfica. Krauss-Silva e A. C. M. Martins contribuíram na análise estatística. As três autoras participaram da extração, análise, e interpretação de dados.

Agradecimentos

À Camila Belo, pelo paciente, acurado e rápido tratamento bibliográfico do texto. Às fontes de financiamento: Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

Referências

1. Kapczinski F, Izquierdo I, Quevedo J. Bases Biológicas dos transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Willians & Willians; 1999.
3. Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry. Review of best practices in mental health reform. Ottawa: Mental Health; 1997.
4. U.S.A. Department of Health and Human Services. Mental health: a report of the surgeon general - executive summary. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institutes of Mental Health; 1999.
5. Rodrigues MGA, Krauss-Silva L. Intervenção familiar na esquizofrenia: recorte de modelos de ensaios clínicos. Rev Dep Psicol UFF 2006; 18:93-109.
6. Bandura A. Social learning theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
7. Beck AT. Cognitive therapy and emotional disorders. Boston: International Universities Press; 1979.
8. Caballo VE. O treinamento em habilidades sociais. In: Caballo VE, organizador. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Editora Santos; 1996. p. 361-98.
9. Dobson KS, Dozois DJ. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson KS, editor. Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York: The Guilford Press; 2001. p. 3-39.
10. Mulrow C. Rationale for systematic reviews. In: Chalmers I, Altman DG, editors. Systematic reviews. 3rd Ed. London: BMJ Publishing Group; 1996. p. 1-8.

11. Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions 4.2.6 (updated September 2006). <http://www.cochrane.org/resources/handbook/hbook.htm> (acessado em 06/Abr/2008).
12. Mari JJ, Streiner D. An overview of family intervention and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994; 24:565-78.
13. Dixon LB, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21:631-43.
14. Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:81-97.
15. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.
16. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27:73-92.
17. Chalmers I, Enkin M, Keirse MJ. Preparing and updating systematic reviews of randomized controlled trials of health care. *Milbank Q* 1993; 71:411-37.
18. Clarke MJ, Stewart LA. Obtaining data from randomised controlled trials: how much do we need for reliable and informative meta-analyses? *BMJ* 1994; 309:1007-10.
19. Sacks HS, Berrier J, Reitman D, Ancona-Berk VA, Chalmers TC. Meta-analyses of randomized controlled trials. *N Engl J Med* 1987; 316:450-5.
20. Oxman AD. Checklists for review articles. *BMJ* 1994; 309:648-51.
21. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2006. Oxford: Update Software.
22. Dickersin K, Scherer R, Lefebvre C. Identifying relevant studies for systematic reviews. *BMJ* 1994; 309:1286-91.
23. Jüni P, Altman DG, Egger M. Assessing the quality of randomized controlled trials. In: Egger M, Smith GD, Altman DG, editors. *Systematic reviews in health care: meta-analysis in context*. 2nd Ed. London: BMJ Publishing Group; 2001.
24. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992; 20:1-97.
25. Wieselgren I-M, Lindström LH. A prospective 1-5 year outcome study in first-admitted and readmitted schizophrenic patients; relationship to heredity, premorbid

- adjustment, duration of disease and education level at index admission and neuroleptic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93:9-19.
26. Harrison G, Croudace T, Mason P, Glazebrook C, Medley I. Predicting the long-term outcome of schizophrenia. *Psychol Med* 1996; 26:697-705.
 27. Van Os J, Jones P, Sham P, Bebbington P, Murray RM. Risk factors for onset and persistence of psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:596-605.
 28. Brown GW, Monck EM, Castairs GM, Wing JK: Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br J Prev Soc Med* 1962; 16:55-68.
 29. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry* 1972; 121:241-58.
 30. Vaughan C, Leff JP. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976; 15:157-65.
 31. Bebbington P, Kuipers L. The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 382:46-53.
 32. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:547-52.
 33. Falloon IRH. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2003; 2:20-8.
 34. Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an interactive framework for research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25:289-97.
 35. Schene AH, Wijngaarden B, Koeter MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull* 1998; 24:609-18.
 36. Vaughan K, Doyle M, McConaghy N, Blaszczyński A, Fox A, Tarrier N. The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives' counseling to reduce schizophrenic relapse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27:16-21.
 37. Schulze Mönking H. Self-help groups for families of schizophrenic patients: formation, development and therapeutic impact. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29:149-54.
 38. Chien WT, Chan SW. One-year follow-up of a multiple-family-group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2004; 55:1276-84.
 39. Szmukler GI, Herrman H, Colusa S, Benson A, Bloch S. A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31:149-55.

40. Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD, Clemmensen K, Misfelt S, Espensen B. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:287-94.
41. Shimodera S, Inoue S, Mino Y, Tanaka S, Kii M, Motoki Y. Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. *Psychiatry Res* 2000, 96:141-8.
42. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:277-83.
43. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:679-87.
44. Montero I, Asencio A, Hernández I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull* 2001; 27:661-70.
45. Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Haas GL, Lewis AB, Peyser J, et al. A controlled evaluation of inpatient family intervention. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:882-6.
46. Haas G, Glick ID, Clarkin J, Spencer J, Lewis A, Peyser J, et al. Inpatient family intervention: a randomized clinical trial: II Results at hospital discharge. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:217-24.
47. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM, Bellack AS, Glick ID, et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:453-63.
48. Mueser KT, Sengupta A, Schooler NR, Bellack AS, Xie H, Glick ID, et al. Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: effects on patient social functioning, family attitudes, and burden. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69:3-12.
49. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PRA, Steinberg MR. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:1169-77.
50. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982; 141:121-34.
51. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1985; 146:594-600.

52. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N Engl J Med* 1982; 306:1437-40.
53. Falloon IR, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit. *Br J Psychiatry* 1985; 147:156-63.
54. Xiong W, Philips MR, Hu X, Wang R, Dai Q, Kleinman J, et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1994; 165:239-47.
55. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988; 153:532-42.
56. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, et al. Family psycho-education, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:633-42.
57. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:340-7.
58. Tomaras V, Mavreas V, Economou M, Ioannovich E, Karydi V, Stefanis C. The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35:487-93.
59. Glyn SM, Randolph ET, Eth S, Paz GG, Leong GB, Shaner AL, et al. Schizophrenic symptoms, work adjustment, and behavioral family therapy. *Rehabil Psychol* 1992; 37:323-39.
60. Veltro F, Magliano L, Morosini P, Fasulo E, Pedicini G, Cascavilla I, Fallon I. Studio controllato randomizzato di un intervento psicoeducativo familiare: esito ad 1 e a 11 anni. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2006; 15:44-51.
61. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1989; 154:58-66.
62. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1990; 157:571-7.
63. Barrowclough C, Tarrier N, Lewis S, Sellwood W, Mainwaring J, Quinn J, et al. Randomised controlled effectiveness trial of needs-based psychosocial intervention service of carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999; 174:505-11.

64. Sellwood W, Barrowclough C, Tarrier A, Quinn J, Mainwaring J, Lewis S. Needs-based cognitive-behavioral family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:346-55.
65. Randolph ET, Eth S, Glynn SM, Paz GG, Leong GB, Shaner AL, et al. Behavioural family management in schizophrenia outcome of a clinic-based intervention. *Br J Psychiatry* 1994; 164:501-6.
66. Schene AH, Tessler RC, Gamache GM. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29:228-40.
67. Sellwood W, Wittkowski A, Tarrier N, Barrowclough C. Needs-based cognitive-behavioural family intervention for patients suffering from schizophrenia: 5-year follow-up of a randomized controlled effectiveness trial. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116:447-52.

Recebido em 13/Fev/2008

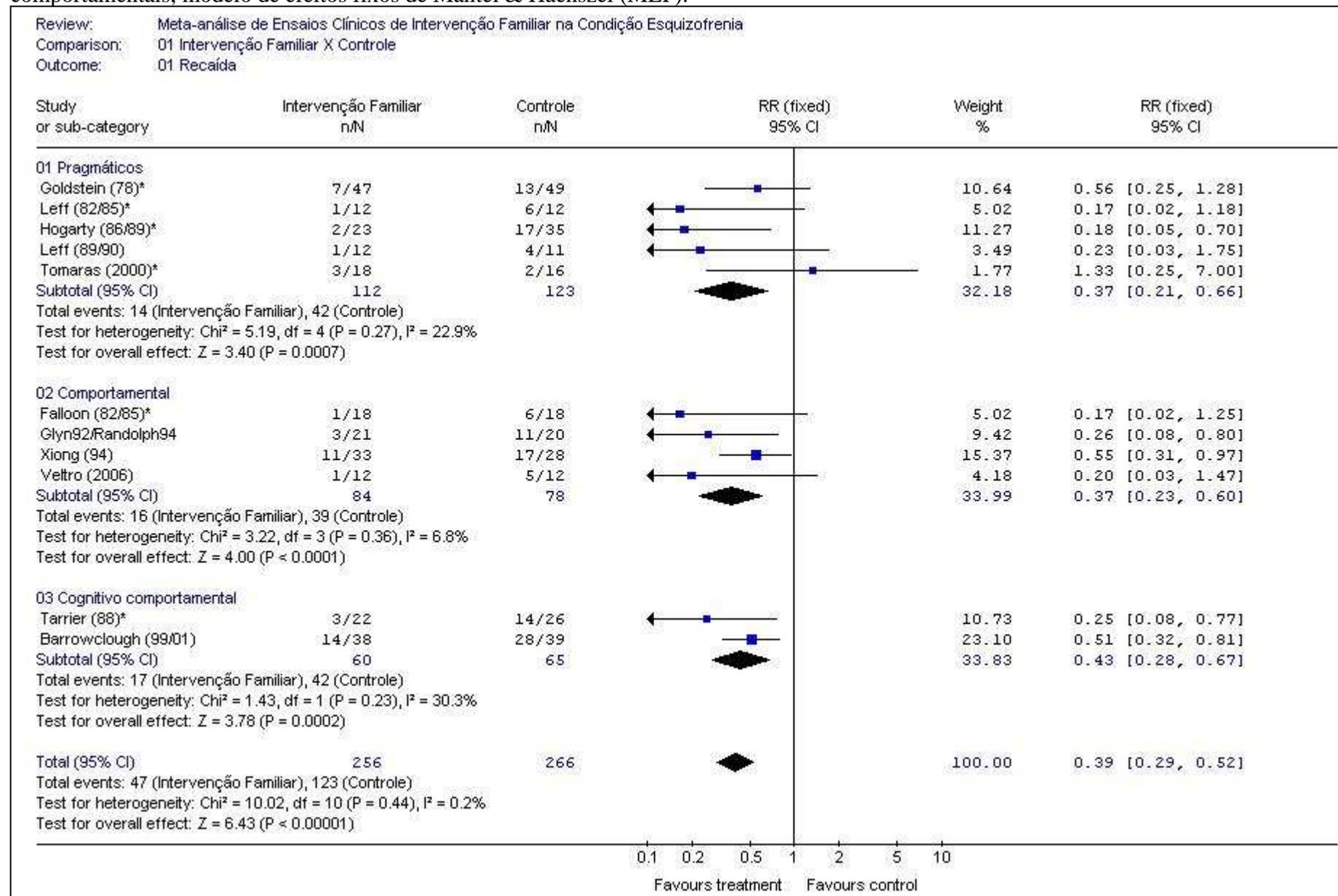
Versão final reapresentada em 13/Jun/2008

Aprovado em 16/Jun/2008

Tabela 2 - Resultados de Sobrecarga Familiar

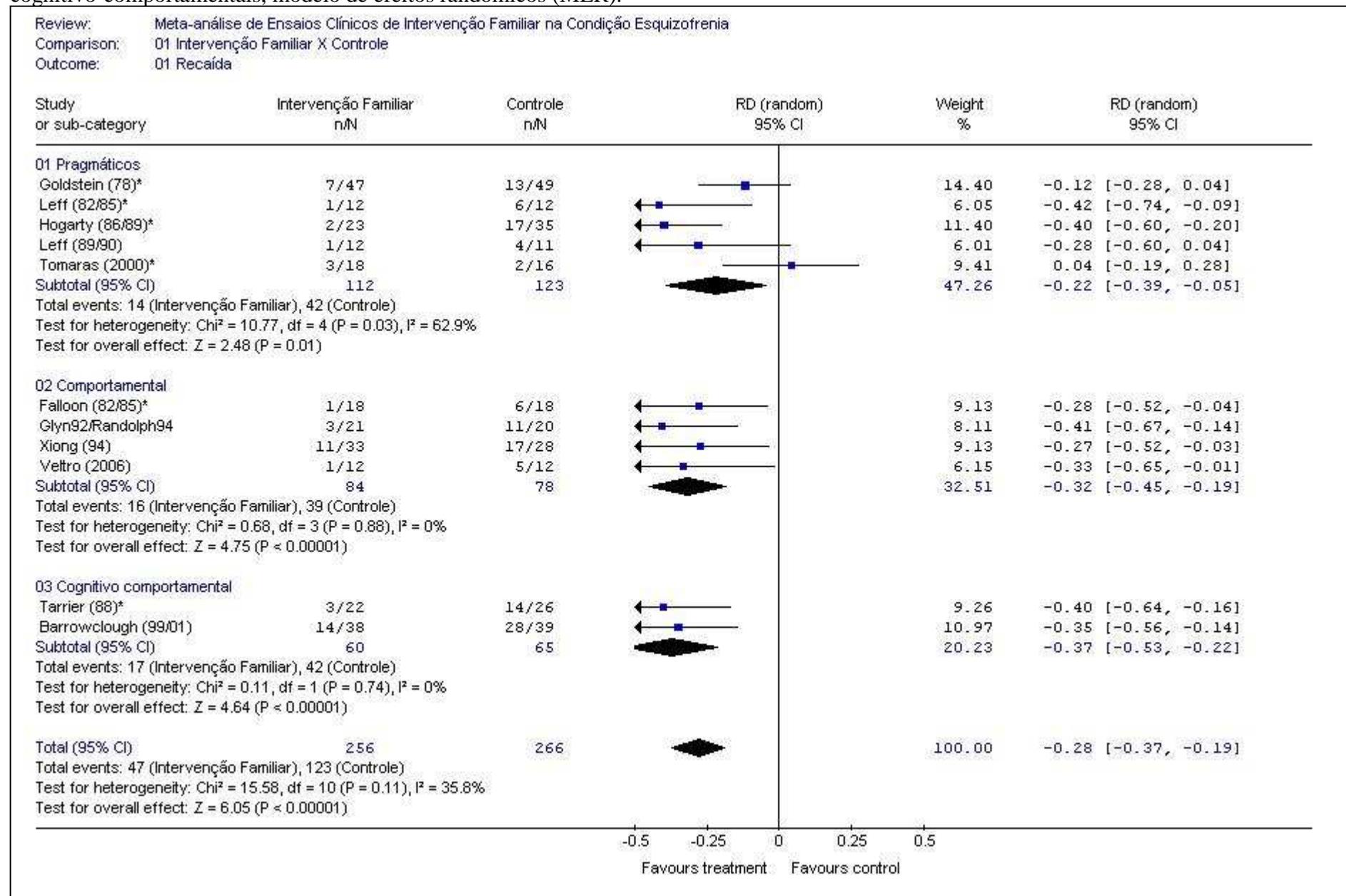
Autor/ano de publicação	Critérios Sobrecarga familiar	Instrumentos	Cegamento do Avaliador	Resultados
Xiong et al, 1994.	Sobrecarga familiar: intensidade do dano familiar causado pelo transtorno do paciente no funcionamento social, emocional e econômico da família	Avalia a sobrecarga familiar de forma subjetiva por meio do instrumento descrito em Philips et al (1990). Avalia as seguintes dimensões: relações intrafamiliares, funcionamento emocional, social e econômico da família, com escalas de 0 a 3. (6, 12 e 18 meses)	Auto-administrado; não há informação sobre o cegamento da avaliação	Os resultados de sobrecarga familiar são apresentados como médias da pontuação dos intervalos semestrais (6, 12 e 18 meses) e indicam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para todas as dimensões avaliadas, exceto para o funcionamento familiar, com melhores resultados para o grupo intervenção familiar.
Falloon (1982; 1984)	Ocorrência de sobrecarga e estresse familiar	Social behavior assessment scale (SBAS) - familiar mais envolvido com o papel de cuidador avaliado no início do estudo e aos 9 e 24 meses. Objetiva fornecer medidas de "interferência na vida familiar atribuída ao paciente" e "sobrecarga subjetiva e desconforto"	Avaliador cegado	Resultados aos 24 meses de estudo: no grupo intervenção, 1 família (total 18 famílias) apresentou resultados moderado/severo para as medidas de sobrecarga; no grupo controle, pelo menos metade das famílias (total 18 famílias) apresentaram resultados moderado/severo. Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Resultados apresentados de forma gráfica.
Veltro et al (2006)	Ocorrência de sobrecarga e estresse familiar	Instrumento adaptado de Morosini et al, 1991 Sobrecarga objetiva (12 itens) sobrecarga subjetiva (7) hiper criticismo (9); hiperproteção (8); satisfação pela intervenção recebida. Quatro níveis de resposta de 1 – problema ausente a 4 – problema presente em forma muito grave. (familiar-chave avaliado no início do estudo após 1 e 11 anos)	Auto-administrado; avaliador cegado	Resultado aos 12 meses: diferenças entre os grupos (médias da diferença de sobrecarga familiar) foram estatisticamente significativas, tanto para sobrecarga objetiva ($p < 0,001$) quanto para subjetiva ($p < 0,001$).
Barrowclough et al. (1999) Sellwood et al. (2001)	Ocorrência de sobrecarga familiar e mudança no número de necessidades cardeais	General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg & Williams, 1988 apud Barrowclough et al, 1999), Beck Depression Inventory (BDI; Beck, 1988 apud Barrowclough et al, 1999) e o Social Behavior Assessment Schedule (Seção D somente) (SBAS; Platt et al, 1980 apud Barrowclough et al, 1999). A sobrecarga também foi estimada pela avaliação de "necessidades cardeais por meio da Relatives' Cardinal Needs Assessment (RCNS; Barrowclough et al, 1998).	Avaliador cegado	Resultado aos 12 meses: Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos controles e intervenção familiar, em relação aos resultados medidos por meio dos instrumentos GHQ, BDI e SBAS (seção D). Quanto às "necessidades cardeais" houve diferença estatisticamente significativa para os itens D2 (tarefas domésticas) e E1 (emoções negativas associadas com a doença), com melhores resultados no grupo Intervenção. Familiar. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à seção C (relações intrafamiliares), D1 (dificuldades no emprego), D3 (dificuldades financeiras), e D4 (dificuldades sociais).

Figura 2 – Resultados de recaída (Risco Relativo-RR) para todos os ensaios e subgrupos de ensaios pragmáticos, comportamentais e cognitivo-comportamentais, modelo de efeitos fixos de Mantel & Haenszel (MEF).



* Ensaios cuja forma de análise dos dados foi por tratamento efetivo, os demais foram por intenção de tratar.

Figura 3 – Resultados de recaída (Diferença de Riscos-RD) para todos os ensaios e subgrupos de ensaios pragmáticos, comportamentais e cognitivo-comportamentais, modelo de efeitos randômicos (MER).



**Intervenção Familiar na Esquizofrenia: introdução para uma prática em Centros de Atenção
Psicossocial**

Family Intervention in Schizophrenia: an introduction

Maria Goretti Andrade Rodrigues^l

Letícia Krauss Silva^u

Ana Lúcia Barros Contino^m

^l Doutoranda em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ. Psicóloga do CAPS de Santo Antônio de Pádua, RJ, 1996-2006.

^u Pesquisadora Titular ENSP / FIOCRUZ.

^m Psicóloga Cognitivo-comportamental. Mestre em Cognição UENF.

Fonte de financiamento: FAPERJ e FIOCRUZ.

Endereço: Rua Carlos Mâncio de Aquino, 144 - São Luis - Santo Antônio de Pádua - RJ.

E-mail: goretti@ead.fiocruz.br

Resumo

O procedimento Intervenção Familiar de base cognitivo-comportamental não consta do programa dos CAPSs. O objetivo desse trabalho é apresentar, de forma resumida, a abordagem da intervenção familiar cognitivo-comportamental para a condição esquizofrenia, considerando ser essa uma intervenção eficaz, segundo evidências científicas, tanto para a saúde do paciente como para a da família. Objetivamos também iniciar a discussão das possibilidades e barreiras à sua implantação nos CAPSs do SUS. Após referir, de maneira breve, o caminho teórico-metodológico, as etapas do protocolo da IFCC são apresentadas. A duração da IFCC varia em função da gravidade da condição do paciente, de características da família, de demais suportes oferecidos pelos CAPSs e ainda do contexto social. Nossas conclusões preliminares são de que a implantação da IFCC nos CAPSs supõe uma flexibilização inicial dos recursos humanos necessários, a valorização da IFCC pelos diversos profissionais da equipe de saúde mental envolvidos no cuidado e a atenção concomitante do grupo de múltiplas famílias.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Intervenção Familiar; Centro de Atenção Psicossocial; Método cognitivo-comportamental.

Summary

The general approach of Family Intervention is not part of the Brazilian program for the mental health community centers. This work aims to succinctly present the cognitive-behavioral approach of Family Intervention (CBFI) for the condition schizophrenia given that it is an efficacious procedure for the community care of that condition, according to scientific evidences, for both the patient and his/her relatives' health. The paper also intends to initiate a discussion of the opportunities and barriers to the

incorporation of that procedure in the public community mental health centers in Brazil. The theoretical and methodological foundations of that approach are briefly introduced. The protocol of the CBFi is then presented. The duration of the IFCC varies according to the severity of the condition, the characteristics of the family, the spectrum of the mental health community program and to the social context. Our preliminary conclusions regarding the incorporation of evidence based IF in our community centers are that it requires: flexibility on the specific staff requirements, appreciation of this approach by the various professionals in the mental health team, and that the current work done by the multiple families group be maintained.

Keywords: Schizophrenia; Family Intervention; Community Care; cognitive-behavioral Method.

I. Introdução/Justificativa

A esquizofrenia é caracterizada por rompimento profundo na cognição e na emoção, afetando os atributos humanos mais fundamentais: linguagem, pensamento, percepção, afeto e senso do eu. O espectro dos sintomas inclui freqüentes manifestações psicóticas, como audição de vozes internas ou experiências de outras sensações não conectadas com fontes óbvias (alucinações) e delírios.

As causas da esquizofrenia são ainda desconhecidas em parte. Os fatores genéticos são importantes em alguns (talvez todos) os casos, mas não é ainda claro quais genes são desviantes, como eles contribuem para a fisiopatologia, ou se o mesmo ou diferentes genes são envolvidos em todos os casos que têm uma etiologia genética. Por outro lado, a questão fisiopatológica de como o cérebro é envolvido na esquizofrenia é diferente da questão etiológica de por que desvios na função do cérebro acontecem. Uma vez que a doença expressa distúrbios em algumas funções cerebrais, mas não em todas, é razoável supor que áreas ou circuitos neurológicos específicos do cérebro são envolvidos. As manifestações da esquizofrenia podem então envolver processo fisiológico alterado, o qual, por outro lado, reflete citoarquitetura, bioquímica, e propriedades eletrofisiológicas do sistema nervoso alteradas (KAPLAN & SADOCK, 1999).

Um modelo para a integração desses fatores etiológicos é o de estresse-diátese, segundo o qual um indivíduo pode ter uma vulnerabilidade específica (diátese) que, quando influenciada por fatores ambientais estressantes, permite o desenvolvimento dos sintomas de esquizofrenia.

Em função da dificuldade encontrada na administração de seus sintomas, o portador de esquizofrenia é marcado por uma grande dificuldade de convivência, tanto na comunidade como em seu meio familiar. Não há medidas para expressar o custo do sofrimento humano do paciente, dos familiares e de seus amigos (KAPLAN & SADOCK, 1999). Uma distinção teórica importante feita por quase todos os pesquisadores, segundo Rodrigues & Krauss Silva (2008), é entre sobrecarga objetiva e subjetiva. Schene (1990) considera sobrecarga objetiva como os sintomas e o comportamento de pacientes com problemas mentais, dentro do seu ambiente social, e suas conseqüências. A sobrecarga subjetiva estaria relacionada especialmente às conseqüências psicológicas para a família.

A Portaria da SAS-MS 189/2002 define o conjunto de atendimentos do CAPS: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), atendimento em oficinas terapêuticas, atendimento à família e atividades comunitárias. O documento acrescenta que o

atendimento deve incluir “ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão social possíveis”.

A proposta terapêutica do Ministério da Saúde não explicita, todavia, o conceito, ou o conteúdo, das atividades a serem desenvolvidas nos CAPS, apenas as nomeia. Assim, ficam obscuros o objetivo e o conteúdo das ações que seriam dirigidas aos familiares. Tampouco, os documentos oficiais e a literatura nacional especializada (PITTA, 1994; LIBÉRIO, 1999; CAVALCANTI, 1997; MELMAN, 2001; SARACENO, 2001) apresentam as evidências científicas que sustentam a implantação e a difusão, individualmente ou em conjunto, das tecnologias/procedimentos associados aos CAPS, especialmente, do ponto de vista da sua eficácia, efetividade ou da análise de custo-efetividade das alternativas de atenção.

Tanto livros-texto quanto os programas nacionais dos EUA e Canadá, que se afirmam como *baseados em evidências científicas*, apontam um conjunto de intervenções medicamentosas e psicossociais como efetivos e custo-efetivos para lidar com a condição Esquizofrenia. Esse conjunto de ações, de base comunitária, estaria sendo desenvolvido desde o início da 2ª metade do século passado, como uma alternativa mais humanizada e efetiva ao tratamento hospitalar tradicional (KAPLAN & SADOCK, 1997, 1999; U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1999; LEHMAN et cols., 1998; CLARKE INSTITUTE OF PSYCHIATRY, 1996).

O tratamento psicossocial seria um complemento vital às drogas na condição esquizofrenia e, embora variando em espectro e modalidade, compreenderia geralmente procedimentos do tipo psicoterapia, intervenção familiar, reabilitação vocacional, cuidado residencial, reabilitação psicossocial e gerência de caso. A gerência de casos teria como objetivos a redução dos obstáculos sociais, através da melhoria de acesso a serviços e oportunidades, inclusive às intervenções acima apontadas, e o monitoramento da qualidade da assistência.

Segundo os referidos trabalhos, das intervenções acima apontadas para o tratamento da esquizofrenia, apenas para o tratamento medicamentoso, em parte, e para a intervenção familiar, haveria um volume de ensaios clínicos bem desenhados com resultados consistentes. Para a psicoterapia, o volume de estudos para as diferentes modalidades seria menor.

A principal fonte da evidência citada pelo documento programático do governo americano (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1999) são os achados dos estudos

analisados pelo Grupo de Pesquisa de Resultados relativos a portadores de Esquizofrenia, formado em 1992, pelo governo dos EUA (LEHMAN et al., 1998), o qual teve como objetivos desenvolver e disseminar recomendações para o tratamento da esquizofrenia baseadas em evidências científicas. No referido documento, a “recomendação 23” classifica o nível de evidência da Terapia cognitivo-comportamental como “B”, enquanto o da IF é classificado como “A”.

Barreto & Elkis (2004), por outro lado, afirmam que não há evidências de que a terapia cognitivo-comportamental diminua recaída em portadores de esquizofrenia, arguindo que “ há várias questões metodológicas que precisam ser resolvidas em futuros ensaios clínicos, tais como a interação com a farmacoterapia, os déficits cognitivos, a falta de crítica em relação ao transtorno psiquiátrico e o custo-benefício “ (Barreto & Elkis, 2004: 329-330); todavia, não deixam claro quais ensaios teriam apresentado tais insuficiências e de que forma elas teriam enviesado e invalidado as conclusões dos autores, seja nos ensaios dirigidos a portadores seja naqueles dirigidos a familiares, e também não explicitam alternativas metodológicas mais adequadas.

Dickerson & Lehman (2006), em trabalho mais recente, reafirmam a terapia cognitivo-comportamental como aquela com base de evidência mais forte entre os modelos de psicoterapia na esquizofrenia, ressaltando os benefícios em sintomas residuais.

Aqueles documentos apontam ainda que, apesar da consistência em torno das diversas formas de intervenção familiar de base comportamental, os programas estudados variam em duração, na abordagem individual ou em grupo das famílias, na inclusão do paciente na sessão, e no local (serviço ou residência).

A abordagem geral de IF recomendada nos programas norte-americanos estudados e avaliada pelos ensaios disponíveis, de base cognitivo-comportamental, é diferente da abordagem sistêmica, focalizada em livros nacionais (MELMAN, 2001; ROSA, 2003), que tem sido, ainda que de forma muito pouco freqüente, empregada em serviços brasileiros.

Aprofundamos, então, o estudo das teorias e métodos dos quais foram derivadas as técnicas utilizadas nos ensaios de IF e também o estudo das técnicas em si. Conseguimos, a partir desses estudos, definir modelos precursores (“pragmáticos”) e atuais (comportamentais e cognitivo-comportamentais) de IF utilizados pelos ensaios clínicos (RODRIGUES & KRAUSS SILVA, 2006).

Dado as limitações das revisões sistemáticas disponíveis (por diversas falhas de protocolo, inclusive a não explicitação/classificação das modalidades de IF incluídas), procedemos com a

realização de uma RS sobre as evidências relativas à IF, modalidades “pragmático”, comportamental e cognitivo comportamental. As conclusões para o conjunto dos ensaios foram que há evidência de benefício nos três tipos de IF para diminuir recaída em portadores de esquizofrenia e que a medida sumária dos ensaios cognitivo-comportamentais, $RR = 0,43$ (0,28-0,67), foi equivalente à dos comportamentais, $RR = 0,37$ (0,23-0,60), e à dos pragmáticos, $RR = 0,37$ (0,21-0,66). A diferença de riscos sumária foi estimada em cerca de 30%, variando de 21% a 35%, sendo menor no subgrupo dos pragmáticos, dado que a incidência de recaída foi menor nesse subgrupo (Rodrigues et al, 2008).

Com relação à sobrecarga familiar, segundo a revisão acima, quatro ensaios de intervenção familiar na condição esquizofrenia, relativamente bem desenhados, estudaram o desfecho sobrecarga familiar, sendo os seus resultados individuais geralmente favoráveis à intervenção familiar estudada, tanto para dimensões objetivas quanto para dimensões subjetivas da sobrecarga. Entretanto, dado a diversidade das medidas de sobrecarga familiar avaliadas e dos instrumentos utilizados, não foi possível produzir medidas sumárias da eficácia alcançada, segundo o referido trabalho.

A carência de bibliografia em português sobre o procedimento IF, segundo o modelo recomendado nos programas de atenção à Esquizofrenia de países desenvolvidos, e, mais especificamente, segundo os modelos testados pelos ensaios bem desenhados acima referidos, justifica esforços no sentido de elaborar trabalho sobre o assunto que possa ajudar a instrumentalizar os profissionais de saúde dos CAPS.

Além da análise dos ensaios acima e da leitura de textos sobre os procedimentos de IF, relativamente antigos e menos abrangentes (os diferentes procedimentos de IF analisados são descritos em Rodrigues & Krauss Silva, 2006), procedemos a leitura, análise e resumo de um, o mais recente (BARROWCLOUGH & TARRIER, 1997), dos 4 livros-texto sobre IF citados pelos ensaios (ANDERSON, REISS & HOGARTY, 1986¹; FALLOON, BOYD & MCGILL, 1984²; MCFARLANE, 1982³) e elaborados por pesquisadores do assunto. Esse livro, não disponível em bibliotecas nacionais, abrange o conceito e as atividades de IF de base cognitivo comportamental e a forma de propiciar e executar tais atividades de forma articulada com outras atividades de atenção à

¹ Anderson, CM, Reiss, DJ, Hogarty, GE. (1986) Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management. New York, Guilford Press.

² Falloon, IRH, Boyd, JL, McGill, CW. (1984) Family Care of Schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness. New York, Guilford Press.

³ McFarlane, WR. (1982) Family Therapy in Schizophrenia. New York, Guilford Press.

Esquizofrenia. A publicação sobre IF mais recente que localizamos foi Kuipers, Leff & Lam (2002), cuja abordagem teórica é apresentada como de apoio e eclética, não sendo portanto do interesse de nossa pesquisa.

Realizamos ainda, para obter subsídios complementares para aquele trabalho, um breve projeto-piloto de IFCC em um CAPS no interior do Estado do Rio de Janeiro, o CAPS Ilha da Convivência, de Santo Antonio de Pádua.. A aplicação da IF em algumas famílias/pacientes, de forma consentida, focalizou a elaboração do protocolo das sessões, baseada no manual de Barrowclough & Tarrier (1997), e a intervenção propriamente dita. Em ambas as fases, duas psicólogas (MGAR e ALBC) trabalharam em dupla junto a cada paciente/família.

Nesse artigo, abrimos uma reflexão sobre a oportunidade de transferência para os nossos CAPS da tecnologia Intervenção Familiar na condição Esquizofrenia, desenvolvida no contexto de outros países, com eficácia significativa tanto para recaídas do paciente quanto para a sobrecarga familiar, segundo as citadas evidências científicas.

II. Objetivos

Apresentar, de forma resumida, a abordagem da IF cognitivo-comportamental na condição esquizofrenia e iniciar a discussão sobre as possibilidades e barreiras à sua implantação nos CAPS do SUS.

III. O protocolo da IFCC e suas etapas

A intervenção cognitivo-comportamental para familiares de portadores de esquizofrenia apresenta as seguintes etapas, de acordo com Barrowclough & Tarrier (1997): a) avaliação inicial, b) educação sobre o transtorno mental, c) gerenciamento de estresse e d) aprendizagem de metodologia de resolução de problemas. A implementação de Intervenção Familiar pressupõe o seguimento de um protocolo geral e de protocolos específicos para cada sessão. Aquelas etapas se sobrepõem, por ex., na primeira sessão avaliativa há explicações acerca das características do transtorno, além da identificação de problemas e início do trabalho de sistematização para resolução dos mesmos, reelaborando-se/desenvolvendo-se os protocolos específicos de uma sessão para outra. As oito primeiras sessões são semanais.

Barrowclough & Tarrier (1997) apontam que os familiares mais frequentemente envolvidos no trabalho de intervenção são os pais, cônjuges ou filhos dos pacientes, mas a IF pode também incluir outros familiares ou amigos que residam com o paciente ou tenham contato regular com ele.

Segundo os referidos autores, a avaliação inicial deve cobrir os seguintes temas: compreensão do entendimento dos familiares acerca do transtorno, sintomas, medicação, e tópicos afins; identificação de situações estressantes para os familiares, que detonam o estresse; identificação de estratégias de enfrentamento (consideradas terapêuticas) usadas para lidar com sintomas positivos e negativos, e quais efeitos têm sobre o paciente e sobre os membros da família; as conseqüências do transtorno sobre a família, incluindo qualquer restrição (vida social, ocupação) e gastos financeiros; a relação do familiar com o paciente, e a identificação da insatisfação que o familiar tem sobre aspectos particulares do comportamento do paciente; e os recursos/“pontos positivos ou fortes” disponíveis, como por exemplo, uma estratégia efetiva para lidar com as dificuldades, suportes sociais e uma relação positiva com o paciente.

O instrumento utilizado pelos autores para obter informações sobre os membros da família, através de entrevistas individuais, é o da ‘Relative Assessment Interview’ (RAI), baseada na ‘Camberwell Family Interview’ (CFI)⁴, com modificações para o uso clínico. Trata-se de uma anamnese para coletar dados acerca da composição familiar, da história psiquiátrica do paciente, dos problemas e sintomas correntes, da relação entre os membros familiares e também informações gerais sobre os familiares quanto a atividades sociais e outros aspectos enquanto que a CFI teria como objetivo principal a colheita de dados acerca da emoção expressa dos familiares para com o portador de transtorno mental. A entrevista não é rígida e deve cobrir os temas relacionados acima, podendo levar de 1 hora a 1 hora e meia, ou até mesmo ser realizada em mais de uma sessão. A avaliação pode se dar em duas ou mais sessões, dependendo da necessidade de elucidar questões, que seria peculiar a cada caso.

Quando há mais de um familiar-chave na moradia, os efeitos de atitudes e comportamentos desses outros membros familiares sobre os temas da avaliação também devem ser anotados. Além disso, problemas que estejam acontecendo na vida dos familiares devem ser considerados, incluindo saúde, trabalho, moradia ou dificuldades de relação marital, mesmo não sendo associados ao transtorno mental.

⁴ Instrumento padronizado que expressa número de comentários críticos e grau de hostilidade do familiar em relação ao paciente.

Tais problemas podem causar algum desgaste sobre os recursos dos familiares para lidar com as dificuldades.

Na primeira sessão de avaliação, na qual o paciente deve ser incluído junto com os familiares, deve ser discutido o propósito da avaliação, ser permitida a colocação de preocupações gerais dos familiares e paciente, e marcadas sessões para atendimento individual aos familiares (chave).

A etapa da educação sobre o transtorno é apontada pelos autores como a entrada num trabalho de parceria com a família, e na assistência ao engajamento dos familiares no tratamento. O objetivo é ajudar os familiares a adquirir informação provável de ter uma influência benéfica nas interações deles/delas com o paciente, e não, ensinar conhecimento acadêmico ou técnico. Os familiares são orientados a ler material apropriado sobre as informações discutidas na sessão, cujo conteúdo expresso pelos autores no “Material informativo sobre esquizofrenia para familiares e amigos” (BARROWCLOUGH & TARRIER, 1997). Esse material parte do que não deve ser considerado esquizofrenia, como ter mais de uma personalidade ou uma personalidade dividida, e aponta que o ponto central daquela condição estaria na dificuldade do portador em decidir o que é real e o que não é. Procura também desfazer o mito da relação de esquizofrenia com violência, informa a sua incidência no mundo, de como pode afetar todos os aspectos da vida de uma pessoa e de como o diagnóstico é realizado. Esclarece ainda sobre a etiologia da doença, salientando que a esquizofrenia é uma desordem no cérebro que pode ser disparada pelo estresse, e que a causa exata e a cura total ainda não foram encontradas; e sobre questões genéticas, pontuando que a doença não é em si mesma hereditária mas a tendência para desenvolvê-la o é. Procura também desmistificar também o lugar que a família ocupa no problema, quando argüe que a esquizofrenia não é causada pela forma como os pais criam seus filhos. Enfatiza a importância da medicação, de seus mecanismos de ação sobre o transtorno mental, e da importância da família no encorajamento da aderência. Trata ainda de algumas situações geradoras de tensão intrafamiliar, e de como os familiares podem ajudar o paciente tentando reduzir eventos estressantes ou ajudando-o a lidar com o estresse, bem como sobre a importância de ter paciência e encorajar mudanças graduais, além de não criticar ou punir o paciente por fazer coisas que seriam desaprovadas pelos familiares. Finalmente, é realçada a necessidade do familiar reservar tempo para si próprio.

A aceitação do ponto de vista do familiar enquanto são sugeridas explicações alternativas é apontada como o ponto de partida de mudança das crenças enganosas, engajando assim o familiar em

uma abordagem mais positiva para o gerenciamento das dificuldades do paciente. Um importante ponto a considerar, nesse processo educativo, é que as pessoas não possuem um mesmo nível cognitivo de assimilação de informação. Por isso, deve ser dada atenção ao uso de linguagem simples, com poucos itens de informação a serem retidos de cada vez.

O objetivo das sessões educativas iniciais é preparar o terreno para as mudanças, e avaliar áreas problemáticas, mais do que finalizar a educação dos familiares. O fornecimento de informações e a avaliação contínua da visão do familiar, e de como essa se relaciona à sua interação com o paciente, são componentes essenciais da intervenção. Termina por realçar a necessidade do familiar reservar tempo para si próprio.

Para os autores, a meta de assistir familiares na aquisição de um conhecimento de alto nível sobre esquizofrenia é diferente daquela de utilizar o conhecimento em estratégias de gerenciamento. A etapa educacional da intervenção familiar seria a base para a seguinte, que passaremos a descrever. Pode envolver duas ou mais sessões iniciais.

A etapa de gerenciamento de estresse é um componente da intervenção que focaliza primariamente as necessidades dos familiares; seu objetivo é reduzir os níveis de estresse relatados, através do uso de abordagens comportamentais cognitivas. Segundo os autores, o significado do termo “estresse” nesse contexto é relacionado ao que os familiares experienciam como resultado de co-habitar com um portador de transtorno mental.

O terapeuta deve ter uma idéia clara do(s) foco(s) do estresse, a partir do que avaliou nas sessões iniciais, e ser capaz de comunicar isso aos familiares. Há evidência clínica e empírica de que os familiares que co-habitam com portadores de esquizofrenia apresentam altos níveis de estresse. A meta da etapa de gerenciamento de estresse é ajudar os familiares a avaliar e conviver com os problemas gerados pela convivência com o portador de esquizofrenia de forma mais efetiva, visando à redução da sobrecarga familiar. Os autores enfatizam que temas comuns podem ser extraídos dos relatórios de familiares sobre problemas e soluções, mas que é evidente que as situações precipitadoras de respostas de estresse são diversas, e a implementação da mesma estratégia em circunstâncias diferentes pode ter resultados positivos para uma família, nenhum efeito ou mesmo resultados negativos para outra.

Usando o modelo transacional, onde o comportamento do paciente é visto como detonador de respostas de tensão nos familiares, sendo que a forma como o familiar avalia e responde ao problema ocupa um importante papel na manutenção de seu próprio estresse, a técnica de redução de estresse

possui duas formas ou dois caminhos complementares para reduzir as respostas de estresse, segundo Barrowclough & Tarrier (1997). O primeiro caminho focaliza intervenções dirigidas ao paciente: mudança de medicação, quando necessário, ou monitoramento mais intenso desta por profissionais de saúde mental, diminuição do tempo de contato face a face entre paciente e familiar, com a permanência do paciente em serviços semelhantes aos nossos CAPS ou ajuda ao paciente através de abordagem psicológica de gerenciamento de seus sintomas. É interessante notar que esse primeiro caminho implica em atividades associadas à intervenção familiar mas também pode envolver o familiar mais diretamente, como por exemplo, quando ele participa incitando o paciente a se engajar na mudança de comportamento.

O segundo caminho, complementar ao anterior, consiste em ajudar o familiar a gerenciar emoções negativas, pensamentos e comportamentos associados ou detonados pelo comportamento do paciente, ajudando o familiar a relaxar, a usar técnicas de auto-controle (usar “afirmações tranquilizadoras”), a reavaliar o comportamento do paciente e a aumentar o tempo gasto em seu próprio interesse.

Os autores referem que, quando há mais de um familiar co-habitando com o paciente, é interessante observar como se dá a relação dos diferentes membros familiares com o portador de transtorno mental. Aqueles familiares que centram suas vidas em torno do transtorno mental de seu parente e têm pouca distração prazerosa necessitam de maior atenção.

A última etapa da intervenção familiar cognitivo-comportamental é a abordagem construtiva de problemas. O objetivo, segundo os autores, é o de avaliar e melhorar o funcionamento social do paciente. É salientado que essa etapa e a de gerenciamento de estresse podem se sobrepor e serem complementares. Melhorar o funcionamento social do paciente pode aliviar as respostas de estresse dos familiares e vice-versa. A abordagem construtiva de problemas ensina a trabalhar problemas por etapas, listando, mediante avaliação cuidadosa, os “recursos” ou “pontos fortes” do paciente (interesses, habilidades, recursos com que pode contar – pessoas e outros), e os problemas do paciente que necessitariam mudança, com o estabelecimento de metas que visem a melhoria do funcionamento social deste.

Os autores apresentam passos-chave para o planejamento e estabelecimento de metas: 1. Identificação de dificuldades, questões, problemas ou áreas para mudança; 2. Tradução dos problemas em necessidades; 3. Identificação dos pontos fortes: habilidades, interesses e recursos; 4. Seleção de uma

necessidade sobre a qual trabalhar; 5. Uso de abordagens para gerar caminhos para ir de encontro à necessidade; 6. Propor uma meta realística e parar nesse passo, se apropriado; 7. Fazer um plano para cada passo (quem faz o que, quando e como); 8. Revisão da meta ou passo; 9. Planejamento para manter, generalizar e estender a meta; 10. Começar uma nova meta.

Podemos esquematizar, com base no manual focalizado e na teoria comportamental, que a colheita de dados para a avaliação (história psiquiátrica do paciente, sintomas, funcionamento social, relações familiares, identificação dos sentimentos presentes no familiar em relação ao paciente) compreenderia em torno de duas sessões⁵, a educação sobre esquizofrenia (principais características, tratamento, envolvimento do familiar na supervisão e na mobilização do paciente), cerca de 3 sessões, e a etapa de gerenciamento de estresse articulada à abordagem construtiva de problemas (intervenção clínica cuja meta é estabelecer padrões de pensamentos mais funcionais, trabalhando o manejo de estressores ambientais através do processo de identificação de questões-chave, possíveis soluções e implementação da solução) compreenderia uma média de 5 sessões.

Esse número de sessões direcionado para o gerenciamento de estresse e a resolução de problemas compreenderia então abordagens específicas para o trabalho em relação aos sentimentos identificados na avaliação (tristeza, medo ou raiva), e em relação às dimensões objetivas e subjetivas da sobrecarga familiar apontadas por Schene et al. (1998): tensão no ambiente familiar (discussão, aborrecimentos, ameaças ocasionais), principais preocupações do familiar (saúde do paciente, segurança, tratamento), supervisão (monitoramento da medicação, por exemplo), e mobilização do paciente (estímulo para autonomia).

Ao longo da avaliação e da intervenção, podem ser necessárias decisões em torno da organização das sessões, se para familiares individualmente ou com mais membros da família, e em quais sessões o paciente deve ser incluído ou pode beneficiar-se em ser atendido sozinho. Tais decisões incluem questões acerca de como estabelecer *rapport*, endereçar necessidades individuais, respeitar a necessidade de confidência, avaliar e modificar interações entre membros familiares, obter estratégias de gerenciamento consistentes e como melhor envolver um membro portador de transtorno mental em algumas sessões. Os autores indicam que o número de sessões de cada etapa e a necessidade de sessões complementares particulares a cada estágio da intervenção varia conforme aspectos sutis da relação

⁵ Depende de quantos familiares são considerados relevantes para uma entrevista individual.

entre familiares e terapeutas, sendo pautado no que esses últimos conseguem captar de progresso naqueles.

Quanto aos recursos humanos necessários à Intervenção Familiar, Barrowclough & Tarrier (1997) não definem a categoria profissional do terapeuta familiar, embora fique implícito no texto que seria um profissional de saúde mental. Referem a necessidade de especialidade e da disponibilidade de tempo sem a interferência de outras demandas, de pelo menos meio dia, diariamente, para essa atividade exclusivamente. Os autores abordam as seguintes vantagens em ter dois terapeutas trabalhando com uma mesma família: déficits em habilidades e conhecimentos em um terapeuta podem ser compensados pelo outro e vice-versa; o apoio e a oportunidade para discutir problemas com um membro da equipe podem ser muito úteis; ajuda nos apontamentos; a condução de sessões paralelas, programadas, com membros familiares diferentes. Uma estratégia indicada é um terapeuta funcionar como trabalhador-chave para cada sessão, sendo seu papel o de incluir e organizar a agenda para a sessão e decidir qual terapeuta introduzirá e conduzirá cada item e qual o papel do segundo terapeuta. Isso minimiza problemas, como duas conversações tomando lugar simultaneamente, de forma desorganizadora, entre grupos de membros familiares e terapeutas. Apontam que toda a equipe de saúde mental deve entender os objetivos e as formas de atuação da intervenção familiar. Salientam que as resistências organizacionais quanto à mudança são vencidas quando há o detalhamento do programa da intervenção, de seus objetivos e progressos.

IV. Discussão e Considerações Finais

Segundo Dixon et al. (1999), que coordenaram um programa de pesquisa sobre atenção a esquizofrênicos com base em evidências científicas, quatro condições são fundamentais para ocorrer mudança a nível individual ou do sistema: a disseminação do conhecimento, a avaliação do impacto programático, a disponibilidade de recursos e esforços para endereçar as dinâmicas humanas de resistência à mudança. As estratégias de implementação devem incluir a comunicação clara e detalhada dos modelos e de seus benefícios para todos os envolvidos.

A abordagem geral de Gerenciamento de Casos, já referida, apontada pelo livro-texto ((KAPLAN & SADOCK, 1997, 1999) e pelos documentos governamentais (U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1999; LEHMAN ET COLS., 1998; CLARKE INSTITUTE OF PSYCHIATRY, 1996), como a mais indicada no tratamento de portadores de

esquizofrenia, pressupõe um número limitado de casos para uma equipe multidisciplinar. A gerência de casos tem como objetivos a) a redução dos obstáculos sociais, através da melhoria de acesso a serviços e oportunidades, inclusive à Intervenção Familiar, e b) o monitoramento da qualidade da assistência.

O grupo de múltiplas famílias é um canal de acolhimento às demandas de atenção dos familiares e, muitas das vezes, de acompanhamento do quadro clínico dos próprios usuários. Exemplos desse acompanhamento são notícias trazidas por familiares sobre mudança de comportamento de portadores de esquizofrenia, aparecimento de sinais prodrômicos de sintomas, interrupção da aderência à medicação, entre outras.

No trabalho de campo realizado, os pacientes/familiares nos quais a IFCC foi aplicada, a partir de setembro de 2003, além de possuir diagnóstico de esquizofrenia (CID 10 F 20.0), apresentavam dificuldade de adesão ao tratamento convencional do CAPS, manifestando recaídas frequentes. Segundo Barrowclough & Tarrier (1997), a eficácia da IF é maior na fase de instalação do transtorno mental; trata-se de um procedimento de prevenção secundária.

Depois de alguns entraves, como erros diagnósticos, começamos a nossa pequena experiência com a família de três pacientes esquizofrênicos: C, do sexo masculino, de 34 anos; M, do sexo feminino de 38 anos; e L.S., do sexo masculino de 22 anos. Esses casos foram apresentados às pesquisadoras pela equipe do CAPS. Eram casos crônicos agudizados, de difícil manejo para a equipe. Apesar de sabermos que um histórico de recaídas frequentes do paciente seria um problema para o engajamento do familiar na IF, conforme apontam Barrowclough & Tarrier (1997), insistimos em solicitar à equipe do CAPS, após explicitação detalhada do trabalho de IF, que nos auxiliasse na seleção dos pacientes, acreditando que estaríamos, dessa forma, envolvendo a equipe no processo.

Para ter acesso aos usuários em situações de surtos iniciais, necessitávamos de credibilidade e interesse por parte do restante da equipe para o devido encaminhamento. Isso não ocorreu. Os autores do manual de IF apontam as dificuldades de mudança organizacional que a introdução de um novo serviço demanda, na medida em que requer novos “arranjos” na forma de encaminhar os usuários. “Organizações tendem a ter um princípio homeostático de inércia”, de acordo com os autores citados, e embora haja a perspectiva instituinte na filosofia dos CAPS, não podemos desconsiderar o fato do preconceito com a TCC no meio de profissionais de formação psicanalítica.

Nesse campo de saber complexo e interdisciplinar como o da saúde mental, a linha de pesquisa em Avaliação Tecnológica, dado as suas especificidades, não nega a

importância da interface das questões políticas, nos níveis macro e micro, embora não tome tais questões como objeto de reflexão.

O processo de elaboração dessa experiência de implantação de IFCC em um CAPS, embora bastante limitada, nos fez considerar pequenas mudanças no protocolo das sessões, a partir da nossa própria experiência prévia de atendimento, da leitura de Beck (1979) e outros autores sobre terapia cognitivo-comportamental e da análise do material produzido, baseado no protocolo do referido manual. Além disso, aspectos pouco apropriados de nossa elaboração inicial foram revistos. Assim, pareceu-nos importante trabalhar, desde as primeiras sessões, os sentimentos subjacentes presentes nas colocações dos familiares, sentimentos abordados por Beck (1979) como relacionados aos estados de ansiedade, depressão (tristeza) e raiva, que consideramos pertinentes aos familiares de portadores de esquizofrenia. E também articular tais sentimentos a uma conceituação mais recente da sobrecarga familiar, que é a de “family caregiving”, prestação de cuidados por familiares, ou seja, às dimensões dessa prestação de cuidados (SCHENE et al.,1998): tensão no ambiente familiar⁶ (discussão, aborrecimentos, ameaças ocasionais), principais preocupações do familiar⁷ (saúde do paciente, segurança, tratamento), supervisão (monitoramento da medicação, por exemplo) e mobilização do paciente (estímulo para autonomia).

Schene et al. (1998) chamam a atenção para o fato de que o tamanho do impacto da prestação de cuidados sobre a saúde física e mental do cuidador depende das características do paciente, do familiar, suas relações e seu contexto social, incluindo a atenção que recebe ou deixa de receber.

Para a Terapia Cognitivo-Comportamental, a mudança de comportamento é mediada pela cognição. O ser humano tem a capacidade de direcionar seu comportamento mediante reflexão sobre os sentimentos subjacentes aos mesmos, de acordo com a teoria de Beck (1979). A identificação do sentimento de tristeza é relacionada à perda sofrida com as limitações que o transtorno mental impõe ao ente querido e pode ser direcionada às possibilidades de “habilitação” do portador de esquizofrenia. Venturini et al (2003) ressaltam o conceito de “habilitação” em saúde mental, contrapondo-o ao de reabilitação. Na idéia de habilitação, o passado não constitui estigma, a experiência da doença não é rejeitada e sustenta o começo de um novo processo. A etapa de educação se sobrepõe às demais, nesse sentido, dando ênfase ao exercício dos direitos, ao desenvolvimento das trocas e à cooperação.

⁶ Articulação com o sentimento de ‘raiva’ descrito por Beck (1979).

⁷ Articulação com o sentimento de ‘medo’ descrito por Beck (1979).

A calibração da dosagem da medicação para a diminuição dos sintomas e o entendimento da doença são fatores que diminuem o sentimento de medo subjacente a certos comportamentos manifestos do portador de esquizofrenia. O manejo de estressores ambientais pode depender, então, da equipe multidisciplinar, diretamente, e não do familiar propriamente dito. O psiquiatra controla a calibração da dose da medicação, mas os demais profissionais ajudam na observação diária das manifestações clínicas e comunicam ao médico. O processo se dá em rede, bem como em atuações não biológicas, como com o trabalho de Oficinas que incide na tentativa de superação do retraimento social. O estímulo a um maior interesse do familiar em si próprio é outro elemento relevante para a transformação.

Encontramos na clínica pacientes com evolução mais e menos favoráveis, dependendo de fatores prognósticos, mais (estado civil, forma de instalação do transtorno) e menos (emoção expressa do familiar) conhecidos, do paciente e da família, e ainda da qualidade da atenção pelos serviços de saúde. Um portador de esquizofrenia no início da instalação do transtorno, com boa resposta à medicação, pode significar um trabalho de IFCC mais curto do que uma situação de difícil evolução, com dificuldade de adequação da dose de neuroléptico, sintomas persistentes e funcionamento social prejudicado.

A literatura da área de “Sobrecarga Familiar” associa a gravidade dos sintomas atuais⁸ do portador de esquizofrenia com aumento da sobrecarga. Para esses casos mais graves, a duração da IFCC será maior, havendo extensão do trabalho nas áreas das dimensões da sobrecarga mais atingidas.

Nosso trabalho no CAPS, antes do presente projeto em IFCC, foi com grupo de múltiplas famílias, com um procedimento cujo objetivo era prover um espaço de escuta, onde o familiar redimensionaria seu sofrimento ao conhecer outras pessoas com a mesma problemática, descobrindo junto com elas soluções para os seus problemas relacionados à convivência com o portador de esquizofrenia. A manutenção do grupo aberto de múltiplas famílias nos CAPS, mesmo com a adoção da atenção da IF direcionada a uma única família, parece ser importante como um canal de comunicação

⁸ Os sintomas mais estressantes foram agrupados por Gopinath & Chatuverdi (1992) como se segue: *relacionados a atividades* (4 itens): não executar qualquer trabalho; não realizar tarefas domésticas; ter pouco interesse por lazer; e lentidão em fazer as coisas; *relacionados ao auto-cuidado* (6 itens): não cuidar da higiene pessoal; não dormir bem; não se alimentar bem; não falar muito; retraimento social; e controle inadequado dos esfíncteres (fezes, urina); *relacionados à agressão* (5 itens): golpes e outros ataques; rasgar roupas; quebrar aparelhos domésticos; falar tolices; e abuso; *relacionados à depressão* (7 itens): falar menos; tentativa de suicídio; medo, pouco interesse em lazer; retraimento social; lentidão; e tristeza.

para o acompanhamento dos usuários, para ajudar a minimizar as grandes dificuldades que a Reforma Psiquiátrica brasileira enfrenta frente à quantidade de recursos humanos nos CAPS, frequentemente insuficientes para a grande demanda de atenção.

Nesse sentido, Melman (1999) chama a atenção para o fato de que os modelos de cuidado familiar podem propiciar uma fronteira artificial entre as relações familiares e o restante do mundo social significativo para um indivíduo. Os limites da rede de relações sociais que sustentam uma pessoa não se restringem à família, “incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais significativos do sujeito: amigos, relações de trabalho, vínculos na comunidade, grupos sociais e políticos” (MELMAN, 1999, p. 174). Enfatizando que uma rede social estável, forte e solidária é fator de proteção contra doenças, aumenta a sobrevida e acelera os processos de cura, o autor apóia a utilização de estratégias e ações orientadas para o fortalecimento deste tecido de relações de apoio e sustentação entre as pessoas. O grupo de múltiplas famílias, embora não substitua a necessidade do trabalho mais específico da IFCC apresentado nesse texto, nos parece suprir aquela função, gerando um movimento coletivo de troca de vivências, histórias, conflitos e dúvidas, com a construção de sentidos para a vivência dos familiares, com novas possibilidades de lidar com os problemas.

Concluimos preliminarmente que a implementação da IF baseada em evidência requer a ultrapassagem de algumas barreiras importantes, supondo uma flexibilização inicial dos recursos humanos necessários. A barreira do obstáculo epistemológico de membros da equipe com uma rígida formação teórica diversa da TCC talvez seja a mais difícil de ser vencida, embora a perspectiva de abertura a novas dimensões da clínica seja parte da proposta dos novos serviços de saúde mental. É importante que a utilidade da Intervenção Familiar Cognitivo-Comportamental no tratamento de portadores de esquizofrenia seja valorizada pelos diversos profissionais da equipe de saúde mental envolvidos no cuidado e que seja mantida a atenção do grupo de múltiplas famílias.

VI. REFERÊNCIAS

BARRETO, E.M.P.; ELKIS, H. *Esquizofrenia*. Em: P. Knapp (Org.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 328-339). Porto Alegre: Artmed, 2004.

BARROWCLOUGH, C.; TARRIER N. *Families of schizophrenic patients: cognitive behavioural intervention*. London: Nelson Thomes, 1997.

BECK, AT. *Cognitive therapy and emotional disorders*. Boston, Internat: Universities Press, 1979.

CAVALCANTI, M. *A trama do tear: sobre o tratar em Psiquiatria* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, UFRJ, 1997.

CLARKE INSTITUTE OF PSYCHIATRY, Health Systems Research Unit. *Review of Best Practices in Mental Health Reform*. Prepared for Health Canada and the Advisory Network on Mental Health; 1996.

DICKERSON, F.B.; LEHMAN, A.F. *Evidence-based psychotherapy for schizophrenia*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(1):3-9, 2006.

DIXON, L; LYLES, AI; SCOTT J et al. Services to Families of Adults with Schizophrenia: From Treatment Recommendations to Dissemination. *Psychiatr Serv* 1999; 50 (2): 233-238.

GOPINATH, P. S.; CHATUVERDI, S. K. Distressing Behavior of Schizophrenics at home. *Acta Psychiatr Scand*, v. 86, n. 3, p.185-188, sept. 1992.

KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, MD: Willians & Willians; 1999.

KAPLAN HI, SADOCK, BJ, GREEB, JA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clinica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Medicas; 1997.

KUIPERS, E., LEFF, J. & LAM, D. (2002). *Family work for schizophrenia: A practical guide*. 2nd ed. London: Gaskell Press.

LEHMAN AF, STEINWACHS DM et cols. Translating research into practice: the schizophrenia patients outcome research team (PORT). Treatment Recommendations. *Schizophr Bull* 1998; 24 (1): 1-10.

LIBÉRIO M. *Estudo de Satisfação nos CAPS da Cidade do Rio de Janeiro*. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, UFRJ; 1999.

MELMAN J. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Editora; 2001.

_____. Intervenções Familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: Fernandes, MIA, Scarcelli, IR & Costa, ES (orgs). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Um outro olhar: manual audiovisual sobre Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: FUJB, NUPPSAM, IPUB, UFRJ; 2008.

PITTA A. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *J Bras Psiquiatria* 1994; 43(12): 647-654.

RODRIGUES MG, KRAUSS SILVA L. Intervenção familiar na esquizofrenia: recorte de modelos de ensaios clínicos. *Rev. Dep. Psicol. UFF* 2006; 18 (2): 93-109.

RODRIGUES MG, MARTINS ACM, KRAUSS SILVA L. *Revisão Sistemática e Meta-análise de Ensaios Clínicos de Intervenção Familiar na Condição Esquizofrenia*. Rio de Janeiro, 2008. Artigo submetido ao Caderno de Saúde Pública em 2008.

ROSA LC. *Transtorno Mental e o Cuidado na Família*. São Paulo: Cortez; 2003.

SARRACENO B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2. ed. Rio de Janeiro: TeCorá, Instituto Franco Basaglia; 2001.

SCHENE AH, WIJNGAARDEN B, KOETER MWJ. *Family caregiving in schizophrenia: domains and distress*. *Schizophr Bull* 1998; 24 (4): 609-18.

U.S.A. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Mental Health: a Report of the Surgeon General – Executive Summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and mental health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institutes of Mental Health; 1999.

VENTURINI E, GALASSI A, RODA A, SERGIO E. Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. *Arq Bras Psicol* 2003; 55 (1-2): 65-74.