

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**

**A Saúde Mental em Cuidados de Saúde Primários**

**Artigo de Revisão**

Ana Isabel Monteiro dos Santos

Orientação de: Dr. Humberto Manuel Neves Vitorino

**Outubro 2009**

## **A Saúde Mental em Cuidados de Saúde Primários**

### **Resumo**

As perturbações psiquiátricas no contexto da Clínica Geral / Medicina Geral e Familiar constituem um tema que tem vindo a ser estudado desde a década de 1960, sendo uma matéria complexa e com múltiplas implicações.

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades modernas. E, para além dos indivíduos que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitos têm problemas de saúde mental que podem ser considerados subliminares, que não preenchem os critérios de diagnóstico, mas que se encontram também em sofrimento, devendo beneficiar de intervenções.

Desta forma, os serviços de saúde mental devem organizar-se de forma a garantir acessibilidades, prestação de cuidados essenciais, integrando um conjunto diversificado de unidades e programas que respondam de forma efectiva às necessidades das populações.

Para que estes serviços funcionem, é de primordial importância uma articulação estreita com os cuidados de saúde primários, tendo os especialistas em Medicina Geral e Familiar um papel decisivo neste âmbito, existindo diferentes modelos de articulação entre a psiquiatria e os cuidados de saúde primários, que serão analisados neste artigo.

É assim necessária a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, bem como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

O especialista em Medicina Geral e Familiar contacta com a grande maioria dos doentes que sofrem de perturbações psiquiátricas e depende de si a identificação e diagnóstico desses casos, sendo também da sua responsabilidade decidir quais os doentes que referencia para os cuidados especializados de saúde mental. Assim sendo, os Clínicos Gerais / Médicos de Família encontram-se em situação privilegiada para o reconhecimento, manejo e encaminhamento das perturbações psiquiátricas entre os seus utentes.

A articulação entre os cuidados de saúde mental e os cuidados de saúde primários é o caminho para a prestação de cuidados de qualidade, em que os diferentes profissionais trabalhem em equipa, em harmonia e com vantagens mútuas.

### **Objectivos**

Pretende-se fazer uma reflexão da primordial importância do Clínico Geral / Médico de Família na prestação de cuidados de saúde mental e do seu papel na articulação com os cuidados diferenciados de saúde mental, abordando os diferentes Modelos de Articulação.

Pretende-se também lançar o desafio, aos intervenientes desta articulação, de melhorar a qualidade de todo este processo, trazendo benefício para clínicos gerais, psiquiatras, mas sobretudo para os doentes portadores de perturbação mental.

## **Introdução**

De acordo com a Definição Europeia da WONCA (2002) <sup>1</sup>, a “Medicina Geral e Familiar é uma disciplina académica e científica com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e actividade clínica e uma especialidade clínica orientada para os cuidados de saúde primários”. A Medicina Geral e Familiar (MGF) é o primeiro ponto de contacto do utente com o sistema da saúde, prestando cuidados de saúde primários e promovendo a interface com outras especialidades e com os cuidados diferenciados.

Assim sendo, e tendo em conta que a visão da MGF é holística, isto é, traduzindo-se por uma abordagem do indivíduo em todas as suas dimensões (física, psicológica, social, cultural), é consensual que o Clínico Geral/Médico de Família (CG/MF) desempenha um papel fulcral no diagnóstico e correcto seguimento dos doentes com perturbações psiquiátricas.

De facto, as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se uma das principais causas de incapacidade e morbilidade nas sociedades actuais. E para além destes doentes com perturbações diagnosticáveis, existem muitos outros com problemas de saúde mental que não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica, mas que continuam a beneficiar de intervenção médica.

A saúde mental ocupa, na actualidade, uma posição de relevo nas sociedades modernas e, os cuidados de saúde primários e os CG/MF desempenham um importante papel de “pivot” na prestação de cuidados aos que sofrem de distúrbios mentais.

## **Importância do Clínico Geral/Médico de Família na prestação de cuidados de Saúde Mental**

No nosso país, os cuidados de saúde primários, logo a MGF, constituem o primeiro ponto de contacto com o médico dentro do sistema de saúde, proporcionando acesso aberto e ilimitado aos utentes e lidando com todos os problemas de saúde independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa em questão<sup>1</sup>.

Desta forma, são prestados cuidados de saúde integrais, integrados, continuados, permanentes, activos e acessíveis, num contexto de relação assistencial baseada no respeito e confiança mútuos (médico-doente) e centrada no doente, seguindo o modelo biopsicossocial de Engel.

Segundo modelo biopsicossocial, cada indivíduo passa a ser encarado não apenas como um conjunto de aparelhos e sistemas, mas segundo o conceito de Pessoa Total, em que as interacções biológicas, psico-biológicas e psico-sociais são inseparáveis do ambiente em que a pessoa vive e trabalha.

Assim sendo, é nos CG/MF e nos cuidados de saúde primários que recai a responsabilidade da prestação da maior parte dos cuidados de saúde às populações.

Também no que diz respeito à patologia psiquiátrica o cenário não é diferente. A maioria dos indivíduos com perturbação psiquiátrica é ao CG/MF que recorre quando procura cuidados de saúde. Por este motivo, o CG/MF tem acesso à maioria da patologia psiquiátrica e a todo o seu espectro, estando numa posição privilegiada para poder prestar cuidados de saúde mental de qualidade.

A importância do CG/MF aumenta assim no contexto das sociedades modernas, nos grandes aglomerados populacionais, onde a tendência para a desagregação das redes de suporte sociais, com progressivo isolamento e desenraizamento individual, tem vindo a aumentar<sup>8</sup>.

O CG/MF desempenha diferentes e importantes funções na prestação de cuidados de saúde mental de qualidade, nomeadamente no reconhecimento e diagnóstico das perturbações psiquiátricas dos utentes que a si recorrem, de modo a aumentar a morbilidade conspícua (morbilidade psiquiátrica reconhecida) e diminuir a morbilidade psiquiátrica oculta. Esta tarefa é de extrema importância, uma vez que se sabe que as situações reconhecidas têm maior possibilidade de receber tratamento específico e têm melhor prognóstico em termos psicopatológicos e de funcionamento social.

Também depende do CG/MF a melhoria constante da qualidade de cuidados de saúde prestados aos doentes com perturbações psiquiátricas. Cabe também a estes profissionais definir critérios e o momento adequado para a referência aos cuidados psiquiátricos especializados. Desta forma, o CG/MF torna-se no principal responsável do doente com patologia psiquiátrica.

### **Prevalência das perturbações psiquiátricas nos Cuidados de Saúde Primários**

É consensual a elevada prevalência de patologia psiquiátrica ao nível dos Cuidados de Saúde Primários <sup>11</sup>, o que é provado por diversos estudos que se multiplicaram desde a década de 60. Os resultados obtidos, embora variando em termos quantitativos, foram sempre consistentes na demonstração da importância da frequência destas perturbações na prática clínica dos CG/MF <sup>8</sup>. E, a partir da década de 80, com a passagem da Saúde Mental para a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, o CG/MF assume uma importância acrescida no papel que deve desempenhar como prestador de cuidados na área da saúde mental.

Contudo, existem dificuldades de identificação de casos psiquiátricos nos Cuidados de Saúde Primários, existindo uma morbilidade psiquiátrica oculta que varia em função da capacidade de reconhecimento dessas situações pelo CG/MF, o que acontece também por

carência de uma nosologia própria e adaptável à realidade dos Cuidados de Saúde Primários, distinta da nosologia psiquiátrica clássica e que se adapte à realidade da clínica geral. De facto, vários autores defendem a necessidade de uma nosologia que contemple não só as patologias psiquiátricas como também as patologias derivadas de problemas psicossociais.

Huxley e Goldberg criaram, em 1980, o modelo da “Pirâmide de Goldberg”, que vem reforçar a importância do CG/MF nos cuidados psiquiátricos, delineando as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos especializados, da comunidade ao internamento hospitalar, explicitando os diferentes filtros pelos quais o doente tem que passar.

Na realidade, os autores demonstraram como é que, partindo de uma base alargada, a prevalência na população em geral, o número de pessoas com perturbação psiquiátrica vai diminuindo à medida que se aproxima do psiquiatra <sup>8,11</sup>.

O primeiro filtro é representado pela decisão do doente de ir à consulta de CG/MF. O segundo filtro consiste na identificação ou reconhecimento da patologia pelo CG/MF. O terceiro filtro é também representado pelo CG/MF e pela sua decisão de referenciar ou não o doente aos cuidados de saúde especializados. Um último filtro, o quarto, é desta vez, desempenhado pelo psiquiatra que decide o internamento do doente.

Huxley e Goldberg determinaram que por cada 1000 pessoas na comunidade, 250 têm perturbação psiquiátrica; apenas 230 contactam com os Cuidados de Saúde Primários; destes, os CG/MF reconhecem 140 (morbilidade reconhecida, muitas vezes denominada por morbilidade conspícua) e destes, somente 17 são referenciados para os cuidados diferenciados; destes 17 apenas 6 passam ao último nível, o internamento<sup>8</sup>.

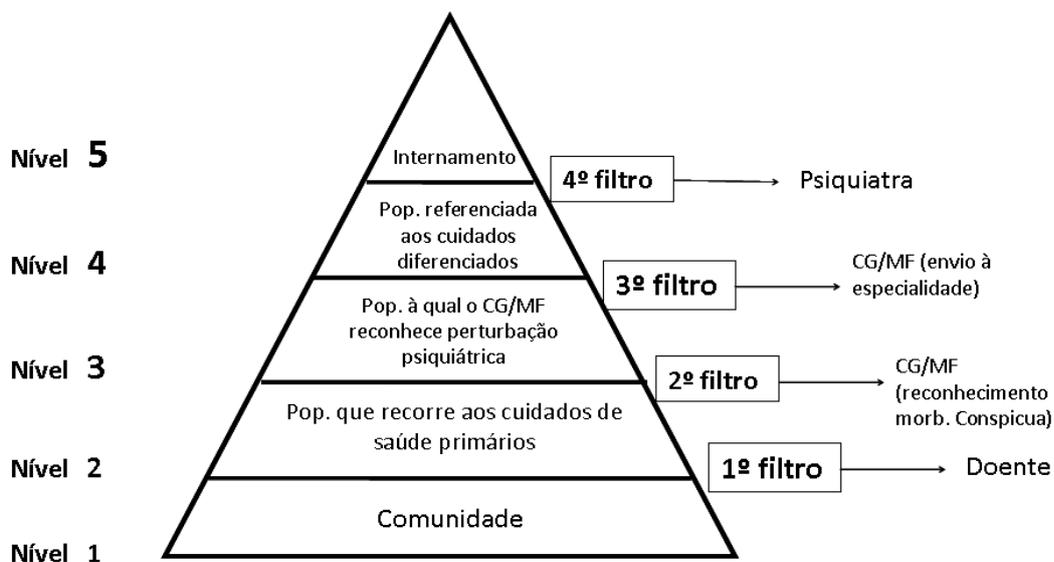


Figura n.º 1 - Pirâmide de Goldberg

Como se pode verificar, o CG/MF funciona como filtro entre os níveis 2 e 3 e os níveis 3 e 4. Assim sendo, este esquema é importante na clarificação do papel fundamental do CG/MF na prestação de cuidados aos doentes com perturbação psiquiátrica.

É este profissional que contacta com a grande maioria dos doentes portadores de distúrbio mental, de si dependendo a identificação desses casos. Maneja também com a maioria dessas situações, decide quais os doentes que referencia para os cuidados especializados e qual o melhor momento para o fazer.

Este estudo veio também evidenciar a existência e a importância da morbilidade psiquiátrica oculta, logo não seguida e não tratada.

As causas que influenciam a capacidade diagnóstica dos CG/MF podem estar relacionadas com o contexto da prestação de cuidados, com características dos próprios CG/MF e com características dos doentes e suas patologias <sup>11</sup>.

No que diz respeito ao contexto de cuidados, poderão existir dificuldades relacionadas com formação e conhecimentos no âmbito da psicopatologia, o que tem vindo a

ser cada vez menos presente, uma vez que os CG/MF têm formação com base no modelo biopsicossocial, tendo sido abandonado o modelo biomédico, ainda muito seguido em contexto hospitalar. Também o facto dos MF lidarem com todo o espectro de patologia, que não apenas a psiquiátrica, pode constituir um obstáculo, assim como a sobrecarga de trabalho e o dispêndio de tempo de consulta que estes doentes exigem, face às exigências impostas em termos de produtividade.

No que diz respeito às características dos médicos, a personalidade, o facto do diagnóstico de perturbações psiquiátricas continuar a ser estigmatizante tanto para o doente como para o médico e, as aptidões de comunicação de cada clínico, podem ser considerados obstáculos ao reconhecimento dos distúrbios mentais nos cuidados de saúde primários.

Quanto às características do doente, existem complexidades na aplicação da nosologia das doenças mentais às situações presentes em Clínica Geral, surgindo a dificuldade de definição de caso psiquiátrico nos cuidados de saúde primários.

De facto, no que diz respeito às perturbações psiquiátricas, os limites entre o normal e o patológico não são bem delimitados e os diagnósticos psiquiátricos não têm a exactidão de outras especialidades médicas. As perturbações psiquiátricas são causadas por um feixe de factores etiopatogénicos, biológicos, psicológicos e sócio-culturais que interactivam entre si, manifestando-se através de alterações de interacção interpessoal, de comportamento e de subjectividade pessoal, o que em casos mais graves é vivido como não sendo doença <sup>6</sup>.

E, como já foi referido, para além dos indivíduos com uma perturbação psiquiátrica diagnosticável, existem outros com problemas de saúde mental subliminares, que não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica, mas que não deixam de beneficiar de intervenção clínica <sup>4</sup>.

As actuais classificações para doença mental têm uma aplicação problemática às perturbações psiquiátricas presentes nos cuidados de saúde primários, uma vez que estas

classificações têm uma abordagem dirigida para uma vertente etiológica, deixando para um plano menos relevante as vertentes física, social e psicológica. Torna-se assim necessária a construção de orientações práticas no contexto dos cuidados de saúde primários, que facilitem a intervenção clínica com o máximo de eficácia.

Os problemas psicossociais, correspondendo a crises de vida, mudança de fase de ciclo de vida familiar e situações em que a doença física se associa a factores psicossociais, são frequentes em cuidados de saúde primários. Estes problemas são também difíceis de enquadrar na nosologia “clássica”, para além de que a maioria deles são temporários, pelo que uma intervenção poderia constituir uma “psiquiatrização/ patologização”. A dificuldade reside, portanto, na distinção das perturbações psicossociais que carecem de intervenção.

Acrescente-se que, frequentemente, o doente com distúrbio mental, a nível dos cuidados de saúde primários, se apresenta com sintomas físicos como forma de distúrbios somatoformes e/ou com distúrbios psíquicos com complicações físicas. No primeiro caso não é encontrado substracto orgânico e a sintomatologia justifica o diagnóstico de perturbação psiquiátrica. No segundo caso é a patologia psíquica que vai condicionar a doença física. O CG/MF deve assim ter a capacidade para diagnosticar a doença física concomitantemente com a perturbação psiquiátrica <sup>11</sup>.

Para além destes, também surgem doentes com queixas mal definidas e pouco organizadas, difíceis de enquadrar numa qualquer entidade nosológica.

Estas características dos doentes, em interacção com características dos médicos e do contexto de cuidados, como já foi referido, contribuem para as dificuldades de reconhecimento e diagnóstico das perturbações psiquiátricas nos cuidados de saúde primários, logo para a existência de uma psicopatologia oculta ou morbilidade psiquiátrica escondida a este nível <sup>9</sup>.

Apesar de todas estas dificuldades, o CG/MF deve estar preparado para diagnosticar precocemente e tratar de início as perturbações psiquiátricas mais frequentes na Clínica Geral, sendo o gestor da situação clínica junto do doente, coordenando os contactos com outros técnicos e assegurando a continuidade de cuidados. Por fim, deve fazer a prevenção e tratamento das perturbações que acompanham os períodos de transição psicossocial <sup>2</sup>.

### **Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental**

Os benefícios da integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários são significativos, uma vez que essa mesma integração assegura a acessibilidade da população em geral aos cuidados de saúde mental, facilitando a prestação de cuidados de forma holística e centrados na Pessoa e, minimizando o estigma e discriminação associados à doença mental.

A articulação entre a psiquiatria e os cuidados de saúde primários tem vindo a ganhar um papel cada vez mais importante desde o surgir dos movimentos que defendem a desinstitucionalização dos doentes com perturbação psiquiátrica. De facto, a denúncia da exclusão sofrida pelos doentes mentais e o reconhecimento das insuficiências das instituições psiquiátricas tradicionais, fortaleceram os movimentos de defesa dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental e permitiram a criação de novos serviços mais próximos da comunidade e das famílias.

Também os avanços das neurociências vieram trazer novas perspectivas na compreensão das causas das doenças mentais e permitiram a criação de novos tratamentos, possíveis de ser oferecidos a nível dos cuidados de saúde primários.

Todos estes avanços permitiram a progressiva integração da saúde mental na saúde geral, a criação de departamentos de psiquiatria e saúde mental nos hospitais gerais e a crescente inclusão da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Esta integração facilitou

uma abordagem global das pessoas com perturbação psiquiátrica, facilitando também uma melhor articulação entre a psiquiatria e as restantes especialidades médicas.

Surgia assim, em meados do século XX, o conceito de Psiquiatria Consiliar e de Ligação, que tem na actualidade uma identidade própria, com grande expansão a nível mundial<sup>3</sup>.

Existem diferentes modelos de articulação entre a psiquiatria e os cuidados primários de saúde, que têm vindo a sofrer evolução ao longo das décadas. São eles o Modelo de Substituição, o Modelo de Referência e o Modelo de Ligação<sup>10</sup>.

No Modelo de Substituição, o psiquiatra pode ser o primeiro médico contactado pelo doente, substituindo o CG/MF, trabalhando estes dois profissionais em paralelo. Neste modelo é o paciente que decide a quem recorre. Trata-se de um modelo economicamente inviável e que aumenta o estigma da doença mental face à doença física.

O Modelo de Referência advoga que o CG/MF referencie o paciente a uma consulta de psiquiatria se assim estiver indicado. O CG/MF mantém-se como o primeiro contacto. No entanto, este modelo torna-se inviável pelo número insuficiente de psiquiatras e por desvalorizar o MF.

Por fim, no Modelo de Ligação, a articulação é mais aprofundada, estando o psiquiatra mais próximo e disponível para um trabalho de consultoria. Este modelo potencia a melhoria da continuidade de cuidados, sendo considerado como a melhor via de contacto entre os dois níveis de cuidados de saúde. A sua prática pode variar desde a consulta externa de psiquiatria no centro de saúde, a um serviço de consultoria, no qual o psiquiatra apenas está presente quando necessário. O psiquiatra e o CG/MF trabalham em conjunto, em harmonia e com vantagens mútuas.

Este modelo, proposto por Mitchell em 1983, ajuda o CG/MF no reconhecimento da morbilidade psiquiátrica e na definição do melhor momento para a referência ao psiquiatra.

Fomenta a partilha entre os dois níveis de cuidados e uma comunicação tendo por base o respeito e a confiança mútuas.

Traz assim vantagens para o CG/MF, para o psiquiatra e para o doente. O CG/MF conhece melhor o especialista a quem pode referenciar os seus utentes, com maior explicitação do pedido e maior brevidade na obtenção de uma resposta a esse pedido, constituindo-se uma via propícia à aquisição de novos conhecimentos e capacidades em saúde mental. O psiquiatra, por sua vez, tem um contacto mais próximo com a medicina comunitária, tendo um maior acesso ao doente psiquiátrico e a possibilidades de uma intervenção eficaz que conduza a uma maior satisfação profissional. Por fim, também o doente acaba por beneficiar deste Modelo de Ligação, uma vez que é diminuído o estigma da referenciação para um serviço psiquiátrico, tendo acesso a cuidados inseridos na comunidade e beneficiando de uma maior brevidade no acesso ao tratamento especializado e continuidade de cuidados<sup>8</sup>.

Em 2008, a OMS vem reforçar as vantagens desta articulação, apresentando sete razões para a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários:

1. A prevalência e impacto das perturbações psiquiátricas são enormes a nível dos indivíduos, famílias e sociedade;
2. Os problemas de saúde física e saúde mental estão inter-relacionados e muitas vezes coexistem (os cuidados oferecidos a nível dos centros de saúde permitem uma abordagem holística e centrada na Pessoa);
3. Existe um grande hiato no que diz respeito ao tratamento das perturbações psiquiátricas (os cuidados de saúde primários podem ser a solução no preenchimento destas falhas);
4. A saúde mental nos cuidados de saúde primários incrementa a acessibilidade (acesso a cuidados de saúde mental perto das residências, famílias, inseridos na comunidade);

5. A saúde mental nos cuidados de saúde primários promove o respeito pelos direitos humanos (o estigma associado às instituições psiquiátricas e a discriminação são diminuídos e é banido o risco de violação dos direitos humanos nessas instituições);

6. A integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários é menos dispendiosa e mais eficaz do ponto de vista económico;

7. A integração da saúde mental a nível dos centros de saúde cria bons resultados em termos de saúde global <sup>12</sup>.

A OMS e a WONCA propõem também um modelo baseado numa pirâmide em que os cuidados de saúde primários são fundamentais, mas que necessitam de apoio de outros níveis de cuidados, incluindo serviços comunitários, hospitalares, cuidados informais e cuidados próprios, de forma a serem preenchidas todas as necessidades de saúde mental das populações.



Figura n.º 2 - Pirâmide de organização de serviços da OMS <sup>10</sup>.

Para que esta articulação seja eficaz e eficiente é essencial o melhoramento e promoção da comunicação entre os CG/MF e os psiquiatras. Para facilitar essa comunicação pode ser feito um exercício de consciencialização das semelhanças e pontos em comum entre os dois grupos de médicos. Ambos atendem a mesma população, com características e necessidades heterogêneas, empregando uma abordagem generalista para encontrar soluções. Seguem o paradigma biopsicossocial, não desligando os síndromes orgânicos dos psíquicos, mas em vez disso, integrando-os no processo etiopatogénico. Por fim, tanto os CG/MF como os psiquiatras valorizam as capacidades dos doentes para os integrar no processo terapêutico, fomentando a auto-responsabilização <sup>10</sup>.

Normalmente a comunicação entre os dois grupos de médicos é feita por carta. Vários estudos comprovaram que os psiquiatras desejam ser informados do motivo do pedido, dos sintomas e problemas, dos antecedentes psiquiátricos e familiares e dos tratamentos efectuados. Por sua vez, os CG/MF desejam receber informação de retorno que contenha o diagnóstico feito pelo psiquiatra, o tratamento e a sua duração e, por fim, o prognóstico e aconselhamento para o seguimento e orientação terapêutica.

Para além da comunicação escrita, torna-se importante criar oportunidades de discussão de casos e espaços de formação onde se fomente a partilha de saberes.

### **Prioridades assistenciais**

A articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados especializados em saúde mental coloca o problema da definição de prioridades em termos de resposta às necessidades de saúde, uma vez que as solicitações rapidamente ultrapassam os limites de resposta.

De forma a evitar a diminuição da qualidade da prestação de cuidados e a exaustão dos profissionais, torna-se fundamental a construção de orientações que regulem as prioridades assistenciais.

Miguel Cotrim Talina propõe um esquema de prioridades bastante interessante, em que considera doentes mais graves, logo prioritários, aqueles portadores de perturbações graves, que colocam em risco a vida ou a integração psicossocial dos indivíduos, incluindo neste grupo as esquizofrenias, episódios psicóticos de outras perturbações, perturbações de personalidade ou depressões com risco de tentativa grave de suicídio. Neste grupo de doentes é imprescindível a administração de psicofármacos, sem descuidar a importância de outro tipo de intervenções com o doente e sua família, tais como a psicoeducação, psicoterapia, reabilitação psicossocial e outras. Nos doentes menos graves, a intervenção é feita no ambulatório, com recurso a consultas e recorrendo a medicação e técnicas de psicoterapia. Apresenta-se o esquema de prioridades proposto por este autor, na tabela abaixo.

Cabe ao CG/MF a importante tarefa de distinguir os doentes mais graves dos menos graves e encaminhar as diferentes situações de acordo com esse grau de gravidade

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

Tabela n.º 1 – Prioridades Assistenciais (Miguel Cotrim Talina).

## Conclusão

A OMS e outras organizações internacionais defendem que os serviços de saúde mental devem organizar-se de forma a garantir a acessibilidade a todas as pessoas portadoras de perturbação mental e a integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, assegurando uma resposta efectiva às necessidades das populações. Devem envolver a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade e estar estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde, não esquecendo a importante colaboração com o sector social e organizações não governamentais<sup>4</sup>.

Apesar de todos estes pressupostos, os serviços de saúde mental em Portugal ainda sofrem graves insuficiências a nível da acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados. Verifica-se um reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade e problemas de continuidade de cuidados, assim como os recursos atribuídos à saúde mental continuarem a ser muito limitados.

A participação dos utentes e familiares continua reduzida, a produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental é escassa e não foram criadas respostas às necessidades dos grupos vulneráveis (crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com incapacidades).

O Modelo de Ligação ainda é pouco seguido e a presença dos psiquiatras a nível dos centros de saúde ainda permanece longe de estar generalizada. Há ainda muito a trabalhar na área da Psiquiatria Consiliar e de Ligação.

Para ultrapassar estas carências, foi criado o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), de forma a assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com distúrbios mentais.

Os objectivos deste plano passam por assegurar acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade, não esquecendo os grupos vulneráveis, promover e proteger os direitos humanos, reduzir o impacto das perturbações mentais e promover a descentralização.

Um dos principais objectivos passa por promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, com particular destaque para os cuidados de saúde primários. Mais uma vez, é reforçado o importante papel do médico de família na prestação de cuidados no que diz respeito à saúde mental.

De facto, não é possível desenvolver a reabilitação e a desinstitucionalização se não existirem na comunidade equipas que apoiem os doentes e suas famílias. O CG/MF é um

médico próximo das populações e das pessoas, acessível e técnica e cientificamente habilitado a lidar com os doentes portadores de distúrbio mental, logo é a base, a pedra matriz de todo este processo.

E o facto de a maior parte dos cuidados de saúde ser prestada a nível dos cuidados de saúde primários exige a extensão da Psiquiatria de Ligação para a comunidade.

Há ainda muito a melhorar e evoluir no que diz respeito à articulação entre a saúde mental e os cuidados de saúde primários. E este é um dos importantes desafios com que se defrontam actualmente CG/MF e psiquiatras.

### **Palavras-Chave**

Saúde Mental, Cuidados de Saúde Primários, Perturbação Psiquiátrica, Articulação.

### **Referências**

1. “Allen, J. et al (2005) *A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Geral e Familiar)*. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2005, 21: 511-6”.
2. “Caldas de Almeida, J. M. (1985) *A Formação Pós-Graduada do Clínico Geral em Psiquiatria e Saúde Mental*. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa”.
3. “Cardoso, G. (2006) *Psiquiatria de Ligação, Desenvolvimento Internacional*. Acta Médica Portuguesa 2006, 19: 405-412”.

4. “Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008) *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Resumo Executivo*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental”.
5. “Gonçalves, B; Fagulha, T. (2004) *Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar*. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2004, 20: 13-17”.
6. “Jara, J. M. (2007) *Contribuição para um Livro Branco da Psiquiatria e da Saúde Mental em Portugal*. Separata da Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, Março 2006”.
7. “Nunes, J.M. (2006) *Saúde Mental*. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2006, 22: 591-594”.
8. “Rodrigues, F. P. (2004) *Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental*. Climepsi Editores”.
9. “Simões, J. A. (1996) *Doença Psiquiátrica nos Cuidados Primários de Saúde, Estudo Epidemiológico – Centro de Saúde de Góis*. Revista de Psiquiatria Clínica, 17: 297-307”.
10. “Talina, M. C. (2003) *Voando sobre um centro de saúde...Reflexões sobre a articulação entre a psiquiatria e os cuidados primários de saúde*. Revista Portuguesa de psicossomática, 5: 93-96”.

11. “Teixeira, J. A.; Cabral, A. S. (2008) *Patologia Psiquiátrica nos Cuidados Primários de Saúde*. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2008, 24: 567-574”.

12. “WHO, WONCA (2008) *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. WHO”.