

Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico

MIGUEL XAVIER

JOSÉ MIGUEL CALDAS DE ALMEIDA

EDUARDO MARTINS

BERNARDO BARAHONA

VIVIANNE KOVÉSS

Este estudo multicêntrico comparativo teve como objectivo a avaliação de necessidades de cuidados de uma população de aproximadamente 500 indivíduos com esquizofrenia (50 no centro português), seguidos em dez centros universitários de sete países europeus (Portugal, Alemanha, Espanha, França, Holanda, Irlanda e Itália), todos com orientação comunitária, mas com assimetrias significativas na disponibilidade de recursos estruturais.

O «doente-padrão» correspondeu a um indivíduo do sexo masculino, solteiro, sem filhos, desempregado, dependente da família ou de pensão social, vivendo só (centros do Norte da Europa) ou com a família (Sul da Europa).



Miguel Xavier é professor auxiliar de Psiquiatria na Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa (UNL) e assistente graduado de psiquiatria no Hospital de São Francisco Xavier (HSFX).

José Miguel Caldas de Almeida é professor catedrático de Psiquiatria na Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e coordenador do *Mental Health Program, Division of Health Promotion and Protection*, Pan American Health Organization (PAHO), Washington, D. C. Eduardo Martins é assistente graduado de psiquiatria no HSFX. Bernardo Barahona é interno do internato complementar de psiquiatria no HSFX.

Vivianne Kovess é professora de Psiquiatria no Département de Recherche et d'Études en Santé Publique (Dresp), MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale), Paris.

No que se refere à avaliação de necessidades (efectuada pelo MRC-NCA), foram detectados no centro português 336 problemas (média de 6,7/doente, isto é, 3,5 na área clínica + 3,2 na área social), valores superiores à média da população total do estudo (6,1 problemas/doente, com 3,2 na área clínica + 2,9 na área social).

A resposta do centro português aos problemas identificados foi superior na área clínica (82%) relativamente à área social (64%), com *ratios* entre as necessidades cobertas e as não cobertas de 5,4 : 1 e 2,1 : 1, respectivamente. Esta tendência, comum aos outros centros do Sul da Europa, contrastou claramente com a resposta dada pelos países do Norte da Europa, mais ricos em dispositivos comunitários, os quais apresentaram níveis de necessidades alcançadas na área social muito mais elevados.

Finalmente, encontrou-se uma correlação negativa entre necessidades não alcançadas na área social e o número de lugares disponíveis em unidades de dia ($p = 0,015$) e em residências comunitárias ($p = 0,009$), não se encontrando, no entanto, qualquer associação estatisticamente significativa com o número de camas de internamento completo.

1. Introdução e objectivos

A prestação de cuidados psiquiátricos baseada em programas comunitários tem-se desenvolvido extraordinariamente nos países ocidentais industrializados nos últimos trinta anos, o que se tem traduzido num debate intenso acerca das vantagens entre esta abordagem terapêutica e a abordagem mais tradicional, centrada no hospital psiquiátrico.

Na sequência do movimento de desinstitucionalização (Bachrach, 1997), foi-se implementando progressivamente nos países ocidentais industrializados um conjunto importante de alternativas ao internamento dos doentes em hospitais psiquiátricos, consubstanciado em modelos e programas terapêuticos diferenciados, assente em cinco tipos de dispositivos essenciais (ambulatório, unidades de internamento em hospitais gerais, serviços de urgência e de intervenção na crise, unidades de dia e estruturas residenciais na comunidade), cuja efectividade se encontra fundamentada por estudos metodologicamente rigorosos (Stein, 1980; Houlton, 1983; Harding, 1987; Marks, 1994; Burns, 1995; Craig, 1997; Leff, 1997; Mueser, 1998).

Como seria previsível, esta modificação organizativa na prestação de cuidados assumiu características muito diversas nos vários países em que foi implementada, determinadas em larga escala pelo impacto das correntes ideológicas, pelas pressões sociais e pelos diferentes quadros económicos específicos de cada país.

Diferenças importantes podem ser encontradas, por exemplo, a nível do número de camas para doentes psiquiátricos, da articulação entre serviços de internamento e serviços ambulatoriais, da ligação com os cuidados primários de saúde, do número de estruturas intermédias e do apoio dos serviços de segurança social.

Apesar disso, até há uma década a literatura especializada revelava uma relativa escassez de estudos comparativos de avaliação do impacto das mudanças da política de saúde mental a nível dos doentes, dos profissionais, dos serviços e dos custos directos e indirectos, nomeadamente em Portugal. Este facto é tanto mais importante se se pensar que as diferenças no desenvolvimento de estruturas assistenciais na comunidade entre os diferentes países estão relacionadas predominantemente com a política de saúde que cada Estado segue, já que do ponto de vista estritamente clínico a maioria dos estudos disponíveis revela que as diferenças do estado clínico entre os doentes não são significativas (Craig, 1997).

Neste contexto, a Comunidade Europeia criou uma *task-force* (*Planning Group on Mental Health Care in the European Community*) responsável pela elaboração e fornecimento aos responsáveis pela política de saúde dos vários países da informação necessária sobre avaliação de modelos terapêuticos, de maneira que posteriormente se promovesse em cada país um redireccionamento seguro e eficaz de um sistema hospitalar tradicional para um sistema diversificado e baseado na comunidade, integrando as vertentes de prevenção, tratamento e reabilitação (Freeman, 1991).

Constatando logo numa primeira fase de levantamento de informação que o processo de transição estava em fases completamente diferentes de adiantamento nos diversos países europeus analisados, foi decidido por este grupo o desenvolvimento de um protocolo multicêntrico que permitisse efectuar um estudo de avaliação da prestação de cuidados integrados a doentes com esquizofrenia nesses países.

A esquizofrenia foi escolhida não só por razões de natureza metodológica (estratificação), mas também pelo reconhecimento do vasto leque de desafios que os doentes com este tipo de perturbação psiquiátrica colocam aos serviços (Caldas de Almeida e Xavier, 1997; Caldas de Almeida, 1997a e 1997b), quer pela natureza específica das suas necessidades (clínicas, funcionais, autonomia, competências sociais), quer pela relativa impreparação das instituições em determinadas áreas de intervenção terapêutica (reabilitação psicossocial, integração laboral, apoio à família, alternativas residenciais, etc.).

Em 1994, após um longo processo de colaboração entre investigadores de vários países, tornou-se possível chegar a acordo quanto à efectivação deste estudo e quanto à sua coordenação central, tendo esta última ficado a cargo da APAQESM (*Association pour l'Assurance Qualité en Santé Mentale*), em Paris.

Foi assim constituído um comité executivo, designado por ERGOS (*European Research Group on Schizophrenia*), composto por representantes de sete países europeus, que estabeleceu os seguintes objectivos para o estudo:

- Identificar e avaliar as necessidades de cuidados de uma população de doentes esquizofrénicos seguidos em serviços de psiquiatria de diferentes países europeus;
- Determinar em que medida essas necessidades encontram uma resposta adequada por parte dos serviços.

A utilização do conceito de «necessidades» como indicador de diferenciação entre os vários centros decorreu de dois factores principais: por um lado, o reconhecimento da grande amplitude das consequências da esquizofrenia enquanto perturbação psiquiátrica, a qual coloca problemas dificilmente redutíveis aos aspectos clínico-nosológicos, alargando-se às áreas da desvantagem e do défice; por outro, a opção pela assumpção de uma lógica de cuidados (mais lata), em alternativa a uma lógica de tratamentos (mais estrita), no seguimento dos desenvolvimentos teóricos elaborados por Wing (Wing, 1990).

2. Metodologia

2.1. Contexto

Neste estudo estiveram envolvidos dez serviços universitários de psiquiatria localizados em Manheim (Alemanha), Granada (Espanha), La Verrière, Lille, Lyon e St. Étienne (França), Groningen (Holanda), Dublin (Irlanda) e Cagliari (Itália), tendo a participação portuguesa ficado a cargo da Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, que coexiste com o Departamento de Psiquiatria do Hospital de São Francisco Xavier, serviço responsável pela prestação de cuidados num sector de 280 000 habitantes. Em comum, todos os centros representados no estudo apresentavam um modelo conceptual e organizativo baseado nos princípios da psiquiatria comunitária, com integração em hospitais gerais universitários e ligação aos cuidados primários de saúde. A comparação entre os vários centros pode ser efectuada a partir da análise da *Tabela 1*, na qual é evidente a escassez de recursos estruturais do centro português (e. g., camas, residências protegidas), aliás comum aos outros centros do Sul da Europa.

2.2. Desenho e condução do estudo

Foi delineado um estudo prospectivo de coortes, naturalista, com duas avaliações (T0 e T1) separadas por um ano. A população-alvo foi constituída pelos indivíduos assinalados nos «registos informáticos de casos» (*case registers*) com diagnóstico de esquizofrenia, idade compreendida entre 18 e 65 anos e contacto com o respectivo centro há pelo menos um ano. As coortes finais (projectadas para 50 indivíduos/centro) foram constituídas por extracção aleatória, sendo o critério definitivo de inclusão a confirmação

do diagnóstico através de entrevista com o sistema SCAN-PSE10 (efectuada após consentimento informado). Para a caracterização das coortes foram seleccionadas variáveis sócio-demográficas (sexo, estado civil, ocupação, fonte de rendimento, alojamento), clínicas (início da doença, data do primeiro contacto com instituições psiquiátricas, internamentos anteriores, abuso de álcool/drogas) e de estado de necessidade de cuidados (secções clínica e psicossocial). O trabalho de campo do centro português decorreu no Hospital de São Francisco Xavier, com uma equipa de investigação constituída por quatro psiquiatras, os quais mantiveram reuniões regulares para uniformização de procedimentos, nomeadamente quanto à utilização dos instrumentos de avaliação (apresentação do formato, aplicação, anonimato) e aferição sistemática do grau de concordância interentrevistadores. Nas reuniões de coordenação central (Paris) foi feita igualmente a aferição da concordância interentrevistadores dos diversos centros a partir de vinhetas clínicas. Os primeiros resultados globais deste projecto foram publicados em 1999 (Kovess, 1999); neste artigo (o primeiro publicado a nível nacional, após autorização da coordenação central) apresentam-se os resultados da avaliação inicial (T0) da coorte do centro português, comparativamente aos restantes centros europeus.

2.3. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

- **SCAN-Present State Examination (PSE10)** (Wing *et al.*, 1990) — entrevista semiestruturada

Tabela 1
Recursos estruturais dos serviços de psiquiatria integrados no estudo — *ratio* por 1000 habitantes

	Lille França	Lyon França	St. Étienne França	La Verrière França	Mannheim Alemanha	Dublin Irlanda	Groningen Holanda	Cagliari Itália	Lisboa Portugal	Granada Espanha
	84 000	118 000	206 000	n. a.	320 000	254 000	998 000	70 000	280 000	395 000
Camas (hospitais gerais e psiquiátricos)	0,30	0,41	0,39	n. a.	0,90	0,38	2,29	0,21	0,10	0,14
Vagas em unidade de dia	1,00	0,21	0,47	n. a.	0,04	0,59	0,74	0,00	0,04	0,06
Vagas em residência protegida	2,60	0,14	0,13	n. a.	0,78	0,45	0,35	0,00	0,00	0,06
Total	3,90	0,76	0,98	n. a.	1,72	1,42	3,38	0,21	0,14	0,26

n. a. — não aplicável por ausência do sector geodemográfico atribuído.

(OMS), para exame do estado mental e exploração psicopatológica, que permite a avaliação do momento actual (*present state*) e de toda a história da doença (*life before*), com algoritmo informático associado (CATEGO) para elaboração de diagnóstico de acordo com a CID-10; a cada diagnóstico o programa associa um índice de definição (ID), com um intervalo de 1 a 8, que indica a probabilidade de caso *vs.* não-caso, funcionando como um indicador ordinal de gravidade da situação clínica.

Os investigadores portugueses foram certificados após formação efectuada por peritos do Centro Colaborador da OMS — Universidade de Cantábria (Prof. Vazquez-Barquero).

- **Needs for Care Assessment Schedules (NCA)** (Brewin, 1987) — instrumento especificamente destinado à caracterização do estado de necessidade de cuidados de indivíduos com perturbações psiquiátricas graves, desenvolvido por Brewin e baseado em três pressupostos:

- existe uma necessidade de cuidados (*need for care*) sempre que: *a)* o nível de funcionamento psicológico e social de um indivíduo desça abaixo de um critério previamente estabelecido; e *b)* essa descida seja originada por uma causa potencialmente remediável;
- Considera-se que uma necessidade é alcançada (*met need*) a partir do momento em que é providenciada ao indivíduo uma intervenção pelo menos parcialmente efectiva e não existe outra alternativa terapêutica potencialmente mais eficaz;
- Considera-se que uma necessidade é não alcançada (*unmet need*) sempre que: *a)* não é providenciado qualquer tipo de intervenção, ou *b)* é providenciada uma intervenção apenas parcialmente efectiva, quando existem outras alternativas potencialmente mais eficazes.

A caracterização do grau de necessidades (*need status*) é feita em três passos: numa primeira fase procede-se à identificação de problemas nas áreas clínica (*psicopatologia e alterações do comportamento*) e psicossocial (*competências sociais e autonomia*) do doente, num total de 22 dimensões (e. g., sintomas positivos, efeitos acessórios da medicação, heteroagressividade, autonomia na utilização de transportes, etc.), a partir dos dados fornecidos pelo elemento responsável pelo *case-management* do doente; para cada uma destas áreas de funcionamento, o MRC-NCA especifica em seguida um grupo de intervenções terapêuticas potenciais, que são cotadas quanto à sua efectividade na melhoria/

recuperação dos problemas previamente identificados — da conjunção das duas vertentes (problema/intervenção apropriada) fica, finalmente, definido o estado de necessidade de cuidados (nomeadamente o *ratio* necessidade alcançada/necessidade não alcançada, indicador directo da qualidade de resposta e intervenção dos serviços).

O estudo de fiabilidade interavaliadores (estatística *K*), a partir de casos descritos em vinhetas que submetemos à supervisão directa do autor do instrumento (Prof. Chris Brewin, *Institute of Psychiatry*, Londres), revelou valores de *K* de 0,69 e 0,61 nas secções clínica e de funcionamento social (concordância interavaliadores de 88% e 84%, respectivamente), sobreponíveis aos resultados de concordância intercentros, efectuados nas reuniões de coordenação (Paris).

2.4. Análise estatística

A descrição das variáveis foi efectuada segundo a sua tipologia (qualitativa, quantitativa) de acordo com a notação estatística clássica (Page, 1995).

Para a comparação entre variáveis (sem critérios de normalidade) utilizou-se o teste não paramétrico do χ^2 , com aplicação da correcção de Yates e cálculo de probabilidade de Fisher nas situações em que tal estava indicado (percentagem de células com frequência observadas < 5 superior a 20% do número total de células).

A associação entre variáveis foi testada através do cálculo do *r* de Spearman (análise de correlação não paramétrica), dado que o incumprimento dos critérios de normalidade num número significativo de variáveis impediu a determinação do coeficiente de correlação de Pearson.

3. Resultados

Uma vez que este trabalho incide sobre o centro português, referem-se predominantemente os resultados obtidos no DPSM-HSFX. A comparação com os resultados dos outros centros (disponível nas tabelas que se seguem) será especificamente abordada na discussão e conclusões do estudo.

4. Avaliação sócio-demográfica e clínica

Nos 50 doentes incluídos a idade distribuía-se entre 20 e 55 anos (média, 34; *dp*, 8,4), pertencendo 82% ao sexo masculino. Residiam todos na comunidade, na maioria dos casos com os pais ou o cônjuge (96%), predominando o estado civil de solteiro (86%). O nível

de escolaridade era médio-baixo (88%), 28% não tinham qualquer formação técnico-laboral, 64% estavam desempregados (economicamente dependentes da família e da segurança social) e 4% integrados em emprego protegido (*Tabela 2*).

A idade média no início das manifestações clínicas e de primeiro contacto com serviços especializados era de $22,6 \pm 5,9$ e $23 \pm 6,3$ anos, respectivamente (*Tabela 3*).

Todos os doentes eram seguidos em ambulatório, com uma média de internamentos psiquiátricos em toda a história anterior de 2,6/indivíduo.

Na avaliação do estado mental (SCAN-PSE10), 44% dos doentes não apresentavam no momento da entrevista (*present episode*) os critérios necessários para gerar um diagnóstico de esquizofrenia (ICD-10) a partir do programa CATEGO (isto é, estavam em remissão sintomática — ID < 6, *não-caso*), os quais só surgiam na caracterização de toda a história da doença (*life before*).

5. Avaliação da necessidade de cuidados

De acordo com a filosofia do instrumento MRC-NCA, na apresentação destes resultados utilizou-se a sequência *identificação de problemas e determinação do estado de necessidade*.

a) Identificação de problemas (áreas clínica e psicossocial)

De acordo com a notação do NCA, os problemas foram divididos em *actuais*, se estavam presentes no

mês anterior ao momento da avaliação, e *recentes*, se se tinham manifestado nos últimos dois anos (mas não no mês anterior à avaliação) ou ainda se existia um risco plausível de voltarem a manifestar-se. Foram identificados 336 problemas no total, englobando as secções clínica (média, 16,1/item) e psicossocial (média, 14,4/item), equivalentes a um número médio de 6,7 problemas por doente.

Na secção clínica (*psicopatologia e alterações do comportamento*), com 177 problemas detectados (média de 3,5 problemas/doente), os problemas *actuais* mais frequentes eram (*Quadro I*) a *lentificação psicomotora* (50%), a *sintomatologia psicótica positiva* (48%) e a *preocupação persistente/distress* (22%), esta última relacionada com as dificuldades sentidas em encontrar um emprego e/ou estabelecer uma relação afectiva. A presença de *efeitos secundários*, a *sintomatologia neurótica* e a *co-morbilidade orgânica* apresentavam uma frequência menor (entre 10 e 14%), e noutros itens a expressão era quase nula (*psicose orgânica, abuso de substâncias, comportamento auto/heteroagressivo e socialmente inadequado*).

Relativamente aos problemas *recentes/risco*, os itens mais afectados eram, por ordem decrescente, a *sintomatologia psicótica positiva* (52%), o *comportamento socialmente inadequado* (40%), a presença de *efeitos secundários* (34%) e o *comportamento auto/heteroagressivo* (24%).

O número total de problemas identificados na secção psicossocial (*competências sociais e autonomia*) era menor do que na área clínica (159 problems, equivalentes a um número médio de 3,2 problemas por doente), embora a representatividade de problemas *actuais versus problemas recentes/risco* fosse mais acentuada (*Quadro II*).

Quadro I
Identificação dos problemas — psicopatologia e alterações do comportamento

Problemas	Actuais		Recentes/risco		Total	
	n	%	n	%	n	%
Psicopatologia e alterações do comportamento						
Sintomas psicóticos positivos	24	48	26	52	50	100
Lentificação	25	50	6	12	31	62
Efeitos secundários da medicação	7	14	17	34	24	48
Sintomas neuróticos	5	10	3	6	8	16
Psicose orgânica	0	—	0	—	—	—
Doenças somáticas	6	12	1	2	7	14
Comportamento auto/heteroagressivo	0	—	12	24	12	24
Comportamento socialmente inadequado	0	—	20	40	20	40
Preocupações persistentes	11	22	3	6	14	28
Consumo de álcool	1	2	7	14	8	16
Consumo de drogas	0	—	3	6	3	6
Número total de problemas	79	—	98	—	—	177
Número médio de problemas/doente	1,6	—	1,9	—	—	3,5

Tabela 2
Caracterização sócio-demográfica

	Lille França	Lyon França	La Verrière França	St. Étienne França	Mannheim Alemanha	Dublin Irlanda	Groningen Holanda	Cagliari Itália	Lisboa Portugal	Granada Espanha
Número de indivíduos	46	44	27	49	66	64	48	20	50	84
Masculino (%)	65	73	63	78	61	61	54	80	82	75
Idade — média (dp)	37 (9,2)	38 (9,8)	38 (10,8)	37 (9,5)	35 (10,8)	43 (10,5)	40 (7,4)	33 (10)	34 (8,4)	35 (8,7)
Solteiros (%)	69	83	89	82	68	67	58	80	86	82
Residência protegida (%)	13	27	11	10	36	3	30	10	0	1,2
Residência com família (%)	78	73	89	86	n. a.	81	71	90	100	99
Sem treino profissional (%)	41	50	37	24	n. a.	67	50	50	28	74
Frequência de universidade (%)	0	14	30	4	n. a.	0	8	10	6	4
Salário regular (%)	9	10,5	11	4	n. a.	12,5	15	0	16	11
Pensão social (%)	84	82	78	94	77	77	67	10	28	64

n. a. — dados não fornecidos.

Tabela 3
Caracterização clínica

	Lille França N = 50	Lyon França N = 45	St. Étienne França N = 50	La Verrière França N = 27	Mannheim Alemanha N = 66	Dublin Irlanda N = 64	Groningen Holanda N = 48	Cagliari Itália N = 20	Lisboa Portugal N = 50	Granada Espanha N = 84	Total (N = 504)
Idade de início (média, dp)	18 (4,7)	20 (5,4)	20 (4,4)	22 (5,0)	26 (8,8)	24 (6,29)	25 (7,3)	20 (5,6)	23 (5,9)	21 (5,0)	22
Primeiro contacto (média, dp)	20 (4,59)	21 (6,8)	22 (5,0)	24 (4,5)	23 (7,4)	26 (6,7)	25 (7,4)	22 (6,3)	23 (6,3)	23 (6,4)	23
Em ambulatório (%)	33	29	56	26	100	84	48	20	100	90	59
Em hospital de dia (%)	55	44	16	52	0	13	0	50	0	6	24
Em internamento (%)	12	27	28	22	0	3	23	30	0	4	15
Medicação antipsicótica (%)	90	100	98	100	92	100	60	85	100	99	92

Os itens mais afectados (momento actual) abrangiam as actividades de *gestão do dinheiro* (72%), *ocupação/perícias laborais* (40%), *resolução de assuntos pessoais* (34%), *realização de compras* (32%), *preparação de refeições simples* (32%) e *tarefas domésticas básicas* (28%), ao passo que não se encontraram problemas significativos nos itens *educação* e *utilização de transportes públicos*.

b) Determinação do estado de necessidade (need status)

Do total de 177 problemas identificados na secção clínica, as necessidades de cuidados estavam alcança-

das em 145 situações (82%), não alcançadas em 27 (15,2%), tendo sido consideradas como não alcançáveis em 5 situações (2,8%), por recusa das intervenções terapêuticas propostas (*Quadro III*); globalmente, encontrou-se um *ratio* necessidade alcançada/necessidade não alcançada de 5,3 : 1. As necessidades de cuidados estavam totalmente satisfeitas nos itens *consumo de drogas*, *comportamento auto/heteroagressivo*, *comportamento socialmente inadequado*, e maioritariamente cobertas nas áreas de *sintomatologia psicótica positiva*, *sintomatologia neurótica*, *efeitos secundários da medicação*, *doenças orgânicas* e *consumo de álcool*. As proporções mais elevadas de necessidades não alcançadas foram detectadas nas áreas de *lentificação*

Quadro II
Identificação dos problemas — competências sociais e autonomia

Problemas	Actuais		Recentes/risco		Total	
	n	%	n	%	n	%
Competências sociais e autonomia						
Higiene pessoal	3	6	2	4	5	10
Compras	16	32	3	6	19	38
Preparação de alimentos	16	32	0	—	16	32
Tarefas domésticas básicas	14	28	2	4	16	32
Utilização de transportes públicos	2	4	1	2	3	6
Utilização de espaços de lazer	4	8	1	2	5	10
Educação	0	—	0	—	—	—
Ocupação/perícias laborais	20	40	9	18	29	58
Comunicação	10	20	0	—	10	20
Gestão do dinheiro	36	72	2	4	38	76
Resolução de assuntos pessoais	17	34	1	2	18	36
Número total de problemas	138	—	21	—	159	—
Número médio de problemas/doente	2,8	—	0,4	—	3,2	—

Quadro III
Estado de necessidade de cuidados — psicopatologia e alterações do comportamento

Psicopatologia e alterações do comportamento	Problemas	Necessidades					
		alcançadas		não alcançadas		não alcançáveis	
	n	n	%	n	%	n	%
Síntomas psicóticos positivos	50	48	96	2	4	0	—
Lentificação	31	11	35	17	55	3	10
Efeitos secundários da medicação	24	22	92	2	8	0	—
Síntomas neuróticos	8	7	88	1	12	0	—
Psicose orgânica	0	0		0	—	0	—
Doenças somáticas	7	6	86	1	14	0	—
Comportam.auto/heteroagress.	12	12	100	0	—	0	—
Comport. socialm.inadequado	20	20	100	0	—	0	—
Preocupações persistentes	14	9	64	3	21	2	15
Consumo de álcool	8	7	88	1	12	0	—
Consumo de drogas	3	3	100	0	—	0	—
Número total	177	145	—	27	—	5	—
Percentagem do número total de problemas	—	—	82	—	15,2	—	2,8

(55%) e *preocupação persistente* (21%), igualmente responsáveis pelas necessidades consideradas não alcançáveis.

Na secção psicossocial (*Quadro IV*), do número total de 159 problemas detectados, as necessidades de cuidados estavam alcançadas em 101 situações (63,5%), não alcançadas em 48 (30,2%) e julgadas como não alcançáveis em 10 casos (6,3%); nesta secção, o *ratio* necessidade alcançada/necessidade não alcançada foi de 2,1 : 1.

As necessidades estavam maioritariamente cobertas nas áreas de *higiene pessoal* e nos itens referentes às tarefas domésticas (*preparação de alimentos, compras, tarefas básicas, gestão doméstica*), enquanto os itens com maior proporção de necessidades não alcançadas corresponderam às áreas de *comunicação, utilização de transportes públicos, actividades de lazer, ocupação/perícias laborais e resolução de assuntos pessoais*.

Em resumo, o *ratio* global entre as necessidades alcançadas e as não alcançadas foi de 3,7/1, encontrando-se uma diferença significativa (χ^2 , 11,26; p , 0,0008) entre as secções clínica e psicossocial.

6. Discussão

Neste projecto multicêntrico foram avaliados 504 indivíduos (50 em Portugal) com diagnóstico de esquizofrenia, seguidos em dez departamentos de psiquiatria de sete países diferentes.

Na análise dos resultados é importante reforçar que, embora todos os centros apresentassem princípios estratégicos inscritos no contexto da psiquiatria comu-

nitária, existiam diferenças estruturais e de recursos consideráveis entre eles (*Tabela 1*), que dificilmente poderiam deixar de se reflectir no estado de necessidade de cuidados dos doentes com esquizofrenia.

Do ponto de vista das características sócio-demográficas, os resultados obtidos no centro português foram similares ao «doente-padrão» definido pela média de todos os elementos dos vários centros: adulto (média, 37 anos), sexo masculino (68%), solteiro, sem filhos, com o ensino secundário incompleto, desempregado e dependente de terceiros para a sua subsistência.

Apesar de os estudos conduzidos pela OMS indicarem taxas de prevalência semelhantes para os dois sexos (Murray, 1992), a maior percentagem de homens neste estudo é congruente com a literatura científica, que mostra uma preponderância significativa do sexo masculino na prevalência tratada da esquizofrenia (Jablensky, 1992; Sytema, 1994), para o que poderá contribuir um variado número de factores, tais como um início mais tardio da doença na mulher, um melhor funcionamento pré-mórbido e um papel social mais protegido na maioria das culturas (Kendler, 1995).

Relativamente a outras variáveis sócio-demográficas, encontraram-se diferenças significativas ($p < 0,001$) a nível do alojamento, com a grande maioria dos doentes dos centros do Sul da Europa e da Irlanda a viverem com a família, ao invés dos países do Norte, nos quais os doentes viviam sozinhos, habitualmente em apartamentos ou residências protegidas, e ainda a nível do apoio dado pela segurança social (e. g., pensão), significativamente inferior nos centros portugueses e italiano ($p < 0,002$).

Quadro IV

Estado de necessidade de cuidados — competências sociais e autonomia

Competências sociais e autonomia	Problemas <i>n</i>	Necessidades					
		alcançadas		não alcançadas		não alcançáveis	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Higiene pessoal	5	5	100	—	—	—	—
Compras	19	16	84	2	11	1	5
Preparação de alimentos	16	13	81	2	13	1	6
Tarefas domésticas básicas	16	12	75	1	6	3	19
Utilização de transportes públicos	3	1	33	2	64	—	—
Utilização de espaços de lazer	5	1	20	3	60	1	20
Educação	0	—	—	—	—	—	—
Ocupação/perícias laborais	29	12	41	16	55	1	4
Comunicação	10	—	—	9	90	1	10
Gestão do dinheiro	38	30	79	7	18	1	3
Resolução de assuntos pessoais	18	11	61	6	33	1	6
Número total	159	101	—	48	—	10	—
Percentagem do número total de problemas	—	—	63,5	—	30,2	—	6,3

Este aspecto reflecte a forma como nos países do Sul da Europa a família continua a ser a estrutura de suporte prevalecte, ainda que à custa de níveis de sobrecarga objectiva e subjectiva (*family burden*) por vezes muito elevados, como se depreende de outros estudos multicêntricos nos quais o centro português tem participado (Magliano, Fadden e Caldas de Almeida 1998; Magliano, Fadden e Xavier, 1998 e 2000).

Passando à avaliação clínica, mais uma vez os resultados do centro português foram sobreponíveis aos resultados médios da população total em estudo: idade média de início das manifestações clínicas e primeiro contacto com serviços especializados aos 23 anos, contra uma média global de 22 e 23 anos, respectivamente.

Na avaliação do estado mental (SCAN-PSE10) verificou-se que 44% dos doentes estavam em remissão sintomática (sem critérios no momento da entrevista SCAN-PSE10 suficientes para originarem um diagnóstico de esquizofrenia). Este resultado deve ser ponderado à luz das contribuições que a epidemiologia tem vindo a fornecer à psiquiatria, contestando o pessimismo prognóstico que durante muito tempo matizou a investigação sobre o *outcome* da esquizofrenia: para além de proporções de bom prognóstico referenciadas sistematicamente acima de 30% (Bland, 1978; Jablensky, 1992), foi descrita em vários estudos a existência de uma relação entre a duração do período de *follow-up* e a proporção de doentes referenciados como melhorados, com indicadores de prognóstico mais benignos nos estudos longitudinais mais prolongados (Huber, 1980; Hegarty, 1994).

Apesar das semelhanças sócio-demográficas e clínicas entre os doentes seguidos nos diversos centros, devemos assinalar aqui que tal facto não assegura de forma alguma a representatividade estatística da população estudada: esta limitação aplica-se tanto à coorte nacional (quando muito representativa da população seguida no centro, mas não da população de doentes com esquizofrenia de todo o país) como à dos outros centros, nos quais o problema se coloca exactamente da mesma forma.

Acresce, como limitação suplementar, que a aplicação de critérios de inclusão relativamente estritos excluiu das amostras um conjunto de indivíduos cujo perfil de necessidades seria relevante conhecer, tais como os doentes sem abrigo ou os casos mais recentes, isto é, com menos de um ano de evolução. A exclusão quase sistemática de doentes com este perfil (e. g., sem abrigo, sem adesão ao programa terapêutico, abuso de substâncias) é um problema de há muito assinalado na investigação sobre a esquizofrenia, com implicações tanto a nível da representatividade dos resultados como a nível do planeamento

dos serviços, onde podem não ser contemplados enquanto população com necessidades especiais (Bachrach, 1992; Xavier, 1999).

No que respeita à avaliação da necessidade de cuidados, constatou-se a existência de diferenças significativas entre os vários centros, nomeadamente entre centros de países do Norte e do Sul da Europa.

Resumindo os resultados do centro português, verificou-se que todos os doentes tinham pelo menos um problema actual ou recente nas secções clínica e psicossocial, exceptuando as áreas de *psicose orgânica* e de *educação*.

No total, foram identificados 336 problemas, equivalentes a um número médio de 6,7 problemas por doente (3,5 na área clínica + 3,2 na área psicossocial): estes valores foram superiores à média da população total do estudo, que evidenciou um valor de 6,1 problemas/doente (3,2 na área clínica + 2,9 na área psicossocial), se bem que a diferença não tenha alcançado significância estatística (*Tabela 4*).

Começando a análise comparativa pela secção clínica, a maior percentagem de problemas no centro português foi detectada nas áreas da *sintomatologia produtiva, lentificação e efeitos secundários da medicação*, à semelhança do padrão de resultados encontrado em toda a população estudada. Refira-se que este padrão foi similar ao encontrado noutros estudos prévios (Brugha, 1988; Wiersma *et al.*, 1996), sugerindo a existência de uma panóplia de problemas clínicos relativamente independentes da natureza e estrutura do *setting* terapêutico.

Quanto ao estado de necessidade de cuidados, verificou-se uma resposta globalmente positiva do centro português na resolução dos problemas clínicos: as necessidades foram consideradas alcançadas em 82% dos problemas, não alcançadas em 15% e não alcançáveis em 3%, neste último caso por recusa das propostas terapêuticas por parte dos doentes.

A comparação com os resultados globais (79% de necessidades alcançadas) parece assim mostrar uma efectividade similar dos vários centros na resposta às necessidades na área clínica, aliás em concordância com vários outros estudos preliminares efectuados em diversos países europeus e no Canadá (Wiersma, 1996); ainda assim, os centros do Sul da Europa apresentaram proporções mais elevadas de necessidades não alcançadas do que a média global, se bem que a baixa percentagem de necessidades não alcançáveis em alguns centros (por exemplo, Lisboa, Granada) possa sugerir que existiam situações em que a resolução do problema não só não ocorreu, como nem sequer foi proposta ao doente, na forma de uma intervenção terapêutica adequada.

No que respeita à secção psicossocial, mantiveram-se as semelhanças entre o centro português e os outros

Tabela 4
Problemas identificados e estado de necessidade de cuidados

	Lille França N = 50	Lyon França N = 45	St. Étienne França N = 50	La Verrière França N = 27	Mannheim Alemanha N = 66	Dublin Irlanda N = 64	Grotingen Holanda N = 48	Cagliari Itália N = 20	Lisboa Portugal N = 50	Granada Espanha N = 84	Total (N = 504)
Problemas clínicos (média)	2,4	3,8	3,5	3,4	3,5	2,1	2,1	3,7	3,5	3,5	3,2
Problemas sociais (média)	2,7	3,0	2,8	2,5	2,5	2,6	1,8	4,7	3,2	3,8	2,9
Total	5,1	6,8	6,4	5,9	6,0	4,7	3,9	8,4	6,7	7,3	6,1
Necessidades (área clínica)											
• Alcançadas (%)	80	82	79	97	80	75	60	71	82	80	79
• Não alcançadas (%)	5	5	10	0	11	5	15	13	15	12	9
• Não alcançáveis (%)	15	13	11	3	9	13	25	16	3	8	12
						7 n. a.					
Necessidades (área social)											
• Alcançadas (%)	63	68	55	68	72	60	65	39	64	40	59
• Não alcançadas (%)	7	14	9	7	8	14	8	37	30	41	18
• Não alcançáveis (%)	30	17	27	25	20	22	27	24	6	19	22
						4 n. a.					
Ratio alcançadas/não alcançadas											
• Área clínica	15,7:1	16,4:1	7,7:1	–	7,3:1	14,6:1	3,9:1	5,3:1	5,4:1	6,7:1	8,3
• Área social	8,4:1	4,9:1	5,9:1	9,7:1	9,0:1	2,7:1	8,0:1	1,1:1	2,1:1	1,0:1	5,3
• Total	11,1:1	8,7:1	6,9:1	27,0:1	7,8:1	4,6:1	5,2:1	2,0:1	3,3:1	2,1:1	7,9

centros, com a maior proporção de problemas actuais detectados a incidir sobre as áreas de *ocupação/perfícias laborais, resolução de assuntos pessoais, tarefas domésticas básicas e gestão do dinheiro*. Curiosamente, nas áreas relativas às *tarefas domésticas (básicas, compras, cozinha)*, os doentes dos centros português, espanhol e italiano evidenciaram um número claramente superior de problemas comparativamente aos doentes seguidos nos outros centros. Na interpretação destes resultados deverão ser necessariamente levados em conta aspectos de cariz sócio-cultural, relacionados com a natureza dos papéis socialmente atribuídos aos indivíduos do sexo masculino nos países do Sul da Europa, já anteriormente assinalados noutros estudos (Lesage, 1991), e que põem em questão se o não desempenho de tarefas domésticas básicas constitui ou não um problema concreto, requerendo uma intervenção, nos casos em que a família providencia regularmente esses cuidados ao doente. Embora noutros estudos (Lesage, 1991) a opção tenha sido considerar estes casos «não aplicáveis» para efeito de cotação, foi decidido neste projecto proceder de modo diverso (e uniforme entre os centros), isto é, considerar a existência de um problema sempre que se detectasse uma limitação de um nível aceitável de autonomia e remeter o papel dos agentes externos (família, rede de suporte) para o momento da determinação do estado de necessidades.

No que se refere ao estado de necessidade de cuidados dos doentes seguidos no centro português, verificou-se que as necessidades foram alcançadas em 56,5% dos problemas, não alcançadas em 38,2%, tendo sido consideradas não alcançáveis em 5,3% das situações (recusa participar nas intervenções propostas).

A análise preliminar destes resultados permite desde logo verificar o contraste existente com os resultados obtidos na secção clínica: enquanto nesta o *ratio* entre as necessidades cobertas e as não cobertas foi de 5,4 : 1, na secção psicossocial o *ratio* encontrado foi de 2,1 : 1, traduzindo de forma bem ilustrativa a menor efectividade da resposta do centro às necessidades identificadas nesta secção.

Adicionalmente, e ao contrário do que acontecia com as necessidades da secção clínica, o padrão de estado de necessidade de cuidados apresenta nesta secção um formato claramente bimodal, quando se compararam todos os centros entre si: enquanto os países do Norte da Europa (à excepção da Irlanda) apresentaram um *ratio* entre as necessidades cobertas e as não cobertas superior à média global (5,3 : 1), os centros de Lisboa, Granada e Cagliari evidenciaram *ratios* muito menores (intervalo entre 1 : 1 e 2,7 : 1). Acresce a isto o facto de que, caso as famílias não tivessem

garantido as necessidades de muitos dos doentes oriundos do Sul da Europa, a diferença entre os *ratios* teria sido consideravelmente mais acentuada. Este achado pode ser considerado o resultado crucial desta fase do projecto, uma vez que demonstra de forma cabal que, se, quanto à efectividade clínica (baseada nos cuidados médicos, muito particularmente nas intervenções psicofarmacológicas), as diferenças entre os centros são pouco significativas, já no que respeita à efectividade na área psicossocial (dependente do desenvolvimento de programas estruturados de reabilitação) os centros menos apetrechados em recursos comunitários, do Sul da Europa, apresentam resultados muito inferiores aos seus congéneres do Norte.

Estes resultados foram confirmados por análise estatística, que revelou a existência de uma correlação (Spearman) de sinal negativo altamente significativa entre necessidades não alcançadas na área social e o número de lugares disponíveis tanto em unidades de dia ($r = -77$; $p = 0,01$) como em residências comunitárias ($r = -82$; $p = 0,009$), não se encontrando, por outro lado, qualquer associação estatisticamente significativa com o número de camas de internamento completo.

7. Conclusões

Neste projecto procedeu-se à avaliação de necessidades de cuidados de uma população de aproximadamente 500 indivíduos com esquizofrenia (50 no centro português) seguidos em dez centros universitários de sete países europeus.

Do ponto de vista sócio-demográfico e clínico, não se encontraram diferenças muito significativas entre os doentes dos vários centros, excepção feita ao alojamento, que, no caso dos países do Sul, continuava a fazer-se quase exclusivamente em casa, junto às famílias de origem, que se constituíam assim como a rede de suporte mais importante para estes doentes. Apesar daquela similitude, a impossibilidade de assegurar a representatividade da população estudada relativamente à população global de indivíduos com esquizofrenia, decorrente da exclusão de determinados grupos de doentes (e. g., sem abrigo, primeiro contacto com os serviços especializados há menos de um ano), acentua a premência de estender a investigação a estes grupos particulares de doentes, de modo a poder adequar o planeamento às necessidades encontradas.

No que se refere à avaliação da necessidade de cuidados, verificou-se globalmente uma associação inversa entre a disponibilidade de recursos diversificados na comunidade e o estado de necessidade de

cuidados dos doentes com esquizofrenia: quanto menor o grau de diferenciação de estruturas e de programas terapêuticos, maior a proporção de necessidades não alcançadas.

Como conclusão central desta primeira fase do projecto (avaliação no momento T0), numa perspectiva de comparação entre o centro português e os outros centros, ressaltou o facto de que mesmo num serviço regido pelos princípios da psiquiatria social e comunitária existe uma diferença significativa na capacidade de resposta às necessidades de cuidados nas áreas clínicas *versus* nas áreas de competências sociais dos doentes com esquizofrenia, que contrasta pela negativa com a realidade dos países com dispositivos alternativos num estágio de implementação mais avançado: a um *ratio* entre necessidades cobertas e não cobertas de 5,4/1 na secção clínica opõe-se um *ratio* de 2,1/1 na secção das competências sociais, muito abaixo do encontrado quer nos outros centros participantes (à excepção de Granada e Cagliari), quer na literatura.

Estes resultados testemunham a importância da avaliação de necessidades de cuidados não só no levantamento padronizado dos problemas que podem afectar os indivíduos com esquizofrenia, como também na aquisição de informação susceptível de ser utilizada no planeamento estrutural e organizativo dos serviços de psiquiatria e saúde mental.

□ Bibliografia

- BACHRACH, L. — What we know about homelessness among mentally ill persons : an analytical review and commentary. *Hospital and Community Psychiatry*. 43 (1992) 453-464.
- BACHRACH, L. — Lessons from the American experience in providing community-based services. In LEFF, J., ed. lit. — *Care in the community : illusion or reality*. Chichester : John Wiley and Sons, 1997. ISBN 972-8449-47-X, pp. 21-37.
- BLAND, H.; ORN, H. — 14-year outcome in early schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 57 (1978) 327-338.
- BREWIN, C., *et al.* — Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill : the MRC needs for care assessment. *Psychological Medicine*. 17 (1987) 971-981.
- BRUGHA, T., *et al.* — The problems of people in long-term care : an introduction to the Camberwell high contact survey. *Psychological Medicine*. 18 (1988) 443-456.
- BURNS, B.; SANTOS, A. — Assertive community treatment: an update of randomised trials. *Psychiatric Services*. 46 (1995) 669-675.
- CALDAS DE ALMEIDA, J. M.; XAVIER, M. — Perspectivas actuais do tratamento da esquizofrenia na comunidade. *Acta Médica Portuguesa*. 12 (1997) 885-862.
- CALDAS DE ALMEIDA, J. M. — Population needs assessment for mental health services. In TANSSELLA, M., ed. lit. — *Making rational mental health services*. Roma : Il Pensiero Scientifico, (1997a). ISSN 1121-189X, pp. 59-70.
- CALDAS DE ALMEIDA, J. M. — A avaliação de necessidades de cuidados em saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 15 : 4 (1997b) 41-45.
- CRAIG, T.; PATHARE, S. — Assertive community treatment for the severely mentally ill in West Lambeth. *Advances in Psychiatric Treatment*. 3 (1997) 111-118.
- FREEMAN, H.; HENDERSON, J. — Evaluation of comprehensive care of the mentally ill. London : Gaskell, 1991. ISBN 0-902241-39-7.
- HARDING, C.; BROOKS, G.; ASHIKAGA, T. — The Vermont longitudinal study of persons with mental illness. II : Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 144 (1987) 727-735.
- HEGARTY, J., *et al.* — One hundred years of schizophrenia : a meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry*. 151 (1994) 1409-1416.
- HOULT, J.; REYNOLDS, I.; CHARBONNEAU-POWIS, M. — Psychiatric hospital versus community treatment : the results of a randomised trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 17 (1983) 160-167.
- HUBER, G.; GROSS, G. — Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*. 6 (1980) 592-605.
- JABLENSKY, A.; SARTORIUS, N.; ERNBERG, G. — Schizophrenia : manifestations, incidence and course in different cultures : a world health ten-countries study. *Psychological Medicine*. Monograph Supp. 20 (1992) 1-25.
- KENDLER, K.; WALSH, D. — Gender and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 167 (1995) 184-192.
- KOVESS, V. — A one year follow up study of schizophrenic patients from 10 centres in seven European countries. Paris : INSERM.1999 (documento policopiado).
- LEFF, J. — The downside of reprovision. In LEFF, J., ed. lit. — *Care in the community : illusion or reality*. Chichester : John Wiley and Sons, 1997. ISBN 972-8449-47-X, pp. 167-175.
- LESAGE, A.; MIGNOLLI, G.; TANSSELLA, M. — Standardised assessment of needs for care in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. *Psychological Medicine*. Supp. 19 (1991) 27-34.
- MAGLIANO, L.; FADDEN, G.; CALDAS DE ALMEIDA, J. M. — Burden on the families of patients with schizophrenia : results of the biomed I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 33 (1998) 405-412.
- MAGLIANO, L.; FADDEN, G.; XAVIER, M. — Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia : results of the biomed I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 33 (1998) 413-419.
- MAGLIANO, L.; FADDEN, G.; XAVIER, M. — Family burden and coping strategies in schizophrenia : 1-year follow-up data from the biomed I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 35 (2000) 109-115.
- MARKS, I.; CONNOLLY, J.; MUIJEN, M. — Home-based versus hospital based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 165 (1994) 179-194.
- MUESER, K.; BOND, G.; DRAKE, R. — Models of community care for severe mental illness : a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*. 24 (1998) 37-74.
- MURRAY, R., *et al.* — A neurodevelopmental approach to the classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 18 (1992) 319-332.

PAGE, R.; COLE, G. — Epidemiologic research. In PAGE, R., e COLE, G., ed. lit. — Basic epidemiological methods and Biostatistics, Boston : Jones & Bartlett, 1995. ISBN 0-086720-869-4, pp. 81-144.

STEIN, L.; TEST, M. — Alternatives to mental hospital treatment, i. *Archives of General Psychiatry*. 37 (1980) 392-397.

SYTEMA, S. — The psychiatric case-register as a tool in epidemiological and health system research. In SYTEMA, S., ed. lit. — Patterns of mental health care. Gröningen : University of Gröningen, 1994, pp. 5-22.

WIERSMA, D., *et al.* — Assessment of need for care 15 years after onset of a Dutch cohort of patients with schizophrenia, and an international comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 31 (1996) 114-121.

WING, J. — Meeting the needs of people with psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 25 (1990) 2-8.

WING, J., *et al.* — SCAN : schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*. 47 (1990) 589-593.

XAVIER, M. — Avaliação de qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental : estudo multidimensional dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia. Lisboa, 1999. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

□ Summary

NEEDS FOR CARE ASSESSMENT OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN PORTUGAL: RESULTS FROM A MULTICENTRIC STUDY

The aim of this multicentric study was to assess the need for care of 500 schizophrenic patients from ten centres across seven European countries (Portugal, Germany, Spain, France, Netherlands, Ireland and Italy), sharing a common philosophy of work, but with different availability of resources.

The «average» patient was male, single, having no kids, unemployed, dependent on the family or on social benefits, living alone (Northern European centres) or with his family (Southern European centres).

In the Portuguese centre, 336 problems were counted (mean 6,7/patient, i.e., 3,5 clinical problems + 3,2 social problems), thus scoring higher than the global population mean (6,1/patient, i.e., 3,2 clinical problems + 2,9 social problems).

Needs in the clinical section were more often met (82%) than in the social section (64%), corresponding to a ratio met/unmet ranging from 5,4:1 to 2,1:1. Comparing to the Northern centres, Southern centres (including the Portuguese one) had higher numbers of unmet social needs and unfavourable ratio's of met to unmet needs, probably due to the lack of adequate resources.

A significant relationship between the greater availability of community-based treatment, rehabilitation and residential care and a smaller proportion of patients with unmet social needs was established.