

PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL - QUE FUTURO? II

António Roma Torres

>>>>>>>>>>>

Se há um antes e depois na história da organização dos serviços de saúde mental em Portugal ele será certamente marcado em 1992, a data da integração dos até então designados Centros de Saúde Mental como Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental dos hospitais gerais. A medida ficou a dever-se a Paes de Sousa, então coordenador nacional da saúde mental e cuja carreira psiquiátrica fora feita significativamente num hospital geral, o Hospital de Santa Maria em Lisboa.

Essa integração foi à época polémica mas toda a legislação posterior a tomou como alicerce indiscutível e constitui hoje um traço identitário do figurino português na resposta aos problemas psiquiátricos.

Haverá quem recorde 1963 como marco mais significativo pelo que foi verdadeiramente a primeira lei de saúde mental, alinhada com as de muitos outros países e até de certo modo mais avançada. Eram os tempos da psiquiatria de sector e a inspiração do seu principal mentor, Pimentel das Neves, foi claramente francesa (curiosamente, para aquela época, o principal inspirador terá sido Lucien Bonnafé, psiquiatra, militante comunista e conselheiro ministerial que tinha influenciado com o Groupe de Sèvres uma circular ministerial de 1960 impondo o sector de psiquiatria do adulto em França).

Mas a história não principiava aí. Seria preciso ir mais atrás, à segunda metade do século XIX e à abertura do Hospital de Rilhafoles (1848) num antigo convento em Lisboa, a que ficou indelevelmente ligado o nome de Miguel Bombarda, e no Porto, já no final do século, o Hospital Conde

de Ferreira (1883) seguindo a obra e a tradição da Santa Casa da Misericórdia do Porto, e à República, de que significativamente Bombarda foi

um dos líderes embora morto na véspera da sua eclosão, com a lei do ensino da Psiquiatria nos Hospitais Psiquiátricos em 1911 e a importância de Júlio de Matos, seguida da criação projectada de novos hospitais psiquiátricos em 1912.

Antes dos hospitais psiquiátricos, surgidos tardiamente em Portugal, os “alienados” eram internados nos hospitais gerais, São José em Lisboa e Santo António no Porto. Um país pequeno via os seus alienados “exportados” para a capital e como essa solução nem sempre era viável muitos seguiam o seu próprio destino amparados pela família e pela vizinhança, com uma ou outra história de perigo próprio ou de outros.

A própria estrutura de hospitais psiquiátricos novos previstos pela República foi lenta na sua implantação: Júlio de Matos (1942), Sobral Cid (1946) e Magalhães Lemos (1962).

Inaugurado em Novembro anterior no Porto o Hospital Magalhães Lemos, estando em fase de ultimização a lei de Saúde Mental que seria publicada em Abril seguinte, o dia 7 de Janeiro de 1963 viu nascer, inicialmente limitado à consulta externa, um Serviço de Psiquiatria num Hospital Geral, progressivamente ampliado à urgência (1964), hospital de dia (1970), interconsulta/psiquiatria de ligação (1973), internamento (1978) e intervenção na comunidade (1989).

O Professor Fernandes da Fonseca seguia os passos do Professor Barahona Fernandes em Lisboa, deslocando o ensino progressivamente dos Hospitais Júlio de Matos e Conde de Ferreira para os novos Hospitais Escolares Santa Maria e São João e iniciando uma intervenção assistencial própria, inicialmente supletiva em relação ao desenvolvimento do Instituto de Assistência Psiquiátrica (criado em 1958).

Pode dizer-se que se vislumbrou então há 50 anos uma via que viria a ser consagrada na legislação da organização dos serviços de saúde mental em 1999 e que apresenta vantagens face a modelos de desinstitucionalização que afinal mantêm a segregação e o estigma como o inglês, em que os serviços psiquiátricos estão basicamente sediados fora dos hospitais, ou o italiano, em que há uma distância entre a assistência psiquiátrica no terreno e as equipas do internamento hospitalar.

O modelo português atribui a coordenação dos serviços locais de saúde mental ao director do

departamento ou do serviço de hospital geral, determinando que o internamento completo de doentes agudos seja feito preferencialmente em hospitais gerais e integrando ainda nessa rede de serviços locais de saúde mental a consulta externa e intervenção na comunidade, nomeadamente apoio domiciliário e desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção da doença, o internamento parcial, o atendimento permanente das situações de urgência psiquiátrica, em serviços de urgência de hospitais gerais ou no âmbito de estruturas de intervenção na crise, a prestação de cuidados especializados a doentes internados em ligação com outras especialidades e as unidades de reabilitação psicossocial, designadamente centros sócio-ocupacionais, estruturas residenciais para doentes de evolução prolongada e estruturas para treino e reinserção profissional. Ficaria então a competir aos hospitais psiquiátricos apenas continuar a assegurar cuidados enquanto não forem criados serviços locais de saúde mental nas áreas geo-demográficas, disponibilizar respostas de âmbito regional em valências que exijam intervenções predominantemente institucionais e assegurar os cuidados exigidos pelos doentes de evolução prolongada neles institucionalizados.

A verdade é que, não tendo sido alteradas estas disposições pelas modificações introduzidas no decreto em 2009 já na vigência do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, nem sempre esta orientação tem sido implementada coerentemente pelas estruturas de decisão política, mantendo-se uma considerável ambiguidade nos previstos serviços regionais de saúde mental que o Plano previa criar nos cinco anos imediatos: serviços regionais de internamento nos hospitais psiquiátricos de Lisboa, Coimbra e Porto para doentes inimputáveis (que de momento não estão aí, pelo menos na região norte) e para “doentes difíceis” (admirável designação, aspas incluídas!) e três unidades de tratamento para perturbações do comportamento alimentar essas em hospitais gerais a determinar, nas regiões de Lisboa, Centro e Norte. Registe-se que em Itália sobreviveram Hospitais Psiquiátricos Judiciários, sem nenhuma evolução apreciável, apesar do radicalismo da experiência de Trieste e da alteração da prática psiquiátrica por via de referendo popular – essa é também uma razão para procurarmos integrar a Psiquiatria Forense na clínica e não autonomizá-la em estruturas controladas pela Justiça, como se defende de tempos a tempos entre nós. A pergunta que parece subjacente às ambiguidades

semânticas da legislação e do Plano e às hesitações e demoras nos centros de decisão é a seguinte: - é possível tratar os doentes psiquiátricos completamente em hospitais gerais?

Para responder teremos que considerar separadamente: a) o doente agudo; b) o doente crónico; e c) o doente violento.

O doente agudo não se duvidará que pode e sobretudo deve ser tratado em hospital geral: pensamos em internamento de estabilização de crise e em tratamento de duração previsível em consulta específica. A clareza dos serviços no dispositivo de tratamento é a este respeito fundamental para a) não tratar doentes de evolução prolongada com episódica alteração na rede sócio-familiar como doentes agudos, abusando do internamento e das variações de prescrição farmacológica que, passada a fase inicial, beneficia de uma adequada estabilidade; e b) não deixar arrastar em tratamentos generalistas e sem limite temporal situações que possam ter legítima expectativa de cura com tratamento farmacológico e psicoterápico específicos.

A definição clara de uma fase crónica do tratamento das doenças psiquiátricas mais graves implica a existência de camas fora dos internamentos hospitalares de doentes agudos. Neste caso o objectivo é socio-reabilitativo e o alojamento oferece-se como alternativa temporária de duração mais ou menos longa, e soluções residenciais sem tanto apoio médico e de enfermagem afiguram-se uma possibilidade economicamente mais barata e mais adequada aos objectivos. Estas estruturas foram legisladas no início de 2010 mas permanecem sem concretização e a iniciativa dos serviços locais de saúde mental acaba sempre por ficar sujeita às dificuldades criadas por essa falta de definição de que nem só a actual crise económica é culpada. Os serviços locais de saúde mental terão condições, assim o queira o poder central, para coordenar, numa economia de esforços inclusivamente económicos, a iniciativa própria e de IPSSs e estruturas privadas das suas áreas geo-demográficas. Na ligação que já têm aos cuidados primários e beneficiando de articulações que se têm desenvolvido noutras doenças crónicas do foro médico ou cirúrgico que recorrem ao hospital os serviços locais de saúde mental poderão também contribuir para um figurino do Serviço Nacional de Saúde que não hipertrofie o protagonismo hospitalar como cenário onde toda a actividade se desenvolve e

saiba gerir sinergias e articulações.

No entanto alguns doentes em situação de crise terão manifestações de violência que se poderão considerar difíceis de manejar em hospital geral? Uma resposta adequada não deixará de perceber como estruturas mais robustas paradoxalmente facilitam uma escalada de violência, como sucede nos tratamentos coercivos que não se transformam logo que possível em acordos mais colaborativos. Sem afastar liminarmente outras possibilidades é de assinalar que o esforço para dar resposta a todas as situações psiquiátricas em hospital geral e a evolução nos últimos 50 anos da indústria farmacêutica na área dos psicotrópicos permitiram tornar rotineira uma abordagem mais humanista e menos estigmatizante do doente psiquiátrico.

Porque uma abordagem mais comunitária muitas vezes tem negligenciado o controlo social é bom notar que a protecção do próprio (suicídio) e dos outros (agressão) é um objectivo independente do tratamento e portanto não deve competir exclusivamente ao sistema médico. O isolamento favorece a violência e a integração social é protectora. As famílias e as instituições são um apoio mas também elas necessitam de apoio que não pode ser providenciado exclusivamente pelo sistema de tratamento. Um bom entendimento sistémico ajudará a delimitar a área que compete ao tratamento e aquela que é exclusivamente de controlo social e de protecção.

* Convidado da sessão de 7 de janeiro de 2013 do Ciclo de Conferências comemorativo dos 50 anos do Serviço de Psiquiatria