



Diagnóstico Social Área da Saúde Mental

Março 2013

**Secretariado Técnico da Rede Social de Setúbal:
Dra. Fernanda Nogueira, Câmara Municipal de Setúbal, Divisão de Inclusão Social**

GAAISS – Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde

Diagnóstico da Saúde Mental

Análise dos resultados do workshop do sector de Saúde Mental

No âmbito da actualização do Diagnóstico Social do Concelho de Setúbal foi decido pelo Conselho Local de Acção Social da Rede Social aprofundar através de um diagnóstico sectorial a temática da Saúde Mental, considerando a realidade do Concelho. Este documento procura reunir e sistematizar um conjunto de informação e reflexões sobre esta temática, a partir do Workshop sectorial sobre o tema, e com os contributos do GAISSS - Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde, que no concelho intervem nesta matéria.

O Workshop específico sobre a problemática da Saúde Mental realizou-se em 26 de Janeiro de 2011 e os 6 participantes, técnicos que trabalham na área social e/ou de Saúde no Concelho, identificaram e pontuaram os problemas/potencialidades de acordo com a importância que lhes atribuíram, o que está representado no quadro abaixo, sendo que 15 outras questões não foram pontuadas.

As questões identificadas de forma a facilitar a análise, foram organizadas por temas e neste workshop foram identificados quatro “Nuvens” considerando os temas que abordam. A nuvem mais pontuada, ou seja aquela a que foi atribuída maior relevância, foi a que agrega as questões sobre “Integração Ocupacional” (score de 29,9%) e todas as questões identificadas foram problemas, que se reportam à ausência de recursos para a ocupação/formação e emprego de pessoas com problemas de saúde mental.

A nuvem que aparece em 2º lugar com maior pontuação, agrega as questões da “Comunidade” e identifica maioritariamente questões positivas, principalmente a existência de um GT interinstitucional no concelho que intervém no âmbito da saúde mental, e a maior sensibilização da comunidade para o problema. Esta foi também a única nuvem que identifica questões positivas/potencialidades, 4 de um total de 14 questões pontuadas.

A duas outras nuvens “Saúde” e “Acolhimento e/ou Apoio Residencial” reportam principalmente problemas de carência de recursos humanos na área da psiquiatria, acesso à medicação no caso da saúde e carência de equipamentos ou respostas, específicas de acolhimento/integração.

Analisaremos em seguida cada uma das nuvens, considerando as questões levantadas e a informação disponível para o Concelho.

Nuvem /Problema/Potencialidade	Pontos	Score
Saúde	6	19,9
(-) Existência de apenas um médico psiquiatra para a freguesia de S. Sebastião	4	13,3
(-) Acesso à medicação deveria ser gratuito	1	3,3
(-) Existência de apenas um pedopsiquiatra	1	3,3
Acolhimento e/ou Apoio Residencial	7	23,2
(-) Não existe apoio domiciliário dirigido a esta população	3	10,0
(-) Integração ou institucionalização	2	6,6
(-) Falta de equipamentos de acolhimento	2	6,6
Integração ocupacional	9	29,9
(-) Ausência de recursos de ocupação/formação	4	13,3
(-) Integração em emprego (actividades ocupacionais ou emprego protegido)	3	10,0
(-) Falta de centros de actividades ocupacionais	2	6,6
Comunidade	8	26,5
(+) Grupo de trabalho	3	10,0
(+) Maior sensibilização para o problema por parte da comunidade (ou rede de vizinhança)	2	6,6
(-) Falta de recursos humanos para respostas com jovens	1	3,3
(+) Discussão alargada de situações por um grupo de parceiros/responsabilidades partilhadas	1	3,3
(+) Escolas	1	3,3
Total	30	99,5

Saúde

A saúde é cada vez mais entendida numa perspectiva mais abrangente, sendo actualmente considerada pela OMS como “Um estado de completo bem-estar físico psíquico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Neste contexto também a saúde mental é algo mais do que apenas a “ausência de perturbação mental” e um produto de múltiplas e complexas interacções que incluem factores biológicos psicológicos e sociais.

Em Setúbal o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal, é a Unidade especializada na prestação de cuidados de saúde mental no Concelho, prestando cuidados em ambulatório e internamento. A equipa de técnica é composta por médicos psiquiatras, uma médica pedopsiquiatra, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeuta da fala e terapeutas ocupacionais. Esta equipa assegura o funcionamento da UIDA (Unidade de Internamento de Agudos), com capacidade de internamento para 18 doentes, consulta externa, e unidade de reabilitação.

A área geográfica da responsabilidade do Departamento de psiquiatria são os concelhos de Setúbal, Palmela, Sesimbra, Alcácer do Sal, Grândola, Sines, Santiago do Cacém e Odemira.

Em 2010 foram efectuadas neste Departamento o total de 7769 consultas, na área geográfica do concelho de Setúbal, sendo que cerca de 9% correspondem a 1ª consulta. Foram no total acompanhados 2122 doentes que a seguir caracterizamos.

Tabela 1 – Número de doentes em consulta de psiquiatria por género (2010)

GÉNERO	Nº	PERCENTAGEM
Homens	883	42%
Mulheres	1239	58%
Total	2122	100%

Fonte: Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Setúbal

Considerando o género na consulta de psiquiatria existem em acompanhamento mais 16% de mulheres do que homens.

Tabela 2 – Número de doentes em consulta de Psiquiatria por género e freguesia de residência (2010)

FREGUESIA	GÉNERO	
	H	M
G. Pontes e Alto G.	31	57
N. Sra. Anunciada	129	150
Sta. Maria da Graça	48	82
S. Julião	76	142
S. Lourenço	67	46
S. Sebastião	476	668
S. Simão	30	38
Sado	26	56
TOTAL	883	1239

Fonte: Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Setúbal

A maioria dos doentes é proveniente das freguesias de São Sebastião e Nossa Senhora da Anunciada que são também as mais populosas do concelho de Setúbal.

Tabela 3 – Número de doentes em consulta de psiquiatria por faixa etária (2010)

FAIXA ETÁRIA	Nº
<15	211
15 -24	153
25 - 44	666
45 - 64	808
65 - 74	209
75 - 84	111
> 85	21
TOTAL	2122

Fonte: Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Setúbal

Cerca de 69% dos doentes em consulta de psiquiatria estão em idade activa e situam-se no intervalo entre os 25 e 64 anos de idade. Estes dados permitem-nos dar-nos uma indicação dos impactos e dos custos sociais e económicos associados a estes doentes.

Tabela 4 – Número de doentes em tratamento ambulatorio com injectável (2010)

Nº DE DOENTES EM TRATAMENTO INJECTÁVEL			
VOLUNTÁRIO		COMPULSIVO	
HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES
300	76	31	9
376		40	

Fonte: Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Setúbal

Um grande número de doentes, 416, é acompanhado em tratamento ambulatorio periódico, com administração de terapêutica injectável pelo serviço de enfermagem das consultas de psiquiatria (tem de seguir um tratamento rigoroso em ambulatorio com injectável). Destes doentes, cerca de 10% têm medida de tratamento compulsivo instituído pelo tribunal. Estes doentes são na sua grande maioria homens.

Tabela 5 – Número de doentes com internamento em Psiquiatria agudos, por género e freguesia de residência (2010)

FREGUESIA	GÉNERO		
	H	M	H + M
G. Pontes e Alto G.	3	2	5
N. Sra. Anunciada	19	8	27
Sta. Maria da Graça	4	12	16
S. Julião	7	11	18
S. Lourenço	8	1	9
S. Sebastião	39	22	61
S. Simão	1	2	3
Sado	2	2	4
TOTAL	83	60	143

Fonte: Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Setúbal

Como se pode verificar pela tabela acima, embora exista um maior número de mulheres em acompanhamento na consulta de psiquiatria, no internamento regista-se um maior número de homens, mais 16%.

Tabela 6 – Número de doentes com internamento em psiquiatria agudos por faixa etária (2010)

FAIXA ETÁRIA	Nº
15 -24	11
25 - 44	65
45 - 64	52

65 - 74	6
75 - 84	9
> 85	-
TOTAL	143

Fonte: Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Setúbal

À semelhança do que acontece com a consulta de psiquiatria, no internamento é também nas faixas etárias dos 25 aos 64 anos que se situam a maioria dos doentes, com todos os impactos, familiares, económicos e sociais daí decorrentes.

Em média o tempo de internamento na UIDA situa-se nos 16 dias sendo que dos 143 doentes com internamento em 2010, 13 foram internados pelo menos 2 vezes.

Tabela 7 – Número de pedidos de Consulta de Psiquiatria do ACES Setúbal (2010)

TIPO DE CONSULTA DE PSIQUIATRIA	Nº
Alcoolismo	10
Consulta geral	217
Psicologia da Infância e Adolescência	35
TOTAL	262

Fonte: Gestão da Informação ACES Setúbal – Palmela

Uma parte substancial dos doentes de psiquiatria é referenciada pelos médicos de família dos Centros de Saúde como se pode constatar pela tabela acima.

Tabela 8 – Número de pedidos de mandado de Condução para internamento Compulsivo (2010)

GÉNERO	Nº	PERCENTAGEM
Homens	22	69%
Mulheres	10	31%
Total	32	100%

Fonte: Gestão da Informação ACES Setúbal – Palmela

Na comunidade são muitas vezes identificados, pelos vários serviços, pessoas com graves distúrbios mentais, pelo que é solicitado às entidades competentes, tribunais e delegados de saúde, o seu internamento compulsivo para tratamento. A maioria dos pedidos de internamento compulsivo no concelho foi solicitada pelo Departamento de Psiquiatria do CHS.

Tabela 9 – Número de mandados de condução solicitados e emitidos por freguesia de residência (2010)

FREGUESIA	SOLICITADOS	EMITIDOS
G. Pontes e Alto G.	1	1
N. Sra. Anunciada	7	5
Sta. Maria da Graça	2	1
S. Julião	4	4
S. Lourenço	1	1

S. Sebastião	8	5
S. Simão	-	-
Sado	-	-
Desconhecido	9	3
TOTAL	32	20

Fonte: Gestão da Informação ACES Setúbal - Palmela

Acolhimento e/ou Apoio Residencial

Não existem no Concelho respostas suficientes de acolhimento ou apoio residencial para estes doentes. Apenas a “Associação de Saúde Mental Doutor Fernando Ilharco” desenvolve as valências: Unidade de Vida Autónoma (3 utentes) duas Unidades de Vida Protegida (15 utentes no total) População alvo – pessoas portadoras de doença mental clinicamente estabilizada. Esta resposta é manifestamente insuficiente e a situação ainda se torna mais complexa pela insuficiência de respostas/equipamentos de acolhimento no Concelho, para a população em situação de emergência social nomeadamente população Sem – Abrigo, que poderiam transitóriamente acolher alguns utentes, até porque alguns apresentam também esta problemática.

Não existe também nenhum serviço de apoio domiciliário específico, ou que integre estes utentes.

Integração ocupacional

Tendo em conta a realidade do Concelho de Setúbal, a nível desta área, os técnicos que participaram nos Workshops, fizeram referência à falta de estruturas de apoio a estes doentes, visto existir apenas dois equipamentos sociais destinados especificamente ao acolhimento e reabilitação dos doentes mentais:

Hospital de Dia CHS – Programa de Reabilitação Socioprofissional com os programas Unidade Socio-ocupacional e Ateliers

“Associação de Saúde Mental Doutor Fernando Ilharco” com as seguintes valências: um Fórum sócio-ocupacional (17 utentes) uma Unidade de Vida Autónoma (3 utentes) duas Unidades de Vida Protegida (15 utentes no total) e um Centro de Convívio/Bar Restaurante (25 utentes). População alvo – pessoas portadoras de doença mental clinicamente estabilizada.

Foi também recentemente criada a “Associação de Famílias e Amigos para a Autonomia pró Saúde Mental” – Espaço Integrar, mas que não tem ainda respostas em funcionamento.

Comunidade

Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde

Este grupo de trabalho criado no final de 2009, pretende criar um conjunto de condições adequadas a cada situação social, agudizada por questões de saúde mental e /ou insalubridade que permitam a permanência e/ou integração das pessoas na comunidade.

As entidades que o constituem são o agrupamento dos Centros de Saúde de Setúbal e Palmela, o Centro Distrital de Segurança Social de Setúbal, A Câmara Municipal de Setúbal o Centro Hospitalar de Setúbal e a Policia de Segurança Pública. A intervenção deste grupo de trabalho tem um carácter operativo em que considerando as competências de cada entidade, através de uma relação mais próxima e regular e tendo por base a análise conjunta dos casos e a definição/articulação de procedimentos, são activados os meios e recursos adequados a cada situação.

Neste grupo, a análise conjunta das situações e o trabalho em rede, permite o intercâmbio de informações e a articulação dos recursos disponíveis com o objectivo de evitar a duplicação de trabalho, beneficiando o indivíduo/família.

As trocas de informações e de cooperação trazem inúmeras vantagens ao trabalho realizado, sendo que a burocratização é ultrapassada pela redução dos procedimentos a efectuar em termos práticos.

O acompanhamento de cada situação é realizado no âmbito do grupo de parceria, pelo que a resposta dada é mais viável e facilitada pela organização de uma intervenção racionalizada, integrada e multidisciplinar da equipa de trabalho.

Desde a sua existência até ao final de Agosto de 2011 foram sinalizados e acompanhados no âmbito do GAAISSS **80 casos**, procurando-se, na intervenção, criar um conjunto de condições adequadas a cada situação social, agudizada por questões de saúde mental ou insalubridade, que permita a permanência e/ou reintegração da pessoa na comunidade.

Este grupo de trabalho desde o seu início já acompanhou 80 casos, (64 até final de 2010)

Assim, quando qualquer entidade integrante do grupo detecta um caso em que o problema dominante da situação é insalubridade ou anomalias psíquicas, o caso é trazido para o grupo e apresentado na reunião mensal do grupo.

Natureza dos Problemas Diagnosticados

A natureza dos problemas sociais identificados nas situações que são sinalizadas/acompanhadas vai de encontro ao objecto de intervenção do grupo de trabalho, designadamente, situações de perturbações mentais (42%) e situações de insalubridade (29%) dos casos.

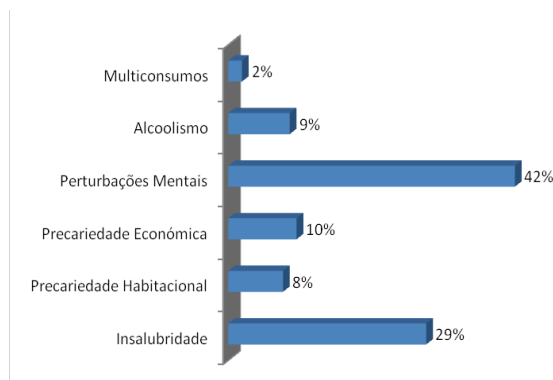


Gráfico 1 - Natureza dos problemas diagnosticados (em percentagem)

Fonte: Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde

Contudo, agregados a estas situações existe toda uma variedade de outros problemas associados muitas vezes derivados das suas condições de saúde.

Após a apresentação do caso, tendo em conta a informação disponível, muitas vezes dispersa pelos vários elementos integrantes do grupo, este é analisado e delineado uma estratégia de intervenção que poderá passar, numa primeira fase, por visitas domiciliárias ou contactos com a família ou rede de suporte.

Tabela 10 - Diligências efectuadas (em valores absolutos)

DILIGÊNCIAS	FREQUÊNCIA
Visitas domiciliárias	114
Reuniões familiares	43
Contactos familiares	54

Fonte: Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde

Estas diligências são no sentido de contextualizar a situação sócio familiar e apurar as suas fragilidades e recursos e perceber o pedido ou necessidades sentidas.

Em resultado desta primeira abordagem são definidos os procedimentos e intervenções posteriores, necessárias para a resolução do problema emergente – limpeza da habitação, desinfestação, marcação de consulta médica para diagnóstico e/ou definição de terapêutica e acompanhamento, internamento hospitalar.

Tabela 11 - Diligências realizadas (em valores absolutos)

INTERVENÇÃO	FREQUÊNCIA
-------------	------------

Desinfestação	9
Limpeza de habitação	18
Mobiliário	4
Apoio domiciliário	12
Integração institucional	7
Mandado de condução	15
Internamento compulsivo	22

Fonte: Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde

Analisando as fichas individuais, que contém dados sócio demográficos, como o nome, sexo, idade, estado civil, morada, telefone e fonte de encaminhamento, assim como o ficheiro *Acess*, onde consta todos os procedimentos efectuados, os encaminhamentos e todas as diligências tomadas no sentido da resolução dos casos, podemos afirmar que a este grupo são sinalizadas situações de ambos os sexos, todas as faixas etárias, grupos sociais, étnicos e diferentes níveis socioeconómicos educacionais e religiosos.

Importa destacar que todas as situações sinalizadas até ao momento foram computadas na presente análise, independentemente de estarem concluídos ou em processo de avaliação ou mesmo de intervenção.

Género

Da população acompanhada, 44 pessoas são do sexo feminino, correspondendo a 55% do total e 45% são do sexo masculino (Quadro 1)

Tabela 12 - Distribuição por Género (valores absolutos e percentagem)

GÉNERO	Nº	PERCENTAGEM
Masculino	44	55%
Feminino	36	45%
Total	80	100%

Fonte: Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde

Relativamente ao ano transacto, verifica-se um ligeiro aumento da população feminina.

Idade

No que diz respeito à idade, constitui um grupo amplo, com variação de 29 a 89 anos, com uma idade média de 60 anos.

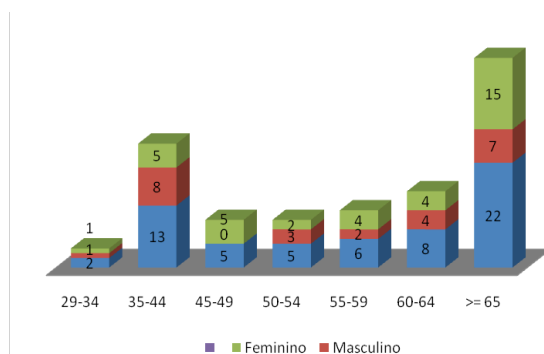


Gráfico 2 - Distribuição por grupos etários

Fonte: Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde

Como se pode observar, cerca de 64% da população apoiada encontra-se em idade activa, contudo, a maioria não exerce qualquer actividade profissional (60%), estando cerca de 18% em situação de desemprego e 42% na de reforma por invalidez, factores decorrentes principalmente da situação de doença mental.

De facto, esta é uma problemática que gera uma ausência sistemática ao trabalho ou mesmo incapacidade para o seu exercício, o que culmina na maior parte das situações, na reforma antecipada por invalidez e tem um profundo impacto económico na vida das famílias e na sociedade em geral.

Para o género feminino, a faixa com maior número de situações é a de mais de 65 anos enquanto para o género masculino é a de 35 a 44 anos.

Observa-se igualmente uma parcela crescente de situações em indivíduos com mais de 80 anos, o que está correlacionado ao aumento da longevidade e a consequente deterioração da saúde.

Estado Civil

Em relação ao estado civil, verificou-se que 83% das situações acompanhadas são maritalmente desvinculadas (51% são solteiros, 19% são divorciados e 13% são viúvos) e apenas 14% são casados.

Tabela 13 - Distribuição por género e estado civil (em percentagem)

		ESTADO CIVIL			
		Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo
Género	Feminino	19%	10%	14%	12%
	Masculino	32%	4%	5%	1%
Total		51%	14%	19%	13%

Fonte: Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde

Esta menor incidência dos indivíduos casados, provavelmente, está relacionado com o facto de disporem de um maior suporte, familiar e social, indo ao encontro de várias pesquisas que comprovam que indivíduos separados e viúvos, que vivem sozinhos ou só com os filhos são os que apresentam maiores níveis de propensão para as perturbações mentais.

De facto, esta população que chega aos serviços, é aquela que apresenta défice de suporte familiar e conseqüentemente índices mais baixos de funcionalidade, o que corrobora a ideia de muitos autores de diversas áreas do conhecimento, a apontarem o suporte social como um factor capaz de proteger e promover a saúde. Esta correlação torna-se evidente mais evidente nas situações de saúde mental, em que os indivíduos entram muitas vezes em crise quando as suas ligações sociais se alteram ou desaparecem (falecimento de um progenitor, situação de divórcio, ...).

Enfim, o suporte social é um importante recurso, podendo reduzir a angústia, promovendo uma maior adesão ao tratamento médico, tornar a recuperação mais rápida e /ou reduzir a quantidade de medicação, daí a importância de promover reuniões e/ou contactos familiares (40) com o intuito de tentar recuperar relações familiares e apoiar ou ensinar a lidar com a situação.

Tipologia do Agregado

Debruçando-nos sobre a tipologia familiar dos casos acompanhados, observamos que cerca de 62% são indivíduos isolados, seguidos dos agregados monoparentais (11%), sendo que estes últimos, são na sua maioria, constituídos por mulheres.

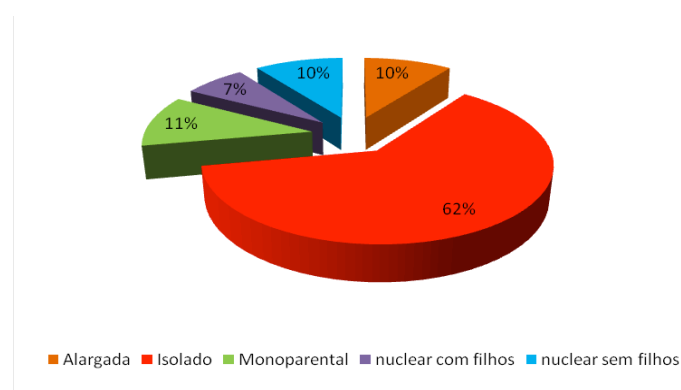


Gráfico 3 – Distribuição por tipologia de agregado familiar (em percentagem)

Fonte: Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde

Esta variável corrobora com a ideia de que o isolamento social é um factor de risco, tendo o apoio social efeitos mediadores na protecção da vulnerabilidade contribuindo com um amortecedor das conseqüências de determinados acontecimentos da vida dos indivíduos (desemprego, falecimento de um familiar,)

Freguesia de Residência

Quanto à Freguesia de Residência, verifica-se um predomínio de situações nas Freguesias de S. Sebastião (37%), Sta. Maria da Graça (28%) e Anunciada (17%).

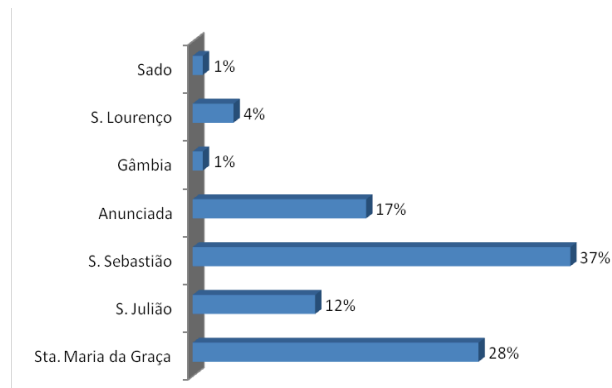


Gráfico 4 – Distribuição por Freguesia de Residência (em percentagem)

Fonte: Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde

Esta distribuição pelo território reflecte o volume e a estrutura populacional das Freguesias, mas também as dinâmicas sociais presentes nomeadamente no caso da Freguesia de Sta. Maria da Graça, que sendo a menos populosa do concelho tem a população mais envelhecida.

Sinalização

Todas as entidades integrantes do grupo, por inerência da missão que lhes cabe, têm responsabilidade na detecção e sinalização de casos de situações sociais que se enquadram no âmbito de intervenção do GAAISSS.

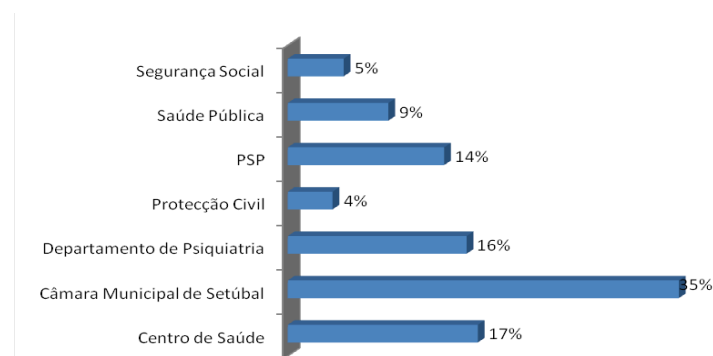


Gráfico 5 – Distribuição por entidade sinalizadora (em percentagem)

Fonte: Grupo de Análise Avaliação e Intervenção em Situações Sociais e de Saúde

Contudo, algumas entidades como a Câmara Municipal de Setúbal (35%), o Centro de Saúde (17%), o Departamento de Psiquiatria (16%) e a Polícia de Segurança Pública (14%) destacam-se como principais sinalizadores de situações, provavelmente, pela sua maior proximidade com a comunidade e intervenção diversificada que têm junto dos vários grupos populacionais

O grupo de trabalho para além da intervenção e acompanhamento das situações procura também, em conjunto, produzir documentos e promover espaços de reflexão sobre a metodologia e limites da intervenção.

Conclusão

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental constituem actualmente a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas sociedades contemporâneas. Em Portugal, prevê-se num futuro próximo um impacto crescente de problemas, directa ou indirectamente relacionados com a saúde mental. Adicionalmente, a prevalência das perturbações psiquiátricas, o envelhecimento das populações e uma maior esperança de vida, alteraram as necessidades, o tipo e a procura dos cuidados prestados.

Em Setúbal cada vez mais, são referenciadas situações de pessoas desequilibradas e sem estarem em acompanhamento. Os casos mais preocupantes referem-se a situações de duplo diagnóstico (saúde mental e dependências) e situações de pessoas isoladas sem qualquer suporte familiar. As dificuldades económicas e o desemprego são também fatores potenciadores de desequilíbrio, bem como as mortes de familiares próximos ou as rupturas familiares. A diminuição dos apoios sociais nomeadamente ao nível da medicação, bem como a inexistência de estruturas de apoio na comunidade (apoio domiciliário, residências etc.) deixam ainda mais vulneráveis os doentes.

O facto de o rácio de doentes por médico ser muito elevado, (ex. Freguesia de S. Sebastião com apenas um médico) e que leva ao espaçamento das consultas e a diminuição da comparticipação dos medicamentos, teve também um efeito negativo na adesão à terapêutica. O aumento do número de idosos com demência, em consequência do aumento da esperança média de vida, e a falta de capacidade económica das famílias para a sua integração em lar, deixa também muitas pessoas desprotegidas.



Muitas das necessidades estão diagnosticadas, e algumas das possíveis respostas estão legalmente previstas, no entanto não existem recursos económicos para as implementar no terreno, é o caso dos cuidados continuados integrados de saúde mental uma resposta específica que não saiu ainda do papel.

As estruturas de saúde mental não estão a acompanhar as necessidades da comunidade. Embora o serviço de psiquiatria responda no imediato, a persecução do tratamento e o acompanhamento, bem como a ausência de estruturas de internamento prolongado para situações de graves distúrbios mentais, tornam cada vez mais difíceis as intervenções e acompanhamento dos doentes mentais graves.

Anexo

Cinco prioridades do Pacto Europeu para a Saúde e o Bem-Estar Mental:

- Prevenir a depressão e o suicídio
- Saúde mental dos jovens e educação
- Saúde mental no trabalho
- Saúde mental das pessoas idosas
- Luta contra a estigmatização e a exclusão social.

10 Recomendações para a acção da OMS 2001.

1. Proporcionar tratamento nos cuidados primários

O controlo e tratamento de perturbações mentais, no contexto dos cuidados primários, é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas ter acesso mais fácil e mais rápido aos serviços – é preciso reconhecer que muitos já estão a procurar ter assistência a esse nível.

2. Disponibilizar medicamentos psicotrópicos

Devem ser fornecidos, e estar constantemente disponíveis, medicamentos psicotrópicos essenciais em todos os níveis de cuidados de saúde. Esses medicamentos podem atenuar os sintomas, reduzir a incapacidade, abreviar o curso de muitas perturbações e prevenir as recorrências. Muitas vezes, eles proporcionam o tratamento de primeira linha, especialmente em situações em que não estão disponíveis intervenções psicossociais nem profissionais altamente qualificados.

3. Proporcionar cuidados na Comunidade

A prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas do que o tratamento institucional. A transferência de doentes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também eficaz em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitários podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento. Apoiados por camas psiquiátricas em hospitais gerais e cuidados domiciliários, que respondam a todas as necessidades dos doentes que eram da responsabilidade daqueles hospitais. Essa mudança para os cuidados comunitários requer a disponibilidade de trabalhadores em saúde e serviços de reabilitação a nível da

comunidade, juntamente com a prestação de apoio, em face de crises, e protecção na habitação e no emprego.

4. Educar o Público

Devem ser lançadas, campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. A meta principal é reduzir os obstáculos ao tratamento e aos cuidados, aumentando a consciência sobre a frequência das perturbações mentais, a sua susceptibilidade ao tratamento, o processo de recuperação e o respeito pelos direitos humanos das pessoas com tais perturbações.

Uma campanha de sensibilização e educação do público bem planeada pode reduzir o estigma e a discriminação, fomentar a utilização dos serviços de saúde mental conseguir uma aproximação maior entre a saúde mental e a saúde física.

5. Envolver as Comunidades, as famílias e os utilizadores

As comunidades, as famílias e os utentes devem ser incluídos na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços. Isso deve resultar num melhor dimensionamento dos serviços face às necessidades da população e na sua melhor utilização. Além disso, as intervenções devem levar em conta a idade, o sexo, a cultura e as condições sociais, a fim de atender às necessidades das pessoas com perturbações mentais e das suas famílias.

6. Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais

A política, os programas e a legislação sobre saúde mental constituem fases necessárias de uma acção significativa e sustentada, devendo basear-se nos conhecimentos actuais e na consideração pelos direitos humanos. As reformas da saúde mental devem fazer parte das reformas maiores do sistema de saúde. Os planos de seguros de saúde não devem discriminar as pessoas com perturbações mentais, proporcionando um maior acesso ao tratamento e reduzindo os encargos da prestação de cuidados.

7. Preparar recursos humanos

Embora os cuidados primários ofereçam o contexto mais vantajoso para o tratamento inicial, há necessidade de especialistas para prover toda uma série de serviços. Em condições ideais, as equipas especializadas em cuidados de saúde mental deveriam incluir profissionais médicos e não médicos, tais como psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais psiquiátricos e terapeutas ocupacionais, que podem trabalhar em conjunto, tendo em vista os cuidados e a integração total dos doentes na comunidade.

8. Constituir vínculos/parcerias com outros sectores

Outros sectores, para além do da saúde, como educação, trabalho, previdência social e direito, bem como certas organizações não-governamentais, devem participar na melhoria da saúde mental das comunidades. As organizações não-governamentais

devem mostrar-se muito mais actuates, com papéis mais bem definidos, assim como devem ser estimuladas a dar maior apoio a iniciativas locais.

9. Monitorizar a saúde mental na comunidade

A saúde mental das comunidades deve ser monitorizada, mediante a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e de notificação de saúde. Os indicadores devem incluir tanto o número de indivíduos com estes problemas e a qualidade dos cuidados que recebem, como algumas medidas mais gerais da saúde mental das comunidades. Essa monitorização ajuda a determinar tendências e a detectar mudanças na saúde mental, em resultado de eventos externos, tais como catástrofes. A monitorização é necessária para verificar a eficácia dos programas de prevenção e tratamento de saúde mental e, além disso, fortalecer os argumentos a favor da dotação adequada de recursos. São necessários novos indicadores para a saúde mental das comunidades.

10. Apoiar mais a pesquisa

Há necessidade de mais pesquisas sobre os aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental, a fim de melhorar a compreensão das perturbações mentais e de desenvolver intervenções mais eficazes. Tais pesquisas devem ser levadas a cabo numa ampla base internacional, visando a compreensão das variações de uma para outra comunidade e um maior conhecimento dos factores que influenciam a origem, evolução e resultado das perturbações mentais. É urgente o fortalecimento da capacidade de investigação nos países em desenvolvimento.

A IDEIA DAS EQUIPAS COMUNITÁRIAS DE PSIQUIATRIA (CHS)

As funções seriam:

- Intervenções de acordo com as necessidades específicas de cada doente,
- Acessibilidade e contacto próximo com os doentes psiquiátricos graves,
- Intervenções precoces, pedagógicas ou reabilitativas,
- Inserção social dos doentes, trabalhando com as famílias e com estruturas comunitárias,
- Articulação com os Cuidados de Saúde Primários e ET's
- Cooperação com estruturas Comunitárias (Câmaras Municipais, Misericórdias, IPSS)

Os recursos humanos seriam:

- Médico Psiquiatra
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Assistente Social

RESPOSTA ESPECÍFICAS DE SAÚDE MENTAL

FORUM SÓCIO-OCUPACIONAL

Resposta, desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a sua reinserção sócio-familiar e ou profissional ou a sua eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido. Resposta de intervenção integrada - Segurança Social / Saúde.

Objectivos

- Promover a autonomia e o relacionamento interpessoal - Promover a reinserção sócio-familiar e profissional - Encaminhar, caso seja necessário, para estruturas residenciais adequadas - Integrar em programas de formação profissional, em emprego normal ou protegido.

Destinatários

- Jovens e adultos com doença psiquiátrica grave estabilizada, tendencialmente crónica, que apresentam reduzida capacidade relacional e de integração social.

Disposições Legais e Técnicas Enquadradoras da Resposta

- Despacho Conjunto n.º 407/98, de 15 de Maio.

UNIDADE DE VIDA PROTEGIDA

Resposta, desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave e de evolução crónica clinicamente estável e que necessitam de treino de autonomia. Resposta de intervenção integrada - Segurança Social / Saúde.

Objectivos

- Promover a reabilitação e fomentar a autonomia de vida e reinserção social; Promover a estreita ligação à comunidade facilitando a efectiva e progressiva integração Evitar a institucionalização.

Destinatários

- Jovens e adultos com problemática psiquiátrica grave, clinicamente estáveis e em que se verifiquem potencialidades de autonomia passíveis de desenvolvimento pelo retorno à actividade profissional ou pela integração em programas de reabilitação psicossocial.

Disposições Legais e Técnicas Enquadradoras da Resposta

- Despacho Conjunto n.º 407/98, de 15 de Maio

UNIDADE DE VIDA AUTÓNOMA

Resposta, desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave estabilizada e de evolução crónica mas com capacidade autónoma, permitindo a sua integração em programas de formação profissional ou em emprego normal ou protegido e sem alternativa residencial satisfatória. Resposta de intervenção integrada - Segurança Social / Saúde.

Objectivos

- Proporcionar alojamento; Assegurar a individualização e a estabilidade dos utentes numa vida normalizada, quer na vertente relacional, quer na vertente laboral.

Destinatários

- Pessoa com doença psiquiátrica grave, em fase estabilizada, cuja capacidade mental permita perspectivar uma reinserção socioprofissional.

Disposições Legais e Técnicas Enquadradoras da Resposta

- Despacho Conjunto n.º 407/98, de 15 de Maio.

UNIDADE DE VIDA APOIADA

Resposta, desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas adultas que, por limitação mental crónica e factores sociais graves, alcançaram um grau de desvantagem que não lhes permite organizar, sem apoio, às actividades de vida diária, mas que não necessitam de intervenção médica frequente. Resposta de intervenção integrada - Segurança Social / Saúde.

Objectivos

- Proporcionar alojamento - Garantir a satisfação das necessidades básicas;

- Promover a integração comunitária dos utentes através de programas de reabilitação psicossocial e/ou ocupacionais - Promover a criação ou manutenção da relação familiar.

Destinatários

- Pessoas adultas com doença mental crónica e com um grau de autonomia que não lhes permite viver isoladamente ou em meio familiar, embora não necessitem de intervenção médica psiquiátrica permanente.



Anexos



Grupo de Trabalho Saúde Mental no dia 28 de Janeiro de 2011 na DISOC – CMS

Saúde (6)

- (-) duplos diagnósticos (0)
- (-) apoio médico e reconhecimento do problema (0)
- (-) acesso à medicação deveria ser gratuito (1)
- (-) existência de apenas um pedopsiquiatra (1)
- (-) demência devido ao aumento da esperança média de vida (0)
- (+) articulação sistemática com departamento de psiquiatria do CHS (0)
- (-) fracas respostas para crianças e jovens (0)
- (-) existência de apenas um médico psiquiatra para a freguesia de S. Sebastião (4)
- (+) médicos de família (0)

Acolhimento e /ou Apoio Residencial (7)

- (-) Integração ou institucionalização (2)
- (-) não existe apoio domiciliário dirigido a esta população (3)
- (-) ausência de equipamentos de integração (0)
- (-) falta de espaços / residências para acolher doentes mentais (0)
- (-) falta de equipamentos acolhimentos (2)

Integração Ocupacional (9)

- (-) Integração em emprego (actividades ocupacionais ou emprego protegido) (3)
- (-) Dificuldade em integrar pessoas com perturbação mental em fóruns sócio-ocupacionais (0)
- (-) Falta de centros de actividades ocupacionais (2)
- (-) Ausência de recursos de ocupação/formação (4)

Comunidade (8)

- (-) falta de recursos humanos para respostas com jovens (1)
- (+) escolas (1)
- (+) população mais atenta à problemática (0)
- (+) discussão alargada de situações por um grupo de parceiros / responsabilidades partilhadas (1)
- (-) desresponsabilização das famílias (0)
- (+) maior sensibilização para o problema por parte da comunidade (ou rede de vizinhança) (2)
- (-) respostas para dinâmicas de âmbito artístico e desportivo (0)
- (-) prevenção (0)
- (+) envolvimento das famílias (0)
- (+) apoio dos serviços (IPSS's) que trabalham na comunidade (0)
- (+) grupo de trabalho (3)
- (-) Indivíduos isolados (0)

