Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade

Marina Bandeira, Ph.D.[1]; Daniel Gelinas, M.Sc.[2]; Alain Lesage, M.D.[3]

Resumo

Este artigo discute os problemas encontrados até agora pela prática tradicional de reintegração na comunidade das pessoas portadoras de distúrbios psiquiátricos graves e persistentes e as resultantes rehospitalizações freqüentes ou fenômeno da porta giratória. Diante desta problemática, descreve-se o desenvolvimento dos programas de acompanhamento intensivo dos pacientes na comunidade como uma resposta à ineficácia da abordagem tradicional e como uma alternativa à hospitalização. Partindo do conceito de "case management" e da discussão de suas lacunas, o modelo de Madison é descrito em detalhes, assim como o modelo Bridge que se inspirou da abordagem desenvolvida em Madison. As principais diferenças entre estes modelos de intervenção são discutidas. A avaliação do impacto dos programas de acompanhamento intensivo sobre o funcionamento dos pacientes é apresentada, através da descrição e discussão das principais pesquisas avaliativas publicadas nesta área.

Unitermos: programa de acompanhamento intensivo na comunidade; fenômeno da porta giratória; desinstitucionalização

[1]Professora Adjunta da FUNREI, São João del Rei, Minas Gerais. Bolsista do CNPq. Redigido durante pós-doutoramento no Centre de Recherche Fernand Seguin, Montreal, Canadá.
[2]Assistente Social do Hospital L.H. Lafontaine. Assistente de Pesquisa do Centre de Recherche Fernand Seguin, Montreal, Canadá.
[3]Psiquiatra do Hospital L.H. Lafontaine e Pesquisador do Centre de Recherche Fernand Seguin, Montreal, Canadá.

© 1998 – ecn-Editora Científica Nacional Ltda.

Já se passaram quatro décadas desde que o processo de desinstitucionalização psiquiátrica se iniciou e continua se desenvolvendo em vários países, com o objetivo de efetuar uma mudança radical no tratamento dos pacientes psiquiátricos. Esta mudança foi concebida como um processo envolvendo duas dimensões: a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de um serviço psiquiátrico comunitário adequado, incluindo a infra-estrutura residencial e de serviços e o atendimento aos pacientes na comunidade por equipes multidisciplinares. Este processo duplo deveria conduzir a um equilíbrio e uma coordenação entre a prestação de serviços hospitalares e comunitários.

A primeira dimensão deste processo foi amplamente desenvolvida, pois a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos que se seguiu desde então foi marcante. Segundo Raftery (1992), na Inglaterra o número de pacientes hospitalizados passou de 4 para 1,5 pacientes/1.000 habitantes da população, a partir dos anos 50. Nos Estados Unidos, a diminuição de leitos foi posterior, porém mais forte, chegando a 1 paciente/1.000 habitantes. No período de 1955 a 1983, houve uma redução de 80% de pacientes nos hospitais psiquiátricos (Raftery, 1992). Em outros países, como Canadá e Itália, observa-se esta mesma tendência. Na Itália, houve uma diminuição de 53,2% de leitos nos hospitais públicos, no período de 1978 a 1987, sem que tenha havido aumento nas admissões dos hospitais psiquiátricos particulares (Crepet, 1990). No Canadá, houve uma redução de 78% de pacientes em hospitais psiquiátricos, de 1962 a 1977. A redução na província de Quebec foi de 3,75 a 1,00 leitos por 1.000 habitantes, no período entre 1960 e 1995 (Mercier, 1997). Atualmente, segundo Lesage (1996), a maioria dos pacientes psiquiátricos são tratados em ambulatório. Uma boa parte do orçamento (40%) do Ministério da Saúde do Québec se dirige aos serviços psiquiátricos comunitários e esta quantia vai aumentar

para 60%, nos próximos 5 anos, sendo que o número de leitos nos hospitais psiquiátricos vai reduzir pela metade.

Apesar da marcante redução dos leitos psiquiátricos, este processo parece não ter atingido ainda sua capacidade máxima, uma vez que não foram desenvolvidos paralelamente os recursos comunitários que seriam necessários para tal, ou seja, recursos que fossem suficientemente numerosos e adequados, capazes de preencher as necessidades múltiplas dos pacientes da primeira e da segunda geração da desinstitucionalização (Mercier, 1997; Geller et al., 1990; Bandeira, 1994). A maioria dos autores concorda que ainda há poucas residências protegidas e poucos serviços psiquiátricos comunitários. A falta de repasse das verbas do Estado para as localidades e o subfinanciamento impedem o desenvolvimento dos programas comunitários (Mercier, 1997). Segundo Lesage e Tansella (1993), o processo de desinstitucionalização deveria prosseguir, pois muitos pacientes que ainda estão nos hospitais poderiam ser reinseridos na comunidade, se houvesse um número suficiente de residências protegidas adequadas para este tipo de clientela que apresenta distúrbios mais graves e persistentes. Knapp, Chisholm, Astin, Lelliott e Audini (1997) observam que na Inglaterra há um problema crescente de falta de acomodações comunitárias especializadas para acolher os pacientes psiquiátricos, principalmente os pacientes de longo termo, que sofrem de distúrbios graves e persistentes. Esta carência resulta em, pelo menos, dois problemas: pacientes que poderiam estar mais bem atendidos na comunidade estarão ocupando indevidamente os leitos de hospitais, provocando por outro lado uma falta de leitos hospitalares para aqueles pacientes em crise aguda (Knapp et al., 1997).

Esta situação indica que o equilíbrio e a coordenação entre os serviços deixa a desejar e que a segunda dimensão do processo de desinstitucionalização ainda está longe de atingir seus objetivos e continua sendo um desafio complexo para a sociedade. Este artigo discute os problemas encontrados até agora pela prática tradicional de reintegração dos doentes mentais na comunidade e apresenta o desenvolvimento de uma abordagem cada vez mais enfatizada na literatura desta área, que consiste nos programas de acompanhamento intensivo do doente mental na comunidade.

O fenômeno da porta giratória: fatores determinantes das rehospitalizações

Os serviços comunitários desenvolvidos para atender os pacientes psiquiátricos, além de não serem numerosos, em geral não foram capazes de suprir suas necessidades ao nível clínico, social e ocupacional e assegurar o sucesso de sua integração social, principalmente no caso dos pacientes que sofrem de distúrbios graves e persistentes. Em conseqüência, ocorrem altas taxas de rehospitalizações dos pacientes, o conhecido fenômeno da porta giratória. De fato, as rehospitalizações chegam a representar de 55 a 75% das admissões em alguns hospitais psiquiátricos e a freqüência das rehospitalizações dos pacientes aumenta com o passar do tempo desde sua saída do hospital (Dorvil, 1987; Harnois, 1987; Geller et al., 1990). Segundo Stein, Diamond e Factor (1990), a taxa de readmissão em hospitais psiquiátricos americanos aumentou de 150.000 a 400.000 por ano, nos últimos 25 anos. Um paciente que recebe alta de um hospital psiquiátrico tem 60% de chance de ser readmitido nos próximos 2 anos. São os pacientes da porta giratória que ocupam grande parte dos leitos psiquiátricos, a metade no que se refere aos hospitais de Montreal (Farquhar, 1997).

Uma série de fatores que contribuem para a ocorrência do fenômeno da porta giratória foram identificados. Ao nível do funcionamento dos serviços psiquiátricos, os fatores mais citados se referem à falta de coordenação entre os diversos setores dos serviços comunitários, a taxa muito alta de pacientes para cada profissional, a falta de integração entre os serviços comunitário e hospitalar, o acompanhamento dos pacientes muito restrito e de curta duração, as diferenças ideológicas entre os membros das equipes multidisciplinares, a ignorância da parte dos profissionais de saúde mental sobre a extensão e a gravidade dos déficits dos doentes mentais e a falta de continuidade do acompanhamento (Cyr et al., 1992; Rochefort, 1992; Lesage e Morissette, 1992; Lesage e Tansella, 1993).

A falta de acompanhamento freqüente e intensivo na comunidade tem sido destacado como uma variável importante do processo de reinserção do doente mental. Ao estudar o fenômeno da porta giratória, Dorvil (1987) observa que uma característica marcante da maioria dos pacientes que freqüenta a urgência psiquiátrica é a ausência de um acompanhamento psiquiátrico nos últimos 6 meses que precederam sua visita (Dorvil, 1987; Bandeira e Dorvil, 1996). Esta mesma observação é feita por Solomon, Draine e Meyerson (1994), ao estudarem o recidivismo em doentes mentais que receberam alta de uma prisão. Os autores obtêm uma relação significativa inversa entre a quantidade de serviços recebidos pelos pacientes e a taxa de rehospitalização nos seis meses seguintes à alta dos pacientes. Ou seja, uma menor freqüência de acompanhamento está relacionada a uma maior taxa de rehospitalização. Segundo Stein (1992), o acompanhamento precário e limitado a curto tempo, que é tradicionalmente adotado, provoca condições de vida miseráveis, pois na realidade imediata do dia-a-dia, os pacientes geralmente têm que enfrentar sozinhos as dificuldades a todos os níveis.

A maneira como o serviço de acompanhamento é organizado contribui para manter esta baixa freqüência de contatos entre os pacientes e os profissionais do serviço. Por exemplo, o acompanhamento tradicional tem se baseado na premissa de que o paciente é capaz de ir buscar o seu próprio tratamento, comparecendo ao ambulatório e aos demais serviços comunitários, o que raramente ocorre (Test e Stein, 1976). Pode mesmo ser uma tarefa impossível para o paciente ir em busca dos diversos serviços e agentes que compõem o complexo sistema existente, considerando-se as limitações destes pacientes, tais como ansiedade extrema, falta de motivação, ambivalência e passividade (Test, 1979). É bastante claro que o acompanhamento tradicional do doen-

te mental se baseia em procedimentos adaptados para uma clientela menos comprometida.

Um segundo fator que se destaca nas pesquisas avaliativas como determinante do retorno do paciente ao hospital se refere à interrupção do medicamento psiquiátrico, que ocorre na maioria dos casos. Este segundo fator se relaciona com o primeiro, referente à falta de acompanhamento. A prescrição da maioria dos pacientes da porta giratória, que retornam à urgência psiquiátrica, não está em dia (Dorvil, 1987). Sem acompanhamento e tendo interrompido o medicamento, os pacientes apresentam distúrbios de comportamento que perturbam o meio social, assim como ansiedade e sintomas psicóticos, sendo estes os motivos mais citados pelos próprios pacientes ou seus familiares para seu retorno ao hospital (Dorvil, 1987; Bandeira e Dorvil, 1996). A ausência do medicamento e do acompanhamento ambulatorial podem se associar ainda a um terceiro fator, que constitui o uso de álcool, tal como foi observado em um grupo de pacientes psiquiátricos recidivistas, quando comparados a um grupo de pacientes que não haviam sido rehospitalizados nos quatro anos precedentes (Bandeira, 1993).

Uma série de outros fatores se adicionam aos citados acima. As condições precárias de pobreza, falta de ocupação e isolamento social a que estão submetidos estes pacientes dificultam sua reinserção social. Em particular, a vulnerabilidade dos pacientes ao stress e suas dificuldades de relacionamento interpessoal tornam ainda mais difícil a sua integração ao nível da família e da comunidade. Além disso, o déficit marcante que os pacientes apresentam no desempenho das tarefas e atividades mais simples do dia-a-dia, necessárias à vida na comunidade, dificultam o processo de sua autonomia. A falta de serviços dirigidos para o treinamento destas habilidades está particularmente relacionada a rehospitalizações (Stein et al., 1990). Segundo Test e Stein (1976) já está empiricamente demonstrado que o déficit das habilidades cotidianas e sociais é o fator que mais contribui para que o paciente se torne institucionalizado. Esta dificuldade em desempenhar as habilidades básicas do dia-a-dia conduzem a frustrações constantes e ao stress que, a longo termo, contribuem para a ocorrência das rehospitalizações do paciente (Test e Stein, 1976).

Dentre todos estes fatores, dois são colocados em destaque como principais determinantes das readmissões, segundo a experiência de Stein et al. (1990) e de Test (1979): o déficit de habilidades cotidianas e sociais dos pacientes e a falta de um acompanhamento intensivo e diretivo. Sem um tal acompanhamento, ninguém assume a responsabilidade de tomar as providências para garantir que as necessidades dos pacientes sejam preenchidas, de forma contínua (Stein, 1992). Test (1979) conclui que o acompanhamento intensivo do paciente na comunidade, para ser eficaz e favorecer de fato sua integração social, deve apresentar uma continuidade tanto intersectorial quanto longitudinal. Intersectorial, no sentido de uma rede completa de todos os serviços que o paciente precisa, com uma coordenação bem integrada entre estes diversos serviços, incluindo procedimentos concretos para garantir a participação do paciente. A continuidade longitudinal, por outro lado, implica em uma constante reavaliação e reestruturação do programa elaborado para este paciente, em função das suas necessidades que mudam ao longo do tempo. Ou seja, o sistema de serviços deve ser sensível a estas mudanças.

Diante da diversidade e complexidade dos pacientes e da precariedade dos serviços fornecidos, Marshall (1982, citado por Mercier, 1989) observa que "a desinstitucionalização é uma idéia fantástica mas nunca foi realizada". Pelo menos, não como deveria ser ou como foi idealizada. A reinserção social continua sendo mais um projeto do que uma realidade (Mercier, 1997). Do mesmo modo, Lesage e Tansella (1993) observam que é muito mais difícil realizar uma psiquiatria comunitária do que hospitalar, pois é preciso desenvolver, na comunidade, todos os serviços necessários para preencher as necessidades dos pacientes e é preciso coordenar estes serviços.

Prevenção das rehospitalizações: o acompanhamento intensivo na comunidade

Com o objetivo de diminuir as rehospitalizações e favorecer uma melhor integração do doente mental na comunidade, tem sido desenvolvido, desde os anos setenta, modelos de acompanhamento psiquiátrico intensivos, propostos como continuação do tratamento após a alta do hospital e também como alternativas a uma nova hospitalização.

Estes modelos se desenvolveram no sentido de se tornarem cada vez mais complexos, intensos e globais. Complexos, no sentido de exigir cada vez mais a atuação de uma ampla equipe de terapeutas diversificados e especializados para o acompanhamento de cada paciente. Intensos, no sentido de implicar uma presença cada vez maior dos terapeutas no processo de acompanhamento na comunidade, "in vivo", podendo chegar a um acompanhamento 24h sobre 24h, 7 dias por semana. Globais, no sentido de que o acompanhamento tem visado cada vez mais a satisfação de todas as necessidades práticas e especializadas dos pacientes, nas diferentes dimensões de sua vida na comunidade, ampliando cada vez mais o leque de intervenções oferecidas. Além disso, a atuação da equipe de acompanhamento tem sido cada vez mais assertiva, no sentido de tomar a iniciativa de levar o tratamento ao paciente e de procurá-lo quando ele deixa de comparecer onde é esperado, por exemplo, no seu local de trabalho (Test, 1992).

A ênfase no acompanhamento intensivo do paciente psiquiátrico na sua comunidade tem ocorrido gradualmente de maneira crescente na América do Norte, embora em outros países ela tenha sido introduzida desde o início.

A experiência da Itália

Um dos países em que o acompanhamento intensivo do paciente psiquiátrico na comunidade foi mais enfatizado desde o início do processo de desinstitucionalização é a Itália. Neste sentido, o serviço psiquiátrico italiano poderia servir como um bom exemplo desta

prática, pelo menos nas regiões em que tem sido mais bem sucedido. As diversas regiões da Itália variam muito, segundo Crepet (1990), quanto à qualidade dos serviços psiquiátricos comunitários, sendo que 31,8% são consideradas bem integradas, 23,4% pouco desenvolvidas mas potencialmente eficientes, 33,4% são recentes e ainda pouco satisfatórias e 11,4% são definidas como deficientes e estáticas. Uma das características marcantes do funcionamento dos serviços nas regiões mais bem sucedidas consiste na intensidade do acompanhamento fornecido ao paciente, em particular a domicílio e, neste sentido, duas regiões se destacam dentre as demais, com baixíssimas taxas de rehospitalização (Crepet, 1990).

Uma das regiões mais bem sucedidas no processo de desinstitucionalização do doente mental na Itália é a área sul de Verona. Segundo Lesage e Tansella (1993), há mais de 10 anos não se faz nenhuma admissão em hospitais psiquiátricos. O número de profissionais por paciente é muito elevado e equipes volantes fazem visitas domiciliares regulares para monitorar o estado dos pacientes, identificar possíveis crises e intervir ainda na residência, a fim de prevenir as rehospitalizações. O número de visitas domiciliares é equivalente ao número de consultas no ambulatório. Além disso, há serviços de atendimento de crises a tempo integral. Nos dias úteis, durante 12 horas diárias há uma equipe disponível e à noite, domingos e feriados uma enfermeira e um psiquiatra podem ser chamados por telefone (Lesage e Tansella, 1993).

Este tipo de atendimento freqüente, principalmente domiciliar e a alta taxa de profissionais por paciente, aumentam as chances de preencher as necessidades dos pacientes e de promover sua integração na comunidade. As visitas domiciliares servem para verificar a adesão ao medicamento, para treinar habilidades que os pacientes têm dificuldade em executar e para detectar os conflitos interpessoais e as insatisfações dos pacientes.

O conceito de case management

Nos Estados Unidos, o acompanhamento intensivo e domiciliar não foi instituído amplamente desde o início do processo de desinstitucionalização. Uma rara exceção foi o Estado de Vermont, que desde o início dos anos cinqüenta iniciou sua desinstitucionalização psiquiátrica e desenvolveu gradualmente um serviço comunitário muito bem integrado, com um amplo programa de subvenção a moradias individuais na comunidade, escolhidas pelos próprios pacientes, e um atendimento a domicílio visando responder às suas principais necessidades, por tempo ilimitado. Esta abordagem foi muito bem sucedida, possibilitando reduzir ao mínimo o hospital psiquiátrico estadual de Vermont, mantendo-se apenas as unidades especializadas dos hospitais gerais e os serviços comunitários e conseguindo integrar os pacientes na comunidade. Trata-se de uma abordagem muito particular do Estado de Vermont, que foi bem sucedida porque o sistema de serviços foi construído através do desenvolvimento de recursos comunitários naturais, que se apoiaram em uma longa tradição de participação comunitária (Harding et al., 1987). A planificação conjunta feita pelos administradores do Estado, pelos consumidores, pelas famílias e pelos fornecedores, dentro desta tradição de participação comunitária, permitiu harmonizar os serviços de forma integrada. Este sistema foi desenvolvido em resposta aos desejos da comunidade, que deu apoio constante a este empreendimento (Tessier et al., 1992; Wilson, 1989).

Com exceção desta experiência remarcável, em geral o acompanhamento intensivo e domiciliar nos Estados Unidos começou a se desenvolver gradualmente, após a constatação do fracasso da desinstitucionalização, da excessiva especialização e fragmentação dos serviços psiquiátricos e da incapacidade dos pacientes em procurar por eles mesmos estes serviços. É preciso lembrar que o sistema americano de saúde e de serviços sociais se caracteriza por transações complexas entre as organizações públicas e privadas, que os programas sociais se baseiam no princípio dos sistemas de seguro e não da universalidade dos serviços e que diversos níveis diferentes da estrutura governamental intervêm ao mesmo tempo, criando um complexo administrativo que resulta em uma diluição das responsabilidades sócio-políticas junto aos doentes mentais (Test, 1979; Torrey, 1997). Um dos fatores ligados ao fracasso da desinstitucionalização americana é que os pacientes psiquiátricos mais graves foram relegados a um segundo plano pelos serviços comunitários, que se limitaram a acompanhar os casos mais leves através de intervenções de psicoterapia. Diante do enorme abandono dos pacientes psiquiátricos, que acabaram nas ruas e prisões, o governo americano, através de um comitê especial instituído em 1978 para investigar este problema, propôs acrescentar ao sistema de serviços psiquiátricos o conceito de "case management" para tentar remediar o problema (Torrey, 1988).

O "case management" consiste em um sistema de coordenação e integração de serviços, através da designação de um agente responsável ("case manager") por cada caso psiquiátrico a ser integrado na comunidade, cujo objetivo é coordenar os diversos serviços de que o paciente necessita, garantir que o paciente utilize estes serviços e que eles satisfaçam suas necessidades. O "case manager" trabalha vinculado a uma agência regional ("core agency"), do Departamento de Saúde Mental de seu Estado, a qual é responsável pela planificação, financiamento e implementação dos serviços de assistência aos doentes mentais (Baker e Intagliata, 1992).

Na sua concepção original, o responsável ou coordenador ("case manager") teria cinco funções básicas, ao seguir mais de perto os passos de um determinado paciente em sua reinserção na comunidade: avaliar as necessidades deste paciente, elaborar um plano de serviços para ele, identificar os serviços de que ele necessita na comunidade e colocá-lo em contato com estes serviços e finalmente fazer o monitoramento e a avaliação dos serviços fornecidos (Baker e Intagliata, 1992). O papel do responsável não consiste em fornecer, ele mesmo, os serviços de que o paciente necessita, nem inclui a responsabilidade de criar novos serviços quando ne-

cessário, mas fundamentalmente seu papel consiste em colocar o paciente em contato com serviços já existentes. Ocasionalmente o responsável pode fornecer algum serviço, mas sua presença efetiva "in vivo" para acompanhar o paciente nos locais apropriados não ocorre em uma base regular, mas apenas esporádica (Baker e Intagliata, 1992).

A partir desta concepção básica, desenvolveram-se variações diversas do conceito de "case management". Em alguns casos, foram acrescentadas outras funções complementares ao papel do responsável, por exemplo, realizar intervenções em momentos de crise, fazer o treinamento de habilidades da vida cotidiana, representar o paciente junto a agências de serviços sociais. Porém, o responsável só tem condições de executar estas funções complementares parcialmente, compartilhando-as na verdade com outros agentes sociais. Em outros casos, houve uma variação na ênfase dada a uma ou outra das funções básicas do responsável – seja a relação terapêutica com o cliente, ou a capacidade de autodeterminação do paciente, ou a readaptação e diminuição dos déficits do paciente ou então a própria coordenação dos serviços (Baker e Intagliata, 1992).

Apesar destas variações, entretanto, as funções básicas descritas inicialmente distinguem bem este modelo de atendimento denominado "case management" dos outros modelos de atendimento que são mais intensivos e assertivos. Mesmo se vários autores utilizam este termo para designar indiscriminadamente a maioria dos programas de acompanhamento na comunidade, há uma grande diferença entre o conceito de "case management" e outros modelos de acompanhamento intensivo e assertivo na comunidade (Robinson e Toff-Bergman, 1989; Stein, 1992). O ponto de partida do "case management" é a coordenação dos serviços, que conduz à designação de um só indivíduo para a função específica de coordenador, enquanto que o modelo de acompanhamento intensivo e assertivo na comunidade integra a coordenação de serviços como uma tarefa que é realizada por uma equipe de profissionais (Brekke e Test, 1987).

A função de coordenação e ligação entre os serviços que o responsável ("case manager") deve desempenhar junto aos pacientes descreve bem a característica básica desta abordagem. De fato, foi justamente devido a esta função, que o responsável foi identificado como a "cola" do sistema e este modelo foi adotado pela maioria dos Estados americanos e também em outros países com o objetivo preciso de assumir a coordenação dos serviços (Stein, 1992). Segundo Raftery (1992), foi instituída uma legislação na Inglaterra exigindo-se que haja um responsável para cada paciente desinstitucionalizado, como condição essencial para que um hospital tenha autorização para ser fechado. Medidas legislativas também foram tomadas nos Estados americanos para que se inclua obrigatoriamente na rede de serviços de saúde mental, a função de coordenação dos planos de serviços (Tessier et al., 1992).

Entretanto, segundo Stein (1992), este modelo de acompanhamento não atingiu os objetivos almejados, devido a várias limitações inerentes à sua própria concepção, que foram ficando cada vez mais evidentes. Por exemplo, os serviços que o responsável deveria identificar na comunidade freqüentemente não existem. Mesmo quando alguns existem, ao se colocar o paciente em contato com estes serviços, não se pode garantir que eles serão fornecidos de maneira colaborativa e integrada, o que raramente acontece. Para tentar reparar estes problemas, com o tempo foi se modificando o conceito de "case management" e o responsável passou a assumir, pelo menos em parte, a função adicional de fornecer ele mesmo alguns dos serviços que não existiam na comunidade. Porém, uma só pessoa não pode fornecer inúmeros serviços próprios a diferentes especialidades, pois ele não é especialista em tantas áreas diversas, ficando assim difícil para ele suprir as múltiplas necessidades que os pacientes psiquiátricos apresentam, ainda mais quando há muitos pacientes sob sua responsabilidade, o que resulta em uma situação excessivamente estressante.

Mesmo diminuindo a proporção de pacientes para cada responsável, permanece o problema básico que consiste em satisfazer as necessidades múltiplas e complexas dos pacientes, o que só pode ser feito de forma adequada por uma equipe composta de vários especialistas diferentes, preparados para tal, tais como psicólogos, psiquiatras, enfermeiras, assistentes sociais, especialistas em reabilitação (Stein, 1992). Embora haja pacientes que são bastante autônomos para precisar apenas do acompanhamento de um só responsável e, para estes, o modelo de "case management" pode ser adequado, para muitos pacientes isto é claramente insuficiente. Quanto à duração deste acompanhamento, uma duração prefixada é clinicamente inadequada, segundo Stein et al. (1990). Além disso, poucos pacientes podem receber um acompanhamento por um curto período de tempo, a maioria necessita de acompanhamento de uma equipe especializada por tempo ilimitado e alguns precisam mesmo de acompanhamento pelo resto da vida e o serviço deve assumir esta responsabilidade ilimitada (Stein et al., 1990).

O conceito de "case management" se mostrou, portanto, insuficiente para cumprir a tarefa complexa de promover a reintegração do doente mental, sendo necessário um modelo mais abrangente e intensivo de acompanhamento, somente possível com uma equipe multidisciplinar (Stein, 1992). Segundo Test (1979), uma tal equipe, ao contrário de uma só pessoa, pode apresentar muitas outras vantagens, além de suas especialidades: ela pode garantir a continuidade do acompanhamento, uma vez que pode cobrir eventuais faltas de disponibilidade de membros isolados, permite discussões com opiniões variadas, quando se trata de procurar soluções para situações problemáticas dos pacientes e diminui o fardo das tarefas e da responsabilidade dos seus membros.

O modelo de Madison

Um modelo muito mais abrangente, intensivo e assertivo de acompanhamento, denominado "modelo de Madison", foi desenvolvido nos Estados Unidos, originalmente na cidade de Madison, Wisconsin. Neste mo-

delo, o paciente recebe um acompanhamento individualizado e diário por uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde mental, continuamente e por tempo ilimitado. Foi idealizado para se constituir em uma alternativa à internação prolongada. Este programa foi também chamado "hospital sem muros", pois a equipe intervém em todas as dimensões da vida do paciente na comunidade, desde seus sintomas clínicos e controle diário dos medicamentos até o seu funcionamento psicossocial e reabilitação, se responsabilizando em preencher toda e qualquer necessidade do paciente (Santos, Hengeller, Burns, Arana e Meisler, 1995). O programa se caracteriza basicamente por um acompanhamento diretivo, que inclui o treinamento das habilidades da vida cotidiana, ocupacionais, sociais e de lazer, através de visitas domiciliares e uma busca ativa do paciente na comunidade. A equipe acompanha pessoalmente o paciente em todos os seus contatos com os serviços sociais, clínicos e jurídicos, inclusive durante o período em que ele necessitar ser hospitalizado. De fato, 76% do tempo de trabalho da equipe é dedicado às intervenções diretas na comunidade, o que mostra claramente até que ponto este modelo modificou o local de atuação da equipe – do hospital para a comunidade – e revolucionou a maneira de trabalhar dos profissionais de saúde mental, que deixaram de intervir nas alas dos hospitais para se concentrar no contexto das situações sociais vividas pelos pacientes na comunidade (Brekke e Test, 1987; Test, 1992).

Atualmente conhecido como programa PACT ("*Program for Assertive Community Treatment*"), este modelo de acompanhamento foi inicialmente elaborado no Mendota State Hospital, no início dos anos setenta, pela equipe de Test e Stein (1976). Em seguida, o programa foi estendido a todo o sistema de saúde mental da cidade de Madison, tendo se desenvolvido no decorrer destes anos, sob várias denominações: a designação original TCL ("*Training in Community Living*"), em seguida MCT ("*Mobile Community Treatment*") e mais recentemente ACT ("*Assertive Community Treatment*") ou simplesmente o Modelo de Madison (Thompson, Griffith e Leaf, 1990). Este programa tem sido adaptado também a populações específicas de alto risco, tais como pacientes com desordens de personalidade ou que apresentam uso de drogas, ou ainda pacientes itinerantes (Drake e Burns, 1995).

Até o momento, aproximadamente 300 cidades dos Estados Unidos já adotaram este programa (Farquhard, 1997). O próprio Departamento de Saúde Mental do Estado de Connecticut, com uma população de 3 milhões de pessoas, financia desde 1987 oito equipes que trabalham com este modelo e continua a criar novas equipes (Essock e Kontos, 1995). Entretanto, a disseminação deste programa não se fez amplamente em todas as regiões do país, tendo se concentrado mais nos Estados do leste e meio-oeste (Deci, Santos, Hiott, Schoenwald e Dias, 1995). Em um levantamento feito por Deci et al. (1995) foram identificados 340 programas de acompanhamento intensivo em 34 Estados, mas quase a metade deles está situada em apenas dois Estados, de Wisconsin e de Michigan (Torrey, 1997).

Composição e funcionamento da equipe. Em geral, a equipe do PACT inclui em torno de 10 profissionais, tais como enfermeiras, assistentes sociais, psiquiatra, psicólogo, educadores e especialistas em orientação profissional, que assumem a responsabilidade de fazer o acompanhamento intensivo de 100 pacientes fora do hospital (proporção de 1/10). Dependendo da gravidade dos déficits dos pacientes, esta proporção pode ser modificada, porém neste caso deve haver uma unidade de intervenção de crise complementando o trabalho. A relação com o paciente não fica diluída entre os diversos membros da equipe, uma vez que um deles estabelece um "rapport" especial com um determinado paciente, seguindo mais de perto sua evolução. Entretanto, todos os membros da equipe devem estar a par de todos os casos, através de reuniões diárias, e participam igualmente do acompanhamento de cada um dos pacientes, dividindo as tarefas por especialização (Stein, 1992). Por exemplo, a enfermeira acompanha a tomada dos medicamentos, enquanto o profissional de serviço social desempenha tarefas de psico-educação junto às famílias e o conselheiro em orientação profissional desenvolve com os pacientes, planos de reintegração ao trabalho.

Etapas do acompanhamento intensivo. Neste modelo, a continuidade do acompanhamento é assegurada, através das seguintes etapas: 1. Avaliação inicial de cada necessidade do paciente em todas as esferas de sua vida; 2. Elaboração de um plano individualizado de serviços para preencher estas necessidades, contendo objetivos específicos e métodos detalhados para atingi-los, com a designação das responsabilidades de cada membro da equipe; 3. Desenvolvimento de novos serviços para preencher algumas das necessidades do paciente; 4. Execução do plano de serviços, incluindo o uso de intervenções específicas, tais como o treinamento de habilidades e a administração de medicamentos, a coordenação das diversas intervenções e serviços para que o plano seja executado de maneira integrada e procedimentos concretos para manter o paciente participando ativamente; 5. Desenvolvimento de intervenções para atuar em situações de crise até que o paciente se estabilize; 6. Revisão e reformulação freqüentes do plano, em função das mudanças que ocorrem nas necessidades do paciente (Test, 1979; Stein, 1992). Quando o paciente atinge um maior grau de autonomia e autoconfiança ele pode ser gradualmente transferido a uma equipe multidisciplinar de caráter menos intensivo, de modo a continuar seu progresso em direção a uma independência cada vez maior, segundo Stein (1992).

Treinamento das habilidades cotidianas e sociais. Segundo Stein et al. (1990), este modelo enfatiza as potencialidades do paciente em vez de sua patologia, visa aumentar sua autonomia e autoconfiança e focaliza a intervenção na aprendizagem de habilidades básicas necessárias à vida na comunidade. A própria equipe faz este treinamento em uma base diária, em relação a problemas importantes tais como a tomada contínua dos medicamentos, a reintegração ao trabalho, o uso de transporte, etc. A equipe pode, por exemplo, ajudar o paciente a aprender tarefas simples como fazer compras, lavar a roupa, manter sua própria higiene pessoal,

preparar suas próprias refeições, se portar apropriadamente em um restaurante, controlar seu orçamento, procurar um trabalho, funcionar adequadamente no trabalho.

O treinamento das habilidades sociais e cotidianas se faz a partir do modelo da aprendizagem social. Este treinamento inclui várias técnicas de aprendizagem, tais como o uso de instruções verbais para facilitar a compreensão do paciente ("coaching"), a prática da modelação como princípio de aprendizagem vicariante ou por observação, o uso de incentivos para garantir a motivação inicial do paciente, e a retirada gradual das instruções verbais ("fading out") até que o paciente seja capaz de desempenhar sozinho cada uma das tarefas. A equipe atua também a nível das atividades de lazer e sociais, assim como ao nível das dificuldades interpessoais, podendo detectar tensões e crises, antes que elas se precipitem (Test e Stein, 1976).

Treinamento "in vivo". O treinamento destas habilidades se faz "in vivo", na casa do paciente, no restaurante, no local de trabalho, ou seja, no local em que elas são normalmente desempenhadas. Dois motivos justificam esta abordagem. Primeiro, a extrema dificuldade de generalização da aprendizagem de um local para outro, que ocorre freqüentemente com este tipo de clientela, devido a um processo de pensamento concreto. Por exemplo, mesmo após ter aprendido a usar freqüentemente o fogão do hospital, o paciente pode simplesmente não usar o fogão de sua nova residência na comunidade, após sua alta, por não ser exatamente igual ao da hospital e ele não saber como usar aquele, em particular. Ou se ele aprendeu a fazer compras no supermercado perto do hospital, ele pode não saber fazer o mesmo na comunidade, porque os objetos não estão na mesma posição ou na mesma seqüência, ou não têm indicações semelhantes (Stein et al., 1990). Um outro motivo para se fazer o treinamento "in vivo" é que, em geral, os pacientes não são motivados a se dirigir a um determinado local para participar de grupos de formação. As taxas de absenteísmo e abandono são geralmente altas. Tentativas sem sucesso levaram à conclusão de que era necessário levar o tratamento ao paciente e não esperar que ele se desloque em busca do tratamento (Test e Stein, 1976). Segundo Essock e Kontos (1995), neste programa de acompanhamento, a equipe deve fornecer ao paciente aquilo que ele precisa, quando ele precisa e onde ele precisa.

Atuação assertiva. A equipe atua de forma assertiva e diretiva, no sentido de ir ao encontro do paciente para ensinar as habilidades cotidianas e assegurar que ele as executa de fato a cada dia. Além disso, cada vez que ele não se apresenta nos locais em que é esperado, por exemplo, em seu trabalho ou no seu grupo ocupacional, a equipe o procura para tomar conhecimento do problema e evitar uma possível recaída do paciente. O responsável pode chamar a enfermeira, por exemplo, indo os dois ao encontro do paciente, para avaliar a situação, identificar os fatores que a desencadearam e procurar soluções para resolver o problema. Na ausência desta abordagem assertiva, a falta de motivação do paciente e sua extrema dependência o levam a abandonar suas atividades e a se isolar até sofrer uma outra recaída. Muitas vezes, o membro da equipe precisa encorajar o paciente repetidas vezes para que ele volte a participar de uma atividade que abandonou. A equipe acompanha também de perto os sintomas psiquiátricos do paciente de modo a poder prevenir situações de crise ou intervir rapidamente em caso de uma crise (Test e Stein, 1976; Test, 1979; Stein et al., 1990; Test, 1992).

Responsabilizar o paciente. Uma outra característica importante do modelo de Madison é a de responsabilizar o paciente pelos seus atos, particularmente os comportamentos inadequados, em vez de justificá-los em função da doença. O paciente é claramente informado das conseqüências sociais dos seus comportamentos e é encorajado a assumir a responsabilidade dos mesmos, tal como qualquer outra pessoa. Esta constitui em uma ocasião a mais de aprendizagem social para o paciente. Por exemplo, em situações de tensão com o proprietário da residência onde o paciente habita, devido a comportamentos inadequados do paciente, a equipe adota a atitude de levar o proprietário a explicar claramente ao paciente as regras do local e as conseqüências que ocorrerão se o paciente não funcionar apropriadamente. Ao mesmo tempo, a equipe fornece o treinamento intensivo e freqüente necessário para que as alternativas adequadas sejam possíveis (Test e Stein, 1976; Stein et al., 1990).

Intervenções junto a agentes sociais. A equipe atua também junto às pessoas da comunidade, que compõem o ambiente imediato do paciente, tais como a família, o patrão, o proprietário do local onde mora o paciente, o garçom de um café que ele freqüenta ou qualquer outra pessoa envolvida no dia-a-dia do paciente. Esta atuação envolve explicações a respeito daquele paciente em particular e de como se deve agir com ele, diante de alguns de seus comportamentos específicos que perturbam as pessoas. Isto implica em dar um suporte concreto a estas pessoas, indo encontrá-las o mais rápido possível, cada vez que um problema surgir entre elas e o paciente. A família é considerada e tratada como uma aliada no tratamento do paciente. Com base neste princípio, a equipe transmite à família uma atitude positiva de suporte, procurando manter sua participação e colaboração no tratamento do paciente. Outros agentes sociais são igualmente envolvidos pela equipe, tais como serviços de enfermeiras a domicílio e agentes da polícia. A equipe estabelece uma estreita relação de colaboração com estes agentes, acompanhando-os nas suas intervenções junto ao paciente, ao mesmo tempo informando-os sobre a problemática do doente mental (Stein et al., 1990). Este programa tem um efeito positivo na população da vizinhança, pois as pessoas se sentem muito mais tranqüilas quando constatam que o paciente psiquiátrico está recebendo um acompanhamento intensivo em base domiciliar (Farquhard, 1997).

No Canadá, tem sido colocada em destaque atualmente a tendência de favorecer este tipo de acompanhamento, também denominado SIM ("suivi intensif dans le milieu"). Diante da política de redução de leitos psiquiátricos, tanto agudos quanto de longa duração, prevista para os próximos anos, os hospitais de Mon-

treal afiliados às Universidades e os representantes do governo estudam com interesse este tipo de programa. Além de permitir uma melhora da qualidade da reinserção social do doente mental, este programa pode resultar em economia para o sistema de saúde. Ao ser aplicado desde 1991 no Hospital de Brockville, em Ontário, este programa permitiu a alta de 83% dos pacientes de longo termo e conseguiu realizar uma economia de 66% por paciente durante o primeiro ano de funcionamento (Farquhard, 1997).

Entretanto, para funcionar adequadamente é necessário que as verbas do governo sejam distribuídas de forma a privilegiar os serviços comunitários. Na municipalidade de Dane, onde este programa foi inicialmente criado e mantido em funcionamento desde os anos setenta, conseguiu-se uma inversão da distribuição de verbas entre hospital e comunidade, chegando-se a 17% e 83% respectivamente, o que consiste no oposto do que ocorre habitualmente nos Estados Unidos, que geralmente envolve uma proporção de 70% para serviços hospitalares e 30% para serviços comunitários (Stein et al., 1990).

O programa Bridge

Um outro programa de acompanhamento intensivo na comunidade, desenvolvido nos Estados Unidos, que mais se assemelha ao descrito acima, e que se inspirou basicamente do mesmo, foi o programa desenvolvido em Chicago, por Witheridge e Dincin (1985), do grupo de intervenção psicossocial *Thresholds*, no final dos anos setenta, sob a denominação de "*Bridge*". Ele contém os mesmos elementos básicos, ou seja, o acompanhamento intensivo e por tempo ilimitado, a atuação "in vivo" na comunidade para o treinamento de habilidades sociais e da vida cotidiana, as visitas domiciliares, a procura ativa do cliente no local onde se encontra, a prevenção de crises e a rápida resposta quando ela ocorre, a gestão da medicação psiquiátrica e a ajuda ao paciente na procura de uma moradia ou um trabalho ou atividade ocupacional. O trabalho de equipe segue as mesmas etapas descritas acima, desde a avaliação das necessidades do paciente até a implementação de um plano de intervenções.

Entretanto, o programa *Bridge* possui algumas características particulares. Por exemplo, este programa se especializou na clientela de mais alto risco que são os pacientes psiquiátricos itinerantes e com altas taxas de rehospitalizações, ou seja, aqueles pacientes que mais necessitam de ajuda. Seu objetivo é diminuir a itinerância e as rehospitalizações e aumentar a qualidade de vida destes pacientes, focalizando o trabalho de acompanhamento nas necessidades mais básicas de sobrevivência, tais como alojamento, alimentação, roupa, finança e medicação. Uma outra particularidade deste programa é que a equipe muitas vezes encaminha os pacientes para utilizar alguns serviços de saúde mental já existentes na comunidade, ao invés de fornecer todos os serviços diretamente por uma mesma equipe, como no caso do programa PACT (Witheridge, 1991; Burns e Santos, 1995).

O programa "Bridge" se diferencia ainda do programa anterior pelo fato de utilizar uma equipe de generalistas para o acompanhamento do paciente na comunidade e pelo fato de enfatizar mais o engajamento pessoal dos membros da equipe do que diplomas. As responsabilidades dos membros não são diferenciadas como no programa PACT mas sim partilhadas igualmente pelos diversos membros. Além disso, os pacientes são considerados como membros e participantes ativos que os membros da equipe devem respeitar em uma base igualitária. Esta diferença se explica pelo fato do programa "*Bridge*" ter sido desenvolvido por assistentes sociais que participaram dos primeiros centros tradicionais de readaptação social dos Estados Unidos, com sua tradição generalista e igualitária (Witheridge, 1989).

Estudos avaliativos do acompanhamento intensivo na comunidade

O programa de acompanhamento intensivo na comunidade tem sido o programa de serviços de saúde mental mais pesquisado através da utilização de um forte delineamento experimental, que inclui uma comparação dos efeitos do tratamento com um grupo de controle, os participantes tendo sido distribuídos aleatoriamente aos dois grupos. Dentre os serviços de saúde mental, este programa tem sido um dos que apresentam maior evidência de ser eficaz no tratamento de pessoas portadoras de distúrbios psiquiátricos graves e persistentes (Santos et al., 1995). Em alguns dos estudos, sob uma mesma denominação geral de acompanhamento assertivo ou intensivo, se engloba tanto o programa PACT quanto o programa Bridge, uma vez que este último se inspirou basicamente do primeiro.

Segundo Drake e Burns (1995) as pesquisas iniciais mostraram resultados superiores do programa PACT, em relação ao grupo de controle, no que se refere a vários aspectos: sintomas clínicos, redução das rehospitalizações, adesão ao medicamento, qualidade de vida, funcionamento social e ocupacional. Além disso, a participação dos pacientes neste programa não implicou em maior fardo para as suas famílias do que no caso do grupo de controle. Stein e Test (1985), revisando as pesquisas avaliativas feitas durante os 10 anos de implantação deste modelo de acompanhamento que eles desenvolveram, também relatam uma série de replicações bem sucedidas. O primeiro estudo feito em Madison mostrou que após 14 meses no programa PACT, um grupo de 65 pacientes apresentava menos sintomas, menor freqüência e duração das rehospitalizações, menos tempo desempregado, mais tempo em moradias independentes, além de apresentar maior grau de satisfação e mais relações sociais positivas (Alness, 1997).

Estes resultados positivos, obtidos pelos primeiros estudos sobre o programa PACT, foram confirmados pelas pesquisas de replicação posteriores, realizadas entre 1990 e 1994, segundo a revisão da literatura feita por Burns e Santos (1995). Os resultados superiores deste programa, comparativamente ao acompanhamento ambulatorial tradicional, foram observados especialmente no que se refere a redução das rehospitali-

zações e a satisfação dos participantes do programa e suas famílias. Estes resultados são particularmente significativos, considerando-se que os estudos realizados neste segundo período utilizaram amostras maiores de pacientes e aplicaram os programas por um período de tempo mais longo, além de utilizar populações variadas de pacientes psiquiátricos nos Estados Unidos e na Inglaterra. Em Madison, foi avaliado durante sete anos um grupo de 122 pacientes que participavam do programa PACT, comparativamente aos pacientes tratados pelo serviço altamente qualificado oferecido pela municipalidade, no qual se incluía um acompanhamento na comunidade. Os resultados mostram que os pacientes do programa PACT original apresentam menos tempo em hospitais ou instituições penais, menos tempo em itinerância e mais tempo em emprego e em moradias independentes, além de apresentar maior grau de satisfação e menor desconforto subjetivo. Entretanto, não há diferença entre os dois grupos com relação à taxa de suicídio, nem com relação à habilidade de manter relações sociais (Alness, 1997).

Programas de acompanhamento intensivo desenvolvidos em South Carolina apresentaram também resultados favoráveis, mesmo tendo sido concebidos como uma adaptação do modelo original para a região rural, com modificações feitas principalmente em dois dos princípios básicos do modelo original – a composição da equipe e o horário ininterrupto de atendimento – porém mantendo-se fiéis aos demais princípios do modelo de Madison: baixa proporção de pacientes por profissional, orientação diretiva, reabilitação in vivo e fornecimento contínuo dos serviços por tempo ilimitado (Lachance e Santos, 1995).

Dicin, Wasmer, Witheridge, Sobeck, Cook e Razzano (1993) avaliaram o impacto do programa de acompanhamento intensivo em um grupo de 66 pacientes psiquiátricos comparativamente a um grupo controle do mesmo hospital, durante 3 anos. Os autores observaram uma redução de 28% no uso de leitos do hospital pelos pacientes do programa, no terceiro ano após o início do programa, comparativamente à taxa de rehospitalização que eles apresentaram no ano anterior ao do início do programa. O grupo de controle, ao contrário, apresentou um aumento das rehospitalizações para o mesmo período estudado.

Uma comparação entre o programa PACT e o programa Case Management intensivo, feita em relação a três diferentes localidades do Estado de Connecticut (Essock e Kontos, 1995), mostrou a superioridade dos resultados obtidos com o primeiro tipo de acompanhamento, após um ano e meio de funcionamento: o número de dias de rehospitalização dos pacientes foi 50% mais baixa e o tempo passado sem residência fixa foi de um terço, comparativamente aos pacientes do outro grupo. Este resultado é particularmente interessante, porque os autores tiveram o cuidado de utilizar um grupo de controle de alta qualidade, com um acompanhamento que era fornecido por profissionais formados e experientes, que recebiam supervisão pelo seu trabalho e que não estavam sobrecarregados demais, pois estavam acompanhando de 25 a 30 pacientes cada um. Os autores enfatizam a necessidade de se treinar com cuidado a equipe do PACT e de monitorar seu modo de funcionamento permanentemente, porque os membros da equipe têm a tendência de se desviar dos princípios de base do programa, principalmente os que ainda não têm muita experiência.

No Estado de Indiana, resultados positivos foram replicados em uma pesquisa avaliativa realizada simultaneamente em seis localidades diferentes, na qual participaram 6 grupos de pacientes psiquiátricos, que apresentavam alto risco de rehospitalizações, totalizando 212 participantes (McGrew, Bond, Dietzen, McKasson e Miller, 1995). O delineamento neste caso foi intra-sujeito, com medida pré-pós, o que implica em um menor controle experimental. O programa de acompanhamento intensivo utilizado com estes grupos se inspirava mais no modelo Bridge, que foi o modelo mais freqüentemente adotado no Estado de Indiana.

Os resultados foram bastante positivos durante os 18 meses de avaliação do programa comparados aos dois anos anteriores. Houve uma redução de um terço do número de rehospitalizações e diminuição pela metade do tempo de rehospitalização, medido em termos de número de dias no hospital. O número e a duração das rehospitalizações foram diminuindo da primeira até a terceira avaliação semestral feita no decorrer do tratamento, ao contrário do que ocorria nos dois anos anteriores ao tratamento, quando estes números estavam aumentando. Estes resultados foram mais significativos em quatro dos seis grupos e se mantiveram estáveis após o tratamento. Os autores observam, além disso, uma melhora no nível de funcionamento social e na qualidade de vida dos pacientes e esta melhora também aumentava da primeira para a terceira avaliação semestral. Entretanto, nenhuma melhora foi observada com relação ao status ocupacional dos pacientes, provavelmente devido à falta de conselheiros vocacionais nas equipes de tratamento do presente estudo (McGrew et al., 1995). Este último aspecto do acompanhamento faz parte integrante do modelo de Madison, mas nem sempre é integrado ao modelo Bridge, o que se constitui uma carência deste último modelo.

O programa de acompanhamento intensivo na comunidade apresentou resultados positivos em sua aplicação no hospital psiquiátrico de Brockville, na província de Ontário, no Canadá (Lafave, Souza e Gerber, 1996). Um grupo 24 pacientes com distúrbios graves e persistentes, participando deste programa, foi comparado a três grupos-controle com 41 pacientes apresentando as mesmas características clínicas e sócio-demográficas e que participaram de programas tradicionais de readaptação do mesmo hospital. Após um ano de tratamento, o grupo de acompanhamento intensivo apresentou um número menor de pacientes rehospitalizados neste período e uma duração menor de rehospitalizações. Uma proporção maior de pacientes deste grupo conseguiu viver de maneira independente, ou seja, em apartamento autônomo, além de apresentar maior sentimento de controle do ambiente em que vivia. Um resultado superior foi obtido ainda em quase todas as dimensões avaliadas da qualidade de vida,

embora os resultados da avaliação subjetiva não tenham sido estatisticamente significativos. Os pacientes dos dois tipos de acompanhamento mostraram uma satisfação moderada com o serviço recebido, embora o grupo de acompanhamento intensivo estivesse mais propenso a recomendar este programa aos outros (Lafave et al., 1996).

Em uma revisão global de nove pesquisas avaliativas do programa de acompanhamento intensivo na comunidade, Santos et al. (1995) apresentam evidências da eficácia deste programa, comparativamente ao grupo controle, com relação a diversos aspectos: redução dos sintomas, medidos através de escalas padronizadas, redução dos comportamentos inadequados, maior autonomia no tipo de moradia, menor freqüência e duração das rehospitalizações e melhor qualidade de vida. Este último aspecto foi avaliado em quatro pesquisas com resultados favoráveis, utilizando-se medidas referentes às relações sociais dos pacientes em geral e com sua família, em particular, suas atividades diárias e seu grau de satisfação. O único aspecto que apresenta resultados ambíguos se refere ao efeito do programa nas atividades ocupacionais dos pacientes, em particular o emprego competitivo. Este resultado poderia se explicar, segundo Santos et al. (1995), pelo fato de alguns programas não enfatizarem este componente em sua prática de acompanhamento.

Discussão

Os estudos descritos acima podem dar uma idéia da ampla literatura da área, no que se refere à avaliação dos programas de acompanhamento intensivo na comunidade e de seu impacto sobre o funcionamento dos pacientes. Entretanto, uma série de problemas se coloca com relação a uma avaliação precisa deste modelo de intervenção.

Em primeiro lugar, é difícil comparar os resultados dos diversos estudos, quando as medidas utilizadas para avaliar o impacto do programa variam de uma pesquisa para outra. Por exemplo, as medidas de rehospitalizações, os indicadores do funcionamento dos pacientes ou ainda as medidas dos custos do programa podem variar bastante, assim como os intervalos de medida ou a maneira de calcular os resultados, o que dificulta a comparação dos resultados de um estudo com o outro. É necessário adotar uma padronização das medidas de impacto para que uma análise mais precisa e uma conclusão mais clara dos efeitos do programa seja possível (Taube, Morlock Burns e Santos, 1990). Além disso, as medidas de impacto do programa precisam incluir uma avaliação do aspecto ocupacional e da moradia independente dos pacientes, nas pesquisas de replicação. Segundo Meisler e Santos (1997), embora estes dois aspectos apresentem resultados consistentemente positivos no programa original desenvolvido por Test e Stein, eles precisam ser mais confirmados nas pesquisas de replicação do programa.

Os programas de acompanhamento intensivo geralmente não são claramente descritos em seus detalhes nas publicações. Uma descrição mais precisa é necessária para se ter uma clara indicação das diferenças que existem entre o grupo submetido ao programa intensivo e o grupo de controle utilizado para comparação. Meisler e Santos (1997) recomendam uma maior padronização das intervenções tanto no grupo de controle quanto no grupo submetido ao programa avaliado. Taube et al. (1990) acrescentam que o grupo de controle deveria conter um tratamento que implique na melhor opção disponível dentre as alternativas tradicionais, para se obter uma comparação apropriada. Quanto ao tratamento do grupo experimental, estes autores observam que muitas vezes a pesquisa é realizada com um programa novo e uma equipe ainda iniciando suas atividades. Entretanto, seria mais adequado avaliar equipes que já estejam funcionando pelo menos há mais de seis meses, que já tenham estabelecido uma rotina de funcionamento e uma forma de integração, e que o grupo de pacientes a ser avaliado não seja o primeiro a ser submetido ao tratamento. Finalmente, a duração do programa avaliado nas pesquisas de replicação deve ser mais prolongada, pois o efeito de muitas intervenções nos pacientes não se observa a curto termo. Segundo Taube et al. (1990), o período de follow-up não deve ser menor do que 18 meses.

Uma descrição mais detalhada também é necessária, com relação às características da clientela estudada e do contexto social em que o programa está sendo aplicado, pois o efeito de um programa de acompanhamento depende diretamente destes dois aspectos. Uma das recomendações de Meisler e Santos (1997) para pesquisas futuras consiste em avaliar o impacto dos programas em subpopulações específicas. Segundo Taube et al. (1990), o efeito dos programas de acompanhamento intensivo parece depender do tipo de clientela, podendo por exemplo ser mais eficaz para pacientes que iniciam o programa em situação de crise ou que iniciam o programa como uma alternativa a hospitalização. Para avaliar efeitos diferenciais, é preciso examinar o impacto dos programas em subgrupos específicos de pacientes, agrupados em função de fatores, tais como: diagnóstico, número de hospitalizações anteriores, situação clínica no momento da admissão no programa, etc. Pode-se, por exemplo, comparar um subgrupo de pacientes que são freqüentadores das emergências mas que não foram ainda rehospitalizados, com pacientes que são freqüentemente rehospitalizados. Uma avaliação dos efeitos dos programas para subgrupos diferentes permitiria identificar para qual tipo de clientela um determinado programa de acompanhamento intensivo é mais eficaz.

Um outro problema que dificulta a avaliação do programa de acompanhamento intensivo na comunidade é que no processo de ampla disseminação deste programa, há uma tendência das equipes de se afastarem dos princípios de base nos quais se inspiraram, às vezes por falta de recursos para custear a implantação do programa (Lachance e Santos, 1995). Já foi constatado, por exemplo, que as diferentes gerações de programas desenvolvidos a partir do modelo de Madison têm se distanciado sistematicamente dos princípios de base originais (McGrew, Bond, Dietzen e Salyers, 1994). De fato, Deci et al. (1995) observaram uma grande variabi-

lidade na disseminação destes programas, ao analisar o trabalho de 303 programas distribuídos em 33 estados. Somente 33% dentre eles seguiam a maioria dos princípios básicos originais. Esta tendência dificulta a avaliação do modelo de intervenção. Por isto, é necessário dispor de uma descrição precisa da implantação de um programa. Entretanto, segundo McGrew et al. (1994), a tendência geral dos autores é de descrever de maneira incompleta a implantação dos programas.

Para avaliar o grau de fidelidade de um programa ao modelo no qual se inspira, é necessário identificar as principais características deste modelo. Para isto, McGrew et al. (1994) desenvolveram um instrumento de medida das características do acompanhamento intensivo na comunidade, a partir de uma análise feita por vinte especialistas que cotaram o grau de importância dos componentes deste modelo, em uma escala de 7 pontos. Foram identificados e definidos operacionalmente 14 elementos básicos. Este instrumento foi em seguida validado junto a 18 programas relativamente homogêneos de acompanhamento intensivo para pacientes psiquiátricos graves. Os autores observaram que, à medida em que as diferentes gerações de programas estão tendendo a se afastar do modelo original, seu impacto sobre os pacientes tem diminuído, resultando em uma menor redução do número de dias de rehospitalizações. Os programas que apresentaram maior índice de fidelidade ao modelo original resultaram em um impacto mais acentuado sobre as rehospitalizações, embora se possa verificar se este efeito é influenciado por mudanças no tipo de pacientes de uma geração a outra.

Dentre as características do modelo de acompanhamento intensivo na comunidade, resta determinar quais são os ingredientes ativos mais importantes responsáveis pelo efeito do programa sobre o funcionamento dos pacientes. Parece claro até o momento que a duração do acompanhamento por tempo ilimitado constitui um ingrediente importante deste modelo, uma vez que os ganhos positivos não se mantêm quando o tratamento é interrompido (Meisler e Santos, 1997). Um outro ingrediente do programa que também parece desempenhar um papel importante são as intervenções em base cotidiana visando a adesão ao medicamento (Stein et Test, 1980). Além disso, dentre os itens individuais analisados por McGrew et al. (1994), um ingrediente do programa que influenciou os resultados é o número de contatos da equipe com os pacientes, mais do que a duração destes contatos, o que converge com a opinião de vários autores. Dietzen e Bond (1993) também encontraram uma relação entre freqüência de contatos da equipe com os pacientes e a redução das rehospitalizações: os programas que forneciam uma freqüência muito baixa de contato ou serviços foram ineficazes em reduzir as rehospitalizações.

Em uma tentativa de identificar os principais ingredientes ativos deste modelo, Deci et al. (1995) avaliaram também um grande número de programas, através de uma pesquisa de levantamento, utilizando um questionário de 12 questões que continha 10 das características identificadas pelo instrumento de McGrew et al. (1994). Os resultados indicaram seis ingredientes básicos do modelo de acompanhamento intensivo que foram considerados essenciais para garantir o sucesso deste programa: 1. A equipe deve fornecer a maioria dos serviços de que o paciente necessita, em vez de utilizar serviços já existentes na comunidade; 2. A equipe deve fornecer seus serviços "in vivo", na própria comunidade, ou seja, nos locais onde o paciente esteja necessitando de acompanhamento e treinamento; 3. Deve haver uma proporção baixa de pacientes para cada membro da equipe (idealmente 1 para 10); 4. Dentre os membros da equipe, deve haver pessoal com formação médica; 5. Deve haver fornecimento e controle diários da medicação do paciente pela equipe; 6. Os membros da equipe devem compartilhar entre eles o acompanhamento dos casos e participar de sua evolução, em vez de se atribuir individualmente os casos.

Com relação aos demais modelos de acompanhamento, para se avaliar sua eficácia relativa é necessário igualmente identificar as características principais a serem examinadas nas pesquisas avaliativas. Para isto, Brekke e Test (1992) criaram uma grade de análise, que contém as definições operacionais das dimensões a serem medidas em qualquer tipo de programa e os instrumentos de medida apropriados para medir cada dimensão. Foram identificadas oito dimensões teoricamente importantes a serem avaliadas: as características dos clientes, os tipos e modalidades de serviços fornecidos, a quantidade de serviço fornecido (freqüência e duração dos contatos cotidianos e duração do programa), os locais em que os contatos são feitos, as características das interações entre equipe-paciente e entre paciente-paciente, as características da equipe e suas interações, a continuidade dos serviços e a individualização dos serviços. Utilizando este método de avaliação, os autores compararam três programas que se inspiravam em modelos diferentes e constataram que esta grade de análise é capaz de diferenciar os diferentes grupos.

A avaliação de um programa de tratamento não é completa sem uma análise dos custos-benefícios deste programa. Ou seja, é importante avaliar não só sua eficácia clínica mas também sua viabilidade econômica. Os custos de um programa envolvem uma série de fatores, que incluem custos financeiros (ex., tratamento psiquiátrico, medicamentos, serviços médicos gerais, alimentação, moradia) e indiretos (ex., perda de produtividade). Por outro lado, um programa pode acarretar em custos indiretos não-econômicos, tais como o sofrimento ou sobrecarga que o tratamento pode implicar para a família ou para a equipe do programa (Gilman e Diamond, 1985).

Quanto aos custos econômicos do tratamento decorrentes do uso da hospitalização, Gilman e Diamond (1985) apresentam uma revisão de quatro pesquisas avaliativas e concluem que os programas de acompanhamento intensivo na comunidade, em geral, não implicam em maior custo financeiro do que o tratamento tradicional, podendo alguma vezes resultar em um custo comparável. Na maioria das vezes, estes programas resultam em uma economia para o estado, devido a uma diminuição do uso da hospitalização. Taube et al.

(1990), em uma revisão de cinco pesquisas que utilizaram delineamentos experimentais rigorosos, confirmam que os programas de acompanhamento assertivo apresentam em geral um custo mais baixo, em comparação ao procedimento tradicional de hospitalização seguida de acompanhamento ambulatorial. Porém, estes autores acrescentam que as medidas de custos precisam ser ampliadas nas pesquisas futuras, para incluir todos os indicadores de custos, em particular os custos de tratamento médico geral, pois com exceção da pesquisa de Stein e Test (1980), a tendência das pesquisas de replicação iniciais foi de medir alguns, mas não todos os indicadores.

Na revisão de Santos et al. (1995), sete estudos comprovam o menor custo dos programas intensivos no que se refere ao uso de leitos hospitalares por ano e duas pesquisas comprovam o menor custo relativo ao uso das urgências e dos ambulatórios, assim como do sistema judiciário. Os estudos de custos-benefícios realizados em Madison mostraram que o programa é viável economicamente e que possui uma ligeira vantagem econômica em relação ao grupo de controle (Alness, 1997).

Os custos indiretos não-econômicos dos programas de acompanhamento intensivo são raramente estudados, por exemplo a sobrecarga que estes programas acarretam para a equipe. No entanto, a aplicação destes programas resulta em um trabalho estressante para os profissionais do programa, devido às novas e mais intensas exigências deste tipo de intervenção. O estudo de Wykes, Stevens e Everitt (1997) avaliou, através de questionários padronizados, seis equipes multidisciplinares de acompanhamento comunitário da Inglaterra que foram consideradas representativas dos tipos de atendimentos geralmente disponíveis no país. Os modelos de intervenção destas equipes não foram identificados de acordo com as categorias definidas neste artigo. Os resultados mostram que as equipes comunitárias apresentam um nível maior de "burnout" do que es equipes que trabalham nos hospitais psiquiátricos, embora também manifestem, em contrapartida, um maior grau de auto-realização. Este stress foi observado independentemente do modelo de acompanhamento adotado e dependia mais do local em que a equipe atuava, sendo mais acentuado quando ela atuava no centro da cidade do que na periferia. O stress vivido pela equipe deve, portanto, fazer parte das variáveis a serem medidas nas futuras pesquisas avaliativas, uma vez que este aspecto faz parte dos custos de um programa de intervenção.

Os programas de acompanhamento intensivo na comunidade têm levantado algumas questões éticas referentes principalmente ao grau de coerção exercida pela equipe junto aos pacientes. Por exemplo, como os programas envolvem geralmente pacientes que não desejam nenhum serviço, mas que não conseguem se manter na comunidade de forma independente, a equipe insiste desde o início para estabelecer uma relação de ajuda, sob protestos do paciente. Além disso, as intervenções da equipe visando manter o paciente estável na comunidade implicam muitas vezes em ações insistentes e paternalistas junto ao paciente, que envolvem o controle do medicamento, do seu orçamento, de sua participação nas atividades ocupacionais, etc. Nos casos mais difíceis, a equipe até solicita, por um período de tempo limitado, um tutor oficialmente designado para controlar o dinheiro que o paciente recebe do governo ou especificamente para controlar a tomada do medicamento, até que o paciente se estabilize (Diamond e Wilker, 1985).

Segundo Diamond (1995, 1996), embora esta atitude paternalista inerente aos programas intensivos seja utilizada para evitar que o paciente sofra limitações ainda piores no futuro, por exemplo ser de novo rehospitalizado ou preso, entretanto o recurso a coerção só se justifica quando é necessário por razões clínicas pontuais e mesmo assim só deve ser utilizado como uma medida a curto termo e não como uma estratégia de tratamento a longo termo. De fato, esta atitude paternalista pode limitar o senso de controle que os pacientes têm de sua própria vida, podendo assim interferir com os próprios objetivos do tratamento. Segundo este autor, é essencial diminuir o recurso à coerção sob todas as suas formas e é necessário basear a intervenção em uma relação de confiança com o paciente. Por isto, as novas gerações das equipes dos programas de acompanhamento intensivo têm procurado adotar uma atitude mais centrada no cliente e uma relação mais colaborativa com o paciente, utilizando mais persuasão do que coerção, procurando o consentimento e a participação do paciente no desenvolvimento do programa e definindo as metas do tratamento a partir dos objetivos de vida do próprio paciente.

Resumo e conclusão

O acompanhamento intensivo na comunidade surgiu como uma resposta a ineficácia dos serviços psiquiátricos oferecidos aos pacientes na comunidade e como uma tentativa de controlar as freqüentes rehospitalizações da porta giratória. Este programa surgiu, portanto, como uma alternativa à hospitalização, visando suprir todas as múltiplas necessidades clínicas e sociais dos pacientes psiquiátricos, de forma intensiva e assertiva. Com este tipo de acompanhamento, foi assim reconhecida a existência das graves e amplas necessidades dos pacientes psiquiátricos, até então subestimadas pela utilização de um acompanhamento ambulatorial tradicional, o qual pressupõe implicitamente que os pacientes psiquiátricos sejam muito mais autônomos do que geralmente o são.

Os resultados das pesquisas avaliativas sobre a eficácia dos programas de acompanhamento intensivo na comunidade apresentam fortes evidências de que os pacientes que participam destes programas apresentam uma menor freqüência e um menor número de dias de rehospitalizações, particularmente no caso dos programas que se inspiram do modelo original desenvolvido em Madison.

O impacto positivo deste programa tem sido constatado em diferentes localidades e com diferentes tipos de pacientes, geralmente aqueles casos mais difíceis de serem tratados. Entretanto, os estudos mais recentes

apresentam resultados menos marcantes do que os primeiros estudos, devido a uma descaracterização do modelo original, que ocorre à medida em que os programas vão sendo disseminados. Descrições mais detalhadas do procedimento de implantação dos programas precisam ser incluídas nas publicações, a fim de avaliar o grau de fidelidade do programa ao modelo original.

O impacto do programa de acompanhamento intensivo precisa ser avaliado mais a longo termo nas pesquisas de replicação, a exemplo da avaliação realizada sobre o programa original. Precisa também utilizar equipes que já tenham amadurecido em seu funcionamento e que já tenham tido experiência com grupos anteriores de pacientes. Além disso, o conhecimento sobre os ingredientes ativos do programa e seu impacto relativo precisa ser aprofundado. Para isto, as medidas das dimensões do modelo precisam ser mais operacionalizadas, de forma a se usar critérios mais mensuráveis, uma vez que algumas características ainda são descritas de modo impreciso. Além disso, falta verificar a eficácia relativa dos diferentes programas existentes, determinando-se qual deles seria mais benéfico para qual tipo de paciente.

Os custos relativos destes programas, tanto financeiro quanto em termos do fardo que representam para os profissionais da equipe, também deverão ser mais investigados nas pesquisas futuras, usando medidas mais abrangentes e mais detalhadas. Ou seja, não só a eficácia clínica, mas também a viabilidade dos programas precisa ser investigada, para se ter uma avaliação mais completa do custo-benefício destes programas.

Quanto à probabilidade de sobrevivência e de ampla disseminação futura dos programas de acompanhamento intensivo, parece claro para os diversos autores que isto vai depender da transferência de verbas do Estado para as localidades, sem a qual estes programas serão inviáveis, assim como outros programas de reinserção social, que em geral têm sido subfinanciados.

Summary

Desinstitutionalisation: intensive community treatment program

This article discusses the problems resulting from the traditional outpatients aftercare programs developed to help persons suffering from severe and persistent psychiatric problems to reintegrate into the community, in particular their frequent readmissions rate or the revolving door syndrome. In response to the inefficacy of this traditional approach, intensive community treatment programs were developed as an alternative to the hospital treatment and as a more effective strategy to keep the patients well integrated into the community life. This article presents the concept of "case management" and its main problems and gives a detailed description of the characteristics of the assertive and intensive community program developed in Madison and its differences from the Bridge model. The main researches implemented to evaluate the impact of these intensive community programs are presented and discussed.

Uniterms: intensive community treatment program; revolving door syndrome; desinstitutionalisation

Referências

• 1. ALNESS DJ – The Program of Assertive Community Treatment (PACT): The Model and its Replication. In: E.J. Hollingsworth (ed.). The Successful Diffusion of Innovative Program Approaches. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1997. • 2. BAKER F, INTAGLIATA J – Case Management. In: Robert Paul Liberman (ed.). Handbook of Psychiatric Rehabilitation. MacMillan Publishing Company, New York, p. 213-243, 1992. • 3. BANDEIRA M – Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das rehospitalizações. **J bras Psiq, 42(9):**491-498, 1993. • 4. BANDEIRA M – Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. **J bras Psiq, 43(12):**659-666, 1994. • 5. BANDEIRA M, DORVIL H – Les Consultations à la Salle d'Urgence Psychiatrique: Comparaison entre des Échantillons Brésiliens et Québécois. Le Médecin du Québec, vol. 31, nº 8, pp. 59-69, 1996. • 6. BREKKE J, TEST MA – An empirical analysis of services delivered in a model community support program. **Psychosocial Rehabilitation Journal, 10(4):**51-56, 1987. • 7. BREKKE JS, TEST MA – A model for measuring the implementation of community support programs: results from three sites. **Community Mental Health Journal, 28(3):**227-247, 1992. • 8. BURNS BJ, SANTOS AB – Assertive community treatment: an update of randomized trials. **Psychiatric Services, 46(7):**669-675, 1995. • 9. CYR M, TOUPIN J, LESAGE A – L'Évaluation des Problèmes Psychosociaux chez des Personnes Ayant des Problèmes Psychiatriques Graves. Rapport Presenté au CGRS (RS-1378, m88), 1992. • 10. CREPET P– A transition period in psychiatric care in Italy ten years after the reform. **Br J Psychiatry, 156:**27-36, 1990. • 11. DECI PA, SANTOS AB, HIOTT DW, SCHOENWALD S, DIAS JK – Dissemination of assertive community treatment programs. **Psychiatric Services, 46(7):**676-678, 1995. • 12. DIAMOND RJ – Coercion in the Community: Issues for Mature Treatment Systems. In: Stein, L.I. e Hollingsworth, E.J. (ed.). Maturing Mental Health Systems. New Directions for Mental Health Services, nº 66, pp. 3-18, 1995. • 13. DIAMOND RJ – Coercion and Tenacious Treatment in the Community: Applications to the Real World. In: Dennis, D.L. e Monahan, J. Coercion and Aggressive Community Treatment: A New Frontier in Mental Health Law. New York, Plenum Press, 1996. • 14. DIAMOND RJ, WILKER DI – Ethical Problems in Community Treatment of the Chronically Mentally Ill. In: Stein, L.I. e Test, M.A. (eds.). The Training Community Living Model: A Decade of Experience. New Directions for Mental Health Services, nº 26, San Francisco, Josey-Bass, 1985. • 15. DIETZEN LL, BOND GR – Relationship between case manager contact and outcome for frequently hospitalized psychiatric clients. **Hosp Community Psychiatry, 44(9):**839-843, 1993. • 16. DINCIN J, WASNERM D, WITHERIDGE TF, SOBECK L, COOD J, RAZZANO L – Impact of assertive community treatment on the use of state hospital inpatient bed-days. **Hosp Community Psychiatry, 44(9):**833-888, 1993. • 17. DORVIL H – Les Caractéristiques du Syndrome de la Porte Tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Santé Mentale au Québec, 1987. • 18. DRAKE RE, BURNS BJ – Special section on assertive community treatment: an introduction. **Psychiatric Services, 46(7):**667-668, 1995. • 19. ESSOCK SM, KONTOS N – Implementing assertive community treatment teams. **Psychiatric Services, 46(7):**679-683, 1995. • 20. FARQUHAR J– Les Visites Amicales Remplacent des Lits d'Hôpital en Psychiatrie, Permettant des Économies Importantes. Médecins Psychiatres, juin, pp. 6-7, 1997. • 21. GELLER JL, FISHER WH, WITH CJL, SIMON LJ – Second generation deinstitutionalization. **Am J Psychiatry, 147(8):**982-987, 1990. • 22. GILMAN DR, DIAMOND RJ – Economic Analysis in Community Treatment of the Chronically Mentally Ill. In: Stein, L.I. e Test, M.A. The Training in Community Living Model: A Decade of Experience, cap. 8, pp. 77-84, 1985. • 23. HARDING CM, BROOKS GW, ASHIKAGA T, STRAUSS JS, BRELER A – The Vermont longitudinal study with severe mental illness: methodology, study sample and overall status 32 years later. **Am J Psychiatry, 144(6):**718-726, 1987. • 24. HARNOIS GP – Challenges to the reintegration of the mentally ill in Québec, Canadá. **Journal of Mental Health, 15(4):**6-15, 1987. • 25. KNAPP M, CHISHOLM D, ASTIN J, LELLIOTT P, AUDINI B – The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. **Psychological Medicine, 27:**681-692, 1997. • 26. LACHANCE KR, SANTOS AB – Modifying the PACT model: preserving critical elements. **Psychiatric Services, 46(6):**601-

604, 1995. • 27. LAFAVE HG, SOUZA HR, GERBER GJ – Le suivi intensif en milieu naturel des personnes souffrant de maladies mentales graves: une expérience canadienne. **Psychiatric Services, 47(7):**8-10, 1996. • 28. LESAGE A – Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques. **Santé Mentale au Québec, XXI(I):**79-96, 1996. • 29. LESAGE A, MORISETTE R – Évaluation d'une Unité de Reinsertion d'un Hôpital Psychiatrique. Rapport Deposé au CGRS, RS 1331-08, 1992. • 30. LESAGE A, TANSELLA M – Comprehensive community care without long-stay beds in mental hospitals: trends emerging from an Italian good practice area. **Canadian Journal of Psychiatry, 38:**187-194, 1993. • 31. MCGREW JH, BOND GR, DIETZEN L, SALYERS M – Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(4):**670-678, 1994. • 32. MCGREW JH, BOND GR, DIETZEN L, MCKASSON M, MILLER LD – A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. **Psychiatric Services, 46(7):**696-701, 1995. • 33. MEISLER N, SANTOS AB – From the Hospital to the Community: The Great American Paradigm Shift. In: Henggeler, S.W. e Santos, A.B. (ed.). Innovative Approaches for Difficult to Treat Populations, cap. 9, 1997. • 34. MERCIER C – Conditions de vie et lieu de résidence. **Santé Mentale au Québec, XIV(2):**158-171, 1989. • 35. MERCIER C – Les réalités de la réinsertion sociale. **L'Information Psychiatrique, 8:**813-821, 1997. • 36. RAFTERY J – Mental health services in transition: the United States and the United Kingdom. **Br J Psychiatry, 161:**589-593, 1992. • 37. ROCHEFORT DA – More lessons of a different kind: Canadian mental health policy in comparative perspective. **Hosp Community Psychiatry, 43:**1083-1090, 1992. • 38. ROBINSON GK, TOFF-BERGMAN G – Choices in Case Management: Current Knowledge and Practice for Mental Health Programs. Mental Health Policy Resource Center. Washington D.C., p. 81, 1989. • 39. SANTOS AB, SCOTT WH, BURNS BJ, ARANA GW, MEISLER N – Research on field-based services: models for reform in the delivery of mental health care to populations with complex clinical problems. **Am J Psychiatry, 152(8):**1111-1123, 1995. • 40. SOLOMON P, DRAINE J, MEYERSON A – Jail recidivism and receipt of community mental health problems. **Hosp Community Psychiatry, 45(8):**793-7, 1994. • 41. STEIN LI – On the abolishment of the case manager. **Health Affairs, 11(3):**172-177, 1992. • 42. STEIN LI, TEST MA – Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. **Arch Gen Psychiatry, 37(4):**392-397, 1980. • 43. STEIN LI, TEST MA – The Training in Community Living Model: A Decade of Experience. New Directions for Mental Health Services, nº 26, London, Jossey-Bass Inc., pp. 7-16, 1985. • 44. STEIN LI, DIAMOND RJ, FACTOR RM – A System Approach to the Care of Persons with Schizophrenia. In: Herz, M.I.; Keith, S.J.; Docherty, J.P. (eds.). Handbook of Schizophrenia, vol. 4, Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Elsevier Sciences Publishers, Amsterdam, p. 213-246, 1990. • 45. TAUBE CA, MORLOCK L, BURNS BJ, SANTOS AB – New directions in research on assertive community treatment. **Hosp Community Psychiatry, 41(6):**642-647, 1990. • 46. TESSIER L, CLEMENT M, WAGENER-JOBISON V – La Réadaptation Psychosociale en Psychiatrie: Défis des Années 90. Gaetan Morin (ed.). Le Comité de la Santé Mentale du Québec. Boucherville, p. 238, 1992. • 47. TEST MA, STEIN LI – Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. **Community Mental Health Journal, 12(1):**72-82, 1976. • 48. TEST MA – Continuity of Care in Community Treatment. In: Stein, L.I. (ed.). Community Support Systems for the Long-term Patient. New Directions for Mental Health Services, nº 2, 57-66, 1979. • 49. TEST MA – Training in Community Living. In: Robert Paul Liberman (ed.). Handbook of Psychiatric Rehabilitation. Macmillan Publishing Company, New York, pp. 153-170, 1992. • 50. THOMPSON KS, GRIFFITH EEH, LEAF PJ – A historical review of the Madison model of community care. **Hosp Community Psychiatry, 41(6):**625-634. • 51. TORREY EF – Nowhere to Go: The Tragic Odyssey of the Homeless Mentally Ill. Harper and Row Publishers, New York, p. 256, 1988. • 52. TORREY EF, ELDMAN K, WOLFE SM, FLYNN LE – Care of the Seriously Mentally Ill: A Rating of State Programs. A Joint Publication of Public Citizen Health Research Group and National Alliance for the Mentally Ill, Washington D.C., p. 192, 1990. • 53. TORREY EF – Out of the Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis. New York, John Wiley & Sons, Inc., 1997. • 54. WILSON SF – Implementation of the community support system concept statewide: the Vermont experience. **Psychosocial Rehabilitation Journal, 12(3):**27-40, 1989. • 55. WITHERIDGE TF – The assertive community treatment worker: an emerging role and its implications for professional training. **Hosp Community Psychiatry, 40(6):**620-624, 1989. • 56. WITHERIDGE TF – The Active Ingredients of Assertive Outreach. In: Cohen, N.L. (ed.). Psychiatric Outreach to the Mentally Ill. **New Directions for Mental Health Services, 52:**47-64, 1991. • 57. WITHERIDGE TF, DINCIN J – The Bridge: an assertive outreach program in an urban setting. **New Directions for Mental Health Services, 26:**65-75, 1985. • 58. WYKES T, STEVENS W, EVERITT B – Stress in community care teams: will it affect the sustainability of community care? **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 32:**398-407, 1997.