

**PRIORIDADES DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
EM PORTUGAL**

AS PERSPECTIVAS DE UM PAINEL DELPHI
DE PSIQUIATRAS E PEDOPSIQUIATRAS

Fernando Manuel Viegas de Sousa

Agradecimentos

A realização deste trabalho contou com o apoio de várias pessoas às quais gostaria aqui de expressar os meus sinceros agradecimentos.

- Ao Prof. Doutor Teodoro Briz pela orientação e disponibilidade em apanhar este projecto a “meio-caminho”.
- Ao Prof. Doutor J. G. Sampaio Faria pela orientação inicial deste projecto.
- Aos meus amigos, José Farinha, Cláudia Conceição e Susana Maria, pela sua constante disponibilidade para criticarem a minha produção, pelas sugestões e incentivo.
- À Dra. Cecília Moura da Silva e ao Dr. Pedro Aguiar pelas sugestões em termos de análise estatística.
- Aos meus informadores-chave, Dra. Maria Antónia Frasquilho, Dra. Maria João Heitor, e Dr. João Sennfelt, por me terem sugerido nomes para integrarem o Painel Dephi.
- Ao Dr. Daniel Seabra, Dr. Miguel Viseu, Dr. Rui Durval, Dra. Isabel Ribeiro da Costa, Dr. Manuel Guerreiro, e ao Dr. Diogo Sennfelt, por terem aceitado participar no pré-teste da 1ª volta deste exercício Delphi.
- Aos vários autores que, mesmo do outro lado do planeta, gentilmente se prontificaram para enviar-me cópias de alguns dos seus trabalhos.
- Às técnicas do CDI da Escola Nacional de Saúde Pública pela disponibilidade em apoiarem à distância as minhas pesquisas.
- Ao Fernando e à Maria, os meus pais, e à restante família pelo apoio prestado ao longo de todo este processo.
- À Raquel por apoiar mais esta minha aventura.
- Por fim, mas não por último, a todos os profissionais de saúde que aceitaram o convite para fazerem parte do Painel Delphi. Sem a sua disponibilidade e empenhamento este trabalho nunca teria sido possível,

a todos muito obrigado.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introdução | 1 |
| | |
| CAPÍTULO I - Enquadramento geral | 5 |
| Desafios para o futuro próximo | 8 |
| Investigação em saúde: Fundamentos e conceitos | 11 |
| Algumas dificuldades da investigação em saúde..... | 13 |
| Definição de prioridades em saúde..... | 16 |
| Prioridades de investigação em saúde | 19 |
| Particularidades da definição de prioridades em saúde mental..... | 21 |
| A SITUAÇÃO PORTUGUESA | 23 |
| A saúde mental | 23 |
| A investigação em saúde (mental) | 26 |
| Recursos ao dispor da I&D em saúde | 27 |
| Prioridades de I&D em saúde | 29 |
| FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO..... | 30 |
| OBJECTIVOS DO ESTUDO | 31 |
| | |
| CAPÍTULO II - Metodologia | 32 |
| ASPECTOS GERAIS | 32 |
| TÉCNICAS DE DESENVOLVIMENTO DE CONSENSO: FUNDAMENTOS | 32 |
| O PAINEL DELPHI | 34 |
| Características e origens | 34 |
| Áreas e condições de aplicação..... | 35 |
| Composição do Painel | 37 |
| Formato do questionário..... | 38 |
| A informação de <i>feedback</i> e a sua influência no consenso..... | 38 |
| Validade e fiabilidade | 40 |
| PARTICIPANTES..... | 41 |
| Critérios de inclusão | 41 |
| Características dos participantes..... | 42 |

| | |
|---|-----------|
| PROCEDIMENTOS | 43 |
| Aspectos gerais..... | 43 |
| Aspectos específicos. | 45 |
| 1ª Volta | 45 |
| 2ª Volta | 46 |
| 3ª Volta | 47 |
| Pré-teste..... | 48 |
| Nível de consenso. | 49 |
| TRATAMENTO DOS DADOS. | 49 |
| | |
| CAPÍTULO III - Resultados | 50 |
| AS APRECIÇÕES DA 2ª E 3ª VOLTA: CONSENSOS E MUDANÇAS DE APRECIÇÃO. | 50 |
| APRECIÇÕES DA 3ª VOLTA FACE ÀS ESPECIALIDADES DOS ELEMENTOS DO PAINEL. | 52 |
| APRECIÇÕES DA 3ª VOLTA FACE À PROVENIÊNCIA GEOGRÁFICA DOS ELEMENTOS DO PAINEL | 54 |
| APRECIÇÕES DA 3ª VOLTA FACE AO SEXO DOS ELEMENTOS DO PAINEL | 54 |
| APRECIÇÕES DA 3ª VOLTA FACE À FORMAÇÃO COMPLEMENTAR DOS ELEMENTOS DO PAINEL..... | 55 |
| APRECIÇÕES DA 3ª VOLTA FACE À SUA SITUAÇÃO PERANTE A DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR..... | 56 |
| | |
| CAPÍTULO IV - Discussão | 58 |
| ASPECTOS GLOBAIS | 58 |
| TÓPICOS DE INVESTIGAÇÃO COM UM GRAU DE PRIORIDADE "MUITO PRIORITÁRIO" QUE NÃO REUNIRAM CONSENSO..... | 61 |
| TÓPICOS DE INVESTIGAÇÃO COM UMA MEDIANA INFERIOR AO GRAU DE PRIORIDADE "PRIORITÁRIO" .. | 63 |
| DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ENCONTRADAS NAS APRECIÇÕES AOS TÓPICOS | 63 |
| LIMITES DA INVESTIGAÇÃO | 65 |
| | |
| Conclusões e recomendações..... | 68 |
| CONFLITOS DE INTERESSE..... | 71 |
| | |
| Referências | 72 |
| | |
| Anexos | 78 |

Anexos

| | |
|----------|--|
| Anexo A. | Informadores-chave |
| Anexo B. | Composição do Painel Delphi: Participantes na 1ª volta |
| Anexo C. | Solicitação de resposta em período extraordinário: Ofício-tipo |
| Anexo D. | Ofício de apresentação da 1ª volta |
| Anexo E. | Considerandos gerais: 1ª volta |
| Anexo F. | Considerandos específicos: 1ª volta |
| Anexo G. | Questão da 1ª volta |
| Anexo H. | Questionário de caracterização individual: 1ª volta |
| Anexo I. | Enunciados formulados pelos participantes na 1ª Volta: A conversão em tópicos para a 2ª Volta |
| Anexo J. | Ofício de apresentação da 2ª volta |
| Anexo K. | Considerandos: 2ª volta |
| Anexo L. | Lista de tópicos de investigação: 2ª volta |
| Anexo M. | Fundamentos subjacentes à apreciação |
| Anexo N. | Lista de tópicos de investigação: 3ª volta |
| Anexo O. | Considerandos: 3ª volta |
| Anexo P. | Ofício de apresentação da 3ª volta |
| Anexo Q. | <i>Feedback</i> dos participantes na 2ª volta |
| Anexo R. | Fundamentos subjacentes à apreciação |
| Anexo S. | Pré-teste: Ofício de apresentação |
| Anexo T. | Questionário de pré-teste |
| Anexo U. | Tópicos de investigação: Mudanças de apreciação entre 2ª e 3ª volta |

Lista de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Principais causas de anos de vida ajustados à incapacidade (DALYs) a nível mundial na faixa etária dos 15-44 anos, estimativas para 2000 | 7 |
| Tabela 2 - Principais causas de anos de vida ajustados à incapacidade (DALYs) na Região Europeia (OMS) em todas as idades, estimativas para 2000 | 8 |
| Tabela 3 - Abordagens metodológicas para definição de prioridades para investigação em saúde..... | 20 |
| Tabela 4 - Investigadores (ETI) por área científica e tecnológica de actividade principal, segundo o sector Estado, Ensino Superior e IPsFL, em 1999 | 28 |
| Tabela 5 - Participação dos peritos nas três voltas do exercício Delphi consoante a sua distribuição geográfica | 42 |
| Tabela 6 - Respostas às voltas dentro do prazo inicial e em período extraordinário | 44 |
| Tabela 7 - Distribuição dos tópicos de investigação sob as categorias | 46 |
| Tabela 8 - Proporção de consensos para cada valor da mediana (%) | 51 |
| Tabela 9 - Tópicos classificados como prioridades de investigação consensual (3ª volta).. | 51 |
| Tabela 10 - Tópicos classificados como prioridades de investigação consensual (2ª volta).. | 52 |
| Tabela 11 - Diferenças significativas nas apreciações da 3ª volta face ao tipo de especialidade | 53 |
| Tabela 12 - Diferenças significativas nas apreciações da 3ª volta face à zona de proveniência geográfica dos membros do Painel..... | 54 |
| Tabela 13 - Diferenças significativas nas apreciações da 3ª volta face ao género..... | 55 |
| Tabela 14 - Diferenças significativas nas apreciações da 3ª volta face aos diversos níveis de formação complementar | 56 |
| Tabela 15 - Diferenças significativas nas apreciações da 3ª volta face à sua situação perante a docência no ensino superior | 57 |
| Tabela 16 - Tópicos com grau de prioridade "muito prioritário" que não reuniram consenso (3ª volta)..... | 62 |

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Definição e propósito da Investigação & Desenvolvimento (I&D) | 12 |
| Figura 2 - Factores envolvidos na definição de prioridades..... | 16 |
| Figura 3 - Comparação internacional do pessoal total em I&D e investigadores em permilagem da população activa em 1999 | 28 |

Siglas e Abreviaturas

| | |
|----------|--|
| 6ºPQ | 6º Programa-Quadro de Investigação da União Europeia |
| DALY | <i>Disability Adjusted Life Year</i> |
| DGS | Direcção-Geral de Saúde |
| ETI | Equivalente a tempo integral |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FCT | Fundação para a Ciência e Tecnologia |
| I&D | Investigação e Desenvolvimento |
| IDT | Instituto da Droga e da Toxicodependência |
| INFARMED | Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento |
| INSA | Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge |
| IPsFL | Instituições Privadas sem Fins Lucrativos |
| OCT | Observatório das Ciências e das Tecnologias |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| SNIS | Sistema Nacional de Investigação em Saúde |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| UE | União Europeia |
| UNL | Universidade Nova de Lisboa |
| VIH | Vírus da Imunodeficiência Humana |

Resumo

Este estudo teve como objectivo identificar prioridades de investigação consensual em saúde mental em Portugal.

Recorreu-se à aplicação da técnica do Painel Delphi, em três voltas. Endereçou-se convite a 77 médicos com a especialidade de psiquiatria ou pedopsiquiatria para participarem no estudo, solicitando-lhes que indicassem até quatro tópicos de investigação que na sua opinião deveriam ser considerados como prioritários. De todos os convites efectuados 37 (48.1%) aceitaram participar na 1ª volta deste exercício.

Os 110 tópicos de investigação inicialmente apurados foram por nós organizados em 14 categorias e enviados numa 2ª volta para apreciação dos membros do Painel, tendo-lhes sido solicitado que se pronunciassem sobre o grau de prioridade a atribuir a cada um desses tópicos no âmbito de uma agenda de investigação em saúde mental. A 3ª volta, consistiu numa repetição da volta anterior, tendo-se no entanto fornecido aos membros do Painel informação de *feedback* sobre o posicionamento central e dispersão do grupo em cada um dos tópicos de investigação. Face à definição de consenso adoptada identificou-se a presença de consenso em 67 tópicos, distribuídos por diferentes graus de prioridade. Os requisitos estabelecidos para classificação enquanto “prioridade de investigação consensual” foram identificados em 18 tópicos. Estes tópicos englobam-se na sua maioria nas categorias da investigação epidemiológica, organização e prestação de cuidados e identificação de necessidades.

Estes resultados podem suscitar um conjunto de reflexões e medidas para a acção na área da investigação em psiquiatria ou pedopsiquiatria. Contudo, se adoptarmos uma perspectiva mais geral da saúde mental, constatamos que neste campo interagem vários outros actores para além de psiquiatras e pedopsiquiatras. Entendemos por isso ser necessário alargar este tipo de investigação a esses actores como forma de averiguar a convergência e/ou divergência de perspectivas e a oportunidade de desenvolver uma agenda de investigação comum.

Palavras-chave

Consenso; Delphi; pedopsiquiatria; prioridades de investigação; psiquiatra; saúde mental.

Introdução

"(...) talking about health without mental health is a little like tuning an instrument and leaving a few discordant notes".

Gro Harlem Brundtland, 2001

Historicamente a vulnerabilidade e o sofrimento das pessoas afectadas por um problema de saúde mental, foi por uma grande parte da sociedade, muitas vezes ignorado ou incompreendido. No entanto, ao longo do Séc. XX, e de forma mais pronunciada a partir da sua segunda metade, em virtude de vários avanços científicos que permitiram um maior conhecimento da etiologia e formas de evolução desses problemas e ao trabalho desenvolvido por vários movimentos de defesa dos direitos dos pacientes mentais, p. ex., o movimento para a desinstitucionalização (Ornelas, 1996), a saúde mental começou progressivamente a ser reconhecida como fazendo parte integrante e indissociável de um conceito global de saúde, incluindo naturalmente a "saúde física".

No entanto, no momento em que se assiste a este reconhecimento do papel central da saúde mental para a saúde e bem-estar em geral, e em que os defensores da saúde mental, teriam uma oportunidade para se debruçarem sobre formas de consolidar os avanços até ao momento alcançados, tendo em vista a obtenção por parte deste campo de uma maior paridade dentro do sistema de saúde, coloca-se um novo desafio resultante do previsível aumento em termos mundiais nos próximos anos do número de pessoas afectadas por distúrbios neuropsiquiátricos estimados recentemente como atingindo presentemente os 450 milhões de pessoas (WHO, 2001a).

Esta nova realidade, enquadra-se num contexto mundial caracterizado de um modo geral por um crescimento económico lento, em que a necessidade de uma maior rentabilização das verbas afectadas ao sector da saúde se tem vindo gradualmente a impor, sendo cada vez mais usual o recurso a várias abordagens metodológicas para identificação de prioridades, assentes em diversos critérios, que visam maximizar os recursos disponíveis (através da afectação de recursos para áreas mais carentes e/ou para áreas com um maior potencial de melhoria do estado global de saúde de uma população).

Apesar de não se poder considerar a definição de prioridades em saúde como um fenómeno novo um aspecto recente deste processo têm sido as pressões exercidas por vários sectores da sociedade, para que estas decisões sejam mais explícitas e democráticas, e para que esses sectores tenham uma voz nesse processo, sobretudo quando determinadas decisões poderão implicar uma restrição ou cessação da prestação de certos cuidados de saúde.

A investigação e desenvolvimento (I&D) em saúde surge com alguma frequência citada nestes processos, não só como uma forma através da qual se visa um avanço do conhecimento sobre uma determinada condição de saúde e no delineamento de estratégias para a sua resolução, mas também como um recurso no qual os decisores se poderão apoiar para fundamentar algumas das suas opções em termos de prioridades em saúde. No entanto a I&D em saúde, para além de se defrontar com o mesmo tipo de restrições orçamentais colocadas a afectação de recursos para a saúde, também se tem confrontado com alguns problemas, em parte devido à frequente ausência de definição de prioridades para I&D e em assegurar que os resultados obtidos tenham um maior impacto nos problemas de saúde da população (Global Forum for Health Research, 2002).

Quer na área da definição de prioridades para I&D em saúde, quer na área da definição de prioridades para prestação de cuidados de saúde tem vindo a ser sucessivamente afirmado a necessidade de envolver nesses processos representantes de várias partes interessadas, desde representantes dos profissionais de saúde a representantes dos utentes, como forma de que os interesses destas partes e a sua importância relativa possam ser devidamente consideradas e valorizadas, para que se estimule um diálogo, e se identifiquem áreas consensuais que possam eventualmente conduzir ao desenvolvimento de esforços conjuntos que possibilitem um maior impacto na saúde das populações.

O trabalho que aqui apresentamos procurou numa primeira fase debruçar-se sobre vários aspectos das questões anteriormente descritas numa perspectiva geral da saúde mas com uma atenção especial (e óbvia) sobre o campo da saúde mental, em termos da forma como estas têm vindo a ser abordadas primeiro numa perspectiva mundial e seguidamente quanto à forma como estas se têm traduzido na realidade portuguesa. De referir que esta postura transversal, com uma maior ou menor intensidade, foi mantida ao longo deste trabalho, na medida em que a sua execução se pautou pelo assumir de um entendimento da saúde mental como um campo específico de uma saúde global, e não numa perspectiva dicotómica "saúde mental" *versus* "saúde física".

Tanto quanto é do nosso conhecimento, o exercício que nos propusemos realizar através deste trabalho constitui uma primeira tentativa, que reconhecemos desde já como parcelar, de identificação de uma forma sistemática de prioridades de investigação em saúde mental, na medida em que, das várias partes passíveis de serem envolvidas num processo com estas características, optámos por incluir apenas representantes de duas culturas profissionais. Esta opção teve em consideração a posição central que presentemente estes profissionais detêm em

termos de organização e prestação de cuidados de saúde mental. Esperamos, por isso, que este trabalho possa constituir um primeiro passo para uma auscultação sistemática destes e de outros actores do campo da saúde mental. Apresenta-se, seguidamente, uma breve descrição dos vários capítulos que integram este trabalho.

No primeiro capítulo, pretendemos situar o problema em análise neste estudo através de uma abordagem geral a várias das implicações que os distúrbios mentais assumem em termos mundiais. Debruçamo-nos seguidamente sobre a situação actual dos recursos ao dispor da saúde mental e sobre os desafios que são colocados a este campo da saúde, numa perspectiva de saúde pública, face às tendências de evolução desta problemática. Indica-se, seguidamente alguns fundamentos apontados para a necessidade de investigação em saúde, e algumas das várias dimensões em que se pode perspectivar o conceito de investigação em saúde. Assinalam-se algumas das dificuldades que têm atravessado a área da I&D em saúde, algumas formas de definição de prioridades em saúde e o seu reflexo na definição de prioridades de investigação em saúde. Enunciam-se algumas abordagens metodológicas desenvolvidas no âmbito da definição de prioridades de investigação em saúde, bem como algumas particularidades que esse processo encontra no campo da saúde mental. Seguidamente centramos as nossas atenções sobre a situação portuguesa em termos do estado da saúde mental e da I&D em saúde. Na última parte do capítulo apresentamos os argumentos em que o presente estudo se apoia e enunciamos os objectivos que nos propusemos alcançar através da sua realização.

O segundo capítulo, tem início com a descrição dos pressupostos teóricos gerais inerentes à utilização de uma técnica de desenvolvimento de consenso como o Painel Delphi, assinalando as suas potencialidades e limitações. Debruçamo-nos seguidamente sobre as opções metodológicas adoptadas em termos da selecção dos participantes e dos procedimentos seguidos desde a fase de pré-teste ao tratamento e análise dos dados.

No terceiro capítulo expõem-se os resultados obtidos, começando por indicar o número de tópicos de investigação que preencheram o critério definido para classificação enquanto prioridade de investigação consensual. Analisa-se seguidamente a variação nas apreciações dos participantes nos vários itens que foram colocados para sua apreciação em várias fases da recolha de dados, procedendo-se posteriormente a várias comparações ao nível do resultado obtido na última fase de recolha de dados face a várias características dos participantes.

No quarto capítulo tem lugar a discussão dos resultados, num primeiro momento incidindo sobre a forma como se efectuou e conduziu a recolha e tratamento de dados e o impacto desta nos resultados obtidos. Procede-se seguidamente a uma análise mais detalhada das prioridades de investigação consensual identificadas e a uma comparação com alguns resultados obtidos por outros estudos de índole de algum modo similar ao presente estudo. Debruçamo-nos ainda sobre vários tópicos de investigação que apesar de lhes ter sido atribuído por muitos participantes um grau de prioridade elevado não conseguiram reunir consenso. Examina-se ainda o sentido das diferenças significativas encontradas em consequência da

comparação entre as apreciações efectuadas pelo Painel, a vários itens que foram colocados para sua análise, face a várias características dos membros deste Painel. O capítulo termina com a explicitação das limitações que identificámos no presente trabalho.

Nas conclusões procede-se a uma reflexão sobre os resultados alcançados, face aos objectivos do estudo. Esta baseou-se numa apreciação global do percurso que decorreu entre a fase de identificação de elementos para constituição do Painel até à discussão dos resultados. Indicam-se ainda várias possibilidades de exploração adicional dos resultados obtidos, sugerem-se possíveis formas de dar continuação ao presente estudo, e encerra-se este trabalho através da exposição de algumas considerações finais em que se tentou perspectivar este estudo face a alguns aspectos da conjuntura actual da I&D em saúde em Portugal.

Capítulo I - Enquadramento geral

Embora o nosso conhecimento dos distúrbios mentais – ou na verdade da saúde mental – tenha crescido ao longo dos anos, continuam a existir muitas variáveis desconhecidas sobre a sua etiologia, a eficácia e efectividade dos tratamentos e estratégias preventivas. No entanto, apesar das causas precisas poderem não ser conhecidas, os factores que a influenciam começam a ser conhecidos, podendo estes serem biológicos, psicológicos, e sócio-culturais, ou, de uma forma mais específica envolverem aspectos relacionados com a genética, traumatismos físicos, condições de nutrição, condições habitacionais, ambiente familiar, intoxicações químicas, desenvolvimento cognitivo e afectivo, estabilidade social, entre outras influências (US Department of Health and Human Services, 1999; WHO, 2001a).

Como tem vindo progressivamente a ser demonstrado por vários estudos, os distúrbios mentais não são uma característica identificativa de algum grupo em particular, sendo encontrados em pessoas de todos os países, em zonas urbanas e zonas rurais, ao longo das várias fases da vida, em homens e mulheres, e entre ricos e pobres (WHO, 2001a).

O estigma e discriminação, frequentemente associados à percepção de que as pessoas com distúrbios mentais são frequentemente violentas e não tratáveis, comprometem frequentemente o acesso destas à habitação, ao emprego, e a outros aspectos básicos da vida em sociedade. A agravar este tipo de situação está o facto de os atingidos por este tipo de distúrbios hesitarem frequentemente em procurar ajuda profissional, por vários motivos, desde receios de uma hospitalização compulsiva, à estigmatização social, aos custos dos tratamentos, à indisponibilidade ou inadequação das características dos serviços de saúde às necessidades da população, e em algumas ocasiões por um menosprezo do problema (US Department of Health and Human Services, 1999). Isto apesar de existirem, para a maioria das doenças mentais não um tratamento, mas um vasto leque de opções de tratamento, quer de índole psicossocial, quer de índole farmacológica.

Os distúrbios mentais têm vários custos não só ao nível dos próprios afectados, mas também ao nível dos seus familiares ou dos prestadores de cuidados, e da sociedade em geral. A diminuição de produtividade em casa, no emprego, a perturbação da rotina familiar devida a comportamentos disruptivos consequência da doença, restrições várias à vida social, os custos com despesas de saúde podem afectar seriamente os pacientes e a situação financeira familiar, podendo conduzir, ou piorar, situações de pobreza. Parte destes custos são evidentes e mensuráveis, enquanto que outra parte é mais difícil de quantificar. Nos Estados Unidos da

América (EUA) uma estimativa efectuada em 1990 aos custos dos distúrbios mentais em que foram incluídos os custos com um leque alargado de serviços de saúde, os custos dos seguros privados de saúde, os custos de uma produtividade reduzida ou perda devido à morbilidade, os custos de morte prematura, custos causados às vítimas de crimes e às despesas do sistema judicial, apontava para que os custos de todos os distúrbios mentais tenham correspondido a 148 biliões de dólares, respectivamente 2.5% do PIB dos EUA nesse ano (Rice *et al*, citados por Commission on Macroeconomics and Health, 2001).

Tradicionalmente, o peso dos distúrbios mentais tem sido medido essencialmente em termos de incidência/prevalência e mortalidade. Embora estes indicadores sejam adequados para doenças agudas que causam morte ou resultam em recuperação plena, o seu uso em doenças crónicas e incapacitantes enfrenta várias limitações, particularmente no caso dos distúrbios mentais, que são mais frequentemente causa de incapacidade do que de morte prematura. Uma forma mais recente de quantificar o impacto de várias condições de saúde em termos de morte prematura e de incapacidade que provocam é através do recurso à metodologia do Peso Global da Doença (GBD - *Global Burden of Disease*). Esta metodologia foi desenvolvida através de uma parceria entre a Escola de Saúde Pública de Harvard, em colaboração com o Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde (OMS) e introduzida pela primeira vez no relatório de 1993 do Banco Mundial¹. Para além de apresentar vários dados e estimativas de mortalidade e morbilidade de várias doenças e condições de saúde, introduziu-se também um novo indicador – o ano de vida ajustado à incapacidade (DALY² – *Disability-adjusted life year*) – para quantificar o peso da doença (WHO, 2001a). Através desta mudança de método, muitas das principais causas de mortalidade (p. ex., doenças transmissíveis) permaneceram proeminentes, no entanto o peso de distúrbios incapacitantes não-fatais foi reconhecido, nomeadamente os dos distúrbios mentais (Commission on Macroeconomics and Health, 2001).

As estimativas calculadas para o ano de 1990, indicavam que as perturbações neuropsiquiátricas terão correspondido a 10.5% do total de DALYs no conjunto de todas as doenças e lesões (Murray & Lopez, citados por WHO, 2001a). A projecção realizada para o ano 2000 apontava para que este valor fosse corresponder a 12.3% do total de DALYs. De referir que entre as 20 principais causas de DALYs, quando consideradas todas as faixas etárias, três corresponderam a condições neuropsiquiátricas. Quando considerada apenas a faixa etária de 15-44 anos, este número sobe para seis (Tabela 1).

Quando considerada apenas a Região Europeia da OMS, estes valores assumem proporções superiores. Assim para o ano de 2000 as estimativas calculadas indicavam que este tipo de

¹ World Bank (1993). *World development report 1993: Investing in health*. New York: Oxford University Press.

² "O DALY é um indicador de medida do hiato em saúde, que combina informações sobre o impacto da morte prematura com a incapacidade e outros resultados não fatais. Pode-se considerar um DALY como um ano perdido de vida "saudável", e o peso da doença como uma medida do hiato entre o *status* de saúde actual e uma situação ideal na qual todos chegam à velhice livres de doenças e incapacidades" (WHO, 2001a, p. 25).

perturbação ao nível de todas as idades terá correspondido a 15% do total de DALYs (Tabela 2). Para 2020 estima-se que esse valor irá corresponder a 21.4% do total de DALYs (Murray & Lopez, 1996), valor este superior a estimativa mundial para esse ano que se prevê situar-se em cerca de 15% de DALYs (Murray & Lopez, citados por WHO, 2001a).

Tabela 1 - Principais causas de anos de vida ajustados à incapacidade (DALYs) a nível mundial na faixa etária dos 15-44 anos, estimativas para 2000*

| | % total DALYs |
|---------------------------------------|---------------|
| 1 VIH/SIDA | 13.0 |
| 2 Perturbações depressivas unipolares | 8.6 |
| 3 Acidentes de viação | 4.9 |
| 4 Tuberculose | 3.9 |
| 5 Perturbações por consumo de álcool | 3.0 |
| 6 Lesões auto-infligidas | 2.7 |
| 7 Anemia ferropénica | 2.6 |
| 8 Esquizofrenia | 2.6 |
| 9 Perturbações afectivas bipolares | 2.5 |
| 10 Violência | 2.3 |
| 11 Perda de audição na idade adulta | 2.0 |
| 12 Doença pulmonar obstrutiva crónica | 1.5 |
| 13 Doença isquémica cardíaca | 1.5 |
| 14 Doenças cerebrovasculares | 1.4 |
| 15 Quedas | 1.3 |
| 16 Complicações do trabalho de parto | 1.3 |
| 17 Aborto | 1.2 |
| 18 Osteoartrite | 1.2 |
| 19 Guerra | 1.2 |
| 20 Perturbações de pânico | 1.2 |

Fonte: OMS (2001a) citando Murray & Lopez.

* As condições neuropsiquiátricas e as lesões auto-infligidas estão destacadas.

Tabela 2 -Principais causas de anos de vida ajustados à incapacidade (DALYs) na Região Europeia (OMS) em todas as idades, estimativas para 2000*

| | % total DALYs |
|---|---------------|
| 1 Doença isquémica cardíaca | 10.1 |
| 2 Doenças cerebrovasculares | 6.8 |
| 3 Perturbações depressivas unipolares | 6.0 |
| 4 Perturbações por consumo de álcool | 3.4 |
| 5 Alzheimer e outras demências | 3.0 |
| 6 Lesões auto-infligidas | 2.6 |
| 7 Acidentes de viação | 2.5 |
| 8 Infecções do tracto respiratório inferior | 2.4 |
| 9 Perda de audição na idade adulta | 2.3 |
| 10 Cancros da traqueia, brônquios e pulmão | 2.2 |
| 11 Osteoartrite | 2.1 |
| 12 Doença pulmonar obstrutiva crónica | 2.1 |
| 13 Condições perinatais | 1.9 |
| 14 Cirrose hepática | 1.7 |
| 15 Diabetes <i>mellitus</i> | 1.6 |

Fonte: Adaptado de Murray, Lopez, Mathers & Stein (2001)

* As condições neuropsiquiátricas e as lesões auto-infligidas estão destacadas.

Desafios para o futuro próximo

Ao longo dos séculos, os portadores de distúrbios mentais foram tratados de diferentes maneiras. Foi-lhes atribuído um estatuto elevado nas sociedades que acreditavam serem eles os intermediários junto dos deuses e dos mortos passando pelo seu encerramento em instituições carcerárias (Cordeiro, 1994). Durante a segunda metade do Séc. XX, assistiu-se a uma mudança no paradigma de prestação de cuidados a esta população. Esta mudança, segundo a OMS, ficou-se a dever, em grande parte, a três factores:

- aos avanços da psicofarmacologia e ao desenvolvimento de novas modalidades de intervenção psicossocial;
- ao movimento a favor dos direitos humanos;
- a incorporação de componentes sociais e mentais na definição de saúde da OMS em 1948.

Essas ocorrências técnicas e sociopolíticas contribuíram para uma mudança de ênfase da prestação de cuidados predominantemente em grandes instituições asilares, para cuidados mais abertos e flexíveis na comunidade e pelo desenvolvimento de uma ampla variedade de serviços em contextos locais, menos restritivos, conhecido frequentemente sob a designação de “desinstitucionalização”. No entanto esta transição não tem constituído um êxito sem reservas, e a prestação de cuidados na comunidade ainda enfrenta muitos problemas operacionais. Entre as razões apontadas para a falta de melhores resultados é possível encontrar: a não atribuição aos

cuidados de base comunitária dos recursos poupados com o encerramento de hospitais psiquiátricos; a inadequada preparação dos profissionais de saúde para as novas exigências desta mudança de paradigma; e o facto dos estigmas tradicionalmente associados às perturbações mentais continuarem fortes, resultando em atitudes negativas da sociedade para com os afectados por este tipo de distúrbios (WHO, 2001a).

Tendo em consideração o aumento da esperança média de vida, e o envelhecimento da população, a OMS prevê que o número de pessoas com distúrbios mentais possa aumentar nas próximas décadas (p. ex., ao nível das demências e da doença de Alzheimer), prevendo inclusive que uma pessoa em cada quatro venha a ser afectada por um distúrbio mental em alguma fase da sua vida (WHO, 2001a). Esta situação coloca os diferentes governos mundiais perante vários desafios na organização, financiamento e prestação de cuidados de saúde efectivos a esta população

No ano de 2001, com a publicação do relatório anual da OMS - dedicado à saúde mental - esta problemática teve uma exposição e divulgação pública acrescida. Alguns dos dados e estimativas apresentadas neste relatório muito contribuíram para captar as atenções. Assim, a nível mundial, a OMS estimava em cerca de 450 milhões o número de pessoas atingidas por distúrbios neuropsiquiátricos (WHO, 2001a). Neste valor incluir-se-ia 70 milhões de pessoas com problemas de dependência alcoólica, cerca de 50 milhões com epilepsia, 24 milhões com esquizofrenia, 1 milhão de suicídios por ano, e entre 10 a 20 milhões de tentativas de suicídio.

Apesar da relevância que estes números possam deter, em muitas partes do mundo a saúde mental não é considerada com a mesma importância do que a "saúde física", sendo largamente ignorada ou negligenciada. Dados recentes, recolhidos pela OMS, sugerem que muitos países não estão preparados para lidar com o previsível aumento do número de pessoas atingidas por distúrbios mentais. Os resultados de um projecto de caracterização dos recursos ao dispor da saúde mental no mundo, iniciado em 2000, sob a designação de "Projecto Atlas" (WHO, 2001b), tornaram visíveis algumas dessas fragilidades nomeadamente quando se constata que dos 185 países estudados:

- 41% não tem uma política de saúde mental (e dos que têm mais de 90% não contemplam as crianças e os adolescentes;
- 31% não têm uma política para combate ao abuso de substâncias;
- 44% dos países não tem um sistema organizado de recolha de dados epidemiológicos ou de registo das actividades dos serviços de saúde mental;
- 70% da população mundial tem acesso a menos de um psiquiatra por 100 000 habitantes;
- 28% não tem um orçamento específico para a saúde mental dentro do orçamento geral da saúde (de notar que entre os países que referiram ter um orçamento separado, 36% atribuí-lhe menos de 1% das verbas do orçamento da saúde);
- 41% não disponibilizam tratamento para distúrbios mentais graves nos cuidados de saúde primários (87% dos países disponibilizam no entanto cuidados de saúde mental a este nível);

- 65% das camas para cuidados de saúde mental estão localizada em hospitais psiquiátricos;
- 43.8% da população mundial tem acesso a menos de um enfermeiro especializado em saúde mental por 100 000 habitantes;
- 68% dos países tem afectos a contextos de saúde mental menos de um psicólogo clínico por 100 000 habitantes;
- 64% dos países tem afectos a contextos de saúde mental menos de um assistente social por cada 100 000 habitantes;
- 25% não tem legislação sobre saúde mental;
- 12% dos países não dispõe de ONG's com actividades na área da saúde mental.

A OMS, tendo em consideração a magnitude desta problemática, o carácter multifacetado da sua etiologia, o estigma e a discriminação generalizada e a diferença de nível de tratamento que existe em todo o mundo, considera no seu relatório de 2001 sobre a saúde mundial, que uma abordagem de saúde pública será o método de resposta mais apropriado, sugerindo várias medidas a adoptar assentes neste tipo de perspectiva, nomeadamente:

- formular políticas destinadas a melhorar a saúde mental das populações;
- assegurar o acesso universal a serviços apropriados e económicos, inclusive serviços de promoção e prevenção da saúde mental;
- garantir uma protecção e atenção adequada dos direitos humanos dos doentes institucionalizados com perturbações mentais mais graves;
- avaliar e monitorizar a saúde mental das comunidades, inclusive as populações vulneráveis, tais como crianças, mulheres e pessoas idosas;
- promover estilos de vida saudáveis e reduzir os factores de risco de perturbações mentais e comportamentais, tais como ambientes familiares instáveis, maus tratos e instabilidade civil;
- apoiar uma vida familiar estável, a coesão social e o desenvolvimento humano;
- fortalecer a investigação sobre as causas das perturbações mentais e comportamentais, o desenvolvimento de tratamentos eficazes e a monitorização e avaliação dos sistemas de saúde mental (WHO, 2001a).

Ainda no âmbito desse relatório a OMS, tendo em consideração o peso actual dos distúrbios mentais e algumas das estimativas que são apresentadas apontando para o seu agravamento num futuro próximo, elaborou um conjunto de "recomendações para a acção"³ que entendeu deverem ser prosseguidas quer em termos mundiais quer nacionais para fazer face a esta problemática. Nessas recomendações uma das medidas que é novamente proposta é o reforço do papel da investigação. Entre os vários desenvolvimentos previsto neste campo está a obtenção de dados para apoiar a definição de prioridades, para planear e avaliar intervenções,

³ Foram nesse relatório efectuadas 10 recomendações, nomeadamente: (1) disponibilizar tratamento nos cuidados primários; (2) assegurar a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos; (3) proporcionar cuidados na comunidade; (4) educar o público; (5) envolver as comunidades, as famílias e os utentes; (6) estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; (7) formar os recursos humanos; (8) estabelecer parcerias com outro sectores; (9) monitorizar a saúde mental na comunidade; (10) apoiar mais a investigação.

bem como para de um modo geral contribuir para uma maior sensibilização para esta problemática.

Investigação em saúde: Fundamentos e conceitos

A investigação em saúde tem conduzido a dois tipos de melhoria: em primeiro lugar, produzir informação que possa levar à adopção por parte da população de comportamentos mais saudáveis em vários aspectos do seu quotidiano; em segundo lugar, produzir informação aplicável em intervenções técnicas directas, tais como vacinas, medidas de saúde pública e tratamentos. Dados dos EUA demonstraram que muitos produtos de I&D, tais como as vacinas e tratamentos, produziram poupanças substanciais ao evitarem o aparecimento de casos de doença, reduziram os custos com cuidados de saúde e possibilitaram uma maior produtividade (National Institutes of Health, citados por *Ad Hoc* Committee on Health Research Relating to Future Interventions Options, 1996). Por exemplo, ao nível da investigação em toxicodependência foi demonstrado que esta conduziu à elaboração de programas de tratamento em que, por cada dólar neles investido estes contribuíram com um retorno entre quatro a sete dólares na redução dos custos dos crimes relacionados com o abuso de substâncias e com as despesas do sistema judicial (*Ad Hoc* Committee on Health Research Relating to Future Interventions Options, 1996).

A investigação em saúde, não é, contudo, uma noção simples nem linear, sendo constituída por um conjunto de processos envolvendo uma multiplicidade de dimensões, de metodologias e de objectivos que, antes de avançarmos mais neste tema, se coloca a necessidade da sua própria definição.

Algumas das definições de investigação em saúde que encontrámos, apesar de terem muitos aspectos semelhantes, distinguem-se pela diferença de terminologia utilizada e pela maior ou menor descrição das áreas de investigação. A investigação em saúde, segundo algumas organizações, ou grupos de investigadores, pode ser entendida como:

(...) uma parte essencial do desenvolvimento nacional da saúde (...). Inclui pois a investigação médica e biomédica relacionada com uma variedade extensa de assuntos médicos e envolvendo varias ciências da vida tais como a biologia molecular e a biofísica; a investigação clínica, que é baseada na observação e tratamento de pacientes ou voluntários; investigação epidemiológica, que está relacionada com o estudo e com o controle das doenças e de situações que são suspeitas de ser prejudiciais à saúde; e a investigação socio-económica e comportamental, que investiga as determinantes sócio-económicas, psicológicas e culturais da saúde e da doença tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção da doença. Frequentemente uma combinação multidisciplinar dos tipos de investigação anteriormente referidos é necessária para resolver um problema de saúde (WHO, 1984, p.28).

(...) um processo para gerar conhecimento de forma sistemática, e para testar hipóteses, dentro do domínio das ciências médicas e naturais bem como as ciências sociais, incluindo a economia e as ciências comportamentais. A informação resultante deste processo pode ser

utilizado para melhorar a saúde dos indivíduos ou grupos (Global Forum for Health Research, 2002, p. 103).

(...) um processo para obter conhecimento sistemático e tecnologia que possam ser utilizados para melhorar a saúde de indivíduos ou grupos. A investigação em saúde fornece informação básica sobre o estado da saúde e de doença da população; procura desenvolver ferramentas para prevenir e curar doenças e mitigar os seus efeitos; e procura formular melhores abordagens aos cuidados de saúde para os indivíduos e para a comunidade. A informação sobre as necessidades de saúde pode consistir em medidas de condições, medições da importância relativa de vários factores de risco para a doença, e análise das fontes de ineficiência nos serviços de saúde que tem um impacto directo na saúde. A investigação em saúde comporta diferentes tipos nomeadamente a "investigação fundamental" cujo propósito primário é o avanço do conhecimento, a "investigação estratégica" cujo propósito primário é o de aumentar o conhecimento e compreensão de um problema de saúde, com a perspectiva eventual de resolver ou reduzir o impacto desse problema, e a "investigação de desenvolvimento e avaliação" cujo propósito primário é o de resolver problemas específicos relacionados com os cuidados de saúde e com a sua disponibilização (Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Interventions Options, 1996, p.2).

Tal como é perceptível pela leitura da última definição de investigação em saúde indicada, alguns autores ou grupos de trabalho, neste caso o Comité *Ad Hoc* sobre a Investigação em Saúde acerca das Opções de Intervenção do Futuro⁴ (*Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Interventions Options*), isolaram alguns "tipos" de investigação que, consoante o seu propósito, pudessem ter uma maior ou menor ambição de mudar a prática ou de fazer avançar o conhecimento (Figura 1).

Figura 1 - Definição e propósito da Investigação & Desenvolvimento (I&D)

| Definições | Propósito | |
|---|------------------------|-----------------|
| | Avançar o conhecimento | Mudar a prática |
| Investigação Fundamental | □ | ■ |
| Investigação Estratégica | □ | ■ |
| Investigação de desenvolvimento e avaliação | □ | ■ |

Fonte: Adaptado de *Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Interventions Options* (1996)

Um grupo de trabalho, constituído sob os auspícios do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA ("National Institute of Mental Health" - NIMH), com um mandato para elaborar estraté-

⁴ Comité constituído sobre os auspícios da OMS, que tinha como mandato, entre outros aspectos, abordar as prioridades de I&D, particularmente ao nível do *desenvolvimento* de produtos e procedimentos que transformam os resultados de investigação em ferramentas práticas, e as perspectivas de financiamento e mudanças institucionais (em termos nacionais e internacionais) que pudessem potenciar a produtividade das despesas com I&D.

gias para acelerar o desenvolvimento e utilização de tratamentos e outras intervenções baseadas na investigação na prática clínica e nas políticas, isolou também alguns tipos de investigação, nomeadamente: a Investigação da Eficácia "efficacy research"; a Investigação da Efectividade "effectiveness research"; a Investigação da Prática "practice research"; e a Investigação sobre o Sistema de Serviços "service systems research". Esta terminologia, tal como indicado no relatório produzido por este grupo, teve origem numa necessidade de organizar a recensão da literatura e a comunicação dentro do próprio grupo de trabalho (US National Advisory Mental Health Council's, 1999).

Através de uma pesquisa numa base de dados sobre bibliografia em saúde, por exemplo a *Medline/PubMed* da Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA, é ainda possível encontrar outras designações tais como: Investigação de Serviços de Saúde "health services research" (ver p.ex., Barry, Blow, Dornfeld, & Valenstein, 2002; Essock, 1999; Norquist, 1997); e Investigação de Sistemas de Saúde "health systems research" (ver p.ex., Dutta, 1993; Suwanwela & Dharmkrong-At, 1982; Taylor, 1984). Estas, e outras designações de investigação em saúde, para além de nos darem uma percepção de qual o seu propósito, de revelarem a abrangência de áreas de investigação em saúde, permitem-nos ainda vislumbrar os possíveis, e prováveis, desentendimentos que a não explicitação do conceito de investigação em saúde que se utiliza em determinado contexto, poderá gerar entre investigadores, mas também nos seus financiadores, e sobretudo no público em geral.

Algumas dificuldades da investigação em saúde

Para o público em geral, e mesmo para muitos decisores com responsabilidades ao nível do financiamento da investigação em saúde esta permanece uma área de especialidade misteriosa povoada por cientistas rodeados de microscópios. Com efeito, a investigação em saúde tende somente a emergir para a ribalta pública quando a comunicação social noticia a descoberta de um novo medicamento, a aplicação de um novo procedimento cirúrgico, ou quando alguém se encontra gravemente doente e que se espera que a investigação disponibilize uma cura de última hora (Global Forum for Health Research, 1999). O que já não é tão perceptível pelo público são as dificuldades que têm rodeado a investigação em saúde, nomeadamente o financiamento deficitário de algumas áreas, a incipiente definição de prioridades, e a incapacidade para assegurar que os resultados da investigação tenham um maior impacto nos problemas de saúde da população (Global Forum for Health Research, 2002).

Uma das primeiras ocasiões em que estas dificuldades captaram a atenção mundial foi em 1990 aquando da apresentação na 15ª Conferência Nobel do relatório da Comissão sobre Investigação em Saúde para o Desenvolvimento⁵. Esta Comissão, organizada sob os auspícios de vários patrocinadores, entre os quais o Centro de Investigação e Desenvolvimento Interna-

⁵ Commission on Health Research for Development (1990). *Health research: Essential link to equity in development*. New York: Oxford University Press.

cional⁶, apresentou uma estimativa de que somente cerca de 10% ou menos do financiamento mundial à investigação em saúde estaria afecto a doenças responsáveis por cerca de 90% do peso global da doença, desequilíbrio este que ficou desde então conhecido sob a designação de “hiato 10/90”. Outro dos desequilíbrios assinalados nesse relatório foi de que a maior parte do financiamento para investigação em saúde se situava no campo clínico, biomédico e laboratorial, oscilando estes valores entre os 60% e os 90% (Global Forum for Health Research, 2001; Task Force on Health Research for Development, 1991).

Decorridos mais de 10 anos desde a apresentação do relatório anteriormente referido, e apesar de desde então o financiamento para investigação ter crescido estimando-se que em 1998 tenham sido gastos mundialmente em I&D cerca de 73.5 biliões de dólares⁷, comparado com 56 biliões de dólares estimados para o ano de 1992, segundo o Fórum Global para a Investigação em Saúde⁸ (adiante designado por Fórum Global), o problema da afectação de recursos mantêm-se praticamente na mesma, continuando a maior parte do financiamento para investigação em saúde a ser canalizado para o campo biomédico, sendo poucos os investimentos nos campos da economia da saúde e nas ciências sociais. Este é um problema grave porque subentende uma atitude marcadamente economicista permitindo-nos supor que na maior parte dos casos a definição de prioridades de investigação em saúde, mais do que ter em conta o peso global da doença, necessariamente dependente, entre outros indicadores, do número de pessoas afectadas por essas doenças, está essencialmente preocupada em desenvolver intervenções para as doenças que afectam pessoas que são perspectivadas como potenciais consumidores de produtos ou serviços resultantes da sua investigação. Para agravar esta situação mesmo os 10% de fundos afectos a 90% dos problemas de saúde mundiais não são utilizados da forma mais eficiente possível, na medida em que a distribuição de verbas para I&D frequentemente não assenta na identificação de áreas prioritárias (Global Forum for Health Research, 2002).

Os motivos para este desequilíbrio na investigação em saúde, segundo o Fórum Global, assentam em vários condicionalismos presentes junto dos responsáveis pela afectação de verbas para I&D e da comunidade de investigadores em saúde. No seu relatório anual de 1999,

⁶ O Centro de Investigação e Desenvolvimento Internacional (*International Development Research Centre* - <http://web.idrc.ca/>) é uma instituição pública criada pelo Parlamento do Canadá em 1970 para ajudar os países em vias de desenvolvimento a utilizar a ciência e a tecnologia na procura de soluções práticas e de longo-prazo para os problemas sociais, económicos e ambientais que estes enfrentam.

⁷ A distribuição deste valor por sector, segundo as estimativas efectuadas, indicam que a parte de financiamento público tenha ascendido aos 37 biliões (50%), a indústria farmacêutica e as empresas de biotecnologia aos 30.5 biliões (42%), e outras organizações sem fins lucrativos, privadas ou universitárias os restantes 6 biliões (8%).

⁸ O Fórum Global para a Investigação em Saúde (*Global Forum for Health Research* - <http://www.globalforumhealth.org/>) é uma fundação internacional independente, criada em 1998, com sede em Geneve, com o objectivo de ajudar o corrigir o hiato 10/90 na investigação em saúde. Assenta a sua estratégia em três aspectos: (1) um Encontro Anual em que o Fórum pretende funcionar como uma catalisador onde os problemas podem ser examinados por vários decisores políticos e investigadores; (2) estimular a discussão sobre metodologias para ajudar a estabelecer prioridades de investigação em saúde; e (3) apoio a redes de investigação num esforço concertado para procurar soluções para problemas de saúde prioritários e deste modo atrair novos financiamentos para essas áreas (Global Forum for Health Research, 2002).

são apontados e descritos vários desses condicionalismos, nomeadamente: (a) falta de informação, deficiente disseminação, e sobrecarga de informação; (b) enfoque em metas de curto prazo ou em interesses particulares; (c) dificuldade de comunicação entre os investigadores e a imprensa; (d) restrições impostas por falta de meios (investigadores, equipamentos e instalações); (e) falta de financiamento adequado; (f) e falta de colaboração entre o sector público e privado (Global Forum for Health Research, 1999).

Podemos verificar que no conjunto destes condicionalismos sobressai o papel da informação (ausência ou inadequação) enquanto óbice neste processo. Ora, o problema da informação é um problema crucial em várias áreas da investigação em saúde, mas de forma mais particular, no que respeita à informação para a definição de prioridades de investigação. Nestes termos, além da necessidade de dados de natureza biomédica sobre o estado de saúde da população de uma determinada região ou país, é referida a necessidade de informação de outros sectores para além da saúde, informações estas nem sempre existentes ou disponíveis. Em alguns casos a informação apresentada aos decisores é descrita numa linguagem excessivamente técnica, o que pode dificultar uma adequada compreensão da sua importância. A dificuldade encontrada por alguns investigadores em transmitir de uma forma simples e compreensível, os resultados do seu trabalho à comunicação social, poderá também em alguns casos determinar a investigação que irá, ou não, ser apoiada.

O predominante financiamento de investigação com metas de curto prazo, que poderão ser percebidas pelos decisores como garantido uma acção rápida e politicamente mais visível, irá necessariamente limitar o financiamento disponível para outro tipo de investigação, eventualmente com um impacto mais profundo nessas mesmas condições de saúde, mas que só irá ocorrer num médio e longo prazo. As decisões de financiamento são frequentemente ainda influenciadas por factores que incluem as preferências pessoais dos decisores, de grupos, ou cientistas influentes, e pela tradição de financiamento, decisões estas que apesar de poderem parecer pertinentes poderão não corresponder às necessidades de saúde da população (Global Forum for Health Research, 1999).

Como referimos atrás, a todos estes factores há ainda a juntar factores marcadamente económicos, pois ao nível do sector privado os decisores são primeiramente responsáveis pela sobrevivência das suas empresas, pelo que as decisões sobre investimento são predominantemente baseadas em perspectivas de lucro que inevitavelmente limitam o investimento em doenças e condições de saúde menos prevalentes e com um potencial de mercado mais limitado. O Fórum Global considera que nos casos em que nem o sector privado nem o público tenham capacidade para trabalharem isoladamente, ambos os sectores deverão explorar a possibilidade de estabelecer parcerias na procura de soluções para alguns problemas da saúde mundial mais urgentes (Global Forum for Health Research, 1999).

Desde o relatório da Comissão sobre Investigação em Saúde para o Desenvolvimento foram efectuados vários esforços para tentar reduzir o impacto do hiato 10/90. Um dos esforços

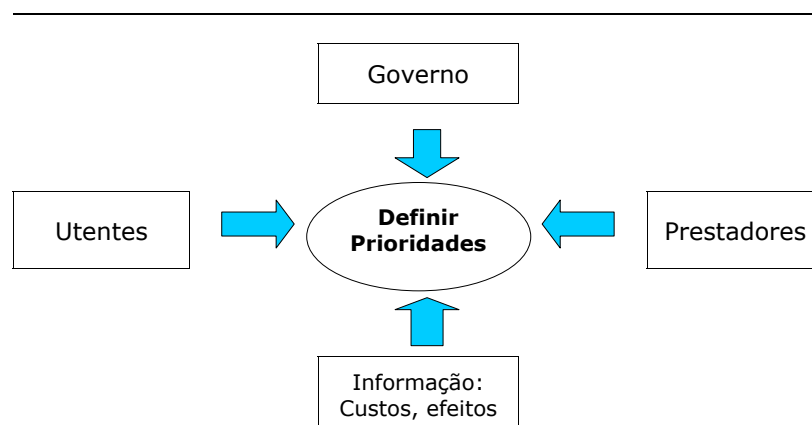
dirigidos nesse sentido tem assentado no desenvolvimento de abordagens metodológicas para definição de prioridades de investigação que possam ter uma maior impacto na saúde das populações.

Para Schneider (2001), apesar das prioridades de saúde de um país e as prioridades de investigação em saúde em certa medida estarem relacionadas, estas não são uma e a mesma coisa. Reconhecendo esta relação iremos começar por abordar de uma forma genérica a noção de definição de prioridades em saúde assim como algumas abordagens possíveis para essa definição. Posteriormente analisaremos como é que algumas das formas de priorizar em saúde se têm reflectido na definição de prioridades para investigação em saúde.

Definição de prioridades em saúde

Historicamente, as decisões sobre prioridades em saúde resultavam muitas vezes de uma negociação entre a classe médica e os governos (Abel-Smith, Figueras, Holland, McKee, & Mossialos, 1995). Segundo estes autores existe actualmente uma tendência para tornar estas decisões mais explícitas, abertas e democráticas, especialmente quando estas tenderem a ser controversas, tal como no caso de restringir ou cessar a prestação de certos cuidados de saúde. Isto tem vindo a ser feito nomeadamente através de um maior envolvimento do público, parcialmente para dar uma maior legitimidade a decisões políticas e morais difíceis. Ainda segundo estes autores, outras duas tendências emergentes têm sido a tentativa de utilizar os recursos disponíveis de forma mais efectiva e de chegar a uma maior explicitação das questões éticas envolvidas num processo de definição de prioridades. A Figura 2 (Abel-Smith, *et al*,1995) aponta os principais factores envolvidos na definição de prioridades, alertando estes no entanto para a dificuldade de quantificar a influência de cada um deles no resultado final de um exercício de definição de prioridades.

Figura 2 - Factores envolvidos na definição de prioridades



Fonte: Abel-Smith, Figueras, Holland, McKee, & Mossialos (1995)

A necessidade de estabelecer prioridades face a um pano de fundo de necessidades de saúde e recursos limitados suscitou o interesse por abordagens epidemiológicas e económicas, como meios de comparar diferentes programas e intervenções. Abel-Smith, *et al* (1995) referem e comentam três abordagens usualmente utilizadas, nomeadamente, o peso da doença, a análise custo-benefício e a análise custo-utilidade. Na discussão sobre cada uma destas abordagens identificam várias limitações à sua aplicabilidade na definição de prioridades, pois estas implicam com frequência juízos de valores controversos.

A abordagem centrada no peso da doença é baseada na opinião de que deverá ser atribuída a maior prioridade àqueles problemas que constituem as maiores ameaças para a saúde. Existem, contudo, muitas formas de medir o peso da doença (p.ex., mortalidade, morbidade, custo financeiro, disponibilidade de tratamento efectivo, ou o seu potencial para aumentar na ausência de prevenção ou tratamento), cada uma produzindo diferentes respostas. O conceito de peso da doença aparece assim como um conceito que pode ser interpretado de múltiplas e variadas formas o que acaba por levar a que esta abordagem tenha um valor muito limitado no estabelecimento de prioridades, apesar de ser muito utilizado na prática (Abel-Smith, *et al*, 1995).

A abordagem centrada na análise custo-benefício procura avaliar, sistematicamente, todos os custos e resultados associados a diferentes alternativas, de modo a determinar qual (ou quais) das alternativas maximiza(m) a diferença ou a razão entre benefícios e custos (Pereira, 1992). Contudo, para Abel-Smith, *et al* (1995) atribuir-se um valor monetário aos ganhos reais ou potenciais de um tratamento é uma opção controversa porque requer juízos de valor que poderão não ser aceitáveis para o público em geral. Dão como exemplo o facto de que o verificar-se que um dado tratamento deixa os incapacitados ainda muito incapacitados para o trabalho poderá conduzir à noção de que esse tratamento não valerá a pena ser financiado, mostrando que os resultados deste tipo de análise estão inevitavelmente enviesados a favor dos mais saudáveis.

Finalmente, a abordagem centrada na análise custo-utilidade constitui um método de avaliação económica em que as consequências dos programas de saúde são medidas numa unidade física combinada com elementos quantitativos. Os resultados da análise custo-utilidade expressam-se em termos de custo por dia saudável livre de doença ou por ano de vida ajustado pela qualidade, não implicam a monitorização dos benefícios e tornam claro que o objectivo da intervenção de saúde não é apenas a maximização da sobrevivência mas sobretudo a qualidade de vida para o doente e seus familiares (Pereira, 1992). Para Abel-Smith, *et al* (1995) o primeiro aspecto limitativo desta abordagem é que, devido à duração da melhoria ser tomada em consideração, a definição de prioridades dentro ou entre tratamentos estará enviesada contra os mais idosos. Outras críticas apontam o facto de não serem tidos em consideração, nas medidas de qualidade de vida, vários factores, como por exemplo: a co-morbilidade que podem influenciar a capacidade de recuperação de um paciente; e o facto das medidas de qualidade de

vida, quando utilizadas para estabelecer prioridades entre vários tratamentos, serem de aplicação difícil pois as comparações não são feitas de acordo com definições estritas.

Ainda no âmbito desta problemática, segundo Callahan (1994) a definição de prioridades pode ser compreendida de três formas possíveis que se situam ao longo de um *continuum*, nem sempre claramente delineado. A primeira forma é definida por este autor como revestindo-se de um sentido informal no qual os decisores políticos decidem de uma forma pouco elaborada privilegiar, durante um certo período de tempo, uma estratégia política em detrimento de outra. Esta abordagem pode assim caracterizar-se pelo facto de serem desenvolvidos poucos, ou nenhuns esforços, para racionalizar essa estratégia através de uma comparação explícita com outras formas de atribuir essas verbas. Esta abordagem é frequentemente uma resposta a pressões e necessidades momentâneas e frequentemente transitórias. A segunda forma de definição de prioridades é mais formal e estruturada. Assenta numa preocupação de gestão e em necessidades percebidas, sendo entendido que deverá existir uma ordenação alargada das necessidades e das metas em categorias gerais e subcategorias. Esta ordenação é estabelecida de uma forma relativamente não quantitativa usualmente baseada nos valores dos gestores do sistema, nas opiniões dos profissionais, em resultado dos compromissos e concessões políticas geradas durante esse processo. A terceira forma de definição de prioridades consiste num esforço deliberado para ordenar numericamente, de uma forma sistemática e racional, problemas de saúde específicos e prioridades de tratamento quer em termos de categorias gerais, quer em subcategorias. A incorporação de ordenações numéricas distingue esta abordagem das duas anteriormente referidas.

Ainda segundo Callahan (1994), qualquer abordagem para definição de prioridades terá que encontrar um meio termo entre dois extremos. Um dos extremos é tentativa omnipresente para adoptar uma abordagem puramente numérica, que procura quantificar variáveis que em termos matemáticos poderão ser consideradas relevantes para a definição de prioridades. O outro extremo assenta no argumento de que a definição de prioridades deverá ser essencialmente uma questão de política a ser determinada pelos valores e preferências (racionais ou irracionais) do público. A forma de encontrar um meio termo entre uma abordagem assente na pura lógica dos números ou em condicionalismos puramente políticos consistirá em levar estas duas perspectivas, de uma forma organizada, a confrontarem as suas posições na base de questões concretas, em vez de princípios gerais. Em termos mais operacionais a procura deste meio termo poderá ser potenciada através do (1) estímulo do debate público sobre os aspectos que suscitam maiores dificuldades de ordenação devido a questões morais e filosóficas; e (2) criar um método processual que provoque uma luta dialéctica e contínua entre factos/dados por um lado e valores/preferências por outro.

As abordagens até aqui descritas revelam a luta entre factos e valores, sobressaindo a necessidade de desenvolver abordagens que possibilitem a interacção entre estes dois *inputs*,

bem como a elaboração de regras para esse confronto, de modo a alcançar um conjunto de prioridades consensuais .

Prioridades de investigação em saúde

Na atribuição de verbas para investigação estão patentes todos os conflitos de valores assim como as necessidades de compromisso presentes nas decisões para financiamento de cuidados de saúde. Contudo, segundo Dresser (1998) a definição de prioridades para investigação em saúde coloca questões mais complexas do que a definição de prioridades para prestação de cuidados de saúde. Algumas dessas questões, são, por exemplo: Até que ponto a decisão de afectação de verbas deverá ter presente o impacto desse problema de saúde na mortalidade humana? Quanto é que a letalidade deverá contar, quando comparada com os efeitos negativos na qualidade de vida? Deverá a idade, género, ou etnia das pessoas afectadas por determinadas patologias ser tida em consideração na definição de prioridades? Para além destas questões esta autora aponta ainda a imprevisibilidade dos benefícios da investigação, em termos da dificuldade de prever, e demonstrar, se o financiamento de um dado estudo irá conduzir a ganhos de saúde⁹, ao contrário da decisão de financiar um dado tratamento ou serviço de saúde, como um aspecto central neste processo.

As metodologias para apoio à definição de prioridades em investigação em saúde constituem desenvolvimentos relativamente recentes, podendo a primeira abordagem metodológica ser situada no ano de 1990, associada à publicação do relatório da Comissão sobre Investigação em Saúde para o Desenvolvimento (Global Forum for Health Research, 2002). Esta Comissão propôs na altura um conjunto de estratégias sob a designação de "Investigação Nacional Essencial em Saúde" através das quais o potencial da investigação pudesse ser utilizado no sentido de acelerar a obtenção de ganhos em saúde e ultrapassar as desigualdades de saúde existentes no mundo. Para além desta abordagem metodológica surgiram entretanto outras três abordagens (Tabela 3).

⁹ A expressão *ganhos de saúde*, foi definida recentemente no relatório do Director-Geral da Saúde «Ganhos de saúde em Portugal: Ponto da situação», como um "enunciado positivo de um desejo, sempre presente, de melhorar o nível de todos os indicadores de saúde, sobretudo daqueles em que, manifestamente, uma população se distancia mais das que melhores resultados apresentam" (Direcção-Geral da Saúde, 2002, p. 14).

Tabela 3 - Abordagens metodológicas para definição de prioridades para investigação em saúde

| Abordagem¹⁰ | Autor |
|--|---|
| (1) Investigação Nacional Essencial em Saúde | Comissão sobre Investigação em Saúde para o Desenvolvimento |
| (2) Processo dos Cinco-Passos | Comité <i>Ad Hoc</i> sobre a Investigação em Saúde acerca das Opções de Intervenção do Futuro |
| (3) Perfil de Informação Visual em Saúde | Comité de Aconselhamento em Investigação em Saúde ¹¹ |
| (4) Matriz Combinada | Fórum Global para a Investigação em Saúde |

Fonte: Global Forum for Health Research (2002)

Estas abordagens metodológicas foram revistas e debatidas no relatório anual de 2001/2002 do Fórum Global. Apesar de conterem alguns princípios, critérios, e estratégias comuns, estas abordagens apresentam várias diferenças quanto ao nível de abrangência e centralidade que diversos factores deverão assumir na identificação de uma prioridade de investigação, nomeadamente, quanto ao papel dos “*stakeholders*”¹², à importância dada ao peso da doença, aos determinantes, ao custo-efectividade, ao efeito na equidade e justiça social, à aceitação ética, política e social, à qualidade científica da investigação proposta, à sua exequibilidade, entre outros.

Numa análise aos recentes desenvolvimentos registados nos aspectos metodológicos relacionados com a definição de prioridades de investigação, o Fórum Global considera que se verifica uma complementaridade entre as abordagens centradas nas doenças e as abordagens que tendem a estar mais centradas nas determinantes dessas mesmas doenças. Para além destas duas dimensões, considera ainda que se deverá contemplar outras duas, nomeadamente: a investigação ao nível de metodologias de definição de prioridades; e investigação sobre questões transversais que afectam a saúde (p.ex., as políticas de saúde, a pobreza, e a educação). O Fórum Global considera ainda importante que os processos de definição de prioridades de investigação não contemplem somente o envolvimento dos profissionais de saúde mas também as comunidades para as quais se espera que o estado de saúde venha a ser positivamente influenciado pelas aplicações de uma dada investigação.

¹⁰ No original: (1) Essential National Health Research Approach; (2) Five-step Approach; (3) Visual Health Information Profile; (4) Global Forum Combined Approach Matrix.

¹¹ Advisory Committee on Health Research (1997). A research policy agenda for science and technology to support health development (Document RPS/ACHR/97.3). Geneva: WHO.

¹² Num sentido estrito um “*stakeholder*” é alguém que detém dinheiro ou o direito de posse de algo enquanto se procura determinar o seu proprietário. No entanto nas últimas décadas do séc. XX, no âmbito de processos de tomada de decisão – a nível empresarial, mas essencialmente em organizações sem fins lucrativos – o sentido deste termo alargou-se passando a incluir todos aqueles com um interesse sobre as actividades de uma determinada entidade. Em termos empresariais isto incluirá não só os interesses dos gerentes, empregados, clientes, mas também os interesses dos membros da comunidade onde por exemplo o funcionamento ou instalação de uma empresa poderá afectar a economia ou ambiente local [Adaptado a partir de *Wikipedia: The free encyclopedia*, disponível em <http://en.wikipedia.org/wiki/Stakeholder.html> (31.12.2003)].

Este apelo para um maior envolvimento das comunidades na definição das prioridades de investigação em saúde traduz-se na descrição de um modelo de definição de prioridades, designado “modelo de escuta” (*the listening model*) num recente artigo de Lomas, Fulop, Gagnon, & Allen (2003). Este modelo é composto por seis fases, designadamente: (1) identificação dos *stakeholders* a participar na consulta; (2) identificar e juntar os dados necessários para a consulta; (3) planear e completar esta consulta através da solicitação aos *stakeholders* que identifiquem as questões que com maior probabilidade de se tornarem numa prioridade ao longo dos próximos três a cinco anos; (4) validar as prioridades identificadas relativamente a outros exercícios similares; (5) traduzir as questões prioritárias em temas de investigação prioritários; (6) validar os temas de investigação prioritários com os *stakeholders*. Segundo estes autores a adopção de um modelo deste tipo visa, ao envolver vários *stakeholders* na definição de prioridades de investigação, entre vários aspectos, facilitar a tradução dessas prioridades em projectos de investigação concretos.

Particularidades da definição de prioridades em saúde mental

A argumentação que temos vindo a desenvolver permite-nos, desde já, assumir que a definição de prioridades de investigação em saúde em geral, e mais particularmente em saúde mental, é um processo complexo e multifacetado que se reveste de várias particularidades. Uma dessas particularidades tem uma origem histórica e deriva em parte do próprio conceito de saúde mental ser passível de várias interpretações. Com efeito as definições de saúde mental têm englobado várias dimensões desde características biológicas até à afirmação da saúde mental como problemática essencialmente social e, por outro lado, oscilando entre atitudes que tendem a focalizar a atenção mais sobre os aspectos ligados à saúde ou sobre os aspectos mais ligados à doença.

Para Saraceno & Bertolote (2001) a dificuldade em obter um definição consensual de saúde mental reside no facto deste conceito ter nascido como herdeiro do Movimento para a Higiene Mental, e que, tal como este movimento, se institucionalizou como um movimento e não como uma disciplina ou um ramo científico, como os casos da psicologia ou da psiquiatria. As primeiras referências ao conceito de saúde mental no quadro dos organismos internacionais surge, segundo estes autores, somente a partir de 1948, data da criação da OMS e da Federação Mundial para a Saúde Mental. Na definição de saúde adoptada pela OMS aquando da sua constituição, i.e., “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas uma ausência de doença ou enfermidade” encontra-se presente a dimensão “mental” da saúde. Em documentos mais recentes encontrámos várias definições e entendimentos do conceito de saúde mental que a entendem como:

(...) uma componente integral da saúde através da qual cada um usufrui das capacidades cognitivas, afectivas e relacionais. Com uma disposição mental equilibrada cada um poderá lidar mais efectivamente com as situações de stress na vida, trabalhar de uma forma produ-

tiva e proveitosa, e estará melhor capacitado para dar um contributo positivo à comunidade. Os distúrbios mentais e cerebrais ao afectarem a saúde mental, impedem ou diminuem a possibilidade de cada um usufruir das suas capacidades. Prevenindo e tratando estes distúrbios abre o caminho para cada um possa atingir todo o seu potencial (WHO, 2002, p.26).

(...) uma designação vasta e abrangente que inclui tanto o conceito de *saúde mental positiva* como o conceito de *problemas de saúde mental*. A *saúde mental positiva* compreende: um sentido positivo de bem estar; recursos individuais incluindo a auto-estima; optimismo; um sentido de controlo ("mastery") e de coerência; a capacidade para iniciar, desenvolver e manter relações interpessoais satisfatórias; e a capacidade para lidar com adversidades. No âmbito dos *problemas de saúde mental* englobam-se a tensão psicológica habitualmente associada a várias situações de vida e eventos problemáticos. Integram-se ainda na esfera deste conceito os distúrbios e perturbações mentais comuns (p.ex., depressão, perturbações ansiosas) e os distúrbios mentais graves com perturbações ao nível da percepção, crenças, e processos cognitivos (as psicoses), assim como os problemas ligados ao abuso de substâncias (ao nível da dependência de álcool e drogas), aos distúrbios da personalidade, e às doenças orgânicas progressivas do cérebro (demências) [Lavikainen, J., Lahtinen, E., & Lehtinen, V. (Eds.), 2000, pp. 15-16].

(...) pontos num *continuum*, a saúde mental como um desempenho bem sucedido ao nível do funcionamento mental que resulta em actividades produtivas, relacionamentos satisfatórios com outras pessoas, e na capacidade de adaptação à mudança e para lidar com a adversidade. (...) e a doença mental como o termo referente a distúrbios mentais diagnosticáveis [UE Direcção-geral "Saúde e Defesa do Consumidor"¹³, *On-line*, 30.07.2003].

Em resultado da sua longa história de luta contra a estigmatização com o objectivo de atingir a paridade dentro do sistema de saúde os defensores da saúde mental defendem que esta necessita de mais atenção, colocando frequentemente os decisores perante exigências contraditórias em que por um lado, estes são pressionados a considerar as solicitações deste campo, e por outro, têm que as enquadrar face às limitações orçamentais e às pressões de outros campos da saúde (Mechanic, 1996).

Segundo Callahan (1994) num processo de definição de prioridades em saúde mental colocam-se quase de imediato duas questões emblemáticas que representam uma luta clássica no interior deste campo. Para este autor a primeira questão assume a forma de: Qual deverá ser a missão básica dos serviços de saúde mental e como tal a sua mais alta prioridade? Deverá o avanço da "saúde" mental consistir num esforço para ajudar as pessoas a lidar melhor com um vasto leque de fontes de stresse e consequentes distúrbios emocionais e cognitivos, tanto ligeiros como moderados, que podem dificultar e diminuir a vivência a milhões de pessoas? Ou deverá ser prioritário investigar a "doença" mental, com um enfoque naquelas doenças mais severas que afectam muito menos pessoas, mas que fazem com que viver uma vida com um mínimo de qualidade seja difícil para muitos e quase impossível para alguns? A segunda

¹³ http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm (30.07.2003).

questão, indissociável da primeira, coloca-se ao nível de: como é que as prioridades em saúde mental deverão ser estabelecidas face às outras condições de saúde, e quais são as implicações em termos de política de transferir recursos de outros orçamentos da saúde para a saúde mental?

Os diversos *stakeholders* da saúde mental encontram-se distribuídos não só em termos profissionais (p. ex., psiquiatras, psicólogos, técnicos de serviço social), mas também por área de actuação (p. ex., serviços comunitários, cuidados primários, e serviços hospitalares), por área de intervenção (empresa, família, indivíduo, comunidade), por população (p. ex., crianças, adultos, idosos), por área de patologia ou de prevenção, entre várias outras divisões possíveis.

Parece-nos importante chamar a atenção para esta natural dispersão dos *stakeholders* da saúde mental (por vários grupos profissionais, área de actuação, população, etc.) porque ela nos permite compreender a opinião expressa por Mechanic (1994) quando refere que os diferentes grupos, ao lutarem pelas suas prioridades, tendem a desvalorizar desnecessariamente o potencial e as contribuições de várias iniciativas de outros grupos. Esta situação não favorece geralmente as pretensões de nenhum desses *stakeholders* pois, segundo este autor, tende a que as suas pretensões sejam encaradas de uma forma mais céptica pelos decisores (que normalmente sabem pouco sobre o campo da saúde mental e partilham com o público em geral muitos dos estereótipos associados à doença mental).

A Situação Portuguesa

A partir dos dados disponíveis sobre a situação, em termos internacionais, da saúde mental, e da investigação nas ciências da saúde, de um modo mais particular no campo da saúde mental, dificilmente poderíamos ter razões para pensar que a situação no contexto português, pudesse ser substancialmente diferente. De facto, e como adiante iremos abordar de forma mais detalhada, muitas das dificuldades, anteriormente descritas, encontradas em termos internacionais no campo da saúde mental, e na área da I&D em saúde, são também referenciadas na pouca documentação, e em alguns casos desactualizada, que encontramos publicada no nosso país sobre estas matérias. Apesar destas restrições a documentação disponível permite um vislumbre do que poderá ser a real situação da saúde mental em Portugal e da investigação que se faz neste campo.

A saúde mental

A falta de dados para uma correcta caracterização da saúde mental em Portugal é inclusivamente reconhecida pela Direcção-Geral de Saúde (DGS) numa das suas publicações mais recentes nomeadamente no Relatório do Director-Geral da Saúde "Ganhos de Saúde em Portugal", em que ao estimar em 30% a prevalência de perturbações psiquiátricas na população

geral, e em 12% a de perturbações psiquiátricas graves, é feita a ressalva de que “não existem dados nacionais que permitam uma melhor caracterização do país no que respeita a saúde mental” (Direcção-Geral da Saúde, 2002, p. 132). É ainda indicado que se encontrava em preparação o primeiro estudo nacional de morbilidade psiquiátrica na comunidade, estudo novamente referido no Plano Nacional de Saúde, que abordamos nas páginas seguintes, como uma das medidas a implementar para suprir esta lacuna.

Entretanto, numa perspectiva europeia, um recente inquérito do Eurobarómetro (Eurobarómetro - 58.2) veio revelar alguns dados sobre a situação da saúde mental, em vários países europeus, entre os quais Portugal. Os resultados deste inquérito revelaram que aproximadamente um quarto dos entrevistados evidenciava a presença de problemas de saúde mental. A menor proporção de problemas de saúde mental foi registada na Finlândia e na Suécia. Por outro lado, os valores mais elevados, e adicionalmente as diferenças mais acentuadas numa comparação entre sexos, foram encontrados em Itália e Portugal, onde as mulheres apresentaram valores substancialmente mais elevados do que os dos homens. Portugal, foi inclusive o país onde a taxa de problemas de saúde mental junto do sexo feminino (40.7%), se revelou mais elevada, constituindo mais do dobro do registado junto do sexo masculino (17.0%). Numa apreciação mais desagregada, Portugal apresentou também valores elevados em muitos dos itens em análise, nomeadamente quando analisada a distribuição deste tipo de problemas por situação civil, por faixa etária, e à situação perante o trabalho. Ao nível da presença de problemas de saúde mental face ao estado civil, em três das cinco situações possíveis, Portugal registou as percentagens mais elevadas da UE na categoria dos casados (29.5%), dos divorciados (45.7%), e dos viúvos (56.1%). Ao nível da sua distribuição por faixa etária os números registados sobressaem como sendo aqueles que assumiram os valores mais elevados na UE nomeadamente na faixa dos 45-64 anos (41.3%) e dos de mais de 65 anos (49.7%). Em termos da sua distribuição quando analisada a situação perante o trabalho, os reformados registaram o valor mais elevado (50.7%,) no âmbito dos países considerados (European Opinion Research Group, 2003).

A um nível de análise, diferente Mac-Bride & Cano-Vindel (2003) recorrendo a dados do INFARMED (Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento), analisaram a evolução entre o ano de 1995 e 2001 do consumo e das despesas com tranquilizantes, anti-depressivos, psicóticos, sedativos, e hipnóticos. Dividiram estas categorias de fármacos em dois subgrupos, um em que incluíram os sedativos, os hipnóticos e os tranquilizantes; e um outro em que foram incluídos os antidepressivos e os psicóticos. Em ambas as análises registaram um crescimento contínuo no consumo destes fármacos. No ano de 2001 o primeiro dos subgrupos referidos foi o que registou um maior consumo com quase 12 milhões de embalagens consumidas comparativamente com os 4 milhões de embalagens do outro subgrupo. No total estas categorias de fármacos registaram entre 1995 e 2001 um crescimento de consumo na ordem dos 4,5 milhões de embalagens. Ao nível da despesa para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) esta mais

do que duplicou no período em análise passando dos € 33 milhões registados em 1995, para os € 77 milhões em 2001.

No âmbito do Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2003), tornado público no início de 2003, efectuou-se um ponto da situação a várias determinantes, doenças, condições, e recursos da saúde, em vários campos da saúde, inclusive no campo da saúde mental. Na altura, a situação da saúde mental foi descrita neste Plano como podendo caracterizar-se por:

- falta de visão abrangente;
- elevada prevalência de stress;
- inadequação dos cuidados disponíveis para as crianças e os adolescentes;
- inadequação dos cuidados disponíveis para as pessoas idosas;
- informação limitada sobre doenças mentais;
- elevada prevalência da depressão;
- suicídio continua a ser um grave problema de saúde pública;
- necessidade de melhoria da qualidade e do acesso dos cuidados prestados aos doentes mentais.

São apontadas neste Plano várias intervenções necessárias para enfrentar esta situação. Muitas dessas intervenções encontram-se contextualizadas em programas específicos, ou de um modo transversal em várias medidas preconizadas no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental (que conforme indicado nesse documento se encontra em elaboração na DGS). Os programas preconizados são nomeadamente, o Programa Nacional de Luta contra a Depressão, o Programa Nacional para a Perturbação Pós-Stresse Traumático, o Programa Nacional para a Prevenção do Stresse, e o Programa Nacional de Saúde Mental da Infância e Adolescência.

Para além da necessidade de implementar o primeiro estudo nacional de morbilidade psiquiátrica na comunidade, a que já anteriormente nos referimos, faz-se ainda referência a várias medidas previstas, ou a decorrer, nomeadamente: um grupo de trabalho (a decorrer na DGS) sobre Saúde Mental no Envelhecimento e 3ª Idade; o desenvolvimento de um sistema de indicadores de saúde; o desenvolvimento de telefones SOS de suicídio e isolamento social; a abertura de mais serviços de psiquiatria quer de internamento quer de urgência; criação de unidades de pedopsiquiatria nos hospitais gerais; expansão e organização da área da Psiquiatria de Ligação; e uma articulação com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) para maior adequação das respostas nos casos de co-morbilidade. De referir que parte destas prioridades já tinham sido assinaladas no relatório do Director-Geral de Saúde. Nesse relatório consideravam-se ainda como prioridades "(...) a implementação de um sistema de informação e comunicação, a melhoria da informação referida nas certidões de óbito (para uma quantificação mais rigorosa do suicídio) (...) a distribuição, redefinição e valorização de recursos humanos para a diversidade de cuidados inerentes à saúde mental bem como à formação programada, contínua e actualizada" (Direcção-Geral da Saúde, 2002, pp. 135-136).

A investigação em saúde (mental)

O Plano Nacional de Saúde debruçou-se ainda a situação da I&D nas ciências da saúde, que é aí caracterizada “por uma grande diversidade temática e pela existência de um número significativo de grupos de excelência, nem sempre com a dimensão mínima desejável (p. 91)”. Neste contexto foi considerado desejável que se procedesse à definição de prioridades em termos temáticos, sendo entendido como indispensável:

- inventariar os recursos nacionais de I&D em ciências da saúde (incluindo uma estimativa dos fluxos financeiros afectos ao sector);
- identificar as principais lacunas de conhecimento que estão na base da persistência dos mais importantes problemas de saúde;
- e definir prioridades para os investimentos em I&D epidemiológica, etiopatogénica, clínica ou em serviços de saúde (incluindo estudos de economia da saúde).

Relativamente ao facto de presentemente não existir uma agenda de investigação em saúde, considerou-se na altura oportuno relançar um grupo de trabalho como aquele que foi criado para este efeito pelo Despacho n.º 4305/2002, de 27 de Fevereiro¹⁴ da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde.

Mais recentemente, em Outubro de 2003, a Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) organizaram um Seminário que decorreu em Lisboa, sob o tema “Falta-nos um sistema nacional de investigação em saúde?”, cuja finalidade foi justamente a de lançar o debate em torno da situação actual da I&D em saúde no nosso país. Tal como constava no programa deste Seminário, o objectivo deste encontro, era o de “avaliar o interesse e oportunidade de desenvolver em Portugal, um sistema nacional de investigação em saúde (na linha das recomendações da OMS e do Fórum Global para a Investigação para a Investigação em saúde), como instrumento de superação do actual estado de fragmentação das actividades de I&D no sector da saúde”, bem como forma de reforçar a capacidade e atracção de novos investimentos (INSA/FCT, 2003). Os organizadores esperavam que este Seminário pudesse contribuir para uma (1) clarificação do conceito de sistema nacional de investigação em saúde (SNIS) e das vias pelas quais um tal sistema pode ajudar à realização das orientações estratégicas para o sector da saúde, (2) a obtenção de uma perspectiva da situação real da I&D em ciência da saúde em Portugal, (3) a adopção de uma metodolo-

¹⁴ O grupo de trabalho constituído no âmbito deste Despacho tinha como objectivo efectuar um levantamento da situação da investigação em Ciências da Saúde. Tinha como incumbência apresentar um relatório até 31 de Dezembro de 2002 (data em o mandato desse grupo se extinguiria) no qual deveria constar os seguintes pontos: (1) avaliação do panorama da investigação em ciências da saúde em Portugal; (2) levantamento da capacidade instalada, no âmbito do Ministério da Saúde, para investigação; (3) reconhecimento das áreas a desenvolver; (4) avaliação do quadro normativo para a investigação em saúde; (5) identificação das limitações existentes, nomeadamente de ordem legal, organizacional, financeiras e tecnológicas; e (6) proposta de “agenda da investigação em saúde» e definição do procedimento para a sua revisão. Apesar de termos efectuado algumas diligências não nos foi possível localizar este relatório, nem obter indicações sobre a sua real concretização.

gia apropriada para o estabelecimento de uma agenda para a investigação em saúde e (4) a definição de um espaço facilitador da efectiva colaboração entre os vários protagonistas da investigação em saúde¹⁵.

Recursos ao dispor da I&D em saúde

Em 1990 a Comissão sobre Investigação em Saúde para o Desenvolvimento, recomendava que pelo menos 2% das despesas totais em saúde dos países em vias de desenvolvimento fossem atribuídas à investigação em saúde e ao desenvolvimento de capacidades reais de investigação. No âmbito de um programa de monitorização dos recursos afectos à investigação em saúde, o Fórum Global publicou em 2001 os resultados de um levantamento das verbas atribuídas no ano de 1998 à I&D em saúde em vários países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Apesar de se ter constatado que nenhum dos países em vias de desenvolvimento analisados neste estudo conseguiu atingir essa meta, constatou-se inclusive que muitos países desenvolvidos também não a conseguiram atingir, entre os quais Portugal. De facto, junto dos países europeus desenvolvidos, ao nível do financiamento público atribuído à I&D em saúde, apenas a Irlanda (0.02% o PIB; 0.3% das despesas de saúde) e a Grécia (0.04% do PIB; 0.5% das despesas de saúde) investiram menos do que Portugal (0.05% do PIB; 0.7% das despesas de saúde). A Suécia (0.19% PIB; 2.4% das despesas de saúde), a Áustria (0.18% PIB; 2.1%, das despesas de saúde), e a Finlândia (0.16% PIB; 2.3% das despesas de saúde) foram os únicos países europeus onde se constatou que o financiamento público atingiu a meta estipulada pelo Comissão sobre Investigação em Saúde para o Desenvolvimento (Global Forum for Health Research, 2001).

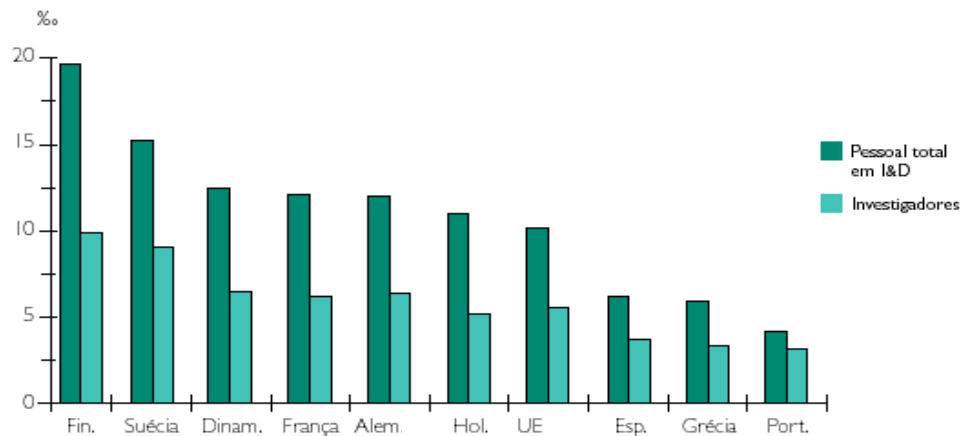
Em termos da distribuição da despesa com I&D por áreas científica, dados do ano de 2001, recolhidos no âmbito do Inquérito ao Potencial Científico e Tecnológico Nacional (resultados provisórios: Novembro de 2002), do Observatório das Ciências e das Tecnologias (OCT), revelam que as ciências da saúde representaram apenas 10.5% do valor total gasto em actividades de I&D nesse ano em Portugal (que terá correspondido a 0.83% do valor PIB), ficando inclusive em último lugar entre as diferentes áreas científicas relativamente, p. ex., aos 11.1% das ciências agrárias e veterinárias, aos 15.3% das ciências naturais ou aos 25.3% das ciências da engenharia e tecnologias. No Plano Nacional de Saúde, onde estes números também são

¹⁵ Tomámos conhecimento através do Secretariado deste Seminário, no início de Janeiro do corrente ano, que estava em preparação um documento-síntese com as conclusões desta reunião. Apesar de presentemente esse documento não estar ainda disponível, conseguimos apurar, junto de um dos participantes deste Seminário, que uma das questões aí identificadas foi a necessidade de se criar uma forma de organização inter-institucional permanente, com capacidade de influência na definição de prioridades de investigação em saúde, organismo este que as fosse monitorizando e actualizando, apoiando-se em critérios que garantissem um equilíbrio de oportunidades entre as diversas áreas e perspectivas, colocando nomeadamente a componente de investigação psicossocial e comportamental a par da biomédica e laboratorial (Comunicação pessoal: Prof. Doutor Teodoro Briz, Escola Nacional de Saúde Pública – UNL, 15.01.2004).

analisados, esta situação é referenciada como podendo ser “caracterizada por uma grande dispersão de recursos e por um persistente sub-financiamento” (p. 92).

Ao nível do pessoal total em I&D e investigadores em per milagem da população activa, dados relativos ao ano de 1999, verifica-se que ao comparar-se a situação nacional com a de outros países da União Europeia (Figura 3), que foi em Portugal que se situavam os valores mais baixos, respectivamente 4.1‰ e 3.1‰ (Observatório das Ciências e Tecnologias, 2002).

Figura 3 - Comparação internacional do pessoal total em I&D e investigadores em per milagem da população activa em 1999



Fonte: Observatório das Ciências e Tecnologias in “Ciência e Tecnologia: Principais indicadores 2002”

Constata-se ainda que, em 1999, no que respeita à distribuição de investigadores (ETI) por área científica, as ciências da saúde registaram no conjunto dos sectores Estado, Ensino Superior e Instituições Particulares sem Fins Lucrativos (IPsFL), o valor mais baixo (Tabela 4).

Tabela 4 - Investigadores (ETI) por área científica e tecnológica de actividade principal, segundo o sector Estado, Ensino Superior e IPsFL, em 1999

| | Estado | Ens. Superior | IPsFL | Total |
|-------------------------------------|--------------|---------------|--------------|----------------|
| Ciências Exactas | 234.1 | 1 546.3 | 238.0 | 2 018.4 |
| Ciências Naturais | 588.9 | 1 187.6 | 341.3 | 2 117.7 |
| Ciências de Engenharia e Tecnologia | 565.0 | 1 668.0 | 845.0 | 3 079.0 |
| Ciências da Saúde | 602.9 | 623.6 | 241.7 | 1 468.2 |
| Ciências Agrárias e Veterinárias | 914.0 | 571.7 | 18.2 | 1 503.8 |
| Ciências Sociais e Humanas | 540.0 | 2 644.9 | 385.3 | 3 570.4 |
| Total | 3 445.0 | 8 242.5 | 2 069.9 | 13 757.2 |

Fonte: Observatório das Ciências e Tecnologias in “Ciência e Tecnologia: Principais indicadores 2002”

Prioridades de I&D em saúde

Previamente à nomeação do grupo de trabalho criado pelo Despacho n.º 4305/2002 de 27 de Fevereiro, e ao Seminário organizado pela FCT e pelo INSA, não encontramos em termos bibliográficos, evidências de que tenham sido desenvolvidos esforços para que a afectação de verbas para I&D em saúde assentasse em procedimentos metodológicos explícitos tendo em vista uma definição sistemática e organizada de prioridades de investigação.

Encontrámos no entanto em alguns documentos publicados pelo Ministério da Saúde, referentes à definição de linhas de orientação e prioridades para obtenção de ganhos em saúde que não tinham como principal finalidade debruçaram-se sobre a situação da I&D em saúde, algumas referências a propostas “desejáveis” ou a temas de investigação entendidos como prioritários nessa altura.

Assim, no Despacho do Ministro da Saúde que criou a Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde¹⁶, a funcionar desde 1991 na dependência desse Ministério, encontramos a menção a temas considerados prioritários, mais precisamente aquando da descrição de uma das suas competências. Aí entendia-se que esta Comissão deveria assessorar a “(...) criação do plano de investigação operacional na área de cuidados de saúde, primários e diferenciados, nos temas prioritários de epidemiologia, prevenção primária do cancro, prevenção secundária em geral, doenças transmissíveis, toxicodependência, educação para a saúde no meio rural e urbano e morbilidade e mortalidade neo-natal e infantil”.

Encontramos também indicações para o desenvolvimento da I&D no documento “Saúde um compromisso: A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)”. Na parte relativa à investigação considerava-se então “necessário reavaliar todos os dispositivos e projectos de investigação em curso no âmbito do Ministério da Saúde, colaborar com os Ministérios da Educação e da Ciência e Tecnologia no seu desenvolvimento e, de um modo geral, incentivar a investigação científica em reforço da *Estratégia da Saúde*” (p.97). Tendo como objectivo o estabelecimento de uma “política de investigação em saúde” que apoiasse a realização da *Estratégia de Saúde*, sugeria-se desde logo a inclusão de algumas áreas de investigação, inclusive ao nível da área da saúde mental, p. ex., através de estudos de índole comportamental sobre as dependências ao tabaco, álcool, e drogas (Ministério da Saúde, 1999).

Em 2001, o Ministério da Saúde, num seu documento intitulado “Preparar o futuro: Linhas de acção”, ao mesmo tempo que considerava como necessário redefinir a estratégia de investigação em saúde, que entre as várias medidas preconizadas passaria pela preparação de uma “Agenda da Investigação em Saúde” e pela avaliação da experiência da Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde, fazia referência à necessidade de apoiar a investigação sobre biologia molecular relevante para a saúde (Ministério da Saúde, 2001).

¹⁶ Despacho publicado no Diário da República (II série) em 22 de Janeiro de 1991.

Mais recentemente, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, entendia-se, que independentemente da política de I&D em ciências da saúde que viesse a ser adoptada, ser desejável a realização de vários projectos sobre doenças crónicas e particularmente prevalentes e/ou incapacitantes. As doenças mentais e os comportamentos aditivos, a par com as doenças cardiovasculares, o cancro, a SIDA, a tuberculose, as doenças genéticas, e algumas determinantes da saúde (p. ex., os estilos de vida e as causas dos acidentes) são algumas das áreas de investigação identificadas neste Plano como devendo desde já ser merecedoras de um destaque imediato.

Fundamentação do estudo

Considerando o que se sabe em termos mundiais sobre a magnitude actual dos problemas de saúde mental e tendo em consideração estimativas efectuadas por organizações internacionais como a OMS, que apontam para um aumento durante os próximos anos do número de pessoas atingidas por este tipo de perturbações, colocam-se vários desafios à sociedade para fazer face ao previsível aumento das solicitações de apoio. A necessidade de reforçar o papel da investigação como forma de obter informação para planear e avaliar intervenções, para apoiar a definição de prioridades, bem como para de um modo geral contribuir para uma maior sensibilização para esta questão, são aspectos que a este nível têm vindo a ser indicados como cruciais.

A definição de prioridades de investigação em saúde, enquanto um dos aspectos centrais para a obtenção de ganhos nesta área, impõe-se quase por si própria, pois inevitavelmente estarão sempre outros usos em competição para os recursos disponíveis. No caso da saúde mental, face ao esquecimento histórico a que esta área tem estado votada a importância de identificar prioridades para I&D é uma inevitabilidade que dificilmente poderá ser contestada.

As linhas de acção definidas por organizações como o Fórum Global exortam a um maior envolvimento nos processos de identificação de prioridades de I&D em saúde, de representantes de várias partes interessadas nesta área. Se quisermos aumentar a probabilidade de que os resultados das actividades de I&D possam influenciar a prestação de cuidados e a definição de políticas, temos que nos assegurar que os interesses de todas as partes relevantes são considerados e delinear formas de comunicação que possibilitem um diálogo orientado para a obtenção de uma plataforma de consensos. No caso da saúde mental isto implicará envolver profissionais de saúde de diferentes especialidades, utentes de serviços e seus familiares, entre outros, representando o presente estudo, tanto quanto é do nosso conhecimento, uma primeira tentativa, se bem que parcial, na procura da definição de uma agenda comum de investigação em saúde mental.

A disponibilização de informação aos decisores estratégicos tendo em vista um estabelecimento fundamentado de prioridades para I&D em saúde revela-se crucial, pois a continuação

da sua ausência dificilmente poderá viabilizar qualquer intenção de que os resultados da investigação tenham um maior impacto na saúde da população.

Objectivos do estudo

As considerações até aqui expressas, a actualidade do tema, e sua previsível actualidade nos próximos anos, quer em termos internacionais, quer em termos nacionais, fazem com a definição de prioridades de investigação em saúde mental, seja um objectivo com um manifesto interesse.

Este trabalho é, assim, realizado tendo em conta os seguintes objectivos:

- a) identificar tópicos de investigação em saúde mental;
- b) medir níveis de consenso em torno dos mesmos;
- c) e analisar as diferenças entre os tópicos de investigação mais e menos consensuais.

Espera-se que os resultados deste estudo possam vir a ser valorizados como um instrumento de trabalho útil e dinamizador, no âmbito do delineamento de uma próxima agenda nacional de investigação em saúde mental.

Capítulo II - Metodologia

Aspectos gerais

Face aos objectivos do estudo, e tendo em consideração as técnicas de desenvolvimento de consensos ao nosso dispor, optámos pelo recurso a uma técnica usualmente conhecida sob a designação de Painel Delphi, em três voltas. A opção por esta técnica, em detrimento de outras alternativas, referenciadas nas páginas seguintes, pareceu-nos a mais adequada tendo em consideração o reduzido espaço temporal ao nosso dispor para a realização do presente estudo bem como a necessidade de envolver indivíduos de várias zonas do País. O facto de não impor a necessidade de reuniões presenciais, e outras questões logísticas inerentes à necessidade de compatibilizar diferentes disponibilidades de agenda, foram aspectos decisivos na opção por esta técnica.

Técnicas de desenvolvimento de consenso: Fundamentos

Todos concordamos que seria desejável que as respostas para os problemas que surgem nos vários sectores da actividade humana deveriam ser baseadas em evidências científicas devidamente verificadas. Contudo, tal nem sempre é possível. Pill (citado por Justo, 1995), considera que quando se trabalha num problema em condições de incerteza, com dados insuficientes e uma teoria incompleta, somos normalmente confrontados com duas opções: (1) esperar até que a teoria esteja desenvolvida a tal ponto que nos permita lidar com ela com tanta confiança como aquela que habitualmente temos nas teorias que lidam com fenómenos físicos ou químicos; ou (2) elaborar um dispositivo conceptual que, embora insatisfatório, permita obter de especialistas bem situados respostas tão sistematicamente organizadas quanto possível.

No sector da saúde situações como a anteriormente descrita surgem com alguma frequência, quer quando há necessidade de se tomar decisões mesmo não se dispondo de informação suficiente, quer quando somos confrontados com uma grande quantidade de informação, muitas vezes contraditória tanto em termos clínicos como organizacionais (Bowling, 2000; Jones & Hunter, 1995). Uma das formas de tomar decisões fundamentadas neste tipo de condições será o de recorrer a indivíduos ou grupos com experiência e conhecimento sobre as matérias em causa.

Contudo, neste tipo de circunstâncias, recorrer a um indivíduo para assumir a responsabilidade por uma tomada de decisão, coloca segundo Murphy, Black, Lamping, McKee, Sanderson, Ashkam, & Marteau (1998) quase de imediato uma questão à qual estão ligadas várias constatações, a saber: (1) "qual é a melhor forma de identificar a pessoa mais indicada?"; (2) dificilmente essa pessoa poderá ter tido acesso a toda a informação que se possa vir a revelar necessária; (3) poderá ser uma abordagem errática e pouco segura, devido à enorme variabilidade interpessoal; (4) e a pessoa sobre a qual irá recair essa responsabilidade poderá ter uma credibilidade limitada, o que poderá ser problemático quando se pretende que os resultados tenham suficiente poder de persuasão para se alcançar o efeito desejado.

Em termos comparativos, entre uma decisão assente na opinião de um indivíduo e uma decisão assente na opinião de um grupo, Murphy, *et al* (1998), identificaram várias vantagens a favor desta última opção, nomeadamente: (1) por ser reunido um leque mais vasto de experiências e conhecimento; (2) pela interacção gerada entre os participantes que estimula a consideração de opiniões diferentes; (3) pelo facto das idiosincrasias serem filtradas, mesmo que às vezes erradamente; (4) por provavelmente as decisões que são tomadas a partir das opiniões de um grupo terem um maior peso e serem aceites mais facilmente. Apesar destas vantagens, estes autores alertam para outras questões que se colocam ao optar-se por este tipo de alternativa, nomeadamente: como seleccionar esses indivíduos?; como evitar que um ou mais indivíduos dominem os procedimentos?; assim como alguns problemas tais como o custo de juntar essas pessoas; e a tendência para tratar as decisões do grupo como unânimes quando o grau de discordância dentro do grupo é uma importante elemento de informação.

Deste modo, e tendo em consideração a diversidade de opiniões que um grupo pode produzir sobre um dado assunto, são necessárias técnicas para organizar a produção individual dos vários membros de um grupo, e para gerir as dinâmicas que surgem nas interacções geradas nesse âmbito, de modo a alcançar acordos que possam ser partilhados por uma larga maioria (Cantrill, Sibbald, & Buetow, 1996; Justo, 1993). É neste âmbito que usualmente se recorre a técnicas de desenvolvimento de consensos.

Algumas das técnicas de desenvolvimento de consensos mais utilizadas, são a (1) Técnica dos Grupos Nominais (ver p.ex., Brown, & Redman, 1995; Strauss, Chassin, & Lock, 1995; e Delbecq, & Van de Ven, 1971), a (2) Conferência de Consenso (ver p.ex., McGlynn, Kosecoff, & Brook, 1990; e Wortman, Vinokur, & Sechrest, 1988), e o (3) Painel Delphi. Através do recurso a este tipo de técnicas, espera-se que os que nelas sejam convidados a participar, tenham oportunidade para rever as suas opiniões, identificando quais os aspectos da sua posição que sejam relativamente menos importantes e aos quais poderão renunciar. Espera-se ainda poder identificar as tendências centrais, e o grau de dispersão das opiniões. Existe assim por um lado uma tentativa para desenvolver um consenso e por outro uma tentativa de descrever o nível de concordância (Justo, 1993; Murphy, *et al*, 1998).

Ao recorrer-se a este tipo de técnicas dever-se-á ter presente quer as suas potencialidades como as suas limitações. Murphy *et al* (1998), a este propósito, consideram essencial partir de uma clara definição do objectivo do desenvolvimento de consensos. Para estes autores, as técnicas de desenvolvimento de consenso representam essencialmente um processo para tomar decisões de política, não sendo propriamente uma técnica científica para criar novo conhecimento. Nas suas palavras:

At its best, consensus development merely makes the best use of available information, be that scientific data or the collective wisdom of the participants. Thus, although it may capture collective knowledge, it is inevitably vulnerable to the possibility of capturing collective ignorance (Murphy, *et al*, 1998, p. 1)

Feita uma introdução às técnicas de desenvolvimento de consenso, iremos nas páginas seguintes abordar de uma forma mais detalhada as características, potencialidades e limitações do Painel Delphi, por ser a técnica utilizada neste estudo.

O Painel Delphi

Características e origens

O Painel Delphi, que pode ser igualmente designado por técnica Delphi ou mesmo exercício Delphi, consiste num conjunto de procedimentos que assentam num envio sistemático e intercalado, via correio de superfície, ou electrónico, de questionários a indivíduos considerados como "peritos" numa dada área de conhecimento. Na sua essência esta técnica pode ser entendida como uma abordagem multifásica em que cada fase é construída tendo por base os resultados da anterior. Cada uma destas fases assume geralmente a designação de "volta" (*round*). O número de voltas tem um carácter variável, oscilando com alguma frequência entre as duas e as quatro voltas podendo no entanto ter ainda um número superior.

A primeira volta compõe-se geralmente de uma, ou mais, questões abertas sendo dada aos participantes liberdade para se pronunciarem sobre os principais aspectos a considerar no problema sob análise. Os contributos individuais dos vários membros do Painel são depois reunidos num único conjunto, ou organizados em sub-categorias. Numa segunda volta é solicitado aos participantes que se pronunciem, geralmente através do recurso a escalas do tipo *Likert*¹⁷, sobre a pertinência ou ordem de importância de cada um dos itens gerados através da

¹⁷ As escalas de *Likert* consistem numa série de afirmações, todas elas relacionadas com a atitude de uma pessoa face a um objecto singular. Nas escalas *Likert* aparecem dois tipos de afirmações: O primeiro tipo é composto por afirmações cuja aceitação ou concordância é indicadora de uma atitude positiva ou favorável face ao objecto de interesse (estas são chamadas "afirmações favoráveis"). O segundo tipo é composto por afirmações cuja rejeição ou discordância é indicadora de uma atitude negativa ou desfavorável face ao objecto (estas são chamadas "afirmações desfavoráveis"). Normalmente, uma escala *Likert* é composta por

volta anterior. Estas respostas são posteriormente analisadas através de procedimentos estatísticos tendo em vista aferir a tendência central (médias, medianas, ...) e a dispersão (desvio padrão, quartis, ...) de opinião dos membros do Painel. Os resultados desta análise são posteriormente apresentados ao Painel numa terceira volta, através da qual os participantes têm oportunidade para confrontarem as suas posições com o resultado da apreciação colectiva do Painel. Em alguns casos solicita-se aos participantes, cujas apreciações se situem fora do intervalo interquartil [1º quartil; 3º quartil], para justificarem essas suas posições. O exercício Delphi pode terminar à terceira volta, ou continuar através de voltas adicionais até que seja alcançado um nível de consenso pré-estabelecido ou uma estabilidade nas respostas (Bowling, 2000; Goodman, 1987; Hasson, Keeney, & McKenna, 2000; McKenna, 1994; Murphy, *et al*, 1998; Rowe, Wright, & Bolger, 1991; Woudenberg, 1991).

Esta técnica foi desenvolvida pela Corporação RAND nos anos 50 no âmbito de um projecto patrocinado pela Força Aérea dos EUA – o Projecto Delphi - tendo sido concebida para obter de uma forma sistemática a opinião de peritos sobre o que seria, no ponto de vista de um estratega soviético o número de bombas atómicas necessárias para a destruição de vários complexos industriais americanos (Dalkey & Helmer, 1963). Segundo os seus autores, esta técnica teria como objectivo “(...) *to obtain the most reliable opinion consensus of a group of experts by subjecting them to a series of questionnaires in depth interspersed with controlled opinion feedback*” (Dalkey & Helmer, 1963, p. 458). O nome pelo qual esta técnica é conhecida baseou-se na mitologia grega, no Oráculo de Delphi, no qual se acreditava ter a capacidade de prever o futuro (Turoff & Hiltz, 1996).

Inicialmente, esta técnica, foi utilizada para fazer avaliações quantitativas nomeadamente ao nível da previsão de datas e estimação de parâmetros desconhecidos (Woudenberg, 1991). Numa revisão da literatura às aplicações da técnica Delphi, Woudenberg constatou que a partir dos anos 70, esta começou a ser utilizada com outros objectivos nomeadamente ao nível das suas potencialidades educacionais e comunicacionais, tendo alguns autores começado a considerá-la como um “instrumento de comunicação” e a medir o seu sucesso de forma qualitativa, em termos da satisfação dos participantes com a técnica, em vez da sua precisão quantitativa.

Áreas e condições de aplicação

Segundo Clayton (1997), o Painel Delphi está particularmente indicado para o planeamento e desenvolvimento de políticas. Assim, sempre que se procure avaliar, questionar, interpretar ou prognosticar acontecimentos relevantes, poder-se-á considerar a utilização desta

um número equivalente de afirmações favoráveis e afirmações desfavoráveis. As pessoas a quem é administrada uma escala de Likert são instruídas para indicarem a medida em que elas aceitam ou concordam com cada uma das afirmações. Um valor numérico é atribuído a cada opção de resposta. Ao longo dos anos várias modificações têm sido introduzidas por autores e utilizadores de escalas de Likert. Essas modificações cabem em duas categorias: (a) modificações das opções de resposta, e (b) modificação do formato das afirmações. As escalas Likert originais continham cinco opções de resposta. Em escalas subsequentes têm sido utilizadas escalas com outras opções (Anderson, 1990).

técnica. Ziglio (1996), num registo semelhante, considera que a utilização desta técnica poderá apoiar de forma substancial os decisores políticos em áreas onde não estejam disponíveis informações adequadas, nomeadamente: ao nível da criação de cenários; a análise da desejabilidade e exequibilidade de várias opções políticas; e em processos de tomada de decisão informados.

O Painel Delphi, quando considerado em termos comparativos com outras técnicas de desenvolvimento de consenso, revela-se segundo Linstone & Turoff (citados por McKenna, 1994), mais adequado sempre que sejam necessários mais participantes do que aqueles que poderão de forma efectiva interagir face-a-face, e em que aspectos como o tempo, custo, e aspectos logísticos tornariam encontros frequentes de todos os participantes impraticáveis.

Esta técnica tem tido internacionalmente várias aplicações. No sector da saúde tem sido utilizada, por exemplo, na definição de funções essenciais de saúde pública (Bettcher, Sapirie, & Goon, 1998), de indicadores de prescrição em clínica geral (Campbell, Cantrill, & Roberts, 2000), de prioridades de investigação na medicina ocupacional (Harrington, 1996), e na identificação de prioridades em enfermagem (Moreno-Casbas, Martin-Arribas, Orts-Cortes, & Comet-Cortes, 2001). Esta técnica tem também sido utilizada no campo da saúde mental, por exemplo, na elaboração de categorias de trabalho comunitário de profissionais de saúde mental (Fiander & Burns, 2000), na definição de componentes essenciais para o tratamento da esquizofrenia (Fiander & Burns, 1998), na identificação de prioridades de investigação nos cuidados de saúde primários (James, Aitken, & Burns, 2002), de prioridades de prevenção (Schaller & Fournier, 1998), e na identificação de necessidades de cuidados de saúde mental para idosos (Toward, & Ostwald, 2002).

Através de uma pesquisa bibliográfica, efectuada em Novembro de 2003, na Index RMP¹⁸ e na PorBase¹⁹, duas bases de dados bibliográficos, utilizando como descritor a palavra "Delphi", constatámos que em Portugal esta técnica aparentemente não tem sido muito utilizada. Existem contudo excepções como no caso dos estudos de Silva (1990), sobre necessidades de formação em saúde escolar; Justo (1995) sobre critérios de qualidade de desempenho dos centros de saúde; Nunes (1995) sobre critérios de prestação de cuidados de saúde a crianças com o Síndrome de Down; e Curado (2000) sobre critérios de auto-avaliação/avaliação do desempenho de professores.

¹⁸ A "Index RMP», (<http://www.indexrmp.com/>) é uma base de dados das revistas médicas portuguesas e das teses de doutoramento das escolas de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra, tendo o levantamento desta bibliografia sido iniciado com um carácter prospectivo em 1992.

¹⁹ A "Porbase» - base nacional de dados bibliográficos (<http://www.porbase.org/>) - é o catálogo colectivo disponível na internet das bibliotecas portuguesas. A Porbase é coordenada pela Biblioteca Nacional e está disponível ao público desde 1988.

Composição do Painel

O processo de constituição do Painel têm suscitado um intenso debate especialmente no que respeita aos critérios de selecção dos peritos e das consequências que estes poderão ter nos resultados que venham a ser alcançados. Tem sido prática seleccionar “peritos” ou outros indivíduos com um determinado tipo de conhecimento relevante, na premissa de que estes produzirão respostas substancialmente diferentes e melhores do que as de um grupo de não-peritos (Goodman, 1987). Sumsion (1998) considera sobretudo ser importante recrutar indivíduos com conhecimento sobre um determinado tópico e com disponibilidade para dedicar algum tempo a este método de discussão. Esta abordagem tem sido seguida por outros autores, nomeadamente: Clayton (1997) para quem um perito é “alguém que detêm o conhecimento e a experiência necessária para participar num exercício Delphi”; Jones & Hunter (1999) que consideram que todo o participante neste tipo de estudo “deverá ser de algum modo justificável como perito sobre o assunto em questão”; e Ziglio (1996) para quem o primeiro critério de definição de um perito deverá ser o conhecimento e envolvimento prático deste na área sob investigação.

Rotondi & Gustafson, (1996) são da opinião que um Painel Delphi só será um processo eficaz se os decisores com capacidade para actuar sobre os resultados desse exercício estiverem representados no Painel. A este propósito, Whitman (1990) aponta para o facto do empenhamento dos participantes em completar um exercício Delphi, estar muitas vezes relacionado com o interesse na questão em análise, bem como da eventualidade de as decisões que vierem a ser tomadas os possam afectar.

O número de peritos a incluir num Painel Delphi tem sido também um aspecto alvo de alguma controvérsia. Ziglio (1996), partindo de uma reflexão sobre algumas opções que tem sido tomadas a este nível, considera que muitas se terão baseado no pressuposto de que ao combinar opiniões individuais geralmente quanto mais opiniões forem consideradas melhor será para o processo de tomada de decisão. Este autor, apesar de ser da opinião que ao aumentar-se o número de peritos a incluir no Painel se poderá obter melhorias em termos da qualidade do resultado produzido, considera que acima de um certo limiar, incluir-se mais peritos contribuirá apenas para fornecer benefícios marginais, subtis e de difícil detecção, nas palavras de Murphy, *et al* (1998), ao “processo de destilação” que possa resultar da utilização desta técnica.

Na área de definição de prioridades de investigação, dois dos estudos que consultámos ilustram de uma forma clara a amplitude possível em termos do número de peritos a incluir numa amostra. Assim, se por um lado houve investigadores que consideraram que face aos objectivos do seu estudo bastaria dirigir convites a 23 peritos (Rubin, McMahon, & Chan, 1998), outros houve que consideraram que os objectivos do seu estudo só poderiam ser atingidos convidando 2899 peritos (Kirkwood, Wales, & Wilson, 2003).

O facto de não existirem orientações claras para as várias opções que se podem tomar em termos da composição e número de peritos a incluir num Painel Delphi, levaram Cantrill, *et al* (1996) e Sumsion (1998) a considerarem que caberá a cada investigador, tendo em consideração os objectivos do seu estudo, bem como os recursos aos seu dispor, definir a composição potencialmente mais apropriada, e assumir a responsabilidade pela defesa das suas opções.

Formato do questionário

Num Painel Delphi, os questionários têm assumido diferentes formatos. Na sua versão "clássica" o questionário compunha-se de uma ou mais questões abertas (ver p.ex., os estudos de Harrington, 1994; Sadhra, Beach, Aw, & Sheikh-Ahmed, 2001). Têm no entanto vindo a ser adoptados outros formatos tendo alguns autores optado por apresentar ao Painel, logo na 1ª volta, um questionário "fechado" composto por tópicos gerados através de uma revisão da literatura e/ou de consultas a informadores-chave (ver p.ex., estudos de Campbell, *et al*, 2000; Silva, 1990). Outros autores têm ainda optado por um formatos semi-estruturado, i.e., composto por questões abertas e questões fechadas (ver p.ex., os estudos de Bijl, 1996; Bond & Bond, 1982; Walker, Barker, & Pearson, 2000).

Alguns autores, apesar de reconhecerem que um questionário com perguntas fechadas poderá não exigir tanto tempo e dedicação ao Painel como a resposta a um questionário com perguntas abertas, consideram que este último formato em que lhes é perguntado a sua opinião, ao invés de lhes ser apresentado um conjunto de itens pré-estabelecidos com os quais o Painel poderá não se identificar, poderá ser mais motivador para os participantes e potenciar ainda a possibilidade de resposta a solicitações de futuras voltas (Bijl, 1996; Whitman, 1990).

Geralmente os investigadores que optavam pelo recurso a questões abertas, no âmbito de um Delphi clássico, não colocavam quaisquer restrições quanto ao número de itens que cada participante poderia incluir para apreciação do grupo (Whitman, 1990). Contudo, mais recentemente alguns investigadores têm optado por fixar um limite máximo quanto ao número de itens que cada participante poderá indicar, tendo este procedimento sido uma forma encontrada para minimizar o aparecimento de redundâncias que poderiam advir de alguns participantes indicarem os mesmos tópicos utilizando diferentes termos (Schmidt, 1997).

A informação de *feedback* e a sua influência no consenso

A definição do conceito de consenso, no âmbito de um exercício Delphi, têm sido um dos aspectos que nesta técnica mais contencioso têm gerado (Crisp, Pelletier, Duffield, Nagy, & Adams, 1999), essencialmente porque este tem sido definido e medido de diferentes formas (Cantrill, *et al*, 1996). Nesta técnica, este conceito, tem em algumas ocasiões sido definido como a verificação de que determinado item reúne em torno de si uma determinada percentagem das votações do Painel, ou a verificação de que entre voltas se regista alguma estabilidade nas votações do Painel.

O debate em torno da definição de consenso está intimamente ligado a uma outra característica desta técnica mais precisamente ao efeito da informação de *feedback*, que é fornecida ao Painel, na convergência das suas opiniões. Woudenberg (1991) e Murphy, *et al* (1998) numa revisão a alguns estudos que examinaram, a este nível, o efeito do *feedback* nas opiniões do Painel referem que a dispersão das votações dos participantes parece diminuir em cada volta. No entanto, referem ainda que nesses estudos não ficou claramente demonstrado se essas situações se poderão ter ficado a dever ao efeito de cada um dos participantes ter considerado a opinião colectiva do Painel, ou se simplesmente terá resultado do facto dos membros do Painel terem de efectuar novamente uma votação.

A este propósito, Greatorex & Dexter (2000), consideram que uma das estratégias para ajudar a clarificar os motivos das mudanças de opinião de uma volta para outra, poderá ser o de solicitar aos membros do Painel que estejam de uma forma acentuada afastados da posição central que apresentem argumentos a favor da sua posição. Deste modo poder-se-á melhor perceber a linha de raciocínio dos membros do Painel, bem como desencorajar os seus membros a simplesmente conformarem-se com a opinião da maioria. Contudo, este tipo de procedimento também não tem estado isento de críticas, pois para alguns autores, como Delbecq *et al* (citado por Beretta, 1996), este poderá constituir coerção, na medida em que não respeita as posições mais extremas, o que para estes autores, poderá não só invalidar os resultados, como também não ser um procedimento eticamente correcto. Jones & Hunter (1995) sugerem que uma das formas de ultrapassar este possível problema ético será tornando claro a cada um dos membros do Painel que não necessitam de se "conformar" com a opinião maioritária do grupo.

Relativamente à forma de apresentar este tipo de informação de feedback, Rotondi & Gustafson (1996) consideram que se deverá fornecer ao Painel, de uma forma integral (ou muito próxima), todos os comentários que tenham sido redigidos pelos seus membros. Estes autores não defendem uma síntese desses comentários, como tem sido prática em alguns casos, na medida em que consideram que esta poderá contribuir para mascarar diferenças subtis no pensamento dos membros do Painel, fazendo com que o grupo pareça mais consensual do que ele possa ser na realidade. Hasson, *et al* (2000) consideram inclusive que as palavras utilizadas pelos participantes deverão ser utilizadas, com um tratamento mínimo, tanto na construção dos questionários, como no envio de informação de feedback, pois segundo estes deverão ser os participantes a julgar a qualidade dos vários itens que são sujeitos à sua apreciação e não os investigadores.

Uma característica da técnica Delphi indissociável da questão da influência do feedback no consenso prende-se com o número de voltas necessárias para atingir os objectivos que esta técnica visa alcançar. A este nível as opções adoptadas pelos investigadores têm sido variadas. Assim, se por um lado na aplicação "clássica" da técnica Delphi era usual serem utilizadas quatro voltas, por outro já se chegou a encontrar estudos em que foram utilizadas 25 voltas

(Whitman, 1990). Uma outra opção tem sido a de realizar estudos com apenas duas voltas, em que a 1ª volta é construída com base em revisões da literatura e entrevistas a informadores-chave (Woudenberg, 1991).

Alguns investigadores desenvolverem inclusive estudos Delphi em que um dos objectivos específicos era o de se debruçarem sobre qual o número ideal de voltas para se alcançar uma estabilidade nas votações. Nos dois estudos que encontramos sobre esta matéria, um aponta para quatro voltas (Erffmeyer, Erffmeyer, & Lane, 1986) e o outro para duas, ou no máximo três voltas (Young & Hogben, 1978), como o número ideal de voltas num exercício Delphi. Numa revisão de carácter geral às características da técnica Delphi, Whitman (1990) considerou que três ou quatro voltas são suficientes, não sendo geralmente necessárias mais voltas, que além de poderem fatigar o Painel, poderão conduzir a adopção de uma postura conformista como “meio para atingir um fim”.

Validade e fiabilidade

Do ponto de vista metodológico, a técnica Delphi, como qualquer projecto de investigação impõe a observação de critérios de validade²⁰ e fiabilidade²¹. No entanto segundo Woudenberg (1991), a validade e fiabilidade de uma técnica de desenvolvimento de consensos não é de fácil avaliação. Um dos motivos, segundo este autor, é que as opiniões não podem ser comparadas a medições. Uma medição pode ser fraccionada num valor correcto e numa componente de erro. Apesar de uma opinião poder também ser equacionada como sendo constituída por um resultado “correcto” e uma componente de erro, neste último caso, a componente de erro não pode ser entendida como ficando a dever-se a variáveis aleatórias, na medida em que esta poderá estar dependente de factores específicos pessoais e situacionais. Isto significa que este tipo de técnicas estão sujeitas a uma amplo leque de vieses, podendo estes variar de aplicação em aplicação da técnica, pelo que cada nova aplicação da técnica poderá ser entendida como constituindo um novo instrumento de medição.

Murphy, *et al*, (1998), em parte à semelhança de Woudenberg (1991), consideraram que não existem formas categóricas de aferir a validade e fiabilidade da técnica Delphi. Tendo por base a revisão da literatura que efectuaram a várias técnicas de desenvolvimento de consenso sugeriram que uma das formas de ultrapassar esta questão consistirá em analisar a influência de vários aspectos característicos da técnica Delphi no resultado que venha ser obtido em resultado da sua aplicação, nomeadamente ao nível: da formulação da questão; da constituição

²⁰ Uma definição habitualmente utilizada de validade é de que é a medida em que um teste mede aquilo que se propõe medir (Borg & Gall, 1989, p. 249).

²¹ Woudenberg (1991), define a fiabilidade como a certeza com a qual um instrumento (por exemplo um método de desenvolvimento de consensos) reflecte valores correctos e não erros aleatórios, (p. 133). Pode ainda ser definida como o nível de consistência interna ou estabilidade do instrumento de medição ao longo do tempo (Borg & Gall, 1989, p.257).

do Painel; da informação disponibilizada; do método utilizado para organizar a interação; e dos métodos de sintetizar as opiniões dos participantes.

Participantes

No âmbito da constituição do Painel Delphi, tal como referido anteriormente, têm sido adoptadas várias opções. Sheele (citado por James, *et al*, 2002) identificou três abordagens usualmente adoptadas nomeadamente: a abordagem aos *stakeholders*; a “peritos” (indivíduos com uma determinada especialização ou conhecimento); e a “facilitadores” (indivíduos não especialistas com competências em clarificar e organizar informação). Tendo em consideração estas abordagens, consideramos que a nossa opção poderá situar-se entre um misto da abordagem aos *stakeholders* e aos peritos.

A abordagem que seguimos teve em consideração o crescente reconhecimento de que uma das formas de facilitar a implementação das decisões que resultam de um processo de identificação de prioridades de investigação, será o de envolver nesse processo as várias partes interessadas na área sob análise. No campo da saúde mental, um processo com estas características não poderá deixar de equacionar a hipótese de envolver psiquiatras, pedopsiquiatras, psicólogos, enfermeiros, médicos de clínica geral, utentes dos serviços e seus familiares, administrações hospitalares, vários técnicos das ciências sociais e humanas, entre outras partes interessadas.

Algumas das condicionantes que estiveram presentes na opção pela técnica Delphi estiveram também presentes na definição da abrangência do Painel, nomeadamente o reduzido espaço temporal disponível para a realização do estudo, o que não nos permitiu equacionar a hipótese de um Painel que incorporasse representantes de todas as partes interessadas. Optámos assim por um Painel menos inclusivo incorporando apenas psiquiatras e pedopsiquiatras. Esta opção teve em consideração, entre vários aspectos, o papel central que estes profissionais de saúde ocupam actualmente ao nível da organização dos serviços de saúde mental, nomeadamente ao nível da disponibilização e prestação de cuidados.

CrITÉRIOS de inclusão

Tendo em consideração que parece não existir um método único de selecção dos membros para um Painel Delphi, adoptamos a indicação de Jones & Hunter (1999), entre outros autores, que defendem que todo o membro do Painel deverá ser de algum modo justificável como “perito” ao nível do assunto em análise. Na definição dos critérios de inclusão, tivemos em consideração que uma das formas de potenciar a utilização dos resultados de um estudo é que os decisores, ou outros indivíduos em posição de influenciar uma tomada de decisão, estivessem envolvidos. No prosseguimento destas orientações optámos pelo recurso a uma estratégia

de amostragem “criteriosa” que assentou em três critérios de inclusão: (1) ser director de um serviço ou departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de uma unidade de saúde do SNS; (2) ou ser director de um departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil de um hospital do SNS; (3) ou ser indicado por um dos três “informadores-chave”.

Estes informadores-chave, todos eles psiquiatras (Anexo A), foram por nós recrutados tendo por base a sua posição profissional e o nosso entendimento da visão privilegiada que esta lhes concedia do trabalho desenvolvido pelos seus pares. Foi-lhes solicitado que indicassem nomes de psiquiatras e pedopsiquiatras que pela sua experiência, ou especificidade da sua área de intervenção, poderiam contribuir quer para a credibilidade do Painel, quer para a consideração de novas áreas de investigação. De notar que estes três profissionais de saúde, que não foram considerados para efeitos de constituição do Painel, indicaram-nos por várias vezes nomes de psiquiatras e pedopsiquiatras que já tinham sido considerados no âmbito dos dois primeiros critérios de inclusão. Quer no âmbito deste critério de inclusão, como nos dois outros, fez-se um esforço deliberado para que no seu cômputo estivessem representados no Painel profissionais de todos os Distritos de Portugal Continental.

Características dos participantes.

Em resultado do processo anteriormente descrito, chegou-se a uma lista de 77 “peritos” (composta por 68 psiquiatras e 9 pedopsiquiatras). A maioria destes peritos, tal como indicado na Tabela 5, eram oriundos da região Sul (45.4%). Dos peritos convidados 48.1% ($n=37$) aceitaram participar na 1ª volta (encontrando-se a sua identificação em anexo - Anexo B). Mais de metade eram oriundos da zona Sul (51.4%), seguindo-se os da zona Centro (29.7%) e os da zona Norte (18.9%). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas taxas de resposta dos peritos convidados quando considerados por zona geográfica ($\chi^2=4.16$; 2 gl; $\alpha=0.05$).

Tabela 5 - Participação dos peritos nas três voltas do exercício Delphi consoante a sua distribuição geográfica

| Zona geográfica | Peritos convidados | | Resposta 1ª volta | | Resposta 2ª volta | | Resposta 3ª volta | |
|-----------------|--------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|
| | N=77 | % | n =37 | % | n=31 | % | n=27 | % |
| Norte | 23 | 29.9 | 7 | 18.9 | 7 | 22.6 | 7 | 25.9 |
| Centro | 19 | 24.7 | 11 | 29.7 | 8 | 25.8 | 5 | 18.5 |
| Sul | 35 | 45.4 | 19 | 51.4 | 16 | 51.6 | 15 | 55.6 |

A idade dos participantes oscilou entre os 34 anos e os 71 anos (média=54.1 anos; D.P.=8.46), sendo a maioria do sexo masculino (73%; $n=27$). Relativamente à sua formação, 83.8% ($n=31$) eram especialistas em psiquiatria, 8.1% ($n=3$) em pedopsiquiatria, e 8.1% ($n=3$) em psiquiatria e pedopsiquiatria. Cerca de metade dos participantes tinha formação complementar (48.6%), dos quais 35.1% ($n=13$) tinham um doutoramento, 5.4% ($n=2$)

tinham um mestrado, e 8.1% ($n=3$) tinham uma pós-graduação. Ao nível dos anos decorridos desde a conclusão da formação inicial registaram-se variações entre os 2 anos e os 37 anos²² (média=21.9 anos; D.P.=8.21). Relativamente ao cargo desempenhado na instituição à qual se encontravam afectos, 51.4% ($n=19$) eram Directores de Serviço/Departamento, 18.9% ($n=7$) eram Chefes de Serviço, 16.2% ($n=6$) eram Professores, e 13.5% ($n=5$) ocupavam outros cargos. No que respeita ao tempo de exercício do actual cargo (em anos) a maioria dos participantes (51.4%; $n=19$); ocupavam esse cargo num período que ia até aos 5 anos; entre os 6-10 anos (32.4%; $n=12$); entre os 16-20 anos (2.7%; $n=1$); entre os 21-25 anos (2.7%; $n=1$); com mais de 26 anos (2.7%; $n=1$). De registar que 8.1% ($n=3$) dos participantes não indicaram o tempo de exercício do cargo. Mais de metade (62.2%; $n=23$) exerciam funções de docência em estabelecimentos de ensino superior. Destes participantes 43.2% ($n=16$) exerciam essas funções de forma regular e 18.9% ($n=7$) de forma irregular. Todos os participantes ($n=37$) referiram ter artigos publicados em revistas da sua área de especialidade. Mais de metade (56.8%; $n=21$) referiu ainda já ter publicado de forma individual, ou em co-autoria, pelo menos um livro sobre a sua área de especialidade.

Procedimentos

Aspectos gerais.

Tendo em consideração uma das características da técnica Delphi, nomeadamente o envio sucessivo de questionários e de forma mais específica a fadiga que este pode provocar no Painel, resultante do intervalo de tempo em que cada membro é solicitado a manter-se ligado a este processo, adoptámos uma estratégia conducente à minimização de contactos. Desta estratégia resultou que a primeira correspondência enviada ao Painel foi organizada de forma a assumir um duplo objectivo: a) convidar para a participação no estudo e b) solicitar desde logo resposta às questões da 1ª volta. Ainda neste âmbito, e tendo em vista uma maior celeridade entre voltas bem como uma eventual maior conveniência para os participantes, criou-se um espaço numa das folhas que nos deveriam devolver, para que estes, se assim entendessem, indicassem um endereço postal diferente daquele através do qual tinham recebido essa documentação. De referir que toda a documentação foi distribuída por correio de superfície. Para efeitos de resposta, incluiu-se ainda junto a esta documentação um envelope com franquia pré-paga.

Em cada uma das três voltas solicitou-se aos participantes que nos remetessem num prazo de 15 dias os questionários preenchidos. Esgotado este período enviou-se uma carta a todos os "não-respondentes" referindo a importância da sua participação no estudo e

²² No caso de participantes com as duas especialidades para efeitos de cálculo contou-se o ano de conclusão da primeira especialidade.

alertando-os para o facto de não termos recebido a sua resposta dentro do prazo definido (Anexo C). Um mês após o início de cada volta, os ainda não-respondentes foram contactados, via telefone, ou correio electrónico, e solicitados a responder num prazo entre duas a três semanas. Uma vez atingida esta data a volta era dada por encerrada sendo os não-respondentes excluídos da(s) volta(s) subsequente(s).

Entre o envio da documentação relativo à 1ª volta (2ª semana de Fevereiro de 2003) e o encerramento da 3ª volta (2ª semana de Novembro de 2003) decorreram 40 semanas. Ao nível da taxa de resposta em cada uma das 3 voltas esta foi respectivamente de 48.1% na 1ª volta, 83.8% na 2ª volta, e 87.1% na 3ª volta. Tal como exposto na Tabela 6, nas três voltas, mais de metade das respostas foram recebidas fora do prazo inicialmente estipulado. De referir ainda que após termos dado início à 3ª volta recebemos duas respostas relativas à volta anterior. Na medida em que a 3ª volta assenta no envio aos peritos das apreciações colectivas produzidas na 2ª volta e de que estas já tinham sido calculadas (i.e., as medianas e os intervalos inter-quartis) não foi possível incluir estes peritos no Painel final.

Tabela 6 - Respostas às voltas dentro do prazo inicial e em período extraordinário

| Prazos | 1ª volta | | 2ª volta | | 3ª volta | |
|----------------|----------|------|----------|------|----------|------|
| | n=37 | % | n=31 | % | n=27 | % |
| Inicial | 15 | 40.5 | 12 | 38.7 | 8 | 29.6 |
| Extraordinário | 22 | 59.4 | 19 | 61.3 | 19 | 70.4 |

Através da correspondência da 1ª volta informou-se todos os membros do Painel que o teor das suas respostas, bem como os seus dados pessoais e profissionais, seriam mantidos sob anonimato. Optámos no entanto por não assegurar o anonimato da identidade dos participantes essencialmente por dois motivos: 1) devido à necessidade de promover a "accountability"²³ dos resultados (Goodman, 1987); e 2) por se ter fornecido (como forma de motivar a participação dos membros do Painel) de uma forma bastante detalhada os critérios de inclusão, por exemplo, ser director de um serviço ou departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de uma unidade de saúde do SNS, o que tornaria impossível impedir a identificação de vários dos peritos convidados²⁴. De notar no entanto que foi somente após a conclusão do estudo que os peritos que aceitaram participar na 1ª volta foram informados da identidade dos outros partici-

²³ A expressão "accountability", segundo Nunes & Rego (2002), "refere-se, por um lado, à necessidade de tornar visível e transparente o processo de decisão em cuidados de saúde; por outro, ao método para atingir este objectivo» (p. 145).

²⁴ McKenna (1994), refere-se a este tipo de opção sob a designação de "quasi-anonimato".

pantes²⁵. Não foram fornecidas informações sobre a identidade dos peritos que não concluíram as últimas duas voltas.

Aspectos específicos

1ª Volta

Deu-se início à 1ª volta através do envio de um convite a cada um dos peritos, convite este que consistiu num ofício onde se expuseram os objectivos e o âmbito do estudo (Anexo D). Conjuntamente com este ofício enviou-se: um documento intitulado "Considerandos gerais" em que se fornecia informações de carácter geral que pretendiam enquadrar as questões colocadas nesta volta (Anexo E); um documento intitulado "Considerandos: 1ª volta do exercício Delphi" que continha informações de carácter mais específico para "balizar" as respostas à questão colocada (Anexo F); o questionário, propriamente dito, sob a forma de uma única questão, i.e., "Tendo como referência o cargo que ocupa, e as actividades que nesse âmbito desenvolve, indique até 4 tópicos de investigação na área da saúde mental que, pela sua importância, considere que deverá ser dada prioridade" (Anexo G); e uma ficha de "Caracterização individual" composta por algumas perguntas sobre a situação profissional e académica do participante (Anexo H).

De modo a enquadrar as respostas dos participantes, solicitou-se-lhes que, aquando das suas respostas, tivessem em consideração a seguinte definição de "Investigação": "Uma pesquisa de carácter sistemático, que inclui o processo de desenvolvimento do estudo, ensaio e avaliação, desenhada para desenvolver ou contribuir para a generalização de conhecimento" (Office for Protection from Research Risks, citado por Snider, & Stroup, 1997). Ao nível do conceito de "Saúde Mental" indicou-se a definição adoptada em Lavikainen, *et al* (2000) e já anteriormente exposta neste trabalho.

Numa análise ao número de tópicos indicados por cada um dos peritos que aceitaram participar nesta volta constatámos que a maioria indicou quatro tópicos (78.4%), tendo os restantes indicado entre três e um tópico. De notar que dois dos participantes indicaram cinco tópicos tendo-se optado nestes dois casos por não considerar o último tópico. Recebemos assim um total de 137 tópicos de investigação. Estes foram analisados tendo em vista sintetizar, sempre que possível, a sua redacção, e agregar tópicos idênticos, ou muito similares, sob um único tópico. Para efeitos deste processo de "redução" atribuímos a estes 137 tópicos a designação de "enunciados" (Anexo I). Deste processo de redução resultou uma lista com 110 tópicos de investigação. Em todo este processo desenvolveu-se esforços para que os tópicos sofressem o mínimo de alterações possíveis ao nível da sua estrutura original. Inclusive em várias ocasiões de dúvida quanto à interpretação a dar a alguns enunciados, contactou-se o seu

²⁵ Esta informação foi dada através do envio a todos os membros do Painel que aceitaram participar na 1ª volta de um resumo com os principais resultados obtidos no estudo. Adicionalmente foi ainda enviado um exemplar completo do estudo a todos os peritos que manifestaram esse interesse num espaço próprio para este efeito na documentação de retorno da 1ª volta.

autor, via correio electrónico, ou contacto telefónico, de modo a clarificar o sentido que este lhe pretendeu atribuir.

Tendo em vista potenciar a comparação entre tópicos de uma mesma “área” de intervenção, bem como entre tópicos de outras áreas, criámos várias “categorias” sob as quais distribuímos os vários tópicos. Na Tabela 7, encontram-se expostas as 14 categorias criadas para este efeito. De notar que a ordem de apresentação destas categorias, bem como a ordem de apresentação dos tópicos, foram definidas através do recurso a uma tabela de números aleatórios.

Tabela 7 - Distribuição dos tópicos de investigação sob as categorias

| N.º de tópicos | Categorias |
|-----------------------|--|
| 6 | Definição, classificação e diagnóstico |
| 2 | Formação |
| 14 | Organização/Modelos de prestação de serviços |
| 17 | Investigação epidemiológica |
| 12 | Prognóstico e evolução |
| 18 | Determinantes |
| 5 | Qualidade |
| 3 | Prevenção |
| 2 | Economia da saúde |
| 8 | Psicofarmacologia |
| 6 | Manifestações psicopatológicas |
| 3 | Identificação de necessidades |
| 5 | Aspectos cognitivos |
| 9 | Formas e processos de intervenção/tratamento |
| Total=110 | |

2ª Volta

Após o processo de redução, categorização, e ordenação de tópicos deu-se início à 2ª volta. Nesta volta enviou-se a todos os membros do Painel que responderam à 1ª volta a lista com os 110 tópicos de investigação resultante do processo anteriormente descrito. Solicitou-se aos membros do Painel que através do recurso a uma escala ordinal (tipo *Likert*) de 5 pontos (nomeadamente: 1- nada prioritário; 2- pouco prioritário; 3- prioritário; 4- muito prioritário; 5- extremamente prioritário) atribuíssem a cada um desses tópicos o *grau de prioridade* que na sua opinião consideravam que esse deveria ter no âmbito de uma eventual (futura) Agenda de Investigação em Saúde Mental em Portugal. Apelou-se aos membros do Painel para que aquando das suas apreciações tivessem presente nas suas escolhas, entre outros factores que considerassem pertinentes, o potencial nelas contido para afectar positivamente os cuidados e o bem-estar dos utentes dos serviços de saúde mental e ainda a capacidade de maximização dos recursos disponíveis. Adicionalmente convidou-se o Painel a fundamentar ou a tecer qualquer

comentário que entendesse sobre a apreciação a algum tópico, ou à lista de tópicos no seu conjunto (Anexos J-M).

Após o término do prazo para recepção das respostas procedeu-se à análise da distribuição das apreciações aos tópicos em termos da sua tendência central (medianas) e dispersão (*Intervalo Inter-quartis: 1º Quartil; e 3º Quartil*)²⁶. Compilou-se seguidamente uma nova versão da “Lista de Tópicos de Investigação” em que à frente de cada tópico se criou um espaço para inclusão do valor da apreciação dada por cada participante (Anexo N). Ainda à frente deste espaço incluiu-se o resultado da apreciação colectiva a esse tópico (i.e, mediana e intervalo inter-quartil).

3ª Volta

Com esta última volta pretendeu-se dar a cada um dos membros do Painel que responderam à 2ª volta a oportunidade de confrontar as suas próprias apreciações com o resultado da apreciação colectiva (i.e., o posicionamento central e a dispersão das apreciações em cada um dos tópicos). Para este efeito, enviou-se a todos esses peritos a nova versão da “Lista de Tópicos de Investigação” tendo incluído no espaço à frente de cada tópico (criado para este efeito) o valor da apreciação indicado pelo participante em causa, bem como o resultado da apreciação colectiva. Inclui-se nos *Considerandos* desta volta uma definição, e ilustração, dos conceitos de mediana e de intervalo inter-quartis (Anexo O).

Os comentários dos participantes fundamentando a apreciação efectuada a algum tópico, ou à lista de tópicos no seu conjunto foram agrupados numa mesma folha e anexados à restante documentação desta volta (Anexos P-R). Alguns dos comentários efectuados não foram colocados para apreciação do Painel na medida em que se debruçavam sobre aspectos eminentemente metodológicos, não incidindo sobre a presença, ou ausência, de pertinência de um dado tópico. Devido às características particulares desses comentários optou-se por analisá-los aquando da discussão dos resultados.

Nesta volta solicitou-se ao Painel que tendo em consideração a informação de *feedback* que lhe foi disponibilizada, e algumas indicações específicas desta volta, revissem, sempre que assim o entendessem, cada uma das suas anteriores apreciações. Tal como na volta anterior, solicitou-se ao Painel que tivesse presente nas suas escolhas, entre outros factores que considerassem pertinentes, o potencial nelas contido para afectar positivamente os cuidados e o bem-estar dos utentes dos serviços de saúde mental e ainda a capacidade de maximização dos recursos disponíveis. Sugeriu-se ainda ao Painel que idealmente, na estruturação de uma Agenda de Investigação seria necessário que a definição de áreas prioritárias fosse alvo de um consenso relativamente alargado por parte dos diferentes envolvidos nesse processo. Nesta sequência, e de modo a incentivar os membros do Painel a considerarem as opiniões do grupo,

²⁶ De um modo geral, a mediana e a amplitude interquartil, por serem consideradas unidades de medida mais robustas (i.e., menos sensíveis a casos isolados), do que a média e o desvio padrão, têm sido as mais adoptadas (Murphy, *et al* 1998; Whithman, 1990).

voltamos a referir aos participantes de que o estudo para além de ter como objectivo identificar tópicos de investigação em saúde mental, pretendia também medir níveis de consenso em torno destes. Este último aspecto foi reforçado através da explicitação de que ambas estas informações eram importantes e úteis num exercício de definição de prioridades de investigação.

Ainda neste âmbito solicitou-se aos participantes que aquando da revisão às suas apreciações da 2ª volta, sempre que em virtude da mudança ou manutenção dessa apreciação constatassem que esta se situava fora do Intervalo Inter-quartis, para explicitarem os seus motivos, indicando o raciocínio subjacente a essa mudança ou manutenção. Adicionalmente, os participantes foram convidados, a sempre que assim entendessem, a indicar o raciocínio subjacente a qualquer mudança ou manutenção de apreciação a qualquer outro tópico, bem como a fazer qualquer outro tipo de observação sobre a informação de *feedback* disponibilizada.

Pré-teste

Previamente ao início da 1ª volta colocou-se para apreciação de psiquiatras de várias zonas do país versões preliminares da documentação afecta a esta volta. Participaram nesta fase 6 psiquiatras, dos quais quatro exerciam a sua actividade profissional no Distrito de Lisboa, um no Distrito de Faro e o outro no Distrito de Vila Real. Junto a esta documentação enviou-se um ofício explicitando os objectivos do estudo e mais especificamente do pré-teste (Anexo S), e ainda um questionário para registo do seu *feedback* (Anexo T). De notar, que com objectivos similares, esta documentação foi previamente enviada a alguns dos informadores-chave e a todos os nossos colaboradores. Em ambas as ocasiões esteve subjacente o mesmo objectivo: averiguar a compreensão das perguntas colocadas, dos Considerandos, das instruções de preenchimento, bem como de outros aspectos metodológicos que face aos objectivos do estudo não tivessem sido devidamente acautelados. Após a recepção do *feedback*, e após uma consulta detalhada às dúvidas e sugestões aí expressas procedeu-se de uma forma sistemática à revisão de toda a documentação antes desta ser enviada aos membros do Painel, tendo este sido um procedimento repetido ao longo das várias fases de pré-teste deste exercício.

Ao nível da 2ª volta o pré-teste compôs-se de dois momentos: 1) o processo de conversão dos “enunciados” para tópicos; 2) a documentação relativa a esta volta. Assim num primeiro momento começou-se por solicitar aos colaboradores e informadores-chave que se pronunciassem sobre uma primeira versão do resultado do processo de redução de “enunciados” para tópicos, isto é, sobre a adequação e coerência do processo de síntese e agregação de que estes foram alvo. Após receber o seu *feedback*, e após algumas alterações à essa versão enviou-se-lhes uma nova versão desse documento desta vez com os tópicos já distribuídos sob as várias “categorias”. Solicitou-se-lhes desta vez que se pronunciassem sobre a adequação da distribuição dos tópicos por área de estudo, bem como sobre a própria designação dessas categorias. Num segundo momento, e com os mesmos objectivos do pré-teste da 1ª volta,

enviou-se a estes mesmos informadores-chave e colaboradores a documentação relativa a esta volta.

Ao nível da 3ª volta, e tal como nas duas voltas anteriores, enviou-se para *feedback* toda documentação relativa a esta volta aos colaboradores. Tendo em consideração a referência e utilização de terminologia estatística nessa documentação enviamos-la também para dois estatistas aos quais solicitamos para além de uma apreciação global à toda a documentação, uma especial atenção para a correcção da terminologia estatística utilizada, nomeadamente ao nível da descrição e compreensão dos conceitos utilizados.

Nível de consenso.

Estabeleceu-se, em linha com os estudos de James *et al* (2002), Fiander & Burns (1998) e Raskin (1994), como nível de consenso, a verificação que a amplitude interquartil de um dado tópico de investigação fosse menor ou igual a 1.00. De forma adicional, discriminou-se entre todos os tópicos que reunissem consenso, aqueles cuja mediana fosse igual ou superior a quatro. A esses tópicos atribuiu-se a designação de "prioridades de investigação consensual".

Tratamento dos dados.

Na análise estatística utilizou-se o programa informático SPSS²⁷ (versão 9.0.0). As conclusões foram tiradas a um nível de significância de $p \leq 0.05$. Em virtude da natureza qualitativa das variáveis em estudo recorreu-se à utilização de testes não paramétricos nomeadamente aos Testes de *Wilcoxon*, de *Mann-Whitney* e de *Kruskall-Wallis*. Utilizámos o Teste de Wilcoxon para comparar as apreciações efectuadas aos tópicos na 2ª e 3ª volta. O Teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar as apreciações da 3ª volta face ao sexo dos membros do Painel, e face à presença ou ausência de formação complementar destes membros. Por sua vez o Teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparar as apreciações da 3ª volta face ao tipo de especialidade dos membros do Painel, à sua zona de proveniência geográfica, ao seu nível de formação complementar, e à sua situação perante a docência no ensino superior. De forma suplementar à descrição dos resultados destes testes, recorreremos a título de ilustração às fundamentações efectuadas pelo Painel aquando das suas apreciações aos tópicos de investigação na 2ª e 3ª volta.

²⁷ Statistical Package for the Social Sciences, SPSS Inc., Chicago, EUA.

Capítulo III - Resultados

Impõe-se, ao iniciarmos a apresentação dos resultados, salientar as implicações que algumas das nossas opções para constituição da amostra têm na interpretação e discussão dos resultados. Tal como anteriormente descrito na metodologia, a estratégia de amostragem que utilizámos, não resultou de um procedimento estatístico convencional “população → amostra”, apoiando-se antes nas indicações de informadores-chave guiados por critérios por nós estabelecidos (e anteriormente descritos). Assim, em virtude da estratégia de amostragem que adoptamos, que não teve como intenção assegurar a representatividade da população médica portuguesa com especialidade em psiquiatria ou pedopsiquiatria, admitimos que embora os resultados possam ser válidos, que estes se encontram restritos ao Painel, devendo pois ser considerados a título indicativo e tendo sempre presente os objectivos do estudo.

As apreciações da 2ª e 3ª volta: Consensos e mudanças de apreciação.

Face à definição de consenso adoptada identificámos a presença de consenso em 67 tópicos distribuídos pelos diferentes graus de prioridade. A maioria situou-se em torno do grau “prioritário” (Tabela 8). Dos 67 tópicos identificados, 18 preencheram os requisitos estabelecidos para classificação enquanto “prioridade de investigação consensual” (Tabela 9). Tendo em atenção as 14 categorias sob as quais distribuámos os 110 tópicos de investigação, gerados em resultado da 1ª volta, constatámos que as categorias “Formação”, “Prognóstico e evolução”, “Prevenção”, “Manifestações psicopatológicas” e “Aspectos cognitivos” não tinham nenhum tópico a representá-las nessas 18 prioridades de investigação.

Tabela 8 - Proporção de consensos para cada valor da mediana (%)

| Mediana | Nº de tópicos | |
|----------------|----------------------|---------|
| 5 | 3/3 | (100%) |
| 4 | 15/30 | (50%) |
| 3.5 | 3/3 | (100%) |
| 3 | 44/69 | (63.8%) |
| 2.5 | 1/1 | (100%) |
| 2 | 1/4 | (25%) |
| Total= | 67/110 | (61%) |

Tabela 9 - Tópicos classificados como prioridades de investigação consensual (3ª volta)

| Mediana * | Tópicos identificados |
|---------------------|--|
| 5 | (1) Definição de indicadores de saúde mental das populações; |
| 5 | (2) Articulação dos hospitais com os cuidados de saúde primários; |
| 5 | (3) Caracterização epidemiológica das perturbações mentais em Portugal; |
| 4 | (4) Prevalência da depressão; |
| 4 | (5) Uniformização dos critérios de diagnóstico na área da saúde mental infantil-juvenil; |
| 4 | (6) Modelos de equipa de saúde mental; |
| 4 | (7) Tratamento e acompanhamento da doença mental nos Centros de Saúde; |
| 4 | (8) Caracterização epidemiológica da depressão na adolescência; |
| 4 | (9) Comportamentos de risco na adolescência preditivos da toxicodependência; |
| 4 | (10) Avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental; |
| 4 | (11) Critérios de avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental; |
| 4 | (12) Os custos para o SNS, do doente deprimido, até chegar ao diagnóstico e tratamento; |
| 4 | (13) Terapêutica da depressão resistente à terapêutica medicamentosa; |
| 4 | (14) Consumismo psicofarmacológico; |
| 4 | (15) Identificação das necessidades de cuidados de saúde mental; |
| 4 | (16) Identificação das necessidades de saúde mental não satisfeitas; |
| 4 | (17) Avaliação das necessidades de cuidados dos doentes mentais crónicos; |
| 4 | (18) Reabilitação em psiquiatria: a inserção na comunidade. |

* Mediana (5) - "extremamente prioritário"; e mediana (4) - "muito prioritário".

Partindo da mesma definição de consenso, analisámos as apreciações do Painel na 2ª volta tendo identificado a presença de 39 tópicos consensuais. Aplicando ainda a esses tópicos o critério para identificação de uma "prioridade de investigação consensual" constatámos que 11 destes preenchem as condições necessárias (Tabela 10). No entanto, em consequência das reapreciações da 3ª volta, dois desses tópicos deixaram de reunir essas condições mais precisamente os tópicos (4) "Evolução dos doentes com esquizofrenia nos 5 anos subsequentes ao seu 1º internamento" e (5) "Evolução dos doentes com perturbação bipolar" (para consulta de todas as mudanças, em termos de mediana e intervalo inter-quartis, entre a 2ª e 3ª volta, consulte o Anexo U).

Tabela 10 - Tópicos classificados como prioridades de investigação consensual (2ª volta)

-
- (1) Articulação dos hospitais com os cuidados de saúde primários;
 - (2) Caracterização epidemiológica das perturbações mentais em Portugal;
 - (3) Tratamento e acompanhamento da doença mental nos Centros de Saúde;
 - (4) Evolução dos doentes com esquizofrenia nos 5 anos subsequentes ao seu 1º internamento;
 - (5) Evolução dos doentes com perturbação bipolar;
 - (6) Comportamentos de risco na adolescência preditivos da toxicodependência;
 - (7) Avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental;
 - (8) Critérios de avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental;
 - (9) Terapêutica da depressão resistente à terapêutica medicamentosa;
 - (10) Identificação das necessidades de cuidados de saúde mental;
 - (11) Avaliação das necessidades de cuidados dos doentes mentais crónicos.
-

Ao compararmos as apreciações da 2ª e a 3ª volta encontramos diferenças significativas em dois tópicos de investigação (Teste de *Wilcoxon*), nomeadamente: "Modelos e estruturas de apoio na comunidade ao doente com esquizofrenia" ($Z=-2.236$; $p=0.025$); e "Separações maritais ou divórcios devido ao álcool" ($Z=-2.000$; $p=0.046$). De referir, no entanto, que dos membros do Painel que se pronunciaram sobre estes dois tópicos²⁸, 25 no primeiro, e 26 no segundo, respectivamente 20 e 22 participantes não alteraram a sua apreciação na 3ª volta. Todas as mudanças de apreciação tenderam para a atribuição de um grau de prioridade mais elevado.

Apreciações da 3ª volta face às especialidades dos elementos do Painel.

Numa comparação às apreciações da 3ª volta face ao tipo de especialidade dos membros do Painel (i.e., psiquiatra, pedopsiquiatra, ou psiquiatra e pedopsiquiatra) encontramos diferenças significativas em 10 tópicos (Teste de *Kruskall-Wallis*; Tabela 11), nomeadamente: (1) "Uniformização de critérios de diagnóstico na área da saúde mental infantil-juvenil" ($\chi^2_k=7.184$; $p=0.028$); (2) "Organização e gestão dos registos clínicos em pedopsiquiatria" ($\chi^2_k=10.755$; $p=0.005$); (3) "Caracterização epidemiológica das perturbações mentais em Portugal" ($\chi^2_k=7.588$; $p=0.023$); (4) "Estudos catamnésicos das populações consultantes dos serviços/departamentos de pedopsiquiatria" ($\chi^2_k=11.287$; $p=0.004$); (5) "Repercussões da toxi-

²⁸ No final da 2ª volta constatámos que 22.6% ($n=7$) dos participantes optaram por não se pronunciarem sobre um ou mais tópicos de investigação (tendo este número oscilado entre 1 e 91 tópicos). Destes participantes, cinco não responderam a um número de tópicos que oscilou entre os 1 e 7 tópicos. Os restantes dois participantes, um não respondeu a 32 tópicos e o outro a 91 tópicos. Nenhum dos participantes apresentou uma justificação para a opção tomada. Apesar de não termos identificado nenhum padrão passível de justificar esta situação, numa análise ao caso do participante que não respondeu a 91 tópicos constatámos que daqueles a que este respondeu a maioria estavam relacionados com a sua área de intervenção profissional.

codependência parental nos filhos" ($\chi^2_k=7.046$; $p=0.030$); (6) "A eficácia do tratamento farmacológico antidepressivo em crianças e adolescentes vs eficácia nos adultos" ($\chi^2_k=8.695$; $p=0.013$); (7) "Indicação/eficácia da utilização de psicofarmacos em crianças" ($\chi^2_k=10.042$; $p=0.007$); (8) "Uso de psicotrpicos na infância e adolescência – suas repercussões no desenvolvimento" ($\chi^2_k=8.553$; $p=0.014$); (9) "Aspectos psicológicos do insucesso escolar" ($\chi^2_k=7.426$; $p=0.024$); e (10) "A depressão na infância e adolescência e a sua relação com as aprendizagens" ($\chi^2_k=8.132$; $p=0.017$).

Tabela 11 - Diferenças significativas nas apreciações da 3ª volta face ao tipo de especialidade

| Tópicos identificados | Ordenação média | | |
|--|-----------------|-------|-----------|
| | Psi* | Ped* | Psi & Ped |
| (1) Uniformização de critérios de diagnóstico na área da saúde mental infantil-juvenil** | 11.93 | 20.0 | 22.5 |
| (2) Organização e gestão dos registos clínicos em pedopsiquiatria | 11.31 | 22.25 | 23.0 |
| (3) Caracterização epidemiológica das perturbações mentais em Portugal** | 14.98 | 2.0 | 10.83 |
| (4) Estudos catamnésicos das populações consultantes dos serviços/departamentos de pedopsiquiatria | 10.95 | 21.17 | 22.83 |
| (5) Repercussões da toxicodependência parental nos filhos | 11.4 | 20.5 | 20.5 |
| (6) A eficácia do tratamento farmacológico antidepressivo em crianças e adolescentes vs eficácia nos adultos | 11.32 | 22.33 | 19.17 |
| (7) Indicação/eficácia da utilização de psicofarmacos em crianças | 11.07 | 24.0 | 19.17 |
| (8) Uso de psicotrpicos na infância e adolescência – suas repercussões no desenvolvimento | 11.43 | 23.5 | 17.33 |
| (9) Aspectos psicológicos do insucesso escolar | 11.95 | 14.5 | 23.67 |
| (10) A depressão na infância e adolescência e a sua relação com as aprendizagens | 12.02 | 18.17 | 23.67 |

* Psi=Psiquiatra, Ped=Pedopsiquiatra

** Tópico classificado como prioridade de investigação consensual.

Na maioria dos tópicos regista-se um valor mais alto da ordenação média junto dos membros do Painel que têm ambas as especialidades (Psiquiatria e Pedopsiquiatria) o que revela o grau de prioridade mais elevado que estes lhe atribuíram. Sobressai ainda o facto dos pedopsiquiatras apresentarem em alguns tópicos ordenações médias muito próximas dos participantes ao mesmo tempo especialistas em Psiquiatria e Pedopsiquiatria. O tópico (3) "Caracterização epidemiológica das perturbações mentais em Portugal" foi o único destes tópicos em que a atribuição de um grau de prioridade mais elevado se regista junto dos psiquiatras. Ainda ao nível deste tópico, de notar o valor extremamente baixo que a ordenação média assume junto dos pedopsiquiatras.

Apreciações da 3ª volta face à proveniência geográfica dos elementos do Painel

Ao compararmos as apreciações da 3ª volta face à zona de proveniência geográfica dos peritos (i.e., Norte, Centro ou Sul) encontrámos diferenças significativas em sete tópicos (Teste de *Kruskall-Wallis*; Tabela 12), nomeadamente: (1) "Avaliação/Gestão do risco clínico em psiquiatria" ($\chi^2_k=6.209$; $p=0.045$); (2) "Impacto dos novos modelos de empresarialização na prestação de cuidados aos doentes com perturbações mentais" ($\chi^2_k=8.272$; $p=0.016$); (3) "Demências: O seu impacto social face aos avanços terapêuticos expectáveis" ($\chi^2_k=6.024$; $p=0.049$); (4) "Factores de risco do suicídio no Alentejo" ($\chi^2_k=6.544$; $p=0.038$); (5) "Comportamentos de risco na adolescência preditivos da toxicodependência" ($\chi^2_k=7.718$; $p=0.021$); (6) "Utilização de psicofármacos nos cuidados de saúde primários" ($\chi^2_k=7.122$; $p=0.028$); e (7) "Reabilitação cognitiva em esquizofrenia" ($\chi^2_k=6.539$; $p=0.038$).

Tabela 12 - Diferenças significativas nas apreciações da 3ª volta face à zona de proveniência geográfica dos membros do Painel

| Tópicos identificados | Ordenação média | | |
|--|-----------------|--------|-------|
| | Norte | Centro | Sul |
| (1) Avaliação/Gestão do risco clínico em psiquiatria | 8.36 | 13.10 | 16.21 |
| (2) Impacto dos novos modelos de empresarialização na prestação de cuidados aos doentes com perturbações mentais | 6.43 | 16.10 | 15.35 |
| (3) Demências: O seu impacto social face aos avanços terapêuticos expectáveis | 10.0 | 19.3 | 12.19 |
| (4) Factores de risco do suicídio no Alentejo | 10.21 | 8.5 | 16.93 |
| (5) Comportamentos de risco na adolescência preditivos da toxicodependência* | 16.29 | 19.5 | 9.96 |
| (6) Utilização de psicofármacos nos cuidados de saúde primários | 8.36 | 19.3 | 13.08 |
| (7) Reabilitação cognitiva em esquizofrenia | 16.21 | 6.2 | 14.75 |

* Tópico classificado como prioridade de investigação consensual.

As ordenações médias de valor mais alto registaram-se maioritariamente junto dos membros do Painel da zona Centro tendo estes atribuído um grau de prioridade superior aos tópicos (2), (3), (5) e (6). Os elementos do Painel da zona Sul atribuíram por seu lado um grau de prioridades mais elevado aos tópicos (1) e (4), e os do Norte ao tópico (7).

Apreciações da 3ª volta face ao sexo dos elementos do Painel

Numa análise às apreciações da 3ª volta face ao sexo dos membros do Painel encontrámos diferenças significativas em seis tópicos (Teste de *Mann-Whitney*; Tabela 13), nomeada-

mente: (1) "Caracterização epidemiológica das perturbações mentais na infância e adolescência" ($Z=-2.453$; $p=0.014$); (2) "Influências culturais na saúde mental" ($Z=-2.078$; $p=0.038$); (3) "Psiconeuroendocrinologia na área do stress" ($Z=-2.585$; $p=0.010$); (4) "A depressão e suicídio na adolescência" ($Z=-2.057$; $p=0.040$); (5) "Inter-relação entre doença física e processos do foro psíquico" ($Z=-2.004$; $p=0.045$); e (6) "A depressão na infância e adolescência e a sua relação com as aprendizagens" ($Z=-2.145$; $p=0.032$).

Tabela 13 - Diferenças significativas nas apreciações da 3ª volta face ao género

| Tópicos identificados | Ordenação média | |
|---|-----------------|-------|
| | Masc | Fem |
| (1) Caracterização epidemiológica das perturbações mentais na infância e adolescência | 11.5 | 19.0 |
| (2) Influências culturais na saúde mental | 11.19 | 17.64 |
| (3) Psiconeuroendocrinologia na área do stress | 15.5 | 7.69 |
| (4) A depressão e suicídio na adolescência | 11.03 | 17.19 |
| (5) Inter-relação entre doença física e processos do foro psíquico | 10.82 | 16.57 |
| (6) A depressão na infância e adolescência e a sua relação com as aprendizagens | 11.92 | 18.17 |

Ao examinarem-se os valores das ordenações médias constata-se que, à excepção do tópico (3) "Psiconeuroendocrinologia na área do stress", os valores mais altos situam-se junto aos membros do Painel do sexo feminino, revelando o grau de prioridade mais elevado que estes membros lhe atribuíram.

Apreciações da 3ª volta face à formação complementar dos elementos do Painel.

Numa análise às apreciações da 3ª volta face à presença ou ausência de formação complementar encontrámos uma diferença estatisticamente significativa no tópico "Utilização terapêutica de estados modificados de consciência (hipnose, *propofol*, meditação)" (Teste de *Mann-Whitney*; $Z=-2.081$; $p=0.037$). A ordenação média mais elevada situou-se junto aos membros do Painel sem formação complementar traduzindo assim o grau de prioridade mais elevado que estes lhe atribuíram. Ao compararmos as apreciações dos membros do Painel com formação complementar face ao seus diversos níveis de formação complementar encontrámos diferenças significativas em seis tópicos (Teste de *Kruskall-Wallis*; Tabela 14), nomeadamente:

(1) "Psiquiatria comunitária vs Psiquiatria hospitalar" ($\chi^2_k=6.313$; $p=0.043$); (2) "Prevalência do consumo de álcool em cidadãos estrangeiros residentes no país" ($\chi^2_k=7.139$; $p=0.028$); (3) "Prevalência da esquizofrenia" ($\chi^2_k=5.984$; $p=0.05$); (4) "Influências culturais na saúde mental" ($\chi^2_k=6.880$; $p=0.032$); (5) Indicação/Eficácia da utilização de psicofármacos em crianças ($\chi^2_k=6.375$; $p=0.041$); e (6) "Modalidades de intervenção em crianças com problemas graves de comportamento" ($\chi^2_k=6.210$; $p=0.045$).

Tabela 14 - Diferenças significativas nas apreciações da 3ª volta face aos diversos níveis de formação complementar

| Tópicos identificados | Ordenação média | | |
|--|-----------------|-------|-------|
| | P-Grad* | Mest* | Dout* |
| (1) Psiquiatria comunitária vs Psiquiatria hospitalar | 11.5 | 8.25 | 4.81 |
| (2) Prevalência do consumo de álcool em cidadãos estrangeiros residentes no país | 10.25 | 10.25 | 4.63 |
| (3) Prevalência da esquizofrenia | 2.0 | 10.5 | 6.63 |
| (4) Influências culturais na saúde mental | 11.25 | 8.75 | 4.75 |
| (5) Indicação/Eficácia da utilização de psicofármacos em crianças | 11.5 | 8.0 | 4.88 |
| (6) Modalidades de intervenção em crianças com problemas graves de comportamento | 3.5 | 11.5 | 6.0 |

* P-Grad=Pós-Graduação; Mest=Mestrado; Dout=Doutoramento

À excepção do tópico (3) "Prevalência da esquizofrenia" os membros do Painel com um Doutoramento atribuíram um grau de prioridade mais baixo a todos estes tópicos, perceptível pelo valor mais baixo das ordenações.

Apreciações da 3ª volta face à sua situação perante a docência no ensino superior

Numa comparação às apreciações da 3ª volta face à sua situação perante a docência no ensino superior encontrámos diferenças significativas em cinco tópicos de investigação (Teste de *Kruskall-Wallis*; Tabela 15), nomeadamente: (1) "Psiquiatria comunitária vs Psiquiatria hospitalar" ($\chi^2_k=10.611$; $p=0.005$); (2) "A comorbilidade em toxicoddependência e suas consequências no prognóstico" ($\chi^2_k=6.545$; $p=0.038$); (3) "Evolução post-alta (6, 12, ... meses) do utente de serviços de apoio a toxicoddependentes" ($\chi^2_k=6.973$; $p=0.031$); (4) "Indicadores de boa (ou má) evolução em toxicoddependência" ($\chi^2_k=6.083$; $p=0.048$); e (5) "Influências culturais na saúde mental" ($\chi^2_k=10.085$; $p=0.006$).

Tabela 15 - Diferenças significativas nas apreciações da 3ª volta face à sua situação perante a docência no ensino superior

| Tópico identificado | Ordenação média | | |
|--|-----------------|-------------|-------|
| | Sim Reg.* | Sim Irreg.* | Não* |
| (1) Psiquiatria comunitária vs Psiquiatria hospitalar | 8.0 | 18.08 | 17.17 |
| (2) A comorbilidade em toxicodependência e suas consequências no prognóstico | 17.45 | 12.75 | 9.17 |
| (3) Evolução post-alta (6, 12, ... meses) do utente de serviços de apoio a toxicodependentes | 17.09 | 13.67 | 9.0 |
| (4) Indicadores de boa (ou má) evolução em toxicodependência | 16.27 | 15.08 | 9.06 |
| (5) Influências culturais na saúde mental | 8.59 | 19.67 | 14.06 |

* Exerce de forma regular (Sim Reg.); Exerce de forma irregular (Sim Irreg.); e Não exerce (Não)

Numa análise aos valores das ordenações médias destaca-se o posicionamento apresentado pelos membros do Painel que exerciam funções de docência de uma forma regular. Assim, se por um lado estes atribuíram um grau de prioridade mais elevado aos tópicos (2), (3) e (4), por outro atribuíram no conjunto um menor grau de prioridade aos tópicos (1) e (5).

Capítulo IV - Discussão

Tendo em vista um melhor enquadramento da discussão iniciamos este capítulo debruçando-nos sobre um conjunto de aspectos globais tais como a taxa de resposta e outros aspectos particulares relacionados com factores condicionantes das apreciações efectuadas aos tópicos de investigação. Debruçamo-nos posteriormente sobre o caso em que os tópicos de investigação com um grau de prioridade “muito prioritário” não reuniram consenso; sobre os tópicos de investigação com uma mediana inferior ao grau de prioridade “prioritário”; sobre as diferenças significativas registadas entre apreciações aos tópicos e ainda sobre os limites da investigação.

Aspectos globais

Apesar de uma taxa de resposta na 1ª volta de 48.1% revelar uma atrição elevada, de um modo geral a participação revelou-se bastante satisfatória, particularmente nas duas últimas voltas (83.8% na 2ª volta e 87.1% na 3ª volta). Estas diferenças entre taxas de resposta da 1ª volta para voltas subsequentes eram de certa forma expectáveis na medida em que alguns estudos que utilizaram uma abordagem metodológica semelhante à que utilizámos, por exemplo, os estudos de Iavicoli, Marinaccio, Vonesch, Ursini, Grandi, & Palmi (2001), Moreno-Casbas, *et al* (2001), Nunes (1995), Raskin (1994), registaram o mesmo tipo de fenómeno.

O facto de um número elevado de tópicos terem reunido consenso e de que, entre esses, 18 terem preenchido o critério para classificação enquanto “prioridade de investigação consensual” não significa que tenham sido encontradas as prioridades “certas” de investigação em saúde mental. Será necessário ter presente que essas prioridades traduzem o que um painel de psiquiatras e pedopsiquiatras, num dado intervalo temporal, face aos dados ou às percepções que dispunham, considerou serem as áreas de investigação mais prioritárias. Feita esta ressalva, não podemos no entanto ignorar que nove destes 18 tópicos foram “consensualizados” logo na 2ª volta, sem que tenha sido necessário a devolução ao Painel de nenhuma informação de *feedback* sobre o posicionamento do grupo em cada um desses tópicos.

Na 2ª como na 3ª volta solicitámos aos participantes que aquando das suas apreciações tivessem presente nas suas escolhas, entre outros factores que considerassem pertinentes, o potencial nelas contido para afectar positivamente os cuidados e o bem-estar dos utentes dos

serviços de saúde mental e ainda a capacidade de maximização dos recursos disponíveis. Curiosamente, constatámos que dos tópicos de investigação classificados como “prioridades de investigação consensual” cuja mediana correspondeu ao grau “extremamente prioritário”, nomeadamente os tópicos: (1) “Definição de indicadores de saúde mental das populações” (2) “Articulação dos hospitais com os cuidados de saúde primários” (3) “Caracterização epidemiológica das perturbações mentais em Portugal”, constituem medidas a decorrer, ou previstas, no âmbito das intervenções incluídas no Plano Nacional de Saúde. Quer esta situação possa estar ou não de algum modo relacionada com este Plano, é de destacar a sintonia entre as percepções do Painel e a importância/relevância destes que conduziu à sua inclusão no Plano Nacional de Saúde.

É ainda de destacar neste âmbito o grau de prioridade geralmente elevado, i.e., “muito prioritário” ou “extremamente prioritário”, que foi atribuído a tópicos de investigação que apontam para a necessidade de determinar a incidência, prevalência ou a caracterização de um dado risco. Um dos membros do Painel ao atribuir de um modo geral um grau de prioridade elevado a quase todos os tópicos inscritos sob a categoria “Investigação epidemiológica” fundamentava essa sua apreciação escrevendo “Ver *“Global Burden”*²⁹, está tudo lá”. Apesar de não dispormos de dados para fundamentar adequadamente esta relação, não deixa de ser revelador o facto de o tópico de investigação “Caracterização epidemiológica das perturbações mentais em Portugal” ter sido o único dos nove tópicos cuja mediana na 2ª volta correspondeu ao grau de prioridade mais elevado, i.e., “extremamente prioritário”.

No entanto, nem todos esses 18 tópicos obtiveram essa quase unanimidade. Alguns participantes manifestaram-se contra o grau de prioridade elevado que alguns deles obtiveram na 2ª volta. Assim, relativamente ao tópico “Tratamento e acompanhamento da doença mental nos Centros de Saúde” um participante argumentava “É sem dúvida uma preocupação, mas duvido que uma investigação inverta ou melhore o estado de coisas”. Uma das argumentações mais “contundentes” foi apresentada contra o tópico “Modelos de equipa de saúde mental” em que um dos participantes considerava que “num país sem uma qualquer política de saúde mental, será pura ignorância ter como prioridade o tópico (...)”. No extremo oposto outro participante entendia que em termos de investigação este tópico era “Decisivo num país em que vários aspectos da Lei de Saúde Mental não estão implementados”. Ainda sobre este tópico e numa perspectiva mais operacional outro participante considerava que “Com os escassos recursos humanos existentes actualmente é fundamental o trabalho em equipa”.

Merecedor de uma reflexão particular é a verificação de que a área da promoção e prevenção primária em saúde mental é a mais difícil de perceber nestas 18 prioridades de investigação, quer de forma explícita ou implícita. Essa particularidade surge do facto de que essa área é parte integrante das áreas funcionais dos serviços locais de saúde mental (organi-

²⁹ Referindo-se provavelmente ao estudo de Murray C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

zados sobre a forma de Departamento ou Serviço) consignadas no Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro, aos quais grande parte dos membros do Painel se encontram afectos. A área da promoção e prevenção primária em saúde mental está, no entanto, presente nos tópicos de investigação que não reuniram consenso com o grau de prioridade "muito prioritário" (Tabela 16), p. ex., "Educação para a saúde mental" e no âmbito dos tópicos que reuniram consenso com o grau "prioritário", p. ex., "As estratégias de *coping* na prevenção da doença física e psíquica". Terá esta situação ficado apenas a dever-se ao critério de consenso que estabelecemos? Ou terá o Painel considerado que investigação nesta área teria um potencial mais reduzido para afectar positivamente os cuidados aos utentes dos serviços? Não dispomos de dados que possam conduzir a hipóteses de resposta devidamente fundamentadas e no seguimento das quais se possam elaborar estudos adicionais que permitam responder a esta questão.

Numa análise às mudanças de apreciação entre a 2ª e da 3ª volta constatámos que cerca de 37.0% ($n=10$) dos participantes não procedeu a nenhuma alteração. Junto dos restantes participantes ($n=17$) registámos algumas variações acentuadas, nomeadamente entre participantes que alteraram duas apreciações e um outro que procedeu a 61 alterações (média=21.76; D.P.=17.51). Poderá a não alteração de nenhuma das apreciações, ou a alteração de um número reduzido, significar em termos individuais uma forte convicção ou "certeza" de quais as áreas de investigação que carecem de uma atenção prioritária? Ou, eventualmente, devido a compromissos de vária ordem estes membros do Painel não tiveram a disponibilidade necessária para reverem as suas apreciações e optaram pela alternativa "não tenho nada a alterar"? Da consulta que fizemos a alguns estudos que utilizaram a técnica Delphi não encontramos nenhuma alusão a este tipo de situações pelo que é difícil fazer comparações quanto à sua "normalidade". Não rejeitamos no entanto a hipótese de em alguns desses casos podermos estar perante um misto destas duas situações.

Relativamente ao participante que alterou 61 das suas apreciações constatámos que todas as mudanças tenderam para o interior do intervalo inter-quartis. Registámos ainda a mesma situação junto de um outro participante que alterou 47 das suas apreciações. De referir que nenhum destes dois participantes fundamentou alguma dessas mudanças de apreciação, nem a manutenção de outras apreciações. Relativamente a este aspecto constatámos que cerca de 59.3% ($n=16$) dos participantes da 3ª volta fundamentaram pelo menos uma das suas apreciações. De referir que junto dos participantes que não alteram nenhuma das suas apreciações iniciais, cinco deles fundamentaram a manutenção das suas apreciações, quer estas se situassem dentro, ou fora do intervalo inter-quartis. Na 2ª volta apenas 22.6% ($n=7$) dos participantes fundamentaram alguma das suas apreciações. Terão estas mudanças resultado de uma reflexão sobre o seu posicionamento face ao posicionamento do Painel? E por sua vez num abandono de posições relativamente menos importantes tendo em vista a procura de um consenso? Ou poderá esta ter sido uma forma de não se sentirem "obrigados" a justificar algumas das suas apreciações caso estas permanecessem fora do intervalo inter-quartis? Mais

uma vez não dispomos de dados em que nos possamos apoiar para responder a estas questões o que torna novamente clara a necessidade de estudos adicionais.

Constatámos ainda que algumas das prioridades de investigação identificadas neste estudo se revelaram similares a prioridades encontradas em outros estudos com objectivos e uma abordagem metodológica semelhante à que adoptámos. Referimo-nos nomeadamente aos trabalhos de Davidson, Merrit-Gray, Buchanan, & Noel, (1997) realizado em Inglaterra junto de clínicos gerais, psiquiatras, enfermeiros, responsáveis de instituições de caridade e utentes de serviços, e ao trabalho de James, *et al* (2002) que teve lugar no Canadá junto de um painel de profissionais de enfermagem. Mais concretamente, no estudo de Davidson pudemos encontrar o tópico “Que abordagens são mais eficazes para satisfazer as necessidades de doentes de evolução prolongada com graves problemas comportamentais?” que na nossa opinião é manifestamente semelhante ao tópico “Avaliação das necessidades de cuidados dos doentes mentais crónicos” por nós identificado. Ainda, o tópico “O interface ideal entre os cuidados de saúde primários e secundários” identificado por James, *et al*, parece-nos ter um conteúdo semelhante ao nosso tópico “Articulação dos hospitais com os cuidados de saúde primários”.

Fora do âmbito dos estudos que utilizaram técnicas de desenvolvimento de consenso para identificação de prioridades de investigação, encontramos nas recomendações de Bornemann & Gulbinat (2002) para a investigação em saúde mental, áreas de investigação similares a algumas por nós identificadas. Referimo-nos, por exemplo, a recomendações do tipo: identificar o número de pessoas que sofrem de distúrbios mentais que podem ser prevenidos, tratados ou geridos pelos doentes de forma a não se tornarem demasiado impeditivos de uma vida minimamente funcional; identificar quantas pessoas procuram ajuda para os seus problemas de saúde mental; centrar a investigação sobre grupos específicos (mulheres, adolescentes, migrantes, idosos, etc.); abuso de substâncias (incluindo a co-morbilidade); avaliar o custo-efectividade de tratamentos específicos e de serviços de saúde em contextos locais.

Tópicos de investigação com um grau de prioridade “muito prioritário” que não reuniram consenso

Apesar de não terem reunido consenso vários tópicos de investigação registaram um grau de prioridade idêntico à maioria dos tópicos que foram classificados de prioridades de investigação consensual (Tabela 16). Nesta medida impõe-se uma reflexão sobre os possíveis motivos pelos quais estes não reuniram consenso. Algumas das fundamentações de que alguns desses tópicos foram objecto na 3ª volta sugerem algumas pistas, apesar de nem todas serem particularmente reveladoras da possível linha de raciocínio que lhes possa ter estado subjacente.

Tabela 16 - Tópicos com grau de prioridade "muito prioritário" que não reuniram consenso (3ª volta).

-
- (1) Necessidades de formação dos clínicos gerais em psiquiatria;
 - (2) Modelos e estruturas de apoio na comunidade ao doente com esquizofrenia;
 - (3) Impacto dos novos modelos de empresarialização na prestação de cuidados aos doentes com perturbações mentais;
 - (4) Caracterização epidemiológica do abuso e dependência de álcool;
 - (5) A morbilidade psiquiátrica nos Sem-Abrigo;
 - (6) Caracterização epidemiológica da depressão na juventude;
 - (7) Caracterização epidemiológica das perturbações mentais na infância e adolescência
 - (8) Estudo longitudinal dos filhos de pais psicóticos;
 - (9) Avaliação da satisfação dos utentes dos serviços de saúde mental
 - (10) Avaliação dos instrumentos de aferição da qualidade de vida dos doentes psiquiátricos
 - (11) Prevenção primária em psiquiatria;
 - (12) Educação para a saúde mental;
 - (13) Custos directos e indirectos da doença psiquiátrica,
 - (14) A depressão e suicídio na adolescência;
 - (15) Intervenção precoce na psicose (1º episódio).
-

Assim ao nível do tópico (1) um participante considerava "que a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, no atendimento, na humanização e na economia de custos, passa obrigatoriamente pela formação dos clínicos gerais em Psiquiatria e Saúde Mental e no melhor conhecimento das ciências humanas (antropociências)". Na opinião de outro participante esta formação deveria incidir apenas ao nível da saúde mental pois "não se deve confundir, como é frequente, saúde mental com psiquiatria". Relativamente ao tópico (2) um participante considerava-o "Já muito estudado". Quanto ao tópico (3) um participante entendia que "o impacto vai ser obrigatoriamente negativo, na qualidade da assistência em geral e mais negativo na saúde mental". Um outro manifestava-se preocupado quanto aos efeitos desse impacto no seu Serviço "O economicismo já destruiu diversos serviços públicos excepcionais. O nosso pode ser mais um". Ao nível do tópico (5) um participante considerava que esta era "(...) uma população desconhecida para os meios científicos" sendo que os poucos dados disponíveis sugeriam a presença de uma elevada morbilidade psiquiátrica junto desta população motivo pelo qual lhe devia ser atribuído uma maior prioridade. Relativamente ao tópico (7) um participante questionava "A prevenção não deveria começar na infância? E para isso são necessários estudos epidemiológicos, para se poderem estabelecer medidas de prevenção".

Quanto ao tópico (15) um participante remetia para a informação já existente “Consulte-se a bibliografia e é evidente!”.

Tópicos de investigação com uma mediana inferior ao grau de prioridade “prioritário”

Na 3ª volta, cinco tópicos de investigação obtiveram uma mediana inferior ao grau de prioridade “prioritário”, nomeadamente os tópicos: (1) “A esquizofrenia: Doença ou constructo?!!!”; (2) Estudos imagiológicos (SPECT, PET, fMRI, etc.) nas toxicodependências”; (3) “Prevalência do consumo de álcool em cidadãos estrangeiros residentes em Portugal”; (4) “Os aspectos sociológicos da violência doméstica na população do Baixo Alentejo”; e (5) “Utilização terapêutica de estados modificados de consciência (hipnose, *propofol*, meditação)”. De notar que os tópicos (3) e (4) reuniram consenso.

Relativamente a estes tópicos colocam-se também várias questões. Desde logo, como deveremos interpretá-los? Serão estes menos importantes, ou apenas menos prioritários? Ou de alguma forma mais complexos, mais dispendiosos e, como tal, menos viáveis em termos de obtenção de financiamento para investigação? Estes tópicos para além de terem sido objecto de apreciações mais baixas foram ainda objecto de poucas fundamentações o que dificulta de forma adicional a sua interpretação. De facto apenas um destes tópicos foi comentado por dois membros do Painel, nomeadamente o tópico (1) que na 2ª volta um participante considerou representar uma discussão desnecessária, na medida em que considerava existirem critérios objectivos, “básicos” para a definição desta doença. Na 3ª volta um dos participantes, que lhe atribui o grau de prioridade “muito prioritário”, situado fora do intervalo inter-quartis, considerava a discussão necessária pois não conhecia nenhum critério objectivo básico para a fase iniciar do adoecer.

Diferenças significativas encontradas nas apreciações aos tópicos

Numa análise ao sentido das diferenças significativas encontradas na apreciação dos tópicos face ao tipo de especialidade dos membros do Painel constatámos que os participantes com as duas especialidades (i.e., psiquiatria/pedopsiquiatria) atribuíram um grau de prioridade mais elevado a quase todos os tópicos relacionados com temas de investigação da área da saúde mental infantil-juvenil. Nos restantes tópicos desta área foram os participantes com a especialidade de pedopsiquiatria que lhe atribuíram um maior grau de prioridade. No único dos tópicos em que foram os psiquiatras a atribuir um maior grau de prioridade, i.e., “Caracterização epidemiológica das perturbações mentais em Portugal” constatou-se que a ordenação média registada junto dos pedopsiquiatras assumiu, em termos comparativos com as dos outros dois

grupos de participantes, um valor muito baixo. Esta situação poderá eventualmente ser explicada pelo facto de na mesma categoria da Lista de Tópicos de Investigação existir um tópico de natureza semelhante mas directamente relacionado com a área de intervenção da pedopsiquiatria, nomeadamente o tópico "Caracterização epidemiológica das perturbações mentais na infância e adolescência", o que poderá ter conduzido a que este tenha sido privilegiado. Esta observação não é totalmente surpreendente na medida em que Murphy, *et al* (1998) encontraram referências a este tipo de situação em alguns estudos que utilizaram técnicas de desenvolvimento de consenso, alertando para o facto dos membros de uma dada especialidade tenderem a defender intervenções que envolvam a sua especialização. Isto poderá reflectir o seu maior conhecimento sobre as potencialidades de uma intervenção nessa área ou a sua perspectiva sobre estratégias alternativas, aspecto este ilustrado por um dos membros do Painel:

"Puxando a "brasa à minha sardinha", diria que todas as áreas que privilegiei são fundamentais, porque no nosso país pouco se liga à saúde mental infantil. A adolescência estará mais contemplada porque os seus comportamentos são mais gravosos."

Esta observação alerta para a necessidade de analisar o efeito que a composição do Painel pode ter na identificação de prioridades de investigação consensual.

Numa análise às diferenças significativas encontradas na apreciação aos tópicos face à zona de proveniência geográfica dos membros do Painel sobressai desde logo a maior prioridade atribuída ao tópico "Factores de risco no suicídio no Alentejo" pelos participantes da zona Sul. Este achado era em certa medida expectável e dificilmente poderá deixar de estar relacionado com a percepção da maior prevalência que este fenómeno assume na região do Alentejo. Relativamente às outras diferenças significativas não conseguimos identificar uma linha de raciocínio que poderá ter estado subjacente à atribuição de um maior ou menor grau de prioridade a esses tópicos. A presença de diferenças a este nível de análise foi um fenómeno que outros autores como Iavicoli, *et al* (2001) também encontraram no estudo que desenvolveram em Itália sobre prioridades de investigação em saúde ocupacional.

Ao nível das diferenças significativas encontradas na apreciação aos tópicos face ao sexo dos membros do Painel, constatámos que três dos cinco tópicos em que foram as participantes do sexo feminino a atribuir um grau de prioridade mais elevado estão relacionados com temas de investigação da área da saúde mental infantil-juvenil. A este achado não poderá ser alheio o facto da maioria dos membros do Painel com especialidade em pedopsiquiatria ou psiquiatria/pedopsiquiatria serem do sexo feminino. Se analisarmos ainda estas diferenças tendo presente a forma como as diferenças significativas se distribuíram aquando da comparação das apreciações face à especialidade dos membros do Painel esta relação torna-se ainda mais evidente. Um achado elucidativo desta relação é o facto de se ter encontrado diferenças signifi-

cativas no tópicos "A depressão na infância e adolescência e a sua relação com as aprendizagens" quando considerado por especialidade e género dos membros do Painel.

Passando para a análise às diferenças significativas encontradas na apreciação aos tópicos face à formação complementar dos membros do Painel, ao nível dos participantes com e sem formação complementar a única diferença encontrada situou-se no tópico "Utilização terapêutica de estados modificados de consciência (hipnose, *propofol*, meditação)", em que os participantes sem formação complementar lhe atribuíram um grau de prioridade mais elevado. Hipóteses que podem justificar estas diferenças podem, por exemplo, estar relacionadas com o facto de os participantes sem formação complementar sentirem que poderiam complementar as suas formações com conhecimentos nestas áreas eventualmente menos utilizadas, ou ainda, por estes participantes pertencerem eventualmente a uma geração mais nova e, porventura, mais aberta a questões menos convencionais.

Ao analisarmos as diferenças significativas encontradas junto dos membros do Painel com formação complementar constatámos que nenhum dos tópicos com apreciações mais elevadas se localizou junto dos participantes com um doutoramento, tendo-se todas elas situado ou junto dos participantes com uma pós-graduação ou com um mestrado. Uma hipótese que possa eventualmente responder a esta questão tem a ver com a possibilidade de as pessoas com Doutoramento terem interesses relacionados com aspectos mais concretos e conducentes a resultados com uma aplicabilidade mais imediata e os outros ainda terem uma visão mais generalista.

Ao examinarmos as diferenças significativas encontradas nas apreciações aos tópicos face à situação dos membros do Painel perante a docência no ensino superior o sentido das diferenças encontradas parece sugerir que os participantes que exerciam este tipo de funções de forma regular atribuíram um grau de prioridade mais elevado a aspectos de ordem mais "operacional" e menos "filosófica" do que aqueles que não exerciam, ou exerciam com uma frequência irregular. Esta constatação permite-nos chamar a atenção para um aspecto que nos parece interessante que tem a ver com o facto de o sentido das diferenças verificadas neste critério ser semelhante ao registado nas comparações entre os participantes com diferentes níveis de formação complementar.

Limites da investigação

No presente trabalho identificámos algumas limitações que consideramos ser necessário explicitar para uma mais adequada interpretação aos resultados. Algumas delas deverão merecer uma especial atenção aos investigadores que equacionem a hipótese de desenvolver trabalhos com objectivos e metodologia semelhante à que adoptámos para o presente estudo.

Uma dessas limitações tem a ver com o facto de que alguns dos membros do Painel consideraram a lista de tópicos de investigação, colocada para sua apreciação, como sendo

muito extensa. Em virtude da opção tomada de alterar o mínimo possível a redacção dada originalmente aos tópicos de investigação pelos seus autores esta situação era em parte expectável. Este foi aliás um dilema que enfrentámos em várias ocasiões, de uma forma mais particular junto aos tópicos que distribuámos sobre a categoria "Investigação Epidemiológica". Nesta, e noutras ocasiões, optámos muitas vezes por manter alguns desses tópicos separados na medida em que entendemos ser interessante averiguar a existência ou não de diferenças de apreciação entre tópicos aparentemente semelhantes. Poderíamos ter optado por uma maior agregação desses tópicos conduzindo desta forma a uma redução do número de tópicos a incluir na lista a enviar ao Painel. Apesar de em várias ocasiões as diferenças encontradas justificarem algumas das opções que tomámos consideramos que em futuros estudos nesta área os investigadores terão que chegar a soluções de compromisso entre, por um lado um esforço de agregação de tópicos aparentemente similares sob um único tópico, de modo a não tornar o questionário excessivamente longo, correndo o risco de uma eventual perda de informação que daí possa decorrer, ou, por outro, manter os tópicos tal qual foram recebidos, ou com um mínimo de tratamento, correndo assim o risco de chegar a questionários de tal forma longos que acabam por se tornarem cansativos e desmotivadores.

Se bem que possamos através de um análise visual ao grau de prioridade atribuído aos diferentes tópicos de investigação afirmar que alguns participantes "interiorizaram" a necessidade de priorizar, de fazer escolhas, verbalizado por exemplo por um dos participantes que num comentário geral às apreciações de grupo da 2ª volta, escrevia "Se tenho de estabelecer prioridades não posso dar a todos os itens a mesma classificação, ou mesmo classificações semelhantes". Outros no entanto parecem ter tido alguma dificuldade em efectuar essas escolhas, situação que é possível ilustrar pelas observações de dois dos participantes:

"Não posso considerar "pouco" ou "nada" prioritário qualquer investigação na área da saúde mental. Perante os poucos estudos realizados no nosso meio sócio cultural, precisamos de seguir directrizes de outros países com uma realidade por vezes muito diferente da existente em Portugal.

"O deslocamento da pontuação para a direita (pontuação mais elevada) resulta não só da pertinência do tema como da quase ausência de estudos nacionais pelo que não há valores de referência para a população portuguesa."

Esta "relutância" em atribuir graus de prioridade mais baixos é também perceptível pelo facto de que em 110 tópicos de investigação apenas cinco obtiveram uma mediana inferior a três (que representava o valor da opção central da escala Likert). Deste modo em futuros exercícios desta natureza consideramos ser conveniente indicar ao Painel um valor máximo e mínimos do que será o intervalo desejável do número de tópicos para inclusão numa agenda de investigação. Outra das alternativas poderá passar pelo recurso a escalas Likert com mais opções, e eventualmente com um número de opções par, "forçando" deste modo os participantes a escolher entre opções favoráveis ou desfavoráveis.

Outra das situações que nos colocou dificuldades adicionais à interpretação dos resultados ficou-se a dever ao facto de na 1ª volta, aquando do envio aos participantes da “Ficha de Caracterização Individual” (Anexo H), inadvertidamente não especificámos o sentido em que a opção “exercício de docência de forma regular/irregular” deveria ser considerada. Assim um participante ao assinalar uma destas opções poderia estar a referir-se ao exercício de funções de docência com um regularidade de uma ou duas aulas por semana, por mês, ou por semestre.

A opção, por motivos anteriormente descritos, pela constituição de um Painel composto apenas por psiquiatras e pedopsiquiatras permite apenas averiguar a consonância e dissonância entre dois dos vários *stakeholders* da área da saúde mental. Um dos passos desejáveis num eventual prosseguimento do presente estudo seria o de equacionar o envolvimento de outros *stakeholders*. A análise dos resultados dos estudos de Davidson, et al (1997) e James, et al (2002) leva-nos a crer que o perfil de prioridades identificados poderia ser diferente se as opiniões de outros grupos tivessem sido consideradas.

Conclusões e recomendações

Talvez uma boa forma de iniciarmos esta parte do nosso trabalho em que procuramos de alguma forma chegar a algumas ideias à laia de conclusão, apesar de estarmos conscientes de que o trabalho de investigação é uma tarefa em constante devir, será o de lembrarmos a interessante ideia de Eisenberg, Good, & Kleinman (1995): “a ignorância é mais dispendiosa que o conhecimento”. Contudo, chegados a este ponto, constatamos que os resultados que obtivemos colocam-nos mais questões do que aquelas para as quais conseguimos encontrar uma resposta. Estas duas ideias estão de alguma forma relacionadas, pois o avanço do conhecimento científico assenta fundamentalmente na capacidade para colocar questões pertinentes.

O facto de à partida não termos encontrado nenhum estudo que se tivesse debruçado sobre a questão da definição de prioridades de investigação em saúde mental em Portugal obrigou a que nos víssemos limitados à literatura estrangeira para tentar perspectivar o que poderia ser expectável ou não em termos de resultados. Em virtude da pouca informação disponível para caracterização do estado da saúde mental na população portuguesa, esperávamos com alguma naturalidade que esta poderia ser uma das áreas de investigação a ser considerada prioritária pelo Painel. Esta suposição acabou de alguma forma por se verificar, por exemplo, através do maior grau de prioridade atribuído a tópicos de investigação relacionados com a caracterização epidemiológica da população portuguesa, e à definição de indicadores para monitorização do estado da saúde mental.

O facto de a maioria dos elementos do Painel ocuparem posições hierárquicas de topo terá levado à atribuição de maior prioridade a muitos tópicos relacionados com preocupações ao nível da organização e gestão de recursos, o que era também em parte expectável.

Ao analisarmos a totalidade dos tópicos de investigação produzidos pelo Painel constatámos que nenhum desses 110 tópicos sugere investigações sobre modalidades de apoio de cariz não-profissional, como por exemplo os grupos de ajuda-mútua. Este facto parece-nos curioso, em parte devido ao interesse crescente que este tipo de modalidade de apoio tem vindo a assumir em alguns países, nomeadamente nos EUA, devido ao trabalho desenvolvido por estas organizações no combate ao estigma associado à doença mental e para uma maior adequação dos serviços de saúde mental, da legislação e da investigação às necessidades dos seus membros (US Department of Health and Human Services, 1999). Os dados que recolhemos não nos indicam possíveis pistas para a compreensão deste facto, podemos no entanto especular

sobre alguns possíveis motivos para esta situação, desde os participantes não considerarem esta área de investigação como prioritária, ou eventualmente ser uma área em Portugal ainda numa fase de consolidação, ou a percepção de que esta terá um potencial mais reduzido, para afectar a prestação de cuidados à população.

As prioridades de investigação consensual que identificámos na sua maioria podem ser enquadradas nas categorias da investigação epidemiológica, da organização e prestação de cuidados e da identificação de necessidades. Parece-nos, ainda assim, importante fazer notar que as reflexões e medidas para a acção na área da investigação em saúde mental, resultam de um painel de psiquiatras e pedopsiquiatras. Contudo, se adoptarmos uma perspectiva mais geral da saúde mental, constatamos que neste campo interagem vários outros actores para além de psiquiatras e pedopsiquiatras. Entendemos por isso ser necessário alargar este tipo de investigação a esses actores como forma de averiguar a convergência e/ou divergência de perspectivas e a oportunidade de desenvolver uma agenda de investigação comum.

Alcançar uma agenda conjunta não é um processo fácil mas, se juntarem forças, os grupos de *advocacy*³⁰ em saúde mental poderão mais facilmente igualar a influência de muitos outros lóbis da saúde. Consideramos, tal como Mechanic (1994), que ao concordarem em discordar, centrando-se nos elementos comuns de uma agenda que todos possam apoiar, estes grupos poderão viabilizar a definição de uma agenda da investigação em saúde mental, tornando-a mais visível ao público em geral, aspecto este que não é de somenos importância na medida em que tem vindo a ser demonstrado que a visibilidade social de um problema poderá também determinar a sua colocação nas agendas dos decisores (Peters, 1999).

O recurso à técnica Delphi revelou-se um instrumento fundamental para a prossecução dos objectivos que nos propusemos alcançar, na medida em que, face à necessidade de auscultação das opiniões de profissionais de saúde oriundos de várias zonas do país, não implicou a necessidade de deslocação dos participantes nem de compatibilização das suas agendas. O contrário aconteceria se tivéssemos optado por outras técnicas de desenvolvimento de consenso, tais como a técnica do Grupo Nominal ou a Conferência de Consenso, o que, face aos condicionalismos temporais impostos a este trabalho, as tornaria opções menos viáveis.

As diferenças significativas encontradas na comparação das apreciações do Painel face a algumas características dos seus membros, alertam-nos para a possível influência da composição do Painel nos resultados. Com efeito, factores como a especialidade e nível de habilitação académica, entre outros aspectos, poderão influenciar o conjunto final de prioridades de investigação que venham a ser identificadas através de uma técnica com estas características.

No seu relatório de 2002, o Fórum Global elaborou um conjunto de recomendações dirigidas aos defensores da investigação com as quais esta organização considera que estes se

³⁰ O conceito de *advocacy* pode ser definido como o acto de alegar ou argumentar a favor de algo, tal como uma causa, ideia ou política [*The American Heritage Dictionary of English Language*, 4th Edition, disponível em <http://www.bartleby.com/61/67/A0106700.html> (31.12.2003)], estando geralmente relacionado com uma postura activista, que se espera conduzida de boa-fé [*Wikipedia: The free encyclopedia*, disponível em <http://en.wikipedia.org/wiki/Advocacy.html> (31.12.2003)].

deverão comprometer, de modo a contrariar a percepção de “torre de marfim” que muitos responsáveis políticos e outros decisores têm da investigação. Apesar de, na sua globalidade, essas recomendações terem sido formuladas com um carácter genérico para serem tidas em consideração por todos os investigadores na área da saúde, entendemos que algumas delas devem merecer especial atenção por parte dos investigadores em saúde mental, nomeadamente: (1) demonstrar que o melhor conhecimento disponível está a ser aplicado na procura de novas intervenções; (2) demonstrar a abordagem multisectorial da investigação em curso (incluindo factores comportamentais, culturais, biomédicos; ambientais, educacionais, políticos e macro económicos) e apontar para a selecção do projecto com uma melhor relação custo-efectividade; (3) transformar o novo conhecimento em políticas; (4) medir a efectividade das novas políticas e revê-las se necessário; e (5) medir a melhoria do estado de saúde da população, particularmente das mais pobres (Global Forum for Health Research, 2002).

Schardt (2000) sugere que uma das formas de fazer com que os resultados de projectos de investigação sejam devidamente considerados passará, entre várias outras estratégias possíveis, por apresentar aos decisores os resultados alcançados numa base regular e dinâmica, não ficando à espera que estes solicitem essas informações, adoptando ao mesmo tempo um estilo de redacção que se mantenha “directo e simples” de modo a que encoraje a sua utilização.

Este é um desafio que os investigadores em saúde mental também deverão enfrentar de modo a que os resultados dos seus estudos possam ser devidamente considerados nos processos de decisão. Esta medida é na nossa opinião uma questão crucial no momento em que em Portugal surgiu um debate, a que já anteriormente nos referimos, ilustrado pela iniciativa conjunta do INSA e da FCT com vista a avaliar o interesse e oportunidade de desenvolver em Portugal um sistema de investigação em saúde. Com efeito, colocam-se desafios adicionais aos defensores da saúde mental na medida em que lhes competirá assegurar que este campo da saúde seja devidamente considerado no âmbito das iniciativas que se avizinham tendo em vista a elaboração e definição de um agenda de investigação em saúde em Portugal, de modo a evitar que esta continue a sua já longa história de marginalização e subvalorização a que tantas vezes tem sido remetida.

Por outro lado, apesar de gradualmente em termos internacionais se começar a reconhecer que é fundamental identificar áreas de investigação prioritária, será necessário ter em consideração que muitas vezes os avanços no conhecimento provêm de estudos que foram inspirados por interesses pessoais dos investigadores que poderão situar-se em áreas de investigação nesse momento consideradas como não prioritárias. Deste modo surge assim a necessidade de estabelecer um equilíbrio entre a afectação de verbas para áreas de investigação consideradas prioritárias e a disponibilização em termos do orçamento para I&D de verbas para investigação “não prioritária” mas que em termos científicos possa ser relevante para o avanço do conhecimento.

Conflitos de interesse

Não identificámos nenhum interesse económico, institucional, profissional ou político que possa interferir no resultado deste trabalho.

Referências

- Abel-Smith, B., Figueras, J., Holland, W., McKee, M., & Mossialos, E. (1995). Establishing priorities in practice. In *Choices in health policy: An agenda for the European Union* (Cap. 5-6, pp. 67-100). Aldershot: Dartmouth.
- Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Interventions Options (1996). *Investing in health research and development* (Document TDR/Gen/96.01). Geneva: World Health Organization.
- Anderson, L. W. (1990). Likert scales. In H. J. Walberg, & G. D. Haertel (Eds.), *The international encyclopedia of educational evaluation* (pp. 334-335). Oxford: Pergamon Press.
- Barry, K. L., Blow, F. C., Dornfeld, M., & Valenstein, M. (2002). Aging and schizophrenia: Current health services research and recommendations. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 15 (3), 121-127.
- Beretta, R. (1996). A critical review of the Delphi technique. *Nurse Researcher*, 3 (4), 79-89.
- Bettcher, D. W., Sapirie, S., & Goon, E. H. T. (1998). Essential public health functions: Results of the international Delphi study. *World Health Statistical Quarterly*, 51, 44-54.
- Bijl, R. (1996). The use of the Delphi method in construing scenarios on the future of mental health and mental health care. In M. Adler, & E. Ziglio (Eds.), *Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health* (pp. 133-155). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bond, S., & Bond, J. (1982). A Delphi survey of clinical nursing research priorities. *Journal of Advanced Nursing*, 7 (6), 565-575.
- Bornemann, T., & Gulbinat, W. (2002). Mental health and neurological disorders. In Global Forum for Health Research (Org.), *The 10/90 report on health research (2001-2002)*. Geneva: Global Forum for Health Research.
- Bowling, A. (2000). *Research methods in health-investigating health and health services* (pp. 362-365). Buckingham: Open University Press.
- Callahan, D. (1994). Setting mental health priorities: Problems and possibilities. *Milbank Quarterly*, 72 (3), 451-470.
- Campbell, S. M., Cantrill, J. A., Roberts, D. (2000). Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. *British Medical Journal*, 321, 1-5.
- Cantrill, J. A., Sibbald, B., & Buetow, S. (1996). The Delphi and nominal group techniques in health services research. *International Journal of Pharmacy Practice*, 4, 67-74.
- Clayton, M. J. (1997). Delphi: A technique to harness expert opinion for critical decision-making tasks in education. *Educational Psychology*, 17 (4), 373-386.
- Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Responding to the burden of mental illness*. Working paper series (nº. WG1:12). [Disponível em http://www.cmhealth.org/docs/wg1_paper12.pdf (23.07.2003)].
- Cordeiro, J. D. (1994). *A saúde mental e a vida* (3ª edição). Lisboa: Edições Salamandra.

- Crisp, J., Pelletier D., Duffield, C., Nagy, S., Adams, A. (1999). It's all in a name: When is a "Delphi study" not a Delphi study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 16 (3), 32-37.
- Curado, A. P. (2000). Profissionalidade dos docentes: Que avaliar? Resultados de um estudo interactivo de Delphi. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management Science*, 9 (3), 458-467.
- Davidson, P., Merritt-Gray, M., Buchanan, J., & Noel, J. (1999). Voices from practice: Mental health nurses identify research priorities. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11 (6), 340-345.
- Direcção-Geral da Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: Ponto de situação* (Relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde). Lisboa: DGS.
- Dresser, R. (1998). Setting priorities for science support. *The Hastings Center Report*, 28 (3), 21-23.
- Dutta, P. K. (1993). Scope of health systems research in Child Survival and Safe Motherhood programme. *Indian Journal of Maternal and Child Health*, 4 (2), 38-41.
- Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). An Agenda for research: Why do research?. In *World mental health: Problems and priorities in low-income countries* (Cap. 12, pp. 279-293). New York: Oxford University Press.
- Erffmeyer, R. C., Erffmeyer, E. S., & Lane, I. M. (1986). The Delphi technique: An empirical evaluation of the optimum number or rounds. *Group and Organisational Studies*, 11, 120-128.
- Essock, S. M. (1999). State-of-the-art challenges for mental health services research. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2, 9-12.
- European Opinion Research Group (2003). *The mental health status of the European population* (Eurobarometer 58.2). [Disponível em http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinant/s/life_style/mental_eurobaro.pdf (18.06.2003)].
- Fiander, M., Burns, T. (2000). A Delphi approach to describing service models of community mental health practice. *Psychiatric Services*, 51 (5), 656-658.
- Fiander M., & Burns, T. (1998). Essential components of schizophrenia care: A Delphi approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 400-405.
- Global Forum for Health Research (2002). *The 10/90 report on health research (2001-2002)*. Geneva: Global Forum for Health Research.
- Global Forum for Health Research (2001). *Monitoring financial flows for health research*. Geneva: Global Forum for Health Research.
- Global Forum for Health Research (1999). *The 10/90 report on health research (1999)*. Geneva: Global Forum for Health Research.
- Goodman, C. M. (1987). The Delphi technique: A critique. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 729-734.
- Greatorex, J., & Dexter, T. (2000). An accessible analytical approach for investigating what happens between the rounds of a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 1016-1024.
- Harrington, J. M. (1996). Research priorities in occupational medicine: A survey of United Kingdom personal managers. *Occupational and Environmental Medicine*, 53, 642-644.

- Harrington, J. M. (1994). Research priorities in occupational medicine: A survey of United Kingdom medical opinion by the Delphi technique. *Occupational and Environmental Medicine*, *51*, 289-294.
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, *32* (4), 1008-1015.
- Iavicoli, S., Marinaccio, A., Vonesch, N., Ursini, C. L., Grandi, C., & Palmi, S. (2001). Research priorities in occupational health in Italy. *Occupational Environmental Medicine*, *58*, 325-329.
- INSA/FCT (2003). Seminário "Falta-nos um sistema nacional de investigação em saúde?: programa e objectivos" - Lisboa, INSA, 6 de Outubro de 2003 (Desdobrável). Lisboa: Fundação para a Ciência e a Tecnologia e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- James, P., Aitken, P., Burns, T. (2002). Research priorities for primary care mental health: A Delphi exercise. *Primary Care Psychiatry*, *8* (1), 27-30.
- Jones, J., & Hunter, D. (1999). Using the Delphi and nominal group technique in health services research. In C. Pope, & N. Mays (Eds.), *Qualitative research in health care* (second edition). London: BMJ Books.
- Jones, J., & Hunter, D. (1995). Qualitative research: Consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*, *311*, 376-380.
- Justo, C. (1995). Critérios consensuais da qualidade do desempenho dos centros de saúde - metodologia de combinação da técnica Delphi com a opinião de informadores-chave da comunidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *13* (4), 31-47.
- Justo, C. (1993). Critérios consensuais da qualidade do desempenho dos centros de saúde - metodologia de combinação da técnica Delphi com a opinião de informadores-chave da comunidade. *Tese de Doutoramento* apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Kirkwood, M., Wales A., & Wilson, A. (2003). A Delphi study to determine nursing research priorities in the North Glasgow University Hospitals NHS Trust and the corresponding evidence base. *Health Information and Libraries Journal*, *20* (Suppl. 1), 53-58.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E., & Lehtinen, V. (Eds.) (2000). *Public health approach on mental health in Europe* [On-line]. Helsinki: STAKES, National Research and Development Centre for Welfare and Health. [Disponível em <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/public2.pdf> (15-06-2002)].
- Lomas, J., Fulop, N., Gagnon, D., & Allen, P. (2003). On being a good listener: Setting priorities for applied health services research. *Milbank Quarterly*, *81* (3), 363-388.
- Mac-Bride, S. & Cano-Vindel, A. (2003). The consumption of anti-stress drugs in Portugal: a critical review. Comunicação formato poster apresentada na 24th *International Conference of The Stress and Anxiety Research Society (STAR)*, Lisboa, Portugal, 10-12 Julho.
- McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique: A worthwhile approach for nursing? *Journal of Advanced Nursing*, *19*, 1221-1225.
- Mechanic, D. (1996). Emerging issues in international mental health services research. *Psychiatric Services*, *47* (4), 371-375.
- Mechanic, D. (1994). Establishing mental health priorities. *Milbank Quarterly*, *72* (3), 501-514.
- Ministério da Saúde (2003). *Contributos para um Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas*. [Disponível em http://www.dgsaude.pt/dgs/p_na_saude.pdf (31.05.2003)].
- Ministério da Saúde (2001). *Preparar o futuro: Linhas de acção*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde (1999). Saúde um compromisso: A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Moreno-Casbas, T., Martin-Arribas, C., Orts-Cortes, I., & Comet-Cortes, P. (2001). Identification of priorities for nursing in Spain: A Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (6), 857-863.
- Murphy, M. K., Black, N. A., Lamping, D. L., McKee, C. M., Sanderson, C. F. B., Ashkam, J., & Marteau, T. (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment*, 2 (3).
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). Global patterns of cause of death and burden of disease in 1990, with projections to 2020. In Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Interventions Options, *Investing in health research and development* (pp. 133-185). Geneva: World Health Organization.
- Murray, C. J. L., Lopez, A. D., Mathers, C. D., & Stein, C. (2001). *The Global Burden of Disease 2000 project: Aims, methods and data sources* (Global Programme on Evidence for Health Policy - Discussion Paper No. 36). Geneva: World Health Organization.
- Norquist, G. (1997). The future of mental health services research. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 6 (1), 24-28.
- Nunes, L. (1995). Síndrome de Down: Plano de cuidados de saúde entre 1 e 4 anos. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 26 (1-2), 29-32.
- Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na saúde* (pp.145-150). Lisboa: McGraw-Hill.
- Observatório das Ciências e Tecnologias (2002). *Ciência e tecnologia: Principais indicadores estatísticos 2002*. Lisboa: Observatório das Ciências e Tecnologias
- Ornelas, J. (1996). Sistemas de suporte comunitário. *Análise Psicológica*, 2-3 (14), 331-339.
- Pereira, J. (1992). *Economia da saúde: Glossário de termos e conceitos* (Documento de trabalho 1/93). Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Peters, B. G. (1999). Agenda setting and public policy. In B. G. Peters, *American public policy: Promise and performance* (pp. 39-62). Chatham, NJ: Chatham House.
- Raskin, M. S. (1994). The Delphi study in field instruction revisited: Expert consensus on issues and research priorities. *Journal of Social Work Education*, 30, 75-89.
- Rotondi, A., & Gustafson, D. (1996). Theoretical, methodological and practical issues arising out of the Delphi method. In M. Adler, & E. Ziglio (Eds.), *Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health* (pp. 34-55). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rowe, G., Wright, G., & Bolger, F. (1991). Delphi: A re-evaluation of research and theory. *Technological Forecasting and Social Change*, 39, 235-251.
- Rubin, S. E., McMahon, B. T., Chan, F. (1998). Research directions related to rehabilitation practice: A Delphi study. *Journal of Rehabilitation*, 64 (1), 19-26.
- Sadhra, S., Beach, J. R., Aw, T. C., Sheikh-Ahmed, K. (2001). Occupational health research priorities in Malaysia: A Delphi study. *Occupational and Environmental Medicine*, 58, 426-431.
- Saraceno, B., & Bertolote, J. (2001). Organismes internationaux et politique de santé mentale. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Psychiatrie, 37-960-A-20)*. Paris: Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS.
- Schaller, G., & Fournier, P. (1998). Les priorités de prévention en santé mentale à Genève : Une enquête par méthode Delphi. *Santé Publique*, 10 (2), 191-201.

- Schardt, S. (2000). Communicating research findings to policy-makers. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Ed.), *Evaluation: A key tool for improving drug prevention* (pp. 107-111). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Schmidt, R. C. (1997). Managing Delphi surveys using nonparametric statistical techniques. *Decision Sciences*, 28 (3), 763-774.
- Schneider, M. (2001). *The setting of health research priorities in South Africa*. [Disponível em <http://www.mrc.ac.za/bod/healthpriorities.pdf> (02.01.2004)].
- Silva, A. M. S. (1990). Metodologia da identificação das necessidades de formação em saúde escolar (Comparação de dois métodos: Painel Delphi e técnica de grupo nominal). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8 (2), 45-57.
- Snider, D. E., & Stroup, D. F. (1997). Defining research when it comes to public health. *Public Health Reports*, 112 (1), 29-32.
- Stewart, J. (2001). Is the Delphi technique a qualitative method? *Medical Education*, 35, 922-923.
- Sumsion, T. (1998). The Delphi technique: An adaptive research tool. *British Journal of Occupational Therapy*, 61 (4), 153-156.
- Suwanwela, C., & Dharmkrong-At, A. (1982). Health system research on diarrhoeal diseases in primary health care. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine & Public Health*, 13 (3), 483-487.
- Task Force on Health Research for Development (1991). *Essential national health research (ENHR): A Strategy for Action in Health and Human Development*. Geneva: United Nations Development Programme.
- Taylor, C. E. (1984). *The uses of health systems research*. Geneva: World Health Organization.
- Toward, J. I., & Ostwald, S. K. (2002). Exploring mental health service needs for the elderly: Results of a modified Delphi. *Community Mental Health Journal*, 38 (2), 141-149.
- Turoff, M., & Hiltz, S. R. (1996). Computer-based Delphi processes. In M. Adler, & E. Ziglio (Eds.), *Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health* (pp. 56-85). London: Jessica Kingsley Publishers.
- US Department of Health and Human Services (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- US National Advisory Mental Health Council's (1999). *Bridging science and service* (NIH Publication No. 99-4353: Clinical Treatment and Services Research Workgroup). Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- Walker, L., Baker, P., Pearson, P. (2000). The required role of the psychiatric-mental health nurse in primary health care: An augmented Delphi study. *Nursing Inquiry*, 7 (2), 91-102.
- Whitman, N. I. (1990). The committee meeting alternative: Using the Delphi technique. *Journal of Nursing Administration*, 20 (7/8), 30-36.
- WHO (2002). Mental health global action programme (mhGAP): Close the gap, dare to care. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001a). The world health report - 2001: Mental health (New understanding, new hope). Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001b). Project Atlas: Mental health resources in the world. Geneva: World Health Organization.

- WHO (1984). Glossary of terms used in the "Health for All" series N°. 1-8. Geneva: World Health Organization.
- Woudenberg, F. (1991). An evaluation of Delphi. *Technological Forecasting and Social Change*, 40, 131-150
- Young, W. H., & Hogben, D. (1978). An experimental study of the Delphi technique. *Education Research Perspective*, 5, 57-62.
- Ziglio, E. (1996). The Delphi method and its contribution to decision-making. In M. Adler, & E. Ziglio (Eds.), *Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health* (pp. 3-33). London: Jessica Kingsley Publishers.

Anexos