



ARTIGO ORIGINAL

Tratamento em regime compulsivo ambulatorio: estudo de *follow-up* após um ano em Portugal

SOFIA BRISSOS*

GONÇALO SOBREIRA

JOÃO MIGUEL OLIVEIRA

ZITA GAMEIRO

FERNANDO VIEIRA

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Sumário: Enquadramento: Não existem evidências suficientes relativamente ao impacto do tratamento em regime compulsivo ambulatorio (TCA).

Objetivos: Avaliámos o impacto do TCA ao longo de um ano em sintomas, funcionamento pessoal e social, *insight* e cognição.

Métodos: Análise naturalística, longitudinal, no início e no *follow-up* após um ano, de 15 pacientes seguidos numa consulta especializada de TCA. Os pacientes foram submetidos a avaliação estandardizada com o *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) (Escala Positiva e Negativa do Síndroma), *Personal and Social Performance Scale* (PSP) (Escala de Desempenho Pessoal e Social), *Berrios-Markova Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder* (SUMD) (Escala de Avaliação da Falta de Consciência no Distúrbio Mental), *Trails A e B*, *Digit Span*, e o *Controlled Oral Word Association Test* (COWA) (Teste de Associação Verbal Controlada).

Resultados: No *follow-up* houve melhorias significativas no funcionamento pessoal e social (PSP inicial total: média=46,9; *follow-up*: média=59,3), e nomeadamente nas *atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudos* ($p=0,012$) e *relações pessoais e sociais* ($p=0,033$). Três pacientes (20%) pontuaram ≥ 69 no PSP, um bom nível de funcionamento. Porém, não verificámos melhorias significativas nos sintomas (PANSS=56,8), *insight* subjetivo ou objetivo (Berrios-Markova =10,0 e SUMD=11,0), ou desempenho cognitivo.

Conclusões: No *follow-up* após um ano, os pacientes em TCA revelaram melhorias significativas no funcionamento pessoal e social, especificamente nas *atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudos* e nas *relações pessoais e sociais*, mas não registaram melhorias nos sintomas, *insight* e funcionamento cognitivo.

Palavras-chave: compromisso de ambulatorio; involuntário; psicose; esquizofrenia.

Introdução

Permanecem dúvidas sobre se o tratamento em regime compulsivo ambulatorio (TCA) para pessoas com doença mental grave (DMG) se traduz numa redução na utilização do serviço de saúde, e/ou melhora o resultado clínico e o funcionamento social.

Os apoiantes do TCA defendem que é menos limitador tratar compulsivamente alguém na comunidade do que submetê-la a admissões hospitalares repetidas¹, e que isso traz estabilidade às vidas dos pacientes com doença mental grave². Os oponentes do TCA receiam que o tratamento seja substituído por um maior ênfase no controlo, restrição, e ameaça¹, contribuindo para que o paciente

se sinta coagido³, argumentando que a gestão intensiva do caso ou o tratamento assertivo na comunidade podem ser suficientes⁴. O TCA também teria efeitos adversos na aliança terapêutica entre os profissionais dos serviços de saúde e os pacientes, uma vez que mais de metade dos pacientes em TCA o encaram negativamente⁵, levando a que os pacientes se afastem dos serviços¹; porém, quer os familiares dos pacientes quer os seus psiquiatras consideram que os procedimentos legais são benéficos, constatando uma melhoria clínica do paciente⁶⁻⁷, e alguns pacientes submetidos a TCA até consideram que isto seja um passo positivo necessário para assegurar o tratamento^{6, 8-12}, o que sugere que não exista uma experiência ou visão única e inquestionável do TCA¹³.

Os estudos sobre a eficácia do TCA mostram resultados

* Correspondência: brissos.sofia@gmail.com

contraditórios; alguns mostraram uma diminuição no número de visitas às urgências, admissões e dias de internamento hospitalar¹⁴⁻¹⁷, enquanto outros indicaram um aumento nas taxas de readmissão em torno dos 70%¹⁸. Relativamente ao funcionamento social, os estudos também mostraram resultados negativos^{14, 19-20}. Porém, a maioria destes estudos tem amostras de tamanho reduzido e é frequente que não sejam controladas quanto a distorções na seleção, variações no tratamento e diversidade de critérios no TCA²¹. Além disso, em muitos Estados norte-americanos não é possível dar medicação compulsivamente num ambiente de comunidade²⁰, ao contrário de Portugal.

Reavaliações recentes em testes controlados aleatoriamente^{20, 22} constataram a inexistência de diferenças significativas na utilização do serviço, funcionamento social ou qualidade de vida em pacientes submetidos a TCA quando comparados com o tratamento voluntário estandardizado, apesar dos pacientes em TCA terem menos probabilidade de serem vítimas de crimes violentos ou não violentos²⁰; porém, esta reavaliação incidiu apenas em três testes relativamente pequenos. Maughan e outros²² reviram 18 estudos e concluíram que continuam a não existir evidências de estudos aleatórios e não aleatórios de o TCA estar associado ou ser afetado por taxas de admissão, número de dias de internamento ou utilização do serviço pela comunidade. Um teste controlado aleatoriamente mais recente também mostrou a inexistência de diferenças significativas entre as duas alternativas em qualquer dos resultados dos relatórios, quer aos 12 meses¹⁹ quer no *follow-up* aos 36 meses²³.

Mas o padrão de referência dos testes controlados aleatoriamente pode não ser ideal para estudar esta população em particular, uma vez que coloca questões éticas a pacientes aleatórios de um teste que envolve um mandado judicial. É claro que no caso de designs não aleatórios, existe a dificuldade adicional de assegurar que o grupo de controlo está tão gravemente doente como o grupo sujeito a uma notificação de tratamento na comunidade²⁴, e é portanto difícil saber se se deve atribuir quaisquer melhorias ao TCA, ou aos efeitos não específicos do aumento do contacto com os profissionais de saúde^{4, 25-27}.

Por conseguinte, é importante estudar esta população de um modo longitudinal naturalístico, mas utilizando critérios estandardizados de modo a permitir comparar resultados entre os diferentes serviços localmente disponíveis, o ambiente da comunidade em que o teste se efetua, os esquemas de financiamento e sociais, e as características sociodemográficas dos participantes²⁷⁻²⁸, para além do enquadramento legal do país.

Objetivos

Avaliar o impacto do TCA em pacientes seguidos numa consulta especializada de TCA em Portugal, imediatamente

te depois da alta e um ano depois, em especial quanto aos sintomas, desempenho social e pessoal, *insight*, e desempenho cognitivo.

Métodos

Design do estudo e parâmetros

O presente estudo refere-se a uma sub-análise de um estudo em curso de pacientes seguidos numa consulta especializada de TCA, que foram avaliados imediatamente a seguir à admissão compulsiva e decorrido um ano sobre o tratamento de ambulatório²⁹.

A Lei Portuguesa de Saúde Mental (36/98)³⁰ estabelece que a detenção é substituída por TCA, sempre que esse tratamento possa ser executado em condições de liberdade; sempre que as condições estipuladas não sejam cumpridas pelo paciente, o facto é reportado ao tribunal e é retomado o internamento compulsivo. É obrigatória uma revisão da situação do paciente de dois em dois meses, por dois psiquiatras, enquanto o TCA se mantiver.

A consulta especializada em TCA é efetuada lado a lado por um psiquiatra (SB) e um interno do hospital (JMO, GS ou ZG), e é responsável por uma área geodemográfica de 815 580 habitantes. Os pacientes são submetidos, pelo menos de dois em dois meses, a uma avaliação clínica e são submetidos a um protocolo estandardizado concebido especificamente para esta consulta, para redigir o relatório obrigatório para o tribunal, em que se declara se os pacientes têm de ser mantidos em TCA, ou se ele/ela pode transitar para tratamento voluntário.

Material e Procedimentos

O protocolo foi descrito em outro local²⁹, mas sucintamente, consiste em:

- Escala Positiva e Negativa do Síndrome* (PANNS) para avaliar a gravidade dos sintomas³¹;
- Versão portuguesa da *Escala de Desempenho Pessoal e Social* (PSP) para avaliar o funcionamento pessoal e social³²⁻³³. O PSP avalia quatro domínios de funcionamento: 1) *atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudos*; 2) *relações pessoais e sociais*; 3) *cuidado com o próprio*; 4) *comportamentos perturbadores e agressivos*. Estes são pontuados numa escala de gravidade de seis pontos (inexistente até muito grave) e, com base nestes, o entrevistador atribui uma pontuação global numa escala de 100 pontos, em que as pontuações mais altas representam um melhor funcionamento. A pontuação total é usualmente dividida em três níveis: 71-100 (*dificuldades de funcionamento fracas ou inexistentes*); 31-70 (*diversos graus de dificuldades*); e 0-30 (*funcionamento tão difícil que os pacientes precisam de apoio e de supervisão intensivos*);
- Escala de Avaliação de Falta de Consciência do Distúrbio* (SUMD) – versão abreviada – para avaliar objetivamente o *insight* da doença³⁴;

- d) Versão portuguesa da *Escala Markova e Berrios de Insight*, para avaliar o *insight* subjetivo da doença³⁵⁻³⁶ ;
e) *Trail-A, Trail-B, Digit Span* (pontuação total) e *Teste de Associação Verbal Controlada (COWAT)* para avaliar rapidamente o desempenho cognitivo³⁷ .

Uma vez que a presente avaliação faz parte de um protocolo estandarizado aplicado a todos os pacientes, não foi obtido o consentimento; porém, alguns pacientes recusaram-se a participar em alguns testes.

Os pacientes foram diagnosticados de acordo com os critérios DSM-IV³⁸ American Psychiatric Association 1994, obtidos a partir de entrevistas pessoais e consulta aos processos clínicos, e a situação de resolução/remissão foi avaliada com os critérios de Andreasen e outros³⁹ . A idade de manifestação dos sintomas e a primeira admissão psiquiátrica foram coligidas retroativamente, para calcular uma medida substituta (*proxy measure*) da duração da psicose não tratada (DUP – *duration of untreated psychosis*).

Pacientes

A presente análise refere-se a pacientes seguidos durante o período de um ano (média=348,5 dias, min=296, máx=440) a partir de abril de 2014. Durante este período, 46 pacientes foram referenciados para TCA (26 para as nossas consultas especializadas e 20 para os anteriores psiquiatras assistentes). Durante a consulta de TCA, seis pacientes transitaram para o regime voluntário antes do *follow-up* após um ano, e cinco perderam-se antes do *follow-up* (alteração de morada, admissão em instituições a longo prazo); a presente análise refere-se aos 15 pacientes que permaneceram em TCA durante esse período.

Relativamente à modalidade de residência, dos 15 pacientes, a maioria (73%) teve alta para viver de modo independente, isto é, sozinhos ou com a família. Dois pacientes foram colocados no serviço de reabilitação do nosso hospital, um foi colocado num quarto individual de uma residência ocupacional (*occupancy housing*), e um foi colocado numa instalação da comunidade para pessoas com concomitância de distúrbios de doença mental e abuso de substâncias, ou pessoas sem-abrigo.

De acordo com a Lei de Saúde Mental³⁰, os pacientes podem ser forçados a tomar medicação durante o TCA. Nesse sentido, e para poder confirmar perante o tribunal que os pacientes aderiram ao tratamento, todos foram medicados com antipsicóticos injetáveis de longa duração (*long-action injectable* – LAI), quer em monoterapia quer em combinação.

Análise estatística

As análises estatísticas foram efetuadas através da utilização da versão 22.0 do programa SPSS® de software estatístico. Foram efetuadas descrições estatísticas (média, mediana, desvio padrão e amplitude), e a distribuição nor-

mal de medidas contínuas foi verificada com o teste Kolmogorov-Smirnov. As diferenças entre as avaliações no início e no *follow-up* foram testadas através da utilização de pares de *t-test* ou *Wilcoxon signed rank sum test* para o intervalo e para as variáveis ordinais, respetivamente.

Resultados

Os pacientes eram predominantemente homens (80%), solteiros (86,7%), desempregados (73,4%), com uma idade média de 42,0 anos (amplitude 26-59), e um nível de estudos médio de 10,7 anos. Os pacientes tinham uma duração média de doença de 16,8 anos (amplitude: 0-22), e um DUP estimado de 6,1 anos (amplitude: 0-45). Tinham sido anteriormente internados 6,6 vezes em média (amplitude: 2-31), das quais 1,5 vezes (amplitude: 0-6) involuntariamente. A duração total do internamento foi de 153,7 dias (SD=181,3; amplitude: 22-662), e o internamento que deu origem ao TCA teve uma duração média de 34,7 dias (SD=21,0; amplitude: 3-87).

Durante o período de *follow-up*, foram compulsivamente readmitidos seis pacientes, mas apenas uma vez, com uma duração média de 39,0 dias (SD=20,7; amplitude: 20-76).

A maioria dos pacientes tinha um diagnóstico de esquizofrenia (11 pacientes; 73%), seguida por distúrbio esquizoafetivo (4 pacientes, 27%).

Sintomas no início e no follow-up após um ano

No início os pacientes mostraram sintomas moderados (PANSS total=58,4) e 46,7.2% não estavam em resolução³⁹ (Tabela 1). No *follow-up* registou-se apenas uma ligeira melhoria nas pontuações PANSS, mas 20% estavam em resolução sintomática, e 46,7% em remissão sintomática³⁹ .

Funcionamento pessoal e social no início e no follow-up após um ano

No início os pacientes apresentaram níveis baixos de funcionamento pessoal e social (PSP total=46,9), mas houve uma melhoria significativa no *follow-up* após um ano (PSP total=59,3) (Tabela 1). Além disso, no início não existiam pacientes com uma pontuação PSP total >70, considerada como o nível ideal de funcionamento³², mas no *follow-up* três pacientes pontuaram ≥ 69. Relativamente aos domínios específicos, constatámos melhorias significativas no funcionamento dos pacientes *em atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudos e nas relações pessoais e sociais*, mas não significativas nos domínios do *cuidado com o próprio e nos comportamentos perturbadores e agressivos* (Figura 1).

Insight no início e no follow-up após um ano

No início os pacientes apresentaram níveis baixos de *insight* na heteroavaliação (SUMD=11,0) e autoavaliação (Berrios-Markova=11,9), o que não melhorou depois do *follow-up* a um ano (SUMD=11,6; Berrios-Markova=12,8) (Tabela 1).

Desempenho cognitivo no início e no follow-up após um ano

O desempenho nos testes cognitivos é apresentado na Tabela 1, revelando que houve uma ligeira melhoria depois do *follow-up* a um ano nos testes que medem a velocidade de processamento, funções de execução e fluência verbal, mas esta melhoria não foi estatisticamente significativa.

Discussão

Depois do *follow-up* de um ano do TCA, os pacientes mostraram melhorias estatisticamente significativas no funcionamento pessoal e social, especificamente nas *atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudos* e nas *relações pessoais e sociais*, mas não em outras variáveis, nomeadamente sintomas, *insight* e desempenho cognitivo.

Estes resultados podem refletir os prognósticos mais graves de um subconjunto de pacientes que têm de manter o TCA por períodos mais longos. De facto, mostrámos anteriormente que os pacientes seguidos nesta consulta e transitados para tratamento voluntário têm um perfil melhor, em relação aos pacientes que foi decidido manter em TCA na sua última avaliação (Brissos e outros, comunicação pessoal 2015). Esta é a razão por que «*a falta do discernimento necessário para avaliar o significado e as implicações do consentimento*» é um dos princípios legais para iniciar e manter o tratamento compulsivo em Portugal. Por conseguinte, os pacientes com níveis baixos de *insight* que não melhoram com tratamento são mais propensos a ser mantidos em TCA. Por outro lado, houve cinco pacientes que se perderam antes do *follow-up*, e estes pacientes poderiam ter um prognóstico ainda pior do que a amostra que permaneceu no *follow-up*. Quatro destes pacientes são pessoas sem-abrigo, e é difícil, mesmo com uma ordem judicial, encontrar o paciente e levá-lo/a a retomar o internamento compulsivo quando eles não querem cumprir o tratamento.

Um dos objetivos do TCA é reduzir as recaídas hospitalares, especialmente nas psicoses não afetivas, reduzindo as readmissões hospitalares até 70% e exigindo menos 28 dias de internamento⁴⁰; porém, isto só acontece quando combinado com um tratamento ambulatorio de intensidade mais elevada²⁷, com uma média de mais de 7 intervenções por mês. Na nossa amostra, 6 pacientes (40%) foram readmitidos durante o período de *follow-up*, o que está acima dos 28,7% referidos por Patel e outros¹⁶, mas abaixo do que foi referido por Steadman e outros¹⁴; isto poderá dever-se ao facto da nossa legislação permitir que os pacientes sejam forçados a tomar medicação durante o TCA, e provavelmente não se deve a medidas de intervenções específicas, uma vez que a maioria dos pacientes estava em sua casa, e apenas dois tinham apoio substancial num ambiente de reabilitação. Além disso, dois pacientes (1/3) foram readmitidos por falta de cumprimento do tratamento, e não pelo agravamento dos sintomas.

Um dos principais objetivos do TCA é reduzir a duração de futuros episódios de internamento⁴⁰. Apesar do TCA ter sido associado a uma diminuição média de cinco dias de internamento contados antes da ordem judicial quando comparados com os controlos⁴¹, na nossa amostra, os pacientes readmitidos tiveram uma duração de admissão semelhante à da admissão que levou ao TCA.

Relativamente ao funcionamento pessoal e social, uma reavaliação recente encontrou poucas evidências de que o TCA tenha sido eficaz em qualquer dos principais índices de resultados²⁰; porém, isto refere-se apenas a dois estudos, em que o funcionamento social considerava «problemas com a polícia – pelo menos uma prisão» e «preso de qualquer maneira/apanhado pela polícia por agressão a uma pessoa», e não medidas de funcionamento pessoal e social através de escalas clínicas, como foi o caso do nosso estudo. Por conseguinte, o que se pretendia pelo funcionamento social nestes estudos, não é equivalente ao que foi medido no nosso estudo, que é uma avaliação muito mais fidedigna do funcionamento pessoal e social.

No Programa de Compromisso de Ambulatório Involuntário da Cidade de Nova Iorque¹⁴ um grupo de 78 pacientes em TCA foi comparado a um grupo de controlo (n=64); não foram encontradas diferenças no funcionamento social, tal como medido pelo GAF (*Global Assessment of Functioning* – Avaliação Global de Funcionamento), entre os grupos no *follow-up* a 12 meses. Porém, no grupo experimental 50% tinham-se comprometido com uma ordem de medicação, enquanto o resto não tinha ordem de medicação. Isto pode explicar os melhores resultados na nossa amostra, em que todos os pacientes tinham de tomar medicação conforme lhes fora receitada, o que foi basicamente assegurado através da administração de antipsicóticos LAI.

Mais recentemente, o teste OCTET¹⁹ mostrou igualmente a inexistência de diferenças no funcionamento social dos pacientes tal como medido pelo GAF e pelo SIX (*Objective Social Outcomes Index* – Índice Objetivo de Resultados Sociais). Novamente, apenas 51% dos pacientes foram medicados com antipsicóticos LAI. Na verdade, a nossa proporção de pacientes tratados com antipsicóticos LAI é de 100%, que é mais alta do que o referido em quaisquer outros estudos, em que as taxas variam entre 60-80%^{16, 42-44}. Isto sublinha a importância de assegurar o tratamento através do uso de antipsicóticos LAI, especialmente em países em que o tratamento ambulatorio de intensidade elevada é raro em virtude de restrições económicas, como é o caso de Portugal.

Os cuidados modernos de saúde mental têm muito sucesso em manter o contacto com pacientes psicóticos, e isto poderia explicar a razão por que a compulsão parece desempenhar um papel tão pequeno em países como a Inglaterra²³; porém, em países com equipas de comunidade menos organizadas e/ou tratamento ambulatorio assertivo, como Por-

tugal, o TCA pode revelar-se um recurso útil para manter o compromisso dos pacientes com os serviços.

Além de mostrarem melhorias significativas nas funções pessoais e sociais globais, constatámos que estas melhorias foram significativas em *atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudos* e *nas relações pessoais e sociais*, mas não nos domínios do *cuidado com o próprio* e nos *comportamentos perturbadores e agressivos*. Isto deve-se provavelmente ao facto dos pacientes já terem uma diminuição no *cuidado com o próprio* e no *comportamento perturbador e agressivo*, e apesar de se ter registado uma ligeira melhoria, não atingiu significado estatístico em virtude dos efeitos de teto e do tamanho da amostra. Não obstante, aqueles domínios que são fulcrais para a recuperação do paciente, e que são mais debilitados na esquizofrenia (*atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudos e relações pessoais e sociais*), não mostraram melhorias significativas depois de um ano em TCA.

Uma vez que os pacientes nesta consulta especializada têm características que se sobrepõem às da maioria dos estudos²⁹, as melhorias no funcionamento social não são explicadas pelo melhor perfil do paciente no início.

O facto dos pacientes terem diversas admissões psiquiátricas antes de terem sido referenciados para TCA, e uma duração de doença de 16,8 anos em média, poderia explicar a razão pela qual se torna mais difícil conseguir melhorias sintomáticas com o tratamento, e nomeadamente a remissão. Além disso, pacientes com DUP mais longas têm mais recaídas, menos melhorias dos sintomas, menos perspectivas de remissão, e funcionamento social e resultados globais fracos⁴⁵⁻⁴⁶. Isto leva-nos a pensar que o TCA está provavelmente a ser atrasado e a ser utilizado quando a sua eficácia é provavelmente menor, o que poderia explicar alguns resultados negativos. De futuro, são necessários estudos longitudinais de TCA em pacientes recém-diagnosticados, para avaliar este efeito.

Apesar de não termos tido um grupo de controlo, as pontuações obtidas pelos nossos pacientes em testes cognitivos ficam aquém das médias da população³⁷, e apesar de ter ocorrido uma ligeira melhoria no desempenho em todos os testes no *follow-up*, isto não foi estatisticamente significativo. É improvável que a ligeira melhoria possa ter sido devida a efeitos da prática médica, uma vez que estes testes não são muito propensos a estes efeitos. O facto da melhoria em testes de velocidade de processamento, funções de execução e fluência verbal ter sido apenas ligeira pode-se dever à longa duração da doença e à presença de diversas recaídas no passado. Os défices cognitivos na esquizofrenia são indicadores importantes do enfraquecimento na maioria dos domínios funcionais, eles aparecem quando ou antes da manifestação da doença, e são estáveis ao longo do tempo na maioria dos pacientes⁴⁷. Uma vez que parece haver um declínio cognitivo mais ou menos quando do primeiro episódio psicótico, este pode ser

um período de tempo importante em que uma intervenção agressiva pode ter o maior impacto⁴⁷, nomeadamente através de TCA.

Foi mostrado que o desempenho cognitivo está associado ao funcionamento pessoal e social⁴⁸, e supostamente é necessária uma boa cognição para um funcionamento adequado, nomeadamente ao nível académico e profissional. Não obstante, as melhorias no funcionamento podem ser obtidas sem correspondentes melhorias na cognição, como foi o caso da nossa amostra. Isto dá algum suporte à hipótese de que os défices cognitivos na esquizofrenia permanecem relativamente estáveis ao longo do tempo⁴⁷, sendo provavelmente menos acessíveis ao tratamento do que outros sintomas⁴⁹. Nesse sentido, o tratamento por TCA pode ser eficaz, mesmo se não causa uma melhoria significativa no desempenho cognitivo.

Em virtude da natureza naturalística do estudo, não podemos avaliar o efeito do tratamento antipsicótico em variáveis como o *insight* e a cognição. Não obstante, o cumprimento do tratamento que é garantido pelos antipsicóticos LAI pode explicar alguns dos melhores resultados da nossa amostra, quando comparados com outros estudos.

Uma vez que há falta de relatórios desta população em Portugal, comparámos os nossos resultados com os de outros países, que têm diferentes legislações para o TCA. As variações na legislação, estruturas de serviços de saúde e financiamento, influenciam claramente a prática médica⁵⁰. A Lei Portuguesa de Saúde Mental está provavelmente mais próxima da «liberdade condicional», uma alternativa quer no RU quer nos EUA, que se mostrou tão eficaz como o TCA na redução do internamento e na promoção do compromisso da comunidade⁵¹; os clínicos podem tratar farmacologicamente, e decidir quando é que os pacientes podem ser libertados para tratamento comunitário numa base ambulatoria, evitando um mandato judicial para tratamento ambulatorio. Por conseguinte, apesar de se ter registado uma consistência notável nas características dos pacientes em TCA nas jurisdições nos diversos ambientes culturais e geográficos^{29,52}, os resultados do TCA podem diferir em virtude do grau de «liberdade» reconhecido ao clínico em cada sistema legal.

Infelizmente, não coligimos informações sistemáticas sobre a utilização de substâncias, agressão e/ou detenções ou condenações para podermos comparar os resultados da nossa amostra com as dos outros estudos.

Apesar de a nossa amostra ser pequena e oriunda de um único centro, representa a maioria dos pacientes que transitaram para TCA no nosso hospital, que é responsável pelo tratamento psiquiátrico de quase 10% da população adulta do país, e dos que permaneceram nesse regime durante pelo menos um ano.

Reconhecemos que a falta de grupo de controlo é uma limitação do nosso estudo. Todavia, uma vez que o estudo do TCA levanta apreensões legais e éticas, os designs

para-experimentais que comparam pessoas de jurisdições com sistemas de saúde semelhantes, em que um permite o tratamento de comunidade compulsivo e o outro não, podem ser uma resposta²⁰, mas isto também se pode aplicar entre países, levando em consideração os critérios legais e os serviços disponíveis.

Por fim, os psiquiatras que aplicaram as escalas e os testes não estavam alheios à situação sintomática e de funcionamento dos pacientes. Porém, o nosso estudo é inovador ao apresentar resultados em diversas variáveis (sintomas, funcionamento e *insight*), algumas das quais raramente são estudadas, nomeadamente o funcionamento pessoal e social em diversos domínios, bem como a cognição, numa amostra de pacientes tratados naturalisticamente.

Declarações de interesse

A Dra. Sofia Brissos recebeu honorários por aulas, da Janssen Portugal. Os outros autores declaram que não existem potenciais conflitos de interesse.

Bibliografia

1. Pinfold V, Bindman J, Thornicroft G, et al: Persuading the persuadable: evaluating compulsory treatment in England using Supervised Discharge Orders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36(5): 260-6, 2001.
2. O'Reilly R: Does involuntary out-patient treatment work? *Psychiatric Bulletin* 25(10): 371-4, 2001.
3. Pridham KM, Berntson A, Simpson AI, et al: Perception of Coercion Among Patients With a Psychiatric Community Treatment Order: A Literature Review. *Psychiatric Services* 67(1): 16-28, 2016.
4. Swartz MS, Burns BJ, Hiday VA, et al: New directions in research on involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services* 46(4): 381-5, 1995.
5. Newton-Howes G, Banks D: The subjective experience of community treatment orders: patients' views and clinical correlations. *International Journal of Social Psychiatry* 60(5): 474-81, 2014.
6. Hernández-Viadel M, Calatayud GL, Nicolás CC, et al: Tratamiento ambulatorio involuntario: Opinión de las personas implicadas. *Archivos de Psiquiatria* 70(1): 65-74, 2007.
7. O'Reilly RL, Keegan DL, Elias JW: A Survey of the use of community treatment orders by psychiatrists in Saskatchewan. *Canadian Journal of Psychiatry* 45(1): 79-81, 2000.
8. Borum R, Swartz M, Riley S, et al: Consumer perceptions of involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services* 50(11): 1489-91, 1999.
9. Fox V: First person account: schizophrenia, medication, and outpatient commitment. *Schizophrenia Bulletin* 27(1): 177-8, 2001.
10. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR et al: Assessment of four stakeholder groups' preferences concerning outpatient commitment for persons with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 160(6): 1139-46, 2003.
11. O'Reilly RL, Keegan DL, Corring D, et al: A qualitative analysis of the use of community treatment orders in Saskatchewan. *International Journal of Law and Psychiatry* 29(6): 516-24, 2006.
12. McKenna BG, Simpson AI, Coverdale JH: Outpatient commitment and coercion in New Zealand: A matched comparison study. *International Journal of Law and Psychiatry* 29(2): 145-58, 2006.
13. Canvin K, Rugkåsa J, Sinclair J, et al: Patient, psychiatrist and family carer experiences of community treatment orders: qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49(12): 1873-82, 2014.
14. Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, et al: Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric Services* 52(3): 330-6, 2001.
15. Nakhost A, Perry JC, Frank D: Assessing the outcome of compulsory treatment orders on management of psychiatric patients at 2 McGill University-associated hospitals. *Canadian Journal of Psychiatry* 57(6): 359-65, 2012.
16. Patel MX, Matonhodze J, Baig MK, et al: Naturalistic outcomes of community treatment orders: antipsychotic long-acting injections versus oral medication. *Journal of Psychopharmacology* 27(7): 629-37, 2013.
17. Preston NJ, Kisely S, Xiao J: Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *British Medical Journal* 324(7348): 1244, 2002.
18. Kisely SR, Xiao J, Preston NJ: Impact of compulsory community treatment on admission rates: survival ana-

Conclusões

Os pacientes que mantiveram pressupostos legais para o TCA depois de um ano de *follow-up*, revelaram melhorias significativas no funcionamento pessoal e social, especificamente em *atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudos* e em *relações pessoais e sociais*, mesmo sem melhorias correlativas significativas nos sintomas, *insight* e desempenho cognitivo.

A informação naturalística, mas sistematizada, sobre pacientes que seguiram este regime é de extrema importância, uma vez que os psiquiatras não podem desrespeitar a lei, apenas porque os resultados de testes aleatoriamente controlados (que colocam questões éticas) não mostram a eficácia do TCA.

- lysis using linked mental health and offender databases. *The British Journal of Psychiatry* 184: 432-8, 2004.
19. Rugkåsa J, Molodynski A, Yeeles K, et al: Community treatment orders: clinical and social outcomes, and a subgroup analysis from the OCTET RCT. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 131(5): 321-9, 2015.
 20. Kisely SR, Campbell LA: Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Schizophrenia Bulletin* 41(3): 542-3, 2015.
 21. McIvor R: The community treatment order: clinical and ethical issues. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32(2): 223-8, 1998.
 22. Maughan D, Molodynski A, Rugkåsa J, et al: A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49(4): 651-63, 2014.
 23. Burns T, Yeeles K, Koshiaris C, et al: Effect of increased compulsion on readmission to hospital or disengagement from community services for patients with psychosis: follow-up of a cohort from the OCTET trial. *The Lancet Psychiatry* 2(10): 881-90, 2015.
 24. Vaughan K, McConaghy N, Wolf C, et al: Community treatment orders: relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(5): 801-8, 2000.
 25. Torrey EF, Kaplan RJ: A national survey of the use of outpatient commitment. *Psychiatric Services* 46(8): 778-84, 1995.
 26. Geller J, Grudzinskas AJ Jr, McDermeit M, et al: The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachusetts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 25(3): 271-85.
 27. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, et al: Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry* 156(12): 1968-75, 1999.
 28. Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, et al: Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *The Lancet* 381(9878): 1627-33, 2013.
 29. Brissos S, Oliveira JM, Sobreira G, et al: Compulsory outpatient treatment: descriptive analysis of patients followed in a specialized consultation in Portugal. Submitted to *Acta Medica Portuguesa*, 2015.
 30. Law n.º 36/98 of July 24: Mental Health Act. Documentation and Comparative Law Office. Available at: <http://www.gddc.pt/legislacao-lingua-estrangeira/english/lei-da-saude-mental.html>. Accessed 26 Dec 2015
 31. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA: The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13(2): 261-76, 1987.
 32. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, et al: Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101(4): 323-9, 2000.
 33. Brissos S, Palhavã F, Marques JG, et al: The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(7): 1077-86, 2012.
 34. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, et al: Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry* 150(6): 873-9, 1993.
 35. Marková IS, Berrios GE: The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86(2): 159-64, 1992.
 36. Vanelli I, Chendo I, Levy P, et al: Portuguese version of the Marková and Berrios Insight Scale. *Acta Medica Portuguesa* 23(6): 1011-6, 2010.
 37. Strauss E, Sherman SEM, Spreen O: *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms and Commentary*, 3rd edition. New York, Oxford University Press, 2006.
 38. American Psychiatric Association (eds): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 1994.
 39. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, et al: Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry* 162(3): 441-9, 2005.
 40. Segal SP, Preston N, Kisely S, et al: Conditional release in Western Australia: effect on hospital length of stay. *Psychiatric Services* 60(1): 94-9, 2009.
 41. Kisely S, Preston N, Xiao J, et al: An eleven-year evaluation of the effect of community treatment orders on changes in mental health service use. *Journal of Psychiatric Research* 47(5): 650-6, 2013.
 42. Patel MX, Matonhodze J, Baig MK, et al: Increased use of antipsychotic long-acting injections with community treatment orders. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 1(2): 37-45, 2011.
 43. Lambert TJ, Singh BS, Patel MX: Community treatment orders and antipsychotic long-acting injections. *The British Journal of Psychiatry. Supplement* 52: S57-62, 2009.
 44. Gisev N, Bell JS, Chen TF: A retrospective study of psychotropic drug use among individuals with mental illness issued a community treatment order. *International Journal of Clinical Practice* 68(2): 236-44, 2014.
 45. Cechnicki A, Hanuszkiewicz I, Polczyk R, et al: Prognostic value of duration of untreated psychosis

- in long-term outcome of schizophrenia. *Medical Science Monitor* 17(5): CR277-83, 2011.
46. Penttil M, Jaskelinen E, Hirvonen N, et al: Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 205(2): 88-94, 2014.
 47. Harvey PD: What is the evidence for changes in cognition and functioning over the lifespan in patients with schizophrenia? *Journal of Clinical Psychiatry* 75 Suppl 2: 34-8, 2014.
 48. Lepage M, Bodnar M, Bowie CR: Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 59(1): 5-12, 2014.
 49. Keefe RS: The longitudinal course of cognitive impairment in schizophrenia: an examination of data from pre-morbid through posttreatment phases of illness. *Journal of Clinical Psychiatry* 75 Suppl 2: 8-13, 2014.
 50. O'Reilly R, Dawson J, Burns T: Best practices: Best practices in the use of involuntary outpatient treatment. *Psychiatric Services* 63(5): 421-3, 2012.
 51. Morrissey JP: Perceived Coercion, Outpatient Commitment, and Reinvestment in Community Mental Health Programs. *Psychiatric Services* 67(1): 1, 2016.
 52. Churchill R, Owen G, Singh S, et al: *International Experiences of Using Community Treatment Orders*. London, Department of Health Institute of Psychiatry, 2007.

Tabela 1. Sintomas, funcionamento pessoal e social, *insight*, e desempenho neuro cognitivo de pacientes em TCA (tratamento compulsivo ambulatorio) no início e no *follow-up* após um ano.

Variável	Avaliação inicial (n=15)		Avaliação de <i>follow-up</i> após 1 ano		t-Test	p
	média	SD	média	SD		
PANSS positiva	13.5	3.34	12.3	2.97	0.993	0.339
PANSS negativa	17.4	4.91	18.1	4.82	0.535	0.602
PANSS geral	26.1	3.33	28.0	3.31	1.722	0.109
PANSS total	58.4	9.16	56.8	7.93	0.457	0.655
PSP	46.9	10.29	59.3	12.09	3.787	0.002
Berrios-Markova	11.9	3.07	10.0	4.09	0.975	0.349
SUMD	11.0	2.04	11.6	2.77	1.000	0.334
Trail-A (n=10)	52.8	29.54	49.7	29.33	0.812	0.438
Trail-B (n=10)	189.7	178.24	151.1	122.65	1.115	0.294
Digit Span (total) (n=4)	10.0	2.45	11.8	6.80	0.711	0.529
COWA (n=3)	13.0	2.65	18.0	6.08	2.500	0.130

SD Standard Deviation (Desvio Padrão), COT Compulsory Outpatient Treatment (Tratamento Compulsivo Ambulatorio), COWA Controlled Oral Word Association (Associação Verbal Controlada), PANSS Positive and Negative Syndrome Scale (Escala Positiva e Negativa do Síndrome), PSP Personal and Social Performance Scale (escala de Desempenho Pessoal e Social), SUMD Scale to Assess Unawareness of Disorder (Escala de Avaliação de Falta de Consciência do Distúrbio)

Fig. 1. Domínios de funcionamento pessoal e social de pacientes no início e no *follow-up* após um ano.