

Novos Desenvolvimentos em Saúde Mental e Comunitária

Fazenda, I.*

RESUMO:

O modelo de saúde mental comunitária implica uma perspectiva bio-psico-social das questões da saúde/doença mental, assim como um conjunto de valores que preconizam a equidade no acesso aos serviços, o tratamento na comunidade, o respeito dos direitos humanos, uma visão de recuperação, a promoção da vida independente e da integração social e a participação de utentes e famílias.

De acordo com as prioridades definidas pela União Europeia, os serviços de saúde mental devem garantir a aplicação destes princípios, e promover a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a promoção da saúde mental.

A articulação intersectorial é um instrumento indispensável para desenvolver políticas transversais que assegurem o envolvimento da sociedade na promoção da saúde mental.

Os novos desenvolvimentos na saúde mental comunitária apontam para a importância da consideração dos direitos humanos na formulação das políticas e nas práticas, para a perspectiva da recuperação (*recovery*) e para a necessidade de promover a participação de organizações de utentes e famílias.

Palavras-Chave: Saúde Mental Comunitária; Tratamento na Comunidade; Reabilitação Psicossociai; Articulação Intersectorial; Direitos Humanos; Recuperação; Participação.

NEW DEVELOPMENTS IN MENTAL HEALTH AND COMMUNITY

Abstract:

The community mental health model implies a bio-psycho-social perspective of mental health/illness issues, as well as a set of values that advocate equity in service access, community treatment, respect for human rights, a recovery vision, promotion of independent living, social integration and user and family participation.

In accordance with the priorities set by the European Union, mental health services must guarantee that these principles are applied in the prevention, treatment, rehabilitation and promotion of mental health.

Inter-sector cooperation is an essential part of developing transversal policies that ensure society's involvement in mental health promotion.

Advances in community mental health indicate the relevance of considering human rights both in policy development and in practice, of the recovery perspective and of the need to promote the participation of user and carer organizations.

Key-Words: *Community Mental Health; Treatment in the Community; Psychosocial Rehabilitation; Inter-Sector Cooperation; Human Rights; Recovery; Participation.*

INTRODUÇÃO

O modelo de saúde mental comunitária baseia-se numa visão biopsicosocial que inclui, além da evidência científica da multidimensionalidade do fenómeno da doença mental, um conjunto de valores fundamentais, que orientam a definição das políticas, o planeamento, a intervenção e a organização dos serviços, tais como:

- Equidade no acesso aos serviços
- Tratamento na comunidade
- Respeito dos direitos humanos
- Visão de recuperação (recovery)
- Promoção da vida independente e da integração social
- Participação de utentes e famílias

Com base nestes valores, foram definidas na Conferência Ministerial Europeia da OMS sobre a Saúde Mental, que se realizou em Helsínquia em 2005, cinco prioridades que foram subscritas por muitos países entre os quais Portugal:

- i. Fazer compreender a importância do bem-estar mental.
- ii. Lutar colectivamente contra a estigmatização, a discriminação e a desigualdade, e responsabilizar e apoiar as pessoas com problemas de saúde mental e a sua família de forma a que possam participar activamente neste processo.
- iii. Conceber e pôr em prática sistemas de saúde mental completos, integrados e

eficazes englobando a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a integração social.

- iv. Responder à necessidade de dispor de pessoal competente e eficaz em todos estes domínios.
- v. Reconhecer a experiência e a competência dos utentes e dos cuidadores, inspirando-se nela para a planificação e a organização dos serviços.

Estas prioridades são um desafio para as políticas de saúde mental em Portugal, que a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental visa cumprir, mas para que isso seja possível é preciso juntar as peças de um complicado puzzle cuja construção depende de muitos actores trabalhando em conjunto.

1. PRINCÍPIOS E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde, os cuidados na comunidade implicam o desenvolvimento de uma variedade de serviços nos contextos locais, próximos do domicílio dos utentes, adaptados às necessidades de cada pessoa, articulados com outros serviços da comunidade, e em parceria com os utentes e suas famílias.

Assim, para que a abordagem da saúde mental comunitária seja possível é necessário observar alguns princípios fundamentais:

- Definição de áreas geográficas atribuídas a um serviço local.
- Existência de uma rede de serviços diferenciados e complementares.
- Garantia de equidade no acesso a esses serviços, sem discriminação.
- Continuidade de cuidados, assegurada pela mesma equipa, ou por diversas equipas em articulação estreita.
- Envolvimento da comunidade, e de outros sectores de serviços.
- Promoção da vida independente e da integração social
- Respeito dos direitos humanos

Para que esses princípios possam ser concretizados, o sistema de cuidados de saúde mental deve dispor, no mínimo, dos seguintes serviços:

- Atendimento ambulatorio na comunidade
- Internamento em hospitais gerais
- Urgência
- Hospitais de dia e Unidades de dia
- Intervenção na crise
- Apoio a famílias
- Abordagem psico-educacional

2. PREVENÇÃO E PROMOÇÃO

A perspectiva da saúde pública, que influenciou o desenvolvimento da saúde mental comunitária, preocupa-se com a saúde das populações e com os meios para a promover, e chama a atenção para a necessidade da prevenção das doenças, além do tratamento. No caso da saúde mental não é fácil definir es-

tratégias de prevenção porque não se conhecem com rigor as causas das doenças mentais. À medida que foi sendo aceite a importância das circunstâncias sociais na sua evolução, foi possível definir factores de risco nos quais é possível intervir, como a pobreza, o desemprego, a exclusão, mas a sua influência não é linear (causa – efeito) mas complexa e multi-factorial.

“Indeed poverty, economic inequities and social marginalisation have been shown to be risk factors for a range of mental disorders. Research into these associations is particularly challenging since the ‘causation’ of mental illnesses cannot be seen as a simple linear consequence of aetiological factors.”¹

Em todo o caso a definição dos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, adoptada pela saúde pública, teve algum impacto na saúde mental, alertando para a possibilidade de tomar medidas para intervir na génese ou na expressão das doenças (prevenção primária), de fazer a detecção precoce das perturbações de modo a tratar de forma mais eficaz (prevenção secundária) e de reduzir as incapacidades resultantes das doenças (prevenção terciária/reabilitação).

Em 2006, a Comissão das Comunidades Europeias publicou um documento produzido pela **Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais**² que chama a atenção para a necessidade de intervir nestas duas áreas, com o

objectivo de reduzir os factores de risco e promover os factores de protecção, diminuir a incidência e a prevalência das doenças mentais, e minimizar o impacto da doença nas pessoas, nas famílias e nas sociedades.

Este documento refere como estratégias principais de **promoção e prevenção**:

1. Programas para a primeira infância, que incluem aconselhamento pré-natal, intervenção precoce, formação parental, prevenção da violência doméstica e do abuso infantil, intervenções familiares, resolução de conflitos.
2. Programas de educação sobre saúde mental na idade escolar, sensibilização de professores, prevenção da violência juvenil, aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, prevenção do abuso de drogas, programas de desenvolvimento pessoal e social, prevenção do suicídio e das desordens alimentares.
3. Políticas de emprego e de promoção da saúde mental nos locais de trabalho, redução e gestão dos factores de stress ligados ao trabalho e ao desemprego, redução do absentismo por doença psíquica.
4. Programas de prevenção da depressão (segunda causa de incapacidade na União Europeia) da ansiedade e do suicídio, linhas telefónicas de apoio para pessoas isoladas, restrição do acesso aos meios de suicídio, como armas, medicamentos e venenos, melhoria da estabilidade social e dos estilos de vida, e do acesso aos serviços de emergência psiquiátrica.

5. Políticas de luta contra a pobreza e exclusão social, medidas de apoio a famílias em risco ou famílias multi-problemas, a pessoas sem-abrigo, avaliação do impacto das políticas sociais na saúde mental, luta contra o estigma.

6. Sensibilização e informação em diversos sectores, como os cuidados primários, as escolas, centros recreativos, locais de trabalho, serviços abertos à população, programas na televisão e Internet, comunicação social em geral.

3. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Nas últimas décadas o interesse dos profissionais de saúde mental pela reabilitação psicossocial não deixou de aumentar, assim como a atenção dos organismos internacionais. Em 2001 a OMS divulgou uma definição de reabilitação psicossocial, não só como uma técnica, mas como um processo de transformação que é uma componente essencial dos cuidados de saúde mental. “A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade.”³

Este processo implica duas vertentes, a individual, através do desenvolvimento das aptidões sociais e da vida diária, e a social que intervém no meio para criar as estruturas de suporte que permitem ao indivíduo a máxima participação na comunidade. Por isso, “As redes de

habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial.”³

A finalidade da reabilitação é sempre a autonomia e a integração social. “Os principais objetivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.”³

As estruturas e serviços de reabilitação devem ser diferenciados de acordo com o grau de autonomia ou dependência do utente, a sua idade e as suas preferências e opções, e o tipo de suporte familiar de que dispõe. Devem contemplar a **formação e integração profissional** (cursos de formação, emprego protegido ou emprego apoiado, empresas de inserção) o **apoio residencial**, (residências protegidas e apoio domiciliário) o **apoio ocupacional** (centros ocupacionais e actividades de lazer na comunidade), **empowerment** (grupos de auto-ajuda), ou outras actividades para promover a autonomia e a participação.

Em Portugal, em Espanha e Itália, estes serviços são desenvolvidos por associações de solidariedade social ou organizações não governamentais, enquanto noutros países, principalmente do norte da Europa, todos esses serviços são desenvolvidos pelas equipas comunitárias de saúde mental.

No nosso país a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados deverá incluir unidades e equipas destinadas a pessoas com doença

mental grave, e será um instrumento precioso para regulamentar a participação financeira das áreas da saúde e da segurança social, permitindo assegurar o **apoio residencial, ocupacional e domiciliário**.

4. ARTICULAÇÃO INTERSECTORIAL

Para que seja possível implementar estes serviços é necessária uma **perspectiva transversal de cooperação entre os diversos sectores das políticas e da sociedade**. “Tem que haver coordenação e clarificação de políticas e responsabilidades para o financiamento e a implementação dos serviços, entre agências governamentais e não governamentais. Os utentes e suas famílias devem ser envolvidos, sempre que possível, nos processos de prevenção, planeamento, tratamento e reabilitação, a responsabilidade pelas decisões e o controle do processo de reabilitação devem ser partilhadas entre utentes, famílias e profissionais”⁴

Esta perspectiva pressupõe uma cooperação entre diversos sectores das políticas e da intervenção, desde a saúde à educação, a justiça, a acção social e o emprego, do apoio a crianças, jovens e famílias em risco social, à luta contra a exclusão de grupos como os sem-abrigo, e contra a violência doméstica e o abuso infantil, e finalmente com a comunicação social, poderoso instrumento de luta contra a discriminação.

A articulação entre os diversos sectores ou instituições pode realizar-se de acordo com diferentes modelos.

O mais frequente é o da mediação institucional, feita de forma casuística, com o objectivo de resolver problemas ou defender interesses individuais. Nesta modalidade os técnicos de saúde mental estabelecem ligações com outros serviços da comunidade para obter recursos ou promover o acesso a serviços e direitos para os utentes, de forma pontual ou mais sistemática, mas sempre descontínua no tempo. É à medida que surgem as necessidades que se estabelecem os contactos. Tem a vantagem de se adequar de modo flexível aos problemas de cada pessoa, mas por vezes encontra obstáculos provenientes da diferença de culturas e objectivos entre os serviços.

O modelo em rede é mais estruturado, contínuo ao longo do tempo, promove a partilha de recursos entre os diversos serviços, focaliza-se em problemas colectivos e parte de objectivos definidos em comum. Tem a vantagem de construir uma plataforma de entendimento, uma aproximação entre perspectivas diferentes, mas exige capacidade de negociação e disponibilidade para partilhar o poder de decisão. Pode levar à construção de parcerias duráveis ao longo do tempo, que devem incluir a participação de utentes e familiares.

5. NOVOS DESENVOLVIMENTOS

Direitos Humanos

As pessoas que sofrem de perturbações mentais, em virtude da sua vulnerabilidade psicológica e da situação de desvantagem social em que muitas vezes se encontram, são frequente-

mente vítimas de violações dos direitos e liberdades fundamentais, dos direitos civis, políticos, económicos e sociais, e ainda de restrições no acesso a cuidados de saúde, a protecção social, a oportunidades de emprego.

Apesar de a importância dos direitos humanos ter sido progressivamente reconhecida pela comunidade internacional nos últimos 50 anos, a partir da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), não existe até ao presente nenhuma declaração vinculativa referente aos direitos das pessoas com problemas mentais.

- Em 1991 as Nações Unidas pronunciam-se sobre a necessidade de proteger as pessoas com doenças mentais em relação à violação dos direitos humanos, definindo os “Principes pour la Protection des Personnes Atteintes de Maladie Mentale et pour l’Amélioration des Soins de Santé Mentale”. Estes princípios não são vinculativos, mas serviram de inspiração à elaboração de legislação em muitos países, entre os quais Portugal. De facto estabelecem, pela primeira vez, uma série de direitos que devem não só ser reconhecidos como assegurados pelos governos de todos os países.

Em 2001 verificou-se um extraordinário alargamento do interesse internacional pela saúde mental, que levou a OMS a afirmar: “As políticas e programas de saúde mental devem promover os seguintes direitos: igualdade e não discriminação; direito à privacidade; autonomia individual; integridade física; direito

à informação e participação; liberdade de religião, reunião e movimento.”³ Afirma ainda que a legislação sobre saúde mental de todos os países deve garantir que a dignidade dos doentes seja preservada e os seus direitos fundamentais sejam protegidos.

Em 2004 foi publicada pelo Conselho da Europa uma Recomendação do Comité de Ministros, relativa à protecção dos direitos do homem e da dignidade das pessoas atingidas por perturbações mentais, que define orientações para os Estados Membros para assegurar o respeito por esses direitos.

Em Portugal, a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98) trouxe avanços significativos nesta matéria, definindo os direitos dos utentes dos serviços de saúde mental de acordo com os Princípios de 1991 e regulamentando o processo de internamento compulsivo. Também consagra o modelo comunitário para a prestação de cuidados de saúde mental como um direito das pessoas com doenças mentais, e prevê a participação de organizações de utentes e familiares no Conselho Nacional de Saúde Mental.

Recovery

A partir dos anos 90 desenvolveu-se uma nova visão da reabilitação que dá grande importância à experiência das próprias pessoas com doença mental, às suas necessidades e aspirações, e ao seu percurso pessoal para a recuperação (*recovery*)⁵. O conhecimento dos relatos das pessoas com experiência de doença mental, permite organizar sistemas de suporte

comunitário que constituem uma rede para responder às suas necessidades sem serem isoladas ou excluídas da comunidade.

O processo de *recovery* é descrito como uma mudança de atitudes, valores, significações e objectivos, empreendida pela própria pessoa, de forma a ultrapassar os efeitos catastróficos não só da doença mental, mas também do isolamento, do estigma, da perda do emprego e dos vínculos sociais, construindo para si um novo projecto de vida. Não é uma intervenção de profissionais, é um percurso pessoal para a emancipação e para uma vida satisfatória. No entanto a percepção desta visão permite aos profissionais incluir na avaliação dos resultados dos seus programas, as dimensões da auto-estima, realização pessoal, *empowerment* e auto-determinação das pessoas com doença mental, como indicadores de uma intervenção correcta que respeita os seus direitos.

Participação de utentes e famílias

Em muitos países já é consensual que o desenvolvimento dos serviços deve ser orientado pela visão dos utentes, e não apenas pelas decisões técnicas e políticas. Existem diversas razões que contribuem para promover o envolvimento dos utentes e dos familiares nos serviços de saúde mental no planeamento, desenvolvimento e avaliação dos serviços. Uma prende-se com uma política que favorece a escolha individual e os direitos dos utentes, e outra com a redefinição do papel dos utentes, não já como recipientes passivos mas como cidadãos activos.

Para os profissionais, incluir a visão dos utentes é não só uma questão de direitos, como a garantia de que os serviços vão corresponder às necessidades reais das pessoas a quem se dirigem e são acessíveis a todos os grupos sociais. Por outro lado a participação de utentes e famílias contribui para diminuir o estigma associado à doença mental.

O envolvimento dos utentes pode ser de diferentes tipos, desde a participação ao nível estratégico (medidas e políticas) através de comissões, associações ou órgãos consultivos e de planeamento, até ao nível da prestação directa de serviços, através de formas diversas, como resposta a questionários de satisfação e qualidade, participação em actividades de gestão e avaliação, etc.

Os níveis de envolvimento também podem variar conforme o grau de compromisso e responsabilidade atribuído aos utentes e familiares:

1. Receber informação acerca dos tratamentos e serviços disponíveis, suas características e implicações a longo prazo.
2. Ser consultado para a tomada de decisões sobre prioridades ou programas
3. Participar em reuniões ou grupos de planeamento, avaliação, investigação, formação ou outros.
4. Exercer controle sobre decisões ao nível político, de planeamento, atribuição de recursos e orçamentos, localização de serviços, etc.

Para que os utentes e familiares passem dos níveis mais simples para os mais complexos da participação, é necessário um processo de *empowerment*, e de partilha da informação pelos profissionais. Através da promoção de grupos de discussão, grupos de ajuda mútua, associações e formas de representação dos utentes e familiares nas instâncias decisórias, participação em conferências e seminários, é possível favorecer essa participação.

Em Portugal existem já algumas associações de utentes e outras de famílias, e iniciou-se no ano 2000, a participação dos seus representantes no Conselho Nacional de Saúde Mental, órgão consultivo do Ministério da Saúde criado pela Lei de Saúde Mental.

Ao nível da prestação directa de serviços não existe nenhum mecanismo de participação ou consulta dos utentes ou famílias. São necessárias formas de organização que favoreçam o seu envolvimento nos serviços, que só será efectivo se tiver impacto nas decisões, prioridades ou formas de prestação dos serviços.

Bibliografia

1. Thornicroft, G. Tansela, M. The Mental Health Matrix, 1999 - Cambridge: University Press.
2. European Communities. Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. 2006.

3. Organização Mundial de Saúde, Relatório Mundial de Saúde 2001 – Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança - Lisboa: Direcção Geral da Saúde. 2002.
4. Schulman, E. Rehabilitation of the Mentally Ill: An International Perspective – The President's Committee on Employment of the Handicapped – Washington 1985.
5. Anthony, W. Recovery from Mental Illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s, in Psychosocial Rehabilitation Journal. New York. 1993.