

# VOANDO SOBRE UM CENTRO DE SAÚDE... REFLEXÕES SOBRE A ARTICULAÇÃO ENTRE A PSIQUIATRIA E OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE<sup>1</sup>

Miguel Cotrim Talina\*

## **Resumo**

*O autor enuncia os principais modelos de articulação entre a psiquiatria e os cuidados de saúde primários. Nas equipas de psiquiatria de orientação comunitária que estão sediadas nos Centros de Saúde a qualidade da comunicação com os médicos de família e a definição de prioridades assistenciais são aspectos essenciais. Para a melhoria da comunicação é importante reconhecer os pontos comuns na prática profissional e os conteúdos de informação que necessitam ser trocados entre os médicos de família e psiquiatras. Na definição de prioridades assistenciais deve-se ter em conta as diferentes necessidades terapêuticas dos doentes de acordo com a gravidade da patologia. As intervenções dirigidas aos doentes mais graves devem ser a primeira prioridade porque este trabalho aproveita integralmente os recursos terapêuticos das equipas e tem vantagens únicas para esta população.*

**Palavras-chave:** *Psiquiatria; Cuidados primários; Referênciação; Consulta.*

## **1. INTRODUÇÃO**

A articulação entre a psiquiatria e os cuidados de saúde primários tem merecido larga reflexão desde que os cuidados psiquiátricos ultrapassaram os muros das instituições asilares e se aproximaram da comunidade. Esta reflexão tem recebido mais contribuições do Reino Unido e EUA, onde a política de desinstitucionalização foi mais generalizada.

Os modelos de articulação entre a psiquiatria e cuidados primários de saúde têm evoluído e podem considerar-se essencialmente de três tipos<sup>1,2</sup>:

- I - Modelo de Substituição;
- II - Modelo de Referência/Formativo;
- III - Modelo de Ligação.

No primeiro modelo o psiquiatra pode ser o primeiro médico contactado pelo paciente, se este entender que necessita de uma consulta da especialidade. Poder-se-á dizer que o generalista e o psiquiatra trabalham em paralelo, podendo o paciente seleccionar a qual vai recorrer. É o modelo dos Centros Comunitários de Saúde Mental norte-americanos.

No segundo modelo o médico dos cuidados primários referencia o paciente a uma consulta de psiquiatria se na sua avaliação encontrar indicação para tal. É a função designada por "gatekeeper" dos clínicos gerais do Reino Unido. Do outro lado, existe uma atitude ou plano formativo dos psiquiatras para os generalistas, de forma a aumentar a sua competência para lidar com casos psiquiátricos.

No terceiro modelo a articulação é mais aprofundada, estando o psiquiatra mais próxi-

<sup>1</sup> Artigo baseado na comunicação apresentada no I Encontro da Sociedade Portuguesa de Psicossomática e Associação Portuguesa de Psiquiatria de Ligação. Figueira da Foz, Janeiro de 2001.

\* Psiquiatra. Hospital Amadora-Sintra.

mo e disponível para um trabalho de consultoria. Os pacientes recebem cuidados psiquiátricos sempre que necessário mas valoriza-se o lugar central do generalista nos cuidados globais ao paciente, inclusive em doentes de evolução prolongada.

Em cada um destes modelos as funções do psiquiatra diferem muito, assim como a organização das equipas formadas por outros técnicos (enfermeiros, técnicos de serviço social, psicólogos, outros terapeutas) que dispensam cuidados com diferentes especificidades. Progressivamente o modelo de ligação tem vindo a impor-se como o mais adequado nos sistemas de saúde actuais.

Em Portugal, principalmente a partir da década de oitenta, tem-se assistido à constituição de equipas multiprofissionais enquadradas em Departamentos ou Serviços de Psiquiatria em que a grande parte das suas actividades são desenvolvidas nos Centros de Saúde e na comunidade.

O trabalho das equipas fora do ambiente hospitalar exige mudanças na organização e no comportamento dos profissionais. De todos os aspectos que merecem atenção salientaria a *comunicação* com os outros técnicos do Centro de Saúde e a definição de *prioridades assistenciais*, como pontos essenciais para o sucesso da articulação.

## 2. PONTOS COMUNS ENTRE A PSIQUIATRIA E A MEDICINA FAMILIAR

A articulação entre os médicos de família e os psiquiatras tem dificuldades porque além de serem médicos com experiências de formação e de prática diferentes, têm muitas vezes expectativas antagónicas no que diz respeito ao seguimento de doentes com sintomas ou quadros psiquiátricos.

No entanto, existem muitos pontos comuns entre a actuação destes dois grupos de médicos e esta consciencialização poderá facilitar a comunicação e por conseguinte a articulação.

Tanto os médicos de família como os psiquiatras nos Centros de Saúde atendem a mesma

população, com características e necessidades heterogéneas e têm de empregar uma abordagem generalista e flexível para encontrar soluções e ajustar os cuidados a cada indivíduo. Outra semelhança importante é a aplicação do paradigma biopsicossocial. É a boa prática de enquadrar as pessoas nos respectivos contextos familiares e sociais. Não desconectar os síndromas orgânicos dos psíquicos, mas integrá-los como processos mórbidos que se influenciam mutuamente, sob risco de não serem convenientemente avaliados factores predisponentes, desencadeantes e perpetuadores dos quadros clínicos.

Finalmente, ambos os grupos de médicos procuram valorizar as capacidades e recursos saudáveis da pessoa de forma a não atenuar apenas as expressões sintomáticas mas melhorar a sua qualidade de vida.

## 3. COMUNICAÇÃO – “É IMPOSSÍVEL NÃO COMUNICAR” WATZLAVIC

A troca de informações entre os dois grupos de médicos é mais frequentemente feita através da comunicação manuscrita. No entanto, o viés desta comunicação também podem acentuar as dificuldades de articulação.

O trabalho de Pullen e Yellowlees<sup>3</sup> aponta que os psiquiatras desejam ser informados do motivo do pedido; qual o principal sintoma ou problema; da história psiquiátrica relevante; dos tratamentos já efectuados e da história familiar.

Do outro lado, os médicos de família desejam receber uma folha manuscrita legível com uma explicação concisa; um diagnóstico; um tratamento e sua duração e finalmente o prognóstico e a aptidão para o trabalho.

Baseados nestes estudos é possível criar impressos de referência para a psiquiatria e de retorno ao médico de família que facilitam e orientam o preenchimento com as informações mais relevantes.

Além da comunicação escrita mais estruturada, é importante criar espaços de discussão de doentes e de formação, que possuam regularidade e sejam suficientemente flexíveis e informais, de modo a serem espaços de partilha de saberes.

#### 4. PRIORIDADES ASSISTENCIAIS – UM DESAFIO PARA AS EQUIPAS

Os cuidados primários de saúde pela sua própria natureza e outras circunstâncias estão sujeitos a uma grande pressão da comunidade para uma melhor resposta. A procura de cuidados, que possivelmente continuará a aumentar, torna a organização e a gestão dos recursos humanos essenciais para o cumprimento da sua missão.

Uma parte deste problema é que um volume muito considerável do trabalho do médico de família são dificuldades psicológicas dos seus utentes, como mostra a investigação de Carraça<sup>4</sup> que revela como motivos de consulta queixas orgânicas com componente psicológico significativo em 36,3% e queixas predominantemente psicológicas em 26,7% nos utentes consultados, num dia. Foi igualmente encontrado uma prevalência global de 29% de distúrbios mentais, predominantemente na linha ansiosa-depressiva.

As equipas de saúde mental no Centro de Saúde, são testemunhas desta situação e por força dela são solicitadas para intervir num número crescente de casos, que rapidamente ultrapassam os limites de resposta, com o custo da diminuição da qualidade dos cuidados e a exaustão dos técnicos. Ou dito de outro modo, as equipas deixam de fazer parte da solução e passam a fazer parte do problema.

De forma a evitar o "salve-se quem puder", os serviços de psiquiatria e respectivas equipas têm de reflectir numa estratégia de intervenção. A definição de *prioridades assistenciais* parece-me um ponto chave nesta discussão.

Os pacientes que mais poderão beneficiar do trabalho de equipas com médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos de serviço social são os pacientes com as perturbações mentais mais graves e por esse motivo devem ser considerados prioritários. Como perturbações graves entendemos aquelas que põem em risco a vida ou a integração psicossocial dos indivíduos e em que está indicado a rápida dispensa dos cuidados ditados pelo *estado da arte*. Incluem-se neste grupo as esquizofrenias, episódios psicóticos de outras perturbações, perturbações de personalidade ou depressões com risco de tentativa grave de suicídio.

É neste grupo de doentes que a diferenciação de cuidados proporcionados pelas equipas multiprofissionais faz a diferença em relação ao seguimento convencional, demasiado centrado na consulta médica.

Deste modo é possível distinguir dois grandes grupos de pacientes com necessidades e objectivos terapêuticos diferentes, que recebem cuidados no espaço de tempo mais adequado para a sua situação. No Quadro 1 procura-se esquematizar estas diferenças.

QUADRO 1.

	<i>Doentes menos graves</i>	<i>Doentes mais graves</i>
<i>Tempo de resposta</i>	Deferido	Imediato
<i>Tempo de acompanhamento</i>	Limitado	Ilimitado
<i>Envolvimento da equipa</i>	1-2 elementos (médico, psicólogo)	Conjunto de todos os elementos
<i>Intervenções terapêuticas</i>	Medicação Psicoterapia	Medicação Psicoeducação Intervenção familiar ou multifamiliar Reabilitação psicossocial Psicoterapia
<i>Principais estruturas envolvidas</i>	Consulta	Equipa Internamento Hospital-de-dia, Área de dia Fórum socio-ocupacional Residências
<i>Maior desafio para a equipa</i>	Reenvio ao médico de família	Manter a adesão terapêutica
<i>Objectivo</i>	Melhoria clínica	Reintegração psicossocial

No grupo de doentes menos graves a intervenção é por regra no ambulatório, com recurso a consultas. A medicação com predomínio dos antidepressivos e ansiolíticos é equilibrada com intervenções psicoterapêuticas, individuais ou de grupo, de orientações plurais, com os objectivos possíveis num período de tempo a definir pelos profissionais. O tempo de acompanhamento destes doentes é limitado de acordo com as possibilidades da equipa e a comunicação com os respectivos médicos de família assume aqui particular destaque.

No grupo de doentes mais graves a administração de psicofármacos – antipsicóticos, estabilizadores de humor, antidepressivos – é essencial. Além da prescrição, a monitorização da terapêutica com o apoio dos cuidadores, a atenção ao sistema familiar e a reabilitação psicossocial devem ser generalizadas como boas práticas.

Desta forma o tratamento é desenvolvido em diversas estruturas, como o internamento, hospital-de-dia, área de dia, fórum socio-ocupacional, consulta, entre outras. As intervenções com o doente e a família no domicílio são cada vez mais valorizadas pelas vantagens que reúnem, particularmente o melhor conhecimento da realidade do doente, o favorecimento da relação e da adesão terapêutica, além do tratamento precoce de agudizações.

## 5. CONCLUSÕES

As equipas de saúde mental são certamente um bom recurso para a melhoria dos cuidados de saúde mental à população de acordo com as suas necessidades de cuidados. Poderão dar ainda um contributo para melhorar alguns problemas nos Centros de Saúde, como o manejo do grande número de doentes com queixas psicológicas.

No entanto, é necessário prevenir a acumulação de doentes menos graves nas consultas de psiquiatria. O aumento de cuidados dispensados a esta população, desvirtua o trabalho de equi-

pa, interfere com a organização indispensável para responder à população de maior risco (e mais "silenciosa") e fatalmente conduzirá à exaustão profissional. A articulação eficiente com os médicos de família poderá ser a resposta para este problema.

O conceito de "doente grave", como foi formulado, poderá ajudar a orientar os recursos das equipas para esta população e assumi-la como a primeira prioridade assistencial.

Discutir as expectativas e os limites de cada profissional é um exercício indispensável para potenciar o trabalho de todos.

### Abstract

*The author points out the major models of articulation between psychiatry and primary care. In the community psychiatric teams, based in health centres, the fundamental issues are, the quality of communication with the general practitioner and the definition of care priorities. In order to improve communication, it's important to acknowledge the common points in their medical practice, and the content of the information that's shared. In defining care priorities, the patient's therapeutic needs, and the severity of the disorder should be taken into account. The main priority of the psychiatric team ought to be the interventions directed towards the more severe patients, as the care of these patients mobilizes the team's therapeutic resources entirely, offering unique advantages to this population.*

**Key-words:** *Psychiatry; Primary care; Referall; Consultation.*

## BIBLIOGRAFIA

1. Williams P, Clare A. Changing patterns of psychiatric care. *Br Med J* 1981; 282: 375-377.
2. Casey PR. *O médico de família e os serviços psiquiátricos*. In Manual de Psiquiatria nos Cuidados de Saúde Primários, 1ª edição. Lisboa, Climepsi Editores, 243-251, 1997.
3. Pullen I, Yellowlees A. Is communication improving between general practitioners and psychiatrists. *Br Med J* 1985; 290: 31-33.
4. Carraça I. *Distúrbios mentais em cuidados de saúde primários: inquérito de um dia à população utilizadora dos Centros de Saúde do distrito de Lisboa*. Lisboa, Sub-Região de Saúde de Lisboa, Divisão de Cuidados de Saúde, 1999.