



Integração das Pessoas com Perturbações do Espectro da Esquizofrenia na Sociedade: Uma Revisão Bibliográfica^{a)}

Integration of People with Schizophrenia Spectrum Disorders in Society: A Bibliographical Review

Rui Barranha * , Ana Isabel Samouco **, Orlando von Doellinger **

RESUMO

Introdução: As Perturbações do espectro da Esquizofrenia (PEE) encontram-se entre as patologias psiquiátricas associadas a maior gravidade e condicionantes de maior limitação funcional, constituindo uma das principais causas de exclusão social.

Objectivos: O objectivo deste trabalho é rever a literatura relativamente ao suporte social e familiar, bem como às intervenções reabilitativas disponíveis para os doentes com PEE, particularmente no contexto português.

Métodos: Foi realizada uma revisão da literatura com base em pesquisa na PubMed dos artigos relevantes neste contexto.

Resultados e Conclusões: A literatura publicada sobre este tema realça a marcada dependência de suporte familiar pelos doentes com PEE. As limitações na integração no mercado laboral, a dependência económica e as dificuldades em estabelecer relacionamentos estáveis acentuam ainda mais a sua exclusão social. A evidência aponta para a necessidade de inves-

timento adicional na reabilitação psicossocial destes indivíduos.

Palavras-Chave: Esquizofrenia; Psiquiatria Comunitária; Reabilitação; Portugal; Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas; Suporte Social; Condições Sociais

ABSTRACT

Background: Schizophrenia spectrum disorders (SSD) are the most impairing psychiatric disorders and are a major cause of social exclusion.

Aims: The purpose of this work is to review the literature on social and family support, as well as rehabilitation interventions available for SSD patients, particularly regarding the Portuguese reality.

Methods: A literature research was conducted on PubMed of relevant articles regarding this subject.

Results and Conclusions: The published literature on this subject highlights the de-

* Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; [✉ ruibarranha@gmail.com](mailto:ruibarranha@gmail.com)

** Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.PE

 <https://orcid.org/0000-0002-7458-4331>

a) Baseado numa dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Recebido / Received: 13/10/2020 - Aceite / Accepted: 30/04/2023

pendence of SSD patients on their family's support. Lack of labour market integration, economic dependence and difficulty establishing stable relationships further aggravate their social exclusion. There is evidence supporting the need for more investment in psychosocial rehabilitation.

Keywords: *Schizophrenia; Community Psychiatry; Rehabilitation; Portugal; Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders; Social Support; Social Conditions*

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia, enquanto grupo nosológico, caracteriza-se por ser irreversível, de evolução habitualmente prolongada e com episódios de agudização, sendo uma das doenças mais incapacitantes e com maior impacto económico global, afectando cerca de 20 milhões de pessoas em todo o mundo¹. O seu diagnóstico define-se com base na presença de sintomas positivos, negativos e cognitivos, caracterizados por alterações significativas a nível da percepção, pensamento, humor e comportamento, e associados a disfunção sociofamiliar e ocupacional importantes². Com efeito, além da sintomatologia psicótica positiva que se evidencia nesta síndrome, há a relevar a alta frequência de sintomas de carácter deficitário (incluindo embotamento afetivo, anedonia, apatia, alogia e avolia, isolamento social, défices atencionais e de memória, alterações no processamento de informação e na capacidade de mentalização, bem como compromisso de outras funções executivas², principais responsáveis pela perda de funcionalidade associada à doença e cuja abordagem é tendencialmente descurada.

É considerada uma perturbação do neurodesenvolvimento, sendo o seu afloramento influenciado por complexas interacções entre múltiplos factores genéticos e ambientais, que individualmente não são suficientes para o desenvolvimento de doença³. A sua apresentação clínica decorre habitualmente em indivíduos jovens, na transição para a idade adulta, de modo que o seu surgimento acarreta um impacto marcado no desenvolvimento e funcionalidade do doente em termos sociais, académicos, profissionais e familiares.

Adicionalmente, está também associada a comorbilidade com diversas patologias de base orgânica, nomeadamente decorrentes de estilos e condições de vida pouco saudáveis (dieta pobre, tabagismo, consumo excessivo de álcool e sedentarismo), e dos efeitos colaterais dos fármacos antipsicóticos, que no seu conjunto levam a uma maior carga de doenças cardiovasculares e metabólicas, entre outras⁴. Apesar de comuns, estas patologias são diagnosticadas tardiamente e insuficientemente tratadas neste grupo de indivíduos, facto que contribui para um aumento do risco de morte precoce para 2 a 3 vezes superior, e uma esperança média de vida reduzida em cerca de 20 anos, face à população geral⁴.

Conforme exposto, o contexto sociodemográfico dos indivíduos representa uma influência importante na evolução prognóstica da esquizofrenia, não só no que diz respeito à expressão psicopatológica da doença, mas também a nível da saúde física dos doentes, qualidade de vida e funcionalidade⁵⁻¹¹.

Este trabalho tem como objectivo traçar uma visão sumária e compreensiva das dificuldades e desafios que os doentes com esquizofrenia

enfrentam em relação à inclusão na comunidade, bem como das intervenções que apresentam maior evidência científica de eficácia neste contexto.

MÉTODOS

Os autores efetuaram uma revisão não sistemática de artigos publicados na PubMed com as palavras-chave “Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders”, “Portugal”, “Social Support”, “Social Conditions”. Foram seleccionados os artigos mais relevantes para o objecto do estudo e as referências bibliográficas dos mesmos foram analisadas para a seleção adicional de outros artigos pertinentes.

RESULTADOS

Com o advento da psicofarmacologia na década de 1950, o paradigma dos cuidados em saúde mental alterou-se e o modelo psiquiátrico asilar foi preterido em favor dos cuidados ambulatoriais, atribuindo-se o enfoque na reintegração dos indivíduos no seu contexto sociofamiliar e ambiental, promoção de um estilo de vida independente e melhoria da qualidade de vida¹². Neste âmbito, foi mobilizado o processo de desinstitucionalização dos doentes mentais graves e sua progressiva transferência dos cuidados das instituições para a comunidade^{12,13}. Contudo, apesar da optimização terapêutica com antipsicóticos, muitos doentes com esquizofrenia mantêm défices funcionais, cognitivos e sociais significativos, a carecer de intervenções terapêuticas dirigidas. Nesse contexto, o novo modelo de prestação de cuidados suporta-se em três pilares fundamentais, designadamente o tratamento ambulatorio assente numa perspetiva comunitária; o recrutamen-

to e consolidação da rede social de suporte; e a integração em programas de reabilitação e recuperação psicossociais¹⁴.

A reabilitação psicossocial é “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade”¹⁵.

Este conjunto de técnicas, estruturas e serviços reabilitativos, que abrangem vários domínios, procura promover uma melhor gestão dos sintomas persistentes e reduzir, a longo prazo, a incapacidade associada à esquizofrenia, com o objectivo final da recuperação (no original, *recovery*) do doente. No entanto, este conceito não se cinge exclusivamente à remissão sintomática, abrangendo todo o percurso pessoal do indivíduo, nas suas diversas dimensões¹⁶. Com efeito, pode definir-se como “uma mudança de atitudes, valores, significações e objectivos, empreendida pela própria pessoa, de forma a ultrapassar os efeitos catastróficos não só da doença mental, mas também do isolamento, do estigma, da perda do emprego e dos vínculos sociais, construindo para si um novo projeto de vida”¹⁷. À luz do conhecimento científico actual, as intervenções reabilitativas psicossociais que apresentam um maior nível de evidência (nível 1B) são a integração em programas diferenciados para intervenção no primeiro episódio psicótico, o tratamento com psicoterapia cognitivo-comportamental, a psicoeducação, a disponibilização de programas de emprego apoiado ou protegido e o tratamento comunitário assertivo (caso exista história de pouco contacto com os serviços, que leve a recaídas frequentes ou fragilidade social)¹⁸.

No que se refere ao tratamento comunitário assertivo, este consiste no acompanhamento ambulatorio próximo, nomeadamente através de um contacto ativo e perseverante com os doentes pouco colaborantes, para promoção da adesão terapêutica e proximidade com os serviços de saúde. Esta abordagem parece oferecer eficácia clínica na gestão de casos com altas taxas de internamento, com benefício superior relativamente ao tratamento comunitário padrão e intervenções reabilitativas psicossociais realizadas em contexto hospitalar. Com efeito, traduz-se, nomeadamente, em menores taxas e duração dos internamentos, bem como pela promoção de maior autonomia dos doentes acompanhados¹⁹. Adicionalmente, e apesar de não apresentar benefícios no funcionamento social global dos doentes, o tratamento assertivo reflete-se em melhores condições de habitabilidade e taxa de empregabilidade comparativamente ao tratamento comunitário padrão¹⁹.

Outras abordagens reabilitativas individuais e comunitárias neste âmbito incluem a criação de programas psicoeducativos familiares, o treino de competências sociais, a criação de redes de habitação e residências protegidas, programas de reabilitação profissional (incluindo cursos de formação), bem como o desenvolvimento de estruturas de apoio social (nomeadamente apoio domiciliário, centros ocupacionais, atividades de lazer na comunidade, e grupos de auto-ajuda)^{14,15}.

Além dos aspetos descritos, a existência de uma rede sociofamiliar de suporte satisfatória constitui um elemento essencial ao processo de integração na comunidade, nomeadamente pelo seu papel na prestação de informa-

ção, apoio e assistência durante períodos de *stress*²⁰. Adicionalmente, parece configurar um factor protector na evolução da doença, associando-se a uma redução da frequência e duração dos internamentos hospitalares²¹, bem como a melhor recuperação funcional²². Nesse sentido, a implementação de intervenções psicossociais dirigidas a promover a construção e a manutenção de redes sociais, pode contribuir para uma melhoria do prognóstico da esquizofrenia²³.

De um modo geral, o sucesso da integração na comunidade e obtenção de melhores condições de vida pelos doentes com esquizofrenia é determinado positivamente por vários factores individuais, nomeadamente o sexo feminino, a idade mais tardia de início da doença²⁴, bem como a residência em área rural. A este respeito, os doentes residentes em meios rurais parecem apresentar um *status* social globalmente superior, com evidência de uma melhor integração no mercado laboral²⁵ e rede social mais extensa²⁶ nestes contextos.

A evidência acumulada da experiência internacional sugere que a prestação de cuidados de saúde mental em serviços integrados na comunidade e o acesso a habitação autónoma por doentes com esquizofrenia (mesmo naqueles com longos períodos prévios de institucionalização) se associam a uma melhor qualidade de vida (Tabela 1) e da funcionalidade; redução dos sentimentos de desesperança; percepção de maior independência, autocontrolo e privacidade; diminuição da frequência de comportamentos que dificultam a adaptação a uma vida fora do contexto institucional; e melhoria ao nível das capacidades instrumentais, de comunicação e relações sociais²⁷⁻²⁹.

No entanto, apesar dos benefícios decorrentes da integração comunitária das pessoas com doença mental grave, nem sempre esta solução se revela vantajosa. Com efeito, os estudos longitudinais realizados ao longo destes processos demonstraram que alguns resultados da mudança não foram inicialmente previstos, originando novos desafios e riscos^{27,30}. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, o processo de desinstitucionalização levou a um aumento do número de pessoas com doença mental grave em situação de sem-abrigo ou condenadas por crimes²⁷. Além disso, apurou-se a existência de uma mortalidade inesperadamente alta entre os doentes mais velhos após a desinstitucionalização, principalmente nos mais frágeis e com défices cognitivos mais graves³⁰. Por estes motivos, a integração em instituições ou habitações apoiadas ou protegidas podem constituir alternativas mais vantajosas à desinstitucionalização, em particular nos doentes com baixo grau de funcionamento psicossocial³¹. Estas unidades, preferencialmente integradas na comunidade, devem ser adaptadas e adequadas às necessidades individuais de cada doente; permitir flexibilidade de procedimentos e rotinas; assegurar a privacidade dos residentes e evitar a sobrelocação; disponibilizar programas reabilitativos, intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, bem como oportunidades de emprego apoiado; evitar o recurso a estratégias de contenção restritivas; e promover o envolvimento do doente no seu processo terapêutico³². Não obstante, embora um número residual de doentes desinstitucionalizados não se tenha, inicialmente, conseguido adaptar ao contexto comunitário, este resultado não foi defi-

Tabela 1. Factores determinantes de melhor qualidade de vida nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia⁵⁻¹¹

Sexo feminino ^{9,10}
Escolaridade inferior ^{9,10}
Atividade laboral ^{9,10}
Maior grau de autonomia ⁸
Melhor <i>status</i> funcional ⁶
Rede de suporte social ^{9,10}
Sentido de pertença ⁸
Integração na comunidade ⁸
Maior duração da doença ^{9,10}
Ausência de hospitalizações recentes ^{9,10}
Medicação com antipsicóticos em doses elevadas ^{9,10}
Ausência de sintomas depressivos ou negativos graves ⁵
Insight reduzido/ausente em relação à doença ^{5,7}

nitivo em todos os casos. Efectivamente, tem sido constatado que, mesmo quando não se atinge a recuperação, até metade dos doentes pode alcançar uma melhoria muito significativa com estas intervenções³³. Nesse âmbito, a experiência adquirida no Projecto TAPS, no Reino Unido, demonstrou que as *intervenções reabilitativas* podem, a longo prazo, facilitar o processo de desinstitucionalização de doentes que previamente não o conseguiram completar (nesse estudo 40% dos casos após 5 anos)³⁴. Deste modo, as intervenções terapêuticas devem ter como alvo prioritário a funcionalidade, usando como indicadores de resposta ao tratamento a remissão sintomática e a recuperação funcional³³. Esta aposta na recuperação deve ocorrer desde o primeiro episódio psicótico, considerando a evidência que associa essa intervenção com benefícios significativos a nível do funcionamento psicossocial dos doentes³⁵.

DISCUSSÃO

Dificuldades emergentes do processo de desinstitucionalização

O processo de desinstitucionalização e a implementação de programas de intervenção comunitária dirigidos a pessoas com diagnóstico de esquizofrenia apresentaram benefícios inequívocos a nível clínico, funcional e psicossocial destes indivíduos, conforme previamente descrito. As expectativas devem, no entanto, ser contidas e ajustadas ao contexto de uma doença grave e incapacitante, cujo prognóstico de recuperação é globalmente desfavorável. De facto, é necessário reconhecer que as estatísticas não reflectem todos os casos individuais, que o curso da doença é heterogéneo e que existem vários factores sociodemográficos que o podem influenciar. Tal não deve, contudo, ser fonte de desmotivação ou motivo para desinvestimento.

Pessoas em situação de sem-abrigo

As dificuldades emergentes no decurso do processo de integração dos doentes com esquizofrenia na comunidade podem associar-se a conseqüências negativas importantes, entre as quais a possibilidade de estes terminarem em situação de sem-abrigo. Os factores que determinam esta circunstância são complexos e multifactoriais e envolvem as características da doença, dificuldade de integração no mercado laboral, carências económicas, suporte sociofamiliar limitado, e consumo comórbido de substâncias, entre outros aspectos³⁶.

Por estes motivos, a prevalência de esquizofrenia na população de pessoas em situação de sem-abrigo é elevada, com evidência apontando para valores de 8,83% em países desenvolvidos, estando também aumentada para

outras perturbações psicóticas³⁷. Um estudo realizado em Montreal, no Canadá, estimou que 26% dos utentes admitidos por primeiro episódio psicótico num serviço de intervenção precoce na psicose do centro da cidade já tinham estado em situação de sem-abrigo, sendo o risco superior em indivíduos com história de abuso na infância, antecedentes forenses, quadro psicótico sem componente afectivo, sintomas negativos, perturbação do consumo de substâncias, ou personalidade com traços do *cluster B*³⁸. Mais ainda, a evidência sugere que estes doentes apresentam pior prognóstico sintomático e funcional, bem como um maior número de hospitalizações³⁸.

No entanto, e contrariamente às expectativas e normas sociais vigentes, estudos sugerem que alguns doentes com esquizofrenia preferem viver nas ruas, em condição de sem-abrigo, e que estes reportam melhor qualidade de vida e menor sensação subjectiva de incapacidade do que os doentes residentes em ambiente não-institucional³⁹. Neste âmbito, especula-se que a condição de sem-abrigo pode providenciar uma fuga ao papel de doente, ao estigma da doença e às obrigações sociais, traduzindo assim a procura de maior autonomia e um escape perante os complexos papéis e expectativas a cumprir na vida em comunidade³⁹.

A tentativa de retirar das ruas pessoas com doença mental grave que perderam os laços com a família e a sociedade pode revelar-se particularmente difícil e infrutífera. Para aumentar a taxa de sucesso é importante ir ao encontro das preferências e reconhecer as angústias de cada indivíduo em particular⁴⁰.

Atendendo à influência da condição de sem-abrigo no prognóstico funcional e sintomá-

tico da esquizofrenia, e à sua alta prevalência entre estes doentes³⁷, devem ser envidados esforços para facilitar a sua integração social e a sua relação com os serviços de saúde mental. Com essa finalidade, deve considerar-se a implementação de intervenções reabilitativas, debruçadas sobre aspectos práticos da vida em comunidade (ex.: promoção da escolaridade, competências de gestão financeira e estratégias de adaptação ao mercado de trabalho), e a abordagem de potenciais factores de risco modificáveis (ex.: perturbações do consumo de substâncias, ausência de suporte social), visando a redução do isolamento social, do estigma associado à doença, e uma melhor integração na sociedade.

Desgaste dos cuidadores

A esquizofrenia acarreta um profundo e permanente impacto no sistema familiar, nomeadamente pelo seu efeito a nível do processo de autonomização do doente (ex.: após o diagnóstico, muitos indivíduos voltam a viver em casa dos progenitores ou na sua dependência)^{41,42}. Além disso, factores como a desinformação da família sobre o diagnóstico e a evolução da doença, a existência de um padrão disfuncional de comunicação e estratégias ineficazes de gestão do ambiente familiar, o afastamento da família alargada pelo estigma da doença, ou situações de carência financeira (ex.: por dificuldades de integração dos doentes no mercado de trabalho, ou dificuldade dos cuidadores assumirem empregos a tempo integral), podem associar-se a uma maior perturbação da dinâmica familiar pela doença, maior sofrimento, desgaste e redução da qualidade de vida dos cuidadores^{43,44}. Estas dificul-

dades acarretam consequências negativas no prognóstico da esquizofrenia, incluindo agravamento sintomático, deterioração funcional e aumento da frequência de recaídas^{44,45}.

Nessa perspetiva, é importante que a avaliação e definição do plano terapêutico tenham em consideração as potenciais dificuldades na adaptação dos cuidadores à doença, designadamente pela disponibilização de apoio psicoeducacional às famílias, visando alterar percepções negativas e estratégias disfuncionais de gestão da nova dinâmica familiar. Devem ainda ser implementadas intervenções específicas destinadas a construir uma relação de trabalho entre a família e a equipa médica⁴⁶, as quais se têm revelado eficazes e duradouras na prevenção de recaídas e de hospitalizações, na melhoria da cognição, na promoção da adesão terapêutica e da qualidade de vida dos doentes e familiares⁴⁴.

A prevenção do desgaste dos cuidadores reveste-se de particular importância nos casos em que estes constituem a principal fonte de apoio instrumental e financeiro aos doentes. Com efeito, a esquizofrenia associa-se frequentemente a um progressivo afastamento da sociedade, altas taxas de desemprego e dificuldades económicas, as quais afetam seriamente a qualidade de vida e todos os seus determinantes, nomeadamente a capacidade do indivíduo manter uma habitação própria⁴⁷.

O panorama português

O processo de desinstitucionalização das pessoas com doença mental grave, iniciado na década de 1950, decorreu a diferentes velocidades a nível mundial. Em Portugal, este movimento traduziu-se pela primeira vez na “Lei

da Saúde Mental” de 1963 (*Diário do Governo, Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963*), que apontava a importância da promoção da saúde mental e a reabilitação da doença mental. Contudo, devido à falta de regulamentação na área, o início deste processo foi sucessivamente adiado no nosso país, tendo-se concretizado efectivamente apenas em 2009, com a entrada em vigor do “Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016”⁴⁸. Este Plano definiu como um dos seus objectivos principais a prestação de cuidados de saúde mental de proximidade, na comunidade, e delineou as estratégias para a reforma dos serviços de saúde mental.

Apesar disso, o processo tem decorrido a um ritmo lento e com um período de desfasamento em relação aos restantes países europeus. Em 2006, cerca de 5000 pessoas com doenças mentais viviam ainda em instituições psiquiátricas, número que se reduziu em 40% entre 2009 e 2015⁴⁹. Contudo, o encerramento de hospitais psiquiátricos não foi acompanhado da criação paralela de estruturas alternativas de prestação de cuidados de saúde mental, nem da atribuição a serviços comunitários do orçamento previamente alocado aos hospitais psiquiátricos⁵⁰. Adicionalmente, a optimização do processo de desinstitucionalização tem sido prejudicada pelos atrasos no desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental⁵⁰. Assim, volvidos quase 60 anos desde a entrada em vigor da “Lei de Saúde Mental”, Portugal ainda não dispõe de um modelo estruturado de prestação de cuidados comunitários, com a agravante de muitas pessoas com doença mental grave estarem consequentemente a ser integradas em instituições não adaptadas às suas necessidades de saúde.

Com efeito, um estudo realizado neste âmbito verificou que a maioria (72,7%) dos doentes integrados em estruturas residenciais (comunitárias e hospitalares) portuguesas padecem de esquizofrenia, apresentando uma média de 49.4 anos de idade⁵¹. Adicionalmente, de entre as 42 instituições estudadas neste contexto, aquelas sediadas na comunidade foram as que indicaram melhor qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente no âmbito da promoção da autonomia e qualidade de vida⁵¹. No panorama europeu, em comparação com os doentes com esquizofrenia residentes noutros países, os doentes portugueses evidenciam um pior estado funcional, menor probabilidade de habitação independente, menor inclusão no mercado laboral e em ocupações sociais, e probabilidade inferior de manterem relações de intimidade, em comparação com a média europeia⁵². Esta expressiva dependência por parte de terceiros reflecte-se num maior desgaste e peso sobre as famílias, conforme estimativas de que mais de um terço dos cuidadores de pessoas com patologias do espectro da esquizofrenia em Portugal apresenta sofrimento psicológico importante⁵³.

Apesar disso, verificou-se que os doentes com esquizofrenia portugueses se destacam da média europeia por apresentarem uma maior qualidade de vida, melhor estado de saúde, e grau superior de conhecimento sobre a doença⁵². Estes dados são complementados por outra investigação portuguesa, que conclui que os doentes com esquizofrenia que apresentam melhor qualidade de vida são aqueles que vivem em residência autónoma ou com os pais, que se encontram empregados ou a estudar, que completaram o

ensino secundário, e que têm menor tempo de evolução da doença⁵⁴.

CONCLUSÃO

A esquizofrenia é uma doença mental grave, de curso crónico e frequentemente deteriorante, que condiciona um profundo impacto no *self* e nas suas vivências, e que se reflecte de forma importante no modo como o doente entende e interage com o mundo exterior. Por estes motivos, acompanha-se frequentemente de incapacidade funcional, isolamento social e perda de autonomia, colocando o doente numa posição de vulnerabilidade e dependência perante os outros. Estes aspectos, aliados ao estigma e à incompreensão por parte da sociedade, levam a que estes indivíduos tenham um alto risco de serem marginalizados, agravando ainda mais o prognóstico da sua doença.

Com este trabalho, os autores procuram retratar as dificuldades de integração dos doentes com esquizofrenia na sociedade (em Portugal e no Mundo), situação inerente à doença e independente do contexto socioeconómico regional, mas que podem ser mitigadas com a devida protecção social e prestação de cuidados de saúde ajustados à sua condição. Entre as intervenções psicossociais destacam-se, pela eficácia comprovada, a integração em programas diferenciados para intervenção no primeiro episódio psicótico, o tratamento com psicoterapia cognitivo-comportamental, a psicoeducação, a disponibilização de empregos apoiados e o tratamento comunitário assertivo caso exista história de pouco contacto com os serviços que leve a recaídas frequentes ou fragilidade social.

Em Portugal, o apoio clínico, institucional, governamental e social disponibilizado a estes cidadãos encontra-se aquém do desejado e ainda longe dos padrões de qualidade europeus. Isto traduz-se numa maior dependência dos doentes em relação às famílias e numa menor probabilidade de estes manterem uma vida satisfatória. Como agravante, é possível que os doentes com residência em algumas regiões mais desfavorecidas do nosso país, onde as condições de vida são, no geral, mais precárias, se encontrem em situações socioeconómicas particularmente vulneráveis. Nesse sentido, torna-se fundamental a adequada organização dos serviços de saúde mental e a efectiva implementação de estratégias reabilitativas a nível nacional.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / REFERENCES

1. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392(10159):1789–858.

2. American Psychiatric A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2013.
3. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *The Lancet*. 2016;388(10039):86-97.
4. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:425-48.
5. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2008;98(1-3):201-8.
6. Norman RM, Malla AK, McLean T, Voruganti LP, Cortese L, McIntosh E, et al. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(4):303-9.
7. Karow A, Pajonk FG. Insight and quality of life in schizophrenia: recent findings and treatment implications. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19(6):637-41.
8. Mercier C, King S. A latent variable causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89(1):72-7.
9. Guedes de Pinho LM, Pereira AMS, Chaves C. Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends Psychiatry Psychother*. 2018;40(3):202-9.
10. Hofer A, Baumgartner S, Edlinger M, Hummer M, Kemmler G, Rettenbacher MA, et al. Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *Eur Psychiatry*. 2005;20(5-6):386-94.
11. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
12. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Bain-gana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-98.
13. Alves F, Silva LF, editors. *Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão. Actas dos Ate-liers do 5º Congresso Português de Sociologia – Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção; 2004.*
14. Velligan DI, Gonzalez JM. Rehabilitation and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30(3):535-48.
15. Saúde OMD. *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Direcção-Geral da Saúde 2002 / OMS; 2002. Report No.: ISBN 972-675-082-2.*
16. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):11-23.
17. Mental CnDrdSdS. *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano de acção 2007-2016.; 2007.*
18. American Psychiatric A. *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia 2020.*
19. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD001089.
20. Beels CC. Social support and schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1981;7(1):58-72.

21. Vazquez Morejon AJ, Leon Rubio JM, Vazquez-Morejon R. Social support and clinical and functional outcome in people with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64(5):488-96.
22. Roosenschoon BJ, Kamperman AM, Deen ML, Weeghel JV, Mulder CL. Determinants of clinical, functional and personal recovery for people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A cross-sectional analysis. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222378.
23. Degnan A, Berry K, Sweet D, Abel K, Crossley N, Edge D. Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(9):873-88.
24. Malla AK, Norman RM, Scholten D. Predictors of service use and social conditions in patients with psychotic disorders. *Can J Psychiatry*. 2000;45(3):269-73.
25. Munk-Jorgensen P, Mortensen PB. Social outcome in schizophrenia: a 13-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1992;27(3):129-34.
26. Schomerus G, Heider D, Angermeyer MC, Bebbington PE, Azorin JM, Brugha T, et al. Residential area and social contacts in schizophrenia. Results from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(8):617-22.
27. Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv*. 2001;52(8):1039-45.
28. Hansson L, Middelboe T, Sorgaard KW, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Merinder L, et al. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(5):343-50.
29. McInerney SJ, Finnerty S, Walsh E, Spelman L, Edgar NE, Hallahan B, et al. Quality of life and social functioning of former long-stay psychiatric patients transferred into the community: a 10 year follow up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(8):795-801.
30. Making change possible: a Transformation Fund for the NHS. The Health Foundation and The King's Fund; 2015. Report No.: ISBN 978-1-906461-65-2.
31. Salokangas RK, Honkonen T, Stengard E, Koivisto AM. Subjective life satisfaction and living situations of persons in Finland with long-term schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2006;57(3):373-81.
32. Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, et al. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*. 2009;9:55.
33. Vita A, Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(3):246-55.
34. Trieman N, Leff J. Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community. TAPS Project 44. *Br J Psychiatry*. 2002;181:428-32.
35. Fulford D, Meyer-Kalos PS, Mueser KT. Focusing on recovery goals improves motivation in first-episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55(12):1629-37.
36. Bhugra D. Homelessness and Mental Health. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
37. Ayano G, Tesfaw G, Shumet S. The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic

- review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):370.
38. Levesque IS, Abdel-Baki A. Homeless youth with first-episode psychosis: A 2-year outcome study. *Schizophr Res*. 2020;216:460-9.
 39. van der Plas AG, Hoek HW, van Hoeken D, Valencia E, van Hemert AM. Perceptions of quality of life and disability in homeless persons with schizophrenia and persons with schizophrenia living in non-institutional housing. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58(6):629-34.
 40. Schutt RK, Goldfinger SM. Housing preferences and perceptions of health and functioning among homeless mentally ill persons. *Psychiatr Serv*. 1996;47(4):381-6.
 41. Addington J, Van Mastrigt S, Hutchinson J, Addington D. Pathways to care: help seeking behaviour in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(5):358-64.
 42. Grandon P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Res*. 2008;158(3):335-43.
 43. Onwumere J, Kuipers E, Bebbington P, Dunn G, Fowler D, Freeman D, et al. Caregiving and illness beliefs in the course of psychotic illness. *Can J Psychiatry*. 2008;53(7):460-8.
 44. Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Craig TK, Irrarrazaval M, Urzua A, Boyer L, et al. Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(1):2.
 45. Peng MM, Zhang TM, Liu KZ, Gong K, Huang CH, Dai GZ, et al. Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden. *Int J Soc Psychiatry*. 2019;65(7-8):548-57.
 46. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:465-97.
 47. Shore MF, Cohen MD. Homelessness and the Chronically Mentally Ill. *Homelessness1992*. p. 67-75.
 48. Mental CNpaS. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo. Lisboa.2008. p. 56.
 49. Saúde OPdSd. Acesso aos cuidados de saúde - um direito em risco? Relatório de Primavera 2015. 2015.
 50. Palha F, Costa N. Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às percepções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos. . Porto: ENCONTRAR+SE – Associação para a Promoção da Saúde Mental; 2015.
 51. Cardoso G, Papoila A, Tome G, Killaspy H, King M, Caldas-de-Almeida JM. Living conditions and quality of care in residential units for people with long-term mental illness in Portugal--a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2016;16:34.
 52. Teixeira JM, Pereira A, Silva A, Marieiro A, Humberto J, Guerreiro M. Caracterização de doentes portugueses com esquizofrenia: resultados da avaliação do estudo observacional SOHO no início do estudo. *Saúde Mental*. 2005(7):9.
 53. Goncalves-Pereira M, Xavier M, van Wijngaarden B, Papoila AL, Schene AH, Caldas-de-Almeida JM. Impact of psychosis on Portuguese caregivers: a cross-cultural exploration of burden, distress, positive aspects and clinical-functional correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(2):325-35.

54. Pinho LG, Pereira A, Chaves C. Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03244.