

3 | A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

Um paradigma em mudança

Os cuidados a pessoas com perturbações mentais e comportamentais reflectiram sempre os valores sociais predominantes em relação à percepção social dessas doenças. Ao longo dos séculos, os portadores de perturbações mentais e comportamentais foram tratados de diferentes maneiras (ver Caixa 3.1). Foi-lhes atribuído um estatuto elevado nas sociedades que acreditavam serem eles os intermediários junto dos deuses e dos mortos. Na Europa medieval, foram maltratados e queimados na fogueira. Eram trancados em grandes instituições. Eram explorados como objectos científicos. Mas também receberam cuidados e foram integrados nas comunidades a que pertenciam.

Na Europa, o século XIX foi testemunha de tendências divergentes. Por um lado, consideravam-se as doenças mentais como tema legítimo para a investigação científica: a psiquiatria prosperou como um ramo da medicina e as pessoas com perturbações mentais eram consideradas doentes da medicina. Por outro lado, os portadores de perturbações mentais, como os de muitas outras doenças e formas indesejáveis de comportamento social, eram isolados da sociedade em grandes instituições de tipo carcerário, os hospitais estatais para doentes mentais, outrora conhecidos como asilos de loucos. Essas tendências vieram a ser exportadas para a África, as Américas e a Ásia.

Durante a segunda metade do século XX, ocorreu uma mudança no paradigma dos cuidados em saúde mental, devido, em grande parte, a três factores independentes:

- A psicofarmacologia fez progressos significativos, com a descoberta de novas classes de drogas, particularmente neurolépticos e antidepressivos,

bem como foram desenvolvidas novas modalidades de intervenção psicossocial.

- O movimento a favor dos direitos humanos converteu-se num fenómeno verdadeiramente internacional, sob a égide da recém-criada Organização das Nações Unidas, e a democracia avançou em todo o globo, embora a diferentes velocidades (Merkl, 1993).
- Componentes sociais e mentais foram incorporados com firmeza na definição de saúde (ver Capítulo 1) da recém-criada OMS, em 1948.

Essas ocorrências técnicas e sociopolíticas contribuíram para uma mudança de ênfase dos cuidados nas grandes instituições carcerárias, que com o tempo se tinham tornado repressivas e regressivas, para cuidados mais abertos e flexíveis na comunidade.

Caixa 3.1. Cuidados em saúde mental: então ou agora?

As três declarações que se seguem dão indícios claros das atitudes e políticas, com vista à mudança, pelas quais passou o tratamento dos doentes mentais nos últimos 150 anos.

«Já se vão 16 anos desde que o uso de restrição mecânica [de doentes mentais] – camisa-de-força, mordaca, grilheta, algema, cadeira restritiva ou outros – foi abolido. Em toda a parte onde foi feita a tentativa, esta foi decididamente bem sucedida [...] Não pode haver falácia maior do que considerar o uso moderado de restrições ajustado com o plano geral de tratamento completo, não discutível e humano em todo os demais aspectos. [A sua] abolição deve ser absoluta; de contrário, [esse uso] não pode ser eficiente.»

1856. John Conolly (1794-1866). Médico inglês, director do Asilo para Alienados de Hanwell. Em *The treatment of the insane without restraint*. Londres, Smith, Elder & Co.

«Quando se organizou a Comissão Nacional, a principal preocupação era humanizar os cuidados aos alienados: erradicar os abusos, brutalidades e o abandono tradicionalmente impostos aos doentes mentais; concentrar os cuidados do público na necessidade de reforma; transformar os “asilos” em hospitais; ampliar as facilidades de tratamento e elevar os padrões de cuidados; obter para os doentes

mentais o mesmo alto padrão de cuidados médicos geralmente aplicado aos fisicamente doentes.»

1908. Clifford Beers (1873-1943). Fundador nos EUA do movimento internacional da higiene mental, ele próprio foi internado muitas vezes em hospitais para doentes mentais. Em *A mind that found itself: an autobiography*. Nova Iorque, Longmans Green.

«Levantamo-nos contra o direito dado a certos homens, estreitos de mente ou não, de realizar as suas investigações nos domínios da mente mediante sentenças de prisão perpétua. E que prisão! Sabemos – de facto não sabemos – que os asilos, longe de serem lugares de asilo, são cárceres atemorizantes onde os detidos formam uma força de trabalho barata e conveniente; onde o abuso é de regra; tudo isso tolerado pelos senhores. O hospital mental, sob a protecção da ciência e da justiça, pode-se comparar a casernas, penitenciárias, colónias penais.»

1935. Antonin Artaud (1896-1948). Poeta, actor e dramaturgo francês que passou muitos anos em hospitais psiquiátricos. Em *Open letter to medical directors of madhouses*. Paris, *La Révolution Socialiste*, n.º 3

As falhas dos manicómios são postas em evidência por repetidos casos de maus tratos aos doentes, isolamento geográfico e profissional das instituições e do seu pessoal, procedimentos deficientes de notificação e prestação de contas, má administração, gestão ineficiente, má aplicação dos recursos financeiros, falta de treino de pessoal e procedimentos inadequados de inspecção e controlo de qualidade. Além disso, as condições de vida nos hospitais psiquiátricos em todo o mundo são deficientes, resultando em violações dos direitos humanos e em cronicidade. No que se refere a padrões absolutos, poder-se-ia argumentar que as condições nos hospitais dos países desenvolvidos são melhores do que os padrões de vida em muitos países em desenvolvimento. Porém, em termos de padrões relativos – comparando os padrões hospitalares com os padrões da comunidade em geral em determinado país – pode-se dizer justificadamente que as condições em todos os hospitais psiquiátricos são deficientes. Já foram documentados alguns exemplos de abuso dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos (Caixa 3.2).

Os cuidados na comunidade, pelo contrário, estão empenhados na emancipação de pessoas com perturbações mentais e comportamentais. Na prática, os cuidados comunitários implicam o desenvolvimento de uma ampla variedade de serviços em contextos locais. Esse processo, que ainda não se iniciou em muitas regiões e países, tem em vista garantir que certas funções protectoras dos asilos sejam proporcionadas integralmente na comunidade e que os aspectos negativos das instituições não sejam perpetuados. Os cuidados na comunidade, enquanto abordagem, significam:

- serviços que estão próximos do domicílio, incluindo o hospital geral para admissão de casos agudos e dependências residenciais de longo prazo na comunidade;
- intervenções relacionadas tanto com as incapacidades como com os sintomas;
- tratamento e cuidados específicos para o diagnóstico e as necessidades de cada pessoa;
- uma ampla gama de serviços que atendem às necessidades das pessoas com perturbações mentais e comportamentais;
- serviços que são coordenados entre profissionais de saúde mental e organismos da comunidade;
- serviços mais ambulatoriais do que fixos, inclusive os que podem oferecer tratamento a domicílio;
- parceria com os prestadores de cuidados e atendimento das suas necessidades;
- legislação em apoio dos aspectos dos cuidados mencionados.

A acumulação de indícios das deficiências do hospital psiquiátrico, combinada com o aparecimento do «institucionalismo» – a manifestação de incapa-

Caixa 3.2. Abuso dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos.

Comissões de Direitos Humanos encontraram condições «estranhadoras» e inaceitáveis quando visitaram vários hospitais psiquiátricos na América Central¹ e na Índia² durante os últimos cinco anos. Encontram-se condições semelhantes em muitos outros hospitais psiquiátricos de outras regiões, em países tanto industrializados como em desenvolvimento. Elas incluem condições de vida abjectas, vasos sanitários entupidos, soalhos carcomidos e portas e janelas quebradas. A maioria dos doentes visitados ficava de pijamas ou nua. Alguns eram confinados em pequenas áreas de enfermarias residenciais onde podiam sentar-se, andar ou deitar-se directamente no chão o dia inteiro. Crianças eram deixadas em esteiras no chão, algumas cobertas de urina e fezes. Era comum o uso indevido de restrição física: observaram-se muitos doentes amarrados às camas. Pelo menos um terço dos indivíduos eram doentes com epilepsia ou atraso mental, para os quais a institucionalização psiquiátrica é desnecessária e não traz benefícios. Eles poderiam perfeitamente voltar

a viver na comunidade, se fosse possível dar-lhes medicação apropriada e toda uma série de serviços e sistemas de apoio de base comunitária.

Muitos hospitais conservavam a estrutura carcerária de origem, quando tinham sido construídos nos tempos coloniais. Os doentes eram chamados de *detidos* e ficavam a maior parte do dia ao cuidado de *carcereiros*, cujos supervisores eram chamados de *capatazes*, enquanto as enfermarias eram chamadas de *cercas*. Usavam-se quartos para isolamento na maioria dos hospitais.

Em mais de 80% dos hospitais visitados, não se faziam exames rotineiros de sangue e urina. Pelo menos um terço dos indivíduos não tinha diagnóstico psiquiátrico para justificar a sua presença ali. Na maioria dos hospitais, o registo em prontuários era extremamente inadequado. Havia enfermeiros psiquiátricos treinados em menos de 25% dos hospitais, e menos da metade destes contava com psicólogos clínicos ou assistentes sociais psiquiátricos.

¹ Levav, I.; Gonzales, V. R. (2000). «Rights of persons with mental illness in Central America». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 86-86.

² National Human Rights Commission (1999). *Quality assurance in mental health*. Nova Deli, National Human Rights Commission of India.

idades em consequência do isolamento e dos cuidados institucionais em asilos distantes – levou ao movimento pela desinstitucionalização. Embora seja uma parte importante da reforma da saúde mental, desinstitucionalização não é sinónimo de desospitalização. Desinstitucionalização é um processo complexo que leva à implementação de uma rede sólida de alternativas comunitárias. Fechar hospitais mentais sem alternativas comunitárias é tão perigoso como criar alternativas comunitárias sem fechar hospitais psiquiátricos. É preciso que as duas coisas ocorram ao mesmo tempo, de uma forma bem coordenada

e paulatina. Um processo de desinstitucionalização bem fundamentado tem três componentes essenciais:

- prevenção de admissões erradas em hospitais psiquiátricos mediante o fornecimento de serviços comunitários;
- alta para a comunidade de doentes internados há muito tempo em instituições e que tenham recebido a preparação adequada;
- estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio na comunidade para doentes não institucionalizados.

A desinstitucionalização não tem constituído um êxito sem reservas, e os cuidados comunitários ainda enfrentam muitos problemas operacionais. Entre as razões da falta de melhores resultados estão o facto de os Governos não terem atribuído aos cuidados na comunidade os recursos poupados com o encerramento de hospitais; não houve uma adequada preparação de profissionais para aceitar a mudança dos seus papéis; e os estigmas imputados às perturbações mentais continuam fortes, resultando em atitudes negativas do público para com os portadores dessas perturbações. Em alguns países, muitas pessoas com perturbações mentais graves são transferidas para prisões ou ficam sem abrigo.

Reflectindo a mudança de paradigma do hospital para a comunidade, foram introduzidas mudanças de longo alcance nas políticas de vários países. Por exemplo, a Lei 180, promulgada na Itália em 1978, encerrando todos os hospitais para doentes mentais, formalizou e acelerou a tendência preexistente nos cuidados dos doentes mentais. As disposições principais da lei italiana prescrevem que não se admitirão novos doentes nos grandes hospitais estatais e que não deverão ocorrer readmissões. Não se construirão novos hospitais psiquiátricos. As enfermarias psiquiátricas dos hospitais gerais não deverão ter mais de 15 camas e deverão filiar-se obrigatoriamente a centros comunitários de saúde mental. Serviços baseados na comunidade com pessoal de saúde mental são responsáveis por determinada área de captação. A Lei 180 teve um impacto que vai muito além da jurisdição italiana.

Em muitos países europeus, o modelo dominante na organização dos cuidados psiquiátricos gerais tem sido a criação de áreas geograficamente definidas, denominadas *sectores*. Esse conceito foi desenvolvido em França, em meados do século xx, e, a partir da década de 1960, o princípio da organização baseada em sectores propagou-se por quase todos os países da Europa ocidental, variando o seu tamanho de 25 000 a 30 000 habitantes. O conceito de distrito sanitário da estratégia dos cuidados primários de saúde tem muitos aspectos em comum com a abordagem dos sectores.

Em muitos países em desenvolvimento, os programas de cuidados a indivíduos com problemas mentais e comportamentais têm pouca prioridade. A pres-

tação de cuidados limita-se a um pequeno número de instituições – geralmente congestionadas, com pessoal insuficiente e ineficiente – e os serviços reflectem pouca compreensão em relação às necessidades dos doentes ou da variedade de abordagens disponíveis para o seu tratamento e os cuidados.

Na maioria dos países em desenvolvimento, não existem cuidados psiquiátricos para a maior parte da população: os únicos serviços disponíveis são os de hospitais para doentes mentais. Como esses hospitais psiquiátricos são geralmente centralizados e de acesso difícil, as pessoas só os procuram como últimos recurso. Os hospitais, de grande tamanho, são construídos tendo em vista mais o funcionamento económico do que o tratamento. De certa maneira, o próprio asilo converte-se numa comunidade, com muito pouco contacto com a sociedade em geral. Os hospitais operam à sombra de leis que são mais penais do que terapêuticas. Em muitos países, leis que já têm mais de 40 anos erguem barreiras à admissão e alta. Além disso, a maioria dos países em desenvolvimento não conta com programas de treinos adequados a nível nacional para preparar psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos, psicólogos clínicos, assistentes sociais psiquiátricos e terapeutas ocupacionais. Como existem poucos profissionais especializados, a comunidade vai procurar os curandeiros tradicionais disponíveis (Saeed e col., 2000).

Um resultado desses factores é a imagem institucional negativa de pessoas com perturbações mentais, que reforça o estigma de quem sofre perturbações mentais ou de comportamento. Ainda hoje, essas instituições não estão a acompanhar o que acontece no que diz respeito aos direitos humanos das pessoas com perturbações mentais.

Alguns países em desenvolvimento, particularmente na Região do Pacífico Oriental, procuraram formular planos nacionais de serviços de saúde mental, preparar recursos humanos e integrar a saúde mental nos cuidados gerais de saúde, de acordo com as recomendações de uma comissão de peritos da OMS em 1974 (OMS, 1975; Mohit, 1999).

Em 1991, a Assembleia Geral das Nações Unidas adoptou os princípios para a protecção das pessoas com doenças mentais e a melhoria dos cuidados de saúde, dando realce aos cuidados na comunidade e aos direitos das pessoas com perturbações mentais (Nações Unidas, 1991). Reconhece-se hoje que podem ser perpetradas violações dos direitos humanos tanto pela falta de atenção para com o doente por causa da discriminação, incúria e falta de acesso aos serviços, como por intervenções invasivas, restritivas e regressivas.

Em 1990, a OMS/OPAS lançou uma iniciativa para a reestruturação dos cuidados psiquiátricos na Região das Américas, da qual resultou a Declaração de Caracas (Caixa 3.3). A Declaração pede o desenvolvimento dos cuidados psiquiátricos estreitamente vinculados aos cuidados primários de saúde e no contexto dos sistemas de saúde locais. As ocorrências, acima descritas, contribuíram para estimular a organização dos cuidados em saúde mental nos países em desenvolvimento.

Caixa 3.3. A Declaração de Caracas¹.

Os legisladores, associações, autoridades sanitárias, profissionais de saúde mental e juristas reunidos na Conferência Regional sobre a Reestruturação dos Cuidados Psiquiátricos na América Latina dentro do Modelo de Sistemas Locais de Saúde [...]

DECLARAM:

1. Que a reestruturação dos cuidados psiquiátricos com base nos Cuidados Primários de Saúde e no contexto do Modelo de Sistemas Locais de Saúde permitirá a promoção de modelos alternativos de serviço que sejam baseados na comunidade e integrados nas redes sociais e de cuidados de saúde.
2. Que a reestruturação dos cuidados psiquiátricos na Região implica uma revisão crítica do papel predominante e centralizador desempenhado pelos hospitais psiquiátricos na prestação de serviços de saúde mental.
3. Que os recursos, os cuidados e o tratamento disponíveis devem:
 - (a) salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - (b) basear-se em critérios que sejam racionais e tecnicamente apropriados; e
 - (c) empenhar-se em assegurar que os doentes permaneçam nas suas comunidades.
4. A legislação nacional deve ser reformulada para que:
 - (a) os direitos humanos e civis dos doentes mentais sejam protegidos; e
 - (b) a organização de serviços de saúde mental comunitários garanta a observância desses direitos.
5. Que a formação em saúde mental e psiquiátrica deve usar um modelo de serviço que seja baseado no centro de saúde comunitário e estimule a admissão psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios que estão na base do movimento de reestruturação.
6. Que as organizações, associações e outros participantes nesta Conferência se comprometem pela presente a defender e a desenvolver ao nível de país, programas que promovam a reestruturação desejada, e ao mesmo tempo se empenham em monitorizar e defender os direitos humanos dos doentes mentais de acordo com a legislação nacional e tratados internacionais.

Para tanto, conclamam os Ministérios da Saúde e da Justiça, os Paramentos, a Previdência Social e outras instituições prestadoras de cuidados, organizações profissionais, associações de utentes, universidades e outras instituições de formação, bem com os veículos dos *media*, a apoiar a reestruturação dos cuidados psiquiátricos, garantindo assim o seu desenvolvimento bem sucedido para o benefício da população da Região.

¹ Extraído do texto adoptado em 14 de Novembro de 1990 pela Conferência Regional sobre a Reestruturação dos Cuidados Psiquiátricos na América Latina, reunida em Caracas, Venezuela, por convocação da Organização Pan-Americana da Saúde/Departamento Regional da OMS para as Américas. *International Digest of Health Legislation*, 1991, 42(2): 336-338.

Nos países do mundo em desenvolvimento onde foram iniciados serviços organizados de saúde mental nos últimos anos, estes fazem geralmente parte dos cuidados primários de saúde. Num primeiro nível, pode-se ver nisso uma necessidade, face à escassez de profissionais treinados e de recursos para pres-

tar serviços especializados. Noutro nível, isso reflecte a oportunidade de organizar os serviços de saúde mental de uma forma capaz de evitar o isolamento, o estigma e a discriminação. A abordagem baseada na utilização de todos os recursos disponíveis na comunidade tem o atractivo de emancipar o indivíduo, a família e a comunidade para incluir a saúde mental na agenda do público, e não na dos profissionais. Actualmente, porém, a saúde mental nos países em desenvolvimento não está a receber a atenção de que necessita. Mesmo em países onde foi demonstrado em programas piloto, o valor da integração dos cuidados em saúde mental nos cuidados primários (por exemplo, na África do Sul, Brasil, China, Colômbia, Filipinas, Índia, Paquistão, República Islâmica do Irão, Senegal e Sudão), essa abordagem não foi ampliada para cobrir todo o país.

Não obstante as significativas diferenças entre os cuidados em saúde mental nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos, todos eles têm um problema comum: a má utilização dos serviços psiquiátricos disponíveis. Mesmo em países com serviços bem estabelecidos, menos da metade dos indivíduos que necessitam de cuidados faz uso dos serviços disponíveis. Isso deve-se tanto ao estigma ligado aos indivíduos com perturbações mentais e comportamentais como à insuficiência dos serviços prestados (ver Tabela 3.1).

Tabela 3.1 Utilização de serviços profissionais para problemas mentais, Austrália, 1997.

Consultas devidas a problemas mentais	Sem distúrbio %	Qualquer distúrbio %	> 3 distúrbios %
Somente clínico geral ^a	2,2	13,2	18,1
Somente profissional de saúde mental ^b	0,5	2,4	3,9
Somente outro profissional de saúde ^c	1,0	4,0	5,7
Combinação de profissionais de saúde	1,0	15,0	36,4
Qualquer profissional de saúde ^d	4,6	34,6	64,0

^a Refere-se a pessoas que tiveram pelo menos uma consulta com um clínico geral nos últimos 12 meses mas não consultaram qualquer outro tipo de profissional de saúde.

^b Refere-se a pessoas que tenham tido pelo menos uma consulta com um profissional de saúde mental (psiquiatra/psicólogo/equipa de saúde mental) nos últimos 12 meses mas não consultaram qualquer outro tipo de profissional de saúde.

^c Refere-se a pessoas que tenham tido pelo menos uma consulta com outro profissional de saúde (enfermeiro/médico especialista não psiquiátrico/farmacêutico/atendente de ambulância/assistente social ou conselheiro) nos últimos 12 meses mas não consultaram qualquer outro tipo de profissional de saúde.

^d Refere-se a pessoas que tenham tido pelo menos uma consulta com qualquer profissional de saúde nos últimos 12 meses.

Fonte: Andrews *G et al.* (2000). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178: 145-153.

O problema do estigma foi destacado no Relatório do Director-Geral de Saúde dos Estados Unidos de 1999 (GHHS, 1999). O relatório observa que «não obstante a eficácia das opções de tratamento e as muitas maneiras possíveis de obter um tratamento de eleição, quase metade de todos os americanos que têm doenças mentais graves não procura tratamento. Na maioria dos casos, a relutância em procurar tratamento é o lamentável resultado de barreiras muito reais. Destaca-se entre estas o estigma que muitos, na nossa sociedade, atribuem à doença mental e às pessoas que têm doenças mentais».

Em resumo, o último meio século foi testemunha de uma evolução nos cuidados, passando a um paradigma de cuidados na comunidade. Isso baseia-se em dois esteios principais: primeiro, o respeito pelos direitos humanos dos indivíduos com perturbações mentais; e segundo, o uso de intervenções e técnicas actualizadas. Na melhor das hipóteses, isso traduziu-se num processo responsável de desinstitucionalização, apoiado por trabalhadores em saúde, utentes, familiares e outros grupos progressistas da comunidade.

Princípios dos cuidados

A ideia de cuidados em saúde mental baseada na comunidade constitui mais uma abordagem global do que uma solução organizacional. Os cuidados baseados na comunidade dão a entender que a grande maioria dos doentes que necessitam de cuidados em saúde mental deve ter a possibilidade de ser tratada a nível comunitário. Os cuidados em saúde mental devem ser não só locais e acessíveis, como também devem estar em condições de atender às múltiplas necessidades dos indivíduos. Em última análise, eles devem visar a emancipação e usar técnicas de tratamento eficientes, que permitam às pessoas com perturbações mentais aumentar as suas aptidões de autocuidados, incorporando o ambiente social informal da família bem como mecanismos de apoio formais. Os cuidados baseados na comunidade (ao contrário dos cuidados baseados no hospital) podem identificar recursos e criar alianças saudáveis que, noutras circunstâncias, ficariam ocultas e inactivas.

O uso desses recursos ocultos pode evitar a ocorrência de situações em que os doentes que recebem alta são abandonados, pelos serviços de saúde, aos cuidados das suas famílias não preparadas para tal (com as conhecidas consequências psicossociais negativas e uma carga para ambos). Ela permite um controlo bastante eficaz da carga social e familiar, tradicionalmente aliviada pelos cuidados institucionais. Esse tipo de serviço está a ganhar popularidade nalguns países europeus, nalguns estados dos EUA, na Austrália, no Canadá e na China. Alguns países da América Latina, África, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Oriental introduziram serviços inovadores (OMS, 1997b).

Os bons cuidados, não importa como e onde sejam aplicados, fluem a partir de princípios orientadores básicos, alguns dos quais são particularmente relevantes para os cuidados em saúde mental. São eles: diagnóstico, intervenção precoce, participação do utente, parceria com a família, envolvimento da comunidade local e integração nos cuidados primários de saúde.

Diagnóstico e intervenção

Um diagnóstico objectivo correcto é fundamental para o planeamento dos cuidados individuais e para a escolha do tratamento apropriado. As perturbações mentais e comportamentais podem ser diagnosticadas com um elevado nível de acuidade. Como diferentes tratamentos são indicados para diferentes doenças, o diagnóstico é um importante ponto de partida para qualquer intervenção.

O diagnóstico pode ser feito em termos nosológicos (isto é, de acordo com uma classificação e nomenclatura internacional de doenças e perturbações), no que se refere ao tipo e ao nível de incapacidade sofrido pela pessoa, ou, de preferência, em termos de ambas as coisas.

A intervenção precoce é fundamental no bloqueio do progresso rumo a uma doença plenamente instalada, no controlo dos sintomas e na melhoria dos resultados. Quanto mais depressa for instituída uma sequência de tratamento, melhor será o prognóstico. A importância da intervenção precoce é posta em evidência pelos seguintes exemplos:

- Na esquizofrenia, a duração da psicose não tratada tem vindo a ter a sua importância confirmada. As demoras no tratamento têm probabilidade de acarretar piores resultados (McGony, 2000; Thara e col., 1994).
- Triagens e intervenções breves, para os indivíduos que correm grande risco de apresentar problemas relacionados com o álcool, são positivas na redução do consumo de álcool e dos problemas a ele associados (Wilk e col., 1997).

O tratamento apropriado das perturbações mentais implica o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de uma forma clinicamente significativa, equilibrada e bem integrada. Devido à extrema importância dos ingredientes dos cuidados, estes são examinados minuciosamente mais adiante neste capítulo.

Continuidade dos cuidados

Certas perturbações mentais e comportamentais têm uma evolução crónica, embora com períodos de remissão e recorrências que podem imitar perturbações agudas. Não obstante, no que se refere ao controlo, elas são semelhantes às doenças físicas crónicas. Assim, o modelo dos cuidados crónicos é mais apropriado no seu caso do que o geralmente usado para doenças transmissíveis agudas. Isso tem particulares repercussões no que se refere ao acesso aos serviços, à disponibilidade de pessoal e aos custos para os doentes e as famílias.

As necessidades dos doentes e das suas famílias são complexas e mutáveis, e a continuidade dos cuidados é importante. Isso requer mudanças na forma como os cuidados são organizados actualmente. Algumas das medidas para assegurar a continuidade dos cuidados compreendem:

- clínicas especiais para grupos de doentes com os mesmos diagnósticos ou problemas;
- conferir aptidões de cuidados aos prestadores;
- prestação de cuidados aos doentes e às suas famílias pela mesma equipa de tratamento;
- educação em grupo de doentes e das suas famílias;
- descentralização dos serviços;
- integração dos cuidados nos cuidados primários de saúde.

Ampla gama de serviços

As necessidades das pessoas com doenças mentais e das suas famílias são múltiplas, variadas e diferem nas diversas fases da doença. Requer-se uma ampla variedade de serviços para proporcionar cuidados abrangentes a algumas das pessoas que têm doenças mentais. Os que recuperam da doença necessitam de ajuda para readquirir as suas aptidões e retomar os seus papéis na sociedade. Os que se recuperam apenas parcialmente precisam de assistência para competir numa sociedade aberta. Alguns doentes que se submeteram a um tratamento menos favorável, especialmente nos países em desenvolvimento, podem mesmo assim beneficiar dos programas de reabilitação. Esses serviços podem fornecer medicamentos ou proporcionar serviços especiais de reabilitação, domicílio, assistência jurídica ou outras formas de apoio socioeconómico. A presença de pessoal especializado – enfermeiros, psicólogos clínicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e voluntários – já demonstrou o seu valor como elemento intrínseco em equipas flexíveis de cuidados. As equipas multidisciplinares são particularmente relevantes no controlo de perturbações mentais, dadas as complexas necessidades dos doentes e das suas famílias nas diferentes etapas da sua doença.

Parcerias com doentes e famílias

A projecção dos movimentos de utentes em diversos países mudou a forma como são consideradas as opiniões dos interessados. Essas organizações são geralmente compostas por pessoas com perturbações mentais e pelas suas famílias. Em muitos países, os movimentos de utentes cresceram paralelamente aos grupos de pressão tradicionais a favor da saúde mental, como os movimentos familiares. O movimento de utentes baseia-se na crença no exercício de escolha individual pelo doente no que se refere ao tratamento e a outras decisões (ver Caixa 3.4).

Caixa 3.4. O papel dos utentes nos cuidados em saúde mental.

As pessoas que utilizam os serviços de saúde mental são tradicionalmente encaradas dentro do sistema como receptores passivos, incapazes de expressar as suas próprias necessidades e desejos, e sujeitas a formas de cuidados ou tratamento sobre as quais coube a outros a formulação e a decisão. Nos últimos 30 anos, contudo, eles começaram, como utentes, a expressar a sua própria visão dos serviços que precisam e querem. Entre os temas mais fortes que vieram à tona encontram-se: o direito de autodeterminação; a necessidade de informação sobre medicação e outras formas de tratamento; a necessidade de serviços para facilitar a participação activa da comunidade; o fim do estigma e da discriminação; o aperfeiçoamento das leis e das atitudes do público, removendo obstáculos à integração na comunidade; a necessidade de serviços alternativos operados pelos utentes; melhores direitos legais e protecção legal dos direitos existentes; e o fim do internamento de pessoas em grandes instituições, muitas vezes para o resto da vida.

Variam entre os utentes e as suas organizações as opiniões sobre qual seria a melhor maneira de atingir as suas metas. Alguns grupos querem uma cooperação e uma colaboração activas com os pro-

fissionais de saúde mental, enquanto outros querem uma completa separação deles. Há também grandes diferenças sobre o quanto deve ser estreita a cooperação, se houver, com organizações que representam membros das famílias dos doentes.

É evidente que as organizações de utentes de todo o mundo querem que as suas vozes sejam ouvidas e consideradas na tomada de decisões sobre as suas vidas. As pessoas diagnosticadas com doenças mentais têm o direito de se fazerem ouvir nas discussões sobre políticas e práticas de saúde mental que envolvem profissionais, familiares, legisladores e líderes de opinião. Por trás das etiquetas e dos diagnósticos encontram-se pessoas reais que, não importa o que possam pensar outras pessoas, têm ideias, pensamentos, opiniões e ambições. Aqueles que foram diagnosticados com doenças mentais não são diferentes das outras pessoas e querem as mesmas coisas básicas da vida: rendimento adequado; lugar decente para morar; oportunidades educacionais; estágio para o emprego, levando a colocações reais e significativas; participação nas vidas das suas comunidades; amizades e relações sociais; e relações pessoais amorosas.

Colaboração de Judi Chamberlin (MadPride@aol.com), National Empowerment Center, Lawrence, MA, EUA (<http://www.power2u.org>).

O melhor exemplo de movimento de utentes será provavelmente os Alcoólicos Anónimos, que se popularizou em todo o mundo e conseguiu taxas de recuperação comparáveis às obtidas com os cuidados psiquiátricos formais. A disponibilidade de tratamento com a ajuda de computadores e o apoio *on line* de ex-doentes abriram novas maneiras de obter cuidados. Os doentes com perturbações mentais podem ser muito bem sucedidos na auto-ajuda, e o interapoio tem-se mostrado importante em várias condições para a recuperação e a reintegração na sociedade.

O movimento de utentes influenciou consideravelmente a política de saúde mental em numerosos países. De modo particular, incrementou o emprego de pessoas com perturbações no sistema tradicional de cuidados em saúde mental, bem como noutros organismos de assistência social. Por exemplo, no Ministério da Saúde da Província da Colúmbia Britânica, Canadá, uma pessoa com perturbação mental foi recentemente nomeada para o cargo de Director de Cuidados Alternativos, colocando-se assim numa posição forte para influenciar a política e os serviços de saúde mental.

A pressão exercida pelos utentes apontou para o tratamento involuntário, os cuidados auto-administrados, o papel dos utentes na pesquisa, a prestação de serviços e o acesso aos cuidados. Os programas executados por utentes incluem centros de captação abertos, programas de controlo de casos, programas de extensão e serviços durante as crises.

O papel positivo das famílias nos programas de cuidados em saúde mental foi reconhecido há relativamente pouco tempo. A visão anterior da família como factor causal não é válida. O papel das famílias estende-se agora para além dos cuidados do dia-a-dia, chegando à acção organizada a favor dos doentes mentais. Essa acção teve um papel predominante na mudança da legislação sobre saúde mental nalguns países, bem como, noutros, na melhoria dos serviços e no desenvolvimento de redes de apoio.

Há consideráveis indícios que demonstram os benefícios da participação da família no tratamento e controlo de esquizofrenia, atraso mental, depressão, dependência do álcool e perturbações do comportamento na infância. O papel da família no tratamento de outras afecções ainda está por demonstrar, através de novas experiências controladas. Há indícios que o resultado para doentes que vivem com as suas famílias é melhor do que o observado naqueles que vivem em instituições. Muitos estudos internacionais, contudo, estabeleceram uma forte relação entre atitudes de grande «emoção expressa» entre parentes e um índice mais elevado de recorrência para doentes que vivem em companhia deles. Mudando-se o clima emocional no lar, é possível reduzir a taxa de recorrência (Leff e Gamble, 1995; Dixon e col., 2000).

O trabalho com as famílias para reduzir as recaídas foi sempre considerado um complemento da medicação de manutenção, e não a sua substituta. De facto, já se demonstrou que a terapia familiar, quando acrescentada à medica-

Caixa 3.5. Parcerias com as famílias.

Os trabalhadores de saúde mental, as famílias de pessoas com doenças mentais e as organizações de apoio familiar têm muito que aprender uns com os outros. Mediante contactos regulares, o pessoal de saúde pode aprender das famílias que conhecimentos, atitudes e aptidões são necessários para permitir que trabalhem juntos de uma forma positiva. Eles inteiram-se também dos problemas, tais como a limitação dos recursos, as cargas enormes de trabalho e o treino insuficiente, que impede os médicos e os serviços clínicos de prestar serviços eficientes. Nesses casos, pode-se considerar que a defesa da causa por uma organização familiar tem maior valor do que o «interesse adquirido» do trabalhador profissional. Quando ocorre uma doença mental, os trabalhadores profissionais beneficiam, ainda no início, da formação de uma parceria com a família. Através desses empreendimentos conjuntos, podem discutir informações sobre uma ampla gama de questões relacionadas com a doença, explorar as reacções familiares e formular um plano de tratamento. As famílias, por sua vez, beneficiam da aprendizagem de um processo de resolução de problemas a fim de ter um conhecimento mais positivo da doença.

São descritas, a seguir, resumidamente duas associações de apoio familiar que têm conseguido um êxito considerável no atendimento das necessidades dos respectivos representados e no estabelecimento de vínculos com profissionais.

A *Alzheimer's Disease International (ADI)* é uma organização que agrupa 57 associações nacionais para a doença de Alzheimer em todo o mundo. O seu objectivo é apoiar a formação e o aumento da eficácia das associações de Alzheimer nacionais existentes e das novas associações, mediante actividades tais como o Dia Mundial de Alzheimer, uma conferência anual e a Universidade de Alzheimer (que organiza uma série de seminários

que põem em evidência os problemas básicos da organização). Além disso, através do seu *site* na Internet (<http://www.alz.co.uk>), a ADI proporciona informações, dados, brochuras e boletins noticiosos.

As associações de Alzheimer nacionais dedicam-se ao apoio a pessoas em cujas famílias ocorre demência. Elas proporcionam não só informação como também ajuda prática e emocional, na forma, por exemplo, de linhas telefónicas de aconselhamento, grupos de apoio e cuidados nas folgas dos prestadores de cuidados. Além disso, oferecem treino aos prestadores de cuidados, profissionais e serviços de defesa junto dos Governos.

The World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WSF) acentua o facto de que a partilha de conhecimentos – o conhecimento profissional dos trabalhadores em saúde mental e o conhecimento adquirido pelas famílias e pelos utentes mediante experiências de vida – é vital para o desenvolvimento da confiança. Sem confiança, muitas vezes não é possível uma aliança terapêutica efectiva, e os clínicos, familiares e utentes podem encontrar-se em conflito uns com os outros.

Uma parceria contínua tem em vista o desenvolvimento da assertividade dos prestadores familiares de cuidados, para que eles possam resolver os muitos e complicados desafios com que se defrontam, em vez de ter de confiar sempre no apoio de profissionais. Denomina-se esse processo «passagem dos cuidados passivos aos cuidados activos». É reforçado pelo encaminhamento a organizações de apoio familiar, que os profissionais devem recomendar enfaticamente como parte importante do tratamento a longo prazo e do plano de cuidados. Pode-se obter mais informações sobre essa associação através de correio electrónico para info@world-squizophrenia.org.

ção antipsicótica, é mais eficaz do que a medicação pura e simples na prevenção da recorrência na esquizofrenia. Uma meta-análise da Cochrane Collaboration (Pharaoh e col., 2000) mostrou uma redução média das taxas de recorrência para cerca de metade, tanto num como em dois anos. Resta saber, porém, se as equipas clínicas comuns podem reproduzir os excepcionais resultados dos grupos pioneiros de pesquisas que realizaram o seu trabalho principalmente em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, a família fica geralmente envolvida no tratamento do doente psiquiátrico individual, quer por curandeiros tradicionais quer por serviços biomédicos.

Local e nacionalmente, a formação de redes familiares criou parcerias entre prestadores de cuidados e profissionais (Caixa 3.5). Além de proporcionar apoio mútuo, muitas redes converteram-se em defensoras, educando o público em geral, aumentando o apoio da parte dos formuladores de políticas e combatendo o estigma e a discriminação.

Envolvimento da comunidade local

As crenças, atitudes e respostas sociais definem muitos aspectos dos cuidados de saúde mental. Os portadores de doenças mentais são membros da sociedade e o ambiente social é um importante determinante do resultado. Quando é favorável, o ambiente social contribui para a recuperação e a reintegração. Quando é negativo, pode reforçar o estigma e a discriminação. Entre os esforços para aumentar o envolvimento das comunidades locais contam-se a disseminação de informações correctas sobre perturbações mentais e o uso de recursos da comunidade para iniciativas específicas, tais como voluntários na prevenção do suicídio e colaboração com curandeiros tradicionais. A própria passagem dos cuidados em instituições para a comunidade pode alterar as atitudes e respostas desta e ajudar as pessoas que têm doenças mentais a viver uma vida melhor.

Estudos feitos em muitos países africanos e asiáticos mostram que cerca de 40% dos clientes dos curandeiros tradicionais sofrem de doenças mentais (Saeed e col., 2000). Isto não diverge muito do quadro revelado por muitos estudos realizados no âmbito dos cuidados de saúde geral. Assim, o trabalho com curandeiros tradicionais é uma importante iniciativa de saúde mental. Os profissionais dão aos curandeiros informações correctas sobre perturbações mentais e comportamentais, estimulando o seu funcionamento como agentes encaaminhadores e não incentivando práticas tais como a privação de alimentos e castigo. Os profissionais, por sua vez, são levados a compreender as aptidões dos curandeiros no tratamento de perturbações psicossociais.

Coube às organizações não-governamentais um papel importante nos movimentos pela saúde mental ao longo da história. Foi um utente, Clifford

Beers, que criou em 1906 a primeira organização não-governamental bem sucedida no trato de doenças mentais, precursora da Federação Mundial para a Saúde Mental. As contribuições de organizações desse tipo são inegáveis.

Há numerosos caminhos para trazer mudanças à comunidade. O mais importante de entre eles é o uso dos veículos de comunicação de massas em campanhas educativas orientadas para o público em geral. Exemplos disso são os dísticos «Vamos derrotar a depressão», «Mudando ideias – todas as famílias do país» e, no Dia Mundial da Saúde 2001, «Cuidar, sim. Excluir, não». Campanhas gigantescas de conscientização em países como a Austrália, o Canadá, os EUA, a Malásia, o Reino Unido e a República Islâmica do Irão modificaram as atitudes da população para com as perturbações mentais. A Associação Mundial de Psiquiatria (AMP) lançou em diversos países um programa para combater o estigma e a discriminação contra os que sofrem de esquizofrenia (Caixa 4.9). O programa usa os veículos dos *media*, as escolas e os membros das famílias como agentes da mudança.

Embora a discriminação contra os portadores de doenças mentais não seja praticada pela comunidade em muitos países em desenvolvimento, as crenças na feitiçaria, nas forças sobrenaturais, no destino, no desagrado dos deuses, etc., podem interferir na procura de assistência e na adesão ao tratamento. Um dos melhores exemplos de como as comunidades podem transformar-se em prestadoras de cuidados é encontrado na pequena cidade belga de Gheel, sede do que é sem dúvida o mais antigo programa comunitário de saúde mental no mundo ocidental. Desde o século XIII, mas com origens talvez ainda no século VIII, as pessoas com doenças mentais graves são acolhidas de braços abertos pela Igreja de Santa Dymphna ou por famílias adoptivas da cidade, com as quais vivem, frequentemente por muitas décadas. Hoje, tais famílias em Gheel cuidam de cerca de 550 doentes, metade dos quais têm empregos em oficinas protegidas.

Integração nos cuidados primários de saúde

Outro princípio importante que desempenha um papel crucial na organização dos cuidados em saúde mental é a integração nos cuidados primários de saúde. O papel fundamental dos cuidados primários no sistema de saúde em geral de qualquer país foi claramente enunciado na Declaração de Alma-Ata. Esse nível básico de cuidados funciona como filtro entre a população geral e os cuidados de saúde especializados.

As perturbações mentais são comuns e a maioria dos doentes recebe apenas cuidados primários, mas as suas perturbações muitas vezes não são detectadas (Üstün e Sartorius, 1995). Além disso, a morbidade psicológica é um aspecto comum das doenças físicas e muitas vezes os profissionais de cuidados

primários de saúde vêem (mas nem sempre reconhecem) angústia emocional. A preparação do pessoal de cuidados primários e cuidados de saúde geral para detectar e tratar perturbações mentais e comportamentais comuns é uma importante medida de saúde pública. Esta preparação pode ser facilitada pela ligação com o pessoal de saúde mental baseado na comunidade local, que quase sempre tem grande interesse em compartilhar a sua perícia.

A qualidade e a quantidade dos serviços de saúde mental especializados necessários dependem dos serviços que são prestados a nível de cuidados primários. Por outras palavras, é preciso equilibrar a prestação de serviços entre os cuidados na comunidade e os cuidados hospitalares.

Os doentes que recebem alta de enfermarias psiquiátricas (de hospitais gerais ou especializados) podem ter um acompanhamento eficaz pelos médicos dos cuidados primários de saúde. Evidentemente, os cuidados primários desempenham um papel importante nos países onde não existem serviços de saúde mental baseados na comunidade. Em muitos países em desenvolvimento, trabalhadores de cuidados primários de saúde bem treinados proporcionam um tratamento adequado aos doentes mentais. É interessante observar que a pobreza de um país não significa necessariamente que o tratamento dos doentes mentais seja deficiente. Experiências em alguns países africanos, asiáticos e latino-americanos mostram que o treino adequado de trabalhadores de cuidados primários de saúde no reconhecimento e controlo precoce de perturbações mentais pode reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental dos utentes.

Ingredientes dos cuidados

O controlo das perturbações mentais e comportamentais – quiçá mais particularmente do que o de outras afecções médicas – pede uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais: medicação (ou farmacoterapia), psicoterapia e reabilitação psicossocial.

O controlo racional das perturbações mentais e comportamentais requer uma dosagem habilidosa de cada um desses ingredientes. As quantidades necessárias variam em função não só do diagnóstico geral como também de qualquer co-morbilidade física e mental, da idade do doente e do grau actual da doença. Por outras palavras, o tratamento deve ser dimensionado segundo as necessidades do indivíduo; mas estas mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida do doente (ver figura 3.1).

Uma combinação equilibrada de intervenções implica a adesão aos seguintes princípios orientadores:

- Cada intervenção tem uma indicação específica, de acordo com o diagnóstico, isto é, deve ser usada em condições clínicas específicas.
- Cada intervenção deve ser usada numa quantidade determinada, isto é, o nível de intervenção deve ser proporcional à gravidade da afecção.
- Cada intervenção deve ter uma duração determinada, isto é, deve durar o tempo exigido pela natureza e pela gravidade da afecção, assim como deve ser suspensa logo que seja possível.
- Devem-se monitorizar periodicamente a adesão ao tratamento e os resultados esperados de cada intervenção, bem como os efeitos adversos, e a pessoa que recebe a intervenção deve ser sempre um parceiro activo nessa monitorização.

Figura 3.1 Necessidades das pessoas com perturbações mentais.



O controlo efectivo das perturbações mentais e comportamentais inclui zelosos cuidados à observância do tratamento. Há casos em que as perturbações mentais são afecções crónicas, exigindo por isso regimes de tratamento que se estendem por toda a vida adulta. A adesão a tratamentos de longa duração é mais difícil de obter do que a observância de tratamentos por um breve período. O problema torna-se ainda mais complicado pelo facto de existir uma relação comprovada entre perturbações mentais ou de comportamento e a falta de observância rigorosa dos regimes de tratamento.

Existem importantes pesquisas sobre os factores que melhoram a adesão ao tratamento. São eles:

- uma relação médico/doente baseada na confiança;
- gasto de tempo e energia na educação do doente tendo em vista a finalidade da terapia e as consequências da boa e da má adesão;
- um plano de tratamento negociado;
- envolvimento de familiares e amigos para apoiar o plano terapêutico e a sua implementação;
- simplificação do regime de tratamento; e
- redução das consequências adversas do regime de tratamento.

Ao longo dos anos, foi-se estabelecendo consenso entre os clínicos quanto à eficácia de certas intervenções para o tratamento das perturbações mentais; essas intervenções são descritas adiante. Lamentavelmente, as informações disponíveis sobre custo/eficácia são limitadas. As principais limitações são: primeiro, o carácter crónico de certos problemas mentais, que requerem um longo acompanhamento para que a informação seja significativa; segundo, os diferentes critérios clínicos e metodológicos utilizados nos poucos estudos feitos sobre o custo/eficácia dessas intervenções; terceiro, o facto de a maioria dos estudos disponíveis compararem abordagens avançadas no tratamento de determinado problema, poucas das quais são exequíveis em países em desenvolvimento. Por isso, as intervenções descritas adiante foram seleccionadas com base na confirmação da sua eficácia – não obstante o facto de muitas pessoas não terem acesso a elas – e não no critério de custo/eficácia. Incluem-se, porém, quando disponíveis, informações actualizadas sobre o custo/eficácia das intervenções.

Farmacoterapia

A descoberta e o aperfeiçoamento de medicamentos úteis no tratamento das perturbações mentais, que ocorreram na segunda metade do século XX, foram reconhecidos em muitos sectores como uma revolução na história da psiquiatria.

Existem, basicamente, três classes de fármacos psicotrópicos, que visam sintomas específicos de perturbações mentais: antipsicóticos para os sintomas psicóticos, antidepressivos para a depressão, antiepilépticos para a epilepsia e ansiolíticos ou tranquilizantes para a ansiedade. Usam-se diferentes tipos para problemas relacionados com drogas e álcool. É importante lembrar que estes fármacos visam os sintomas das doenças, e não as próprias doenças ou as suas causas. Não se destinam, portanto, a curar as doenças, mas, antes, a reduzir ou controlar os sintomas ou evitar recidivas.

Perante a eficácia da maioria desses medicamentos, que já era evidente antes do uso muito difundido de testes clínicos controlados, a maioria dos estudos económicos recentes concentrou-se não no custo/eficácia da farmacoterapia activa, em contraposição aos placebos ou à ausência total de cuidados, mas no custo/eficácia relativo das classes mais novas de medicamentos face aos seus similares mais antigos. Isso aplica-se particularmente aos antidepressivos e antipsicóticos mais novos, em comparação com, respectivamente, os antidepressivos tricíclicos e os neurolépticos convencionais.

Uma síntese da evidência disponível indica que, embora tenham menos efeitos colaterais adversos, esses novos psicotrópicos não são significativamente mais eficazes e geralmente custam mais caro. Os custos consideravelmente mais elevados da aquisição dos medicamentos mais novos são, porém, compensados por uma redução da necessidade de outras formas de cuidados e tratamento. Os fármacos da nova classe de antidepressivos, por exemplo, podem representar uma opção mais atraente e financeiramente acessível para a prescrição em países de baixo rendimento quando expirarem as suas patentes ou onde elas já são disponíveis a um custo semelhante aos de medicamentos mais antigos.

A Lista de Medicamentos Essenciais da OMS inclui actualmente os fármacos necessários num nível mínimo para o controlo satisfatório das perturbações mentais e neurológicas de importância na saúde pública. Não obstante, os doentes dos países em desenvolvimento não devem ficar privados, por motivos unicamente económicos, dos benefícios trazidos pelos avanços na psicofarmacologia. É necessário trabalhar com vista à completa disponibilização dos melhores medicamentos para o tratamento de uma dada perturbação. Isso exige uma abordagem flexível da lista de medicamentos essenciais.

Psicoterapia

A psicoterapia refere-se a intervenções planeadas e estruturadas visando influenciar o comportamento, o humor e os padrões emocionais de reacção face a diferentes estímulos, com uso de meios psicológicos verbais e não verbais. Não faz parte da psicoterapia o uso de qualquer meio bioquímico ou biológico.

Várias técnicas e abordagens – derivadas de diferentes fundamentos teóricos – têm mostrado a sua eficácia em relação a diversas perturbações mentais e comportamentais. Contam-se entre elas a terapia do comportamento, a terapia cognitiva, a terapia interpessoal, as técnicas de relaxamento e as técnicas e terapias de apoio (aconselhamento) (OMS, 1993b).

A terapia do comportamento consiste na aplicação de princípios psicológicos de base científica à solução de problemas clínicos (Cottraux, 1993). Baseia-se nos princípios da aprendizagem.

As intervenções comportamentais cognitivas visam a alteração dos padrões de pensamento e de comportamento mediante a prática de novas maneiras de pensar e agir, ao passo que a terapia interpessoal vem de um diferente modelo conceptual, que se centra em quatro áreas problemáticas comuns: conflitos de papéis, transições de papéis, luto não resolvido e défices sociais.

O relaxamento visa a redução do estado de excitação – e consequentemente da ansiedade – a níveis aceitáveis, através de diversas técnicas de relaxamento muscular derivadas de métodos como o ioga, a meditação transcendental, o treino autogénico e o *biofeedback*. Pode ser um complemento de outras formas de tratamento, é facilmente aceitável pelos doentes e pode ser auto-aprendido (OMS, 1988).

A terapia de apoio, que é provavelmente a forma mais simples de psicoterapia, baseia-se no relacionamento médico/doente. Outros componentes importantes dessa técnica são a auto-afirmação, o esclarecimento, a ab-reação, o aconselhamento, a sugestão e o ensino. Alguns vêem nesta modalidade de tratamento o próprio alicerce da boa prestação clínica e propõem a sua inclusão como componente intrínseco dos programas de formação para todos os que se dedicam a actividades clínicas.

Vários tipos de psicoterapia – e especialmente as intervenções comportamentais cognitivas e a terapia interpessoal – são eficazes no tratamento de fobias, dependência de drogas e álcool e sintomas psicóticos, tais como delírios e alucinações. Ajudam também o doente deprimido a aprender como melhorar as estratégias de controlo e reduzir a angústia sintomática.

Recentemente, vieram à tona indícios animadores em relação ao custo/eficácia das abordagens psicoterapêuticas no tratamento de psicoses e de toda uma série de perturbações do humor e relacionadas com o *stress*, em combinação com a farmacoterapia ou como alternativa a ela. Uma constatação que sempre aparece nas pesquisas é a de que as intervenções psicológicas levam a um aumento da satisfação e da concordância com o tratamento, o que pode contribuir significativamente para reduzir as taxas de recorrência, limitar as hospitalizações e diminuir o desemprego. Os custos adicionais do tratamento psicológico são neutralizados por uma redução da necessidade de outras formas de apoio ou contacto com os serviços de saúde (Schulberg e col., 1998; Rosenbaum e Hylan, 1999).

Reabilitação psicossocial

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. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais (OMS, 1995). A reabilitação psicossocial é um processo abrangente, e não simplesmente uma técnica.

As estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade) e as condições culturais e socioeconómicas do país onde é levada a cabo. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial. Os principais objectivos 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. A reabilitação psicossocial é um dos componentes do tratamento abrangente em saúde mental com base na comunidade. Por exemplo, em Xangai, China, foram aperfeiçoados modelos de reabilitação psicossocial em cuidados primários de saúde, com apoio familiar, apoio psiquiátrico de retaguarda, supervisão comunitária e intervenção de reabilitação nos locais de trabalho.

A reabilitação psicossocial permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades. Inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e actividades de lazer, que dão um sentido de participação e de valor pessoal. Ensina também aptidões de vida, tais como regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, fazer orçamentos, manter a casa e usar diferentes meios de transporte.

Reabilitação profissional e emprego

Em países como a Alemanha, Argentina, Brasil, China, Costa do Marfim, Espanha, Holanda e Itália, doentes psiquiátricos, assistentes sociais e por vezes outros doentes não psiquiátricos têm organizado cooperativas de trabalhadores. Essas oportunidades vocacionais procuram não criar um clima artificialmente protegido, proporcionando aos doentes psiquiátricos, em vez disso, formação profissional que lhes permitirá dedicar-se a actividades economicamente eficientes. Alguns desses exemplos são descritos na caixa 3.6.

A activação dos recursos ocultos na comunidade cria um novo modelo, com profundas repercussões na saúde pública. O modelo, denominado «empresa social», atingiu um nível sofisticado de desenvolvimento nalguns países

Caixa 3.6. Oportunidades de trabalho na comunidade.

Podem-se encontrar em todo o mundo muitos milhares de bons exemplos de pessoas com perturbações mentais não só integradas nas respectivas comunidades, mas desempenhando efectivamente papéis produtivos e economicamente importantes. Só na Europa, cerca de 10 000 indivíduos estão a trabalhar em negócios e empresas que foram criados para lhes dar emprego. Aqui estão alguns dos muitos exemplos de oportunidades encontradas na comunidade¹.

Começando com um punhado de pessoas com doenças mentais, algumas das quais estiveram acorrentadas durante anos, estabeleceu-se um aviário em Bouaké, Costa do Marfim. Encarado inicialmente com desconfiança pela população local, o estabelecimento veio a tornar-se uma empresa importante, da qual a comunidade local agora depende. A resistência inicialmente encontrada foi dando lugar, pouco a pouco, a um cordial apoio, particularmente quando o aviário se viu necessitado de braços e começou a contratar gente da comunidade local, transformando-se em importante empregador na região.

Em Espanha, uma grande organização não-governamental criou 12 centros de serviço que empregam mais de 800 pessoas com perturbações mentais. Um desses centros, em Cabra, Andaluzia, é uma fábrica de móveis que tem 212 empregados, a maioria dos quais com passagens prolongadas por hospitais psiquiátricos. A fábrica é muito moderna e tem diferentes linhas de montagem, onde

as necessidades e habilidades de cada trabalhador são tidas em consideração. Ainda há poucos anos, aqueles trabalhadores viviam trancados em hospitais, como continua a acontecer com muitos outros portadores de perturbações mentais noutros lugares. Hoje, os seus produtos estão a ser vendidos em toda a Europa e nos EUA.

Uma cooperativa de emprego para portadores de perturbações mentais fundada em Itália, em 1981, com apenas nove pessoas tem agora mais de 500 membros que voltaram a uma vida produtiva e estão integrados na sociedade. Uma de entre centenas do mesmo tipo, em Itália, a cooperativa oferece serviços de limpeza, serviços sociais para os idosos e para adultos e crianças deficientes, programas de formação profissional, conservação de parques e jardins e actividades gerais de manutenção.

Em Pequim, China, uma das maiores fábricas nacionais de produtos de algodão mantém centenas de apartamentos para seus empregados, bem como um hospital de 140 camas e duas escolas. Recentemente, uma jovem empregada foi diagnosticada com esquizofrenia e hospitalizada por um ano. Ao receber alta, voltou ao seu apartamento e ao seu antigo emprego, com salário integral. Depois de um mês, porém, ela verificou que já não podia acompanhar o ritmo dos seus colegas e foi transferida para um escritório. Esta solução resulta do cumprimento, por parte do seu empregador, da obrigação legal de receber a mulher de volta, após a doença.

¹ Harmois, G. ; Gabriel, P. (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Genebra, Organização Mundial da Saúde e Organização Internacional do Trabalho (WHO/MSD/MPS/00.2).

do Mediterrâneo (de Leonardis e col., 1994). A cooperação entre os sectores público e privado numa empresa social é promissora, do ponto de vista da saúde pública. Além disso, compensa a carência de recursos e cria uma solução alternativa à reabilitação psicossocial convencional. As pessoas com perturbações podem ter uma participação mais activa no saudável processo de trabalho cooperativo e, conseqüentemente, na criação de recursos.

Habitação

A habitação, além de ser um direito básico, é em muitos lugares um factor de limitação crucial no processo de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica. Todos precisam de habitação decente. Não há dúvida alguma quanto à necessidade de camas psiquiátricas para pessoas com problemas mentais.

As perturbações mentais específicas tornam o uso de camas inevitável em duas circunstâncias: primeiro, na fase aguda; segundo, durante a convalescência ou na fase crónica irreversível que alguns doentes apresentam. A experiência de muitos países das Américas, da Ásia e da Europa já demonstrou que, no primeiro caso, uma cama localizada num hospital geral é o recurso mais adequado. No segundo, os asilos de outrora têm sido substituídos com êxito por dependências residenciais na comunidade. Em algumas situações, haverá sempre a necessidade de outros contextos residenciais. Estes são componentes não contraditórios de cuidados globais e estão de pleno acordo com a estratégia dos cuidados primários de saúde.

Além dos exemplos acima mencionados, estão a ocorrer interessantes experiências no campo da reabilitação psicossocial na África do Sul, Botsuana, Brasil, China, Espanha, Grécia, Índia, Malásia, Mali, México, Paquistão, Senegal, República Islâmica do Irão, Sri Lanka e Tunísia (Mohit, 1999; Mubbashar, 1999; WHO, 1997b). Nestes países, a abordagem orienta-se mais para as actividades vocacionais e o apoio social da comunidade. Não há dúvida de que a reabilitação psicossocial, muitas e muitas vezes, não enfrenta a questão da habitação, por não haver habitação disponível. Assim, os doentes com perturbações que necessitam de abrigo não têm alternativa senão a institucionalização. As estratégias de habitação actuais custam demasiado caro para muitos países em desenvolvimento, obrigando a procurar soluções inovadoras.

Exemplos de eficácia

Podem-se classificar as intervenções para tratamento das perturbações mentais e comportamentais em três grandes categorias: prevenção, tratamento e reabilitação. Estas correspondem aproximadamente aos conceitos de prevenção primária, secundária e terciária (Leavell e Clark, 1965).

- *Prevenção* (prevenção primária ou protecção específica) é a tomada de medidas aplicáveis a certa doença ou grupo de doenças, para interceptar as suas causas antes que estas envolvam o indivíduo; por outras palavras, para evitar que ocorra a afeição.

- *Tratamento* (prevenção secundária): refere-se às medidas tomadas para sustentar um processo patológico já iniciado, a fim de evitar maiores complicações e sequelas, limitar a incapacidade e evitar a morte.
- *Reabilitação* (prevenção terciária): envolve medidas orientadas para indivíduos incapacitados, restaurando a sua situação anterior ou maximizando o uso das suas capacidades restantes. Compreende tanto intervenções a nível do indivíduo como modificações no meio ambiente.

Os exemplos que se seguem apresentam uma série de intervenções eficazes, importantes em saúde pública. Para algumas dessas perturbações, a intervenção mais eficaz é a acção preventiva, ao passo que a abordagem mais eficiente, para outros, é o tratamento ou a reabilitação.

Depressão

Não existem actualmente indícios de que as intervenções propostas para a prevenção primária da depressão sejam eficazes, salvo nalguns estudos isolados. Há indicações, porém, da eficácia de certas intervenções, tais como a formação de sistemas de redes de apoio para grupos vulneráveis, intervenções concentradas em eventos específicos e intervenções orientadas para famílias e indivíduos vulneráveis, bem como dispositivos adequados de triagem e de tratamento de perturbações mentais como parte dos cuidados primários para a incapacidade física (Paykel, 1994). Diversos programas de triagem, educação e tratamento para mães mostraram-se eficazes na redução da depressão em mães e na prevenção de resultados de saúde adversos para seus filhos. Estes programas podem ser executados no contexto dos cuidados primários de saúde, por exemplo, por visitantes sanitários ou trabalhadores de saúde da comunidade. Não têm sido, porém, amplamente disseminados nos cuidados primários, mesmo nos países industrializados (Cooper e Murray, 1998).

As metas da terapia são a redução dos sintomas, a prevenção de recidivas e, em última análise, a remissão completa. O tratamento de primeira linha, para a maioria dos doentes com depressão, consiste hoje em medicação antidepressiva, psicoterapia ou uma combinação das duas.

Os medicamentos antidepressivos são eficazes em todos os graus de gravidade dos episódios depressivos *major*. Nos episódios depressivos ligeiros, a taxa geral de resposta é de cerca de 70%. Nos episódios graves, a taxa de resposta é mais baixa e a medicação é mais eficaz do que os placebos. Alguns estudos indicaram que os antidepressivos mais antigos (tricíclicos), denominados ADT, são tão eficazes como os medicamentos mais novos e são mais baratos: o custo dos ADT é de aproximadamente US\$2-3 por mês em muitos países em desenvolvimento. Os novos medicamentos antidepressivos são eficazes

no tratamento de episódios depressivos graves, com menos resultados indesejáveis e maior aceitação pelos doentes, mas a sua disponibilidade continua limitada em muitos países em desenvolvimento. Esses medicamentos podem oferecer vantagens nas faixas etárias mais velhas.

A fase aguda requer 6 a 8 semanas de medicação, durante as quais os doentes são visitados semanalmente ou de duas em duas semanas – e mais frequentemente nas fases iniciais – para monitorização de sintomas e efeitos colaterais, ajuste da dosagem e apoio.

A fase aguda bem-sucedida do tratamento com antidepressivo ou psicoterapia deve ser quase sempre seguida de pelo menos seis meses de tratamento contínuo. Os doentes são visitados uma ou duas vezes por mês. O objectivo primário dessa fase de acompanhamento é evitar recorrência; de facto, pode diminuir o índice de recorrências de 40%-60% para 10%-20%. A meta final é a remissão completa, seguida de recuperação. Há certos indícios, embora fracos, de que a recorrência, após o tratamento bem-sucedido, é menos comum com terapia comportamental cognitiva do que com antidepressivos (ver tabela 3.2).

Tabela 3.2 Eficácia das intervenções para depressão.

Intervenção	% de remissão após 3-5 meses
Placebo	27
Agentes tricíclicos	48-52
Psicoterapia (cognitiva e interpessoal)	48-60

Fontes:

Mynors-Wallis, I. e col. (1996). «Problem-solving treatment: evidence for objectiveness and feasibility in primary care». *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26: 249-162.
Schulberg, H. C. e col. (1996). «Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 58: 112-118.

A fase da chamada farmacoterapia de manutenção tem por finalidade evitar a recorrência futura de perturbações do humor e é, via de regra, recomendada para pessoas com história de três ou mais episódios depressivos, depressão crónica ou sintomas depressivos persistentes. Essa fase pode prolongar-se por muitos anos e em geral requer visitas mensais ou trimestrais.

Algumas pessoas preferem a psicoterapia ou o aconselhamento aos medicamentos para tratamento da depressão. Vinte anos de pesquisas verificaram que várias formas de psicoterapia de duração limitada são tão eficazes como os fármacos nas depressões ligeiras a moderadas. Essas terapias específicas da depressão incluem a psicoterapia comportamental cognitiva e a psicoterapia interpessoal, dando ênfase à colaboração activa e à educação do doente. Numerosos estudos do Afeganistão, EUA, Holanda, Índia, Paquistão, Reino Uni-

do, Sri Lanka e Suécia mostram a viabilidade da formação de clínicos gerais para proporcionar essa forma de cuidados e o seu custo/efectividade (Sriram e col., 1990; Mubbashar, 1999; Mohit e col., 1999; Tansella e Thornicroft, 1999; Ward e col., 2000; Bower e col., 2000).

Mesmo nos países industrializados, só uma minoria de pessoas que sofrem de depressão procura ou recebe tratamento. Parte da explicação está nos próprios sintomas. A baixa auto-estima, culpa excessiva e falta de motivação impedem os indivíduos de procurar assistência. Além disso, muitos têm poucas probabilidades de aquilatar os benefícios potenciais do tratamento. Outros inibidores são as dificuldades financeiras e o temor do estigma. Além dos próprios indivíduos, os prestadores de cuidados de saúde podem não reconhecer os sintomas nem seguir as melhores práticas recomendadas, porque podem não ter tempo nem recursos para proporcionar um tratamento baseado na evidência, no contexto dos cuidados primários.

Dependência do álcool

É necessário encarar a prevenção da dependência do álcool no contexto da meta mais ampla da prevenção e redução dos problemas relacionados com o álcool a nível da população (acidentes relacionados com o álcool, lesões, suicídio, violência, etc.). Essa abordagem abrangente é analisada no Capítulo 4. Existem valores culturais e religiosos associados a baixos níveis de utilização do álcool.

As metas da terapia são a redução da morbidade e da mortalidade relacionadas com o álcool e a redução de outros problemas sociais e económicos vinculados ao seu consumo crónico e excessivo.

O reconhecimento precoce de problemas de consumo de bebida, a intervenção precoce em face de tais problemas, as intervenções psicológicas, o tratamento dos efeitos nocivos do álcool (inclusive sintomas de abstinência e outras consequências médicas), o ensino de novas aptidões para fazer face a situações associadas com alto risco de consumir bebida e de sofrer recorrência, a educação da família e a reabilitação são as principais estratégias de eficácia comprovada para o tratamento de problemas relacionados com a dependência de álcool e outras substâncias.

A pesquisa epidemiológica mostrou que a maioria dos problemas manifesta-se entre aqueles que não são significativamente dependentes, tais como as pessoas que ficam embriagadas e conduzem um automóvel ou exibem comportamentos de risco e aquelas que estão a beber em níveis de risco mas continuam a ter emprego e a ir à escola e a manter relações e estilos de vida relativamente estáveis. Entre os doentes que vão aos centros de saúde e consomem álcool em níveis de risco, apenas 25% são dependentes dele.

Para as pessoas que bebem de maneira perigosa mas que não são dependentes do álcool, há intervenções breves, compreendendo diversas actividades orientadas. Essas intervenções têm baixa intensidade e curta duração, consistindo tipicamente em 5-60 minutos de aconselhamento e educação, geralmente com um máximo de três a cinco sessões. Elas têm por finalidade prevenir a manifestação inicial de problemas relacionados com o álcool. O conteúdo dessas intervenções breves varia, mas a maioria tem carácter instrutivo ou motivacional, destinando-se a equacionar formas específicas de comportamento no consumo de bebida, com retroalimentação da triagem, educação, fortalecimento de aptidões, estímulo e conselhos práticos, mais do que a análise psicológica intensiva ou técnicas de tratamento prolongado (Gomel e col., 1995).

Para os problemas iniciais de consumo de bebidas, foi demonstrada em vários estudos a eficácia de intervenções breves por profissionais de cuidados primários (OMS, 1996; Wilk e col., 1997). Tais intervenções reduziram em até 30% o consumo de álcool e o consumo excessivo em períodos de 6-12 meses ou mais. Alguns estudos demonstraram também que essas intervenções são eficazes em relação ao seu custo (Gomel e col., 1999).

Para os doentes com dependência mais pronunciada do álcool, estão disponíveis opções claramente eficazes de tratamento ambulatorio e com internamento, embora o tratamento ambulatorio seja consideravelmente mais barato. Vários tratamentos psicológicos mostraram-se igualmente eficazes. São eles o tratamento cognitivo comportamental, o uso de entrevistas motivacionais e a abordagem dos «Doze Passos», associada ao tratamento profissional. As abordagens baseadas no estímulo comunitário, como a dos Alcoólicos Anônimos, durante e depois do tratamento profissional, são invariavelmente associados a resultados melhores do que só o tratamento. A terapia para os cônjuges e membros da família, ou simplesmente o seu envolvimento, traz benefícios tanto para a iniciação como para a manutenção do tratamento da dependência do álcool.

É preferível a desintoxicação (tratamento de supressão de álcool) dentro da comunidade, excepto para aqueles que têm dependência grave, história de *delirium tremens* ou convulsões devidas à abstinência, um ambiente doméstico que nega apoio ou tentativas malogradas anteriores de desintoxicação (Edwards e col., 1997). O internamento para tratamento continua a ser uma opção para doentes com morbidade grave ou perturbações psiquiátricas. As intervenções psicossociais por auxiliares e familiares também constituem elementos importantes do processo de recuperação, especialmente quando ocorrem outros problemas a par da dependência do álcool.

Não há provas a indicar que o tratamento coercivo seja eficaz. É pouco provável que tal tratamento (seja decisão da justiça civil, sentença do sistema de justiça criminal ou qualquer outra intervenção) traga benefícios (Heather, 1995).

A medicação não pode substituir o tratamento psicológico da pessoa com dependência do álcool, mas alguns medicamentos mostraram-se eficazes como tratamento complementar para reduzir as taxas de recorrência (NIDA, 2000).

Dependência de drogas

É preciso encarar a prevenção da dependência de drogas no contexto da meta mais ampla de prevenção e redução de problemas ligados ao uso de drogas no nível da população. A abordagem geral é analisada no Capítulo 4.

A terapia tem por meta reduzir a morbidade e a mortalidade causadas pela utilização de substâncias psicoativas ou a ela associadas, até que os doentes possam ter uma vida livre de drogas. As estratégias incluem o diagnóstico precoce, a identificação e controlo do risco de doenças infecciosas, bem como outros problemas médicos ou sociais, estabilização e manutenção com farmacoterapia (para a dependência de opiáceos), aconselhamento, acesso aos serviços e oportunidades de conseguir a integração social.

As pessoas com dependência de drogas muitas vezes têm necessidades complexas. Correm o risco de VIH e outros agentes patogénicos veiculados pelo sangue, perturbações físicas e mentais, problemas com múltiplas substâncias psicoativas, envolvimento em atividades criminosas e problemas nas relações pessoais, laborais e em casa. As suas necessidades exigem vínculos entre profissionais de saúde, serviços sociais, o sector voluntário e o sistema de justiça criminal.

Os cuidados partilhados e a integração de serviços são exemplos de boa prática na prestação de cuidados aos toxicómanos. Os clínicos gerais podem identificar e tratar episódios agudos de intoxicação e privação, bem como proporcionar aconselhamento breve e imunização, testes de VIH, exame cervical, orientação sobre planeamento familiar e encaminhamento.

O aconselhamento e as outras terapias comportamentais são componentes cruciais no tratamento eficaz da dependência, uma vez que podem abordar a motivação, a capacidade de luta, as aptidões para resolver problemas e as dificuldades nas relações interpessoais. No caso particular dos dependentes de opiáceos, as farmacoterapias de substituição são complementos eficazes do aconselhamento. Como a maioria dos toxicómanos fumam, devem ser oferecidas terapias de aconselhamento para supressão do tabagismo e substituição da nicotina. Grupos de ajuda mútua podem também complementar e alargar a eficácia do tratamento por profissionais de saúde.

A desintoxicação médica é apenas a primeira fase do tratamento da dependência e não altera por si mesma o uso de drogas a longo prazo. É preciso proporcionar cuidados de longa duração, bem como tratamento das perturbações, a fim de reduzir as taxas de recorrência. A maioria dos doentes requer um mínimo de três meses de tratamento para obter melhoria significativa.

A injeção de drogas ilícitas traz uma ameaça especial à saúde pública. O uso comum de equipamento hipodérmico está associado à transmissão de agentes patogénicos veiculados pelo sangue (especialmente VIH e hepatites B e C), sendo responsável pela propagação do VIH em muitos países, sempre que há uso muito difundido de drogas injectáveis.

As pessoas que injectam drogas e que não iniciam o tratamento têm seis vezes mais probabilidades de contrair infecção por VIH do que as que iniciam e mantêm o tratamento. Assim sendo, os serviços de tratamento deveriam proporcionar avaliação para VIH/SIDA, hepatites B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, bem como, sempre que possível, tratamento para aquelas condições e aconselhamento para ajudar os doentes a abandonar o uso de práticas inseguras na aplicação de injeções.

O tratamento da dependência de drogas é efectivo em relação ao custo na redução da sua utilização (40%-60%) e das consequências associadas com a saúde e sociais, tais como infecção por VIH e actividade criminosa. A eficácia do tratamento da dependência de drogas compara-se aos índices de êxito para o tratamento de outras doenças crónicas, tais como diabetes, hipertensão e asma (NIDA, 2000). Já se demonstrou que o tratamento resulta mais barato do que outras alternativas, tais como deixar de tratar os dependentes ou simplesmente prendê-las. Por exemplo, nos EUA, o custo médio anual do tratamento de manutenção com metadona é cerca de US\$4700, ao passo que um ano de prisão custa cerca de US\$18 400 por pessoa.

Esquizofrenia

Actualmente, não é possível a prevenção primária da esquizofrenia. Recentemente, porém, esforços de pesquisa concentram-se no aperfeiçoamento de meios para detectar pessoas em risco de esquizofrenia o mais precocemente possível ou mesmo antes da sua manifestação inicial. A detecção precoce aumentaria as probabilidades de intervenção precoce, diminuindo positivamente o risco de uma evolução crónica ou de sequelas residuais graves. A eficácia dos programas de detecção ou intervenção precoce deve ser avaliada mediante seguimento de longa duração (McGorry, 2000).

O tratamento da esquizofrenia tem três componentes principais. Primeiro, há medicamentos para aliviar os sintomas e evitar a recidiva. Segundo, a educação e as intervenções psicossociais ajudam os doentes e os seus familiares a fazer face à doença e às suas complicações, bem como a evitar recorrências. Terceiro, a reabilitação ajuda os doentes a reintegrarem-se na comunidade e a recuperar o funcionamento educacional e ocupacional. O verdadeiro desafio na prestação de cuidados às pessoas que sofrem de esquizofrenia está na necessidade de organizar serviços que garantam uma acção contínua desde a identificação precoce até ao tratamento regular e à reabilitação.

As metas dos cuidados consistem em identificar a doença o mais cedo possível, tratar os sintomas, conferir aptidões aos doentes e seus familiares, manter a melhoria durante um certo período de tempo, evitar recorrências e reintegrar as pessoas enfermas na comunidade, para que elas possam levar uma vida normal. Existem indícios concludentes a mostrar que o tratamento diminui a duração e a cronicidade da doença, paralelamente ao controlo de recidivas.

Utilizam-se actualmente dois grupos de fármacos no tratamento da esquizofrenia: antipsicóticos padrão (antes denominados neurolépticos) e antipsicóticos novos (também denominados antipsicóticos de segunda geração ou «atípicos»). Os primeiros medicamentos antipsicóticos padrão foram introduzidos há 50 anos e mostraram-se úteis na redução e, por vezes, na eliminação de sintomas de esquizofrenia tais como perturbações do pensamento, alucinações e delírios. Além disso, podem também diminuir sintomas afins, tais como agitação, impulsividade e agressividade. Pode-se chegar a isso em questão de dias ou semanas em cerca de 70% dos doentes. Tomados realmente, esses medicamentos podem também reduzir para metade o risco de recaída. Os medicamentos actualmente disponíveis parecem ser menos eficazes na redução de sintomas como apatia, desligamento social e pobreza de ideias. Os medicamentos de primeira geração são mais baratos, não chegando a mais de US\$5 por mês de tratamento nos países em desenvolvimento. Alguns deles podem ser dados por meio de injeções de acção prolongada, em intervalos de 1-4 semanas.

Os medicamentos antipsicóticos podem ajudar os doentes a beneficiar das formas psicossociais de tratamento. Os antipsicóticos mais novos têm menos probabilidades de induzir certos efeitos colaterais, ao mesmo tempo que melhoram alguns sintomas. Não há indicações claras de que os medicamentos antipsicóticos mais novos sejam apreciavelmente diferentes dos mais antigos quanto à eficácia, embora haja diferenças nos seus efeitos colaterais mais frequentes.

A duração média do tratamento é de 3-6 meses. O tratamento de manutenção prolonga-se, pelo menos, por um ano após o primeiro episódio da doença, por 2-5 anos após o segundo episódio e por períodos mais longos em doentes com episódios múltiplos. Nos países em desenvolvimento, a resposta ao tratamento é mais positiva, a dosagem de medicamentos é mais baixa e a duração do tratamento é menor. Nos cuidados globais ao doente, é importante o apoio da família. Alguns estudos mostraram que a combinação de medicação regular, educação e apoio da família pode reduzir as recidivas de 50% para menos de 10% (ver tabela 3.3) (Leff e Gamble, 1995; Dixon e col., 2000; Pharaoh e col., 2000).

A reabilitação psicossocial das pessoas com esquizofrenia abrange diversas medidas, que vão da melhoria da competência social e das redes de apoio ao

Tabela 3.3 Eficácia das intervenções para esquizofrenia.

Intervenção	% de remissão após 1 ano
Placebo	Não disponível
Carbamazepina	52
Fenobarbital	54-73
Fenitoína	56

Fontes:

Dixon, L. B.; Lehman, A. F. (1995). «Family interventions for schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 631-643.

Dixon, L. B. e col. (1995). «Conventional antipsychotic medications for schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 567-577.

apoio familiar. No centro disso, coloca-se a emancipação do utente e a redução do estigma e da discriminação, mediante o esclarecimento da opinião pública e a introdução de legislação pertinente. O respeito pelos direitos humanos é um dos princípios orientadores dessa estratégia.

Hoje em dia, poucos doentes com esquizofrenia necessitam de hospitalização de longa duração; quando necessitam, a duração média da hospitalização é de apenas 2-4 semanas, em comparação com um período de um ano antes da introdução das terapias modernas. A reabilitação em centros de dia, oficinas protegidas e casas transitórias melhora a recuperação nos casos de doenças de longa duração ou de incapacitação residual na forma de lentidão, falta de motivação ou desligamento social.

Epilepsia

As ações eficazes para a prevenção da epilepsia são os cuidados pré-natais e pós-natais adequados, boas condições para o parto, controlo de febre em crianças, controlo de doenças parasitárias e infecciosas e prevenção de lesão cerebral (por exemplo, controlo da pressão sanguínea e uso de cintos de segurança e capacetes).

As metas da terapia são controlar os ataques, evitando a sua ocorrência por dois anos, pelo menos, e reintegrar as pessoas com epilepsia na vida educacional e comunitária. O diagnóstico precoce e a provisão constante de medicamentos de manutenção são fundamentais para chegar a um resultado positivo.

A epilepsia é quase sempre tratada com uso de medicamentos antiepilépticos (MAP). Estudos recentes em países tanto desenvolvidos como em desenvolvimento mostram que até 70% dos casos recém-diagnosticados de crianças e adultos com epilepsia podem ser tratados com êxito com MAP, razão pela qual as pessoas em questão ficarão livres de ataques, desde que tomem regularmente os

seus medicamentos (ver tabela 3.4). Após 2-5 anos de tratamento bem-sucedido (cessação dos ataques epilépticos), o tratamento pode ser suspenso em 60%-70% dos casos. Os demais têm de continuar com a medicação pelo resto da vida, mas, desde que tomem os medicamentos regularmente, muitos têm probabilidades de se manter livres de ataques, ao passo que noutros a frequência ou gravidade dos ataques podem ser consideravelmente reduzidas. Para alguns doentes com epilepsia intratável, o tratamento neurocirúrgico pode ter êxito. Também é útil o apoio psicológico e social (ILAE/IBE/WHO, 2000).

O fenobarbital transformou-se no antiepiléptico de primeira linha nos países em desenvolvimento, talvez porque outros medicamentos custam 5-20 vezes mais. Um estudo na Índia rural verificou ter havido êxito no tratamento de 65% dos que receberam fenobarbital, com a mesma proporção respondendo bem à fenitoína; os eventos adversos foram semelhantes em ambos os grupos (Mani e col., 2001). Na Indonésia, um estudo concluiu que, não obstante certas desvantagens, o fenobarbital deve continuar a ser usado como medicamento de primeira linha no tratamento de epilepsia em países em desenvolvimento. Estudos no Equador e no Quênia compararam o fenobarbital com a carbamazepina e não encontraram diferenças significativas entre os dois no tocante à eficácia e à segurança (Scott e col., 2001). Na maioria dos países, o custo, por ano, do tratamento com fenobarbital pode não ultrapassar os US\$5 por doente.

Tabela 3.4 Eficácia das intervenções para epilepsia.

Intervenção	% de remissão após 1 ano
Placebo	Não disponível
Carbamazepina	52
Fenobarbital	54-73
Fenitoína	56

Fontes:

Feksi, A. T. e col.,(1999). «Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya». *The Lancet*, 337(8738): 406-409.
 Pal, D. K . e col. (1998). «Randomized controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India». *The Lancet*, 35(9095): 19-23.

Doença de Alzheimer

Atualmente, não é possível a prevenção primária da doença de Alzheimer. As metas dos cuidados passam por manter o funcionamento da pessoa, reduzir a incapacidade devida à perda de funções mentais, reorganizar rotinas, a fim de maximizar o uso das funções restantes, minimizar funções disruptivas,

tais como sintomas psicóticos (por exemplo, desconfiança), agitação e depressão, e dar apoio às famílias.

Uma meta central da pesquisa sobre o tratamento da doença de Alzheimer é a identificação de substâncias que retardem o início, diminuam o ritmo da progressão ou melhorem os sintomas da doença. Os agonistas receptores colinérgicos (AChEs) têm-se mostrado geralmente benéficos quanto à disfunção cognitiva global e são os mais eficazes na melhoria dos cuidados. Tem-se observado com menos firmeza a melhoria da aprendizagem e redução da deterioração da memória, que constituem os mais proeminentes défices cognitivos na doença de Alzheimer. O tratamento com esses inibidores AChE parecem também beneficiar os sintomas não cognitivos da doença de Alzheimer, como os delírios e os sintomas comportamentais.

O tratamento da depressão em doentes com Alzheimer tem possibilidades de elevar a capacidade funcional. Dos sintomas comportamentais experimentados por pacientes com a doença de Alzheimer, a depressão e a ansiedade ocorrem mais frequentemente nas fases iniciais, só ocorrendo mais tarde os sintomas psicóticos e o comportamento agressivo. Face ao número crescente de pessoas idosas, o assegurar o seu bem-estar constitui um desafio para o futuro (caixa 3.7).

Caixa 3.7. Prestação de cuidados aos avós de amanhã.

O significativo aumento da população idosa que se está a verificar em todo o mundo é resultado não só de mudanças socioeconómicas como também de um prolongamento da duração da vida ocorrido no século xx, devido em grande parte a melhoramentos no saneamento e na saúde pública. Esse progresso, porém, levanta também um dos maiores desafios para as próximas décadas: como cuidar do bem-estar dos idosos que, até ao ano 2025, serão mais de 20% da população mundial total.

O envelhecimento da população provavelmente será acompanhado de grandes mudanças na frequência e distribuição das perturbações somáticas e mentais e nas inter-relações entre esses dois tipos de perturbações.

Os problemas de saúde mental entre os idosos são frequentes e podem ser graves e diversos. Além da doença de Alzheimer, observada quase exclusivamente nesse grupo etário, muitos outros problemas, tais como depressão, ansiedade e perturbações psicóticas, têm também elevada prevalência. Os índices de suicídio atingem os seus picos, especialmente entre homens idosos. O uso indevido de substâncias, inclusive álcool e medicamentos, também tem alta prevalência, embora seja quase sempre ignorado.

Esses problemas podem criar um alto nível de sofrimento não só para os próprios idosos como também para seus familiares. Em muitos casos, membros da família vêem-se obrigados a sacrificar boa parte da sua vida pessoal para se dedicarem inteiramente ao parente doente. A carga assim criada para as famílias e comunidades é pesada, e, com maior frequência do que se desejaria, a insuficiência dos recursos para a prestação de cuidados de saúde deixa os doentes e as suas famílias sem o apoio necessário.

Muitos desses problemas poderiam ser enfrentados eficientemente, mas a maioria dos países não tem políticas, programas ou serviços preparados para responder a tais necessidades. Um estigma duplo e generalizado – ligado às perturbações mentais em geral e ao fim da vida em particular – em nada contribui para facilitar o acesso aos cuidados necessários.

O direito à vida e o direito à qualidade de vida reclamam profundas modificações quanto à forma como as sociedades encaram os seus idosos, impondo também a quebra dos tabus associados. A maneira como as sociedades se organizam para cuidar dos idosos é uma boa indicação da importância que atribuem à dignidade do ser humano.

São extremamente importantes as intervenções psicossociais na doença de Alzheimer, tanto para os doentes como para os prestadores familiares de cuidados, que também se acham em risco de depressão, ansiedade e problemas somáticos. Incluem-se entre elas a psicoeducação, o apoio, as técnicas cognitivo-comportamentais, a auto-ajuda e a assistência durante as folgas dos prestadores de cuidados. Segundo um estudo, a intervenção psicossocial – aconselhamento individual e familiar acompanhado de participação num grupo de apoio – voltada para os cônjuges que prestam cuidados pode retardar por quase um ano a institucionalização de doentes com demência (Mittleman e col., 1996).

Atraso mental

Dada a gravidade do atraso mental e a pesada carga que impõe aos indivíduos afectados, às famílias e aos serviços de saúde, é extremamente importante a prevenção. Ante a variedade de diferentes etiologias do atraso mental, a acção preventiva deve ser orientada para factores causais específicos. São exemplos a adição de iodo à água e ao sal para evitar o atraso mental por deficiência de iodo (cretinismo) (Mubbashar, 1999), a abstinência do consumo de álcool pelas gestantes para evitar a síndrome de alcoolismo fetal, o controlo dietético para evitar o atraso mental em pessoas com fenilcetonúria, o aconselhamento genético como medida preventiva de certas formas de atraso mental (como a síndrome de Down, por exemplo), os cuidados pré-natais e pós-natais adequados e controlo do meio ambiente para evitar o atraso mental devido a intoxicação por metais pesados, como o chumbo.

As metas do tratamento são o reconhecimento precoce e a utilização óptima das faculdades intelectuais do indivíduo através de formação, mudança de comportamento, educação e apoio à família, formação vocacional e oportunidades de trabalho em ambientes protegidos.

A intervenção precoce compreende esforços planeados para promover o desenvolvimento, mediante uma série de manipulações de factores ambientais ou experimentais, e é iniciada durante os primeiros anos de vida. Os objectivos são acelerar o ritmo de aquisição e desenvolvimento de novas formas de comportamento e aptidões, fortalecer o funcionamento independente e minimizar o impacte da incapacidade. A criança típica recebe treino sensorial motor dentro de um programa de estímulo do lactente, juntamente com intervenções de apoio psicossociais.

A capacidade dos pais para actuarem no desenvolvimento das aptidões do quotidiano passou a ser o ponto central da prestação de cuidados a pessoas com atraso mental, especialmente em países em desenvolvimento. Isso significa que os pais precisam de estar cientes dos princípios de aprendizagem e adquirir

conhecimentos em técnicas de mudança de comportamento e formação vocacional. Além disso, os pais podem apoiar-se mutuamente através de grupos de ajuda mútua.

A maioria das crianças com atraso mental tem dificuldade em acompanhar o programa escolar regular. Requerem ajuda adicional e precisam, em certos casos, de frequentar escolas especiais, onde a ênfase recai em actividades diárias relacionadas com o comer, o vestir, as aptidões sociais e o conceito de números e letras. As técnicas de mudança de comportamento desempenham importante papel no desenvolvimento de muitas dessas aptidões, assim como no incentivo a comportamentos desejáveis, reduzindo ao mesmo tempo os comportamentos indesejáveis.

A formação vocacional em ambientes protegidos e com uso de aptidões comportamentais tem permitido a um grande número de pessoas com atraso mental levar vidas activas.

Perturbações hipercinéticas

É desconhecida a etiologia precisa das perturbações hipercinéticas (hiperactividade na criança, muitas vezes com espasmos musculares involuntários), razão pela qual não é possível actualmente a prevenção primária. Mas é possível evitar, por meio de intervenções preventivas junto das famílias e escolas, as manifestações iniciais de sintomas, que muitas vezes são erradamente diagnosticadas como perturbações hipercinéticas.

O tratamento das perturbações hipercinéticas não pode ser considerado sem primeiro verificar se o diagnóstico é adequado ou apropriado. Com demasiada frequência, são diagnosticadas perturbações hipercinéticas mesmo que o doente não apresente os critérios de diagnóstico objectivos. Um diagnóstico inadequado prejudica a resposta do doente às intervenções terapêuticas. Podem-se observar sintomas hipercinéticos em toda uma série de perturbações para as quais há tratamentos específicos mais apropriados do que o tratamento de perturbações hipercinéticas. Por exemplo, algumas crianças e adolescentes com sintomas de perturbação hipercinética estão a sofrer de psicose ou podem estar a manifestar perturbação obsessivo-compulsiva. Outras podem ter perturbações específicas da aprendizagem. E outras ainda podem estar dentro da margem normal de comportamento mas são observadas em ambientes onde há reduzida tolerância aos comportamentos que são notificados. Algumas crianças manifestam sintomas hipercinéticos em resposta ao *stress* agudo na escola e no lar. Assim, é essencial um rigoroso processo de diagnóstico, para o qual muitas vezes é necessário o apoio de um especialista.

Embora hoje seja comum o tratamento com estimulantes semelhantes à anfetamina, há quem defenda o uso de terapia do comportamento e manipu-

lação ambiental para reduzir os sintomas hipercinéticos. As terapias devem ser avaliadas quanto à sua propriedade como tratamentos de primeira linha, especialmente quando há dúvida quanto ao diagnóstico de perturbação hipercinética. Na ausência de orientações universalmente aceites para o uso de psicoestimulantes em crianças e adolescentes, é importante começar com umas dosagens baixas, aumentando-a gradualmente até chegar, sob observação constante, a uma dose apropriada de psicoestimulantes. Existem hoje medicamentos de acção contínua, mas aqui também se aplica a mesma advertência quanto à dosagem apropriada. Há notícias do uso de antidepressivos tricíclicos e outras medicações, mas, actualmente, eles não são medicamentos de primeira linha.

O diagnóstico de perturbação hipercinética muitas vezes só é feito quando a criança chega à idade escolar, quando pode beneficiar de um reforço na estrutura do ambiente escolar ou de mais instrução individualizada. No ambiente doméstico, o apoio dos pais e a atenuação de expectativas pouco realistas ou conflitos podem facilitar a redução dos sintomas hipercinéticos. Considerada outrora uma perturbação que desaparece com o crescimento da criança, sabe-se hoje que, para certas pessoas, a perturbação hipercinética persiste na idade adulta. O reconhecimento desse facto pelo doente pode ajudá-lo (a ocorrência é rara no sexo feminino) a encontrar situações de vida que se adaptem melhor à limitação dos efeitos debilitadores do problema não tratado.

Prevenção do suicídio

Há indícios convincentes de que a prevenção e o tratamento adequados de certas perturbações mentais e comportamentais podem reduzir os índices de suicídio, sejam essas intervenções orientadas para indivíduos, famílias, escolas ou outros sectores da comunidade geral (caixa 3.8). A detecção e o tratamento precoces de depressão, dependência do álcool e esquizofrenia são estratégias importantes na prevenção primária do suicídio. São particularmente importantes os programas educativos para formação de médicos e profissionais de cuidados de saúde primários para o diagnóstico e tratamento de doentes deprimidos. Num estudo de um programa desse tipo na ilha de Gotland, Suécia (Rutz e col., 1995), o índice de suicídio, particularmente de mulheres, caiu significativamente no ano seguinte ao início de um programa educacional para clínicos gerais, mas subiu logo que o programa terminou.

A ingestão de substâncias tóxicas, tais como pesticidas, herbicidas ou medicamentos, é o método preferido dos que cometem suicídio em muitos lugares, especialmente nas zonas rurais dos países em desenvolvimento. Por exemplo, na Samoa Ocidental, em 1982, a ingestão do herbicida *paraquat* tornou-se o método de suicídio predominante. A redução da disponibilidade de *paraquat*

Caixa 3.8. Duas abordagens nacionais sobre a prevenção do suicídio.

FINLÂNDIA. Entre 1950 e 1980, os índices de suicídio na Finlândia subiram quase 50% no sexo masculino, até 41,6 por 100 000, tendo duplicado para 10,8 por 100 000 no sexo feminino. O Governo finlandês respondeu lançando em 1986 uma campanha inovadora e abrangente de prevenção do suicídio. Já em 1996, registava-se uma redução geral dos índices de suicídio para 17,5% em relação ao ano de pico de 1990.

A avaliação interna do processo e a pesquisa de campo¹ mostraram que a operação do programa desde o princípio como empreendimento colectivo foi decisivo para o seu bom andamento. Segundo uma pesquisa de avaliação, cerca de 100 000 profissionais haviam participado na prevenção. Isso envolveu cerca de 2000 unidades operativas, ou 43% de todas as «unidades de serviços humanos».

Embora não haja análise definitiva disponível para explicar a redução, o conjunto de intervenções organizado como parte do projecto nacional terá desempenhado um papel significativo. Factores específicos provavelmente relacionados com a redução serão a diminuição do consumo de álcool (devido à recessão económica) e o aumento do consumo de medicamentos antidepressivos.

ÍNDIA. Mais de 95 000 indianos puseram termo à vida em 1997, com o equivalente a um suicídio em cada seis minutos. Um em cada três ocorreu

na faixa etária dos 15-19 anos. Entre 1987 e 1997, o índice de suicídios subiu de 7,5 para 10,03 por 100 000 habitantes. Das quatro maiores cidades da Índia, a de Chennal acusou o índice mais alto, com 17,23. A Índia não tem política nacional ou programa de prevenção do suicídio, e, para uma população de 1 bilião de habitantes, existem apenas 3500 médicos psiquiatras. A enormidade do problema, combinada com a escassez de serviços, levou à formação da Sneha, uma organização beneficente voluntária para prevenção do suicídio, filiada da Befrienders International, organização que proporciona «escuta terapêutica», com contacto humano e apoio emocional.² A Sneha funciona de manhã cedo até à noite, todos os dias do ano, e tem um quadro de pessoal inteiramente constituído por voluntários cuidadosamente seleccionados e preparados, que sabem ouvir com simpatia e intervir efectivamente. Até agora, a Sneha já recebeu mais de 100 000 telefonemas de pessoas desesperadas. Segundo se estima, 40% das chamadas são consideradas de médio a alto risco de suicídio.

A Sneha ajudou a formar 10 centros semelhantes em várias partes da Índia, aos quais proporciona formação e apoio. Juntos, esses centros funcionam como a organização Befrienders Índia. Hoje, a Sneha está a ajudar a formar os primeiros grupos de apoio aos sobreviventes na Índia.

¹ Upanne, M. e col., (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation*. Saarijäävi, Stakes.

² Vijayakuma, I. (2001). Comunicação pessoal.

para o público em geral resultou em significativas reduções no total de suicídios, sem aumento correspondente do suicídio por outros métodos (Bowles, 1995). Exemplos igualmente bem-sucedidos relacionam-se com o controlo de outras substâncias tóxicas e com a desintoxicação do gás doméstico e do escape dos automóveis. Em muitos lugares, a falta de cuidados de emergência facilmente acessíveis faz que a ingestão de substâncias tóxicas – que na maioria dos países industrializados seria uma tentativa de suicídio – seja outro caso fatal.

Na Federação Russa, assim como noutros países vizinhos, o consumo de álcool aumentou verticalmente nos últimos anos e está ligado a um aumento

dos índices de suicídio e envenenamento pelo álcool (Vroublevsky e Harwin, 1998) e a um declínio da esperança de vida no sexo masculino (Notzon e col., 1998; Leon e Schkolnikov, 1998).

Vários estudos mostraram uma associação entre a posse de pequenas armas de fogo no lar e os índices de suicídio (Kellerman e col., 1992; Lester e Murrell, 1980). Leis que restrinjam o acesso a armas de fogo podem ter efeito benéfico. Isso é indicado por estudos nos EUA, onde as restrições à compra e venda de pequenas armas de fogo foram associadas a uma diminuição dos índices de suicídio por armas de fogo. Os estados com as leis mais rigorosas de controlo de pequenas armas de fogo acusaram os mais baixos índices de suicídio por essas armas de fogo, não se tendo verificado mudança para um método alternativo de suicídio (Lester, 1995).

Tal como se verifica com as intervenções que envolvem restrição do acesso aos métodos de suicídio comuns, está demonstrado que as intervenções baseadas na escola, envolvendo a gestão de crises, o fortalecimento da auto-estima, o desenvolvimento de aptidões para enfrentar a vida e um processo sadio de tomada de decisões também reduzem o risco de suicídio entre os jovens (Mishara e Ystgaard, 2000).

Os órgãos de comunicação social podem ajudar na prevenção, limitando a apresentação gráfica e desnecessária de suicídios e evitando a notícia sensacionalista de tais eventos. Em muitos países, a ocorrência de um declínio nos índices de suicídio coincidiu com o concordância da comunicação social em minimizar a divulgação de notícias de suicídios e em seguir directrizes propostas. O sensacionalismo do suicídio pode levar à imitação.

POLÍTICA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Os Governos, como gestores finais da saúde mental, precisam de estabelecer políticas – no contexto dos sistemas gerais de saúde e dos esquemas financeiros – que irão proteger e melhorar a saúde mental da população. Em termos de financiamento, as pessoas devem ser protegidas contra riscos financeiros catastróficos; os saudáveis devem subsidiar os doentes, e os ricos, os pobres. A política de saúde mental deve ser fortalecida por medidas coerentes de combate ao álcool e às drogas, bem como por serviços de bem-estar social como, por exemplo, a habitação. As políticas devem ser formuladas com a participação dos interessados e baseadas em informações fiáveis. Devem assegurar o respeito pelos direitos humanos e ter em conta as necessidades dos grupos vulneráveis. Os cuidados devem ser transferidos dos grandes hospitais psiquiátricos para os serviços comunitários que sejam integrados nos serviços gerais de saúde. É preciso disponibilizar medicamentos psicotrópicos e dar formação aos profissionais de saúde. Os veículos de divulgação de massas e as campanhas de sensibilização do público podem ser eficazes na redução do estigma e da discriminação. As organizações não-governamentais e as associações de utentes devem também receber apoio, uma vez que podem ter um papel decisivo na melhoria da qualidade dos serviços e das atitudes públicas. Há necessidade de mais pesquisas para o aperfeiçoamento das políticas e dos serviços, especialmente para ter em conta diferenças culturais.

