

# Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

Reform of Mental Health System

Estamos numa fase importante do debate sobre a reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, à qual não devemos fugir mas sim apresentar com um espírito aberto, sem complexos e com sustentação empírica, as questões envolvidas numa reestruturação desta natureza.

Antes de mais é importante definir claramente os conceitos em questão. A Comissão Europeia, através do seu *Green Paper. Improving the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*, sem querer, lança um importante assunto para discussão: a definição conceptual de um conjunto de conceitos com implicação quer na prática clínica, quer na adopção de políticas de saúde mental. Ao falar de *mental ill health* não definindo o que entende por isso e ao apresentar os dados epidemiológicos (ainda não contestados) segundo os quais cerca de 27% da população sofre destes problemas, deixa-nos com uma sensação de impotência em termos de organização de serviços e do seu financiamento para atendimento a 27% da população!!! Na verdade, não esclarecendo o que entende por “*mental ill health*” nem o que entende por tratamento efectivo, deixa-nos com a magna obrigação de proceder a essa tarefa sem a qual a reorganização dos serviços pode tornar-se catastrófica. É preciso, antes de mais, proceder a um trabalho de clarificação conceptual, com repercussões práticas evidentes, desocultando do conceito único de “*mental ill health*”, as noções de sofrimento psicológico, perturbação mental, saúde dos doentes mentais, saúde mental pobre e problemas de saúde mental e de tratamento médico, cuidados de saúde e sociais, ajuda profissional, apoio e terapia psicológica, para as precisar no plano conceptual e assim assumirem o seu papel na definição das políticas de saúde mental.

Um outro aspecto referido naquele documento e sublinhado na proposta de reforma no nosso país, assinala a necessidade de se atender ao enquadramento no espaço europeu das medidas a serem desenvolvidas em cada país bem como ao enquadramento histórico no nosso país.

No que se refere ao enquadramento no espaço europeu, sendo certo que, quer o financiamento quer a organização da saúde mental, varia substancialmente entre os diferentes países, sobretudo por estar enraizada em tradições e culturas diferentes, em termos nacionais e em termos regionais, no seu todo europeu podemos considerá-la e utilizá-la como um *experimento naturalístico*. Infelizmente, tanto quanto é do meu conhecimento, os resultados desse grande experimento naturalístico não foram ainda suficientemente avaliados na investigação científica. A pergunta óbvia é a seguinte: apesar de todas as diferenças, existe algum denominador que indique uma tendência geral dos resultados desse experimento? Algumas respostas têm aparecido como afirmativas, mas terão elas incluído todas as variáveis importantes nessa avaliação?

Por exemplo, como podemos enquadrar os dados de uma recente investigação de Priebe e col. (2005) cujos resultados do estudo de 6 diferentes países europeus com diferentes tradições de organização dos cuidados de saúde mental e que experimentaram todos um processo de desinstitucionalização a partir dos anos 70 (Inglaterra, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Suécia) revelaram o seguinte: o número de camas forenses e de lugares em apartamentos protegidos aumentaram em todos esses países, ao mesmo tempo que o número de camas para a psiquiatria em hospitais se reduziram em 5 dos 6 países. Claro que são possíveis várias explicações para estes dados. Desde logo, o facto de se poder tratar de um processo de re-institucionalização compensatória, mas também o facto de poder ser consequência de uma maior frequência da doença mental, da sua gravidade ou de ambas, eventualmente influenciadas pelo aumento do uso de drogas ilegais. Mas uma hipótese que não pode ser descartada de maneira nenhuma tem que ver com a possibilidade da perda da capacidade de suporte social para doentes mentais graves em famílias tradicionais. Dito de outro modo, apesar da aparente evidência de existir um processo de desinstitucionalização em curso o que tem mesmo acontecido, por essa Europa fora, é um processo de re-institucionalização. Este processo assume uma configuração muito parecida em toda a Europa, o mesmo que aconteceu com o processo de desinstitucionalização, com a diferença de esta vez ele estar a ocorrer de uma forma pouco notada pela comunidade científica e pouco escrutinada pelos políticos e pelos media. Discorde-se desta interpretação ou chame-se-lhe *re-institucionalização* ou apenas *trans-institucionalização* (isto é, uma mera mudança de colocação dos doentes de uma determinada estrutura para uma outra), o que é facto é que muito difícil negá-la completamente. Esta é, também, a opinião de Priebe e Turner (2003) que sugeriram que estes dados configuram, actualmente, o contexto histórico e internacional para o debate que se instalou em alguns países em torno do financiamento e da reorganização dos serviços de saúde mental. Os mesmos autores salientaram que os cuidados de Saúde Mental entraram numa nova era de reinstitucionalização no seu longo balanço histórico movido pelas forças do controlo social e da aspiração terapêutica. Esta dialética conduziu, porventura, ao resultado mais perverso das reformas instituídas: de um lado um mercado crescente para os doentes que procuram activamente tratamento e que podem pagá-lo directa ou indirectamente; contrastando com este lado, um outro, o da reinstitucionalização para doentes com doenças mentais mais graves que podem perturbar a ordem pública.

Um outro aspecto importante a ser considerado, na minha opinião, é o papel da família natural no tipo de cuidados a prestar aos doentes com patologias mais graves e socialmente incapacitantes. O principal objectivo da moderna psiquiatria é devolver ao doente a autonomia que perdeu com o eclodir da doença. Todos os movimentos organizativos que fortaleçam medidas que assegurem este objectivo são desejados e urgentemente necessários. Mas um sistema moderno também deve dar conta daqueles doentes que, pela natureza da sua doença, nunca conseguem atingir este grau de autonomia. A pergunta óbvia é a seguinte: se são doentes (isto é, necessitam de cuidados médicos), mas não têm autonomia, onde devem estar? A resposta que vamos ouvindo é: ou nas famílias assessoradas por uma rede de cuidados sanitários ou em apartamentos protegidos. Contudo, não podemos esquecer que para adoptarmos este tipo de respostas teremos de ter dados sobre as condições que as famílias do sec. XXI têm para assegurarem cuidados continuados a estes doentes. Essas condições variam de país para país e, mais gritantemente, entre os países do norte e do sul da Europa. Como estão as famílias portuguesas a este respeito? Que dados temos sobre isso? Mas para além disso, quais são os fundamentos éticos para se exigir essa tarefa das famílias em relação a determinado tipo de doentes?

E quanto aos apartamentos protegidos? Não deixam de ser instituições que prestam serviços na comunidade. A questão é novamente a mesma que atrás levantei: não creio existir evidência suficiente para demonstrar a efectividade destas instituições relativamente aos objectivos primeiros de todo este processo — a promoção da autonomia dos doentes. Os dados que nos chegam de alguns países europeus o que dizem é que rapidamente o nível dos cuidados baixa. Por exemplo, em países como a Alemanha e a Itália, anteriores enfermarias hospitalares foram transformadas em dispositivos de cuidados residenciais e os padrões da qualidade de cuidados estabelecidos pelas autoridades de saúde baixaram, tendo como consequência um empobrecimento dos cuidados prestados aos doentes, como Fakhoury e col. (2002) sugeriram no seu estudo publicado no boletim da *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, E Drake e col., em 1999, sugeriram mesmo que alguns doentes crónicos incluídos nestes dispositivos de cuidados sociais se tornavam tão dependentes da instituição como o eram anteriormente.

Quando consideramos a qualificação dos técnicos para estes serviços, surge-nos o trabalho de Priebe (2004) onde refere que esta diminuição do nível de exigência dos cuidados relativamente a esses doentes crónicos se reflectiu, em muitos países da Europa, numa diminuição dos factores de atracção de novos profissionais, tendo tido como consequência uma acentuada dificuldade no recrutamento de pessoal qualificado, tornando estes locais menos apelativos para os futuros psiquiatras. No seu conjunto, estes dados são suficientes para obrigarem por um lado à produção de mais investigação específica sobre este fenómeno, e à necessidade de, quando se está a redesenhar a estrutura organizativa, incluir um conjunto de variáveis de *outcome* que ajudem à avaliação contínua ou intercalar do próprio processo. Por outro lado, são suficientemente evidentes para que os grupos profissionais promovam pro-activamente um sério debate sobre os fundamentos éticos e os valores a que deve obedecer a reestruturação dos serviços de saúde mental. Sobretudo porque muitos destes doentes não têm capacidade reivindicativa para reclamarem os seus direitos como cidadãos de corpo inteiro.

Tentei abordar o que me parecem ser algumas das questões essenciais a serem discutidas em torno da reestruturação dos SSM. Tentei sustentar as minhas posições em dados de investigação sistemática, mas como disse ela é escassa relativamente aos objectivos e às questões que aqui enunciei. Por esse motivo não posso deixar de considerar que esta prestação é, sobretudo, uma impressão pessoal. Se promovermos mais investigação sobre esta matéria, poderemos encontrar dados mais precisos sobre este tipo de organização. Provavelmente necessitaremos de novos conceitos e métodos, mas sobretudo o que precisamos é de grande interesse por parte quer dos grupos de investigação quer dos financiadores da mesma.

O que me parece seguro é que os cuidados mentais profissionalizados não podem ser concebidos sem instituições, mas independentemente das razões para novas formas de institucionalização, o que é certo é que continuam importantes questões por responder:

1. De que modo estas instituições vão contribuir para a inclusão social dos doentes?
2. Como vão conseguir manter a autonomia de doentes com graves incapacidades?
3. Conseguirão fornecer cuidados adequados mesmo para os doentes mais vulneráveis e menos assertivos?

As respostas a estas questões são urgentes e necessárias. Contudo a precipitação nunca foi boa conselheira. Por isso me atrevo a dizer que a construção destas respostas deverá ser baseada em 3 princípios: (1) Princípio ético (estimulando um debate sobre valores); (2) Princípio científico (promovendo uma planificação pro-activa da avaliação do modelo); (3) Princípio pragmático (obrigando

a um conhecimento das condições actuais e reais do país e à consideração das possibilidades de requalificação e adaptação do existente, para se planear com visão de futuro).

Em síntese, temos todos a obrigação ética de participar num debate informado sobre os valores que sustentam o processo de re-institucionalização e os que se dedicam à investigação o dever de proceder a investigação sistemática sobre as suas razões, custos e efeitos. Assim como aconteceu com a desinstitucionalização, a investigação sobre a re-institucionalização necessita de ser feita de forma sistemática e com dados fiáveis e compreensíveis, dados que até ao momento têm sido muito difíceis de recolher.

Com este trabalho estaremos então em condições de compreender a desinstitucionalização e a reinstitucionalização e, desse modo, evitar as políticas de estigmatização que acabam sempre por marginalizar os doentes mentais.

## Referências

Drake *et al.* (1999). A Randomized Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city Patients With Severe Mental Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:627-633.

Fakhoury W, Murrey A, Shepherd G, Priebe S.(2002). Research in supported housing: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 301-315

Priebe, S. e Turner, T. (2003). Reinstitutionalisation - a new era in mentalhealth care. *BMJ*, 326, 175 -176.

Priebe S. (2004). Institutionalisation revisited—with and without walls. *Acta Psychiatr Scand*;110: 81-2.



João Marques-Teixeira