

Índice

Lista de Abreviaturas.....	2
Resumo.....	3
Abstract:	5
Introdução:	7
Material e Métodos:.....	9
Porquê Cuidados Integrados?.....	10
Organização de Serviços	16
Saúde mental infantil e juvenil.....	19
Saúde Mental Materna.....	24
Saúde mental comunitária	29
O papel da família em saúde mental	35
Saúde mental em países de baixo e médio rendimento:	45
Saúde mental em Emergências Humanitárias	53
Saúde mental em Portugal.....	57
Barreiras à integração da SM nos CSP.....	62
Conclusão:.....	66
Agradecimentos:.....	68
Referências:.....	69

Lista de Abreviaturas

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CSS - Cuidados de Saúde Secundários

OMS - Organização Mundial de Saúde

SM - Saúde Mental

MF - Médico de Família

MGF - Medicina Geral e Familiar

MSF - Médicos sem Fronteiras

AACAP - Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

SNS - Serviço Nacional de Saúde

CS - Centro de Saúde

MS - Ministério da Saúde

MSSS - Ministério da Solidariedade e da Segurança Social

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

USF - Unidades de Saúde Familiares

EPCCISM - Equipa de Projecto para os Cuidados Continuados em Saúde Mental

USPSTF - The United States Preventive Services Task Force

Resumo

Introdução: As perturbações mentais afectam centenas de milhões de pessoas, em todo o mundo. Se não tratadas, cobram enorme preço em termos de sofrimento, invalidez e perda económica.

Sendo as pessoas o pilar/ponto de partida dos cuidados de saúde primários, a integração da saúde mental nestes é a maneira mais viável de assegurar que as pessoas tenham acesso a esses cuidados quando precisam, a par de cuidados biológicos e sociais, constituindo o todo biopsicossocial.

Objectivos:

Esta revisão pretende avaliar qual o impacto/importância para as populações da integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Reflexão da primordial importância do Médico de Família na prestação de cuidados de saúde mental e do seu papel na articulação com os cuidados secundários em saúde mental.

Abordar determinados aspectos centrais, nomeadamente as particularidades de apresentação da patologia psiquiátrica nos cuidados de saúde primários e as dificuldades na avaliação e abordagem das perturbações mentais.

Considerar respostas, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, perante a escassez universal de recursos de saúde mental para crianças e adolescentes nos serviços especializados.

Objectivar o impacto psicológico que a gravidez terá na família grávida e o modo como o médico de família pode intervir.

Caracterizar a importância de investir num trabalho integrado de parceria, mais coeso e eficiente em países de baixo e médio rendimento, assim como em situações de emergência humanitária.

Métodos: Reviu-se e analisou-se a literatura médica a respeito da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários, abrangendo o período de 2000 a 2014. Realizaram-se pesquisas na base de dados PubMed, no Repositório Institucional dos HUC e no Índice de Revistas Médicas Portuguesas com a finalidade de encontrar estudos, artigos de revisão e protocolos acerca dos pontos mais controversos sobre o tema.

Conclusões: Estudos revelaram a importância para as populações do acesso a serviços de saúde mental mais próximos, continuando assim junto das suas famílias e mantendo as actividades quotidianas. Evidente é também que a prestação de cuidados de saúde mental a nível dos cuidados primários minimiza o estigma e a discriminação existente sobre as patologias do foro mental e que ainda prevalecem percepções erróneas, por parte das comunidades, em relação à natureza das perturbações mentais e ao seu tratamento.

Foi perceptível a necessidade de se entender a patologia psiquiátrica como merecedora de maior tempo de consulta, de investir em formação pós-graduada e cursos na área de Saúde Mental e em promover sessões de esclarecimento e sensibilização para a patologia psiquiátrica, destinadas aos doentes.

Palavras-chave: saúde mental (mental health), cuidados de saúde primários (primary care); cuidados integrados (integrated care).

Abstract:

Introduction: Mental disorders affect hundreds of millions of people worldwide. If untreated they may provoke charge huge consequences in terms of suffering, disability and even economic loss.

Since the pillar / starting point of primary health care are the people the integration of mental health in these care is the most viable way to ensure that people have access to them when they need it, along with biological and social care, constituting the whole biopsychosocial.

Objectives: This review aims to assess the impact / importance for the populations of the mental health integration in the primary health care. Furthermore, it aims to reflect about the paramount importance of the family doctor in the provision of mental health care and its role in conjunction with the secondary care mental health.

Approach certain key aspects, including the presentation of special features of psychiatric disorders in the primary health care and the difficulties in the assessment and treatment of mental disorders.

Consider answers, especially in terms of primary health care, given the universal shortage of mental health resources for children and adolescents in specialized services.

Objectify the psychological impact that pregnancy will have in the family and how the family doctor can intervene.

Characterize the importance of investing in an integrated working partnership, more cohesive and efficient in low and middle income countries as well as in humanitarian emergencies.

Methods: It was reviewed and analyzed the medical literature about about Mental Health in Primary Health Care, covering the period from 2000 to 2014. Searches were performed in the PubMed database, in the Institutional Repository of HUC and in the Index of Portuguese

Medical Journals in order to find studies, review articles and protocols about the most controversial points of this subject.

Conclusion: Studies have revealed the importance for the populations of the access to nearby mental health services, thus continuing with their families and keeping the daily routine. Is also evident that the provision of mental health care in the primary care minimizes stigma and discrimination that exists about the pathologies of mental disorders and that it is still prevailing misperceptions by the communities, in relation to the nature of mental disorders and their treatment.

It was noticeable the necessity to understand psychiatric illness as worthy of more consultation time. On the other hand, the need to invest in post-graduate training and courses in the field of mental health and to promote information sessions and awareness of psychiatric illness to patients.

Keywords: mental health, primary care; integrated care.

Introdução:

A SM, segundo a OMS, é um estado de bem-estar em que o indivíduo tem consciência das suas capacidades, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a comunidade (1).

No início de 1960, médicos do Kaiser Permanente Health Plan notaram que na maioria dos doentes observados em ambulatório não era encontrada nenhuma patologia orgânica (2).

Resultados de um estudo longitudinal, realizado durante 20 anos, por Cumming & Vanden Bos, 1981, revelou que 60% das visitas foram de doentes que não tinham nenhuma doença física e que a maioria desses doentes sofria de depressão, ansiedade, stress e estilos de vida não saudáveis que tiveram impacto negativo na sua saúde física (2).

Estudos feitos por Rosen e colaboradores (1972) e Regier, Goldberg e Tabue (1978) até estudos feitos na actualidade, demonstram a alta prevalência de patologia psiquiátrica ao nível dos CSP (3).

Por todo o Mundo, há uma atitude de subvalorização da maioria dos responsáveis pela saúde, incluindo concomitantemente as próprias populações para com a SM, quando comparada com a Saúde Física. As perturbações psiquiátricas e psicológicas e, muito mais, a SM, são relegadas para uma prioridade dispensável e, deste modo, negligenciadas.

A SM é essencial para a construção de uma sociedade saudável, inclusiva e produtiva. Contudo, na generalidade dos países verifica-se um enorme hiato entre as necessidades de cuidados de SM e a oferta dos correspondentes serviços (1).

Subscrevendo a perspectiva de Havens – a saúde psicológica está pouco melhor que a saúde física estava há 200 anos atrás quando se morria jovem.(1)

Em 2001, a OMS avaliou o quadro de SM no mundo e encontrou altas taxas de morbilidade e mortalidade associadas: 70 milhões de doentes sofrem de dependência do

álcool, 24 milhões sofrem de esquizofrenia, 10 a 20 milhões tentaram suicídio e 1 milhão comete-o anualmente, sendo a principal causa de morte entre os jovens na maioria dos países desenvolvidos. Uma em cada 4 pessoas será afectada por um transtorno mental na sua vida (4).

A OMS advoga que o essencial para a melhoria dos serviços de Psiquiatria e de SM passa por um modelo de articulação e integração funcional entre os CSP e Psiquiátricos (3).

Nos CSP, o MF ocupa um lugar chave que lhe proporciona um conhecimento único dos problemas de saúde dos indivíduos, das famílias e das populações (5).

A MGF é normalmente o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, proporcionando um processo aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão (5).

Distúrbios psiquiátricos, particularmente depressão e distúrbios de ansiedade, são comuns nos CSP, apesar de muitas vezes poderem ser descurados ou não tratados.

Depressão e ansiedade estão associadas a pior prognóstico de doenças crónicas como diabetes mellitus e doença coronária. A integração da SM nos CSP pode melhorar o reconhecimento e respectivo tratamento de distúrbios psiquiátricos para grandes populações de doentes (6).

Muitos estudos mostram a associação entre melhor reconhecimento e tratamento de distúrbios psiquiátricos e o melhoramento do curso dessas patologias psiquiátricas, mas também com melhorias noutras doenças crónicas como a diabetes (6).

Material e Métodos:

Reviu-se e analisou-se a literatura médica a respeito da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários, abrangendo o período de 2000 a 2014, incluindo artigos científicos nos idiomas português e inglês. Realizaram-se pesquisas na base de dados PubMed, no Repositório Institucional dos HUC (rihuc.huc.min saude.pt) e no Índice de Revistas Médicas Portuguesas com a finalidade de encontrar estudos, artigos de revisão e protocolos acerca dos pontos mais controversos sobre o tema. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave, em combinações variadas: saúde mental (mental health), cuidados de saúde primários (primary care); cuidados integrados (integrated care).

Tendo em conta a multiplicidade de definições relacionadas com o tema em causa, apenas foram estabelecidos como critérios de inclusão/exclusão dos diversos artigos o idioma (português ou inglês) e a atualidade da publicação (nos últimos 14 anos). Numa primeira etapa procedeu-se à pesquisa nas bases de dados escolhidas, sendo de seguida selecionados os artigos publicados nos idiomas e período supramencionados. Na terceira etapa, procedeu-se à seleção dos artigos com informação pertinente relativa aos subtemas discutidos.

As referências dos artigos selecionados foram consultadas a fim de identificar outros estudos, incluindo-se novos artigos a partir das mesmas, desde que contivessem informação relevante adicional.

Porquê Cuidados Integrados?

Importância de integrar Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários

Cuidados primários para a SM referem-se especificamente aos serviços de SM que estão integrados nos cuidados de saúde gerais a nível dos cuidados primários. Os cuidados primários para a SM dizem respeito a todas as perturbações mentais diagnosticáveis, assim como a questões de SM que afectam o bem-estar físico e mental. Serviços dentro desta definição incluem: intervenções de primeira linha prestadas como parte integral dos cuidados de saúde gerais; e cuidados de SM prestados por profissionais de cuidados primários qualificados e apoiados para prestar cuidados de SM (7).

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de SM se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais. A carga de perturbações mentais tais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas (8).

Distúrbios Psiquiátricos são comuns nos CSP. Esta afirmação tem sido consistente ao longo do tempo em diferentes países e em diferentes faixas etárias. Depressão e distúrbios de ansiedade são as patologias do foro mental que predominantemente são vistas nos CSP, sendo a depressão a terceira principal causa de incapacidade em todo o Mundo, e a principal causa nos países desenvolvidos (6,9).

Os CSP são vistos como um ponto focal para a integração da SM. Muitas vezes, este é o primeiro, ou único ponto de entrada no sistema de saúde para pessoas com uma série de problemas de saúde mental e física. A integração da SM nos CSP é apoiada

internacionalmente como estratégia para melhorar o acesso aos cuidados de saúde centrados no doente (10).

Aumentar a disponibilidade dos serviços de SM nos CSP é necessário, devido à pobre detecção das necessidades da SM (9).

Os doentes com problemas psiquiátricos normalmente consultam o MF com todos os seus problemas, sendo que esses problemas não são puramente médicos; normalmente incluem componentes biológicos, psicológicos e sociais (2).

Depressão, distúrbios de ansiedade e outras patologias do foro psiquiátrico têm um impacto considerável no curso de outras doenças comumente vistas nos CSP (6).

Depressão e ansiedade estão associadas a pior prognóstico de doenças crónicas como Diabetes Mellitus, doença coronária e outras doenças médicas como VIH, artrite e cancro. A integração da SM nos CSP pode melhorar o reconhecimento e respectivo tratamento de distúrbios psiquiátricos para grandes populações de doentes. Concomitantemente, muitos estudos concluem que melhores resultados no diagnóstico e tratamento de distúrbios psiquiátricos, leva a melhorias das doenças crónicas quando associadas a patologias do foro psiquiátrico (6,11).

De facto, dados científicos credíveis têm revelado as múltiplas ligações multi-direccionais existentes entre a saúde e a doença mental e física. Os pensamentos, sentimentos e comportamentos de saúde têm grande impacto no estado de saúde física. Pelo outro lado, o estado de saúde física tem considerável influência sobre o bem-estar e a SM (7).

As perturbações mentais podem ser precursoras em relação a problemas de saúde física, ou consequências de problemas de saúde física, ou o resultado de efeitos interactivos. Por exemplo, há provas que a depressão predispõe os indivíduos a desenvolver enfarte do miocárdio; por outro lado, o enfarte do miocárdio aumenta a probabilidade de depressão. De forma semelhante, os ataques de pânico estão fortemente associados com a asma. As pessoas

com perturbação de pânico têm maior prevalência de asma, e as pessoas com asma têm maior prevalência de ataques de pânico (7).

Os doentes com comorbilidades físicas e distúrbios psicológicos são extremamente dispendiosos para os sistemas de saúde. Desta forma, muitos autores concluem que a integração da SM nos CSP é desejável em vez do fraccionamento destes serviços. A depressão é muito comum e tão relacionada com outras condições médicas para ser tratada fora dos CSP (2,12).

A maioria das condições de comorbilidade requerem um tratamento coordenado e holístico de sintomas tanto de saúde física como mental, e os CSP têm as melhores condições para prestar este tipo de serviço (7).

Muitos doentes nos CSP têm sintomas subliminares de problemas na sua SM, o que complica a apresentação e diagnóstico de queixas de saúde física. Quase 70% desses doentes não recebem nenhuns tratamentos para o seu problema de SM (13).

Doentes com sintomas de somatização usam 9 vezes mais serviços de cuidados de saúde globais comparativamente a outros doentes (Smith 1994) e doentes deprimidos usam 3 vezes mais os serviços (Katon e Schulberg 1992). Também doentes com ansiedade e ataques de pânico recorrem 10 vezes mais aos S.U. do que sem ansiedade e 70% desses doentes na realidade vêm 10 ou mais médicos antes de serem correctamente diagnosticados com distúrbio de ansiedade (2).

A depressão é, em todo o mundo, uma entidade psicopatológica potencialmente tratável e a mais comumente identificada nas autópsias psicológicas realizadas em pessoas que se suicidam, tal como o recurso aos CSP, em particular ao MF, um facto registado internacionalmente como muito frequente no anteceder próximo da consumação da morte auto-infligida; importa dotar os profissionais dos CSP, através das Equipas Comunitárias de

Saúde Mental, do mais adequado apoio técnico-clínico, em que a formação e a supervisão continuadas são pilares insubstituíveis (14).

Fornecer cuidados integrados melhora os resultados no tratamento da depressão e aumenta o número de casos de distúrbios mentais detectados (15).

Doentes com doenças mentais sérias e persistentes, como a esquizofrenia, são maioritariamente seguidos, predominantemente, por especialistas em SM. Contudo, muitas vezes, estes doentes têm necessidades substanciais de saúde geral não atendidas/tratadas, incluindo doenças como diabetes, obesidade, factores de risco para doenças cardiovasculares (sendo que muitas vezes estas doenças são exacerbadas pela medicação tomada para o tratamento da sua respectiva doença mental). Torna-se desta forma evidente a necessidade e a vantagem da prestação de cuidados integrados, como solução para responder a necessidades do doente não avaliadas pelos especialistas em psiquiatria; é uma forma de compreender e responder às interacções entre mente e corpo (16).

A integração da SM nos CSP deve incluir a prescrição de antidepressivos, disponibilidade de psicoterapia e apoio aos MF para iniciar o tratamento e referenciar para especialistas em SM, quando necessário (9).

Nos modelos de cuidados integrados, há uma articulação sistemática entre os profissionais de SM e os médicos dos CSP, que requer comunicação e coordenação entre médicos para atender às necessidades de SM e em geral, dos doentes (16).

Para uma progressiva melhoria quer da articulação de cuidados, quer da resposta dos médicos de família, é necessário que seja definido com clareza o âmbito de actuação que é da responsabilidade dos CSP e aquele que é da responsabilidade dos cuidados psiquiátricos especializados (eg. psicoses agudas, depressão com risco de suicídio, ansiedade refractária ao tratamento, toxicod dependências e as perturbações da personalidade) (8).

A diferença chave e fundamental é que os cuidados integrados implicam um sistema muito mais estreito e coordenado de cuidados (16).

Deve ser criado um projecto transversal, que inclua as seguintes áreas: programa de formação em exercício, com contactos regulares nos centros de saúde (eg. supervisão de casos, consulta ombro-a-ombro); melhoria da qualidade da informação de referência e de retorno; a nível do internato de especialidade de psiquiatria, formação em saúde mental comunitária, a efectuar em sectores com reconhecida experiência de articulação; monitorização periódica de um conjunto de indicadores pertinentes à caracterização da SM das populações (eg. padrão de prescrição de psicofármacos, taxa de suicídio, casos socio-psiquiátricos recorrentes); criação e aplicação periódica de instrumentos de avaliação da satisfação dos utentes, designadamente criados com a participação de associações de utentes e familiares, bem como dos profissionais em diferentes contextos de articulação (8).

São muitos os benefícios em oferecer cuidados integrados às populações, onde se tem a perspectiva que mente e corpo são indissociáveis no que se refere a cuidados holísticos ao doente. Cuidados primários para SM geram bons resultados em termos de saúde. A maioria das pessoas com perturbações mentais que são tratadas em cuidados primários apresentam bons resultados, particularmente quando ligados a uma rede de serviços ao nível secundário e na comunidade (7,9).

Há um aumento da população com acesso a cuidados de SM (muitas pessoas com necessidades de cuidados na área da SM não têm acesso a serviços dessa especialidade); MF são os mais comumente contactados, e muitas vezes os únicos, para prestar serviços de SM. O acesso a serviços de SM torna-se mais perto das suas casas, conservando assim o doente junto da sua família e possibilitando a manutenção das suas actividades quotidianas (10,17).

Nos cuidados integrados, a mesma equipa (médico, enfermeiro, psicólogo) trata dos problemas físicos e mentais, o que se torna uma vantagem importante, já que as pessoas com problemas de SM muitas vezes recebem cuidados de saúde física inadequados (10).

Cuidados primários para SM promovem o respeito pelos direitos humanos, minimizam a marginalização e a discriminação, muitas vezes associadas a doenças mentais. Para os doentes que recorrem aos CSP torna-se menos estigmatizante, mais coordenado e mais acessível do que os serviços de especialistas em SM (7,9).

Há melhor custo-benefício de cuidados integrados: serviços de cuidados primários para a SM são menos caros que hospitais psiquiátricos para os doentes e comunidades, assim como para os governos. Pacientes e famílias evitam custos indirectos associados com a procura de cuidados especializados em locais muitas vezes distantes. O tratamento de perturbações mentais comuns tem boa relação custo-benefício, e investimentos por parte de governos podem trazer benefícios importantes. Além disso funcionários que recebem cuidados integrados têm menos dias de incapacidade e retornam ao trabalho mais rápido; cuidados integrados foram associados a uma redução significativa dos dias de incapacidade para o trabalho, redução do tempo de tratamento, menos consultas e consequentemente menos custos (7,10).

Referenciar um doente dos CSP para um especialista de SM é duas vezes mais difícil do que quando se referencia um doente para outras especialidades. A integração de SM-CSP torna-se, neste aspecto, uma mais-valia, pois reduz atrasos no início do tratamento dos doentes o que, fornecendo uma oportunidade para intervenções precoces e mais eficazes. Intervenção precoce das doenças psiquiátricas é muitas vezes sinónimo de resultados terapêuticos melhores (13). Cuidados primários para SM também facilitam iniciativas realizadas junto da população e a promoção de SM, assim como a monitorização e a gestão a longo-prazo de indivíduos afectados (7).

Organização de Serviços

Baseando-se em estudos epidemiológicos da comunidade e dos CSP, Goldberg e Huxley, em 1980 desenvolveram um modelo para avaliar a prevalência e os recursos existentes para tratar patologias do foro mental. Este modelo descreve vários níveis de tratamento para os distúrbios mentais comuns, variando desde auto ajuda e recursos na comunidade até cuidados num hospital psiquiátrico. A transição entre cada um dos níveis (exemplo: consulta nos CSP, diagnóstico e tratamento nos CSP; referência aos CSS) depende de vários factores que juntos constituem, aquilo que Goldberg e Huxley denominaram de filtro (Figura 1) (18).

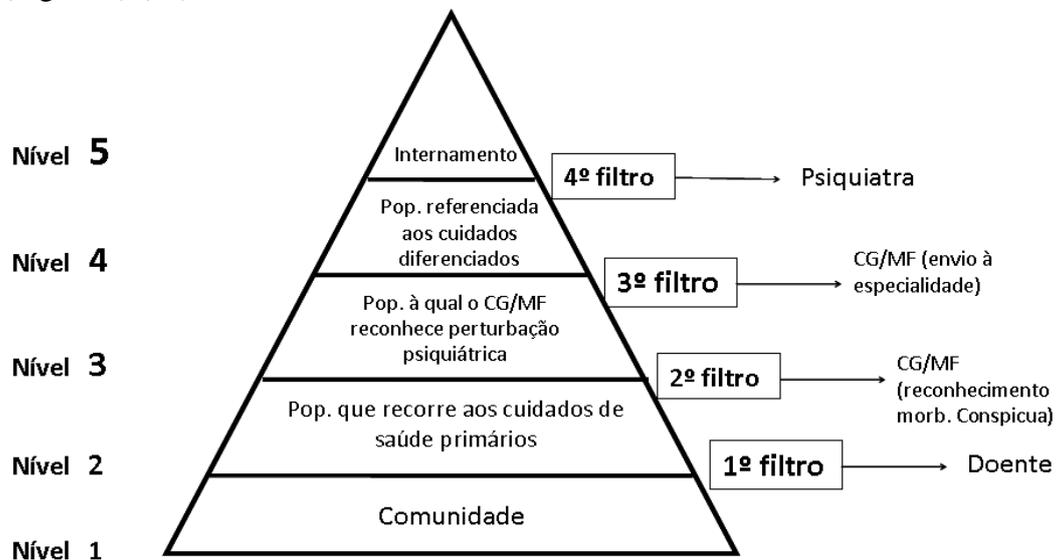


Figura n.º 1 - Pirâmide de Goldberg

De ressaltar que não se consideram hoje cuidados diferenciados (todo o acto técnico desempenhado com qualidade é diferenciado), mas cuidados secundários.

Estes filtros são tipicamente influenciados pelas características do doente (características clínicas e não clínicas), características do médico em causa e do sistema de saúde. Por exemplo, a probabilidade de receber cuidados especiais para a ansiedade ou depressão é influenciada pela idade, raça, severidade da doença, grau de incapacidade, as

crenças e atitudes individuais de cada médico e, em muitos países, pelo nível de cobertura do seguro.

Em geral, estes diferentes níveis de cuidados formam a pirâmide – cada nível superior incluindo menor número de indivíduos do que o inferior (3).

O primeiro filtro é representado pela decisão de ir à consulta de clínica geral; o segundo filtro consiste na identificação ou reconhecimento pelo especialista de clínica geral da patologia psiquiátrica. Só depois aparece a decisão de encaminhar para a especialidade hospitalar, o que representa o terceiro filtro. Este último é tido como o menos permeável – apenas 1 em 20 doentes é encaminhado, isto é, cerca de 5% vai ao psiquiatra (3).

A OMS propõe também um modelo baseado numa pirâmide em que os CSP são fundamentais, mas que necessitam de apoio de outros níveis de cuidados, incluindo serviços comunitários, hospitais, cuidados informais e cuidados próprios, de forma a serem preenchidas todas as necessidades de SM das populações (Figura 2) (7).

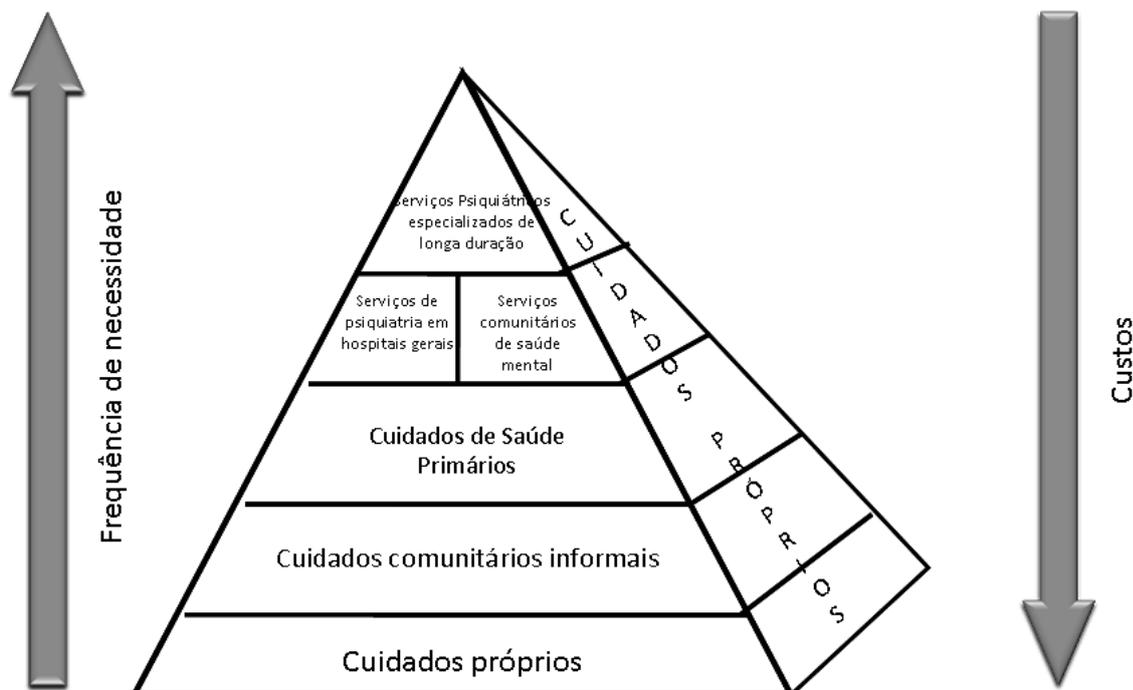


Figura nº2 - Pirâmide de organização de serviços da OMS

O modelo da OMS é baseado no princípio segundo o qual nenhum serviço pode por si só preencher todas as necessidades de SM da população. Apoio, supervisão, colaboração, partilha de informação e educação através dos diferentes níveis de cuidados são essenciais em qualquer sistema (7).

A maior parte dos cuidados de SM são assegurados através de cuidados informais e através dos cuidados primários de saúde. Aos serviços de SM especializados apenas chega uma pequena parte do total das pessoas com problemas de SM. A articulação com os cuidados primários reveste-se, por esta razão, de uma importância crucial para o estabelecimento de princípios de referência de casos e a criação de esquemas operativos de colaboração em actividades de prevenção/promoção e de seguimento de casos (19).

Os serviços de SM nos dias de hoje têm assim duas características fundamentais. Primeiro, organizam-se em forma de uma rede, com base na comunidade, que inclui internamento no hospital geral e um conjunto variável de unidades de internamento parcial, atendimento no ambulatório e intervenções no domicílio. Segundo, esta rede que deve ter uma coordenação comum tem de estabelecer esquemas de cooperação estreita com os serviços dos cuidados primários (que resolvem a grande maioria dos casos de SM e referenciam os casos mais graves), com o sector social e ainda com muitas outras agências da comunidade (educação, emprego, etc.) (19).

Repara-se assim que a morbilidade psiquiátrica vista pelos respectivos especialistas, para além de “pequena”, pode ser só uma atípica amostra do que se passa realmente nos cuidados primários e na comunidade (3).

Saúde mental infantil e juvenil

Os problemas de SM em crianças e adolescentes têm vindo a aumentar nas últimas décadas e constituem, presentemente, um dos grandes desafios de saúde pública a nível mundial (20). De acordo com estudos epidemiológicos efectuados nos EUA, nos CSP, o número de crianças com diagnóstico de um problema do foro psicossocial duplicou nos últimos 20 anos. Dados semelhantes foram encontrados em estudos realizados em países europeus e estima-se que entre 2 a 5% das crianças que recorrem aos CSP apresentam problemas de SM (20).

Segundo a AACAP e a OMS, na região europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais, mas apenas 20 a 25% dessas crianças afectadas recebe tratamento (21–23).

Torna-se então perceptível que as perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência são frequentes e que estas trazem grandes encargos à sociedade, quer em termos humanos, quer financeiros. Muitas delas são recorrentes e crónicas e podem ser precursoras de perturbações muito incapacitantes na idade adulta (24).

Na realidade estima-se que cerca de 50% dos distúrbios psiquiátricos dos adultos tiveram início na infância e adolescência. Deste modo, alguns autores alertam para que as pesquisas de acções preventivas devem ter como foco este período inicial da vida com vigilância e monitorização de crianças em risco, juntamente com estratégias de intervenção precoce apropriada (22).

Na maioria dos Países (mesmo aqueles com recursos, como é o caso de Portugal), os serviços especializados de SM para crianças e adolescentes não são suficientes para dar resposta adequada e atempada perante um problema desta dimensão (5).

Há um consenso universal que os profissionais de saúde são actualmente confrontados com a crescente necessidade de serviços de saúde mental infantis e como consequência tem havido uma reflexão sobre os modelos de prestação de serviços para este grupo etário (22).

Perante a escassez universal de recursos de SM para crianças e adolescentes nos serviços especializados, urge encontrar outras respostas, nomeadamente ao nível dos CSP (20).

A grande maioria das situações problemáticas recorre inicialmente aos CSP, destacando-se a importância desta primeira linha de actuação na triagem, avaliação, intervenção, orientação e seguimento dos casos e na articulação com outras estruturas da comunidade (20,21). O MF ocupa nos CSP lugar chave em qualquer sistema de saúde, o que lhe proporciona um conhecimento único dos problemas de saúde dos indivíduos, das famílias e das populações, nomeadamente da população infantil, que acompanha a partir da gestação e durante o crescimento e desenvolvimento desde o primeiro ano de vida (5).

Um MF com prática clínica ajustada às necessidades da população que serve, integrado numa equipa de saúde alargada, coesa e com formação adequada, tem maior potencial de detectar os problemas nomeadamente na área da SM infantil. Desta forma poderá responder de modo agilizado aos contextos clínicos que se lhe deparam, sendo essencial todo o investimento interdisciplinar que facilite esta abordagem (5).

É importante investir num trabalho integrado de parceria, mais coeso e eficiente, no atendimento destas situações. Surge a necessidade de uma organização efectiva e uma coordenação de serviços, assim como o estabelecimento claro de normas para referência a serviços especializados. Coordenação e cuidados partilhados tornam-se a única solução sustentável de atender às necessidades de SM das crianças na comunidade (20–22).

O diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas deve pois transformar-se numa prioridade. Neste

âmbito, a articulação entre as equipas de SM da infância e adolescência e os CSP torna-se imprescindível para um trabalho integrado mais coeso e eficiente. Se por um lado as equipas especializadas têm a competência na área da SM infanto-juvenil, os CS possuem os recursos necessários a uma intervenção na comunidade, não só pelo conhecimento das famílias e da sua trajectória de vida como pelo conhecimento das necessidades e recursos locais. As vantagens deste trabalho integrado são evidentes, podendo apontar as mais patentes como a detecção precoce de situações de risco e intervenção atempada; maior eficácia da intervenção em situações complexas e com forte vertente social/comunitária; implementação de programas de prevenção primária e de intervenção precoce; formação de outros técnicos no âmbito da SM Infantil e Juvenil (21).

Intervenções e tratamentos apropriados para as crianças com dificuldades emocionais ou de comportamento têm mostrado diminuir o impacto dos problemas de SM no desempenho escolar e nas relações com os membros da família e colegas.

Por outro lado, muitas crianças ficam sem tratamento e, para estas, as consequências são sérias e longas de alcançar. Destacam-se como consequências negativas o aumento do risco de ter imensos problemas psicossociais que afectam a criança ou adolescente e família tanto no presente como no futuro; ocorrência de prejuízos no relacionamento com a família, colegas e dentro do sistema escolar; possibilidade de surgirem problemas em interagir com os pais, irmãos, ou ambos, criando assim uma família “tensa” e disfuncional; dificuldades em criar relações com colegas e/ou em funcionar de forma eficaz no ambiente escolar, levando ao insucesso escolar, escassas oportunidades de emprego e pobreza.

Adicionalmente, os adolescentes podem demonstrar um aumento de comportamentos de risco, resultando em gravidezes na adolescência e problemas legais. Ainda risco de comorbilidades adicionais e abuso de substâncias; lesões/acidentes e mortalidade/suicídio.

De acordo com a AACAP, o suicídio é a terceira causa de morte entre 15 e 24 anos e 6º naqueles com 5-14 anos, assim demonstrando a necessidade de tratamento adequado e oportuno (22,23,25).

Com o aumento do número de crianças e adolescentes necessitando de cuidados de SM e comportamental, é vital que os médicos dos CSP desenvolvam planos práticos para proporcionar cuidados de SM aos seus doentes.

É evidente a chamada pelos MF para fornecer cuidados de SM para crianças e adolescentes nas suas práticas de agora e no futuro e, é portanto crescente a necessidade de os MF adquirirem formação nesta área específica de SM infantil e juvenil que tem vindo a tornar-se premente, nomeadamente a nível de avaliação e referenciação (25).

Como direcções futuras na prestação de serviços de SM infantil existem algumas propostas de iniciativas que visam melhorar os cuidados de SM prestados às crianças e jovens. Uma forma eficiente e rentável de abordar as necessidades da SM das crianças (independentemente da condição económica do país onde habitam essas mesmas crianças) seria implementar programas de rastreio de SM em escolas, estando estes associados aos CSP (22). A USPSTF recomenda que exames de SM devem ser incorporados na rotina dos CSP para adolescentes (25).

Colocar terapeutas pediátricos, psicólogos e/ou psiquiatras nos CSP pode expandir ainda mais a gama de serviços fornecidos e de patologias tratadas (23).

Importante é também fornecer treino/formação para a equipa de CSP, professores e outros profissionais cujo trabalho tenha interacção com crianças, na tentativa de aumentar as suas capacidades e confiança na detecção de problemas de SM (22).

Actualmente os governos e serviços de saúde em todo o mundo variam imenso na determinação da melhor solução para esta questão. Contudo, é evidente que avaliação e

métodos de intervenção apropriados dentro do ambiente de CSP e da escola devem ter prioridade.

Saúde Mental Materna

A gravidez e os primeiros tempos de vida da criança são períodos críticos em que vários factores de risco se podem conjugar e comprometer a capacidade parental e o desenvolvimento da criança com repercussões ao longo do seu ciclo de vida. Mas são também momentos potencialmente transformadores, para os quais poderão contribuir a solicitude dos profissionais de saúde (26).

A gravidez é um período crítico, em que factores de risco, tais como vivências infantis traumáticas, depressão materna, violência doméstica, consumo excessivo de álcool, toxicodependência e gravidez na adolescência, podem comprometer as capacidades parentais e o desenvolvimento da criança. O período em que o casal grávido está mais sensível à mudança, podendo o bebé que vai nascer ser o catalizador de modificações importantes nos seus progenitores. É por isso relevante dar suporte ao casal grávido e prestar atenção aos estados emocionais da mulher grávida; há que informar os pais sobre a importância do bem-estar da criança e desenvolver estratégias que dêem suporte às competências parentais, que facilitem as relações entre os pais e a criança e que protejam as crianças mais vulneráveis (27).

Os dois primeiros anos de vida são a fase em que o desenvolvimento humano é mais rápido mas também mais vulnerável, em que é maior a dependência do meio. Neste período, a criança adquire a posição erecta, a marcha, a fala e inicia a socialização. Mas necessita para isso de estabelecer uma relação privilegiada com os pais, que serão o suporte para o seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social futuros (28).

A promoção da SM implica que sejam desenvolvidos cuidados abrangentes, físicos, psíquicos e sociais, nos períodos pré e pós-natal (27).

É deste modo imposto aos profissionais de saúde que contactam com as grávidas, bebés e pais, que obtenham uma formação e conhecimento actualizados sobre os aspectos da SM da gravidez e primeira infância, para que possam promover o desenvolvimento de factores protectores e intervir precocemente em casos problemáticos.

Para que o MF possa aceder a estas situações é necessário mostrar disponibilidade de escuta e de tempo para tecer com o casal uma relação de confiança, base indispensável para qualquer intervenção bem sucedida. Se uma pequena equipa, formada com a enfermeira, a assistente social e eventualmente um técnico de SM do CS, puderem conjugar esforços e intervir articuladamente, uma mudança transformadora na mulher e no homem grávidos poderá ocorrer (26).

Considera-se que a família grávida é uma família em que uma mulher se encontra grávida, independente da restante estrutura. Trata-se de uma fase específica no seio da família, em que se aguarda a vinda de um novo elemento, predominando os sentimentos de medo e/ou esperança, com desvio do centro de atenções e segurança.

Justifica-se também pela envolvência da parentalidade homem e mulher, estimulada pela concessão de direitos e regalias nos cuidados de saúde e legalidade.

É uma família vulnerável, que requer vigilância médica no plano de cuidados, além dos cuidados físicos, particularmente na prevenção das agressões psicológicas, inclusive a depressão pós parto, no homem e na mulher.

Também é importante a promoção da integração de outros descendentes (caso existam) neste novo projecto, avaliando as suas expectativas, ansiedade e receios (29).

Depressões Maternas:

Os estados depressivos maternos do pós-parto, que se iniciam por vezes durante a gravidez, incapacitam as mães para as suas funções maternas e alteram a relação com o bebé.

Cerca de 10% das mulheres têm depressão durante a gravidez, e esta perturbação tem uma alta probabilidade de persistir após o parto, caso não seja prontamente diagnosticada e tratada. O diagnóstico é mais frequente no 1º e 3º trimestres da gravidez (27).

A ajuda do pai do bebé, de outros familiares e o suporte dos profissionais dos CSP é determinante para que a mãe adquira confiança nas suas capacidades maternas e ultrapasse a sua ansiedade (26).

O Pós-Parto Blues:

Entre a 1ª e 2ª semanas após o parto, 40 a 60% das puérperas podem sentir-se irritáveis, hipersensíveis, com choro fácil, mas rapidamente estes sintomas, associados às quebras hormonais após o parto, desaparecem (26,27).

Depressão Pós Parto

Situa-se entre o 2º mês e o fim do 1º ano após o parto e ocorre em 10 a 15% das puérperas. Mas pode chegar aos 50% nos casos de depressão pós-parto anterior. Segundo O'Hara e Swain pode decorrer com dois picos, um entre as 6 e 12 semanas e outro no 2º semestre após o parto (27).

A mãe pode até tratar funcionalmente do bebé, mas sem a sua capacidade de imaginar e de transmitir emoção e afecto na relação com o bebé. É uma relação desvitalizada que põe em risco a constituição psíquica do bebé e perturba a coesão entre a psique, o corpo, o funcionamento corporal e mental. O bebé torna-se vulnerável à descompensação psicossomática, podendo surgir alterações do sono, alimentares ou atrasos do desenvolvimento (27).

São os médicos de família que podem detectar estas depressões, frente a um bebé irritável e com as alterações acima descritas. A mãe, perante o seu bebé em sofrimento, aceita melhor o tratamento. Deve incluir-se o pai, que passará a compreender o estado da mulher e a dar ao bebé o suporte emocional de que ele necessita (26).

A possibilidade de os casais serem acolhidos de uma forma empática por profissionais dos CSP, que ouçam as suas dúvidas e receios, lhes reconheçam e valorizem as competências, ao longo da gravidez e primeiros tempos de vida da criança, mantendo sempre uma continuidade relacional, é dos suportes mais efectivos para a família e garante do desenvolvimento psico-afectivo da criança com repercussões no seu futuro (26).

Depressão Perinatal:

O conceito de depressão perinatal abrange uma ampla gama de transtornos do humor que podem afectar uma mulher durante a gravidez e após o nascimento de seu filho. Ele inclui a depressão pré-natal, os pós-parto blues, a depressão pós-parto e psicose pós-parto (30).

A psicose pós-parto é uma condição muito rara que geralmente inclui alucinações auditivas e delírios e, menos frequentemente, alucinações visuais. Afectando apenas uma ou duas mulheres por mil, isto é uma emergência que requer hospitalização.

A depressão perinatal da mãe, definida como a depressão que ocorre durante a gestação ou no período pós-parto, é motivo de preocupação para todos aqueles que estão envolvidos com as famílias afectadas. Tal preocupação deriva da compreensão comum sobre o papel essencial que uma gestação saudável e cuidados responsivos e afectuosos da mãe desempenham no desenvolvimento fetal e do bebé, e de como a depressão pode interferir nesses processos.

Os pais devem compreender que a depressão perinatal deve ser reconhecida, considerada com seriedade e tratada. Mulheres com histórico de depressão podem beneficiar de intervenções preventivas ao engravidar ou ao planear a gravidez, visando reduzir a probabilidade de uma depressão perinatal. Os membros da família podem ser úteis na identificação dos primeiros sinais de depressão perinatal, e podem ajudar a minimizar as barreiras que impedem os cuidados, inclusive barreiras práticas e relacionadas com crenças. Prestadores de serviços que trabalham com grávidas e mulheres no período pós-parto

Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários

Artigo de Revisão – FMUC 2015

desempenham o papel importante de conseguir não só identificar a depressão perinatal, mas também – e igualmente importante – de viabilizar o tratamento imediato e eficaz (30).

Saúde mental comunitária

Existe hoje uma evidência científica sólida que a melhor forma de responder às necessidades dos doentes e famílias é organizar os serviços com Equipas de SM Comunitária, constituídas por profissionais de áreas complementares, trabalhando segundo um modelo integrado de gestão de cuidados (31). A OMS, no seu Relatório Anual de 2001, define a reabilitação psicossocial como "um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais" (24).

O modelo comunitário foi preconizado pela OMS no início dos anos 70, que consignou que a prestação de cuidados deveria transitar dos hospitais psiquiátricos para serviços de base comunitária (31).

Em consequência, nos últimos 25 anos registaram-se esforços significativos em todo o mundo para substituir os serviços baseados no antigo modelo dos grandes hospitais psiquiátricos por serviços de base comunitária. As instituições psiquiátricas tradicionais não podem assegurar a prestação do conjunto de programas integrados hoje considerados essenciais para o tratamento das perturbações psiquiátricas, especialmente os que promovem a reabilitação e a reintegração social dos doentes. Por outro lado, a sua separação do sistema geral de saúde e o afastamento dos locais de residência das pessoas assistidas reforçam os estereótipos negativos associados aos tratamentos psiquiátricos e acentuam a exclusão e discriminação das pessoas com problemas de SM (19).

A integração comunitária é consequência de um conjunto de pressupostos e de valores que implicam que as pessoas com doença mental tenham acesso aos mesmos contextos habitacionais, profissionais e sociais como quaisquer outros cidadãos; que as pessoas tenham

o direito de escolher o local onde poderão habitar, trabalhar, estudar e socializar com pessoas que tenham ou não problemáticas diversificadas para benefício mútuo (32).

A rede de suporte social assume-se como um elemento essencial na estruturação de um projecto terapêutico (31).

O modelo de SM comunitária implica uma perspectiva bio-psico-social das questões da saúde/doença mental, assim como um conjunto de valores que preconizam a equidade no acesso aos serviços, o tratamento na comunidade, o respeito dos direitos humanos, uma visão de recuperação, a promoção da vida independente e da integração social e a participação de utentes e famílias (33). Este modelo de tratamento implica algumas mudanças, tais como: criação de uma rede de serviços que prestem cuidados aos vários níveis; integração no SNS, ou seja, os serviços de SM devem estar integrados nos hospitais gerais e centros de saúde; continuidade na prestação de cuidados, o que implica a existência de uma equipa que acompanha a pessoa com doença mental no decorrer do seu projecto terapêutico; articulação com as estruturas comunitárias, direccionando os recursos numa acção concertada, reforçando as redes de suporte social e o estabelecimento de parcerias; direccionar a intervenção não só para a pessoa com doença mental grave mas também para as suas famílias, numa perspectiva da reabilitação psicossocial; impulsionar a participação dos utentes e suas famílias no planeamento e avaliação dos serviços (31).

Torna-se, portanto, necessário apostar em programas de intervenção comunitários e na estruturação de serviços de apoio domiciliário suficientemente flexíveis para permitir a personalização do atendimento, compostos por equipas especializadas de intervenção, cujo suporte permita manter a opção habitacional em contexto comunitário, mesmo em situação de crise (34).

Para que a abordagem da SM comunitária seja possível, é necessário observar alguns princípios fundamentais: definição de áreas geográficas atribuídas a um serviço local;

existência de uma rede de serviços articulados e complementares; garantia de equidade no acesso a esses serviços, sem discriminação; continuidade de cuidados, assegurada pela mesma equipa, ou por diversas equipas em articulação estreita; envolvimento da comunidade, e de outros sectores de serviços; promoção da vida independente e da integração social; respeito dos direitos humanos (33). Não é suficiente criarmos apenas estruturas comunitárias, é fundamental que estas sejam acompanhadas e inspiradas num novo paradigma, ou seja, no modelo comunitário de intervenção que evite a reprodução dos mesmos mecanismos de funcionamento hospitalar transitados linearmente para as estruturas nos contextos comunitários (32).

Pretende-se que a comunidade se torne gradualmente um contexto terapêutico. Urge facilitar a queda dos mitos vigentes e promover a mudança das crenças culturalmente determinadas e que estão na base da estigmatização e discriminação, e logo, do isolamento social a que é votada a pessoa com doença mental, assim como a sua família (34).

Acções de sensibilização, capacitação de agentes locais, desenvolvimento de competências de profissionais de saúde, programas que privilegiem o impacto na comunidade, estabelecimento de parcerias governamentais a fim de promover a SM, entre outros, podem ser estratégias que estruturadas, permitirão a mudança de modelos presentes (34).

A aplicação do modelo comunitário de intervenção em relação às pessoas com doença mental, aos familiares e aos profissionais na área da SM, implica a reflexão aprofundada acerca do papel específico que cada um destes grupos terá que desempenhar no desenvolvimento da SM comunitária (32).

Equipas de SM Comunitária, equipas multidisciplinares que prestam os cuidados essenciais a uma determinada população, apenas necessitam de uma pequena base na comunidade para funcionar. Além das consultas efectuadas em locais próximos dos locais de

residência das pessoas, podem atender situações de crise, podem efectuar intervenções no domicílio, e podem ajudar as famílias a participar nos tratamentos, através de programas psico-educacionais de eficácia amplamente comprovada. Em colaboração com o sector social, as Equipas de SM Comunitária podem oferecer programas de reabilitação, apoiar doentes colocados em residências e contribuir para o desenvolvimento de programas de reintegração profissional. Finalmente, as Equipas de SM Comunitária podem estabelecer diversas formas de colaboração com as equipas de cuidados primários, que vão desde o estabelecimento de esquemas de ligação e supervisão no tratamento de doenças psiquiátricas, a realização de consultas nos CS, o desenvolvimento de programas colaborativos de prevenção/promoção (por exemplo, nas áreas da depressão, do suicídio ou da violência doméstica) (19).

De acordo com as prioridades definidas pela União Europeia, os serviços de SM devem garantir a aplicação destes princípios, e promover a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a promoção da SM (33).

A SM é imprescindível ao desenvolvimento social e económico das comunidades. Envolver as comunidades no desenho e desenvolvimento de planos locais de promoção da SM é um importante desafio para garantir mais e melhor SM a cada comunidade (35).

A perspectiva da saúde pública, que influenciou o desenvolvimento da SM comunitária, preocupa-se com a saúde das populações e com os meios para a promover, e chama a atenção para a necessidade da prevenção das doenças, além do tratamento. No caso da SM não é fácil definir estratégias de prevenção porque não se conhecem com rigor as causas das doenças mentais (33).

Em todo o caso a definição dos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, adoptada pela saúde pública, teve algum impacto na SM, alertando para a possibilidade de tomar medidas para intervir na génese ou na expressão das doenças (prevenção primária), de fazer a detecção precoce das perturbações de modo a tratar de forma

mais eficaz (prevenção secundária) e de reduzir as incapacidades resultantes das doenças (prevenção terciária/reabilitação) (33).

A promoção de SM é, por isso, uma responsabilidade de toda a sociedade: no comércio e na indústria, no planeamento local, na educação, na cultura, na segurança nacional e em tantos outros aspectos da sociedade, promovendo a participação efectiva de todos os cidadãos (35).

Um programa de promoção da SM deve ajudar cada pessoa a sentir-se bem consigo próprio e com os outros, e a desenvolver um sentido de responsabilidade em função do seu próprio bem-estar e do bem-estar dos outros. Cada membro de uma comunidade fica desta forma melhor preparado para pensar por si próprio, tomar conscientemente e realisticamente as suas decisões, adaptando-se às contrariedades da vida, integrando-se e interagindo socialmente (35).

Em 2006, a Comissão das Comunidades Europeias publicou um documento produzido pela Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais (European Communities, 2006) que chama a atenção para a necessidade de intervir nestas duas áreas, com o objectivo de reduzir os factores de risco e promover os factores de protecção, diminuir a incidência e a prevalência das doenças mentais, e também minimizar o impacto da doença nas pessoas, nas famílias e nas sociedades (33).

Este documento refere como estratégias principais de promoção e prevenção: programas para a primeira infância, que incluem aconselhamento pré-natal, intervenção precoce, formação parental, prevenção da violência doméstica e do abuso infantil, intervenções familiares, resolução de conflitos; programa de educação sobre SM na idade escolar, sensibilização de professores, prevenção da violência juvenil, aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, prevenção do abuso de drogas, programas de desenvolvimento pessoal e social, prevenção do suicídio e das desordens alimentares;

políticas de emprego e de promoção da SM nos locais de trabalho, redução e gestão dos factores de stress ligados ao trabalho e ao desemprego, redução do absentismo por doença psíquica; programa de prevenção da depressão, da ansiedade e do suicídio, linhas telefónicas de apoio para pessoas isoladas, restrição do acesso aos meios de suicídio, como armas, medicamentos e venenos, melhoria da estabilidade social e dos estilos de vida, e do acesso aos serviços de emergência psiquiátrica; políticas de luta contra a pobreza e a exclusão social, medidas de apoio a famílias em risco social ou famílias multi-problemas, a pessoas sem-abrigo, avaliação do impacto das políticas sociais na SM, luta contra o estigma; sensibilização e informação em diversos sectores, como os cuidados primários, as escolas, centros recreativos, locais de trabalho, serviços abertos à população, programas na televisão e Internet, comunicação social em geral (33).

A implementação do modelo comunitário de intervenção implica a abertura para o exterior, a construção de redes e parcerias de modo a responder às necessidades específicas de cada participante, de acordo com os seus interesses, talentos e opções, como por exemplo a integração nas empresas ou a integração nas escolas e nos programas curriculares regulares (32).

Estes programas, ao proporcionarem oportunidades de fortalecimento do suporte social, da participação e integração comunitárias, poderão funcionar também como mecanismos de prevenção da crise, reduzindo a frequência e a duração dos internamentos (32).

O papel da família em saúde mental

Desinstitucionalização consiste na transferência dos cuidados ao doente com transtorno mental prestada em instituições fechadas para espaços extra-hospitalares que sejam capazes de atender às necessidades da pessoa com sofrimento mental e sua família, de modo a que esse processo ocorra o mais próximo possível da comunidade, valorizando a manutenção dos vínculos sociais e familiares (36). A partir dessa reformulação, os sujeitos que antes viviam aprisionados nos hospitais psiquiátricos, agora podem contar com um tratamento mais próximo de seus familiares e da comunidade onde vivem (37). Ao ser viabilizada mais eficiente descentralização dos serviços oficiais de SM, criaram-se condições para maior participação das comunidades, utentes e familiares (38). Os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados de SM, estimulados a participar e a receber o treino e a educação necessários (38).

Familiares cuidadores devem ser reconhecidos como parceiros iguais à equipa de profissionais de saúde e da pessoa com doença mental nas decisões relativas ao planeamento e entrega de tratamento e cuidados. Sistemas de cuidados de SM devem ser adequadas para que os familiares de pessoas com doença mental possam escolher se querem ser seus prestadores de cuidados ou não. Pessoas com doença mental devem ser cuidadas num ambiente adequado e equipado com todos os serviços de saúde necessários e serviços sociais. As necessidades dos próprios cuidadores de apoio e compreensão devem ser reconhecidas e totalmente provisionadas. É o direito humano de todas as pessoas com doença mental para partilhar tão plenamente quanto possível nas oportunidades, alegrias e responsabilidades da vida diária (39).

Na área da SM é de particular interesse para as próprias famílias que estas se disponham a uma atitude pró-activa. Tal postura corresponde também aos interesses das

instâncias oficiais responsáveis pelos serviços; as famílias foram, por direito próprio, pelo menos teoricamente, promovidas à condição de "parceiros" do sistema, de acordo com as orientações internacionais (19). Os profissionais de saúde estão numa boa posição para oferecer educação familiar durante o decorrer do trabalho clínico de rotina. Os membros da família solidários podem melhorar os resultados de saúde drasticamente quando compreendem a perturbação mental e percebem qual a melhor maneira de reagir em certas circunstâncias (7).

O afecto, os laços emocionais e a participação em grupo são determinantes na composição familiar, sendo fundamental na construção da vida do sujeito, principalmente no caso de portadores de transtorno mental e isto se deve ao fato de o ser humano não viver sozinho, mas num contexto social, em que a família é sua rede de suporte mais próxima (36).

A forma mais imediata e geral de participação é a de prestação informal de cuidados no domicílio. A evidência de múltiplos estudos revela que o envolvimento adequado das famílias é de facto de extrema importância para a evolução mais favorável e facilitada do processo terapêutico e reabilitativo do seu familiar. Os estudos demonstram também que melhorias na gestão de caso, no cuidado e nos resultados gerais ocorrem quando as famílias recebem informação, educação, treino e outro apoio. Pela própria vocação natural de família (as relações afectivas, a protecção, a ajuda, a solidariedade na adversidade), é de crer que uma família, devidamente informada e esclarecida, queira, desde que possa, ter actuação apropriada. Esta coincidirá então com os melhores interesses do doente, nas suas necessidades de tratamento, reabilitação e reinserção social, que passam a ser também prioridades das famílias (19).

Neste novo papel, de cuidador, cabe à família participar, juntamente com os prestadores dos serviços de SM, do cuidado ao portador de sofrimento psíquico, de modo a se

estabelecer uma rede de relações que proporcione uma convivência saudável entre os utilizadores, os profissionais da saúde, os familiares e a sociedade (36).

Gradativamente emergem novas estratégias, favorecendo um nível mais coletivo de participação, reconhecendo o valor da família na atenção à SM e inserindo-a no projecto terapêutico, em busca de melhor qualidade de vida tanto para quem é cuidado quanto para quem cuida (40).

A doentes afectados pela doença mental e suas famílias devem em todos os momentos ser oferecidos direitos iguais, dos direitos e oportunidades que estão disponíveis a qualquer outro membro da sociedade civil e deve ser habilitada a participar na comunidade em que vivem. O papel central e os direitos dos membros da família no cuidado e tratamento de pessoas com doença mental deve ser plenamente reconhecido e previsto em toda a Europa (39).

Uma necessidade primária das famílias, centra-se na questão da informação. É elevada a frequência com que as famílias se queixam de franco défice em tal área, onde podem ocorrer problemas de efectiva delicadeza. Os efeitos devastadores de patologias como a esquizofrenia, a doença bipolar ou a depressão major são bom exemplo da extrema confusão e desorientação, em que muitos familiares se sentiram perdidos, durante apreciável lapso de tempo. Com alguma frequência interrogam-se se o percurso passado das suas vidas e dos seus doentes não poderia ter sido bem diferente caso, oportunamente, tivessem tido acesso a informação apropriada (19). A consultoria às famílias é uma intervenção útil no domínio da doença mental grave. No início do processo da doença, a consultoria pode funcionar como meio de envolver as famílias a fazer escolhas informadas acerca dos serviços disponíveis e formular um plano de serviços de suporte (41). A família para cumprir o papel de provedora necessita, além dos recursos institucionais, do preparo e do apoio de profissionais (40).

A sociedade, bem como as famílias, estão pouco preparadas e amparadas para acolher o portador de sofrimento psíquico, havendo ainda uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em SM. Por outro lado, muitos são os esforços empreendidos pelos serviços e pelos profissionais da saúde na busca por reverter a lógica de cuidados de SM enraizada na cultura da maioria das populações, em que prevaleceu por muitos anos, a exclusão e o preconceito (37).

Num caso ou noutro, ocorre o inevitável envolvimento e sobrecarga para as famílias, quer na vertente subjectiva de desgaste emocional, sentimentos de impotência e desespero, angústia e insegurança em relação ao futuro do seu familiar com doença mental, quer no aspecto mais objectivo das tarefas que se impõem no dia-a-dia, desde o apoio para os cuidados pessoais, a toma da medicação, a procura dos serviços necessários para o tratamento e a reabilitação, até aos encargos financeiros (19). A família tem seu lugar delimitado, é inegável a sobrecarga a que ficou sujeita ao ter de assumir uma função activa no tratamento do seu familiar portador de transtorno mental (36). Essa sobrecarga imposta às famílias ocorre em diferentes níveis, como a nível financeiro, físico e emocional, identificando ainda alterações nas actividades de lazer e sociabilidade (40). Os encargos familiares aumentam e ocorre por vezes o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, efeitos psicossomáticos, sentimentos de culpa, vergonha, desorientação quanto às informações sobre os distúrbios mentais e isolamento social. Ocorrem dificuldades no enfrentamento dos problemas sociais e económicos, a desconfiança depositada na pessoa que convive com o transtorno, o estigma, o desprezo e o desrespeito dos que o cercam (40).

Independentemente de o laço ser familiar ou biológico, afectivo ou social, o ponto em comum é a constatação de que, diante da doença mental, todos sofrem. A doença causa conflitos, limita o convívio social e torna a convivência difícil. Mesmo assim, a família é o

núcleo possível de troca de conhecimentos, possibilitando assim identificar as reais necessidades de cuidado (36).

O transtorno mental é penoso para quem vivencia a doença, e não menos difícil para a família que convive no quotidiano com esta situação (40). A família é vista não só como grande aliada, mas também como necessitada de cuidado por parte dos profissionais de saúde. Os serviços de saúde devem considerar a família como potencial utilizadora, tendo em vista suas dificuldades no dia-a-dia e a sobrecarga no acompanhamento do processo terapêutico, e ao mesmo tempo instrumentalizá-la para compartilhar o cuidado de seu familiar necessitado de cuidados. Assim é fundamental que conheçamos os principais problemas e potencialidades que se desenham no contexto dos CSP e a sua interface com a SM, principalmente por ser tarefa de cada serviço e do seu conjunto de profissionais buscar soluções específicas para a sua comunidade, considerar os recursos disponíveis e construir possibilidades, criando e reinventando estratégias e mecanismos de resolução de seus próprios problemas (36).

Reconhecendo o papel suporte dos profissionais de saúde, estes podem apoiar as famílias no desempenho das suas funções de prestadores de cuidados, o que terá repercussões positivas no processo de recuperação de pessoas com doença mental. Nesse sentido, os profissionais podem ajudar as famílias a: apoiar os seus parentes na obtenção de tratamento e serviços de suporte; compreender e tornar normal a experiência da doença mental no seio da família; focalizar-se nos pontos fortes e nas competências das pessoas com doença mental e da própria família; ter informação sobre a doença mental, o sistema de SM e os recursos comunitários; criar um ambiente de suporte no contexto da família; desenvolver competências de gestão do stress, resolução de problemas e comunicação; ajudar a resolver os seus sentimentos de luta e perda; lidar com os sintomas da doença mental; identificar e responder aos sinais de aviso de crise e recaída; desenvolver expectativas realistas para todos os membros da família; desempenhar um papel significativo no tratamento, reabilitação e

recuperação da pessoa com doença mental; manter um equilíbrio que vá ao encontro das necessidades de todos os membros da família (41).

Noutro âmbito, os profissionais precisam de adaptar o seu estilo de intervenção a cada família. Devem estar atento, particularmente, aos seguintes tipos de famílias(29):

Família Consanguínea:

Família em que existe uma relação conjugal consanguínea, independentemente da restante estrutura. Poderá acarretar implicações médicas nos (eventuais) descendentes e sociais em todos os elementos da família.

O plano de cuidados de saúde à família ressaltará previamente a necessidade do termo imediato da situação em consanguinidade directa, a detecção de eventual violação, e o acompanhamento médico-legal e psicológico-psiquiátrico.

Caso a relação conjugal esteja estabelecida entre parentes colaterais, deve-se abordar o aconselhamento pré-concepcional e a detecção precoce de situações de crise.

Família Descontrolada:

Nestas famílias existe um membro com problemas crónicos de comportamento, podendo este ser relacionado com circunstâncias fortuitas da vida, doença ou comportamentos aditivos (esquizofrenia, toxicodependência, alcoolismo, etc.), o que vai condicionar a estrutura familiar conduzindo a dificuldades na organização hierárquica e nas relações inter-familiares. O plano de cuidados de saúde à família impõe a necessidade de reorganização a nível funcional e estrutural; promove o acompanhamento clínico e terapêutico individualizado; envolve preparação psico-pedagógica da família para a situação em causa e articulação com entidades de saúde e acção social.

Família Paralela:

Os cônjuges não partilham actividades quotidianas nem objectivos de vida, em coesão por autonomia. Esta situação pode ter origem no momento da união ou consequência da evolução da relação.

Embora cada indivíduo tenha funcionamento autónomo, este não é livre, dado que existem uma série de regras pré-estabelecidas que dirigem o funcionamento interno, em regulação normativa.

Estas famílias apresentam atitude de encerramento ao exterior, pelo que pode ser difícil conseguir abertura para modificar os hábitos de vida não saudável.

As regras internas acabam por transformar as situações e atitudes disfuncionais em “normais”.

O MF interage com a família desenvolvendo raciocínio clínico, desmascarando estilos e comportamentos deletérios, e intervindo na redefinição da relação.

Famílias Instáveis, segundo a relação parental:

Família rígida: Há dificuldade em compreender, assumir e acompanhar o desenvolvimento saudável dos filho/as. As crianças podem ser submetidas a disciplina exagerada pelos pais, que não “admitem” o seu crescimento físico e psíquico e não os acompanham nos processos fisiológicos e de maturação próprios de cada fase.

Quando chegam à idade adulta jovem, estão impreparados, e têm uma liberdade de escolha diminuída, sobreposta pela vontade dos pais.

O MF induz a compreensão das várias fases do desenvolvimento normal e a avaliação parental da autocracia. Explicita os reflexos da orientação ditatorial em sobrecarga de tomada de consciência, rebelião, e actos e comportamentos desestruturados.

Família super-protectora: Há preocupação excessiva em proteger os filhos/as, sendo os pais super-controladores, não permitindo desenvolvimento e autonomia dos filhos/as, criando-lhes uma redoma.

Os filhos não aprendem a “ganhar vida”, são contagiados pelos medos dos pais e sentem a necessidade de se defender de forma exagerada e apresentam desculpas para tudo.

Os pais atrasam o amadurecimento dos filhos/as, tornando-os extremamente dependentes das suas decisões não partilhadas.

O MF aponta os riscos do controleirismo em situações adversas e incapacidade de reacção, a evidência de resultados contraditórios aos objectivos traçados, e propõe a regulação do afecto.

Família permissiva: Os pais não são capazes de disciplinar os filhos. Procuram racionalizar os seus comportamentos, evitando autoritarismo, permitindo-lhes fazer o que querem, por demissão parental e/ou egocentrismo em relação ao núcleo familiar.

Nestas famílias, os pais não funcionam como pais, nem os filhos funcionam como tal e observa-se crescente controlo dos filhos sobre os pais em atitude, atingindo violência verbal ou física.

Em casos extremos os pais perdem toda a autoridade, com medo das reacções dos filhos.

Os filhos transportam o seu poder para o círculo de amigos e social, deslocando objectivos, exercendo liderança negativista ou tornar-se irascíveis.

O MF utiliza a aliança terapêutica com os pais, baliza regras e fronteiras da função parental e atitude filial, discrimina risco em saúde.

Família centrada nos filhos: Nestas famílias, os pais não sabem enfrentar os seus próprios conflitos conjugais que desvalorizam sem avaliação e ajustamento.

Desta forma, em vez de procurar resolver os problemas, centram a atenção em temas e gestos relacionados com os filhos, o que pode tornar-se o seu único assunto de conversa e interesse.

Estes pais procuram insistentemente a companhia dos filhos, alternativa essencial para a sua satisfação, e motivo de vida. Podem definir-se como pais que vivem para e pelos seus filhos.

O MF diferencia a relação conjugal e a parental, centra e dinamiza os recursos próprios dos cônjuges (inexplorados?), centra a responsabilidade filial.

Família centrada nos pais: Neste tipo de famílias, as prioridades dos pais focam-se nos projectos pessoais individuais, sejam eles profissionais e/ou lúdicos.

Em consequência o tempo partilhado com os filhos é escasso, assim como a transmissão de valores e afectos é subvalorizada.

Trata-se de uma relação baseada no acto material, refúgio para suplantar a carência afectiva por parte dos progenitores para com os seus filhos, seja este facto condicionado por indisponibilidade e/ou interesse específico.

O MF analisa comportamentos de egoísmo vs solidariedade, promove a responsabilidade parental, e centraliza o afecto como essencial para (re)equilíbrio.

Família sem objectivos: A família como sistema e relação não alcança a união. Os pais estão confusos em relação ao mundo que querem mostrar aos seus filhos, por falta de objectivos e metas comuns.

As relações familiares são dificultadas por esta instabilidade, e os filhos crescem inseguros, desconfiados e temerosos, com grande dificuldade para dar e receber afectos. Podem tornar-se adultos passivos – dependentes, incapazes de expressar as suas necessidades e motivações, sentindo-se frustrados

Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários

Artigo de Revisão – FMUC 2015

O MF avalia as perturbações do afecto, ajuda a traçar metas e execução, combate desânimo e comportamentos secundários de risco, estimula interesses legítimos mobilizadores (29).

Saúde mental em países de baixo e médio rendimento:

Em todos os países há um défice significativo entre a prevalência de perturbações mentais, por um lado, e o número das pessoas a receber cuidados e tratamento, pelo outro lado. Estudos em países de alto rendimento revelam um enorme fosso (7).

Em países de baixo e médio rendimento o défice de tratamento é provavelmente muito maior. Por exemplo, dados disponíveis mostram que há um défice de tratamento de 67% para depressão *major* em África, comparado com um défice de 45% na Europa. Em países de alto rendimento, 35% a 50% das pessoas com perturbações mentais não tinha recebido tratamento nos últimos 12 meses. Este número saltava entre 76% e 85% em países de baixo e médio rendimento (7).

É amplamente reconhecido que, a nível global, os países dão pouca importância às questões de SM, com os países de alta renda a gastar apenas cerca de 5% dos seus orçamentos de saúde na SM e os países de baixo e médio rendimento a gastar em média aproximadamente apenas 1% (42).

Em 2005, a OMS informou que 70% dos Países Africanos contribuíram com menos de 1% das suas despesas de saúde para a SM (42).

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, foi clara sobre os valores a seguir: justiça social e o direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade (43). Desde então, a integração da SM nos CSP tem sido um objectivo em vários países (44).

Caminhar em direcção à saúde para todos exige que os sistemas de saúde respondam aos desafios de um mundo em mudança e às crescentes expectativas de um melhor desempenho (43).

Muitos países de Baixo Rendimento enfrentam enormes dificuldades que limitam o desenvolvimento dos serviços de SM (45).

A OMS fez 10 recomendações para facilitar o desenvolvimento de serviços de SM; entre estas, a integração da SM nos CSP é uma delas (45). Desde então, em todo o Mundo, uma série de reformas têm sido realizadas com a intenção de melhorar o acesso aos serviços de SM. Entre estas, é a integração dos serviços de SM nos CSP que se tem revelado uma das recomendações mais fundamentais da reforma dos cuidados de saúde (46).

CSP implica fornecer “cuidados essenciais de saúde” que são universalmente acessíveis a indivíduos e famílias numa determinada comunidade, o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham. Também se refere aos cuidados que têm por base as necessidades da população (47). A chamada para intensificar os serviços de SM é cada vez maior e a integração dos cuidados de SM nos CSP é vista como a estratégia chave (42).

Em Países de Baixo-Médio Rendimento há um aumento notório de diagnóstico de distúrbios mentais. Muitas vezes estes distúrbios encontram-se associados a comorbilidades como doenças físicas (48).

No contexto de haver escassez de especialistas em SM, a descentralização e integração de SM nos CSP, abraçando uma abordagem de “task-shifting”, foi sugerido como opção alternativa para resolver as lacunas existentes relativamente a tratamentos de distúrbios mentais (48).

“**Task-Shifting**” consiste em delegação de tarefas, um dos métodos para melhorar e expandir a mão-de-obra da área da Saúde para rapidamente aumentar o acesso a serviços de saúde. Este processo envolve a delegação de tarefas por pessoal mais qualificado para outro menos qualificado nessa área, de forma a dar um uso mais eficiente à mão de obra dos profissionais de saúde, tudo isto numa base de redistribuição racional das tarefas pelas diferentes forças de trabalho na Saúde. Verdadeiro propósito do “Task-Shifting” consiste em aproveitar os recursos existentes para formar novos recursos de forma a melhorar a assistência global à população. Usar trabalhadores em saúde da comunidade surgiu como uma estratégia

promissora para melhorar o acesso aos serviços e procura de ajuda em países com baixo-médio rendimento (48). Os serviços devem ser descentralizados, com a participação activa da comunidade e respectivos membros da família (47). Trazer os cuidados para mais perto das pessoas é essencial para melhorar o acesso a cuidados. Uma primeira etapa é recolocar o ponto de entrada no sistema de saúde das clínicas especializadas, das consultas externas dos hospitais e dos serviços de urgência, para cuidados ambulatoriais generalistas mais próximos do utente. A evidência que se tem vindo a acumular demonstra que esta transferência traz benefícios mensuráveis em termos de alívio do sofrimento, de prevenção da doença e da morte, e de maior equidade da saúde (43). É possível concluir que a existência de um sistema de saúde descentralizado facilita o processo de integração, evitando que os doentes sejam tratados em grandes hospitais psiquiátricos, muito distantes dos seus locais de residência.

Indiscutivelmente, a integração da SM nos CSP resulta num acesso mais fácil e melhor aos cuidados e tratamento de doentes dentro da sua comunidade; reduz o risco de separação do doente das suas famílias e há uma diminuição do risco de violação de direitos humanos associada a internamentos involuntários e por tempo indeterminado que muitas vezes ocorre em hospitais psiquiátricos (45).

Prestação de serviços de SM nos CSP envolve diagnóstico e tratamento de pessoas com transtornos mentais; colocando em prática estratégias de promoção e prevenção de transtornos mentais; e garantir que os trabalhadores dos CSP são capazes de aplicar as habilidades das ciências psicossociais e comportamentais essenciais, tais como entrevistas, aconselhamento e habilidades interpessoais, no seu dia-a-dia de trabalho (47).

O objectivo de formação sustentável é para melhorar a acessibilidade e equidade dos serviços de SM para a população em geral e para melhorar os resultados mentais, físicos e a nível social. Desta forma, não só as pessoas com problemas mentais de saúde, mas também as suas famílias, comunidade onde estão inseridos e economia beneficiam (49). Portanto, não é

de estranhar que a integração da SM nos CSP descentralizada e integrada constitui o núcleo de muitas políticas nos países de baixa-média renda (48).

Pessoas com transtornos mentais mais comuns, como depressão e ansiedade, que constituem mais de 30% dos frequentadores dos CSP, raramente são diagnosticados e, se estes são, raramente são geridos de forma adequada. Em vez disso, a estes pacientes erroneamente diagnosticados são dados antibióticos ou antimaláricos que, naturalmente, não resolvem o problema subjacente da depressão mas são caros e cada vez mais devido aos antimaláricos mais recentes e mais caros. Estes maus tratos também contribuem para a resistência às drogas e sobrecarga dos centros de saúde (49).

A eficácia dos CSP e desempenho em relação aos resultados de saúde física e carga de trabalho seria reforçada pela melhoria de conhecimentos, atitudes, habilidades e competências na área da SM. Isto permitiria a detecção precisa e tratamento da depressão e somatização evitando erros de diagnóstico de infecções e maus tratos com investigações desnecessárias, prescrição de antibióticos e anti maláricos e ajudar o uso racional de investigação e dos medicamentos, evitando o desperdício dos escassos recursos disponíveis (49).

Ao longo das 2 últimas décadas, várias iniciativas têm sido levadas a cabo para melhorar os serviços psiquiátricos em áreas rurais em países de baixo rendimento. Estas iniciativas incluem: formulação das prioridades nacionais relativamente à SM; realização de reformas nas políticas de SM existentes; criação de estratégias em consonância/em conformidade com as reformas globais de saúde (47).

Algumas estratégias que, quando implementadas, facilitam o processo de integração são: proporcionar formação apropriada aos profissionais dos CSP; disponibilidade de psicotrópicos nos CSP (existe tratamento eficaz para o tratamento de perturbações mentais, o acesso à medicação psicotrópica mais eficaz no contexto de CSP é crucial para o processo de integração); oferta de camas para doentes de SM ao nível da comunidade (45). Intensificação

dos serviços de SM pode ser avançada através de um melhor conhecimento sobre SM no seio das comunidades, que podem fortalecer a demanda por serviços. Isto pode funcionar como uma oportunidade de catalisador e de defesa para aumentar a prioridade de saúde pública oferecida à SM por parte dos governos nos países de baixa-médio rendimento; grupos de auto-ajuda devem estar em primeiro plano do incremento de esforços dos serviços de SM nestes países. Eles servem para fornecer o tratamento de reabilitação e oportunidades

de promoção da SM e têm o potencial para capacitar os utilizadores dos serviços e prestadores de cuidados, bem como reduzir a dependência dos sistemas de saúde sobrecarregados. Eles têm também o potencial de promover a inclusão social e reduzir o estigma, discriminação e abuso dos direitos humanos de pessoas com doenças mentais (48). Estas medidas levam a uma diminuição de doentes com distúrbios mentais que recorrem aos hospitais e um aumento de serviços de SM prestados a nível da comunidade (45).

Na literatura são já descritas reformas nos sistemas de saúde que melhoraram a integração da SM nos CSP. O plano de estudos das instituições médicas foi revisto para aumentar o número de horas de exposição/formação em problemas de SM; foi reportado que houve uma melhoria no sistema de fornecimento de medicamentos na última década, permitindo o fornecimento de medicamentos psicotrópicos (46).

Reconhecendo os escassos recursos dos países de baixo-médio rendimento, a OMS recomenda uma abordagem por etapas que tenha em conta as realidades práticas de prestação de serviços de SM em ambientes de baixos recursos e promove a visão de que, mesmo em contextos de recursos escassos, um nível mínimo de cuidados em SM podem ser fornecidos (42).

Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários

Artigo de Revisão – FMUC 2015

Tabela 1 - Ações mínimas requeridas relativamente a cuidados da saúde mental - uma abordagem por etapas (adaptado de WHO, 2001).

Ações Recomendadas:	Países com níveis baixos de recursos: (ex: Gana, Uganda)	Países com níveis médios de recursos: (ex: África do Sul)
1. Fornecer tratamento nos CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a saúde mental como um componente dos CSP; • Incluir o reconhecimento e tratamento de transtornos mentais comuns nos currículos de formação de todos os profissionais de saúde; • Oferecer formação actualizada aos médicos dos CSP (cobertura de, pelo menos, 50% em 5 anos); 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver materiais de formação localmente relevantes; • Oferecer formação actualizada aos médicos dos CSP (cobertura de 100% em 5 anos);
2. Tornar medicamentos psicotrópicos disponíveis	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar a disponibilidade de cinco medicamentos essenciais em todos os serviços de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar a disponibilidade de todos os psicotrópicos essenciais em todos os ambientes de cuidados de saúde;
3. Fornecer cuidados na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Mover as pessoas com transtornos mentais para fora das prisões; • Reduzir o número de hospitais psiquiátricos e melhorar o atendimento dentro deles; • Criar unidades psiquiátricas em hospitais gerais; • Fornecer instalações de cuidados comunitários (pelo menos 20% de cobertura); 	<ul style="list-style-type: none"> • Fechar hospitais psiquiátricos de custódia; • Iniciar projectos-piloto sobre a integração dos cuidados de saúde mental com os cuidados de saúde geral; • Fornecer instalações de cuidados comunitários (pelo menos 50% de cobertura);
4. Educar a população;	<ul style="list-style-type: none"> • Promover campanhas públicas contra o estigma e discriminação; • Apoiar as organizações não-governamentais na educação pública 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilize os meios de comunicação social para promover a saúde mental, fomentar atitudes positivas e ajudar a prevenir distúrbios;
5. Envolver as comunidades, as famílias e os consumidores;	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a formação de grupos de auto-ajuda; • Esquema de fundos para as organizações não-governamentais e iniciativas de saúde mental; 	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar a representação das comunidades, famílias e consumidores dos serviços e elaboração de políticas;
6. Estabelecer políticas e programas;	<ul style="list-style-type: none"> • Rever a legislação com base no conhecimento atual e dos direitos humanos; • Formular programas de saúde mental e política; • Aumentar o orçamento da assistência em saúde mental; 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar políticas sobre o consumo de drogas e álcool a nível nacional e sub-nacional; • Aumentar o orçamento da assistência em saúde mental;
7. Desenvolver recursos humanos;	<ul style="list-style-type: none"> • Formar psiquiatras e enfermeiros psiquiátricos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar centros nacionais de formação de psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos;
8. Fazer a ligação com outros sectores;	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar na escola e no local de trabalho, programas de saúde mental; • Incentivar as actividades das organizações não-governamentais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer na escola e no local de trabalho programas de saúde mental ;
9. Monitorizar a Saúde Mental Comunitária;	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir transtornos mentais em sistemas básicos de informação em saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir vigilância sobre distúrbios específicos da comunidade (ex: depressão);
10. Apoiar mais pesquisas;	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa dos grupos populacionais de alto risco; • Realizar estudos em ambiente de CSP sobre a prevalência, curso, resultados e impacto dos transtornos mentais na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir estudos de eficácia e de custo-benefício sobre a gestão de distúrbios mentais comuns nos CSP;

No entanto, em alguns países de baixo-médio rendimentos (principalmente em terreno Africano) a execução das medidas supracitadas têm sido difíceis de implementar, sendo atormentadas pela falta de vontade política, recursos financeiros e humanos, e de valorização das pesquisas já efectuadas (44). Apenas alguns países têm recursos adequados para prosseguir com a integração da SM nos CSP de uma maneira uniforme (42). Os problemas encontrados nos países de baixo-médio rendimento são muitas vezes de ordem organizacional, especialmente no fornecimento e encomenda de psicotrópicos; pobre sistema de informação de gestão de saúde; fraca adesão à educação comunitária; problemas de supervisão e do plano estratégico do sector nacional de saúde destes países (44).

Muitas vezes, os objectivos das políticas que tentam ser implementadas são irrealistas tendo em conta os recursos disponíveis; há falta de sistemas de administração adequados para apoiar estas mesmas políticas e o apoio ao nível de execução das mesmas é insuficiente (48). Os profissionais de saúde que se submeteram a formação em SM encontraram a aplicação das suas novas habilidades limitadas devido à sua alta carga de trabalho, supervisão inadequada, falta de apoio da equipa médica da região, pobre oferta de medicamentos, a falta de objectivos claros e metas de SM no plano estratégico do sector de saúde nacional e, conseqüentemente, a baixa prioridade atribuída à SM (44). Apreciações pobres do processo de integração de cuidados emergiram como os desafios mais prementes para a integração da SM nos CSP (46).

Outros desafios no que diz respeito à implementação da integração SM nos CSP são, entre outros: a insuficiência de recursos; fundos mínimos são investidos na SM, devido à baixa prioridade aparente e falsa impressão de que a SM não é importante para a saúde pública; formação insuficiente e supervisão de pessoal nos CSP para detectar e tratar transtornos mentais; relutância de alguns profissionais em trabalhar com pessoas com transtornos mentais (47); os psicotrópicos estão incluídos na lista de medicamentos essenciais e apesar de serem feitos esforços para distribuir essas drogas, a oferta é irregular, com

esvaziamento frequente do stock o que interfere com a prestação de serviços; há um pobre comportamento em busca de ajuda, em que muitos doentes tendem a procurar ajuda de curandeiros tradicionais ou benzedeiros, em vez das unidades de saúde (46); as crenças locais da comunidade levam os doentes a serem negligentes indo primeiro à igreja à “procura” da cura e só mais tarde ao CS, perdendo-se assim tempo valioso onde se poderia ter instituído o tratamento mais cedo e consequentemente este seria mais eficaz (44). É também evidente que alguns centros de saúde encontram-se altamente limitados pela falta de itens básicos, tais como, luvas, seringas, gaze e iodopovidona (44).

Relativamente ao problema de acesso à medicação psicotrópica em contextos de poucos recursos, este poderia ser resolvido solicitando empresas farmacêuticas para encontrarem maneiras de reduzir em larga escala o custo da medicação, sendo que foi desta forma que o custo dos anti-retrovirais foi reduzido (42). Devido à falta de médicos e recursos, deve ser encorajado enfermeiras com especialização em SM a supervisionar e dar apoio nos CSP relativamente aos problemas de SM (44).

Saúde mental em Emergências Humanitárias

Todas as actividades de carácter humanitário são regidas por 4 princípios: **Humanidade** (objectivo primordial de salvar vidas e aliviar sofrimento humano), **Imparcialidade** (acção prestada exclusivamente com base em necessidades e sem discriminação entre as populações), **Neutralidade** (não favorecer nenhuma das partes num conflito), **Independência** (ajuda prestada independentemente de objectivos políticos, económicos, militares ou outros de qualquer dos actores que intervêm na zona afectada). (50).

A prevalência de problemas de SM e psicossociais em situações humanitárias é alta (51). É viável a implementação de intervenções de SM, breves e efectivas, numa ampla variedade de contextos humanitários: pós-desastre natural e durante conflitos violentos (52).

Estima-se que, numa situação de emergência humanitária, entre um terço e metade da população exposta sofre alguma manifestação psicológica. Embora se deva destacar que nem todos os problemas psicossociais que se apresentam poderão ser classificados como doenças, a maior parte deve ser entendida como reacções normais diante de situações de grande significado ou impacto (53).

Durante a fase aguda de uma emergência, intervenções de SM para reduzir o stress traumático é muitas vezes posto em prática. Para além dos síndromes muitas vezes associados aos conflitos, tal como o stress pós-traumático, outros distúrbios podem ocorrer tal como a depressão e ansiedade patológica (54). Destacam-se três grandes grupos de problemas psicossociais que sempre devem ser levados em conta em situações de desastres e emergências: o medo e a aflição, como consequência das perdas e danos e/ou pelo temor da recorrência da situação traumática; transtornos psicopatológicos ou doenças psiquiátricas evidentes; desordem social, violência e consumo de substâncias que viciam. Isto inclui actos

de vandalismo e de delinquência, rebeliões, procura exagerada, abuso sexual, violência intrafamiliar, entre outros (53).

A assistência à SM deve começar com um diagnóstico comunitário amplo e abrangente, que leve em consideração o contexto sociocultural, género, grupos de faixa etária, identificação de lideranças, autodefinição de necessidades pela própria população, situação de direitos humanos. É importante o manejo de técnicas de intervenção em crises e de técnicas psicoeducativas que favorecem a expressão de vivências e sentimentos, assim como a compreensão dos fatores de stress implicados (53).

Graves problemas de SM, tais como psicose são menos comuns, e muitas vezes antecedentes a emergências humanitárias, mas a sua gestão em tempos de conflito e de desastres pode ser difícil (52).

No contexto de acesso limitado aos cuidados de saúde, doentes com distúrbios mentais ou distúrbios neurológicos, tais como psicose ou epilepsia, podem ser negligenciados por intervenções relacionadas com o conflito ou o desastre natural (54). Organizações humanitárias recomendam que os primeiros socorros psicológicos devam ser fornecidos como parte dos cuidados médicos para as vítimas da violência ou do desastre natural em causa e que os cuidados para as pessoas com distúrbios mentais comuns e severos sejam integrados nos CSP devido à extrema vulnerabilidade de tais doentes (54).

MSF relatam que em determinadas emergências receberam doentes que já eram tratados e conseqüentemente medicados para o seu distúrbio mental mas que deixaram tudo para trás devido à emergência com que se depararam e os MSF foram cruciais para conseguirem arranjar medicamentos e acompanhar estes doentes que têm necessidades específicas de acompanhamento (55).

Após a emergência propriamente dita, os problemas de SM requererão assistência aos sobreviventes durante um período prolongado, quando tiverem que enfrentar a tarefa de

reconstruir suas vidas. Isto impõe a necessidade de fortalecer os serviços de SM com base comunitária (53). O uso de conselheiros especialmente treinados localmente com foco em obter estratégias de "coping" e melhorar o funcionamento durante um breve período de tempo, contribui para a melhoria sintomática de indivíduos afectados (52). O apoio emocional deve-se integrar com as actividades quotidianas dos grupos organizados nas comunidades e fazer parte da satisfação das necessidades básicas da população (53).

As actividades mais frequentemente implementadas são: aconselhamento básico para os indivíduos; facilitação do apoio da comunidade para as pessoas vulneráveis; espaços amigos da criança; início ao apoio social; aconselhamento básico para grupos e famílias; aumento de psicoeducação e consciencialização; actividades estruturadas recreativas e criativas; formação dos trabalhadores de ajuda humanitária de diversos sectores humanitários; apoio psicossocial para crianças em idade escolar; e manejo não-farmacológico de transtornos mentais por parte dos prestadores de cuidados de saúde gerais (51).

Os problemas mais frequentes nos programas de assistência à SM são: modelos de intervenção assistenciais e centrados no trauma; actuações clínicas individuais diante de impactos massivos com dinâmicas colectivas; pouca acção preventiva; escassa sensibilidade cultural; pouca influência do psicossocial nas decisões políticas e organizacionais (53). Práticas de apoio psicossocial em SM são executados e financiados fora dos serviços locais ou nacionais sociais. Este mecanismo de financiamento levanta questões sobre a sustentabilidade das intervenções, porque o financiamento humanitário é geralmente limitado no tempo (51).

A realização de pesquisas/intervenções em emergências humanitárias coloca inúmeros desafios: existem riscos para a equipa com a possibilidade de haver necessidade de uma rápida evacuação devido à deterioração da segurança que pode em grande parte comprometer a continuidade das actividades médicas; o constante fornecimento de psicotrópicos pode ser interrompido em casa de falta de acesso contínuo aos locais onde estão a ser prestados

cuidados, isto tem de ser fortemente considerado com antecedência e reservas de medicamentos têm de ser mantidas; a simplificação e adaptação às ferramentas de diagnóstico, guidelines de tratamento, protocolos de formação e instrumentos de medição a utilizar requer a necessidade de apoio de pessoal experiente, que não está sempre disponível e disposto a trabalhar em contextos extremamente violentos (55).

Saúde mental em Portugal

Em Portugal, as doenças psiquiátricas constam dos motivos de consulta mais frequentes nos CSP, com uma prevalência de cerca de 50%, encontrando-se metade destes doentes acompanhados exclusivamente pelo MF (4).

Implementar respostas em cuidados continuados de SM, entendidas como tendo objectivos estritos de reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental grave, que criou em Portugal, em articulação estruturada MS/MSSS, os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, concretizando o estabelecido no Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016 (56).

O PNSM tem como objectivos: assegurar o acesso a serviços de SM de qualidade; promover e proteger os direitos dos doentes; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da SM das populações; promover a descentralização dos serviços de SM, de modo a permitir melhor acesso e a participação das comunidades, utentes e famílias; promover a integração dos cuidados de SM no sistema geral de saúde, quer a nível dos cuidados primários quer dos hospitais e dos cuidados continuados, de molde a diminuir a institucionalização dos doentes (56).

Dados do primeiro estudo de prevalência de perturbações mentais, realizado em 2010, colocam Portugal no lugar cimeiro entre os países europeus analisados quanto à prevalência das doenças mentais. Portugal é então o País da Europa com maior prevalência de doenças mentais na população (23 %), próximo dos EUA; Ucrânia - 20,5%, Bélgica - 12%, Espanha - 9,2%, Itália - 8,2% (14,57)

Detalhando as taxas de perturbações temos: ansiedade (16,5% - fobias 8,6%, obsessivo-compulsiva 4,4%); depressão (8% - bipolares 1%); controlo dos impulsos (1,8%

com *explosões intermitentes* – comportamento irado ao volante, hiperactividade / défice de atenção); doenças psicóticas (não estudadas) (14,57)

Relativamente a quadros/doenças graves: 6% (inclui bipolar e suicídio), MF acompanham 47%, Especialistas em SM 39%; quadros moderados: 65% encontram-se sem tratamento; quadros ligeiros: 82% encontram-se sem acompanhamento (14,57).

Concluiu-se assim que uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves, em Portugal, permanecem sem acesso a cuidados de SM, e muitos dos que têm acesso a cuidados de SM continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial) hoje considerados essenciais (14).

De acordo com o levantamento promovido pela EPCCISM, em Agosto de 2010 existiam, em instituições públicas e do sector social, 3458 pessoas com internamento superior a 365 dias por motivo psiquiátrico, das quais cerca de 50% apresentavam grau elevado de incapacidade psicossocial, situando-se a maioria (43%) no intervalo etário 46-65 anos (56).

Em Portugal, são particularmente preocupantes os intervalos de atraso médio no início de tratamento pelo decorrente sofrimento psíquico e, nas perturbações do humor, pela correlação com o risco de suicídio, bem como a dos problemas ligados ao álcool, eventualmente relacionados com a tolerância cultural, que alguns estudos evidenciam ser extensível aos profissionais de saúde que, em sequência, não terão atitude sistemática proactiva na sua prevenção, detecção e intervenção clínica adequada (14).

Contudo, a análise do sistema de SM em Portugal mostra alguns aspectos positivos na evolução das últimas décadas. Entre estes, destaca-se a legislação de SM.

Portugal foi um dos primeiros países europeus a adoptar uma lei nacional de acordo com os princípios da sectorização e da descentralização de cuidados. A lei de SM de 1963, uma lei inequivocamente progressiva para a época, permitiu a criação de centros de SM em todos os distritos e contribuiu para o aparecimento de vários movimentos importantes no país.

Entre estes, cumpre destacar o movimento da psiquiatria social que levou às primeiras experiências de saída das equipas dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, o movimento de ligação aos cuidados primários, que teve em Portugal um desenvolvimento muito significativo, e, mais recentemente, a criação de serviços e programas integrados na comunidade para doentes mentais graves. Todos estes desenvolvimentos representaram avanços importantes para a qualidade dos cuidados de SM em Portugal, representando um capital indiscutivelmente valioso para o futuro (19).

A avaliação da implementação do PNSM mostra que, apesar de todas as dificuldades vividas no país neste último ano, o plano assegurou já progressos significativos: o número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos diminuiu 40%; encerrou-se com sucesso o mais antigo hospital psiquiátrico do país, ao mesmo tempo que se deram passos importantes na desactivação de outros; prosseguiu-se a bom ritmo a criação de serviços de SM nos hospitais gerais, e concretizaram-se avanços significativos no lançamento de novos serviços na comunidade e na formação de profissionais no desenvolvimento de programas integrados para doentes mentais graves; lançaram-se as bases dos cuidados continuados de SM e criaram-se com sucesso os primeiros serviços e programas residenciais neste sector; no campo da SM da infância e adolescência registaram-se igualmente progressos importantes um pouco por todo o país; na cooperação intersectorial, com o sector social, a justiça, a educação e o emprego iniciaram-se vários programas inovadores que permitiram integrar a SM na luta contra a violência doméstica, o apoio aos sem-abrigo e aos jovens com problemas de adaptação e inclusão social; a maior parte dos cuidados de SM passou a ser prestada em serviços locais de SM integrados no sistema geral de saúde, que registaram um aumento considerável no número de intervenções a nível do ambulatório (56).

Naturalmente, nem tudo se traduz em sucessos. Apesar de múltiplos esforços desenvolvidos, continuam por resolver alguns problemas que constituem obstáculos

poderosos e pertinazes ao progresso dos cuidados de SM. Entre estes, sobressaem os 4 relativos a um sistema de financiamento que encoraja os cuidados institucionais e não permite incentivar os cuidados na comunidade, bem como os que resultam de um modelo de gestão dos serviços de SM que continua a impedir uma gestão racional e responsável dos recursos existentes (56).

O nível modesto de recursos disponíveis para a SM em Portugal é certamente um dos factores que tem dificultado o desenvolvimento e a melhoria dos serviços neste sector. A perspectiva de saúde pública e a cultura de avaliação de serviços sempre foram frágeis na área da SM em Portugal. Resultado: os recursos atribuídos à SM são indiscutivelmente baixos se atendermos ao impacto real das doenças mentais para a carga global das doenças. A análise dos dados disponíveis mostra que tanto os recursos financeiros, como os recursos humanos, se encontram distribuídos de uma forma muito assimétrica entre as várias regiões do país, entre hospitais psiquiátricos e departamentos de hospitais gerais, entre unidades de internamento e de ambulatório (8).

Como a extensa evidência científica internacional sobre as repercussões da crise económica e social vem sublinhando, nas pessoas vítimas desta situação não é apenas ao sector da saúde que importa intervir, uma vez que o frequente processo depressivo e ansioso tem factores precipitante externo – desemprego e grave incapacidade económica. Para o atenuar, os autores que têm estudado esta situação, recomendam a promoção de programas activos de mercado de trabalho, o apoio social às pessoas em maior crise económica e o acesso menos fácil a bebidas alcoólicas, entre outros, a par de medidas políticas gerais e da articulação entre as estruturas locais da saúde, segurança social e autarquias, numa efectiva rede social (14).

Os constrangimentos financeiros actuais obrigam, por outro lado, a repensar alguns aspectos do PNSM e a dar uma ênfase especial a alguns dos seus objectivos (56).

Uma análise da situação em Portugal não pode deixar de se elucidar também sobre outros pontos que merecem uma referência especial: a reduzida participação de utentes e familiares; a escassa produção científica no sector da psiquiatria e SM; a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis; a quase total ausência de programas de promoção/prevenção (8).

A reforma da SM articula-se com outras reformas em curso, nomeadamente com o desenvolvimento da rede de cuidados continuados e com a reforma dos CSP. Os cuidados continuados têm, no plano de reestruturação proposto, um papel crucial na criação de respostas residenciais e reabilitativas para os doentes mentais graves. E as novas USF, a par das UCSP, surgem como oportunidade a aproveitar para articulação com os cuidados primários, como modelo de desenvolvimento de novos esquemas organizativos de gestão dos serviços de SM (19).

A melhoria dos serviços passa obrigatoriamente pela transição de um modelo de cuidados, de base institucional e asilar, com séculos de existência, para um modelo comunitário, baseado num paradigma diferente. Esta transição implica mudanças institucionais, realocação de recursos, formação de profissionais, criação de novos serviços, objectivos que só podem ser alcançados com coordenação forte e tecnicamente competente e apoio sustentado a nível político (19).

Barreiras à integração da SM nos CSP

A implementação das reformas dos serviços de SM é, hoje em dia, um processo complexo, que envolve mudanças importantes a nível de instalações, distribuição e formação dos recursos humanos, desenvolvimento de novos métodos de trabalho, afectação de recursos financeiros, entre outros. Sem uma base técnica forte e sem um apoio político decidido não é possível levar a bom termo estas mudanças (19).

Existem certas particularidades e dificuldades na avaliação e abordagem das perturbações mentais nos CSP e muitas vezes até, na psiquiatria em geral. De facto, em psiquiatria, os limites entre o normal e o patológico, em determinadas situações, não são bem delimitados. O diagnóstico psiquiátrico não tem a exactidão de outras especialidades médicas e não existe um modelo hegemónico (3).

Obstáculos no contexto dos cuidados: Deficiências da formação pré e pós graduada, prevalecendo ainda um modelo de etiologia meramente biológica de causalidade algo linear, o que será pouco adequado às pessoas doentes (3);

O treino dos médicos ser essencialmente em contexto hospitalar (necessidade de treino em ambulatório/consulta de MGF)(3);

O tempo de consulta disponível em MGF é inadequado. Urge a necessidade de aumentar o tempo de consulta, nomeadamente através de marcação de dois períodos consecutivos de consulta ou através do aumento da frequência de consultas (4).

A técnica diagnóstica, que normalmente se concretiza em visitas breves e sucessivas, dirigindo-se primariamente ao alívio sintomático e assim adiando um diagnóstico integrativo dos dados biológicos, psicológicos e sociais (3).

Ampla gama de doentes, que não apenas os psiquiátricos, nos CSP e o facto de o MF ter de lidar com perturbações emocionais dentro dos cuidados médicos gerais (3);

Obstáculos relativamente às características dos médicos: A importância da personalidade de cada um, o que é apontado como um dos factores mais relevantes (3).

As atitudes negativas face à doença psiquiátrica e à importância de factores psicossociais na etiologia da doença (3).

Por parte dos médicos, especialmente por aqueles que usam métodos “mais tradicionais” de prestações de cuidados, pode haver alguma resistência relativamente a este tema. Esta resistência deve ser diminuída, tendo em conta:

Mais exposição a modelos de cuidados integrados, mais formação na área da SM e destacando os benefícios para os MF, tendo estes mais satisfação com a qualidade dos cuidados de SM que são capazes de oferecer e melhorar os resultados dos doentes (10); o tempo de prática clínica (3); as aptidões de comunicação; limitação no conhecimento de técnicas de comunicação na consulta; necessidade crescente de melhoria em termos de comunicação e interacção com outros profissionais de saúde. Estudos actuais evidenciam que a interacção com o serviço de psiquiatria deveria ser realizada preferencialmente através de reuniões periódicas (3); limitação no conhecimento de critérios de referenciação. Médicos percebem a falta de conhecimento na área de SM referindo a importância de maior formação. Não há, por parte da maioria dos médicos, adesão às guidelines por falta de tempo, sendo este um obstáculo na abordagem de patologia psiquiátrica (4,16).

Quanto às guidelines, surge outro obstáculo associado para a adesão por parte dos médicos às mesmas. A maioria das guidelines são originalmente desenvolvidas para aplicação em Cuidados de Saúde Secundários o que, muitas vezes, não contempla o modo como a patologia psiquiátrica é apresentada nos CSP (4).

Novas colaborações são difíceis de promover entre iguais profissionais; especialmente quando um profissional se junta a uma organização liderada por um outro grupo de profissionais (ex: integrar um psicólogo nos CSP ou integrar um MF numa equipa de

cuidados em SM). Surgem diferenças de opinião e observam-se “lutas” em torno de quem controla as relações de provedor de doentes, como se perspectivam as necessidades dos doentes, como os diagnósticos são geridos, qual o ritmo adequado de prestação de cuidados (exemplo: tempo das sessões terapêuticas) e como se devem concluir e partilhar notas de encontro (58).

Obstáculos relativamente às características dos doentes: Muitos doentes procuram ajuda por crises de vida, problemas de estilo de vida, envolvendo relações interpessoais, doenças físicas associadas a esses problemas e situações físicas que são influenciadas por factores psicossociais. Muitas destas situações não passarão de “reações simples ao stress”; significando apenas uma perturbação temporária pelas circunstâncias da vida. Apesar de serem abordadas pelo MF de uma forma diferente, tratá-los poderá patologizar o que não é patologia, não tendo lugar no DMS-5 nem na ICD-10 (3).

Em MGF, “faltam” frequentemente os sintomas para preencher todos os critérios clássicos das perturbações psiquiátricas, tratando-se muitas vezes de perturbações ligeiras, borderline, ou subliminares, sendo alguns em 13 a 30% dos doentes. O cut off entre doença e não doença é frequentemente arbitrário. Contudo, estes doentes necessitam de acompanhamento e muitas vezes de tratamento pois são mais susceptíveis de adoecer perante determinadas crises de vida e o stress do dia-a-dia (3,7).

Nos CSP, os sintomas somáticos são a expressão mais comum de apresentação de toda a morbilidade psiquiátrica. Verifica-se assim que esta apresentação somática contribui para baixas taxas de reconhecimento de patologia depressiva focando-se o MF quase exclusivamente nas queixas físicas o que contribui para a designada morbilidade psiquiátrica oculta (3).

Existe por vezes uma certa “resistência”/relutância por parte dos doentes em aceitar ver um segundo médico, principalmente quando se trata de um especialista em SM muitas vezes devido ao estigma que têm relativamente a este tema (16).

Obstáculos Políticos e Financeiros: As políticas de saúde actuais tornam a integração da SM nos CSP difícil para a maioria dos países. A maior barreira para a criação e sustentabilidade dos cuidados integrados são os desafios financeiros que ocorrem aquando o reembolso da saúde física e mental segregados;

Custos associados a um programa de integração de SM nos CSP são contemplados como uma grande dificuldade (16);

Reembolso insuficiente: baixos pagamentos para a quantidade de distúrbios mentais tratados nos CSP (13,59);

Exclusões de seguros de SM: muitos seguros não cobrem doenças do foro mental (16,59);

Dificuldade em apoiar e integrar Psiquiatria em CSP (59);

O número de profissionais em SM é inadequado em algumas áreas (16).

Perante as barreiras supracitadas, é importante também alertar as populações para a necessidade de haver mudança de culturas e de mentalidades. A população tem de aceitar que a SM é uma parte integrante da saúde na sua totalidade; que a equipa médica é responsável por identificação do distúrbio mental e concomitantemente do seu tratamento; que os profissionais adicionais como os psiquiatras, psicólogos e coordenadores de cuidados, nos cuidados primários são necessários para auxiliar na mudança de resultados de doença mental (13).

Conclusão:

A saúde mental é fulcral para a construção de uma sociedade saudável, inclusiva e produtiva.

Os cuidados primários integrados são acessíveis, baratos e aceitáveis para os pacientes, famílias e comunidades. Numerosos estudos concluíram que as perturbações mentais podem ser avaliadas e tratadas de forma eficaz nos cuidados primários e que os tratamentos com base nos cuidados primários produzem os melhores resultados de saúde.

Foi manifesto ao longo da construção deste trabalho a importância para o médico de um conhecimento detalhado da interacção entre doença psiquiátrica e doença física, sendo evidente a interacção dos efeitos psicológicos/psiquiátricos da doença física, os aspectos psicológicos e físicos das síndromes cerebrais orgânicos e a apresentação somática da doença psiquiátrica.

A grande tarefa dos profissionais de saúde é que, mais do que dar conselhos, devem actuar como orientadores que ajudam à tomada de consciência das próprias capacidades e a tirar o melhor proveito delas.

No que se refere ao planeamento e avaliação de serviços, embora se tenha vindo a assistir a um trabalho regular mas lento neste âmbito, estamos presentemente num momento mais propício para uma (re)organização dos cuidados de saúde mental e do apoio social. Esta (re)organização deverá ser encarada numa perspectiva de reabilitação psicossocial e de desinstitucionalização, incluindo, por definição, a não institucionalização e a mobilização de respostas comunitárias, não necessariamente de serviços e estruturas, mas de cuidados e apoio.

A população tem de aceitar que a saúde mental é uma parte integrante da saúde na sua totalidade; que a equipa médica é responsável por identificação do distúrbio mental e

concomitantemente do seu tratamento; que os profissionais adicionais como os psiquiatras, psicólogos e coordenadores de cuidados nos cuidados primários são necessários para auxiliar na mudança de resultados de doença mental.

Em alguns países de baixo-médio rendimento a execução de medidas que levam à melhoria da saúde mental têm sido difíceis de implementar, sendo atormentadas pela falta de vontade política, recursos financeiros e humanos, e de valorização das pesquisas já efectuadas.

Muito do que foi referido alerta-nos para a importância da necessidade de se entender a patologia psiquiátrica como merecedora de maior tempo de consulta, de investir em formação pós-graduada e cursos na área de Saúde Mental e em promover sessões de esclarecimento e sensibilização para a patologia psiquiátrica, destinadas aos doentes e respectivas famílias.

Embora possa haver evidentes ganhos económicos, a maior justificação para a mudança é de ordem humanitária: ela conduz à humanização dos cuidados de saúde prestados e à redução do sofrimento humano.

Agradecimentos:

Um especial agradecimento ao Doutorando Hernâni Caniço (meu orientador), Médico de Família, Chefe de Serviço do Centro Saúde S. Martinho Bispo e assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, pela orientação e total disponibilidade prestadas, fundamentais na elaboração deste artigo.

Agradeço ao Professor Doutor José Manuel Carvalho Silva (meu co-orientador) todo o apoio e profissionalismo durante a realização deste artigo de revisão.

À família, em especial à mãe e irmãos, os pilares da minha vida.

Referências:

1. Nunes JM. Saúde Mental. Rev Port Clínica Geral. 2006;22:591–4.
2. Walker BB, Collins C a. Developing an integrated primary care practice: strategies, techniques, and a case illustration. J Clin Psychol. 2009 Mar;65(3):268–80.
3. Teixeira JA, Cabral AS. Patologia psiquiátrica nos Cuidados Primários de Saúde. Rev Port Clínica Geral. 2008;24:567–74.
4. Silva AI, Nogueira AS, Campos R, Sandrina M. Saúde Mental: obstáculos e expectativas sentidos pelo médico de família. Rev Port Med Geral e Fam. 2013;29:298–306.
5. Ribeiro C, Marques C. A Medicina Geral e Familiar e a Saúde Mental Infantil : um encontro necessário. Rev Port Clínica Geral. 2009;25:567–8.
6. Cerimele JM, Katon WJ, Sharma V, Sederer LI. Delivering Psychiatric Services in Primary-Care Setting Dimensions of Integrated Care Address Correspondence to : Mt Sinal J Med. 2012;79:481–9.
7. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. 2008.
8. Almeida JM, Leuschner A, Duarte H. Plano nacional de saúde mental 2007—2016. 2008.
9. Szymanski BR, Bohnert KM, Zivin K, McCarthy JF. Integrated care: treatment initiation following positive depression screens. J Gen Intern Med. 2013 Mar;28(3):346–52.
10. Durbin A, Durbin J, Hensel JM, Deber R. Barriers and Enablers to Integrating Mental Health into Primary Care: A Policy Analysis. J Behav Health Serv Res. 2013 Sep 12;1–12.
11. AHRQ. Review Finds Evidence of the Effectiveness of Collaborative Care Interventions. Psychiatr Serv. 2012;63(10).
12. Kroenke K. Integrating Depression Care : The Time Has Come. J Gen Intern Med. 2012;28(3):333–5.
13. Kathol RG, Butler M, McAlpine DD, Kane RL. Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. Psychosom Med. 2010 Jul;72(6):511–8.
14. Carvalho ÁA. Saúde Mental em Números - 2013. Direção-Geral da Saúde. 2013;

15. Zivin K, Pfeiffer PN, Szymanski BR, Valenstein M, Post EP, Miller EM, et al. Initiation of Primary Care-Mental Health Integration programs in the VA Health System: associations with psychiatric diagnoses in primary care. *Med Care*. 2010 Sep;48(9):843–51.
16. Carey TS, Crotty KA, Morrissey JP, Jonas DE, Viswanathan M, Thaker S, et al. Future Research Needs for the Integration of Mental Health / Substance Abuse and Primary Care. *AHRQ*. 2010;10(3).
17. Johnson-Lawrence V, Kara Z, Szymanski BR, Pfeiffer PN, Mccarthy JF. VA Primary Care–Mental Health Integration: Patient Characteristics and Receipt of Mental Health Services, 2008– 2010. *Psychiatr Serv*. 2012;63(11):1137–41.
18. Tansella M, Thornicroft G. *Common Mental Disorders in Primary Care: Essays in Honour of Professor David Goldberg*. Routledge; 2003.
19. Almeida JM, Leuschner A, Duarte H. Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental - Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. 2007.
20. Marques C. A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários – avaliação e referenciação. *Rev Port Clínica Geral*. 2009;25:569–75.
21. Marques C, Cepêda T. Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários. 2009.
22. Eapen V, Jairam R. Integration of child mental health services to primary care: challenges and opportunities. *Ment Health Fam Med*. 2009;6:43–8.
23. Bunik M, Talmi A, Stafford B, Beaty B, Kempe A, Dhepyasuwan N, et al. Integrating mental health services in primary care continuity clinics: a national CORNET study. *Acad Pediatr*. Elsevier Ltd; 2013;13(6):551–7.
24. Murthy RS, Bertolote JM, Epping-Jordan J, Funk M, Prentice T, Saraceno B, et al. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001.
25. Burka SD, Cleve SN Van, Shafer S, Barkin JL. Integration of Pediatric Mental Health Care : An Evidence-Based Workshop for Primary Care Providers. *J Pediatr Heal Care*. Elsevier Ltd; 2014;28(1):23–34.
26. Brito I. A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Rev Port Clínica Geral*. 2009;25:600–4.
27. Cepêda T, Brito I, Heitor MJ. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de orientação para profissionais de saúde. Direcção-Geral da Saúde; 2005;

28. Improving Mother / child Interaction To Promote Better Psychosocial Development in Children Improving Mother / child Interaction To Promote Better Psychosocial Development in Children. :1–36.
29. Caniço H, Bairrada P, Rodríguez E, Carvalho A. Novos tipos de família: plano de cuidados. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
30. Goodman SH, Rouse MH. Depressão perinatal e a criança : uma perspectiva desenvolvimentista. Enciclopédia sobre o Desenvolv na Prim Infância. 2010;Fevereiro:1–6.
31. Esteves MT. Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas). 2011.
32. Ornelas J, Monteiro FJ, Moniz MJV, Duarte T. Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares. 2005.
33. Fazenda I. Novos Desenvolvimentos em Saúde Mental e Comunitária. Rev Psiquiatr do Hosp Prof Doutor Fernando Fonseca. 2009;111–9.
34. Valente MA, Oliveira K, Lameiras V. “ O nosso hospital é a nossa comunidade ” - Modelo de intervenção comunitária em Timor-leste. Rev Hosp. 2010;288:48–52.
35. Gomes JCR, Loureiro MIG. O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. Rev Port Saúde Pública. 2013 Jan;31(1):32–48.
36. Estevam MC, Marcon SS, Antonio MM, Munari DB, Angélica M, Waidman P. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(3):679–86.
37. Santin G. A FAMÍLIA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL. Barbar St Cruz do Sul. 2011;34(Janeiro/Julho):146–60.
38. Slade M. 100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais da Saúde Mental. 2009;
39. Tully P, Guerin P, O’Donohoe A. EUFAMI Annual Report 2013. 2013.
40. Pereira MAO, Jr. AP. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):92–100.
41. Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental. 1999;
42. Bhana A, Petersen I, Baillie KL, Flisher AJ, The Mhapp Research Programme Consortium. Implementing the World Health Report 2001 recommendations for integrating mental health into primary health care: a situation analysis of three African countries: Ghana, South Africa and Uganda. Int Rev Psychiatry. 2010 Jan;22(6):599–610.

43. Lerberghe W Van, Evans T, Rasanathan K, Mechbal A. Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais do que nunca. 2008.
44. Jenkins R, Othieno C, Okeyo S, Aruwa J, Kingora J, Jenkins B. Health system challenges to integration of mental health delivery in primary care in Kenya-- perspectives of primary care health workers. *BMC Health Serv Res. BMC Health Services Research*; 2013 Jan;13(1):368.
45. Abel WD, Wright EG. An Integrative Collaborative Primary Care Model – The Jamaican Experience Integrating Mental Health into Primary Care Integrar la Salud Mental en la Atención Primaria. *west indian med J.* 2011;60(4):483.
46. Kigozi FN, Mmed M. Integration of mental health into primary health care in Uganda : opportunities and challenges. *Ment Health Fam Med.* 2009;6:37–42.
47. Ssebunnya J, Kigozi F. Integration of Mental Health into Primary Health Care in a rural district in Uganda. *Afr J Psychiatry.* 2010;13(May):128–31.
48. Petersen I, Ssebunnya J, Bhana A, Baillie K. Lessons from case studies of integrating mental health into primary health care in South Africa and Uganda. *Int J Ment Health Syst. BioMed Central Ltd*; 2011 Jan;5(1):8.
49. Frcpsych RJ, Mrcpsych DK, Mrcpsych FN, Lock S, Ba MA. Integration of mental health into primary care and community health working in Kenya : context , rationale , coverage and sustainability. *Ment Health Fam Med.* 2010;7:37–47.
50. McAvoy J. OCHA on Message : Humanitarian Principles Case study. *OCHA Annu Rep.* 2012;1.
51. Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, et al. Mental Health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet.* 2011;378(9802):1581–91.
52. Coldiron ME, Llosa AE, Roederer T, Casas G, Moro M-R. Brief mental health interventions in conflict and emergency settings: an overview of four Médecins Sans Frontières - France programs. *Confl Health. Conflict and Health*; 2013 Jan;7(1):23.
53. Lideres C. Proteção da saúde mental em situações de desastres e emergências. 2004;(1):1–3.
54. Mueller Y, Cristofani S, Rodriguez C, Malaguiok RT, Gil T, Grais RF, et al. Integrating mental health into primary care for displaced populations: the experience of Mindanao, Philippines. *Confl Health. BioMed Central Ltd*; 2011 Jan;5(1):3.
55. Souza R, Yasuda S, Cristofani S. Mental health treatment outcomes in a humanitarian emergency: a pilot model for the integration of mental health into primary care in Habilla, Darfur. *Int J Ment Health Syst.* 2009 Jan;3(1):17.
56. Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental. 2012.

57. Almeida C de. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. 2010;
58. Davis M, Balasubramanian B a, Waller E, Miller BF, Green L a, Cohen DJ. Integrating behavioral and physical health care in the real world: early lessons from advancing care together. J Am Board Fam Med. 2013;26(5):588–602.
59. Jr RLP, Miller BF, Petterson SM. Better Integration of Mental Health Care Improves Depression Screening and Treatment in Primary Care. Graham Cent Policy One-Pager. 2011;