

AVALIAÇÃO E GARANTIA DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

J. M. CALDAS DE ALMEIDA, MIGUEL XAVIER

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São Francisco Xavier. Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.

RESUMO

A avaliação e a garantia de qualidade dos serviços são hoje questões prioritárias em saúde mental. A revisão dos conhecimentos e experiências existentes actualmente neste domínio é o principal objectivo deste trabalho. Os autores começam por descrever as razões que justificam o interesse actual pelo tema, definir os conceitos e resumir os antecedentes históricos mais relevantes. Segue-se uma discussão dos principais aspectos metodológicos - conceitos básicos (nomeadamente de avaliação de estrutura, de processo e de resultados), questões específicas da avaliação de serviços de saúde mental, dificuldades na implementação e escolha de indicadores. Uma atenção especial é dedicada aos desenvolvimentos mais recentes na avaliação de serviços de saúde mental - nomeadamente os relacionados com a avaliação de necessidades e com a medição de qualidade de vida. A importância da aplicação regular de instrumentos de avaliação para a transformação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental é discutida. Realça-se, em particular, a contribuição que a avaliação poderá dar no sentido da definição das políticas de saúde mental e o papel que ela poderá desempenhar na superação das deficiências identificadas no funcionamento dos serviços. Finalmente, aponta-se a necessidade de se conjugarem esforços de modo a que seja possível generalizar o uso de instrumentos de avaliação e garantia de qualidade nos serviços de saúde mental do país.

SUMMARY

Evaluation and quality assurance in mental health services

Evaluation and quality assurance are primary issues in mental health care today. An up-date of current knowledge and experience in this domain is the main objective of this paper. The authors begin by describing the reasons that justify the current interest in this subject, defining concepts and summarizing the most relevant historical antecedents. This is followed by a discussion of the main methodological aspects - basic concepts (particularly those related to structure, process and outcome), specific issues in mental health service evaluation, difficulties in the implementation of evaluation procedures and choice of indicators. Special attention has been given to the most recent developments in mental health service evaluation - namely those related to assessment needs and quality of life measurement. The impact of the regular use of evaluation instruments on the transformation and development of mental health services is also discussed. The contributions that can be made by evaluation procedures to the definition of mental health policies and to overcome mental health service deficiencies are stressed. Finally, the necessity of joining efforts in order to generalize the use of evaluation and quality assurance instruments in the mental health services in this country is pointed out.

INTRODUÇÃO

No decurso dos últimos anos, as questões relacionadas com a avaliação e a garantia de qualidade têm vindo a merecer uma atenção crescente no campo dos serviços de

saúde mental. Na base deste recente e generalizado interesse por um tema durante muito tempo negligenciado podem encontrar-se vários factores. Por um lado, factores de ordem económica. Tal como em outros domínios da saúde, também na saúde mental se tem vindo a insta-

lar um desfasamento cada vez mais pronunciado entre as necessidades de cuidados das populações e os recursos disponíveis, o que, naturalmente, acabou por constituir um estímulo poderoso no sentido de se encontrarem métodos que permitam apreciar a eficiência dos serviços e identificar as características daqueles que conseguem assegurar cuidados de qualidade por menores custos.

Outros tipo de factores tem a ver com a sensibilidade crescente da opinião pública para a importância dos serviços de saúde mental oferecerem padrões mínimos de qualidade e com a participação cada vez mais activa dos utentes e familiares na defesa destes padrões.

Durante muito tempo, os serviços psiquiátricos, prestados quase exclusivamente por instituições hospitalares de características predominantemente asilares, funcionaram com padrões claramente inferiores aos dos outros serviços de saúde, proporcionando aos seus beneficiários condições de vida muitas vezes desumanas. A denúncia destas situações e a sua superação ficaram a dever-se, num primeiro tempo, a esforços desenvolvidos pelos técnicos de saúde mental. Mais recentemente, porém, foram os próprios interessados - os doentes e seus familiares - que passaram a ter uma voz cada vez mais activa na defesa dos direitos das pessoas que sofrem de problemas de saúde mental.

Em muitos países, da defesa destes direitos, nos quais se inclui o acesso a cuidados diversificados e de boa qualidade técnica, resultaram movimentos de opinião poderosos a favor da instituição de mecanismos de avaliação dos cuidados prestados pelos serviços de saúde mental.

Um outro factor, finalmente, teve uma influência decisiva no desenvolvimento da avaliação dos serviços de saúde mental: a transformação profunda verificada, nos últimos vinte anos, na forma de se conceptualizar a organização destes serviços. O reconhecimento das insuficiências evidentes do modelo centrado no hospital psiquiátrico em responder de uma forma adequada e eficaz às diferentes necessidades de cuidados de saúde mental originou a busca de novos modelos, baseados na comunidade e integrando um conjunto diversificado de dispositivos e programas.

A um modelo baseado numa única instituição e numa abordagem de um único profissional (o psiquiatra) começou a suceder um modelo baseado em múltiplas instituições (centros de dia, centros de saúde, residências comunitárias, internamento no hospital geral) e na abordagem de uma multiplicidade de profissionais trabalhando em equipa.

Esta transição não só veio colocar uma série de dificuldades importantes, como sejam as ligadas à realocação dos recursos ou à reciclagem dos técnicos, como veio também revelar a necessidade prioritária de se criarem os métodos de avaliação indispensáveis à implementação de um processo de mudança desta natureza.

DEFINIÇÃO

Em linhas gerais, a avaliação tem como função averiguar a relação entre aquilo que existe e a situação que deveria existir, de acordo com os objectivos do serviço¹.

Ou seja, de acordo com esta formulação, a avaliação consiste, fundamentalmente, no conjunto de métodos que permitem medir qual o grau em que se alcançaram os objecti-

vos previamente estabelecidos. Todavia, como refere Aparício², esta definição, embora tenha o mérito da simplicidade, pode prestar-se a alguns equívocos. Na verdade, por vezes a avaliação pode não implicar a comparação de um serviço com o que se esperaria dele, mas sim a comparação de dois serviços. Isto sucede, por exemplo, quando se conhece a qualidade de dois serviços, mas se pretende descobrir qual dos dois oferece mais vantagens em termos de eficiência ou de custo-benefício.

O mesmo autor sublinha a importância da componente valorativa da avaliação: avaliar um serviço envolve sempre a produção de um juízo sobre a actividade por ele desenvolvida. É graças a esta componente que a avaliação constitui um instrumento de decisão indispensável e um passo essencial no processo de planeamento.

Com base nesta conceptualização, em que a avaliação nos surge como um processo dinâmico que envolve as dimensões de medição, valoração e decisão, pode-se então ser definida, como o faz Aparício², como *um juízo sobre uma actividade quanto ao grau em que se alcançou um objectivo previamente estabelecido, comparando-a com outra actividade de objectivos semelhantes ou com uma actividade considerada como ideal, valorizando-se inclusivamente os recursos utilizados*.

Com frequência, encontra-se o termo garantia de qualidade utilizado como sinónimo de avaliação. No entanto, a coincidência entre os sentidos de ambos os termos, embora grande, não é total. De origem americana, o conceito de garantia de qualidade tem a sua origem no contexto das empresas, onde surgiu com o intuito de se criarem métodos capazes de assegurar uma qualidade cada vez maior dos produtos resultantes da actividade dessas empresas. Dada a relevância da actividade privada no sistema de saúde americano, não é de admirar que o conceito e os métodos de garantia de qualidade se tenham passado a aplicar às actividades desenvolvidas pelos hospitais e outras instituições de saúde. Por um lado, com o objectivo de estabelecer os padrões mínimos a que são obrigados os hospitais para que possam ser acreditados. Por outro lado, visando a criação de métodos fiáveis de identificação e superação de eventuais falhas de qualidade dos serviços.

O termo avaliação, de raízes europeias, tem um sentido um pouco mais amplo que o de garantia de qualidade, englobando-o. Segundo Aparício², *a garantia de qualidade pode considerar-se mais um sistema de medição do nível de qualidade do produto final, enquanto que a avaliação faz referência a um juízo no qual se incorporam aspectos de oportunidade, de custos, éticos, legislativos, etc..*

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Embora as primeiras iniciativas de avaliação de serviços de saúde remontem ao séc.XIX, através da elaboração de mapas estatísticos do movimento hospitalar, só no início deste século se começa a desenvolver a prática da avaliação de um modo mais autónomo e sistematizado, nomeadamente nos EUA, onde Ernest Codman³ desenvolve um primeiro método de avaliação de resultados em hospitais, que a partir de 1913 passa a constar dos programas estabelecidos pelo American College of Surgeons.

Após a IIª Guerra Mundial, a crescente complexidade técnica e organizativa da medicina origina um incremento acelerado dos custos económicos da saúde, ao mesmo tempo que as populações passam a reivindicar progressivamente o acesso a cuidados cada vez mais diferenciados, o que agudiza a necessidade de avaliação no planeamento e garantia de qualidade técnica das estruturas assistenciais.

Neste contexto, é criada em 1961, nos EUA, uma comissão nacional de avaliação de serviços, designada inicialmente por JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals) e posteriormente por JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), destinada a garantir um alto nível de qualidade assistencial, através de auditorias regulares aos diferentes tipos de serviços de saúde³.

Ao fim de alguns anos, a JCAHO torna-se insuficiente para avaliar efectivamente a rede assistencial norte-americana, pelo que em 1972 o Congresso regulamentou a criação de estruturas de avaliação mais especializadas, designadas por *Peer Review Organizations*, um modelo de auditoria médica (*Medical Audit*) que utiliza como metodologia a comparação de intervenções técnicas entre membros de um mesmo grupo profissional⁴.

Na Europa este desenvolvimento é mais tardio, sendo de referir pela sua importância o levantamento do sistema nacional de saúde inglês pelo Koorner Comité, entre 1979 e 1984, envolvendo a avaliação global das estruturas hospitalares e comunitárias, e a criação em França de uma comissão nacional de avaliação em 1987².

No campo específico da saúde mental, a avaliação da prestação de cuidados tem-se demonstrado particularmente complexa, mas com uma importância que, assinala-se, não tem parado de crescer.

O desenvolvimento de sistemas de informação baseados em registos de casos de tipo longitudinal (*case register*), ocorrido a partir dos anos sessenta, teve um papel particularmente relevante nos esforços efectuados no sentido da criação de métodos adequados a uma avaliação dos novos cuidados de saúde mental. A sua contribuição foi especialmente significativa para a obtenção de dados sobre os padrões de utilização de serviços e para a monitorização e avaliação de mudanças resultantes da implementação de novas formas de intervenção.

A aplicação ao domínio da saúde mental dos métodos de garantia de qualidade nos Estados Unidos⁴, viria a abrir caminho ao desenvolvimento de normas e padrões utilizáveis na acreditação dos serviços de saúde mental, tanto naquele país, como no Canadá e na Austrália.

Entretanto, graças aos progressos registados tanto a nível conceptual como metodológico, foi possível iniciar a realização de trabalhos de avaliação nos diferentes níveis de intervenção em saúde mental – desde tratamentos específicos com psicofármacos ou psicoterapia, aos sistemas de serviços de uma região ou de um país, passando pelos diversos tipos de dispositivos utilizados. Actualmente, na literatura pode encontrar-se já um conjunto muito apreciável de experiências de avaliação de cada um destes dispositivos – por exemplo, de unidades de internamento no hospital geral⁵, de hospitais de dia⁶⁻⁸, e até de sistemas integrados de cuidados na comunidade⁹⁻¹³.

Nos últimos cinco anos, em toda esta área da avaliação dos serviços de saúde mental, regista-se um grande salto qualitativo. A OMS empreende, em 1990, a construção de instrumentos específicos de avaliação para os diferentes níveis de intervenção em saúde mental, os quais começam agora a ser aplicados em vários países. Estes instrumentos cobrem a avaliação de sete níveis distintos (política de saúde mental, programas de saúde mental, cuidados primários, cuidados especializados ambulatoriais, estruturas hospitalares especializadas, estruturas residenciais para idosos, dados de referência de tipo epidemiológico e sócio-económico), e a generalização do seu uso virá a ter certamente um grande impacto na prestação de cuidados de saúde mental em todo o mundo.

Na Europa, inicia-se em 1993, com o apoio da Comunidade Europeia, um projecto multinacional de avaliação do modelo de cuidados baseado na comunidade (*Evaluation of Comprehensive Care to the Mentally Ill Project*), no qual Portugal se encontra representado através da participação do Departamento de Psiquiatria do Hospital de S.º Francisco Xavier.

Finalmente, a criação de uma rede europeia de serviços de saúde mental, com a designação de ENMESH (*European Network for Mental Health Service Evaluation*), com o apoio da OMS, e a realização do seu primeiro encontro em Junho de 94, traduzem bem o dinamismo de que se reveste a abordagem das questões de avaliação dos serviços de saúde mental na Europa, no momento presente.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A) Conceitos básicos

Embora com as condicionantes inerentes à especificidade do seu campo de aplicação, a avaliação de cuidados de saúde mental apoia-se nos modelos gerais de avaliação de serviços, a que corresponde um conjunto de conceitos básicos que é importante definir.

Dentro da abordagem das várias componentes da avaliação, é clássica a conceptualização de Donabedian², que considera a existência de três dimensões fundamentais:

Estrutura – conjunto dos recursos humanos, técnicos e económicos que constituem o suporte das actividades de um serviço.

Processo – conjunto de actividades de um serviço, planeadas para o atingimento de objectivos previamente determinados (interessando sobretudo a forma como, na prática, são desenvolvidas as diferentes actividades).

Resultados – efeitos obtidos pelas actividades em curso, envolvendo inevitavelmente um diferencial entre o planeado e o alcançado.

Cada uma destas componentes compreende ainda um número significativo de sub-divisões, consoante o tipo de actividade que se pretende avaliar, destacando-se entre as mais importantes quanto à estrutura e resultados:

Acessibilidade – possibilidade de receber cuidados de forma rápida e apropriada.

Adequação – relação entre as actividades desenvolvidas num sector e as necessidades reais da sua população.

Qualidade técnica – relação entre os padrões técnicos de um serviço e os aceites pela comunidade científica.

Continuidade de cuidados – possibilidade de prolongamento de determinada intervenção durante o período achado necessário para a concretização/manutenção de determinado objectivo.

Eficácia – capacidade de um intervenção alcançar determinado objectivo, em condições ideais.

Efectividade – idem, mas referente a condições reais.

Rentabilidade – relação entre custo e efectividade.

Todas estas dimensões se baseiam numa estruturação do processo de avaliação em que a definição prévia de determinados parâmetros é um elemento metodológico imprescindível. De facto, é no início da actividade que o modelo de avaliação se deve planear, e não no fim, o que parecendo óbvio, raramente é posto em prática. Para evitar erros deste tipo, responsáveis pela reduzida validade de inúmeros estudos, deverão ser definidos à partida três conceitos básicos em qualquer projecto de avaliação de serviços :

Crítérios – normas que definem e uniformizam a execução de determinadas actividades (e.g. utilização de classificações internacionais de doenças em estudos epidemiológicos).

Padrões – elementos que definem os limites de realização, segurança ou aceitabilidade da actividade em questão (e.g. aplicação de intervalos de confiança nunca inferiores a 95% em ensaios farmacológicos).

Indicadores – variáveis mensuráveis que tentam quantificar/informar sobre qualquer dos três componentes essenciais da avaliação (estrutura, processo e resultados). São exemplos clássicos de indicadores as taxas de mortalidade, de consumo de álcool, de sinistralidade viária, etc. Para se adequarem aos vários critérios e ao grau de exigência dos padrões, os indicadores devem ter os seguintes requisitos ²:

Qualidade – medir exactamente aquilo a que se destinam.

Fiabilidade – fornecer os mesmos resultados se medidos por diferentes técnicos em condições idênticas.

Sensibilidade – capacidade de medir a variação do fenómeno, por menor que seja.

Especificidade – medir a variação apenas no âmbito do critério definido, e não noutro.

B) Questões específicas da avaliação de serviços de saúde mental

Para além das questões inerentes a todo o processo de avaliação de cuidados de saúde, em saúde mental há que contar ainda com algumas questões específicas, relacionadas com a natureza particular da doença mental e com as características próprias dos cuidados que esta exige.

A primeira destas questões tem a ver com a definição dos objectivos dos cuidados em saúde mental. É uma questão básica, uma vez que sem objectivos claramente estabelecidos à partida não é possível proceder-se a qualquer tipo de avaliação. Numa primeira análise, este facto não parece

levantar problemas de maior : na verdade, o que fundamentalmente se pretende é a diminuição da morbilidade psiquiátrica. Todavia, quando se passa para uma maior especificação e operacionalização dos objectivos, compreende-se que a questão é bastante mais complexa. Nas doenças psiquiátricas, as consequências do processo patológico ultrapassam largamente, na maioria dos casos, os sintomas e os sinais clínicos (ou seja, a dimensão das deficiências, segundo a conceptualização da OMS sobre as consequências da doença). Para além desta dimensão, é indispensável tomar em consideração as incapacidades e desvantagens que se encontram frequentemente associadas à doença (e, em grande parte, como consequência desta). Ou seja, como refere Wing¹⁴, em saúde mental, os objectivos dos serviços deverão inserir-se numa perspectiva de *cuidados (care)* e não apenas numa perspectiva de *tratamentos (treatment)*. Por exemplo, a um serviço responsável pela assistência a doentes psicóticos requer-se que para além de intervenções terapêuticas adequadas às características do estado psicopatológico de cada doente, o serviço possa assegurar outros tipos de intervenções habilitadas a responder às dificuldades de funcionamento social (como é o caso de programas de reabilitação, de estruturas residenciais na comunidade ou de programas de reinserção profissional).

Esta perspectiva, que implica uma abordagem muito mais ampla dos problemas que aquela na qual se apoia o modelo biomédico tradicional (reduzido à dimensão do tratamento), tem, naturalmente, implicações na elaboração dos objectivos dos serviços de saúde mental. Alguns desenvolvimentos conceptuais e metodológicos recentes (por exemplo, na área da avaliação das necessidades, que adiante se abordarão com mais detalhe) vieram, no entanto, prestar contribuições muito significativas para a superação das dificuldades operacionais encontradas neste domínio.

Uma outra questão que, no campo da saúde mental, coloca problemas específicos é a da definição de critérios. A avaliação, sobretudo a centrada na dimensão de processo, requer um consenso prévio sobre critérios mensuráveis e explícitos, ou seja, sobre o modo como se deverá intervir face a cada problema de saúde. Estes critérios podem referir-se a tratamentos farmacológicos (quais as indicações, as doses, a duração do tratamento, etc), a tratamentos psicológicos, a intervenções de carácter reabilitador, etc. Nalguns casos, é possível apoiar a definição de critérios em dados validados experimentalmente (caso, por exemplo, da utilização de psicofármacos). Em muitos outros, porém, tal não é possível, e a definição de critérios só pode ser efectuada com base na opinião dos profissionais. Para tal, pode-se recorrer à revisão da literatura ou a recomendações de peritos, segundo o modelo de peer review.

Como já foi referido, a experiência de alguns países na acreditação de serviços (sobretudo EUA, Canadá e Austrália) demonstrou que não é impossível estabelecer normas e critérios aplicáveis à avaliação da qualidade de cuidados de saúde mental, com base na opinião de peritos. No entanto, é forçoso reconhecer que as divergências de opinião entre os profissionais sobre múltiplos aspectos dos cuidados de saúde mental ainda continuam a ser muito significativas, o que torna difícil a obtenção de consensos sobre o que se considera uma boa prática em psiquiatria e saúde mental.

Esta dificuldade regista-se sobretudo em determinadas áreas, como sejam as das psicoterapias e da reabilitação. A melhor forma de se ultrapassarem estas dificuldades reside no debate e na partilha de experiências entre profissionais; e, neste sentido, a multiplicação de trabalhos de avaliação durante os últimos tempos poderá resultar na criação de um clima muito mais favorável ao estabelecimento de novos consensos.

Uma outra especificidade dos problemas de saúde mental com repercussões significativas na avaliação é a que tem a ver com a diversidade das variáveis implicadas nos resultados obtidos. Esta diversidade já é importante se se considerar apenas o sistema de serviços de saúde mental: os padrões de intervenção são cada vez mais complexos e uma rede de serviços de qualidade tem obrigatoriamente que integrar diversos dispositivos. Significa isto que, ao pretendermos avaliar os resultados de determinado serviço, pode revelar-se difícil identificar os elementos específicos a quem cabe a responsabilidade dos resultados obtidos.

Estas dificuldades assumem uma dimensão ainda maior se considerarmos que, para além das variáveis especificamente ligadas aos serviços de saúde mental, há muitas outras que exercem uma influência significativa nos resultados, na maioria dos casos. É o caso, por exemplo, das variáveis relacionadas com os cuidados de saúde primários (responsáveis por uma participação relevante nos cuidados prestados a muitas das situações de saúde mental), com os serviços sociais, que também têm frequentemente uma interferência importante nos cuidados prestados a pessoas com problemas de saúde mental, e, finalmente, com os factores familiares e sociais.

Para superar estas dificuldades, tem sido feito um esforço no sentido de uma maior uniformização dos termos utilizados para designar as diferentes estruturas implicadas nos cuidados de saúde mental. A descrição detalhada das características dos diversos dispositivos constitui também um aspecto importante a considerar nas avaliações de estrutura e de processo. A implicação de uma grande diversidade de variáveis nos resultados obtidos coloca problemas de particular acuidade quando se pretende uma avaliação centrada na dimensão dos resultados – aquela que, actualmente, é mais valorizada. Alguns autores¹⁵ preconizam a utilização sistemática de estudos com grupos de controle e distribuição aleatória: todavia, esta nem sempre é possível, por razões de ordem técnica ou operacional.

Os estudos controlados são particularmente aplicáveis na avaliação da efectividade de cuidados quando estes se encontram no pólo do tratamento do espectro de cuidados – por ex., a utilização de psicofármacos¹⁴. Nos estudos em que se pretende avaliar sistemas de cuidados integrados é indispensável muitas vezes encontrar outros tipos de desenho que, sem perda de rigor científico, permitam testar a validade das hipóteses colocadas (uma abordagem particularmente esclarecedora deste problema pode ser encontrada nos estudos de Hafner e An der Heiden⁹).

C) Dificuldades na implementação

Dentro do tema geral da avaliação de serviços, tem vindo a assumir uma importância crescente o conceito de qualida-

de, quer a nível do processo (garantia e controle de qualidade dos serviços prestados), quer a nível dos resultados (qualidade de vida e satisfação dos doentes). Com aspectos marcadamente subjectivos, por vezes necessariamente mais baseados no consenso e na prática clínica do que propriamente em critérios facilmente objectiváveis, a qualidade em medicina pode ser entendida numa dupla perspectiva:

A que tem a ver com a interacção entre médico e doente, e a que considera o modelo assistencial como um todo. Se no primeiro caso as variáveis fundamentais (natureza da relação médico-doente, performance técnica e eficiência) determinam claramente um sistema centrado na figura do médico, já no segundo caso as dimensões mais importantes (acessibilidade, adequação, continuidade de cuidados) redireccionam o conceito de qualidade no sentido do doente.

Em ambas as abordagens, a qualidade de uma intervenção (ou de um serviço) é sempre definida por um conjunto de critérios, padrões e limites que procuram, através da mais adequada gestão de recursos possível, garantir uma prestação de cuidados que se traduza pelo máximo benefício, associado ao mínimo risco, para uma determinada população (isto em condições teóricas).

A avaliação da forma como os cuidados estão a ser prestados designa-se por garantia de qualidade – como facilmente se depreende, o número de variáveis interactivas de um programa de controle de qualidade é de tal forma extenso que justifica, só por si, o cofuncionamento de um sistema de avaliação/monitorização, de modo a permitir uma análise regular da eficácia do próprio programa.

A implementação de um sistema de garantia de qualidade, entendido como parte indissociável de qualquer projecto na área da avaliação de serviços, é, no entanto, um processo complexo e moroso, para o qual não há uma regra única, que abranja simultaneamente todas as dimensões possíveis num serviço de saúde. A título de exemplo, e pela sua importância operacional, merece destaque o modelo desenvolvido pela JCAHO em 1987⁴, designado por Modelo de Avaliação em 10 Passos, que assenta nas seguintes directrizes (*quadro 1*):

Quadro 1 – Modelo de Avaliação - JCAHO

- Entregar a responsabilidade do processo avaliativo a uma equipa para tal nomeada.
- Definir claramente à partida o tipo de actividade que vai ser avaliada.
- Isolar para cada actividade os itens de management mais relevantes na abordagem da situação clínica a que se destinam.
- Identificar os indicadores mais relacionados com esses itens de management.
- Estabelecer claramente os padrões e limites mínimos para os indicadores seleccionados em 4.
- Organizar um registo de dados funcional.
- Avaliar a qualidade técnica (ou outro factor julgado relevante) caso os indicadores estejam abaixo dos padrões e limites mínimos estabelecidos em 5.
- Formular alternativas para melhorar os indicadores, por exemplo através do estabelecimento de novos critérios de management.
- Avaliar o resultado prático destas sugestões.
- Elaborar relatórios em que constem todos os dados julgados necessários para a melhoria da qualidade.

Apesar dos avanços inquestionáveis em matéria de qualidade, decorrentes da aplicação deste modelo num grande número de especialidades médicas, verifica-se que a implementação de sistemas de garantia de qualidade no campo da saúde mental continua a ser mais uma excepção que uma regra, principalmente a nível da análise dos processos. De facto, se a primeira iniciativa de desenvolvimento de um sistema de avaliação de qualidade, da autoria da American Psychiatric Association, data de 1951 (o que significa um atraso de quase quarenta anos, quando comparado, por exemplo, com a cirurgia, só a partir de 1970, através das contribuições de Zusman e Ross¹⁶ e do impacto da avaliação das estruturas de saúde mental do exército norte-americano³, a garantia de qualidade passa a figurar como uma actividade com carácter obrigatório no planeamento das unidades psiquiátricas nos EUA.

Porquê esta situação? Provavelmente devido a um conjunto apreciável de causas e circunstâncias específicas desta área, o que se veio a traduzir numa grande escassez de dados significativos na literatura sobre o assunto até há bem pouco tempo (situação que, no entanto, está a mudar de uma forma acelerada).

De facto, as dificuldades começam logo a nível da definição de critérios objectivos de diagnóstico e outcome, já que a ausência de uma base fisiopatológica perfeitamente estabelecida na grande maioria das situações psiquiátricas por um lado, e a multiplicidade de factores actuantes na doença mental por outro, comprometem significativamente a validade de um sistema que tem que avaliar, simultaneamente, sintomas e desajustamentos socio-familiares, sob o risco de estar a funcionar de um modo excessivamente restritivo.

A avaliação dos diferentes tipos de intervenções possíveis é outra área extremamente delicada, já que se, por exemplo, é fácil especificar e registar tudo aquilo que tem a ver com a administração de psicofármacos (tipo de fármacos, doses, registo de efeitos secundários, etc), o mesmo não se passa com as terapias de cariz psicológico, pedagógico e reabilitativo em que, apesar da importância fulcral que têm na abordagem terapêutica em saúde mental e psiquiatria, a identificação e selecção de indicadores é bastante mais problemática (o que acentua a necessidade de avaliação de medidas globais, e.g. de qualidade de vida). Posto de outra maneira: como se estabelecem, em saúde mental, os limiares de qualidade abaixo dos quais se torna necessária uma sugestão/intervenção para mudança na prestação do cuidado?

Também a nível do próprio processo de avaliação existem problemas que de modo algum se poderão desprezar ou sequer diminuir, tais como a necessidade de definição do âmbito do sistema avaliativo (quem deve ser avaliado? grupos profissionais separadamente ou unidades multidisciplinares no seu conjunto?), e a existência de orientações conceptuais e técnicas muito diferentes no seio dos profissionais de saúde mental – se pensarmos que as equipas responsáveis pela avaliação deverão estar dotadas de autoridade suficiente para alterar critérios e modelos de funcionamento nos serviços (caso contrário a avaliação seria um mero exercício académico!), não é difícil prever a complexidade das situações que podem decorrer deste último aspecto.

Exemplos esclarecedores deste conjunto de dificuldades na implementação de sistemas de garantia de qualidade estão bem patentes na literatura científica. Edelstien¹⁷ e Sarnat⁴ instituíram sistemas de peer review para avaliação de intervenções em internamento e psicoterapia, respectivamente, não obtendo os resultados esperados no que respeita a análise da eficiência, devido essencialmente a dificuldades na definição de critérios de outcome e a resistências no staff ao próprio processo. Já num âmbito de intervenção diferente, e com critérios de outcome e indicadores mais definidos, Diamond monitorizou a prescrição de psicofármacos num centro de saúde mental norte-americano (também com peer review), tendo obtido, como resultado prático, uma diminuição significativa dos casos de polimedicação¹⁸, o que leva a pensar sobre a possibilidade real de adaptar modelos de avaliação sistematizados nas situações em que se torna difícil objectivar critérios com alguma segurança.

Com a finalidade de ultrapassar estas e outras limitações, vários procedimentos têm sido sugeridos de modo a facilitar a implementação de sistemas de avaliação nos serviços de saúde mental, nomeadamente:

- melhoria qualitativa e quantitativa dos registos clínicos, insuficientes em grande parte dos casos, e que, segundo alguns autores estariam correlacionados com a qualidade dos cuidados prestados¹⁹.
- modificação no modelo de recolha de dados, baseados na elaboração de programas informáticos específicos, de que já existem vários exemplos – CRISP, CLINFO, CLOES, MICROCARES²⁰.
- avaliação dirigida a acontecimentos *sentinela*, tais como suicídio no pós-alta imediato, incidentes de heteroagressividade, contactos com a polícia, prisão, etc. A este respeito, ainda que numa área completamente distinta, merece referência um importante estudo inglês de mortalidade perioperatória no serviço de urgência, que demonstrou inequivocamente a correlação entre o número excessivo de acidentes cirúrgicos e a actividade dos residentes quando executada para além da sua competência técnica, levantando imediatamente a questão sobre o significado desta ocorrência (exagero das funções? deficiente acompanhamento pelos seniores?), e permitindo a sua posterior correcção¹⁸.
- Ênfase crescente na utilização de medidas e indicadores mais globais (avaliação de necessidades, qualidade de vida e análise custo/benefício), em vez dos modelos mais clássicos, por vezes manifestamente insuficientes para responder à variabilidade de situações que hoje em dia se colocam no campo da prestação de cuidados em saúde mental.
- Envolvimento de todo o staff no processo avaliativo, que deverá cada vez mais ser sentido como uma actividade não só necessária, mas também estimulante, quer na correcção de erros, quer na melhoria da qualidade dos serviços e na satisfação dos próprios técnicos.

D) Escolha de Indicadores em saúde mental

Como seria de esperar, e dada a multiplicidade de variáveis e dimensões em saúde mental, não se tem conse-

guido alcançar uma uniformidade quanto ao tipo de indicadores a utilizar nos processos de avaliação, o que não deixa de ser uma desvantagem, nomeadamente em estudos comparativos, quer sejam de tipo institucional ou multicêntrico. No entanto, algumas tentativas têm sido feitas nesse sentido, destacando-se pela sua importância a listagem de indicadores elaborada pela OMS²¹, base de trabalho que tem servido de alicerce para posteriores modelos de vários autores²², e que se descreve em três partes, de acordo com a divisão de Donabedian.

Quadro 2 – Indicadores de Estrutura (OMS)

-
- 1 – Espaço físico
 - a) Descrição dos componentes.
 - b) Distribuição relativa pelos técnicos e utentes.
 - 2 – Equipamento disponível (recursos audiov.,informát.).
 - 3 – Técnicos
 - a) Número (por grupo prof.) / população.
 - b) Idem, por doente.
 - c) Treino.
 - d) Descrição das actividades.
 - 4 – Organização e gestão
 - a) Canais de comunicação entre técnicos e utentes.
 - b) Ligação a outras estruturas fora da instituição.
-

1 - Estrutura

Em relação à avaliação das estruturas, uma primeira dificuldade tem a ver com a descrição uniforme das diferentes componentes que podem (e devem) integrar um sistema de serviços de saúde mental – desde as hospitalares às comunitárias – dada a variabilidade existente no plano terminológico, inclusivamente a nível de cada país. Por esta razão, importa precisar o mais claramente possível as características e funções dos diferentes dispositivos intervenientes na prestação de cuidados. Entre estes, não se podem deixar de incluir os organismos que, embora dependendo de entidades adjacentes ao sistema de saúde, têm uma participação muito significativa na resposta às necessidades dos indivíduos com problemas de saúde mental (por ex., organizações que dão suporte na formação profissional, emprego e apoio residencial).

No que diz respeito ao staff, para além do aspecto da distribuição quantitativa dos diferentes grupos profissionais, é essencial sublinhar a importância da informação disponível sobre os padrões de formação e treino dos vários técnicos.

Ainda dentro dos indicadores de estrutura, as variáveis de organização e coordenação entre os diversos componentes do sistema têm uma relevância fundamental em saúde mental. Na verdade, a eficácia e os custos são largamente influenciados pela forma como se articulam os diferentes dispositivos e agentes, quer dentro do sistema de saúde mental, quer entre este e os outros com que tem de cooperar.

2 - Processo

Quadro 3 - Indicadores de Processo (OMS)

-
- 1- Acessibilidade - horário de funcionamento, etc.
 - 2 - 1º contacto (triagem)
 - a) Como é feito o acolhimento.
 - b) Participação da família.
 - 3 - Prestação de cuidados
 - a) Articulação das actividades terapêuticas.
 - b) Critérios e padrões dos métodos terapêuticos usados.
 - c) Critérios de inclusão/exclusão por escrito.
 - d) Qualidade do relacionamento entre os técnicos.
 - e) Informação e envolvimento da família no processo.
 - 4 - Critérios de alta (informação ao doente e família).
 - 5 - Gestão da informação
 - a) Confidencialidade.
 - b) Acesso do doente ao seu ficheiro.
 - c) Qualidade do Case register.
 - 6 - Acompanhamento no pós-alta
 - a) Informação detalhada sobre o seguimento ao doente e à família.
 - b) Envio de informação adequada ao case-manager do doente (pode ser o médico de família).
 - 7 - Direitos dos doentes (ponto de vista legal).
 - a) Informação clara da natureza e riscos eventuais do plano terapêutico.
 - b) Direito de recusar internamento e/ou tratamento.
 - c) Direito de acesso ao ficheiro pessoal.
 - d) Direito de acesso a representante legal.
 - 8 - Manutenção do contacto após a alta
 - a) Contactos periódicos com o doente/família, para avaliação de necessidades e controle da compliance.
 - b) Auxílio e orientação da família para diminuição do peso da doença (family burden)
-

Entre os indicadores de processo, destacam-se pela sua importância inquestionável aqueles que se relacionam com os procedimentos terapêuticos (normas e critérios de utilização de psicofármacos, de electroconvulsivoterapia, dos diferentes tipos de psicoterapia, etc.). A natureza específica dos problemas de saúde mental leva, contudo, a que outros indicadores de processo assumam também um papel relevante. É o caso dos indicadores sobre a acessibilidade ao serviço, a forma de acolhimento dos utentes, o modo como se prepara a alta e se processa o follow-up, já que destas variáveis depende em boa parte a possibilidade de se assegurar a cooperação dos doentes, e respectivas famílias, nos programas de cuidados.

É o caso também dos indicadores sobre a forma como é manejada a informação sobre os doentes, e como são respeitados os seus direitos, aspectos fundamentais no garante da qualidade de cuidados.

3 - Resultados (outcome)

A criação de sistemas de indicadores de resultados, ou de *outcome*, tem sido considerado um objectivo prioritário no momento actual²³. Um sistema deste tipo deverá incluir não só os indicadores clássicos (mortalidade, índices de cuidados ambulatorios e de internamento, nível de sintomas,

Quadro 4 - Indicadores de Resultados (OMS)

1. Indicadores clássicos (mortalidade, taxa de ocupação das camas, altas, readmissões, etc.)
2. Indicadores de reinserção social.
3. Grau de incapacidade/deficiência.
4. Qualidade de vida.
5. Sobrecarga para a família (family burden) e para a comunidade.
6. Efeitos indesejáveis no plano terapêutico (ex. efeitos secundários graves, etc.).
7. Acontecimentos *sentinela* (ex. prisão, suicídio no pós-alta imediato, desenvolvimento de alcoolismo ou toxicod dependência, perda de contacto com o doente, etc.).

etc.), mas também outros, mais relacionados com as áreas de funcionamento social, qualidade de vida, satisfação pessoal e sobrecarga da doença para a família (*family burden*).

Mas a avaliação de resultados, indiscutivelmente a parte mais importante de todo o processo avaliativo, levanta por si só uma série de problemas de difícil resolução. Uma revisão da literatura nesta área mostra que, talvez pela dificuldade existente na quantificação da qualidade dos resultados obtidos através de um plano de intervenções num serviço de saúde mental, a grande maioria dos indicadores acaba por incidir não tanto no *outcome*, mas sim na estrutura e no processo, chegando mesmo, em alguns casos, a utilizarem-se estas duas dimensões como medidas indirectas de resultados. Exemplo paradigmático deste viés conceptual é a extrapolação, construída a partir dos dados de utilização dos serviços, de que o número de consultas/intervenções seria directamente proporcional à prevalência e gravidade das situações, o que, como foi plenamente demonstrado pelos trabalhos de Goldberg e Huxley sobre as vias de acesso aos cuidados de saúde mental²⁴, é absolutamente incorrecto, ao deixar de fora aspectos tão importantes como, por exemplo, a acessibilidade dos utentes ao serviço. A importância desta investigação estende-se igualmente aos indicadores de morbilidade baseados no movimento hospitalar a nível do internamento completo: de facto, e segundo aqueles autores, apenas 1 a 2% (!) de todas as situações psiquiátricas chegam à fase de internamento, o que ilustra bem a insuficiência destes indicadores numa avaliação de resultados em termos mais epidemiológicos. Numa tentativa de ultrapassar um pouco estas limitações, e ainda a nível do movimento de internamento completo, Hafner⁹ individualiza três indicadores de resultados, aos quais atribui, quando utilizados simultaneamente e analisados de um modo integrado, um alto índice de validade como medidas de *outcome*:

- a) Taxa de readmissão/ano.
- b) Período de permanência no internamento.
- c) Período de tempo passado na comunidade antes da readmissão.

Utilizando este sistema de indicadores, verifica-se que, por exemplo, uma taxa alta de readmissões nem sempre é equivalente a uma falência da intervenção: basta que o período de permanência no internamento seja sucessivamente menor, e simultaneamente, o tempo passado na comunidade seja progressivamente maior para se poder avaliar de forma positiva (ainda que apenas parcialmente) o resultado da intervenção.

Ainda dentro da avaliação dos resultados, outros indicadores têm vindo a ser desenvolvidos, destacando-se os relacionados com o conceito de necessidade de cuidados não-coberta (*unmet need – ver adiante*), que, apesar da importância fundamental que assumem no planeamento dos modelos de prestação de cuidados, acabam por ser mais indicadores da capacidade de resposta dos serviços do que propriamente índices qualitativos dos resultados das intervenções²⁵.

Da mesma forma, quer os indicadores globais (que tentam conjugar o maior número de dimensões) quer os sociais acabam, pelo seu ecletismo, por ser muito pouco discriminativos quanto à avaliação do *outcome*.

Jenkins²³, baseando-se em todas estas condicionantes, e em particular na já referida falta de poder discriminativo dos sistemas de indicadores demasiado latos, aponta a necessidade de utilização preferencial de indicadores específicos para cada grupo nosológico principal, escolhidos após uma identificação criteriosa dos problemas-chave e dos objectivos das eventuais intervenções. Assim, para as situações de psicose esquizofrénica, por exemplo, descreve (*quadro 5*) :

Quadro 5 – Indicadores na esquizofrenia (Jenkins)

Problemas-chave

- Qual a possibilidade de redução da incidência da doença?
- Como reduzir a taxa de recaídas e as readmissões?
- Como reduzir a deterioração ?
- Como diminuir a mortalidade (10% de incidência de suicídio)?

Objectivos

- Redução da incidência, das recaídas e da deterioração.
- Evitar a saída do doente da rede de cuidados.
- Redução da incidência de suicídio.
- Garantir o desenvolvimento de estruturas intermédias.
- Garantir a continuação da investigação a vários níveis nesta área.

Indicadores de estrutura

- Sistemas de case-management e serviços de reabilitação .
- Módulos de intervenção familiar e suporte social.
- Acção pedagógica de ligação aos cuidados primários a nível do reconhecimento dos sinais de doença e de descompensação, e também da prevenção do suicídio.
- Tipo de estruturas intermédias disponíveis.
- Sistema de registo de dados adequado.
- Estudos e projectos de investigação nesta área.

Indicadores de processo

- Dados da actividade nas várias dimensões da estrutura.

Indicadores de resultados

- Dados epidemiológicos da doença naquele sector.
- Taxas de primeiras admissões e readmissões.
- Taxas de suicídio nos esquizofrénicos seguidos no sector.
- Taxa de emprego conseguida.
- Prevalência de homeless na população com a doença.

Assinale-se que este modelo está a ser implementado em vários sectores geográficos da região sul de Londres, envolvendo uma estreita ligação entre os psiquiatras e médicos de família por um lado e os DHA (*District Health Authorities*) por outro, e que já estão igualmente preparados sistemas idênticos a aplicar nos campos da pedopsiquiatria e psiquiatria forense.

Para além dos indicadores clássicos, têm vindo a ser desenvolvidos novos modelos, que de algum modo complementam certas limitações daqueles. Saraceno sublinha a importância particular em saúde mental do que se denomina por indicadores *soft*¹ – variáveis qualitativas que providenciam informação sobre os aspectos significativos das estruturas e dos processos. É o caso, por exemplo, das motivações e expectativas do pessoal que trabalha nos serviços, bem como dos estilos e estratégias de trabalho adoptados, variáveis que podem ter um efeito extremamente significativo nos resultados obtidos.

Um dos efeitos mais importante destas variáveis é o exercido na dinamização ou *multiplicação* dos recursos existentes na comunidade assistida (associações de famílias, de voluntários, etc.), cuja participação será tanto maior quanto mais dinamizadora for a estratégia e estilo de intervenção dos profissionais de saúde mental nessa comunidade.

PERSPECTIVAS ACTUAIS DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

I - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES

A) O conceito de *needs*

A partir das contribuições fornecidas pela epidemiologia psiquiátrica, existe actualmente um razoável conhecimento sobre a incidência e prevalência dos diferentes distúrbios psiquiátricos, facto que se tem mostrado de grande importância para o levantamento das necessidades de cuidados nas populações. No entanto, estas necessidades não podem ser apenas determinadas com base em estimativas de morbilidade psiquiátrica, por mais sensíveis que sejam os métodos de detecção, já que frequentemente as necessidades de cuidados se centram mais em torno de dificuldades em várias áreas do funcionamento individual (socio-familiar, laboral, grau de autonomia, etc) do que em volta dos sintomas da doença.²⁵ Daqui resulta que não basta dispor de sistemas de diagnóstico fiáveis para a caracterização das necessidades de cuidados, sendo igualmente necessário utilizar instrumentos de avaliação que possibilitem a estimativa das perturbações funcionais de diversa ordem que acompanham os sintomas.

Apesar das dificuldades que a construção e validação de instrumentos de medida daquela estimativa envolve, existem já contribuições de indiscutível valor neste domínio, merecendo natural destaque o desenvolvimento do conceito de *needs* efectuado por Wing¹⁴, bem como o conjunto de procedimentos para a quantificação das necessidades que tem vindo a ser elaborado mais recentemente, principalmente no *Institute of Psychiatry* (Londres).

O conceito de *needs* tem sido perspectivado de diversas maneiras desde a sua formulação inicial. Fallon⁶ usa-o simplesmente para descrever um défice de funcionamento individual, sem referência a qualquer tipo de acção necessária para a sua recuperação, ao passo que Wykes²⁷ já lhe associa obrigatoriamente a explicitação de uma intervenção específica, a aplicar caso a caso. Nesta mesma posição colocam-se Lethinen²⁸, para quem o termo *needs* expressa a inadequação e incapacidade de resposta dos serviços perante o tipo de solicitações que a gravidade de algumas situações coloca, e Shapir²⁹, que define necessidade não-coberta (*unmet need*) como a combinação entre a existência de uma situação de doença e a não-utilização dos serviços adequados.

No campo específico da doença mental crónica, assume particular importância a conceptualização de Brewin²⁵, baseada num modelo de prestação de cuidados integrados a funcionar em Camberwell (Londres), que tem como objectivo primário a redução dos sintomas e desajustamentos sociais, através de um conjunto de acções tendentes a estimular a autonomização e qualidade de vida dos doentes. Para este autor, o conceito de necessidade de cuidados (*needs for care*) fica definido não só pela diminuição do funcionamento individual abaixo de um critério previamente estabelecido mas também, e aqui assenta a originalidade da elaboração, pela existência simultânea de uma intervenção eventualmente passível (mesmo que não disponível naquele momento) de melhorar a situação clínica do doente – só na associação de ambas as permissas se poderia identificar a necessidade (*need*) como presente.

B) Metodologia de caracterização das necessidades de cuidados

As primeiras tentativas de caracterização das necessidades de cuidados (identificação, medição, significado epidemiológico, etc.) foram sobretudo baseadas no levantamento das taxas de morbilidade psiquiátrica e nas estatísticas de utilização dos serviços especializados³⁰. Para lá das dificuldades de análise resultantes da heterogeneidade de critérios, este tipo de abordagem acabou por revelar-se insuficiente na avaliação das necessidades. Com efeito, se por um lado a utilização de instrumentos de diagnóstico standardizados (e.g. PSE-9) garantia níveis aceitáveis de fiabilidade e sensibilidade, já a variabilidade dos problemas concretos de cada situação (mesmo dentro do mesmo grupo nosológico) ficava maioritariamente por esclarecer, o que tornava incerta a tentativa de adequação dos modelos de prestação de cuidados às necessidades reais de determinada população. Esta perspectiva foi bem ilustrada (já em 1978) por Levin²⁹, que após questionar o staff de várias unidades de saúde mental acerca de um conjunto de intervenções diversas (controlo da medicação, sessões de grupo, trabalho com famílias, actividades de reabilitação, etc.) que julgavam necessárias junto dos seus doentes, constatou que estava a ser feito apenas metade daquilo que os técnicos tinham apontado não só como necessário, mas também possível.

Desde então, os instrumentos de avaliação têm vindo a tornar-se mais complexos, abrangendo um número pro-

gressivamente mais amplo de dimensões (Stein, Wasilenki, Solomon, Wykes, Cormier). Dentre estes destaca-se o instrumento desenvolvido por Brewin e Wing²⁵ com a designação de *MRC-Needs for Care Assessment*, que tem sido utilizado nos estudos epidemiológicos mais importantes nesta área de avaliação, e em que a caracterização do grau de necessidades (need status) é feita em dois passos: numa primeira fase procede-se à identificação dos problemas (clínicos ou de funcionamento social) do doente, num total de vinte dimensões (e.g. psicopatologia, efeitos acessórios da medicação, hetero-agressividade, autonomia na utilização de transportes, etc.), a partir dos dados fornecidos pelo elemento responsável pelo *case-management* do doente; para cada uma destas áreas de funcionamento, o MRC-NCA especifica um grupo de intervenções terapêuticas potenciais, que são cotadas essencialmente quanto à eficácia na melhoria/recuperação dos problemas previamente identificados – da conjugação das duas vertentes (problema/intervenção apropriada) fica definido o grau de necessidades (*need status*), indicador que se tem mostrado de grande utilidade prática na avaliação sistematizada das intervenções terapêuticas em saúde mental³¹.

Apesar da qualidade de análise que este instrumento veio trazer aos estudos epidemiológicos, nomeadamente em doentes com doença mental crónica, a sua utilização pós em evidência alguns pontos fracos, resultantes da relativa complexidade de constructo, tais como exigência de formação e treino adequados, demora na aplicação e dificuldades na transposição para realidades culturais distintas da anglo-saxónica³². Para responder a algumas destas limitações, Thornicroft desenvolveu um novo instrumento de avaliação das necessidades de cuidados no seio do projecto Prism, designado por Camberwell Assessment of Needs (CAN), cuja principal vantagem relativamente ao MRC-NCA reside na maior simplicidade de aprendizagem e aplicação, mantendo no entanto níveis comparáveis de validade e fiabilidade³³. Existem já traduções autorizadas em diversos idiomas, estando perspectivados estudos multicêntricos em vários países europeus, com o objectivo de comparar a adequação dos respectivos modelos assistenciais às necessidades reais das populações a que se destinam.

II - QUALIDADE DE VIDA

A) Evolução conceptual

O conceito de qualidade de vida (QV) começou a ser desenvolvido para responder basicamente a dois pressupostos: por um lado, ao aumento da prevalência das doenças crónicas; por outro, à insuficiência revelada pelos indicadores habituais na avaliação da satisfação e grau de bem-estar das populações.

Embora fortemente enraizado em princípios que já datam dos anos 40 (e.g. definições de saúde da OMS - 1947), é essencialmente a partir da década de 60 que este constructo passa a constituir um referencial na avaliação da qualidade dos cuidados³⁴ – mais que o simples prolongamento da vida, a investigação passa a ser orientada para dimensões como a redução das incapacidades e dos

efeitos negativos das diferentes intervenções terapêuticas, de que se destacam, pela ênfase particular nos aspectos da QV, os estudos relativos ao tratamento paliativo das neoplasias, até aí condicionados principalmente pelas estatísticas de sobrevida³⁵.

Existem várias propostas para a definição conceptual de QV, o que provavelmente reflecte as diferentes perspectivas com que este tema tem sido abordado. Se para alguns autores QV corresponde à obtenção e usufruto das condições necessárias para o bem-estar num determinado contexto (região, sociedade), para outros o conceito de QV está associado essencialmente à sensação pessoal de bem-estar e ao grau de satisfação com a vida³⁵.

Esta dualidade está bem expressa na literatura sobre este tema, através da divisão em medidas de QV mais objectivas (indicadores sociais), relacionadas com conceitos economicos, e medidas subjectivas (indicadores psicológicos), por sua vez subdivididas em medidas unidimensionais e multidimensionais, consoante a quantificação da QV se expresse por um valor único (ou índice), resultante da integração das várias dimensões, ou por um conjunto de valores separados (ou perfil), correspondentes a outras tantas dimensões.

Talvez porque a extensão e amplitude do conceito dificultassem o desenvolvimento de instrumentos de avaliação suficientemente extensos, a necessidade de restrição aos aspectos mais estritos da saúde levaria mais tarde ao aparecimento do termo Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (Health Related Quality of Life), mais dependente do impacto e das implicações directas/indirectas da doença sobre o indivíduo³⁵, em que a avaliação da QV se passa a fazer através da quantificação dos períodos livres de doença ou perturbação social, e a que corresponde uma unidade que se convencionou designar por QALY (*Quality Adjusted Life Year*). Esta conceptualização trouxe uma contribuição fundamental quer na perspectiva operacional da avaliação da QV, que se tornou mais simplificada, quer no planeamento e alocação de recursos, ao permitir comparar gastos e benefícios de programas específicos aplicados a campos completamente diferentes da medicina.

B) Instrumentos de medida de Qualidade de Vida

A avaliação e quantificação da QV tem-se baseado no desenvolvimento de dois tipos de instrumentos: os genéricos, que medem a QV como um constructo global, e por isso são passíveis de aplicação a diferentes grupos populacionais, permitindo análises comparativas entre amostras completamente distintas (e.g. neoplasia/depressão), e os específicos, adaptados a um tipo particular de situação, e que apresentam com um poder discriminativo significativamente mais apurado que os anteriores.

De acordo com Bowling³⁵, os vários instrumentos podem reunir-se em cinco grupos, referentes às seguintes dimensões:

1 – Capacidade funcional – correspondendo às primeiras tentativas de medição de QV, estas escalas não são preenchidas pelo doente mas sim pelo técnico, o que

lhes retira alguma validade, estando a sua aplicação actual restringida a grupos com incapacidades importantes. São exemplos a Karnofsky Performance Scale e o Index of Activities of Daily Living (Katz).

2 – Estado de saúde – neste grupo, a medição é feita através da avaliação do impacto de um variado número de situações de doença sobre o bem-estar sentido pelo indivíduo, apresentando por essa razão alguns problemas de sensibilidade. Os mais utilizados são o *Sickness Impact Profile (Deyo)* e o *Nottingham Health Profile*.

3 – Bem estar-psicológico – são escalas desenvolvidas para o despiste de alterações psicopatológicas específicas (depressão, ansiedade, etc.), e que por esse facto têm uma validade facial reduzida em termos de QV. São exemplos o GHQ (Goldberg), as escalas de Hamilton para a ansiedade e depressão, a escala de Zung, etc.

4 - Redes de suporte social – utilizadas essencialmente nos E.U.A., têm como inconveniente os problemas de adaptação a realidades sociais diferentes das daquele país. São constituídas por uma descrição da rede e duma apreciação subjectiva da integração do indivíduo na mesma - entre as mais difundidas encontram-se a *Social Support Questionnaire* e o *Inventory of Social Supportive Behaviours*.

C) Aplicações no campo da Saúde Mental

Como seria de esperar, a investigação na área da qualidade tem tido como alvo prioritário as doenças somáticas de evolução prolongada, nas suas múltiplas expressões (diabetes, reumatismo, cardiopatias, neoplasia, etc). Com efeito, só na década de 80 começam a aparecer os primeiros trabalhos tendo como objectivo a avaliação da QV nos indivíduos com doença psiquiátrica crónica, o que é bem revelador das dificuldades metodológicas que se colocam neste campo. Embora tardiamente, a aplicação deste conceito tornou-se um cada vez mais importante na Europa e EUA, à medida que ocorria a transformação e desmultiplicação da assistência psiquiátrica, já que a complexidade das dimensões em jogo nos diversos programas de prestação de cuidados veio dificultar sobremaneira a avaliação de resultados.

Por outro lado, não é estranho que o início da utilização do conceito de QV em saúde mental tivesse sido quase simultâneo com a obrigatoriedade de avaliação de outro indicador fundamental, o de satisfação do utente. Para Baker³⁶, este facto terá decorrido não tanto da iniciativa institucional dos técnicos, mas essencialmente como resultado do envolvimento de várias estruturas e organizações da sociedade civil no planeamento e avaliação dos sistemas de saúde, algo que, sendo muito habitual nos países do norte europeu, é ainda um factor de reduzidíssima expressão em Portugal.

Actualmente considera-se que a satisfação é mais um indicador de processo, sendo a sua avaliação realizada de uma forma distinta da QV; esta última apresenta um âmbito mais lato, embora a sua utilização como indica-

dor de resultados levante vários problemas metodológicos, que vão desde a falta de uniformização entre os instrumentos usados, até ao problema do grau de sensibilidade, já que a garantia de que o método aplicado discrimine com acuidade as pequenas variações da QV está longe de ser um dado adquirido. Assim, e embora exista na literatura um apreciável número de estudos na área da saúde mental com aplicações das escalas anteriormente referidas, quer isoladamente quer em associação, tem-se vindo a assistir nos últimos anos a um desenvolvimento autónomo de instrumentos específicos nesta área (com particular relevância para a investigação de QV nas situações de psicose crónica), de que se podem destacar :

- *Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS; Baker et al)*, compreendendo 15 domínios (e.g. actividades da vida diária, relações sociais, grau de autonomia, etc)³⁶.
- *Oregon Quality of Life Questionnaire (OQLQ; Bigelow et al)*, que avalia domínios como o ajustamento individual, interpessoal, laboral e social³⁷.
- *Quality of Life Self-Report (QLS-100; Skantze et al)*, incluindo 100 itens agrupados em 14 secções, modificada posteriormente (1992) para 11 secções e designada por *Quality of Life Self-Assessment (QLS-100-R; mesmos autores)*³⁸.
- *Quality of Life Scale (QLS; Heinrich et al)*, que tem como principal óbice uma baixa validade de constructo³⁹.

Os primeiros estudos, datados de 1982, envolveram a comparação da QV entre grupos de indivíduos com psicose crónica e grupos controle: Baker e Intagliata (SLDS) e Bigelow (OQLQ), em estudos separados, demonstraram inequivocamente uma diminuição marcada da QV nos grupos de psicóticos, relativamente aos controles (indivíduos saudáveis)^{36,37}. Num âmbito um pouco mais alargado, Huber comparou a QV entre quatro grupos de indivíduos (diabéticos, cancerosos, psicóticos crónicos e controle), tendo igualmente encontrado níveis significativamente mais baixos no grupo de psicóticos⁴⁰.

No que respeita à avaliação de programas de reabilitação, Lehman encontrou uma melhoria da QV em indivíduos envolvidos em programas estruturados com sede em residências protegidas, estando essa variação correlacionada de forma positiva com o tempo de permanência nesse setting⁴¹. Meltzer avaliou longitudinalmente (seis meses) um grupo de psicóticos com uma resistência ao tratamento farmacológico significativamente elevada, integrados num programa de reabilitação, que envolvia igualmente a família – utilizando a QLS, registou um incremento da QV na ordem dos 60% , verificando em estudo posterior (um ano) que esta melhoria se acentuava progressivamente⁴².

Também a nível do número de recaídas se verificam achados interessantes, concordantes com o princípio teórico que correlaciona positivamente QV quer com a amplitude do intervalo livre, quer com a diminuição dos reingressos.

McLary, num estudo em psicóticos jovens integrados num programa de reabilitação comunitário, encontrou

uma redução de 50% dos reinternamentos e de 75% do tempo de permanência no hospital⁴³, enquanto que Meltzer, utilizando uma abordagem semelhante, descreve uma redução nas readmissões de 80% no grupo de psicóticos resistentes ao tratamento, já referido anteriormente⁴².

Esta linha de investigação tem-se mostrado igualmente valiosa na comparação de QV entre indivíduos residentes em estruturas comunitárias e em hospitais psiquiátricos.

Lehman nos EUA, estudou dois grupos de psicóticos crónicos nestas duas situações, tendo encontrado uma QV significativamente mais elevada nos residentes em estruturas comunitárias, nomeadamente nas áreas do relacionamento social, segurança, lazer, saúde, contacto com a família e manejo do dinheiro⁴⁴; estes dados foram confirmados por Simpson, num estudo em que comparou três grupos em diferentes settings – enfermaria em hospital geral, enfermaria em hospital psiquiátrico e residência protegida – encontrando igualmente um melhor índice de QV nos psicóticos residentes nesta última estrutura⁴⁵.

Actualmente, estão em desenvolvimento vários estudos na área da QV, quer como parâmetro único (psicóticos, terapia farmacológica, etc), quer numa perspectiva integrada de avaliação de serviços de saúde mental, em que a QV surge como um indicador com uma importância cada vez maior, já que pelas suas características consegue superar várias das limitações dos indicadores clássicos, habitualmente muito restritivos e por vezes já um pouco desadequados, face à complexidade de problemas que a avaliação suscita hoje em dia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em poucas áreas os cuidados de saúde terão mudado tão profundamente nos últimos anos quanto mudaram na área da saúde mental. Os progressos registados nos diversos tipos de actuação terapêutica e a evolução dos conceitos básicos quanto aos objectivos e à natureza dos cuidados de saúde mental operaram uma transformação radical a nível dos modelos de intervenção e da organização de serviços.

Neste processo evolutivo, a avaliação dos serviços tornou-se um instrumento fundamental: porque permite garantir os padrões de qualidade cada vez mais exigidos – e justamente exigidos – por quem beneficia dos cuidados e por quem os paga; porque é a única forma séria de fundamentar as opções que é forçoso efectuar entre os vários modelos possíveis.

No plano metodológico, porém, esta evolução originou dificuldades apreciáveis, ainda hoje muito longe de completamente superadas. A implementação de serviços baseada numa perspectiva biopsicossocial, verificada na maioria dos países desenvolvidos, tem vindo a acentuar determinantemente a necessidade de se ampliar a avaliação da qualidade de cuidados muito para além da dimensão exclusivamente médico-biológica, o que se reflecte consequentemente na complexidade crescente dos modelos usados, nomeadamente a nível da avaliação das necessidades e da qualidade de vida das populações.

Com efeito, se até há vinte anos a reduzida investigação nesta área era qualitativamente indistinguível da que

se fazia noutras especialidades médicas, dada a proeminência do modelo hospitalar, vários desenvolvimentos tanto de ordem conceptual como prática têm surgido desde então, relacionadas fundamentalmente com a dinâmica de transformação e diversificação dos modelos de assistência psiquiátrica a que se tem assistido nas últimas duas décadas, plenamente consubstanciadas nas recomendações da OMS para esta área.

A contribuição dos dados proporcionados pela avaliação de cuidados para a fundamentação das políticas de saúde mental, em bases sólidas e creíveis, tem sido indiscutivelmente valiosa no passado recente, e poderá vir a sê-lo ainda mais no futuro. Isto aplica-se de uma forma muito particular a Portugal, onde a estimativa das necessidades das populações e os dados sobre a avaliação de serviços nem sempre têm sido devidamente considerados pelos responsáveis da planificação dos serviços de saúde mental. Por isso mesmo, a divulgação de conhecimentos sobre a avaliação dos cuidados poderá ter um papel crucial na evolução dos nossos serviços de saúde mental num futuro próximo. Na medida em que pode contribuir para a clarificação de dúvidas quanto à eficiência dos diferentes modelos de intervenção e para fornecer bases consistentes para as opções políticas que inevitavelmente se terão que tomar.

Mas a importância da avaliação dos cuidados de saúde mental não se esgota a este nível. Também no âmbito de cada serviço, a introdução de métodos de avaliação na vida institucional quotidiana poderá ter um efeito transformador de relevo. A identificação de insuficiências no funcionamento dos serviços – e no nosso país, infelizmente, elas não são raras nos serviços psiquiátricos – e a promoção de avaliações regulares são a melhor forma de assegurar a correcção das insuficiências existentes.

É evidente que a aplicação regular de mecanismos de avaliação dos nossos serviços de saúde mental, aos diversos níveis, exigirá um grande esforço no decurso dos próximos anos. Será necessário aperfeiçoar os métodos existentes, formar os profissionais para a sua correcta utilização e dotar os serviços dos meios indispensáveis. Trata-se certamente de uma tarefa difícil. Mas também um desafio impossível de recusar.

BIBLIOGRAFIA

1. SARACENO B, LUCA L: Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatria* 1992; 40: 3-8
2. APARICIO V: Evaluación de los servicios de Salud. In *Evaluación de Servicios de Salud Mental*, ed. Asociación Española de Neuropsiquiatria, 1993; 12-53
3. ZUSMAN J: Quality Assurance in Mental Health Care. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39: 1286-1290
4. FAUMAN M: Quality assurance monitoring in psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 1121-1130
5. JONES R, GOLDBERG D: A comparison of two different services treating schizophrenia, cost benefit approach. *Psychological Medicine* 1980; 10: 493-505
6. CREED F, BLACK D: Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 300-310
7. DICK P, CAMERON L: Day and full-time psychiatric treatment: a controlled-comparison. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 246-250
8. WASHBRUN S, VANNICELLI M: A controlled comparison of psychiatric day treatment and in-patient hospitalization. *Journal Consulting and Clinical Psychology* 1976; 44: 665-675

9. HAFNER H, DER HEIDEN A: The evaluation of mental health studies in the mental health field. In *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*, ed: Royal College of Psychiatry 1991; 1-23
10. FENTON F, TESSIER L, STRUENING E : A comparative trial of home and hospital psychiatric care. *Archives of General Psychiatry* 1979; 36: 1073-1079
11. HOULT J: Community care of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 137-144
12. STEIN L, TEST M: Alternative to mental hospital treatment. Conceptual mode, treatment program and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 392-397
13. WEISBROD B, TEST M, STEIN L: An alternative to mental hospital treatment. II: Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 400-405
14. WING J: The concept of need. In *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*, ed. Royal College of Psychiatry 1991; 18-23
15. NEWCOMBE R: Evaluation of treatment effectiveness in psychiatric research. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 196-197
16. ZUSMAN J, ROSS E : Evaluation of the quality of mental health services. *Archives of General Psychiatry* 1969; 20: 352-357
17. EDELSTIEN M: Psychiatric peer review: a working model. *Hospital and Community Psychiatry* 1976; 27: 656-659
18. DIAMOND H, TISLOW R: Peer review of prescribing patterns in a CMHC. *American Journal of Psychiatry* 1976; 133: 697-699
19. GLOVER G : The audit of mental health services. *Quality Assurance in Health Care* 1990; 2: 181-188
20. STRAIN J: The use of computers in consultation-liaison psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 1985; 7: 107-108
21. OMS: Quality Assurance in Mental Health, Division of Mental Health, 1991; in doc. WHO/MNH/MND/90.11)
22. MOROSINI P, VELTRO F: Process or outcome approach in the evaluation of psychiatric services. In *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*, ed. Royal College of Psychiatry 1991; 127-141
23. JENKINS R : Towards a system of outcome indicators for mental health. *British Journal of Psychiatry* 1990; 157: 500-515
24. GOLDBERG D, HUXLEY P : in *Mental Illness in the Community: the Pathway to Psychiatric Care*, 1980. Ed. Tavistock Londres
25. BREWIN C, WING J et al: Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine* 1987; 17: 971-981
26. FALLON I, MARSHALL G: Residential care and social behaviour: a study of rehabilitation needs. *Psychological Medicine* 1983; 13: 341-347
27. WYKES T, CREER C: The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 1-11
28. LEHTINEN V et al: Need for mental health services of the adult population in Finland: results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1990; 81: 426-431
29. BREWIN C: Measuring individual needs for care and services. In *Measuring Mental Health Needs 1992*; ed. Royal College of Psychiatrists
30. LEIGHTON D et al: Psychiatric findings of the Stirling County study. *Am J Psychiatry* 1963; 119: 1021-1026
31. BREWIN C et al: Needs for care among the long-term mentally ill: a report from the Camberwell High Contact Survey. *Psychological Medicine* 1988; 18: 457-468
32. LESAGE A, MIGNOLLI G: Standardised assessment of needs for care in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. *Psychological Medicine* 1989; Supp 19: 27-34
33. THORNICROFT G, SLADE M: The Camberwell Assessment of Needs. 1º Congresso do ENMESH 1994
34. ELKINTON R: Medicine and the quality of life. *Ann Int Med* 1966; 64: 711-714
35. BALDOMERO E, RUIZ M: La Calidad de Vida como índice de resultados: aspectos conceptuales y metodológicos. In *Evaluación de Servicios de Salud Mental*, ed Asociación Española de Neuropsiquiatria 1993; 447-479
36. BAKER F, INTAGLIATA J: Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning* 1982; 5: 69-79
37. BIGELOW D, OLSON M: The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In *Innovative approaches to mental health evaluation*, ed. Academic Press 1982
38. SKANTZE K, MALM U: Comparison of quality of life with standards of living in schizophrenic out-patients. *Psychological Medicine* 1992; 161: 797-801
39. HEINRICHS D, HANLON T: The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10: 388-398
40. HUBER D, HEINRICHS D: Measuring the quality of life: a comparison between physically and mentally chronically ill patients and healthy persons. *Pharmacopsychiatry* 1988; 25: 453-455
41. LEHMAN A, WARD N: Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1271-1276
42. MELTZER H, BURNETT S, BASTANI B: Effects of six month of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41: 892-897
43. McCLARY S, LUBIN B: Evaluation of a community treatment program for young adult schizophrenics. *J Clin Psychology* 1989; 45: 806-808
44. LEHMAN A, POSSIDENTE S: The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hospital and Community Psychiatry* 1986; 37: 901-907
45. SIMPSON C, HYDE: The chronically mentally ill patients in community facilities. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 77-82