Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários

Uma perspectiva global

Organização Mundial de Saúde
Wonca
World family doctors. Caring for people.
Alto Comissariado da Saúde
Coordenação Nacional para a Saúde Mental

Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários

Uma perspectiva global

Informação técnica sobre esta publicação pode ser obtida de:

OMS
Dr Michelle Funk
Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization
20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Suíça
Tel: +41 22 791 3855
Fax: +41 22 791 4160
e-mail: funkm@who.int

Wonca
Dr Gabriel Ivbijaro
Wonca Working Party on Mental Health
The Wood Street Health Centre
6 Linford Road, Walthamstow
Londres E17 3LA
Reino Unido
Tel: +44 208 430 7712
Fax: +44 208 430 7711
e-mail: gabriel.ivbijaro@gmail.com

Editor da versão Portuguesa

Coordenação Nacional para a Saúde Mental

Alto Comissariado da Saúde,
Ministério da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9, 1º
1049-062, Lisboa
PORTUGAL

ISBN 978-989-96263-3-1
Dep. Legal 300171/09

Coordenação
da versão Portuguesa:
Prof. Doutor José Miguel
Caldas de Almeida

Dados de Catalogação de Publicações na Biblioteca da OMS

Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global.

1. Perturbações mentais. 2. Serviços de saúde mental.
3. Cuidados de saúde primários.
I. Organização Mundial de Saúde.
II. Organização Mundial de Médicos de Família.

ISBN 978 92 4 156368 0 (classificação NLM: WM 140)

© Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) 2008

Todos os direitos reservados. Cópias desta publicação podem ser obtidas da WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Suíça (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int) ou da Wonca Press, The World Organization of Family Doctors (Wonca), College of Medicine Building, 16 College Road #01-02, Singapore 169854 (e-mail: admin@wonca.com.sq; fax: +65 6324 2029)

Pedidos de permissão para reproduzir ou traduzir publicações da OMS – para venda ou para distribuição não-comercial – devem ser mandadas para WHO Press, na morada acima (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As designações usadas e a apresentação dos materiais nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião seja qual for da parte da Organização Mundial de Saúde ou da Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) em relação ao estatuto legal de qualquer país, território, cidade ou área ou sobre as suas autoridades, ou em relação à delimitação das suas fronteiras ou limites. Linhas com pontos nos mapas representam linhas de fronteira aproximadas para as quais pode não haver ainda completo acordo.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de certos fabricantes não implica que estes são patrocinados ou recomendados pela Organização Mundial de Saúde ou pela Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) em preferência a outros de natureza semelhante que não são mencionados. Erros e omissões à parte, os nomes de produtos patenteados são indicados por maiúsculas iniciais.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado está a ser distribuído sem garantia de qualquer tipo, tanto expressada como implicada. A responsabilidade pela interpretação e uso do material pertence ao leitor. Em nenhuma circunstância serão a Organização de Saúde Mundial ou a Organização de Médicos de Família (Wonca) consideradas responsáveis por danos resultando do seu uso.

Créditos de fotos:
Capa da frente, primeira foto; capa de trás, topo direito; e página 49: OMS/Marko Kokic
Capa da frente, terceira foto; e página 13: OMS/Henrietta Allen

Impresso em Portugal.
Outubro 2009

ÍNDICE

Agradecimentos i

Abreviaturas e siglas usadas neste relatório v

Mensagem da Organização Mundial de Saúde e da Organização Mundial de Médicos de Família vii

Sumário executivo 1

Mensagens Chave deste relatório 1

Introdução 10

Âmbito do relatório 11

Mensagens chave deste relatório 12

PARTE 1: Contextualização dos cuidados primários para a saúde mental 15

Contextualização dos cuidados primários para a saúde mental 16

Capítulo 1: Cuidados primários para a saúde mental no contexto de uma pirâmide de cuidados de saúde 17

Mensagens chave 17

A combinação óptima de serviços – a pirâmide da OMS 17

Sumário do capítulo 22

Capítulo 2: Sete boas razões para integrar a saúde mental nos cuidados primários 23

Mensagens chave 23

Introdução 23

1. A carga das perturbações mentais é grande 25

2. Os problemas de saúde mental e física estão interligados 29

3. O défice do tratamento para perturbações mentais é enorme 35

4. Os cuidados primários para saúde mental melhoram o acesso 40

6. Os cuidados primários para a saúde mental são baratos e têm uma boa relação custo-benefício 45

7. Os cuidados primários para a saúde mental geram bons resultados de saúde 46

Sumário do capítulo 46

Parte 2: Cuidados primários para a saúde mental na prática 53

Introdução 55
10 princípios para integrar a saúde mental nos cuidados primários 55

Argentina: Os cuidados primários para a saúde mental dirigidos por clínicos gerais na província de Neuquén, na região da Patagónia 63
Resumo do caso 63
Lições-chave aprendidas 74

Austrália: Cuidados de saúde mental integrados para pessoas idosas em práticas de clínica geral em zonas centrais degradadas de Sydney 77
Resumo do caso 77
Lições-chave aprendidas 84

Belize: Cuidados de saúde mental a nível nacional baseados nos distritos 87
Resumo do caso 87
Lições-chave aprendidas 96

Brasil: Cuidados primários integrados para a saúde mental na cidade de Sobral 99
Resumo do caso 99
Lições-chave aprendidas 107

Chile: Cuidados de saúde primários integrados para a saúde mental no distrito de Macul, em Santiago do Chile 109
Resumo do caso 109
Lições-chave aprendidas 120

Índia: Cuidados de saúde primários integrados para a saúde mental no distrito de Thiruvananthapuram, no estado de Kerala 123
Resumo do caso 123
Lições-chave aprendidas 138

República Islâmica do Irão: Integração nacional da saúde mental nos cuidados de saúde primários 141
Resumo do caso 141
Lições-chave aprendidas 150

Arábia Saudita: Cuidados de saúde primários integrados para a saúde mental na província Oriental 153
Resumo do caso 153
Lições-chave aprendidas 161

África do Sul: Cuidados de saúde primários integrados e uma parceria para os cuidados de saúde mental primários – Distrito de Ehlanzeni, província de Mpumalanga, e distrito de Moorreesburg, província de Western Cape 163
Resumo dos casos 163
Lições-chave aprendidas (exemplo um de boas práticas) 176
Lições-chave aprendidas (exemplo dois de boas práticas) 181

Uganda: Cuidados de saúde primários para a saúde mental integrada no distrito de Sembabule 183
Resumo do caso 183
Lições-chave aprendidas 192

Reino Unido da Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte: Cuidados de saúde primários para a saúde mental em comunidades desfavorecidas em Londres 195
Resumo do caso 195
Lições-chave aprendidas 206

Conclusões do Relatório 209

Anexo 1: Melhorar as práticas dos cuidados de saúde primários para a saúde mental 213
Mensagens chave 213
Introdução 213
As funções de avaliação e de diagnóstico 213
As funções de tratamento, apoio, referenciação e prevenção 220
As técnicas de comunicação 224
A educação e as oportunidades de formação 225
Conclusão 229

Agradecimentos

Editores principais da OMS-Wonca:

Michelle Funk, Organização Mundial de Saúde (OMS), Geneva, Suíça; Gabriel Ivbijaro (Reino Unido), Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca).

Equipa de redacção e editorial principal da OMS-Wonca:

Michelle Funk (OMS/Geneva), Gabriel Ivbijaro (Wonca), Benedetto Saraceno (OMS/Geneva), Melvyn Freeman (Johannesburgo, África do Sul), JoAnne Epping-Jordan (Nyon, Suíça), Edwige Faydi (OMS/Geneva), Natalie Drew (OMS/Geneva).

Grupos consultivos da OMS-Wonca:

OMS

Ala Alwan, Tim Evans, Benedetto Saraceno, Michelle Funk, Edwige Faydi, Natalie Drew, Custodia Mandlhate, Anne Andermann, Abdelhay Mechbal, Ramesh Shademani, Thomson Prentice, Matshidiso Moeti.

Wonca

Chris Dowrick, Gabriel Ivbijaro, Tawfik A M Khoja, Michael Kidd, Michael Klinkman, Lucja Kolkiewicz, Christos Lionis, Alfred Loh, Eleni Palazidou, Henk Parmentier, Richard Roberts, Helen Rodenburg, Igor Svab, Chris van Weel, Evelyn van Weel-Baumgarten.

Contribuições e revisão:

OMS

MMatshidiso Moeti, Therese Agossou and Carina Ferreira-Borges, OMS Divisão Regional para África; Custodia Mandlhate, WR/Zimbabwe; Jorge Jacinto Rodriguez and Maristela Monteiro, WHO Regional Office for the Americas; Victor Aparicio, PAHO/WHO Representative (PWR)/Panama; Hugo Cohen, PWR/Argentina; Sandra Jones, PWR/Belize; Devora Kestel, CPC/Barbados; Vijay Chandra, WHO Regional Office for South-East Asia; Linda Milan and Xiangdong Wang, WHO Regional Office for the Western Pacific; Matthijs Muijen, WHO Regional Office for Europe; Mohammad Taghi Yasami, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; Shekhar Saxena, Jose Bertolote, Vladimir Poznyak, Mark Van Ommeren, Nicolas Clark, Tarun Dua, Alexandra Fleischmann, Daniela Fuhr, Jodi Morris, Dag Rekve and Maria Renstrom, WHO/Geneva.

Membros da Wonca

Abdulrazak Abyad, Social Service Association and Abyad Medical Center, Tripoli, Lebanon; Stella Argyriadou, Health Centre, Chrisoupolis, Kavala, Greece; Jill Benson, Department of General Practice, University of Adelaide, Adelaide, Australia; Chuba Chigbo, Stockwell Lodge Medical Centre, Cheshunt, United Kingdom; Alan Cohen, Sainsbury Centre for Mental Health, London, United Kingdom; Chris Dowrick, School of Population, Community & Behavioural Sciences, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom; Tawfik A M Khoja, Health Ministers' Council for Gulf Cooperation Council States, Riyadh, Saudi Arabia; Michael

Kidd, University of Sydney, Balmain, Sydney, Australia; Michael Klinkman, University of Michigan Health System, Department of Family Medicine, Ann Arbor, Michigan, United States of Amer- ica; Lucja Kolkiewicz, East London Foundation Trust, Centre for Forensic Mental Health, London, United Kingdom; Nabil Kurashi, King Faisal University, Al Khobar, Saudi Arabia; Te-Jen Lai and Meng-Chih Lee, Chung Shan Medical University, Taichung, Taiwan, China; Christos Lionis, School of Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece; Juan Mendive, La Mina Health Centre, Barcelona Spain; Comfort Osonnaya and Kingsley Osonnaya, Association of Health Care Professionals, Grays, United Kingdom; Eleni Palazidiou, East London Foundation Trust, Tower Hamlets Centre for Mental Health, London, United Kingdom; Henk Parmentier, Heathfield Road Surgery, Croydon, United Kingdom; Helen Rodenburg, Island Bay Medical Centre, Wellington, New Zealand; David Shiers, National Institute of Mental Health in England, Stoke on Trent, United Kingdom; Igor Svab, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia; Andre Tylee, Institute of Psychiatry, London, United Kingdom; Evelyn van Weel-Baumgarten, Radboud University Medical Centre, Nijmegen, the Netherlands; Ian Wilson, University of Western Sydney, Sydney, Australia; Hakan Yaman, University of Akdeniz, Faculty of Medicine, Antalya, Turkey; Filippo Zizzo, Italian National Health Service, Milan, Italy.

Outras contribuições internacionais

Arvin Bhana, Human Sciences Research Council, Durban, South Africa; Helen Bruce, East London NHS Foundation Trust, London, United Kingdom; Jose Miguel Caldas de Almeida, Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisbon, Portugal; Dixon Chibanda, University of Zimbabwe, Medical School, Harare, Zimbabwe; John Cosgriff, Centre for Youth Health, Manukau, South Auckland, New Zealand; M. Parameshvara Deva, Department of Psychiatry, SSB Hospital, Kuala Belait, Brunei Darussalam; Alan Flisher, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; Sandra Fortes, University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil; Linda Gask, University of Manchester, Manchester, United Kingdom; Gaston Harnois, WHO Collaborating Centre, Douglas Hospital Research Centre, Verdun, Quebec, Canada; Helen Herrman, University of Melbourne, Melbourne, Australia; Frances Hughes, Profocs Limited, Porirua, New Zealand; Tae-Yeon Hwang, WHO Collaborating Center for Psychosocial Rehabilitation and Community Mental Health, Yongin Mental Hospital, Yongin City, Republic of Korea; Martin Knapp, London School of Economics, London, United Kingdom; Marc Laporte, WHO Collaborating Centre, Douglas Hospital Research Centre, Verdun, Quebec, Canada; Itzhak Levav, Ministry of Health, Jerusalem, Israel; Crick Lund, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; Bob Mash, Stellenbosch University, Tygerberg, South Africa; Alberto Minoletti, Ministry of Health, Santiago, Chile; Angela Ofori-Atta and Sam Ohene, University of Ghana, Medical School, Accra, Ghana; Akwasi Osei, Ghana Health Service, Accra, Ghana; Vikram Patel, London School of Hygiene & Tropical Medicine and Sangath Centre, Goa, India; Soumitra Pathare, Ruby Hall Clinic, Pune, India; Inge Peterson, School of Psychology, University of KwaZulu-Natal, Durban, South Africa; Fran Silvestri, International Initiative for Mental Health Leadership, Auckland, New Zealand; Heather Stuart, Queen's University, Community Health and Epidemiology, Kingston, Ontario, Canada; Leslie Swartz, University of Stellebosch, Matieland, South Africa; Paul Theodorakis, Municipality of Athens, Athens, Greece; Graham Thornicroft, Institute of Psychiatry at the Maudsley, King's College London, London, United Kingdom; Peter Ventevogel, Public Health & Research Department HealthNet TPO, Amsterdam, the Netherlands; Jonathan Wells, Child and Adolescent Mental Health Services East, Emanuel Miller Centre, London, United Kingdom.

Contribuições para os estudos de casos dos países:

Argentina

- Jose Lumerman, Instituto Austral de Salud Mental, Neuquén, Patagónia, Argentina
- Pamela Collins, Columbia University, Nova Iorque, EUA
- Maximo Boero, Subsecretário da Saúde da Neuquén Province, Neuquén, Patagónia, Argentina

Austrália

- David Burke, St Vincent's Hospital, Sydney, Austrália
- Ayse Sengoz, AS Consulting, Bondi, Austrália
- Elizabeth Abbott, Area Mental Health, South East Sydney e Illawarra Area Health, Kogarah, Austrália

Belize

- Claudina E. Cayetano, Programa de Saúde Mental,, Ministério da Saúde, Belmopan, Belize
- Eleanor Bennett, Programa de Saúde Mental da Cidade do Belize, Belize
- Sandra Jones, PWR/Belize, Cidade do Belize, Belize

Brasil

- Sandra Fortes, Escola de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
- Luis Fernando Tófoli, Escola de Medicina, Universidade Federal de Ceará, Fortaleza, Brasil
- Dinarte A. Ballester, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Medicina, Porto Alegre, Brasil
- Daniel Almeida Goncalvez, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil
- Luiz Fernando Chazan, Escola de Ciências Médicas, Universidade do Estado de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
- Naly Soares de Almeida, Secretariado de Saúde Municipal de Macaé, Macaé, Brasil
- Maria Zenith Nunes Carvalho, Secretariado de Saúde Municipal de Petropolis, Petropolis, Brasil
- Rui Carlos Stockinger, Secretariado de Saúde Municipal de Petropolis, Petropolis, Brasil
- Paulo Klingelhoefer de Sá, Escola Médica de Petropolis /FMP/FASE, Petropolis, Brazil

Chile

- Alberto Minoletti, Ministério da Saúde, Santiago, Chile
- Olga Toro, Serviço de Saúde Metropolitano de Leste, Santiago, Chile
- Marianela Castillo, Centro de Saúde de Família Felix de Amesti, Santiago, Chile

Índia

- Shoba Raja, BasicNeeds, Bangalore, Índia
- Saju Mannarath, BasicNeeds, Bangalore, Índia
- Thankachan Sagar, Mental Health Centre, Thiruvananthapuram, Índia

República Islâmica do Irão

- Mohammad Taghi Yasamy, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, Egipto

- Ahmad Hajebi, Departamento de Psiquiatria, Instituto Psiquiátrico de Teerão, Universidade de Ciências Médicas, Teerão, Republica Islâmica do Irão
- Ahmad Mohit, Universidade de Ciências Médicas de Teerão, Teerão, Republica Islâmica do Irão

Arábia Saudita

- Abdullah Dukhail Al-Khathami, Ministério da Saúde, Al-Khobar, Arábia Saudita
- Aqeel Alghamdi, Directorado Geral de Saúde da Província Leste, Dammam, Arábia Saudita
- Mohammed Ali Al-Zahrani, Ministério da Saúde, Damman, Arábia Saudita
- Khalid AbdulRahman Al-Turki, Ministério da Saúde, Damman, Arábia Saudita
- Mahdi Bumadini Al-Quhtani, Universidade Rei Faisal, Al-Khobar, Arábia Saudita
- Sheikh Idris Abdel Rahim, College of Medicine, Universidade Rei Faisal, Al-Khobar, Arábia Saudita

África do Sul (Mpumalanga)

- Sannah Mohlakoane, Department of Health and Social Services, Nelspruit, África do Sul
- Melvyn Freeman, Joanesburgo, África do Sul
- Rita Thom, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Joanesburgo, África do Sul

África do Sul (Moorreesburg)

- Gunter Winkler, Department of Health, Provincial Government of the Western Cape, Malmesbury, África do Sul
- Lynette Theron, Department of Health, Provincial Government of the Western Cape, Malmesbury, África do Sul

Uganda

- Sheila Ndyanabang, Ministério da Saúde, Kampala, Uganda
- Irene Among, Basic Needs, Kampala, Uganda
- Thomas Walunguba, Hospital de Masaka, Kampala, Uganda
- Gerald Kakande, Ntete Centro de Saúde IV, Sembabule, Kampala, Uganda

Reino Unido da Grã Bretanha e da Irlanda do Norte

- Sally Gorham, Waltham Forest PCT, Londres, Reino Unido
- Alison Goodlad, Waltham Forest PCT, Londres, Reino Unido
- Natalie Keefe, Waltham Forest PCT, Londres, Reino Unido
- Maya Doolub, Waltham Forest PCT, Londres, Reino Unido
- Mensah Osei-Asibey, Waltham Forest PCT, Londres, Reino Unido
- Waltham Forest Community & Family Health Services, Walthamstow, Londres, Reino Unido

Apoio de secretariado e administrativo

Adeline Loo (WHO/Geneva), Elodie Martin (WHO/Geneva)
Yvonne Chung (Wonca)

Design gráfico e composição:

Inís Communication, www.inis.ie

Revisão:

Susan Kaplan

Abreviaturas e siglas usadas neste relatório

SIGLAS	TÍTULO COMPLETO
ADIC	Agência de Desenvolvimento Internacional do Canada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CSMC	Centro de saúde mental comunitário (exemplo do Chile)
CSF	Centro de Saúde Familiar (exemplo do Chile)
DPCO	Doença pulmonar crónica obstrutiva
EASM	Equipa de apoio de saúde mental (exemplo do Brasil)
ESF	Estratégia de Saúde Familiar (exemplo do Brasil)
ETI	Equivalência de Tempo Inteiro
IC	Intervalo de Confiança
INSEC	Instituto Nacional para Saúde e Excelência Clínica
MEEM	Mini exame do estado mental
OMMF	Organização Mundial de Médicos de Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan Americana de Saúde
OCS	Organizações de Cuidados Primários (exemplo do Reino Unido)
PCSMU	Pacote de Cuidados de Saúde Mínimos do Uganda
SMI	Sintoma medicamente inexplicado
SNS	Serviço Nacional de Saúde (exemplo do Reino Unido)
SUS	Sistema Único de Saúde (exemplo do Brasil)
SVAM	Serviços Voluntários Além Mar
VIH/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana/Sindroma de Imunodeficiência Adquirida
Wonca	Organização Mundial dos Médicos de Família

Mensagem da Organização Mundial de Saúde e da Organização Mundial de Médicos de Família

Durante demasiado tempo, as perturbações mentais têm sido largamente ignoradas no âmbito dos esforços desenvolvidos para reforçar os cuidados de saúde primários. Isto tem acontecido apesar de as perturbações mentais poderem ser encontradas em todos os países, em mulheres e homens, em todas as etapas da vida, entre ricos e pobres, e tanto em localizações rurais como urbanas; e apesar de a integração da saúde mental nos cuidados primários facilitar serviços holísticos e centrados no indivíduo, e como tal, ter um papel fulcral em relação aos valores e princípios da Declaração de Alma Ata

Percepções erróneas em relação à natureza das perturbações mentais e ao seu tratamento têm contribuído para que estas tenham sido negligenciadas. Por exemplo, muitas pessoas pensam que as perturbações mentais afectam apenas um pequeno subgrupo da população, mas a realidade é que 60% das pessoas que vão a consultas a nível dos cuidados primários têm uma perturbação mental diagnosticável. Outras pessoas pensam que as perturbações mentais não podem ser tratadas, mas é sabido que existem tratamentos eficazes e que estes podem ser utilizados com sucesso a nível dos cuidados primários. Alguns acreditam que as pessoas com perturbações mentais são violentas ou instáveis, e portanto devem ser encarceradas, quando na verdade a vasta maioria dos indivíduos afectados não são violentos e são capazes de viver produtivamente dentro das suas comunidades.

Este relatório fala sobre várias pessoas que receberam cuidados de saúde mental a nível dos serviços de cuidados primários. Juan, do Chile, tem sofrido de esquizofrenia durante toda a sua vida adulta. Antes dos serviços integrados para problemas de saúde mental terem sido introduzidos nos cuidados primários, a sua doença foi mal gerida e ele foi repetidamente enviado para um hospital psiquiátrico, onde sofreu e testemunhou numerosos abusos de direitos humanos. Esta parte da sua história é infelizmente bastante comum. No entanto, com a criação de serviços de cuidados primários para a saúde mental na sua comunidade, a doença de Juan passou a ser bem gerida e ele pôde reintegrar-se na sua família. Nos últimos quatro anos, ele não teve que voltar ao hospital psiquiátrico.

Numa parte diferente do mundo, Daya, do Zimbabué, foi diagnosticada com VIH/SIDA quando estava grávida da sua primeira criança. Daya caiu numa depressão profunda, que continuou após o nascimento do seu bebé. Felizmente, o seu profissional de cuidados primários identificou a depressão de Daya, iniciou tratamento e referenciou-a a outros serviços baseados na comunidade. Depois de várias semanas de tratamento, Daya finalmente sentiu as nuvens negras a evaporarem-se e ficou novamente capaz de gozar a sua vida e apreciar o milagre da sua primeira criança.

Como estas e outras histórias neste relatório ilustram de forma tocante, o ponto de partida dos cuidados primários são as pessoas. A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de assegurar que as pessoas tenham acesso a cuidados de saúde mental quando precisam. As pessoas podem ter acesso a serviços de saúde mental mais perto da sua casa, continuando desta forma junto das suas famílias e mantendo as suas actividades quotidianas. Além disso, evitam custos indirectos associados com a procura de cuidados especializados em locais distantes. Cuidados de saúde mental prestados a nível dos cuidados primários minimizam o estigma e a discriminação, e eliminam o risco das violações de direitos humanos que ocorrem em hospitais psiquiátricos. Por outro lado, como este relatório demonstrará, a integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários gera bons resultados de saúde a custos razoáveis. No entanto, os sistemas gerais de cuidados primários têm que ser fortalecidos antes que se possa razoavelmente esperar que a integração da saúde mental floresça.

A partilha da nossa comum condição humana obriga-nos a respeitar a aspiração universal por uma vida melhor, e a apoiar os esforços para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental, e social, e não meramente a ausência de doença e enfermidade. Através de cuidados primários integrados pode-se reduzir a considerável carga global das perturbações mentais não tratadas, melhorando assim a qualidade de vida de centenas de milhões de pacientes e das suas famílias.

É essencial que os países examinem e implementem os 10 princípios comuns para a integração bem sucedida descritos neste relatório. Do nosso lado, a OMS e a Organização Mundial de Médicos de Família estão empenhadas em ajudar os países a implementar e melhorar os cuidados de saúde mental a nível dos cuidados primários, e instam todas as outras entidades a colocar o mesmo empenho na luta por este objectivo.

Dra. Margaret Chan
Directora Geral
Organização Mundial de Saúde

Professor Chris van Weel
Presidente Mundial
Organização Mundial de Médicos de Famílias (Wonca)

Sumário executivo

Mensagens Chave deste relatório

1. As perturbações mentais afectam centenas de milhões de pessoas e, se não tratadas, cobram um enorme preço em termos de sofrimento, invalidez e perda económica.
2. Apesar das possibilidades existentes de tratar com sucesso as perturbações mentais, apenas uma pequena minoria daqueles que o necessitam recebem o tratamento mais básico.
3. A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de cobrir o défice de tratamento e assegurar que as pessoas recebem os cuidados de saúde mental de que precisam.
4. Os cuidados primários para saúde mental são acessíveis em termos de custo, e investimentos neste domínio podem trazer benefícios importantes.
5. Certas capacidades e competências são necessárias para avaliar, diagnosticar, tratar, apoiar, e referenciar pessoas com perturbações mentais de forma eficaz; é essencial que os profissionais de cuidados primários estejam adequadamente preparados e apoiados no seu trabalho na área de saúde mental.
6. Não há um modelo único de boa prática que possa ser seguido em todos os países. Pelo contrário, sucessos têm sido alcançados através da aplicação sensata de princípios gerais a nível local.
7. A integração é mais bem sucedida quando a saúde mental é incorporada na política de saúde e nas estruturas legislativas e é apoiada por lideranças credíveis, recursos adequados e administração continuada.
8. Para serem totalmente eficazes e eficientes, os cuidados primários para a saúde mental devem estar coordenados com uma rede de serviços a diferentes níveis de cuidados e complementados por um desenvolvimento mais geral do sistema de saúde.
9. Numerosos países de baixo e médio rendimento fizeram com sucesso a transição para cuidados primários integrados para a saúde mental.
10. A saúde mental é fundamental em relação aos valores e princípios da Declaração de Alma Ata; cuidados holísticos nunca serão atingidos até a saúde mental ser integrada nos cuidados primários.

Este relatório sobre a integração da saúde mental nos cuidados primários, que foi desenvolvido conjuntamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca), apresenta a justificação e as vantagens de se prestarem serviços de saúde mental a nível dos cuidados primários. Ao mesmo tempo, fornece conselhos sobre como implementar e melhorar cuidados primários para a saúde mental, e descreve como uma variedade de sistemas de saúde realizaram esta transformação com sucesso.

As perturbações mentais afectam centenas de milhões de pessoas e, se não tratadas, cobram um enorme preço em termos de sofrimento, invalidez e perda económica. Apesar das

possibilidades existentes de tratar distúrbios mentais com sucesso, apenas uma pequena minoria daqueles que o necessitam recebem apenas o tratamento mais básico. Integrar serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de cobrir o défice de tratamento e assegurar que as pessoas recebem os cuidados de saúde mental que necessitam. Os cuidados primários para a saúde mental são acessíveis em termos de preço, e investimentos neste domínio podem trazer benefícios importantes.

Este relatório está dividido em partes distintas de modo a responder a diferentes necessidades.

A **Parte 1** fornece o contexto para compreender os cuidados primários para saúde mental dentro do sistema de saúde mais geral.

- O **Capítulo 1** fornece o contexto para compreender os cuidados primários para a saúde mental dentro do sistema de saúde mais geral. Descreve como os cuidados primários para a saúde mental integrados funcionam da melhor forma quando são apoiados por outros níveis de cuidados, incluindo serviços baseados na comunidade e serviços hospitalares. A WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health (Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ideal de Serviços para a Saúde Mental) descreve os componentes necessários de qualquer sistema de saúde mental e mostra como os diferentes níveis de serviço podem trabalhar juntos para oferecer cuidados abrangentes e integrados. Os cuidados primários para a saúde mental formam uma parte necessária de cuidados de saúde mental abrangentes, assim como uma parte essencial de cuidados primários gerais. No entanto, por si só nunca é suficiente para satisfazer toda a variedade de necessidades relativamente à saúde mental da população.
- O **Capítulo 2** descreve o fundamento lógico e as vantagens de integrar a saúde mental nos cuidados primários (ver Caixa ES.1). Esboça o impacto actual das perturbações mentais pelo mundo fora, e os défices comuns na resposta do sector da saúde. Este capítulo explica em seguida como a prestação de tratamento e cuidados de saúde mental através dos cuidados primários melhora a acessibilidade e promove os direitos humanos e, em última análise, produz melhores resultados a nível da saúde com menores custos para indivíduos, famílias e governos.

A **Parte 2** explica como integrar a saúde mental nos cuidados primários com sucesso e realça 10 princípios comuns que são vitais para esta iniciativa (ver caixa ES.2). Também apresenta 12 casos-exemplo detalhados para ilustrar como uma variedade de sistemas de saúde realizaram esta transformação. Os exemplos de boa prática ilustram vários pontos importantes. Primeiro, não há uma única abordagem que possa ser seguida por todos os países. Pelo contrário, o sucesso é atingido através da aplicação sensata a nível local dos 10 princípios gerais esboçados na caixa ES.2. Segundo, é necessária uma gestão cuidadosa. Terceiro, especialmente quando profissionais de cuidados saúde primários abordam a saúde mental pela primeira vez, é essencial um programa de formação e assistência gradual e detalhado. Finalmente, um sistema geral de cuidados primários eficaz é um pré-requisito essencial para a integração bem sucedida de serviços de saúde mental.

Os 12 exemplos de boa prática são sumarizados em seguida.

Caixa ES.1 Sete razões válidas para integrar a saúde mental nos cuidados primários

1. **A carga de perturbações mentais é grande.** As perturbações mentais ocorrem em todas as sociedades. Elas criam uma carga pessoal substancial para os indivíduos afectados e as suas famílias, e levam a dificuldades económicas e sociais significativas que afectam a sociedade no seu todo.
2. **Os problemas de saúde mentais e físicos estão interligados.** Muitas pessoas sofrem tanto de problemas de saúde físicos como mentais. Serviços de cuidados primários integrados ajudam a assegurar que as pessoas são tratadas de uma maneira holística, satisfazendo as necessidades de saúde mental de pessoas com doenças físicas, assim como as necessidades de saúde física de pessoas com perturbações mentais.
3. **O défice de tratamento em relação às perturbações mentais é enorme.** Em todos os países há uma diferença significativa entre a prevalência de perturbações mentais, de um lado, e o número de pessoas a receber tratamento e cuidados, do outro lado. Cuidados primários para a saúde mental ajudam a diminuir esta diferença.
4. **Cuidados primários para saúde mental optimizam o acesso.** Quando a saúde mental é integrada nos cuidados primários as pessoas podem ter acesso a serviços de saúde mental mais perto das suas casas, conservando assim as suas famílias juntas e possibilitando a manutenção das suas actividades quotidianas. Cuidados primários para saúde mental também facilitam iniciativas realizadas junto da população e a promoção de saúde mental, assim como a monitorização e a gestão a longo-prazo de indivíduos afectados.
5. **Cuidados primários para saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos.** Serviços de saúde mental prestados em cuidados primários minimizam o estigma e a discriminação. Também eliminam o risco de violações de direitos humanos que podem ocorrer em hospitais psiquiátricos.
6. **Cuidados primários para saúde mental são acessíveis em termos de custo e apresentam um boa relação custo-benefício.** Serviços de cuidados primários para a saúde mental são menos caros que hospitais psiquiátricos para os pacientes, comunidades, assim como para os governos. Além disso, pacientes e famílias evitam custos indirectos associados com a procura de cuidados especializados em locais distantes. O tratamento de perturbações mentais comuns tem uma boa relação custo-benefício, e investimentos por parte de governos podem trazer benefícios importantes.
7. **Cuidados primários para saúde mental 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.

Argentina: cuidados primários para a saúde mental dirigidos por médicos na Província de Neuquén, na Região da Patagónia. Médicos de cuidados primários realizam o diagnóstico, tratamento, e reabilitação de pacientes com distúrbios mentais severos. Os pacientes recebem tratamento ambulatório na suas comunidades. Psiquiatras e outros especialistas de saúde mental estão disponíveis para examinar e aconselhar em casos complexos. Um centro de reabilitação baseado na comunidade oferece cuidados clínicos complementares e serve como um local para o treino de internos de medicina geral e de profissionais de cuidados primários. O programa tem levado a um aumento da procura de cuidados de saúde mental e tem permitido a pessoas com perturbações mentais permanecer nas suas comunidades e socialmente integrados. Dado que os psiquiatras são solicitados com moderação e evitam-se cuidados institucionais, os custos são mais baixos e o acesso a serviços procurados é optimizado.

Austrália: cuidados de saúde mental integrados para pessoas idosas em clínicas de clínica geral em áreas urbanas degradadas de Sidney. Médicos de clínica geral prestam cuidados primários para a saúde mental, com o conselho e apoio de enfermeiros comunitários de psico-geriatria, psicólogos, e psiquiatras geriátricos. A chave para este modelo são cuidados compatíveis, colaborativos, e partilhados entre cuidados primários, serviços comunitários, e serviços especializados, que incluem cuidados comunitários para os idosos, medicina geriátrica, e psiquiatria para idosos. Com o passar do tempo, os clínicos gerais têm precisado de menos conselhos e apoio, e têm atingido melhores resultados em termos da manutenção da continuidade dos cuidados.

Belize: cuidados de saúde mental a nível nacional baseados nos distritos. Profissionais de enfermagem psiquiátrica desempenham várias actividades de cuidados primários, incluindo visitas ao domicílio e a formação de profissionais de cuidados primários. A sua introdução tem facilitado numerosas melhorias: os internamentos no hospital psiquiátrico foram reduzidos; os serviços ambulatórios aumentaram; e programas de prevenção e promoção de saúde mental baseados na comunidade estão agora estabelecidos. Embora esta abordagem ainda não tenha resultado num serviço de saúde mental totalmente integrado, um número de lições importantes foram aprendidas. Em países em que há poucos especialistas de saúde mental treinados, uma abordagem em duas etapas, na qual as capacidades dos profissionais de cuidados primários são desenvolvidas ao longo do tempo, pode ser mais adequada que uma tentativa de alcançar cuidados de saúde mental totalmente integrados em apenas uma etapa.

Brasil: cuidados primários integrados para saúde mental na cidade de Sobral. Profissionais de cuidados primários desempenham avaliações da saúde física e mental de todos os pacientes. Eles tratam os pacientes se forem capazes de o fazer, ou solicitam uma avaliação por parte de uma equipa especializada em saúde mental, que faz visitas regulares aos centros de saúde familiar. Consultas conjuntas são realizadas com a participação de especialistas de saúde mental, profissionais de cuidados primários e pacientes. Este modelo não só assegura cuidados de saúde mental de boa qualidade, mas serve também como uma ferramenta de formação e supervisão, através da qual profissionais de cuidados primários adquirem capacidades que possibilitam maior competência e autonomia em lidar com perturbações mentais. Ao longo do tempo, os profissionais de cuidados primários têm adquirido mais auto-confiança, competência, e independência em lidar com os problemas de saúde mental dos seus pacientes. Sobral recebeu três prémios nacionais pela sua abordagem na integração de saúde mental em cuidados primários.

Chile: cuidados primários para a saúde mental integrados no distrito de Macul em Santiago. Clínicos gerais fazem o diagnóstico de perturbações mentais e receitam medicações quando necessário; psicólogos disponibilizam terapia individual, familiar, ou de grupo; e outros membros da equipa de saúde familiar desempenham funções de suporte. Um centro comunitário de saúde mental presta apoio e supervisão continuados a clínicos gerais. Vias de acesso ao tratamento claros com linhas de responsabilidade e referenciação ajudam todos os membros das equipas multi-disciplinares de saúde familiar. Dados do serviço de saúde mostram que, com o passar do tempo, mais pessoas com perturbações mentais têm sido identificadas e tratadas com sucesso no centro de saúde familiar. A satisfação dos utilizadores também tem aumentado.

Índia: cuidados primários para a saúde mental integrados, no Distrito de Thiruvananthapuram, no Estado de Kerala. Técnicos de saúde qualificados diagnosticam e tratam perturbações mentais como parte das funções de cuidados primários gerais. Uma equipa multidisciplinar distrital de saúde mental oferece serviços clínicos junto da população, incluindo a gestão directa de casos complexos, formação em serviço, e apoio aos técnicos médicos qualificados e a outros profissionais de cuidados primários no centro de cuidados primários. Ao longo do tempo, centros de cuidados primários têm assumido a responsabilidade por dirigir independentemente consultas de saúde mental com apoio mínimo por parte da equipa de saúde mental. Por outro lado, a disponibilidade grátis e imediata de medicações psicotrópicas nas consultas tem permitido aos pacientes receber tratamento nas suas comunidades, reduzindo imensamente desta maneira as despesas e o tempo gastos nas deslocações para hospitais.

Republica Islâmica do Irão: integração a nível nacional da saúde mental nos cuidados primários. Clínicos gerais prestam cuidados de saúde mental como parte das suas responsabilidades médicas gerais, e assim os pacientes recebem serviços integrados e holísticos nos centros de cuidados primários. Se os problemas são complexos, os pacientes são referidos aos centros de saúde distritais ou da província, que recebem apoio de especialistas de saúde mental. Profissionais de saúde comunitários assistem no processo identificando e referindo pessoas nas suas aldeias para observação nos cuidados primários. Uma importante característica da integração Iraniana da saúde mental tem sido o seu âmbito nacional, especialmente nas áreas rurais. Uma porção significativa da população do país está agora coberta por cuidados de saúde mental aceitáveis, acessíveis e de baixo custo.

Arábia Saudita: cuidados primários para a saúde mental integrados, na Província Leste. Médicos de cuidados primários prestam serviços de saúde mental básicos através de cuidados primários, e médicos de cuidados primários seleccionados, que receberam formação adicional, servem como fontes de referenciação para casos complexos. Um centro comunitário de saúde mental presta serviços complementares, tais como reabilitação psico-social. Como resultado da formação e do apoio continuado pela parte de especialistas de saúde mental baseados no centro de saúde mental comunitária, o conhecimento e a gestão de perturbações mentais por parte dos médicos tem melhorado. Muitas pessoas com perturbações mentais que de outra maneira não teriam sido detectadas, ou que teriam então sido hospitalizadas, são agora tratadas na comunidade.

África do Sul: serviços de cuidados primários integrados para saúde mental no Distrito Ehlanzeni, na Província de Mpumalanga. Dois modelos de serviços distintos são usados. No primeiro modelo, um enfermeiro qualificado observa todos os pacientes com perturbações

Caixa ES.2 10 Princípios para integrar a saúde mental nos cuidados primários

1. **A política e os planos têm que incorporar cuidados primários para a saúde mental.** O comprometimento da parte do governo em relação à integração de cuidados de saúde mental, e uma política e legislação formais que concretizam este comprometimento, são fundamentais para o sucesso. A integração pode ser facilitada não apenas através da política de saúde mental, mas também através de uma política de saúde geral que enfatiza os serviços de saúde mental ao nível dos cuidados primários. Directivas nacionais podem ser fundamentais para encorajar e dar forma a melhorias. Por outro lado, a identificação de necessidades a nível local pode dar início a um processo que se desenvolve e prospera com a subsequente facilitação por parte do governo.
2. **Activismo e campanhas de informação são necessárias para mudar atitudes e comportamentos.** São importantes aspectos da integração da saúde mental. A informação pode ser usada de maneira propositada e estratégica para influenciar os outros a criar mudança. Tempo e esforço são necessários para sensibilizar as lideranças políticas nacionais e locais, as autoridades de saúde, órgãos de direcção e profissionais de cuidados primários relativamente à importância da integração da saúde mental. Estimativas da prevalência de perturbação mentais, a carga que impõem se deixadas sem tratamento, as violações de direitos humanos que ocorrem frequentemente em hospitais psiquiátricos, e a existência de tratamentos eficazes baseados nos cuidados primários, são frequentemente argumentos importantes.
3. **É necessária a formação adequada dos profissionais de cuidados primários.** Formação pré-serviço e em serviço de profissionais de cuidados primários sobre questões de saúde mental é um pré-requisito essencial para a integração da saúde mental. No entanto, profissionais de saúde também têm que desenvolver as suas competências e ter supervisão especializada ao longo do tempo. Modelos de cuidados colaborativos ou partilhados, nos quais consultorias e intervenções conjuntas são realizadas entre profissionais de cuidados primários e especialistas de saúde mental, são uma maneira particularmente promissora de fornecer formação e apoio continuados.
4. **As tarefas de cuidados primários têm que ser limitadas e realizáveis.** Geralmente, os profissionais de cuidados primários trabalham no seu melhor quando as suas tarefas são limitadas e realizáveis. Decisões sobre áreas de responsabilidade específicas devem ser tomadas depois de uma consulta às diferentes partes interessadas na comunidade, uma avaliação dos recursos humanos e financeiros disponíveis, e uma consideração cuidadosa dos pontos fortes e fracos do sistema de saúde actual relativamente à abordagem da saúde mental. As funções dos profissionais de cuidados primários podem ser alargadas à medida que os profissionais adquirem mais competências e confiança.
5. **Profissionais e instituições especializadas de saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários.** A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é essencial, mas deve ser acompanhada por serviços complementares, em particular por componentes de cuidados secundários aos quais os profissionais de cuidados primários podem recorrer para referenciação, apoio, e supervisão. Este apoio pode vir de centros comunitários de saúde mental, hospitais de nível secundário, ou de profissionais qualificados

a trabalhar especificamente dentro do sistema de cuidados primários. Os especialistas podem variar desde enfermeiros psiquiátricos a psiquiatras.

6. **Os pacientes devem ter acesso a medicamentos psicotrópicos essenciais nos cuidados primários.** Acesso a medicamentos psicotrópicos essenciais é vital para a integração bem sucedida da saúde mental nos cuidados primários. Isto obriga os países a distribuir directamente medicamentos psicotrópicos aos serviços de cuidados primários em vez de o fazer através de hospitais psiquiátricos. Os países precisam também de rever e actualizar a legislação e as normas para permitir a profissionais de cuidados primários receitar e fornecer medicamentos psicotrópicos, particularmente quando especialistas de saúde mental e médicos são escassos.
7. **A integração é um processo, não um acontecimento.** Até quando uma política existe, a integração demora tempo e tipicamente envolve uma série de desenvolvimentos. Reuniões com um conjunto de de partes interessadas são essenciais e, em alguns casos, há que superar cepticismos e resistências consideráveis. Depois de a ideia de integração ter ganho aceitação geral ainda há muito trabalho a fazer. Os profissionais de saúde precisam de formação e pode ser necessário contratar pessoal adicional. Antes que qualquer destas coisas possa ocorrer, vai ser necessário aprovar e distribuir orçamentos.
8. **Um coordenador de serviços de saúde mental é crucial.** A integração da saúde mental nos cuidados primários pode ser gradual e oportunista, invertendo ou mudando a direcção, e problemas inesperados podem por vezes ameaçar os resultados ou até a sobrevivência do programa. Os coordenadores de saúde mental são cruciais na condução dos programas à volta destes desazfios e na promoção do processo de integração.
9. **A colaboração com outros sectores governamentais não relacionados com a saúde, com organizações não governamentais, com profissionais de saúde ao nível da aldeia ou da comunidade e com voluntários é necessária.** Sectores governamentais fora da área da saúde podem trabalhar de forma eficaz com os cuidados primários para ajudar pacientes com perturbações mentais a ganhar acesso a iniciativas educativas, sociais e de emprego necessárias para a sua recuperação e completa integração na comunidade. Organizações não governamentais, profissionais de saúde ao nível da aldeia ou da comunidade e voluntários têm frequentemente um papel importante no apoio a cuidados primários para a saúde mental. Profissionais de saúde ao nível da aldeia ou comunidade podem ser usados para identificar e referir pessoas com distúrbios mentais a instituições de cuidados primários; organizações não governamentais baseadas na comunidade podem ajudar os pacientes a tornarem-se mais funcionais e a diminuir a sua necessidade de hospitalização.
10. **Recursos financeiros e humanos são necessários.** Apesar dos cuidados primários para a saúde mental terem uma boa relação custo-benefício, são necessários recursos financeiros para estabelecer e manter um serviço. Custos de formação têm que ser cobertos e profissionais de saúde primários e comunitários podem ser precisos. Especialistas de saúde mental que prestam apoio e supervisão também têm que ser contratados.

mentais no centro de cuidados primários. No segundo modelo, perturbações mentais são geridas como qualquer outro problema de saúde, e todos os profissionais de cuidados primários tratam pacientes com perturbações mentais. Significativamente, os centros têm tido a tendência de adoptar o modelo que melhor se presta aos recursos que têm disponíveis e às suas necessidades locais. Começando com um ponto de partida em que não existiam quaisquer serviços em 1994, metade dos centros no distrito estavam a prestar serviços de saúde mental em 2002, e no começo de 2007 mais de 80% das clínicas estavam a prestar serviços. Os enfermeiros de cuidados primários e os pacientes estão geralmente satisfeitos com a abordagem integrada.

África do Sul: uma parceria para cuidados primários de saúde mental no Distrito de Moorreesburg, na Província do Cabo Ocidental. Enfermeiros de cuidados primários gerais prestam serviços de saúde mental básicos no centro de cuidados primários, e enfermeiros especializados em saúde mental e um psiquiatra visitam o centro ocasionalmente para gerir casos complexos ou providenciar supervisão aos enfermeiros de cuidados primários. Dado que os pacientes são examinados dentro da mesma clínica, o acesso a cuidados de saúde mental é melhorado e o estigma potencial é reduzido. Os profissionais de cuidados primários estão geralmente satisfeitos com o modelo. Eles apreciam as visitas regulares por parte do enfermeiro de saúde mental e do psiquiatra, os quais prestam formação continuada no serviço, assim como apoio nos casos complexos. O modelo está a ser actualmente examinado ao nível de província e a nível nacional para possível implementação em partes do país com características semelhantes.

Uganda: cuidados primários integrados para saúde mental no Distrito de Sembabule. Profissionais de cuidados primários identificam problemas de saúde mental, tratam pacientes com perturbações mentais comuns e pouco complicadas ou com perturbações mentais crónicas estáveis, lidam com emergências, ou referenciam pacientes que precisam de mudanças na medicação ou hospitalização. Serviços hospitalares especializados em intervenções junto da comunidade facilitam a tutoria continuada e a formação de profissionais de cuidados primários. Por outro lado, equipas de saúde em aldeias, que incluem voluntários, ajudam a identificar, referenciar, e monitorizar pessoas com perturbações mentais. O tratamento de saúde mental em cuidados primários, comparado com o antigo modelo de cuidados institucionais, tem melhorado o acesso, produzido melhores resultados e minimizado a disrupção na vida das pessoas.

Reino Unido da Grã Bretanha e Irlanda do Norte: Cuidados primários para saúde mental para comunidades desfavorecidas em Londres. Um consultório de cuidados primários no leste de Londres desenvolveu uma maneira inovadora de incluir e integrar populações desfavorecidas, incluindo imigrantes e pessoas sem abrigo, o que levou a cuidados primários holísticos para saúde mental e necessidades de saúde física melhorados, identificação precoce de doença e da comorbilidade, redução do estigma e inclusão social. Esta prática também tem mostrado progresso significativo na ajuda a pacientes com intervenções de reabilitação psicossocial. Uma característica chave desta boa prática é a ligação forte que tem desenvolvido com serviços de saúde e comunitários de nível secundário, assim como uma variedade de organizações e serviços que lidam com emprego, habitação, e assuntos legais.

A Parte 2 conclui enfatizando a necessidade de considerar os 10 princípios para a integração, juntamente com o conjunto de directrizes para o fortalecimento do sistema de saúde constantes no Pacote de Orientação sobre Política e Serviço de Saúde Mental da OMS (*WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package*), para fazer dos cuidados primários integrados para saúde mental uma realidade.

O **Anexo 1** fornece informação sobre as capacidades e competências que são necessárias para observar, diagnosticar, tratar, apoiar, e referenciar de forma efectiva pessoas com perturbações mentais. O contexto dos cuidados primários apresenta desafios específicos para os profissionais de saúde, incluindo populações de pacientes diversas e problemas de comorbilidade mental e física. Os profissionais de cuidados primários devem realizar duas funções chave para prestarem cuidados primários para saúde mental de boa qualidade: observação e diagnóstico de perturbações mentais; e serviços de tratamento, apoio, referência, e prevenção. Para realizar estas funções, os profissionais de cuidados primários necessitam de capacidades de comunicação de nível avançado. Educação sobre tópicos de saúde mental deve ocorrer durante a educação pré-serviço, o estágio ou o internato dos profissionais de cuidados primários, assim como ao longo das suas carreiras, sob a forma de cursos de curta duração, educação continuada, e supervisão e apoio contínuos.

A integração da saúde mental requer liderança e empenho a longo prazo. No entanto, os cuidados primários integrados para a saúde mental são um objectivo alcançável, e, como já foi demonstrado por numerosos sistemas de saúde, podem atingir-se melhorias significativas neste domínio. Os cuidados primários integrados para saúde mental não são só a abordagem mais desejável; são também uma abordagem viável – até em países de rendimento baixo ou médio.

Introdução

Trinta anos depois da Declaração de Alma Ata sobre cuidados de saúde primários ter sido adoptada, os seus princípios chave permanecem alicerces fundamentais para a melhoria da saúde a nível mundial. O primeiro princípio da Declaração reafirma a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS): a saúde é um estado de bem-estar físico, mental, e social completo e não meramente a ausência de doença ou incapacidade[1]. Reiterando a importância dos cuidados primários, o *Relatório Mundial de Saúde 2008* da OMS argumenta que uma renovação e um reforço dos cuidados primários é agora mais importante do que nunca.[2]

No entanto, a visão dos cuidados primários para saúde mental ainda não foi realizada na maioria dos países. Falta de apoio político, gestão inadequada, serviços de saúde sobrecarregados e, por vezes, resistência da parte dos responsáveis pela formulação de políticas e pela parte dos profissionais de saúde, têm dificultado o desenvolvimento de serviços.[3] Em vez disso, muitos países ainda confiam em abordagens ao tratamento ultrapassadas com base em hospitais psiquiátricos, que são maioritariamente ineficazes e com uma alta propensão a violações dos direitos humanos. Muitos países de baixo e médio rendimento não têm sequer infra-estrutura e serviços básicos de cuidados primários, o que dificulta o sucesso da integração da saúde mental.

A negligência para as questões de saúde mental continua apesar da existência de evidência sobre a alta prevalência de distúrbios mentais, e os custos substanciais que estes distúrbios impõem aos indivíduos, famílias, comunidades, e sistemas de saúde quando não tratados. A negligência tem continuado também, apesar de muitos estudos terem mostrado que existem tratamentos efectivos e que estes podem ser prestados com sucesso em *settings* de cuidados primários.

Assim, em justaposição com as comemorações de Alma Ata e com apelos a favor de uma atenção renovada nos cuidados primários, a dura realidade é que nunca se assegurarão cuidados holísticos enquanto a saúde mental não for integrada nos cuidados primários.

O que precisa de ser feito é bastante claro. É necessário encerrar os grandes hospitais psiquiátricos, e em vez disso, o tratamento e os cuidados de saúde mental precisam de ser prestados através de centros de cuidados primários e de outros serviços baseados na comunidade.[4] Para que esta transição ocorra de forma bem sucedida, os profissionais de cuidados primários têm que ser treinados e apoiados por níveis de serviço mais especializados.

Como este relatório mostrará, tratar as perturbações mentais tão cedo quanto possível, holísticamente, e perto da casa e da comunidade da pessoa, leva aos melhores resultados de saúde. Além disso, os cuidados primários oferecem oportunidades incomparáveis para a prevenção das perturbações mentais e a promoção da saúde mental, para a educação da família e da comunidade e para a colaboração com outros sectores.

Definição de cuidados primários para a saúde mental

Neste relatório, os cuidados primários para a saúde mental referem-se especificamente aos serviços de saúde mental que estão integrados nos cuidados de saúde gerais a nível dos cuidados primários. Os cuidados primários para a saúde mental dizem respeito a todas as perturbações mentais diagnosticáveis, assim como a questões de saúde mental que afectam o bem-estar físico e mental. Serviços dentro desta definição incluem:

- intervenções de primeira linha prestadas como uma parte integral dos cuidados de saúde gerais; e
- cuidados de saúde mental prestados por profissionais de cuidados primários qualificados e apoiados para prestar cuidados de saúde mental.

Embora este relatório reconheça a importância de programas baseados na comunidade, estes não são o foco deste relatório; nem o são os cuidados auto-geridos, cuidados no domicílio ou cuidados de saúde mental informais prestados por membros da comunidade. Da mesma maneira, este relatório não enfatiza a prevenção de perturbações mentais ou a promoção de saúde mental, a não ser que estes programas sejam realizados como parte dos cuidados primários em dispositivos de saúde geral. Finalmente, questões relacionadas com a colaboração com outros ministérios governamentais, tais como a educação, assistência social e trabalho, assim como o envolvimento de utentes e membros de família, são abordados apenas na medida em que eles tenham um impacto em serviços de cuidados primários para a saúde mental.

Apesar deste relatório usar uma definição restrita dos cuidados primários para a saúde mental, ele reconhece plenamente que é necessária a existência de serviços de saúde mental de vários tipos em qualquer país ou sistema de saúde. Os cuidados primários para a saúde mental formam uma parte necessária dos cuidados abrangentes de saúde mental, assim como uma parte essencial dos cuidados primários gerais. No entanto, por si só nunca são suficientes para preencher todas as diferentes necessidades de saúde mental da população.

Detalhes adicionais são fornecidos na Parte 1, Capítulo 1, que descreve a combinação ideal de serviços de saúde mental como parte de sistemas baseados em cuidados primários. A estrutura específica de qualquer sistema dependerá invariavelmente do contexto único de cada país ou sistema de saúde, mas deverá de qualquer maneira incorporar os princípios gerais esboçados pelo modelo de serviços contido na Declaração de Alma Ata.

Âmbito do relatório

Este relatório está dividido em partes distintas, com diferentes necessidades em vista.

A **Parte 1** disponibiliza o contexto para compreender os cuidados primários para a saúde mental dentro do sistema de saúde mais geral. É apresentado um modelo de organização de serviços para mostrar como os diferentes níveis de serviço podem trabalhar juntos para prestar cuidados de saúde mental abrangentes e integrados. A Parte 1 descreve também o fundamento lógico e as vantagens de integrar a saúde mental nos cuidados primários. Esta parte esboça a carga actual das perturbações mentais a nível mundial e os défices comuns na resposta por parte do sector de saúde. Explica depois como a prestação de tratamento e cuidados de saúde mental através dos cuidados primários melhorará o acesso e promoverá o respeito pelos

direitos humanos, e em última análise produzirá melhores resultados de saúde. Com custos mais baixos tanto para os indivíduos, como para as famílias e os governos.

A **Parte 2** explica em detalhe como integrar com sucesso a saúde mental nos cuidados primários. São apresentados dez princípios gerais, que podem ser aplicados a todos os esforços de integração da saúde mental, independentemente do nível de recursos do país. A Parte 2 também apresenta casos-exemplo detalhados para ilustrar como vários sistemas de saúde realizaram esta transformação.

O **Anexo 1** fornece informação sobre como diagnosticar e tratar perturbações mentais nos cuidados primários. Descreve também as competências base necessárias para gerir perturbações mentais a nível dos cuidados primários de forma efectiva. Finalmente, o Anexo 1 considera os modelos de formação e educação, que melhor podem preparar os profissionais de saúde para cuidados de saúde mental integrados.

Mensagens chave deste relatório

- As perturbações mentais afectam centenas de milhões de pessoas e, se não tratadas, criam enormes custos em termos de sofrimento, incapacidade e perdas económicas.
- Apesar das possibilidades actuais para tratar com eficácia as perturbações mentais, apenas uma pequena minoria daqueles que têm necessidades neste campo recebem pelo menos o tratamento mais básico.
- Integrar os serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de preencher o défice de tratamento existente e assegurar que as pessoas recebem os cuidados de saúde mental de que precisam.
- Os cuidados primários para a saúde mental são acessíveis em termos de custos, e investimentos neste domínio podem trazer benefícios importantes.
- Certas capacidades e competências são necessárias para avaliar, diagnosticar, tratar, apoiar e referenciar pessoas com perturbações mentais; é essencial que os profissionais de saúde mental estejam adequadamente preparados e apoiados no seu trabalho de saúde mental.
- Não há um único modelo de boas práticas que possa ser seguido por todos os países. Pelo contrário, o sucesso tem sido atingido através de uma aplicação sensata de princípios gerais a nível local.
- A integração é melhor sucedida quando a saúde mental é incorporada na política de saúde e nos enquadramentos legislativos do sector e é apoiada por lideranças credíveis, recursos adequados e governação continuada.
- Para serem totalmente eficazes e eficientes, os cuidados primários para a saúde mental devem estar coordenados com uma rede de serviços a diferentes níveis de cuidados, e complementados pelo desenvolvimento do sistema de saúde mais geral.
- Numerosos países de baixo e médio rendimento fizeram com sucesso a transição para os cuidados primários para a saúde mental integrados.
- A Saúde mental é central em relação aos valores e princípios da Declaração de Alma Ata; cuidados holísticos nunca serão alcançados enquanto a saúde mental não for integrada nos cuidados primários.

Referências – Introdução

1 *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization, 1946.

2 *World Health Report 2008.* Geneva, World Health Organization, 2008.

3 Saraceno B et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet,* 2007, 370:1164–1174.

4 *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva, World Health Organization, 2001.

PARTE 1

Contextualização dos cuidados primários para a saúde mental

Contextualização dos cuidados primários para a saúde mental

O **Capítulo 1** apresenta o contexto para compreender os cuidados primários para a saúde mental dentro do sistema mais geral dos cuidados de saúde. O capítulo descreve como os cuidados primários integrados para a saúde mental funcionam melhor quando são apoiados por outros níveis de cuidados, incluindo os serviços com base na comunidade e os serviços hospitalares. Um modelo de organização de serviços da Organização Mundial de Saúde (OMS) é apresentado para mostrar como diferentes níveis de serviço podem trabalhar juntos para prestar cuidados abrangentes e integrados.

O **Capítulo 2** descreve o fundamento lógico e as vantagens de integrar a saúde mental nos cuidados primários. O capítulo esboça a carga actual das perturbações mentais a nível mundial, e os problemas normalmente encontrados na resposta do sector da saúde. O capítulo explica depois como a prestação de tratamento e cuidados de saúde mental através de cuidados primários melhorará o acesso e promoverá os direitos humanos, produzindo em última análise melhores resultados de saúde com custos mais baixos para indivíduos, famílias, e governos (ver Caixa 1.1).

Caixa 1.1 Sete boas razões para integrar a saúde mental nos cuidados primários

- A carga das perturbações mentais é grande.
- Os problemas de saúde mental e física estão interligados.
- O défice de tratamento para perturbações mentais é enorme.
- Os cuidados primários para saúde mental melhoram o acesso.
- Os cuidados primários para saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos.
- Os cuidados primários para a saúde mental são acessíveis em termos de custo e têm uma boa relação custo-benefício.
- Os cuidados primários para a saúde mental geram bons resultados de saúde.

CAPÍTULO 1

Cuidados primários para a saúde mental no contexto de uma pirâmide de cuidados de saúde

Os cuidados primários para a saúde mental são um componente essencial de qualquer sistema de saúde que funcione adequadamente. No entanto, para serem totalmente eficazes e eficientes, os cuidados primários para a saúde mental têm que ser complementados por outros níveis de cuidados. Estes incluem componentes de cuidados secundários aos quais os profissionais de cuidados primários podem recorrer para referenciação, apoio e supervisão. Ligações com serviços informais e serviços baseados na comunidade são também necessárias. É crucial compreender e apreciar estas relações para compreender o papel dos cuidados primários integrados de saúde mental dentro do contexto do sistema geral de saúde.

Mensagens chave

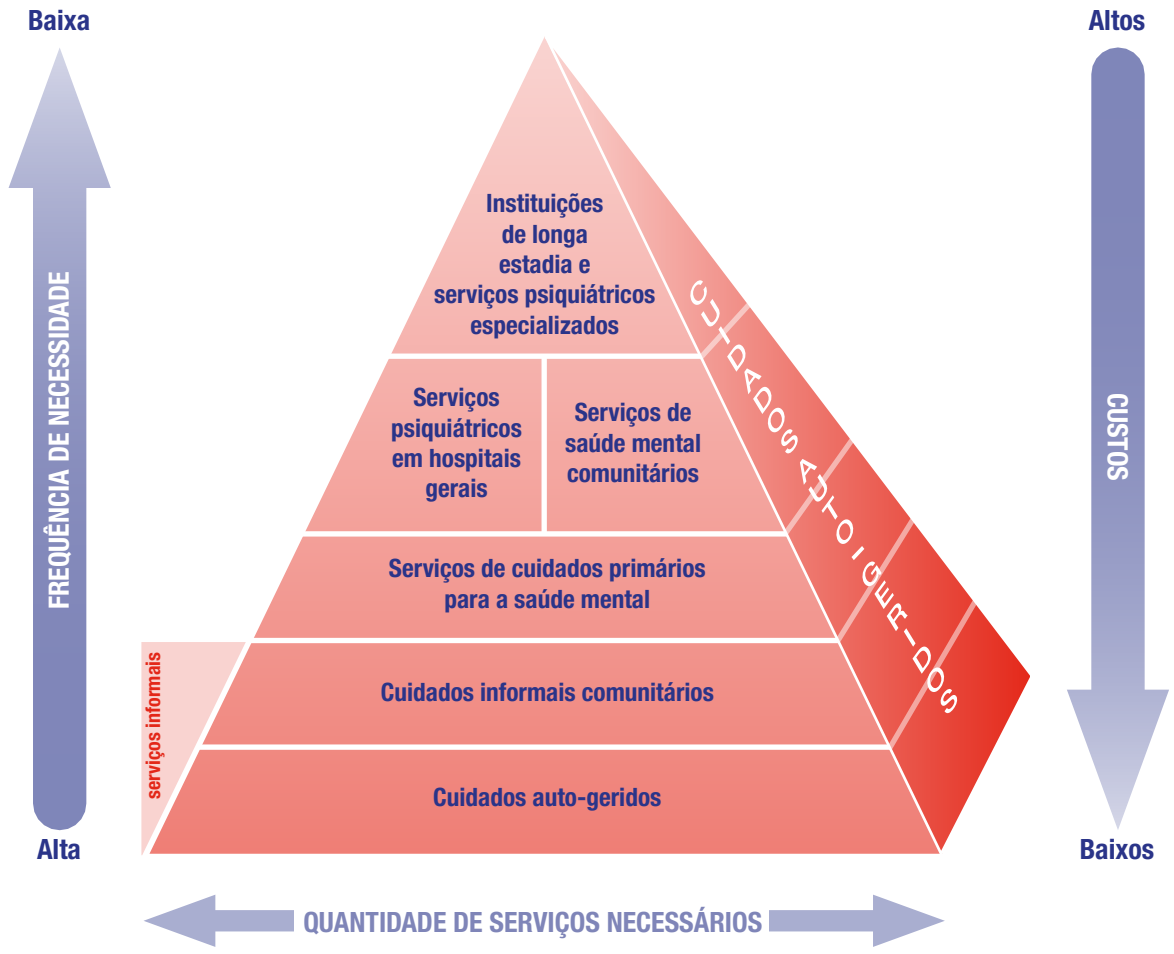
- Os cuidados primários para a saúde mental constituem uma parte necessária de cuidados de saúde mental abrangentes, assim como uma parte essencial dos cuidados primários gerais.
- *A Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Óptima de Serviços para Saúde Mental da OMS* descreve os componentes necessários para qualquer sistema de saúde mental.
- Os cuidados primários para a saúde mental, tal como definidos no modelo da OMS, são fundamentais, mas devem ser apoiados por outros níveis de cuidados incluindo serviços baseados na comunidade e serviços hospitalares, serviços informais, e cuidados auto-geridos para preencher toda a variedade de necessidades de saúde mental da população.

A combinação óptima de serviços – a pirâmide da OMS

A OMS desenvolveu previamente um modelo descrevendo a combinação óptima de serviços de saúde mental. A Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação óptima de Serviços para Saúde Mental da OMS propõe a integração dos serviços de saúde mental com os cuidados de saúde gerais. Os cuidados primários de saúde mental integrados são um componente fundamental deste modelo, e são apoiados por outros níveis de cuidados incluíndo serviços baseados na comunidade e serviços hospitalares.[1]

O modelo da OMS é baseado no princípio segundo o qual nenhum serviço pode por si só preencher todas as necessidades de saúde mental da população. Apoio, supervisão, colaboração, partilha de informação e educação através dos diferentes níveis de cuidados são essenciais em qualquer sistema. O modelo assume também que pessoas com perturbações mentais precisam de estar envolvidas, embora em graus diferentes, na sua própria recuperação. O modelo promove o uso adequado de recursos, o envolvimento dos indivíduos nos seus próprios cuidados de saúde mental, e uma orientação baseada nos direitos humanos e na comunidade. Para o sistema formal de saúde ser eficaz, a Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) defende que cada família deve ter um médico de família. Para os médicos de família serem eficazes, eles devem ter acesso aos vários tipos de serviços especializados, tanto em *settings* hospitalares como na comunidade. Independentemente do nível de recursos, todos os países devem ter como objectivo obter a combinação óptima de serviços de todos os níveis da pirâmide, e avaliar regularmente o que está disponível, com o objectivo de melhorar gradualmente o conjunto dos serviços disponíveis.

Figura 1.1 **A Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Óptima de Serviços para a Saúde Mental**



O modelo da OMS foi desenvolvido pela OMS e pela Wonca para enfatizar a dimensão de auto-cuidados que é requerida a cada nível de serviço (ver Figura 1.1). Os auto-cuidados estão presentes na base da pirâmide, e este nível refere-se a cuidados sem uma contribuição profissional individual. A todos os níveis do sistema, auto-cuidados são essenciais e ocorrem simultaneamente com outros serviços. Isto está refletido na natureza tri-dimensional da pirâmide. A cada nível mais elevado da pirâmide, os indivíduos passam a ter um contacto crescente com assistência professional. No entanto, os cuidados auto-geridos continuam a todos os níveis, o que por sua vez promove e encoraja a recuperação e melhor saúde mental.

Os diferentes níveis do modelo OMS estão ilustrados na Figura 1.1.

Sistema de saúde formal

O sistema de saúde formal inclui uma variedade de *settings* e níveis de cuidados prestados por profissionais de saúde com diferentes antecedentes profissionais. Os detalhes variam de país para país mas os *settings* incluem cuidados primários, serviços baseados na comunidade incluindo equipas comunitárias, e serviços ambulatórios, hospitais gerais, e, para uma pequena minoria dos pacientes, dispositivos de longa estadia. Os profissionais de saúde também variam consideravelmente, mas incluem médicos de clínica geral e outros profissionais de cuidados primários, profissionais de saúde comunitários, psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras.

Serviços de cuidados primários para a saúde mental

Os cuidados de saúde mental prestados nos serviços de cuidados primários gerais são o primeiro nível de cuidados dentro do sistema de saúde formal. Serviços essenciais a este nível incluem a identificação precoce de perturbações mentais, o tratamento de perturbações mentais comuns, a gestão de pacientes psiquiátricos estabilizados, a referenciação para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas físicos, e a promoção e prevenção de saúde mental. Em países desenvolvidos os cuidados primários são prestados principalmente por médicos, enquanto em países de baixo e médio rendimento, os enfermeiros prestam a maior parte dos cuidados primários.

A continuidade dos cuidados é um elemento chave de cuidados primários eficazes, e quando há uma relação continuada entre um profissional de saúde individual e um paciente, a qualidade dos serviços de saúde mental nos cuidados primários deverá melhorar.

Os serviços ao nível de cuidados primários são geralmente os mais acessíveis, baratos e aceitáveis para as comunidades. Quando a saúde mental está integrada como parte destes serviços, o acesso é melhorado, é mais provável que as perturbações mentais sejam identificadas e tratadas, e os problemas de comorbilidade física e mental sejam geridos de uma maneira contínua.

Os serviços psiquiátricos em hospitais gerais

Para algumas pessoas com perturbações mentais graves a hospitalização pode ser necessária em alguns períodos das suas vidas. Os Hospitais gerais distritais oferecem uma localização acessível e aceitável para os cuidados médicos e a supervisão de pessoas com um agravamento agudo de perturbações mentais 24 horas por dia, da mesma maneira que gerem agravamentos agudos de doenças físicas. Os serviços de saúde mental prestados nos hospitais gerais distritais

também permitem acesso 24 horas por dia a serviços para quaisquer problemas de saúde física que possam ocorrer durante o internamento.

Idealmente, os hospitais gerais distritais devem ter unidades dedicadas ao tratamento de perturbações mentais e estas unidades devem ter uma organização de espaços que facilite uma boa observação e cuidados adequados, minimizando desta maneira o risco de negligência e suicídio.

Para minimizar o risco de violações de direitos humanos, as instituições devem aderir a políticas e directrizes claras que apoiam o tratamento e gestão de perturbações mentais dentro de uma estrutura que promove a dignidade e os direitos humanos, e que usa práticas clínicas baseadas em evidência científica.

Serviços de saúde mental comunitários

Os serviços de saúde mental comunitários são basicamente serviços de saúde mental especializados baseados na comunidade. Incluem centros de dia, serviços de reabilitação, equipas de crise móveis, serviços terapêuticos e residenciais supervisionados, lares comunitários, apoio domiciliário, apoio a famílias e outros serviços de apoio. Apesar de apenas alguns países serem capazes de assegurar o conjunto completo de serviços de saúde mental baseados na comunidade, uma combinação de componentes baseados nas necessidades e requisitos locais é essencial. Os serviços de saúde mental comunitários fortes são particularmente essenciais como parte de qualquer programa de desinstitucionalização, assim como para prevenir hospitalizações desnecessárias.

Tem sido verificado que as pessoas que recebem bons cuidados comunitários têm melhores resultados de saúde e de saúde mental, e melhor qualidade de vida, do que as tratadas em hospitais psiquiátricos. Para maximizar a sua efectividade, são necessárias ligações fortes com outros serviços para cima e para baixo na pirâmide de cuidados.

Serviços para longas estadias e serviços psiquiátricos especializados

Para uma pequena minoria de pessoas com perturbações mentais são necessários cuidados especializados para além do que pode ser oferecido nos hospitais gerais. Por exemplo, pessoas com situações complexas ou resistentes ao tratamento precisam por vezes de ser referenciadas a centros especializados para mais exames ou tratamento. Outras precisam ocasionalmente de cuidados continuados em dispositivos residenciais devido às suas perturbações mentais graves ou à sua incapacidade intelectual e à falta de apoio familiar. A psiquiatria forense é um outro tipo de serviço especializado que se integra nesta categoria.

A necessidade de referenciação para serviços especializados ou de longa estadia é reduzida quando os hospitais gerais estão providos com profissionais de saúde altamente especializados tais como psiquiatras e psicólogos. No entanto, isto é raramente possível em países de baixo rendimento onde a proporção de profissionais de saúde mental em relação à população é muito baixa.

As instituições de longa estadia ou de serviços especializados não devem ser equiparados com os hospitais psiquiátricos que dominaram os cuidados de saúde mental durante a maior parte do século XX. Os hospitais psiquiátricos têm uma história de sérias violações de direitos

humanos, resultados clínicos pobres e programas de reabilitação inadequados. São também caros e consomem uma proporção desproporcionada das despesas de saúde mental. A OMS recomenda que os hospitais psiquiátricos sejam encerrados e substituídos por serviços nos hospitais gerais, serviços de saúde mental comunitários e serviços integrados nos cuidados primários. (Ver Parte 1, Capítulo 2 para consideração adicional dos problemas dos hospitais psiquiátricos.)

O sistema de saúde informal

O sistema de saúde mental informal inclui serviços comunitários informais, assim como cuidados auto-geridos sem contribuições específicas de profissionais de saúde. Estes dois níveis de serviço são descritos em seguida.

Cuidados comunitários informais

Os cuidados comunitários informais abrangem serviços prestados na comunidade que não são parte dos sistemas de saúde e da assistência social formais. Exemplos destes cuidados incluem curandeiros tradicionais, profissionais de outros sectores, tais como professores, polícias, e trabalhadores de saúde em aldeias, serviços prestados por organizações não governamentais, associações de utentes e famílias, e pessoas leigas. Este nível de cuidados pode ajudar a prevenir recaídas entre pessoas que receberam alta de hospitais. Os serviços informais são normalmente acessíveis e aceitáveis porque integram a comunidade. No entanto, os cuidados comunitários informais não devem formar o núcleo da prestação de serviços de saúde mental, e não seria recomendável que os países dependessem unicamente destes serviços.

Cuidados auto-geridos

A maioria das pessoas devem ser encorajadas a gerirem os seus problemas de saúde mental por si mesmas, ou com o apoio da família ou dos amigos. Os cuidados auto-geridos formam a base da pirâmide de serviço da OMS, na qual todos os outros cuidados estão baseados.

A ênfase neste modelo em cuidados auto-geridos não deve ser confundida com uma atitude de culpar os indivíduos por terem perturbações mentais, nem por desviar a responsabilidade, de uma forma inadequada, para as pessoas no sentido "de elas se deixarem de coisas". Pelo contrário, o modelo enfatiza parcerias entre os profissionais de saúde e o paciente, assim como colaboração para promover um papel activo das pessoas com perturbações mentais no seu próprio tratamento. Os papéis dos indivíduos podem variar desde a colaboração na tomada de decisões relacionadas com o seu tratamento, e aderir activamente à medicação receitada, até mudar comportamentos relacionados com a saúde tais como o uso de álcool e drogas ou a lidar com o stress. Os cuidados auto-geridos são importante não só para as perturbações mentais, mas também para a prevenção e o tratamento de problemas de saúde física.

Os cuidados auto-geridos são especialmente efectivos quando são apoiados por programas de promoção da saúde que envolvem toda a população e os serviços de saúde formais. As intervenções de promoção da saúde podem ter um papel importante na melhoria da literacia de saúde mental através da ajuda que podem dar às pessoas para reconhecer os problemas ou doenças, melhorar o seu conhecimento sobre as causas das perturbações e o seu tratamento, e informá-las sobre onde se devem dirigir para obter ajuda.

Os cuidados auto-geridos devem ser facilitados através de todos os serviços e a todos os níveis da pirâmide de serviços da OMS.

Sumário do capítulo

A integração dos serviços de saúde mental nos cuidados primários é essencial, mas deve ser acompanhada pelo desenvolvimento de serviços complementares, particularmente a nível secundário. A pirâmide de serviços da OMS descreve a combinação óptima de serviços de saúde mental para alcançar este tipo de abrangência e integração, e em última análise para produzir os melhores resultados de saúde para a população.

Nunca é demais enfatizar a necessidade de boas articulações entre os cuidados primários e os outros níveis de cuidados. Deve ser implementado um sistema claro de referenciação, referenciação de retorno e de articulação definido em conjunto com administradores de saúde e com profissionais de saúde a todos os níveis de serviços.

Integrar a saúde mental nos cuidados primários exige liderança e empenho a longo-prazo. No entanto, para aqueles que escolhem este caminho, os benefícios são substanciais. O capítulo seguinte descreve o racional para integrar os serviços de cuidados primários e sublinha os benefícios para os indivíduos, famílias, comunidades e governos.

Referência – Capítulo 1

1 Funk M et al. Mental health policy and plans: promoting an optimal mix of services in developing countries. *International Journal of Mental Health*, 2004, 33:4–16.

CAPÍTULO 2

Sete boas razões para integrar a saúde mental nos cuidados primários

Mensagens chave

- As perturbações mentais afectam centenas de milhões de pessoas, e estão fundamentalmente interligadas com doenças crónicas, tais como o cancro, doenças cardíacas e VIH/ SIDA.
- A maior parte das perturbações mentais permanecem não detectadas e não tratadas, resultando numa carga substancial e largamente evitável para os pacientes, as famílias e as comunidades
- Integrar a saúde mental nos cuidados primários permite o acesso a serviços ao maior número de pessoas a preços acessíveis, e de uma maneira que minimiza o estigma e a discriminação.
- O tratamento das perturbações mentais nos cuidados primários tem uma boa relação custo--benefício e os investimentos nesta área podem trazer benefícios importantes.

Introdução

Os benefícios de integrar a saúde mental nos cuidados primários são significativos. Algumas das vantagens principais são: a integração assegura que a população no seu todo tem acesso aos cuidados de saúde mental de que precisa; e a integração aumenta a probabilidade de resultados positivos, tanto para problemas de saúde mental como para problemas de saúde física (ver Figura 1.2).

Abrangendo estes e outros benefícios, são enumeradas, de seguida, sete razões principais para integrar a saúde mental nos cuidados primários.. Cada uma destas vantagens é analisada em maior detalhe ainda dentro deste capítulo

1. **A carga das perturbações mentais é grande.** As perturbações mentais estão presentes em todas as sociedades. Elas criam uma carga pessoal substancial para os indivíduos afectados e as suas famílias, e produzem dificuldades económicas e sociais substanciais que afectam a sociedade no seu todo.

2. **Os problemas de saúde mental e física estão interligados.** Muitas pessoas sofrem tanto de problemas de saúde física como mental. Os serviços de cuidados primários integrados podem ajudar a assegurar que as pessoas são tratadas de uma maneira holística, respon-

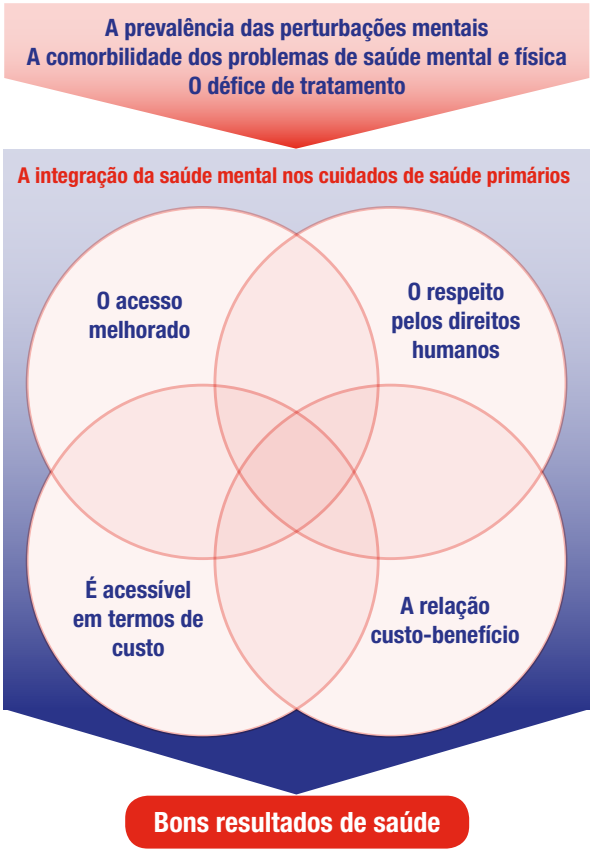
dendo às necessidades de saúde mental das pessoas com doenças físicas, assim como às necessidades de saúde física das pessoas com perturbações mentais.

3. **O défice de tratamento para perturbações mentais é enorme.** Há um défice significativo em todos os países entre a prevalência de perturbações mentais de um lado, e, do outro lado, o número de pessoas que recebem tratamento e cuidados. Os cuidados primários para a saúde mental ajudam a diminuir este défice.

4. **Os cuidados primários para a saúde mental melhoram o acesso.** Integrar a saúde mental nos cuidados primários é a melhor maneira de assegurar que as pessoas recebem os cuidados de saúde mental de que precisam. Quando a saúde mental está integrada nos cuidados primários, as pessoas têm acesso a serviços de saúde mental mais perto das suas casas, mantendo-se, desta maneira, junto das suas famílias e mantendo as suas atividades diárias. Os serviços de cuidados de saúde primários também facilitam iniciativas comunitárias junto da população e a promoção da saúde mental, assim como a monitorização e a gestão a longo-prazo dos indivíduos afectados.

5. **Os cuidados primários para a saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos.** Os serviços de saúde mental prestados em cuidados de saúde primários minimizam o estigma e a discriminação. Eles eliminam também o risco das violações dos direitos humanos que ocorrem em hospitais psiquiátricos.

Figura 1.2 **Sete boas razões para integrar a saúde mental nos cuidados primários**



6. **Os cuidados primários para saúde mental são baratos e têm uma boa relação custo-benefício.** Os serviços de cuidados primários para a saúde mental são menos caros que os hospitais psiquiátricos, tanto para os pacientes, como para as comunidades e os governos. Além disso, os pacientes e as suas famílias evitam os custos indirectos associados com a procura de cuidados especializados em localizações distantes. O tratamento das perturbações mentais comuns tem uma muito boa relação custo-benefício, e até pequenos investimentos por parte dos governos podem trazer benefícios importantes.

7. **Os cuidados primários para a saúde mental geram bons resultados de saúde.** A maioria das pessoas com perturbações mentais tratadas em cuidados de saúde primários têm bons resultados particularmente quando estão ligadas a uma rede de serviços a nível secundário e na comunidade.

1. A carga das perturbações mentais é grande

As perturbações mentais estão presentes em todo o mundo

Centenas de milhões de pessoas são afectadas por perturbações mentais a nível mundial. A OMS estima que 154 milhões de pessoas sofrem de depressão e 25 milhões de pessoas de esquizofrenia; 91 milhões de pessoas são afectadas por perturbações do abuso de álcool e 15 milhões por perturbações do abuso de drogas.[1] Pelo menos 50 milhões de pessoas sofrem de epilepsia e 24 milhões de Alzheimer e outras formas de demência.[2] Cerca de 877 000 pessoas morrem devido a suicídio cada ano.[3]

A nível nacional, a prevalência total das perturbações mentais no período de um ano varia desde 4% a 26% (ver Tabela 1.1).[4] A variabilidade na prevalência de país para país pode ser devido a limitações transculturais dos instrumentos de diagnóstico e avaliações enviesadas. As estimativas de prevalência também são susceptíveis a serem influenciadas por estigma e discriminação.

A prevalência geral das perturbações mentais tem mostrado ser quase a mesma para homens e mulheres. No entanto, quase todos os estudos mostram um prevalência mais alta de depressão entre as mulheres do que entre os homens, com uma proporção entre 1,5:1 e 2:1, assim como percentagens mais altas da maior parte das perturbações de ansiedade e de conduta alimentar. Pelo outro lado, os homens têm percentagens mais altas da perturbação do défice de atenção e hiperactividade, autismo e distúrbios do abuso de substâncias adictivas[5]. A prevalência entre crianças e adolescentes e entre pessoas idosas é apresentada nas caixas 1.2 e 1.3.

Geralmente, as pessoas idosas sofrem de problemas de saúde mental e de perturbações mentais comuns em percentagens semelhantes às de pessoas adultas mais jovens. A prevalência de perturbações depressivas entre pessoas acima de 65 anos de idade é segundo estimativas conservadoras entre 10% e 15%, embora certas estimativas cheguem até 45%[10]. Outras perturbações – incluíndo demência, outras deficiências cognitivas, luto e suicídio – são mais comuns entre as pessoas idosas, em comparação com populações mais jovens.[11]

Tabela 1.1 A prevalência de perturbações mentais em 14 países

País	Percentagem de prevalência de qualquer perturbação mental (IC 95%)
China (Pequim)	9.1 (6.0–12.1)
China (Shangai)	4.3 (2.7–5.9)
Bélgica	12.0 (9.6–14.3)
Colombia	17.8 (16.1–19.5)
França	18.4 (15.3–21.5)
Alemanha	9.1 (7.3–10.8)
Itália	8.2 (6.7–9.7)
Japão	8.8 (6.4–11.2)
Líbano	16.9 (13.6–20.2)
México	12.2 (10.5–13.8)
Holanda	14.9 (12.2–17.6)
Nigéria	4.7 (3.6–5.8)
Espanha	9.2 (7.8–10.6)
Ucrânia	20.5 (17.7–23.2)
Estados Unidos da América	26.4 (24.7–28.0)

IC, intervalo de confiança
Fonte: adaptada a partir do WHO World Mental Health Survey Consortium [4]

Caixa 1.2 Saúde mental da infância e adolescência

Cerca de uma em cada cinco crianças sofre de uma perturbação mental.[6,7] Perturbações regularmente observadas em cuidados primários incluem a perturbação do défice da atenção e hiperactividade, perturbações de conduta, delirium, perturbação da ansiedade generalizada, perturbações depressivas, perturbação pós-traumática de stress e perturbação de ansiedade de separação. Nos EUA, as estimativas das perturbações mentais entre crianças e adolescentes a receber cuidados médicos varia entre 15% e 30%. A depressão na adolescência continua frequentemente, sem diminuição, na idade adulta.[8]

Caixa 1.3 Saúde mental das pessoas idosas

A população do mundo está a envelhecer rapidamente. A nível global, o número de pessoas com 60 ou mais anos vai aumentar de 606 milhões em 2000 para 1.9 biliões em 2050. Nos países menos desenvolvidos a população idosa vai quadriplicar de 375 milhões em 2000 para 1,5 biliões em 2050.[9] A taxa de crescimento é mais rápida para os idosos, que têm uma maior probabilidade de sofrer de doenças crónicas e de precisar de serviços de saúde. A sua saúde mental é influenciada pelo seu acesso a serviços de saúde, a educação, emprego, habitação, serviços sociais e de justiça e é também influenciada pela sua protecção em relação a abusos e a discriminação.

As perturbações mentais impõem uma carga substancial se não tratadas

Em 2002, as perturbações mentais e de abuso de substâncias adictivas foram responsáveis por 13% da carga global de doença, definida como morte prematura combinada com anos vividos com invalidez.[12] Quando se toma em conta apenas o componente de invalidez no cálculo da carga de doença, as perturbações mentais eram responsáveis por 31% de todos os anos vividos com invalidez. E este número está a aumentar. Em 2030 a depressão, por si só, será provavelmente a segunda maior causa da carga de doença – menor apenas do que VIH/SIDA (ver Tabela 1.2). Em países de alto rendimento a depressão tornar-se-á no factor de maior contributo para a carga de doença.[13]

Tabela 1.2 Classificação actual e projectada dos principais contribuidores para a carga global de doença

Doença ou lesão	Lugar em 2002	Lugar em 2003	Mudança na classificação
Condições perinatais	1	5	-4
Infecções respiratórias inferiores	2	8	-6
VIH/SIDA	3	1	+2
Perturbações depressivas unipolares	4	2	+2
Doenças diarréicas	5	12	-7
Doença cardíaca isquémica	6	3	+3
Doença cérebrovascular	7	6	+1
Acidentes de trânsito	8	4	+4
Malária	9	15	-6
Tuberculose	10	25	-15
Doença pulmonária obstructiva crónica	11	7	+4
Anomalias congénitas	12	20	-8
Perda auditiva, início na idade adulta	13	9	+4
Cataratas	14	10	+4
Violência	15	13	+2
Violência auto-infligida	17	14	+3
Diabetes Mellitus	20	11	+9

Fonte: Mathers et al. [13]

O impacto total das perturbações mentais vai bem além do que é representado pelas estimativas da carga de doença. Muitas pessoas com perturbações mentais são ostracizadas pela sociedade. Caiem na pobreza e ficam sem abrigo porque não recebem o tratamento e os cuidados de que precisam. Em alguns países, as perturbações mentais são consideradas fenómenos mágicos e sobrenaturais causados por espíritos que tomam conta do corpo. As pessoas com perturbações mentais são consideradas perigosas ou contagiosas e são abandonadas pelas suas famílias. Consequentemente, estas pessoas ficam fisicamente exiladas da sociedade, banidas para os limites da vila onde são acorrentadas a troncos de árvores, deixadas sozinhas, semi-nuas ou vestidas com farrapos, escondidas do resto da sociedade. Algumas são agredidas e deixadas com pouca comida para "purgar os espíritos maléficos" através do sofrimento físico.[14,15]

Muitas são discriminadas na sua procura por trabalho ou educação, e outras são despedidas dos seus empregos. Desta maneira, são impedidas de se integrarem na sociedade e de participarem na vida social, económica e política.[16]

Mesmo quando o estigma e a discriminação são mínimos, as perturbações mentais podem comprometer substancialmente o funcionamento social, profissional e familiar.[17-20] As perturbações mentais também afectam, e são afectadas por, doenças crónicas, tais como cancro, doenças cardio-vasculares, diabetes, e VIH/SIDA. Sem tratamento, as perturbações mentais podem contribuir para comportamentos pouco saudáveis, não aderência a regimes de saúde prescritos, um funcionamento imunitário diminuído e maus prognósticos. (Para mais informação, ver secção 2, *Os problemas de saúde mental e física estão interligados.*) Os filhos de pessoas com perturbações mentais estão também em maior risco. A depressão parental leva as crianças a usarem mais as urgências e os serviços de internamento e especializados, em comparação com as crianças que não têm pais deprimidos.[21] Estima-se que 20% do atraso de crescimento poderia ser evitada através de intervenções para tratar a depressão materna.[22]

As perturbações mentais são prevalentes nos *settings* de cuidados primários

A prevalência das perturbações mentais nos *settings* de cuidados primários tem sido extensivamente pesquisada numa variedade de países. Ao longo dos anos, a prevalência entre adultos foi documentada como variando entre 10% e 60%.[17,23-36] Nos *settings* onde prevalências altas foram encontradas, como por exemplo em Santiago do Chile, onde uma prevalência de 53,5% foi encontrada no princípio dos anos 90 37, levantamentos feitos em seguida mostraram resultados semelhantes: variando entre 51,9 e 59,9%. [25, 38-41] As perturbações mentais principais presentes em *settings* de cuidados primários são a depressão (variando entre 5% e 20%),[18--20,32,41-46] a perturbação da ansiedade generalizada (4% a 15%),[18-20, 46-48] o abuso e dependência do álcool (5% a 15%),[18,31,41,47,49-51] e as perturbações de somatização (0,5% a 11%).[19,20, 46,47]

Os estudos sobre crianças e adolescentes têm também demonstrado uma prevalência alta de perturbações mentais nos *settings* de cuidados primários. Por exemplo, perturbações mentais foram observadas em 20% das crianças entre os 7 e 14 anos de idade em Ibadan, Nigéria;[52] 30% das crianças entre os 6 e 11 anos de idade em Valencia, Espanha;[26] e 43% das crianças entre os 6 e 18 anos de idade em Al Ain, nos Emirados Árabes Unidos.[33] Os diagnósticos mais comuns foram perturbações de ansiedade, depressão *major*, perturbações da conduta e perturbação do défice de atenção/hiperactividade.[26, 33, 52]

Entre as pessoas idosas nos cuidados primários, a prevalência das perturbações mentais pode ser tão alta como 33%, como demonstrado em estudos em São Paulo, no Brasil[53] e em Linkoping, na Suécia.[28] Os diagnósticos mais comuns são depressão e demência.[28,53,54]

Vários estudos em instituições de cuidados primários têm medido a prevalência de outras perturbações mentais específicas, devido à sua importância para a saúde pública.

- A prevalência da depressão pós-parto foi de 14% em Manisa, na Turquia[24], e 19% em Ilorin, na Nigéria.[53]
- A prevalência das perturbações da personalidade no Reino Unido foi de 24%.[56]

- A prevalência da perturbação do stress pós-traumático entre vítimas de terramotos em Taiwan, na China era (foi de) 11%.[57]
- A prevalência da perturbação de pânico em Leicester, no Reino Unido, foi de 6%, com uma percentagem alta de comorbilidade (65% com depressão *major*, 34% com fobia simples, 30% com fobia social, e 18% com perturbação da ansiedade generalizada).[23]
- A taxa do aparecimento de perturbações mentais comuns (uma mistura de sintomas somáticos, de ansiedade, e depressivos) num estudo de acompanhamento de 12-meses foi de 16% em Harare, no Zimbabué.[34]

2. Os problemas de saúde mental e física estão interligados

Dados científicos credíveis têm revelado as múltiplas ligações multi-direccionais existentes entre a saúde e a doença mental e física.[22] Os pensamentos, sentimentos e comportamentos de saúde têm um grande impacto no estado de saúde física. Pelo outro lado, o estado de saúde física tem considerável influência sobre o bem-estar e a saúde mental.

As perturbações mentais podem ser precursores em relação a problemas de saúde física, ou consequências de problemas de saúde física, ou o resultados de efeitos interactivos. Por exemplo, há provas de que a depressão predispõe os indivíduos a desenvolver enfartes do miocárdio.[58] e pelo outro lado enfartes do miocárdio aumentam a probabilidade de depressão.[59] De forma semelhante, os ataques de pânico estão fortemente associados com a asma. As pessoas com perturbação de pânico têm uma maior prevalência de asma, e as pessoas com asma têm uma maior prevalência de ataques de pânico.[60]

A maioria das condições de comorbilidade requerem um tratamento coordenado e holístico de sintomas tanto de saúde física como mental, e os cuidados primários têm as melhores condições para prestar este tipo de serviço (ver Caixa 1.4).

Caixa 1.4 A história de Teresa*, 63 anos de idade, da Nova Zelândia

Gerir uma diabetes insulino-dependente e uma perturbação bipolar (maníaco-depressiva) não é fácil para ninguém. Teresa não era uma excepção e décadas de cuidados de saúde fragmentados só estavam a piorar os seus problemas.

Teresa precisava de injecções diárias de insulina para controlar os seus níveis de açúcar no sangue. Ainda por cima, o seu estado mental era lábil e volátil e ela precisava frequentemente de cuidados urgentes para gerir os seus sintomas. Com vinte e cinco quilos de peso a mais, Teresa consumia uma dieta que consistia principalmente em grandes quantidades de conservas e de bebidas refrigerantes, bolachas e batatas fritas.

Ao longo dos anos, Teresa tinha sido vista por muitos profissionais e especialistas diferentes de cuidados primários. Ela vivia em casa com a sua família, mas isto mostrou ser demasiado difícil e ela foi posta em vários tipos de

instituições de cuidados residenciais. O resultado final foi que os seus cuidados de saúde eram fragmentados e reactivos, contribuindo para o seu mau estado de saúde física e mental.

No fim, Teresa foi transferida para uma residência apoiada, que consistia em cinco casas comunitárias e era gerida por uma organização não governamental local. As casas tinham pessoal constituído por enfermeiros de saúde mental e profissionais de saúde mental comunitária com larga experiência.

Assim que se instalou na casa comunitária, Teresa e os seus profissionais de saúde mental estabeleceram um plano de cuidados e de estilo de vida. Como parte deste plano, Teresa foi ao centro local de cuidados primários, onde foi atribuída a um gestor de casos que ficou responsável por coordenar todos os cuidados de Teresa. No centro de cuidados primários ela tinha acesso a um clínico geral e a um enfermeiro especializado em diabetes, que comunicavam regularmente com a sua equipa de saúde mental. Pela primeira vez na sua vida, a Teresa estava a experimentar os benefícios de cuidados primários integrados.

Desde o dia da chegada à casa comunitária Teresa começou a ter acesso a alimentos frescos. Foram-lhe dadas opções alimentares saudáveis e mais tarde foi encorajada a tomar a responsabilidade por escolher a sua dieta. Teresa acabou por trabalhar na horta da casa e começou a ir às compras nos mercados locais acompanhada por pessoal da instituição.

Quando o nível de açúcar no sangue de Teresa começou a estabilizar o seu estado mental melhorou. Em particular, ela ficou menos agitada, exigente e agressiva. Hoje, a diabetes e a perturbação bipolar da Teresa estão ambas sob controlo. A chave para este sucesso tem sido a supervisão por profissionais de cuidados primários, assim como a responsabilidade conjunta e a colaboração entre os cuidados primários e os cuidados de saúde mental especializados.

** Nome alterado para proteger a confidencialidade.*

Problemas de saúde física são comuns em pessoas com perturbações mentais

As perturbações mentais influenciam a saúde e doenças físicas de várias maneiras.

- Os estados de humor ansioso e depressivo despoletam mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunitário e criam uma susceptibilidade acrescida a uma variedade de doenças físicas. Sabe-se, por exemplo, que o stress está relacionado com o desenvolvimento da gripe comum e que o stress atrasa a cicatrização de feridas.[61]
- As perturbações mentais podem também afectar o comportamento de saúde das pessoas que delas sofrem. Por exemplo, a depressão, as perturbações de ansiedade e a esquizofrenia estão associadas com o uso de tabaco, e perturbações como esquizofrenia e depressão podem reduzir a aderência a terapêuticas medicamentosas. As pessoas com perturbações mentais estão em maior risco de contrair VIH e tuberculose.[22]

- Algumas intervenções de tratamento para perturbações mentais, particularmente para a esquizofrenia, podem levar a um maior risco de sindroma metabólico e de diabetes.[62,63]
- As pessoas com perturbações mentais têm por vezes dificuldade em ter acesso aos cuidados de saúde física de que necessitam. Uma investigação em larga escala desenvolvida pela Comissão de Direitos de Invalidez de Inglaterra e País de Gales revelou que os serviços de saúde discriminam as pessoas com perturbações mentais[64]. Estas têm uma menor probabilidade de receberem exames médicos e de receberem tratamento baseado em evidência científica. No Canadá, pessoas com esquizofrenia e demência têm uma muito menor probabilidade de realizarem operações de revascularização do que pessoas sem estas doenças.[65]

O efeito cumulativo destes factores significa que as pessoas com perturbações mentais têm uma maior probabilidade que outras pessoas de desenvolver problemas significativos de saúde física, incluindo diabetes, doenças cardíacas, AVC e doenças respiratórias.[22] Têm também uma taxa de mortalidade mais alta do que a população geral.[66] Os indivíduos com perturbações mentais graves têm uma maior probabilidade de sofrerem um AVC ou de desenvolverem uma doença coronária antes dos 55 anos de idade e de sobreviver menos de cinco anos subsequentemente.[67] É portanto especialmente importante que as pessoas com perturbações mentais sejam examinadas regularmente para detectar indicadores de problemas de saúde física.

Os problemas de saúde mental são comuns em pessoas com doenças físicas

O diagnóstico e o tratamento de doenças físicas como o cancro, doença coronária e asma podem gerar problemas de saúde mental nos indivíduos afectados, o que por sua vez pode afectar adversamente os resultados de saúde. Os problemas de saúde mental variam desde um aumento do stress, preocupação em relação à doença e disrupções na vida familiar e profissional, até perturbações mentais diagnosticáveis. A depressão, ansiedade e deficiência cognitiva são as consequências mais comuns dos problemas de saúde física. Por exemplo, num estudo comunitário nacional de larga escala 52% das pessoas com doença cardio-vascular mostravam sintomas de depressão, e entre estas 30% preenchiam os critérios para um episódio depressivo *major*.[68] A diabetes e a hipertensão coexistem frequentemente com a depressão e demência.[54] A anemia encontra-se frequentemente em pessoas idosas e pode ser um factor de risco para a deficiência cognitiva.[69] Um diagnóstico de VIH/SIDA aumenta o risco de se ter uma perturbação mental (ver Caixa 1.5).[70]

Caixa 1.5 A história de Daya*, 26 anos de idade, do Zimbabué

Daya nunca pensou que um período tão feliz da sua vida pudesse ser transformado num instante por notícias devastadoras.

Aos 24 anos de idade, Daya estava casada e à espera da sua primeira criança. Mas uma visita de rotina ao centro de cuidados primários durante o seu terceiro mês de gravidez mudou tudo de um momento para o outro. A enfermeira de cuidados primários deu-lhe uma notícia chocante: Daya era VIH seropositiva.

Agitada e confusa, Daya recusou uma sessão de terapia e correu para casa para confrontar o seu marido. Ele rejeitou as notícias categóricamente,

dizendo que os resultados do teste deviam estar incorrectos e acrescentando que não era possível que ela fosse VIH positiva. Ele recusou-se a visitar o centro de saúde para um teste de VIH, tornando claro a Daya que não era necessário.

Pensando que talvez o seu marido estivesse certo, Daya decidiu ir fazer um segundo teste de VIH a um centro de saúde diferente. As notícias foram más: mais uma vez os seus resultados eram positivos.

Ao ouvir estas notícias, o marido de Daya tornou-se violentamente furioso. Acusou Daya de ser uma prostituta e espancou-a severamente.

Daya fez algo na manhã seguinte que teria considerado impensável há apenas semanas atrás. Frustrada, zangada, e incerta quanto ao futuro da sua gravidez e do seu casamento, magoada e exausta, Daya tomou uma dose excessiva de comprimidos anti-malária. O seu marido, depois de a levar para o hospital, olhou-a nos olhos e disse-lhe que o seu casamento estava acabado. Essa foi a última vez que Daya viu o seu marido.

Felizmente, Daya recuperou da sua tentativa de suicídio e foi depois viver com os seus pais durante o resto da sua gravidez. Durante este período tornou-se cada vez mais metida consigo e triste, tinha frequentes períodos de insónia e estados depressivos, e continuou a pensar em suicídio. Na 37a semana da gravidez Daya deu à luz uma menina a quem deu o nome de Chipo*.

O nascimento de Chipo não resolveu a depressão da Daya. Daya continuou a sentir-se triste e estava a ter problemas em alimentar Chipo adequadamente. Durante uma consulta pós-natal de rotina, o profissional de cuidados primários de Daya deu-se conta do problema e decidiu investigar. Daya foi referenciada a um conselheiro comunitário, que a inscreveu num programa de terapia num grupo comunitário para novas mães.

No programa de terapia de grupo Daya finalmente começou a falar sobre tudo o que lhe tinha acontecido no último ano. Revelou ser seropositiva, a violência e o abandono por parte do seu marido e as dificuldades que estava a ter com Chipo. Daya também partilhou o seu medo profundo de que Chipo pudesse se tornar VIH positiva, apesar da medicação administrada durante o parto. Ela falou sobre o seu medo de morrer de SIDA e os seus pensamentos ocasionais sobre matar-se a si mesma e ao bébé.

A Daya continuou a ir à terapia de grupo e, devido à recomendação da enfermeira de cuidados primários, também começou a tomar uma medicação anti-depressiva. Durante a sua quarta semana de terapia de grupo e medicação, a Daya começou a sorrir outra vez. O seu bébé, a Chipo, estava agora a tolerar leite em pó e a Daya já não se sentia suicida. Graças à combinação de medicação anti-depressiva e de terapia de grupo as nuvens negras começaram finalmente a dissipar-se para a Daya. Ela era novamente capaz de gozar a sua vida e de apreciar o milagre do nascimento da sua filha.

Este caso ilustra a importância de combinar os vários métodos de tratamentos da depressão – medicação e terapia de grupo – o que é possível mesmo em sistemas de saúde com poucos recursos. Isto mostra também a importância dos profissionais de cuidados primários se manterem vigilantes em relação a complicações de saúde mental que possam advir de VIH/SIDA e da gravidez.

** Nomes alterados para proteger confidencialidade.*

Os problemas de saúde mental podem ser somatizados

Por todo o mundo, as pessoas experienciam emoções através do seu corpo. A ansiedade, por exemplo, pode ser experienciada como um nó no estômago ou como palmas das mãos suadas. A depressão pode ser experienciada como cansaço físico e lentidão e até como tendo um corpo pesado ou doloroso. Além disso, as pessoas podem ir a uma instituição de cuidados primários para pedir ajuda numa variedade de problemas sociais, familiares e emocionais, mas podem sentir que para serem ajudadas têm que se queixar do que eles vêem como queixas "legítimas", ou seja, físicas (ver Caixa 1.6).

Cerca de um terço de todos os sintomas somáticos são medicamente inexplicados em *settings* de cuidados de saúde geral. Os sintomas medicamente inexplicados comuns incluem dores, fadiga e tonturas, enquanto os sindromas definidos incluem o sindroma do colon irritável, fibromialgia, o sindroma de fadiga crónica, dores pélvicas crónicas e a disfunção temporo-mandibular. Embora os sintomas medicamente inexplicados não sejam necessariamente causados por problemas de saúde mental, cerca de 15% dos pacientes examinados nos cuidados primários têm sintomas medicamente inexplicados juntamente com stress psicológico e comportamento de procura de ajuda.[22] As expressões de sofrimento emocional incluem "pensar demasiado", "sentir coisas a rastejar pelo corpo", "um coração pesado", "sofrer dos nervos", "sentir-se quente", "gás", "calor na cabeça", "sensação de picadas no meu corpo" e "uma sensação de peso por todo o meu corpo".[71,72]

Caixa 1.6 A história de Anne*, 67 anos de idade, do Reino Unido

O médico de cuidados primários de Anne nunca teria pensado que a sua longa lista de sintomas poderia ser traçada à volta de uma banheira. Como ele viria a saber mais tarde, no entanto, isso era de facto o caso.

Aos 67 anos de idade, Anne tinha uma vida difícil. Tinha criado as suas quatro crianças sozinha e vivia agora num pequeno apartamento de dois quartos subsidiado pelo governo.

Um dia, Anne foi ao seu médico de cuidados primários queixando-se de dores nas costas, dificuldade em dormir e fadiga constante. O médico receitou-lhe uma medicação anti-depressiva, que ajudou a melhorar a sua disposição mas não resolveu as dores de costas. Anne voltou várias vezes sem nenhuns resultados e foi subsequentemente inscrita num programa de gestão de

casos de cuidados primários desenhado especialmente para pessoas que vão frequentemente ao centro de saúde, têm problemas médicos variados e requerem mais tempo do que o que pode ser dado numa consulta normal.

A primeira consulta de Anne com o enfermeiro responsável pela gestão do seu caso durou uma hora inteira, muito mais longa do que a consulta de cuidados primários típica de 15 minutos. Nesta consulta Anne contou ao enfermeiro que dois dos seus filhos adultos casados tinham voltado a viver na sua casa, e que foi só após isto acontecer que os seus problemas com as costas e com o sono tinham começado. Anne disse que viviam muito apertados, dado que agora havia cinco adultos no apartamento. Os comprimidos ajudavam a Anne a dormir, conforme contou ao enfermeiro, mas não era repousante e acordava cedo quando a sua família se preparava para ir trabalhar.

Quando ouviu as dificuldades de Anne em sua casa o enfermeiro referenciou-a a um assistente social comunitário para uma visita ao domicílio, pensando que isto poderia ajudar a esclarecer a situação de Anne e alguns dos factores de stress na sua vida.

O assistente social comunitário encontrou Anne em casa, cansada e triste. Anne contou ao assistente social, "Eu não me consigo mexer porque as minhas costas estão tão doridas, e os comprimidos não estão a ajudar. Não consigo dormir e não posso continuar assim."

Quando o assistente social sugeriu que Anne se fosse deitar, ela respondeu que só tinha a poltrona para usar. Surpreendido, o assistente social pediu a Anne que explicasse onde todas as pessoas estavam a dormir. Tornou-se rapidamente claro que Anne não dormia em nenhum dos dois quartos; estes estavam a ser usados pelos seus filhos adultos e os seus cônjuges. Depois de mais algumas perguntas, a Anne revelou que desde que os seus filhos se tinham mudado para casa dela, tinha estado a dormir todas as noites na banheira. Além do mais, ia dormir tarde e acordava cedo para que os seus filhos e os seus cônjuges pudessem tomar banho antes de ir para o trabalho.

O assistente social referenciou Anne imediatamente para o departamento de habitação para encontrar uma casa maior, e arranjou um subsídio financeiro de emergência para comprar uma cama. Resolvida a sua situação de dormir, Anne pôde interromper a sua medicação anti-depressiva dentro de seis semanas e com fisioterapia as suas costas começaram a melhorar.

Este caso demonstra que é essencial que os profissionais de cuidados primários tomem em conta as necessidades de saúde física, mental e social de todos os pacientes

**Nome alterado para proteger confidencialidade.*

3. O défice do tratamento para perturbações mentais é enorme

A negligência global da saúde mental está bem documentado.[73] Na maior parte dos países, as questões de saúde mental são negligenciadas na política e na planificação dos cuidados de saúde, e são apenas atribuídos recursos limitados para os serviços de saúde mental.[74] Além do mais, os poucos recursos que são dedicados à saúde mental são frequentemente usados inapropriadamente: a maioria dos recursos para saúde mental são gastos em cuidados caros em hospitais psiquiátricos em vez de em cuidados primários, cuidados comunitários ou cuidados hospitalares perto de onde as pessoas vivem.[75] Sessenta e oito por cento das camas psiquiátricas em todo o mundo são de hospitais psiquiátricos.[74]

O défice de tratamento total é substancial

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. Uma análise principalmente de países de alto rendimento revelou um enorme fosso (ver Tabela 1.3).[76]

Tabela 1.3 Os défices médios de tratamento em 22 países e 37 estudos

Perturbação mental	Défice médio de tratamento (percentagem)
Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas não-afectivas	32
Depressão	56
Distimia	56
Perturbação bipolar	50
Perturbação de pânico	56
Perturbação de ansiedade generalizada	58
Perturbação obssessivo-compulsiva	60
Abuso e dependência de álcool	78

Fonte: adaptado de Kohn et al. [76]

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 para entre 76% e 85% em países de baixo e médio rendimento.[4]

Um estudo recente na Europa mostrou que pouco menos que metade (48%) das pessoas definidas como tendo necessidade de cuidados de saúde mental estavam a receber serviços formais. Isto em contraste com apenas 8% das pessoas com diabetes que não tinham usado serviços para a sua condição física.[77]

Os serviços de cuidados primários para saúde mental são inadequados

Apesar do grande número de pessoas com perturbações mentais que frequentam os cuidados primários, o seu reconhecimento e tratamento é geralmente inadequado. Em muitas partes to mundo, os profissionais de cuidados primários não detectam as perturbações mentais, e por diversas razões também falham na prestação de tratamento de acordo com a evidência científica nos casos que conseguem identificar.

A falta de sucesso na detecção das perturbações mentais

O reconhecimento das perturbações mentais nos cuidados primários por parte de profissionais de cuidados primários é baixo a moderado na melhor das hipóteses. Há uma variação considerável entre países (ver Caixa 1.7), com a proporção de perturbações mentais detectadas por médicos variando entre 10% e 75% (ver Tabela 1.4).[37] Os médicos têm uma maior probabilidade de identificar uma perturbação de somatização ou uma depressão do que ansiedade generalizada ou o uso nocivo de álcool.

Tabela 1.4 **Reconhecimento como um caso psicológico de perturbações CID-10 actuais por médicos a tratar o paciente**

	Depressão	Perturbação generalizada de ansiedade	Perturbação de somatização	Qualquer diagnóstico (excepto o uso nocivo de álcool)[a]	Uso nocivo de álcool
	% reconhecida	% reconhecida	% reconhecida	% reconhecida	% reconhecida
Rio de Janeiro, Brasil	44	32	43	36	0
Santiago, Chile	74	61	89	74	98
Shangai, China	21	20	12	16	45
Paris, França	62	50	66	47	46
Berlin, Alemanha	57	55	56	56	14
Mainz, Alemanha	56	65	96	60	29
Atenas, Grecia	22	13	11	17	0
Bangalore, Índia	46	35	31	40	0
Verona, Itália	70	74	100	75	10
Nagasaki, Japão	19	23	0	18	4
Gronigen, Holanda	60	59	75	51	31
Ibadan, Nigéria	40	67	33	55	33
Ancara, Turquia	28	26	34	24	21
Manchester, Reino Unido	70	72	100	63	7
Seattle, Estados Unidos da America	57	47	80	57	12
Total	**54**	**46**	**64**	**49**	**Não disponível**

[a] Em adição aos diagnósticos listados acima, distímia, agorafobia, pânico, hipocondria e neurastenia.

Fonte: adaptado a partir de Üstün & Sartorius [37]

A falta de sucesso na detecção de perturbações mentais pode ter consequências graves. A disfunção ocupacional e familiar, e a incapacidade física não explicável pelo estado de saúde física, são efeitos comuns. Outras consequências incluem uma maior utilização dos cuidados de saúde, desempenho escolar medíocre e possivelmente delinquência.

Caixa 1.7 Bolsas de sucesso na detecção e tratamento de perturbações mentais

Em alguns países, o tratamento das perturbações mentais tem estado a aumentar constantemente. Nos anos 80 nos EUA apenas 19% das pessoas com perturbações mentais recentes tinham recebido tratamento nos 12 meses anteriores. Nos anos 90, este número subiu para 25% e em 2001 foi de 41%. Vários factores podem estar a causar este aumento, incluindo a educação e promoção baseadas na comunidade; o aumento da procura por parte dos utentes; a melhor formação de trabalhadores de saúde; o desenvolvimento e implementação de guias de orientação baseadas na evidência científica; e serviços mais acessíveis.[78] Esta tendência não é ainda evidente na maior parte do mundo – especialmente em países de baixo e médio rendimento.

A falta de sucesso no tratamento adequado das perturbações mentais

Mesmo que uma perturbação seja diagnosticada correctamente, a prestação de tratamento baseado em evidência científica não está assegurada. Um estudo sobre depressão baseado nos cuidados primários em seis países mostrou que a proporção de pessoas a receber qualquer tratamento potencialmente eficaz variava entre um máximo de 40% em Seattle, EUA e um mínimo de 1% em São Petersburgo, Federação Russa. Os custos pagos directamente pelo paciente na altura do tratamento eram uma barreira maior em relação a cuidados adequados do que o estigma; a percentagem de pessoas que declararam ter tido barreiras financeiras variava desde 24% em Barcelona, Espanha, até 75% em São Petersburgo.[35]

Poucas pessoas com depressão *major* em países em desenvolvimento estão a receber anti-depressivos ou outros tratamentos baseados na evidência científica;[37] e os anti-depressivos podem ser usados em doses demasiado baixas para serem eficazes. Muitas vezes, as benzodiazepinas – que não são indicadas para a depressão – são receitadas em vez de anti-depressivos.[53] As razões normais para os profissionais de saúde não receitarem anti-depressivos incluem o custo, fornecimento inadequado, falta de formação e cepticismo em relação à sua eficácia.[80]

A sub-detecção e o sub-tratamento existem por várias razões

Há muitas razões pelas quais as perturbações mentais são sub-detectadas e sub-tratadas nos cuidados primários. Estas podem ser divididas de forma geral em factores dos pacientes, factores dos profissionais de saúde, factores do sistema de saúde e factores sociais e ambientais.

Factores dos pacientes

Muitos pacientes não reconhecem que têm sintomas de uma perturbação mental e concentram-se em vez disso em problemas de saúde física, tais como sintomas gastro-intestinais, fadiga, dores de cabeça,[82] sindromas dolorosos e perturbações do sono.[37,83] Outros sub-estimam a gravidade dos seus problemas e acreditam erróneamente que podem geri-los sem ajuda dos serviços de saúde formais.[86] Os pacientes podem ver-se a si próprios como moralmente fracos, incapazes de cuidar de si mesmos, incapazes de lidar com a responsabilidade, perigosos ou indignos de respeito.[84,85] Os receios em relação à hospitalização involuntária e as preocupações quanto à vergonha devido ao uso de serviços de saúde mental também impedem as pessoas de procurar ajuda.[86]

Factores dos profissionais de saúde

Muitos profissionais de saúde não recebem uma formação adequada sobre os tópicos de saúde mental. Na maior parte dos países, a formação dos profissionais dos cuidados primários varia entre algumas horas até um máximo de uma ou duas semanas. Outros factores são as falsas concepções sobre a natureza dos problemas de saúde mental (ver também a Caixa 1.8), os preconceitos contra as pessoas com perturbações mentais, e o tempo inadequado para avaliar e tratar perturbações mentais nos *settings* clínicos. [79,80,82,87]

As doenças físicas podem desviar a atenção das perturbações mentais[87] por parte dos profissionais de saúde e pode haver uma relutância subjacente em sugerir diagnósticos e tratamentos a que os pacientes irão resistir.[92] A falta de interesse ou de atenção da parte dos profissionais de saúde podem facilmente desviar os pacientes de mencionar questões de saúde mental no contexto das consultas clínicas.[88]

É também comum o "burnout" entre os profissionais de cuidados primários. Os sentimentos de esgotamento podem ser gerados por uma formação e apoio inadequados, competição, pagamento inadequado, adesão reduzida dos pacientes ao tratamento (ver Caixa 1.9), sentimentos de impotência face às dificuldades sociais e económicas dos pacientes e pelo facto dos próprios profissionais sofrerem estigma devido à sua associação com pessoas que têm perturbações mentais.

Caixa 1.8 Uso impróprio e abuso de tratamentos de saúde mental: um problema emergente

Ocasionalmente, os profissionais dos cuidados primários receitam tratamentos de saúde mental a pessoas que não precisam deles.[81] Este fenómeno é por vezes referido como abuso. Apesar de claramente não ser tão frequente como a sub-detecção e o sub-tratamento, o abuso desperdiça recursos e pode ser nocivo para os pacientes. O abuso pode ser o resultado de capacidades insuficientes de diagnóstico e tratamento.[37,79] Por exemplo, em alguns países os profissionais de saúde estão cada vez mais a receitar anti-depressivos e ansiolíticos a pessoas que estão a sentir-se infelizes mas que não preenchem os critérios mínimos para uma perturbação mental.[79] Os medicamentos psicotrópicos são também por vezes indevidamente usados em vez de outros modos de tratamento baseados na evidência científica, como é o caso da psicoterapia.

Caixa 1.9 Adesão a tratamento de longo-prazo: um desafio multi-facetado

A taxa de adesão média ao uso de medicação a longo-prazo é apenas um pouco acima de 50% em países de alto rendimento, e pensa-se que é ainda mais baixa em países de baixo e médio rendimento.[89] Os pacientes são muitas vezes acusados quando o tratamento receitado não é seguido, apesar dos dados que mostram que os profissionais e sistemas de saúde podem ter uma grande influência na adesão dos pacientes. Na realidade, a adesão a tratamentos de medicação de longo-prazo é um desafio multi-facetado que requer a consideração e a melhoria de vários factores com influência, incluindo uma relação profissional de saúde-paciente baseada em confiança, um plano de tratamento negociado, a educação do paciente sobre as consequências de boa e má adesão, a obtenção de apoio por parte da família e da comunidade, a simplificação do regime de tratamento e a gestão dos efeitos secundários do tratamento.[37,90,92] As competências e as qualificações requeridas aos profissionais dos cuidados primários para uso nesta abordagem centrada no paciente são descritas em detalhe no Anexo 1 deste relatório.

Factores do sistema de saúde

Recursos financeiros e humanos inadequados também contribuem para a falta de cuidados de saúde mental adequados e para o largo défice entre o número de pessoas que necessitam de cuidados e o de que os recebem. Isto é particularmente verdade em países de baixo e médio rendimento, onde a maior parte das nações dedicam menos de 1% das suas despesas de saúde a saúde mental.[74] Em África há apenas 0,04 psiquiatras, 0,20 enfermeiros psiquiátricos e 0,05 psicólogos por cada 100 000 habitantes em comparação com números muito mais desejáveis de 9,8, 24,8, e 3,1 respectivamente na Europa.[74] Informação adicional sobre o número dos profissionais de saúde mental nos vários países pode-se ver na Tabela 1.5.

Tabela 1.5 Número médio de profissionais de saúde mental por 100 000 habitantes nas regiões da OMS

Região	Psiquiatras	Enfermeiros psiquiátricos	Psicólogos
África	0.04	0.20	0.05
Américas	2.00	2.60	2.80
Mediterrâneo Oriental	0.95	1.25	0.60
Europa	9.8	24.8	3.10
Ásia Sudoeste	0.20	0.10	0.03
Pacífico Ocidental	0.32	0.50	0.03
Mundo	1.20	2.00	0.60

Fonte: *Mental Health Atlas 2005,* Geneva, World Health Organization[74]

Outros factores do sistema de saúde incluem falta de seguro adequado ou de reembolso por parte do governo por tratamentos de saúde mental, sistemas de saúde mal estruturados ou fragmentados, falta de dispositivos para populações vulneráveis e com necessidades especiais[80] e leis sobre patentes farmacêuticas.[82]

Factores sociais e ambientais

Os factores sociais e ambientais que impedem o diagnóstico e tratamento das perturbações mentais incluem o estigma, discriminação e ideias erradas sobre as perturbações mentais. A população geral tem tendência a associar perturbações mentais com comportamento psicótico, irracional e violento, ou alternativamente não considera as perturbações mentais como verdadeiramente tratáveis.[88]

As razões 1 a 3 para integrar a saúde mental nos cuidados primários mostraram que a carga das perturbações mentais é grande e que no entanto o défice de tratamento é enorme. Por todo o mundo, milhões de pessoas não estão a receber os cuidados de que desesperadamente precisam. Por estas e outras razões, os benefícios de integrar a saúde mental nos cuidados primários são significativos. As razões seguintes, 4 a 7, explicarão como a integração assegura que a população como um todo tem acesso aos cuidados de saúde mental de que precisa, como o estigma e a discriminação são reduzidos, e como os cuidados são mais baratos e têm uma melhor relação custo-benefício para os indivíduos, comunidades e governos.

4. Os cuidados primários para saúde mental melhoram o acesso

Integrar a saúde mental nos cuidados primários é a melhor maneira de assegurar que as pessoas recebem os cuidados de saúde mental de que precisam.

Quando a saúde mental está integrada nos cuidados primários, as pessoas podem ter acesso a serviços de saúde mental mais perto das suas casas, conservando-se desta maneira junto das suas famílias e mantendo as suas actividades diárias. Apesar das distâncias entre os centros de cuidados primários permanecerem um problema em muitas partes do mundo, têm-se verificado progressos significativos e para a vasta maioria das pessoas os cuidados primários são muito mais acessíveis do que os serviços de saúde mental especializados.

Os serviços dos cuidados primários integrados também facilitam a promoção da saúde mental. Por exemplo, intervenções com base nos cuidados primários com o objectivo de melhorar a qualidade das relações pais-criança podem melhorar substancialmente o desenvolvimento emocional, social, cognitivo e físico das crianças.[93,94]

Os cuidados primários oferecem oportunidades para a educação da família e da comunidade. 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.

Os cuidados primários integrados também facilitam a identificação e tratamento precoces de perturbações,[95,96] e quando necessário, funcionam como um ponto de entrada e referência para os cuidados de saúde mental mais especializados. As referenciações geradas pelos profissionais

de cuidados primários são normalmente mais apropriadas e melhor direccionadas, minimizando desta forma o desperdício de recursos financeiros e humanos escassos.

A colaboração com os outros sectores é muito mais fácil e eficaz ao nível dos cuidados primários. Os profissionais dos cuidados primários estão cientes dos recursos comunitários existentes e podem referenciar os pacientes para serviços sociais complementares.

5. Os cuidados primários para a saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos

Os serviços de saúde mental prestados nos cuidados primários minimizam o estigma e a discriminação. Também eliminam o risco de violações dos direitos humanos associado com os hospitais psiquiátricos.

Os hospitais psiquiátricos são antiquados e ineficazes

Na maior parte dos países com poucos recursos, as pessoas com perturbações mentais não são diagnosticadas ou tratadas, ou então são relegadas para hospitais psiquiátricos.[15,97,98] Nos hospitais psiquiátricos, muitos pacientes sofrem abusos dos direitos humanos, incluindo condições de vida degradantes (ver Caixa 1.10). Podem ser excessivamente medicados ou acorrentados a camas. Em alguns hospitais psiquiátricos, adultos e crianças são sujeitos a violência física e a violação regularmente.[15]

Frequentemente, as pessoas são admitidas inapropriadamente e tratadas contra a sua vontade. Não têm acesso a processos e mecanismos legais para protegê-las contra abusos durante o internamento involuntário, e não têm a possibilidade de recorrer contras as decisões de internamento e tratamento involuntário. Não têm também mecanismos de queixa se quiserem denunciar violações de direitos humanos cometidas contra elas.

Frequentemente estas práticas não são registadas ou punidas, deixando os perpetradores livres para continuar o abuso. Muitas pessoas que vivem nos hospitais não recebem qualquer forma de estimulação, e passam dias, meses e até anos a viver num estado de tédio excruciante.[15]

Nos sítios em que os serviços dos cuidados primários para a saúde mental são inadequados ou não estão disponíveis, as pessoas com perturbações mentais são também muitas vezes detidas inapropriadamente em prisões. Em muitos países, a prevalência de deficiências mentais em prisões é muito alta. Muitas pessoas com perturbações mentais são encarceradas por delitos menores ou por causarem distúrbios públicos. Noutros países, pessoas são detidas nas prisões simplesmente porque há uma falta de serviços de saúde mental para as tratar. Com tantas pessoas presas indevidamente, as perturbações mentais continuam a ser ignoradas e não diagnosticadas ou tratadas.[99]

Caixa 1.10 Testemunhos sobre os abusos de pessoas com perturbações mentais

Institucionalização

"Eu era um residente, ou melhor, um prisioneiro no hospital. Eu não via ninguém excepto as outras pessoas na unidade, que vestiam todas roupões às riscas idênticos e pulseiras de plástico com os seus nomes para identificação. Assim como a pulseira era uma pulseira fechada e rígida, a porta da unidade era também uma porta sempre trancada e impossível de abrir. Os profissionais de saúde mental eram os únicos que a podiam abrir. Eu deixei a minha esperança do outro lado dessa porta."

"Foi uma experiência aterradora. Havia um ar de irrealidade naquele lugar. As pessoas não eram parecidas com ninguém que eu tivesse visto antes. Pareciam rígidas como eu e havia uma escuridão a cobrir tudo."

Fonte: Dia Mundial da Saúde 2001, Testemunho

Condições de vida chocantes

"As condições eram miseráveis. Assim que eu entrei, senti-me esmagado pela atmosfera de pesadelo: pacientes sujos; pacientes desgrenhados e muito magros que me cercaram e pediram algum pão. Quanto ao edifício, era terrível: imensas janelas partidas, paredes não pintadas e, ainda pior, nem sequer uma cama por paciente, o que levava à necessidade de dormir em colchões colocados directamente no chão. As casas de banho estavam totalmente fora de serviço, sem água corrente. A maior parte do tempo cozinhava-se com água da chuva. O pior era, e continua a ser, a comida. É comum ver-se pés ou cabeças de porco nos pratos dos internados."

"Através de várias conversas e cartas eu tentei melhorar a vidas desses pobres internados, cujas vidas já tinham sido afectadas suficientemente pelo seu destino e que não precisam de ser pioradas por outras pessoas. Alguém me respondeu 'Porque é que está a lutar tanto? Este lugar não é senão o lixo da sociedade'."

Fonte: Carta enviada para a OMS por uma mãe preocupada com as condições no 'sanatório' em que o filho dela foi admitido. Carta 78, originalmente em Francês. Vozes vindas das sombras: uma selecção de cartas mandadas para a Organização Mundial de Saúde 1994-2002. Geneva, Organização Mundial de Saúde, 2004.

Isolamento

"Três meninas de 12 a 13 anos de idade foram encontradas num dia frio de inverno, trancadas num quarto frio e vazio, muito pequeno. Estavam nuas. Tinham tentado escapar da instituicão e tinham estado presas pelo menos as 12 horas anteriores na altura em que foram descobertas. Uma das meninas tinha diabetes."

Fonte: Um relatório da Associação Internacional de Direitos de Deficiência Mental, 20 de Setembro de 2005.

"Um paciente internado num dos quartos de isolamento parecia ter sido excessivamente medicado, as suas pálpebras estavam pesadas e escorria saliva da sua boca. Ele estava a bater com um copo de plástico contra a porta do quarto de isolamento e a pedir, quase incoerentemente, por água. Os investigadores informaram o pessoal no posto de enfermagem, que estava apenas a poucos metros de distância e ao alcance da vista, que a pessoa queria água. Os membros do pessoal responderam que iam tratar disso, mas continuaram a conversar uns com os outros."

Fonte: Um relatório da Associação Internacional de Direitos de Deficiência Mental, Setembro de 2004

Os cuidados primários para a saúde mental reduzem o estigma e a discriminação

Os cuidados primários para a saúde mental eliminam o risco de violações dos direitos humanos comuns em hospitais psiquiátricos. Além disso, o estigma e a discriminação são reduzidos porque as pessoas com perturbações mentais são tratadas da mesma maneira que as pessoas com outras doenças. Elas esperam nas mesmas filas, recebem marcações da mesma maneira e vêem os mesmos profissionais de saúde. Isto é importante para a percepção das pessoas em relação às suas perturbações, assim como para a percepção dos membros da família, amigos e outros membros da comunidade, e até para a percepção dos profissionais de saúde que tratam as pessoas com perturbações mentais. E, como detalhado na razão 7, os cuidados primários produzem bons resultados de saúde (ver Caixa 1.11).

Caixa 1.11 O testemunho de Juan*, 43 anos de idade, Chile

Tenho vivido com problemas de saúde mental sérios durante os últimos 20 anos, mas só no último ano é que tenho sentido que estou a voltar à minha vida de antes.

Tudo começou quando eu tinha 21 anos. Eu sentia a minha mente confusa com demasiados pensamentos e não sabia o que me estava a acontecer. Depois de algum tempo, tive de deixar de trabalhar e um dia já não conseguia funcionar. Tornei-me uma pessoa violenta e bati algumas vezes na minha mulher; como resultado, ela deixou-me e também levou as minhas duas crianças.

Não tive escolha senão ir viver com a minha mãe, que devido à sua preocupação me levou ao hospital psiquiátrico. Os profissionais no hospital foram simpáticos comigo, mas eu não gostava de estar preso e tinha medo. Não conseguia aguentar mais e depois de mais ou menos três semanas fugi.

Nessa altura, não compreendia o que se estava a passar comigo. Os médicos disseram-me que eu era esquizofrénico paranóide, mas eu não queria

acreditar. Pensava que estava completamente saudável e que todas as outras pessoas é que estavam loucas.

Porque não tomava a minha medicação em casa, fui levado de volta para o hospital muitas vezes ao longo dos anos. O tratamento era geralmente bom, apesar dos edifícios serem terrivelmente frios. A comida era boa também, mas eles não nos davam uma quantidade suficiente: eu estava sempre com fome e a pedir por mais. Não tínhamos cacifos para as nossas roupas e objectos pessoais, e por vezes outros pacientes roubavam os meus cigarros, sapatos e outros objectos. Outras vezes, o pessoal do hospital nunca me dava os cigarros e roupas que a minha mãe deixava para mim. Nunca fui violento no hospital; os médicos diziam frequentemente que eu era 'o melhor paciente'.

Ao contrário dos outros pacientes eu era apenas raramente atado à minha cama. Era como estar de férias.

Uma vez, no entanto, vi um homem idoso a ser batido por um auxiliar porque estava a resistir a receber uma injecção. Isso perturbou-me bastante: as pessoas não deviam ser tratadas assim.

Todas as vezes que fui para o hospital, mais cedo ou mais tarde acabei por fugir. Após uma das minhas fugas, um polícia levou-me para a esquadra de polícia. Uma outra vez, o meu padrasto e o meu irmão amarraram-me com uma corda e levaram-me de volta para o hospital. Quando cheguei ao hospital, puseram-me num colete de forças e fui atirado ao chão por dois auxiliares.

A última vez que estive no hospital, há quatro anos atrás, apaixonei-me pela Maria*, a minha futura mulher. Não fugi dessa vez e a minha estadia foi a mais longa de sempre, 28 dias. Quando tive alta os profissionais do hospital disseram-me para ir a um psiquiatra na unidade psiquiátrica para pacientes externos. Lá eles deram-me medicamentos de graça e uma injecção cada mês. Eu gostava dos psiquiatras: eles tratavam-me bem e os medicamentos pareciam ajudar-me. Desta vez tomei as minhas medicações todos os dias. O único problema era que às vezes não tinha dinheiro para o bilhete de autocarro para chegar à clínica.

Por esta altura, eu estava a viver em casa da minha mãe outra vez, com a minha nova mulher. Conseguia trabalhar outra vez mas os empregos normalmente não duravam muito ou não pagavam muito bem. Perdi melhores oportunidades de trabalho porque as pessoas sabiam que eu era esquizofrénico paranóide e tinham medo de me recomendar. Recebi uma pensão de cerca de $90 dólares americanos por mês, e fazia dinheiro extra vendendo coisas na feira da ladra.

Um dia, há cerca de um ano atrás, o psiquiatra disse-me que o serviço de saúde ia mudar-se para o meu município e que eu podia ir às consultas ao meu centro de saúde, que é só a três quarteirões da minha casa.

O mesmo psiquiatra tem-me acompanhado no meu centro de saúde local durante o último ano. A última vez ele disse-me que eu estava muito bem e que, por isso, ia reduzir para metade a dose da minha medicação. Também me disse que enquanto eu continuasse bem, podia ser acompanhado pelos médicos dos cuidados primários na clínica. Os médicos agora dão-me os mesmos comprimidos que o psiquiatra me costumava dar e eu recebo a mesma injecção todos os meses no centro, também.

Posso falar com um psicólogo quando tenho problemas. Também posso ter um médico quando não me estou a sentir bem fisicamente.

Agora estou bem; já não volto ao hospital psiquiátrico desde há quatro anos. Em breve, eu e a Maria vamos-nos mudar para a nossa própria casa. Estou a dar-me muito bem com os meus dois filhos adultos. Sou um homem feliz agora, com a minha mulher, os meus filhos, a minha mãe e o meu padrasto. Ser saudável é maravilhoso. Com a minha doença a minha personalidade estava apagada e todos os meus amigos me deixaram. Agora estou a receber a minha personalidade de volta – e a minha vida.

** Nomes alterados para proteger confidencialidade.*

6. Os cuidados primários para a saúde mental são baratos e têm uma boa relação custo-benefício

Os serviços de cuidados primários são normalmente a opção mais barata, tanto para os indivíduos afectados como para o governo.[100]

Com os cuidados de saúde mental integrados, as pessoas com perturbações mentais e as suas famílias evitam custos indirectos associados com procurar cuidados especializados em localizações distantes. Quanto mais longe uma pessoa tem que viajar para receber cuidados, mais caro se torna, e esta é uma razão importante pela qual as pessoas desistem de programas de cuidados de saúde.[101] Os serviços locais de saúde mental também significam que os pacientes e as famílias podem manter as suas actividades diárias e as suas fontes de rendimento.

Os cuidados primários para a saúde mental também são menos caros para os governos. Os profissionais de saúde, o equipamento e as instalações são invariavelmente menos caros que os que são necessários aos níveis secundário e terciário. A depressão e as perturbações da ansiedade são geridas com a melhor relação custo-benefício nos cuidados primários, e os modelos de tratamento para a esquizofrenia e perturbação bipolar baseados na comunidade são apreciavelmente mais baratos que o tratamento baseado em hospitais.[5]

A quantidade de investimento necessário para o tratamento das perturbações mentais comuns tem uma relação custo-benefício tão boa como os tratamentos anti-retrovirais para VIH/SIDA, a prevenção secundária de hipertensão ou o controlo da glicémia na diabetes.[102]

Implementar um pacote completo de serviços de saúde mental baseados nos cuidados primários para a esquizofrenia, perturbação bipolar, depressão e uso nocivo de álcool durante um período de 10 anos requereria um investimento total adicional de apenas $1,85 a $2,60 dólares americanos *per capita* em países de baixo rendimento e de $3,20 a $6,25 *per capita* em países de rendimento médio-baixo. Isto traduzir-se-ia em $0,20 *per capita* por ano em países de baixo rendimento, e em $0,30 *per capita* por ano em países de médio-baixo rendimento.[103]

7. Os cuidados primários para a saúde mental geram bons resultados de saúde

Dezenas de milhares de estudos[a] têm demonstrado que as perturbações mentais podem ser tratadas com sucesso e que os sistemas de serviços baseados nos cuidados primários resultam em bons resultados de saúde. Provas convincentes têm sido produzidas a partir de vários tipos de *settings*, incluíndo numerosos países de baixo e médio rendimento.[102,104]

Os dados mostram que com formação e apoio, os profissionais dos cuidados primários conseguem reconhecer perturbações mentais de vários tipos e tratar problemas comuns como a ansiedade e a depressão.[106,108,110] As intervenções breves para a gestão do uso nocivo do álcool podem ser também prestadas com sucesso por profissionais de cuidados primários.[95]

Em alguns países, os dados de investigação sobre a efectividade de intervenções de saúde mental nos cuidados primários têm sido sistematicamente comparados e, com base nos dados actuais, têm sido disponibilizados guias de orientação aos profissionais de cuidados primários. Por exemplo, o Instituto Nacional para a Saúde e Excelência Clínica (NICE) no Reino Unido desenvolveu directrizes clínicas para o tratamento da depressão e da esquizofrenia com base nos cuidados primários.[105,106] Análogo à pirâmide de serviços da OMS, as directrizes do NICE recomendam um modelo de serviço de cuidados passo-a-passo.

Sumário do capítulo

Este capítulo enumerou as numerosas vantagens de integrar os serviços de saúde mental nos cuidados primários. Os cuidados integrados dirigem-se à prevalência substancial das perturbações mentais por todo o mundo, e ajudam a reduzir a carga que estas perturbações impõem se não forem detectadas e tratadas. Os cuidados primários integrados são acessíveis, baratos e aceitáveis para os pacientes, famílias e comunidades. Numerosos estudos têm demonstrado 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.

Apesar das razões convincentes a favor da mudança, passar da teoria à prática pode ser difícil, particularmente em sistemas de saúde com poucos recursos. No entanto, é possível. A Parte 2 deste relatório oferece uma análise detalhada de como uma grande variedade de sistemas de saúde integraram serviços de saúde mental nos cuidados primários. Os 12 exemplos de boa prática vêm de contextos económicos e políticos extremamente diferentes: desde a Austrália, um país de alto rendimento com um dos mais altos níveis de desenvolvimento a nível mundial,

[a] Patel et al identificaram 11 501 estudos a nível mundial que avaliaram intervenções para esquizofrenia, deficiências do desenvolvimento ou perturbação de abuso de álcool

até ao Uganda, com pobreza generalizada e uma esperança de vida de menos de 45 anos, tanto para homens como mulheres.

Colectivamente, estes exemplos mostram que não há um modelo único de boa prática que possa ser seguido em todos os países. Pelo contrário, o sucesso tem sido atingido através da aplicação local sensata de 10 princípios gerais (ver em seguida). Cada um destes princípios é examinado em maior detalhe na Parte 2.

- A política e os planos têm de incorporar os cuidados primários para a saúde mental.
- É necessária advocacia para mudar as atitudes e os comportamentos.
- É necessária a formação adequada dos profissionais de cuidados primários
- As tarefas dos cuidados primários têm de ser limitadas e exequíveis.
- Os profissionais e instituições especializados em saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários.
- Os pacientes devem ter acesso a medicações psicotrópicas essenciais nos cuidados primários.
- A integração é um processo, não um acontecimento.
- É crucial haver um coordenador dos serviços de saúde mental.
- É necessária a colaboração com os outros sectores governamentais não relacionados com a saúde, com organizações não governamentais, profissionais comunitários em vilas e comunidades e com voluntários .
- São necessários recursos financeiros e humanos.

Referências – Capítulo 2

1 *Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 estimates.* Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html, accessed 31 March 2008).

2 *Neurological disorders: public health challenges.* Geneva, World Health Organization, 2006.

3 *World Health Report 2003. Shaping the future.* Geneva, World Health Organization, 2003.

4 WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 291:2581–2590.

5 Hyman S et al. Mental disorders. In: *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2006:1–20.

6 *Child and adolescent mental health policies and plans.* Geneva, World Health Organization, 2005.

7 Kelleher K. Prevention and intervention in primary care. In: Remschmidt H, Belfer M, Goodyer I, eds. *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health.* Berlin, Springer-Verlag, 2004.

8 Dunn V, Goodyer IM. Longitudinal investigation into childhood and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 2006, 188:216–222.

9 *World population prospect: the 2002 revision.* New York, United Nations Population Division, 2003.

10 Hendrie HO, Crossett JHN. An overview of depression in the elderly. *Psychiatric Annals,* 1990; 20:64–69.

11 Brodaty H et al. Prognosis of depression in the elderly. A comparison with younger patients. *The British Journal of Psychiatry*, 1993, 163:589–596.

12 *World Health Report 2004: Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004.

13 Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLos Medicine*, 2006, 3:2011–2030.

14 *Denied citizens: mental health and human rights.* Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/features/2005/mental_health/en/index.html, accessed 31 March 2008).

15 Funk M et al. A framework for mental health policy, legislation and service development: addressing needs and improving services. *Harvard Health Policy Review,* 2005, 6:57–69.

16 *WHO resource book on mental health, human rights and legislation*. Geneva, World Health Organization, 2005.

17 Patel V et al. Outcome of common mental disorders in Harare, Zimbabwe. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172:53–57.

18 Olfson M et al. Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:876–883.

19 Ansseau M et al. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *European Psychiatry*, 2005, 20:229–235.

20 Rucci P et al. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 2003, 76:171–181.

21 Minkowitz CS et al. (2005) Maternal depressive symptoms and children's receipt of healthcare in the first 3 years of life. *Pediatrics*, 2005, 115:306–314.

22 Prince M et al. No health without mental health. *The Lancet*, 2007, 370:859–877.

23 Birchall H, Brandon S, Taub N. Panic in a general practice population: prevalence, psychiatric comorbidity and associated disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2000, 35:235–241.

24 Danaci AE et al. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 2002, 37:125–129.

25 Araya R. *Trastornos mentales en la práctica médica general [Mental disorders in general medical practice]*. Santiago, Saval, 1995.

26 Pedreira Massa JL, Sardinero Garcia E. Prevalencia de trastornos mentales en la infancia en atención primaria pediátrica [Prevalence of mental disorders in childhood in pediatric primary care]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afin*es, 1996, 24:173–190.

27 Ormel J et al. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:1741–1748.

28 Olafsdottir M, Marcusson J, Skoog I. Mental disorders among elderly people in primary care: the Linkoping study. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 2001, 104:12–18.

29 Norton J et al. Psychiatric morbidity, disability and service use amongst primary care attenders in France. *European Psychiatry*, 2004, 19:164–167.

30 Mari JJ. Morbilidad psiquiátrica en centros de atención primaria [Psychiatric morbidity in primary care centers]. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Pan American Sanitary Bureau,* 1988, 104:171–181.

31 Iacoponi E, Laranjeira RR, Jorge MR. At risk drinking in primary care: report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *British Journal of Addiction,* 1989, 84:653–658.

32 Dhadphale M, Cooper G, Cartwright-Taylor L. Prevalence and presentation of depressive illness in a primary health care setting in Kenya. *American Journal of Psychiatry*, 1989, 146:659–661.

33 Eapen V et al. Child psychiatric disorders in a primary care Arab population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2004, 34:51–60.

34 Todd C et al. The onset of common mental disorders in primary care attenders in Harare, Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 1999, 29:97–104.

35 Simon GE et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *American Journal of Psychiatry,* 2004, 161:1626–1634.

36 Simon G et al. Somatic symptoms of distress: An international primary care study. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58:481–488.

37 Üstün TB, Sartorius N (eds.). *Mental illness in general health care: an international study.* Chichester, Wiley, 1995.

38 Araya R et al. Psychiatric morbidity in primary health care in Santiago, Chile: Preliminary findings. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165:530–533.

39 Araya R, Wynn R, Lewis G. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRG-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 1992, 27:168–173.

40 Ruiz A, Silva H. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en un consultorio externo de medicina general [Prevalence of psychiatric disorders in an outpatient service of general medicine]. *Revista médica de Chile*, 1990, 118:339–345.

41 Uribe M et al. Prevalencia de trastornos mentales en el nivel primario de atención en la comuna de Talcahuano [Prevalence of mental disorders in primary care in Talcahuano, Chile]. *Revista de Psiquiatria Chile*, 1992, IX:1018–1027.

42 Aragones E et al. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2004, 34:21–35.

43 Yeung A et al. Prevalence of major depressive disorder among Chinese-Americans in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 2004, 26:256–260.

44 Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology*, 2002, 17(Suppl. 1):S1–S11.

45 Olfson M et al. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *American Journal of Psychiatry*, 1997:154:1734–1740.

46 Berardi D et al. Mental, physical and functional status in primary care attenders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:133–148.

47 Duran B et al. Prevalence and correlates of mental disorders among Native American women in primary care. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:71–77.

48 Kroenke K et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine,* 2007;146:317–326.

49 Fleming MF et al. At-risk drinking in an HMO primary care sample: prevalence and health policy implications. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:90–93.

50 Agabio R et al. Alcohol use disorders in primary care patients in Cagliari, Italy. *Alcohol and Alcoholism*, 2006, 41:341–344.

51 Aalto M et al. Drinking habits and prevalence of heavy drinking among primary health care outpatients and general population. *Addiction,* 1999, 94:1371–1379.

52 Gureje O et al. Psychiatric disorders in a paediatric primary care clinic. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165:527–530.

53 Almeida OP et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting: report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997, 12:728–736.

54 Argyriadou S et al. Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece. *Family Practice*, 2001, 18:87–91.

55 Abiodun OA. Postnatal depression in primary care populations in Nigeria. *General Hospital Psychiatry*, 2006, 28:133–136.

56 Moran P et al. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102:52–57.

57 Yang YK et al. Psychiatric morbidity and posttraumatic symptoms among earthquake victims in primary care clinics. *General Hospital Psychiatry*, 2003, 25:253–261.

58 Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary health disease: Systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 1999, 318:1460–1467.

59 Strik JJ et al. One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004, 56:59–66.

60 Hasler G, Gergen P, Kleinbaum D. Asthma and panic in young adults: A 20-Year prospective community study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2005, 171:1224–1230.

61 Irwin MR. Human psychoneuroimmunology: 20 Years of discovery. *Brain, Behavior, and Immunity,* 2008, 29:129–139.

62 Dinan TG. Diabetes mellitus and schizophrenia: historical perspective. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184(Suppl. 47):65–66.

63 Dixon L et al. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophrenia Bulletin*, 2000, 26:903–912.

64 *Equal treatment: closing the gap – A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems*. Stratford upon Avon, Disability Rights Commission, 2006.

65 Kisely S et al. Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures. *Canadian Medical Association Journal*, 2007, 176:779–784.

66 Saku M et al. Mortality in psychiatric patients, with a specific focus on cancer mortality associated with schizophrenia. *International Journal of Epidemiology*, 1995, 24:366–372.

67 Osborn DPJ. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Archives of General Psychiatry*, 2007, 64:242–249.

68 Purebl G et al. The relationship of biological and psychological risk factors of cardiovascular disorder in a large-scale national representative community survey. *Behavioral Medicine*, 2006, 31:133–139.

69 Argyriadou S et al. In what extent anemia coexists with cognitive impairment in elderly: a cross-sectional study in Greece. *BMC Family Practice*, 2001, 2:5.

70 Collins P et al. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A review of the literature. *AIDS,* 2006, 20:1571–1582.

71 Abas M, Broadhead J. Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 1997, 27:59–71.

72 Ivbijaro GO, Kolkiewicz LA, Palazidou E. Mental health in primary care ways of working – the impact of culture. *Primary Care Mental Health*, 2005, 3:47–53.

73 Jacob KS et al. Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*, 2007, 370:1061–1077.

74 *Mental health atlas 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005.

75 Funk M et al. Mental health policy and plans. *International Journal of Mental Health*, 2004, 33:4–16.

76 Kohn R et al. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:858–866.

77 Alonso J et al. Population level of unmet need for mental health care in Europe. *British Journal of Psychiatry*, 2007, 190:299–306.

78 Wang P et al. Twelve-month use of mental health services in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62:629–640.

79 Lotrakul M, Saipanish R. Psychiatric services in primary care settings: a survey of general practitioners in Thailand. *BMC Family Practice*, 2006, 7:48.

80 Abas M et al. Common mental disorders and primary health care: current practice in low-income countries. *Harvard Review of Psychiatry,* 2003, 11:166–173.

81 Williams DR et al. 12-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Survey. *Psychological Medicine,* 2008, 38:211–220.

82 Hirschfield R et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the undertreatment of depression. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:333–340.

83 Das A et al. Depression in African Americans: breaking barriers to detection and treatment. *The Journal of Family Practice*, 2006, 55:30–39.

84 Yen C et al. Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 2005, 56:599–601.

85 Arboleda-Florez J. Considerations on the stigma of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry,* 2003, 48:645–650.

86 Sareen J et al. Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 2007, 58:357–364.

87 Tylee A, Walters P. Under-recognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? *Journal of Clinical Psychiatry*, 2007, 68(Suppl. 2):27–30.

88 Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2007, 68 (Suppl. 2):20–26.

89 *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003.

90 *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva, World Health Organization, 2001.

91 Benbow A. Mental illness, stigma, and the media. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2007, 68(Suppl. 2):31–35.

92 Gureje O, Alem A. Mental health policy development in Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:475–482.

93 Murray L, Cooper PJ. Intergenerational transmission of affective and cognitive processes associated with depression: infancy and the pre-school years. In: Goodyer IM, ed. *Unipolar depression: a lifespan perspective.* Oxford, Oxford University Press, 2003:17–46.

94 Cooper PJ et al. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:554–558.

95 Funk M et al. A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study. *Journal of Studies on Alcohol*, 2005, 66:379–388.

96 Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study.* Chichester, Wiley, 1995:323–334.

97 Goffman E. *Asylums.* Chicago, Aldone, 1961.

98 Szasz T. *The manufacture of madness*. New York, Routledge and Kegan Paul, 1971.

99 *Mental health and prisons information sheet.* Geneva, World Health Organization and International Committee of the Red Cross, 2006 (http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf, accessed 14 March 2008).

100 Chisholm D. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results of the CHOICE programme of the World Health Organization. *World Psychiatry*, 2005, 4:37–44.

101 Chatterjee S et al. Integrating evidence-based treatments for common mental disorders in routine primary care: feasibility and acceptability of the MANAS intervention in Goa, India. *World Psychiatry*, 2008, 7:39–46.

102 Patel V et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2007, 370:991–1005.

103 Chisholm D, Lund C, Saxena S. Cost of scaling up mental healthcare in low- and middle-income countries. *British Journal of Psychiatry,* 2007, 191:528–535.

104 Araya R et al. 2003 Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 2003, 361(9362):995–1000.

105 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression: management of depression in primary and secondary care.* British Psychological Society, Gaskell, 2004.

106 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Schizophrenia: full national clinical guidelines on core interventions in primary and secondary care.* British Psychological Society, Gaskell, 2003.

PARTE 2

Cuidados primários para a saúde mental na prática

Introdução

A Parte 2 deste relatório põe a teoria em prática. Apresenta uma análise detalhada de como uma variedade de sistemas de saúde integraram, com sucesso, serviços de saúde mental em cuidados primários. Os 12 exemplos de boa prática representam uma grande variedade de contextos económicos e politicos. Alguns exemplos, como **Belize** e a **República Islâmica do Irão**, ilustram uma integração a nível nacional, enquanto outros descrevem uma integração dentro de uma província ou distrito específico. Cada exemplo ilustra práticas e princípios importantes na passagem de ideias para a sua implementação prática.

Como resultado da análise e da síntese destas boas práticas, a OMS e a Wonca identificaram 10 princípios comuns que podem ser aplicados em todas as iniciativas de integração da saúde mental nos cuidados primários (ver Caixa 2.1). Ao longo da variedade de contextos politicos e económicos, e níveis do sistema de saúde estes dez princípios são 'não-negociáveis' em relação a cuidados primários de saúde mental integrados.

Caixa 2.1 10 princípios para integrar a saúde mental nos cuidados primários

1. A política e os planos devem incorporar os cuidados primários para a saúde mental.
2. A advocacia é necessária para mudar atitudes e comportamentos.
3. A formação adequada dos profissionais dos cuidados primários é necessária.
4. As tarefas desenvolvidas pelos cuidados primários têm de ser limitadas e exequíveis.
5. Os profissionais e as instituições especializadas em saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários.
6. Os pacientes devem ter acesso a medicações psicotrópicas essenciais em cuidados primários.
7. A integração é um processo, não um acontecimento.
8. A existência de um coordenador de serviços de saúde mental é crucial.
9. A colaboração com outros sectores governamentais não relacionados com a saúde, organizações não governamentais, profissionais comunitários em vilas e comunidades e voluntários é necessária.
10. São necessários recursos financeiros e humanos.

10 princípios para integrar a saúde mental nos cuidados primários

1. A política e os planos devem incorporar os cuidados primários para a saúde mental

Um empenhamento do governo para desenvolver cuidados de saúde mental integrados e uma política e legislação formais que concretizem este empenhamento, são fundamentais para

o sucesso. A integração pode ser facilitada, não só através da política de saúde mental, mas também através de uma política geral de saúde que dê ênfase a serviços de saúde mental ao nível de cuidados de saúde primários.

As directrizes nacionais podem ser fundamentais para encorajar e influenciar melhorias locais. Isto é ilustrado nos exemplos da **Austrália**, **Brasil**, **Chile**, **República Islâmica do Irão**,. **África do Sul**, **Uganda** e **Reino Unido**.

Os planos têm que ser feitos em colaboração com as partes interessadas locais para que estas tomem responsabilidade pelo projecto. Na **Austrália**, a colaboração com os clínicos gerais foi vital para o sucesso dos novos serviços de saúde mental.

O envolvimento dos utilizadores pode consolidar e levar ao crescimento dos serviços. No **Uganda**, o envolvimento das organizações de consumidores foi crucial para justificar a validade dos cuidados primários para saúde mental.

A identificação local de necessidades pode dar início a um processo que se desenvolve e prospera com subsequente facilitação por parte do governo. Na **Argentina**, os médicos dos cuidados primários locais identificaram em primeiro lugar a necessidade de integração da saúde mental. No **Brasil**, um único psiquiatra começou a visitar os centros de saúde dos cuidados primários. O sucesso desta iniciativa encorajou outros psiquiatras a fazer o mesmo e mais tarde foi estabelecido um programa a nível municipal com o apoio do secretariado municipal de saúde.

Os sucessos numa área geográfica encorajam frequentemente outras áreas dentro de um país a fazer o mesmo, como ficou demonstrado com o exemplo da **Argentina**.

A política e o plano devem ser aceites pelos gestores de saúde a nível local e não apenas pelos que estão envolvidos na saúde mental. Isto inclui tanto gestores de saúde como autoridades municipais. No **Brasil**, **Chile**, **Índia**, **Arábia Saudita** e **Reino Unido**, o presidente da câmara, o gestor distrital, e/ou o director de saúde distrital foram vitais no estabelecimento e manutenção dos serviços de saúde mental.

A inclusão de intervenções em saúde mental no pacote básico dos serviços de cuidados primários facilita a integração, como é visto nos exemplos da **África do Sul** e do **Uganda**.

De forma semelhante, uma abordagem de medicina familiar pode facilitar a integração, como aconteceu na **Argentina**, **Brasil**, **Chile** e **Arábia Saudita**.

2. A advocacia é necessária para mudar atitudes e comportamentos

A advocacia é um aspecto importante da integração da saúde mental. A informação pode ser usada de modo adequado e estratégico para influenciar outras pessoas a criar mudança. As estimativas da prevalência das perturbações mentais, a carga que estas impõem se não tratadas, as violações de direitos humanos que ocorrem frequentemente em hospitais psiquiátricos e a existência de tratamentos eficazes baseados nos cuidados primários são argumentos importantes para persuadir as autoridades de saúde.

São necessários tempo e esforço para sensibilizar os líderes políticos nacionais e locais, as autoridades de saúde, a administração e os profissionais dos cuidados primários sobre a importância da integração da saúde mental. No **Chile**, na **República Islâmica do Irão**, na **Arábia Saudita** e no **Uganda** foram realizados debates com os responsáveis pela formulação de políticas antes das grandes mudanças. Na **Argentina** e no **Chile**, a advocacia foi necessária para superar a resistência inicial e para mudar as atitudes dos especialistas de saúde mental e profissionais de saúde geral.

3. A formação adequada dos profissionais dos cuidados primários é necessária

A formação prévia e/ou em serviço dos profissionais dos cuidados primários sobre tópicos de saúde mental é um pré-requisito essencial para a integração da saúde mental (ver Anexo 1 para informação adicional sobre questões de educação e formação).

Idealmente, a formação prévia deve fornecer informação básica sobre epidemiologia, identificação e tratamento das perturbações mentais principais. As ligações entre a saúde e a doença física e mental devem também ser abordadas. Os estudantes devem aprender como discutir informação com os pacientes e as suas famílias de uma maneira positiva e centrada no paciente, como negociar planos de tratamento, e como motivar e preparar pacientes para se auto-gerirem e continuarem os seus planos de tratamento em casa. As competências de comunicação são indispensáveis para todos os profissionais de cuidados primários, dado que os resultados das intervenções em saúde dependem de uma boa relação entre paciente e profissional de saúde. Por isso, os estudantes devem ser ensinados a ouvir de forma activa, mostrar empatia, usar técnicas de perguntas abertas e fechadas e gerir a sua comunicação não-verbal.

A formação em serviço é essencial para consolidar os conhecimentos dos profissionais de saúde e para fornecer informação básica quando eles não tenham tido contacto prévio com os cuidados de saúde mental. A formação em serviço é também importante porque todos os cuidados de saúde, incluindo os cuidados de saúde mental, mudam quando nova investigação e novas práticas produzem novos conhecimentos e maneiras de tratar as perturbações.

Os efeitos da formação são quase sempre de curta duração se os profissionais de saúde não praticarem as competências recentemente aprendidas e não tiverem supervisão de um especia-lista ao longo do tempo. O apoio continuado e a supervisão por especialistas de saúde mental são essenciais. Os modelos colaborativos ou partilhados de cuidados, nos quais são realizadas consultas e intervenções conjuntas com profissionais dos cuidados primários e especialistas de saúde mental, parecem especialmente promissores e foram usados para prestar apoio continuado aos profissionais de cuidados primários na **Austrália**, **Brasil** e **distrito de Moorreesburg na África do Sul**. Esta abordagem aumenta as capacidades dos profissionais de cuidados primários e constrói redes de saúde mental.

Como parte do processo de integração, a **Argentina**, **Austrália**, **Brasil**, **Chile**, **África do Sul**, **Arábia Saudita**, **Uganda** e **Reino Unido** introduziram ou reforçaram a sua formação em saúde mental para os profissionais dos cuidados primários. Frequentemente, esta formação ocorre em instituições de cuidados primários ou em instituições comunitárias de cuidados de saúde mental, para assegurar que é adquirida experiência prática e que a formação e o apoio continuados são facilitados.

4. As tarefas desenvolvidas pelos cuidados primários devem ser limitadas e exequíveis

Tipicamente, os profissionais dos cuidados primários funcionam de forma óptima quando as tarefas desenvolvidas em saúde mental são limitadas e exequíveis. Uma questão fundamental que deve ser abordada é se os profissionais dos cuidados primários vão tratar pessoas com perturbações mentais graves como a esquizofrenia ou as perturbações bipolares ou, se alternativamente, vão lidar com perturbações mentais comuns, tais como depressão e ansiedade. As decisões só devem ser tomadas depois de uma avaliação cuidadosa das circunstâncias locais. Isto requer consulta dos responsáveis pela formulação de políticas e com os profissionais dos cuidados de saúde, assim como com utilizadores de serviços de saúde mental e as suas famílias. Os recursos humanos e financeiros disponíveis e os pontos fracos e fortes do sistema de saúde actual para lidar com a saúde mental devem ser avaliados. No **Distrito de Ehlanzeni**, **na África do Sul**, esquizofrenia, perturbação bipolar e depressão *major* são prioritariamente geridas nos cuidados primários para a saúde mental. Na **Arábia Saudita** os médicos dos cuidados primários tratam as perturbações mentais comuns e encaminham os casos complexos para os cuidados secundários.

As funções podem ser expandidas à medida que os profissionais ganham experiência. No **Chile** os profissionais progrediram da gestão dos problemas emocionais (1993) para a gestão da depressão (2000), violência doméstica (2001) e saúde mental das crianças (2002).

Alguns países têm desenvolvido serviços de cuidados primários especializados para a saúde mental que têm como alvo sub-grupos particulares da população, como os idosos (na **Austrália**), as crianças (no **Chile**), ou os imigrantes e os sem abrigo (no **Reino Unido**).

5. Os profissionais e as instituições especializadas em saúde mental têm que estar disponíveis para apoiar os cuidados primários

Cada exemplo de boa prática sublinha a importância de os especialistas de saúde mental estarem disponíveis para apoiar os profissionais de cuidados primários. Em alguns casos, eles interagem através de referenciação e reencaminhamento, enquanto noutras situações participam em modelos de cuidados realizados em colaboração ou partilhados (ver acima, princípio 3).

A referenciação pode ser feita para um centro comunitário de saúde mental, como na Argentina, **Brasil**, **Chile**, **Índia** e **Arábia Saudita**, para um hospital ao nível secundário, ou para profissionais qualificados a trabalhar especificamente dentro do sistema de cuidados primários. Os especialistas variam desde enfermeiros psiquiátricos, como no **Distrito de Ehlanzeni**, **na África do Sul**, até psiquiatras que visitam ocasionalmente os centros de saúde, como no **Brasil** ou **Índia**.

Na **Argentina**, os médicos dos cuidados primários contactam o psiquiatra no centro local de reabilitação psico-social para receberem apoio e aconselhamento.

Na **Austrália**, os clínicos gerais podem contactar um enfermeiro psicogeriátrico, um psicólogo psicogeriátrico, ou um psiquiatra especializado em idosos, dependendo das suas necessidades e das necessidades dos seus pacientes idosos.

No **Brasil**, os especialistas de saúde mental que se deslocam aos centros de saúde vêem pacientes juntamente com os profissionais dos cuidados primários. Ao longo do tempo, os psiquiatras começaram a ter papéis menos activos enquanto os clínicos gerais assumiram mais responsabilidades sob a sua supervisão.

No **Distrito de Moorreesburg**, **na África do Sul**, um enfermeiro de saúde mental desloca-se aos centros de saúde dos cuidados primários uma vez por mês, enquanto um psiquiatra o faz uma vez em cada três meses. As consultas conjuntas com o profissionais dos cuidados primários permitem que os conhecimentos e competênciass sejam transmitidos. Os profissionais dos cuidados primários também têm a oportunidade de discutir casos complexos nesses encontros.

No **Uganda**, os especialistas de saúde mental deslocam-se aos centros de saúde dos cuidados primários para prestarem supervisão e apoio.

As consultas feitas por telefone são outro método de apoio a nível secundário, tal como na **Argentina**, **Austrália**, e no **Distrito de Moorreesburg na África do Sul**.

Em alguns países, realizam-se encontros regulares para assegurar que a qualidade e o nível de apoio são adequados e que tanto os receptores como os prestadores de apoio estão satisfeitos. Estes encontros podem também preencher uma função de supervisão, quando necessário. No **Chile**, por exemplo, os profissionais de saúde do centro de saúde mental encontram-se com pessoal do centro de saúde familiar uma vez por mês e no **Reino Unido**, as reuniões para o estudo de casos práticos realizam-se entre profissionais dos cuidados primários e psiquiatras do nível secundário uma vez cada três meses.

No **Belize**, o governo desenvolveu e pôs em campo um grupo de enfermeiros psiquiátricos, enquanto um processo para envolver os clínicos gerais em cuidados de saúde mental era iniciado.

6. Os pacientes devem ter acesso a medicamentos psicotrópicos essenciais nos cuidados primários

O acesso a medicamentos essenciais psicotrópicos é um grande desafio para a integração da saúde mental nos cuidados primários. Podem, por vezes, ocorrer problemas na distribuição e no fornecimento directos destes medicamentos a instituições de cuidados primários e noutros casos devido a restrições sobre quem pode receitar e fornecer estes medicamentos.

Em muitos exemplos de boa prática, os medicamentos psicotrópicos tinham sido previamente entregues ao hospital psiquiátrico responsável pelo tratamento das pessoas com perturbações mentais. A integração da saúde mental nos cuidados primários tornou necessário o redirecionamento do fornecimento de medicamentos psicotrópicos para as instituições de cuidados primários, sem passagem pelo hospital psiquiátrico.

Em alguns países, enfermeiros e até clínicos gerais não estão autorizados a receitar medicamentos psicotrópicos. No **Brasil** e na **Arábia Saudita** foi necessário abrir excepções para os médicos dos cuidados primários receitarem medicamentos psicotrópicos. No **Belize**, os enfermeiros psiquiátricos foram autorizados a receitar medicamentos. No **Uganda**, as enfermeiras

dos cuidados primários gerais têm autorização para receitar medicamentos psicotrópicos a pacientes que requerem medicação continuada, com base na recomendação de um profissional de saúde mental. Na **África do Sul** foi aprovada uma nova lei que vai permitir às enfermeiras dos cuidados primários que completam a formação o direito de receitar medicamentos psicotrópicos.

7. A integração é um processo, não um acontecimento

Mesmo quando existe uma política, a integração demora tempo e envolve tipicamente uma série de desenvolvimentos. Por exemplo, o caso de boa prática da Austrália descreve como demorou cinco anos até o serviço se tornar funcionante. As reuniões com uma variedade de partes interessadas são essenciais e, nalguns casos, importante cepticismo e resistência têm que ser superados. Depois da ideia da integração ter ganho aceitação geral, ainda há muito trabalho a fazer. Pode ser necessário desenvolver instrumentos de deteção e manuais de formação, assim como criar e divulgar directrizes de tratamento. Pode ser necessário dar formação aos profissionais de saúde e contratar mais pessoal. Mas antes disso acontecer é necessário aprovar e distribuir orçamentos.

Depois do serviço começar a funcionar, aparecem inevitavelmente problemas de rotina. Na **Argentina**, teve que se proceder a uma diminuição dos recursos. Na **Índia**, a dotação inicial para o estabelecimento do programa expirou e foram necessárias negociações prolongadas para assegurar que o financiamento do programa seria continuado. No **Belize**, teve de ser desenvolvido um grupo de trabalho qualificado e experiente antes que a integração da saúde mental pudesse ocorrer.

8. A existência de um coordenador de serviços de saúde mental é crucial

Os cuidados primários para saúde mental são normalmente mais eficazes quando um coordenador é responsável por supervisionar a integração. Como ilustrado em vários exemplos de boas práticas, a integração da saúde mental pode ser progressiva e oportunística, invertendo ou mudando de direcção, e problemas inesperados podem por vezes ameaçar os resultados do programa ou até a sua sobrevivência. Os coordenadores são cruciais para guiar os programas através destes desafios e para impulsionar o processo de integração. Por exemplo, a **Argentina** e a **Índia** defrontaram-se com desafios substanciais, mas foram capazes de os superar graças à dedicação e aos esforços dos seus coordenadores de saúde mental.

Os coordenadores são importantes tanto a nível nacional como local. A integração da saúde mental no **Belize** e na **República Islâmica do Irão** foi impulsionada a nível nacional, enquanto a **Argentina** e a **Arábia Saudita** formaram comissões para a saúde mental para supervisionar o processo a nível provincial. A **Índia** e o **Distrito de Moorreesburg da África do Sul** dependeram dos coordenadores de saúde mental ao nível distrital, enquanto a **Austrália** criou uma comissão da saúde mental em cada área.

9. A colaboração com outros sectores governamentais não relacionados com a saúde, organizações não governamentais, profissionais comunitários em aldeias e comunidades e voluntários é necessária.

Os sectores governamentais fora da área da saúde podem trabalhar efectivamente com cuidados primários para ajudar as pessoas com perturbações mentais a ter acesso às iniciativas educacionais, sociais e de emprego necessárias para a sua recuperação e completa integração na comunidade. No **Reino Unido** a colaboração com serviços sociais, educacionais, judiciais, de habitação e de emprego foi crucial para ajudar populações vulneráveis que usam os cuidados primários, a ter acesso aos variados serviços psico-sociais de que necessitavam.

As organizações não governamentais, os profissionais de saúde comunitários e de vilas e os voluntários têm muitas vezes um papel importante no apoio aos cuidados primários para a saúde mental. Na **Argentina**, **Índia** e **República Islâmica do Irão**, os profissionais de saúde comunitários e de aldeias identificam e encaminham pessoas com perturbações mentais para instituições de cuidados primários. Na **África do Sul e no Uganda**, as organizações não governamentais com base na comunidade dão apoio a pacientes para eles se tornarem mais funcionais e para diminuir a necessidade de hospitalizações. Na **Argentina**, um centro de reabilitação não governamental tem um papel crucial nos cuidados de saúde mental. Apesar de estar bem servida de clínicos gerais e especialistas de saúde mental, a **Austrália** depende no entanto de serviços locais informais, como organizações não governamentais e grupos religiosos, para apoiar os seus pacientes.

10. São necessários recursos financeiros e humanos

Apesar dos cuidados primários para a saúde mental terem uma boa relação custo-benefício, são necessários recursos financeiros para estabelecer e manter um serviço.

Em todos os exemplos de boa prática a formação foi vital para a integração bem sucedida da saúde mental nos cuidados primários. Os custos de formação, tais como a remuneração dos formadores e o pagamento pelo uso do local de formação, alimentação e alojamento, precisavam de ser cobertos.

O tempo adicional necessário para tratar das questões de saúde mental significa que mais profissionais de cuidados primários podem ser necessários. Os especialistas de saúde mental que prestam apoio e supervisão têm também de ser contratados – como ilustrado nos exemplos da **Austrália**, **Índia** e **África do Sul**. Quando é possível desviar recursos de um nível de cuidados mais alto, como um hospital psiquiátrico, os custos adicionais podem ser mínimos. Os centros de saúde mental comunitários também requerem profissionais de saúde, como vimos nos exemplos da **Argentina**, **Brasil**, **Chile** e **Arábia Saudita**.

Quando o número total de pessoas identificadas como tendo perturbações mentais aumenta, o orçamento para medicamentos psicotrópicos também deve aumentar.

Os exemplos seguintes de boa prática ilustram dois pontos importantes. Primeiro, não há um modelo único de melhor prática que possa ser seguido por todos os países. Pelo contrário, o sucesso é atingido através da aplicação local sensata dos 10 princípios gerais descritos anteriormente. Segundo, são necessários uma gestão e um acompanhamento cuidadosos.,Quando os profissionais dos cuidados primários abordam a saúde mental pela primeira vez, é essencial um processo gradual de formação e apoio.

Caixa 2.2 Exemplos de boas práticas

- Argentina: cuidados primários para a saúde mental dirigidos por médicos na Província de Neuquén, na Região da Patagónia.
- Austrália: cuidados de saúde mental integrados para pessoas idosas em centros de saúde do centro de Sydney
- Belize: cuidados de saúde mental com base distrital a nível nacional
- Brasil: cuidados primários para a saúde mental integrados, na cidade de Sobral
- Chile: cuidados primários para a saúde mental integrados no Distrito Macul de Santiago
- Índia: cuidados primários para a saúde mental integrados no Distrito de Thiruvananthapuram, no Estado de Kerala
- República Islâmica do Irão: integração a nível nacional da saúde mental nos cuidados primários
- Arábia Saudita: cuidados primários para a saúde mental integrados na Província Leste
- África do Sul: serviços de cuidados primários integrados para serviços de saúde mental no Distrito de Ehlanzeni, na Província de Mpumalanga
- África do Sul: uma parceria para cuidados de saúde primários mental no Distrito de Moorreesburg, na Província do Cabo Ocidental (West Cape)
- Uganda: cuidados primários integrados para a saúde mental no Distrito de Sembabule
- Reino Unido da Grã Bretanha e da Irlanda do Norte: cuidados primários para a saúde mental para comunidades desfavorecidas em Londres

ARGENTINA

Os cuidados primários para a saúde mental dirigidos por clínicos gerais na província de Neuquén, na região da Patagónia

Resumo do caso

Na província de Neuquén, na Argentina, os médicos dos cuidados primários lideram o processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas com perturbações mentais graves. Os pacientes recebem tratamento na consulta externa nas suas comunidades, onde podem usufruir do apoio da família, amigos, ambiente circundante familiar e dos serviços comunitários. Os psiquiatras e outros especialistas de saúde mental estão disponíveis para rever e aconselhar nos casos difíceis.

O Austral, um centro de reabilitação baseado na comunidade, presta cuidados clínicos complementares em coordenação próxima com os centros de cuidados primários. Serve também como um local de formação para residentes de medicina geral e para profissionais dos cuidados primários.

O programa tem aumentado a procura de cuidados de saúde mental e permitido a pessoas com perturbações mentais permanecer nas suas comunidades e estarem socialmente integradas. A eficácia do programa é em grande parte o resultado de trabalho de equipa, no qual os médicos de cuidados primários lideram o processo terâpeutico, mas são apoiados por outros membros da equipa, tais como enfermeiros, psicólogos e psiquiatras. Como os psiquiatras são usados moderadamente e os cuidados institucionais são evitados, os custos são mais baixos e o acesso aos serviços necessários tem mais qualidade.

1. Contexto nacional

O contexto nacional da Argentina está resumido na Tabela 2.1. O país é constituído por uma mistura de diferentes grupos étnicos e a sua língua oficial é o espanhol. Depois de um longo período de crescimento e estabilidade, as reformas económicas implementadas nos anos 90

desencadearam uma crise económica e social profunda em 2001. Apesar da economia do país estar novamente a crescer, a população continua a enfrentar alguma insegurança económica. Em 2003 apenas 43% das mulheres e 47% dos homens estavam a participar no mercado de trabalho remunerado.[1] O maior sector de emprego e de receitas na Argentina é o sector de serviços[2].

Tabela 2.1 Argentina: síntese do contexto nacional

População: 38,7 milhões (90% urbana) [a]
Taxa de crescimento anual da população: 1.1% [a]
Taxa de fertilidade: 2.3 por mulher [a]
Taxa de literacia adulta: 97% [a]
Rendimento nacional bruto *per capita*: Paridade de Poder de Compra Internacional: $13 920 [a]
População a viver com menos de $1 dólar Americano por dia: 7% [a]
Grupo de rendimento do Banco Mundial: economia de alto rendimento [b]
Índice de Desenvolvimento Humano: 0,869; lugar 38/177 países [c]

Fontes:

[a] World Health Statistics 2007, World Health Organization (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, acedido a 9 April 2008).

[b] Country groups. (http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html, acedido a 9 April 2008).

[c] O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador desenvolvido pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, combinando três dimensões de desenvolvimento: uma vida longa e saudável, conhecimentos e um standarde de vida decente. Ver Statistics of the Human Development report. United Nations Development Programme (http://hdr.undp.org/en/statistics/,acedido 9 April 2008).

2. Contexto de Saúde

O contexto de saúde da Argentina está sumarizado na Tabela 2.2. As principais causas de morte na Argentina são doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais, seguidos por infecções das vias respiratórias inferiores e diabetes[3]. Na faixa etária dos 10 aos 19 anos, a principal causa de morte nos homens é homícidio e nas mulheres, acidentes rodoviários; a segunda maior causa em ambos os sexos é suicídio[4].

As estimativas de 2005 indicam que 127 000 pessoas têm VIH/SIDA, 60% das quais desconhecem o seu estado serológico.[4]

Tabela 2.2 Argentina: síntese do contexto de saúde

Esperança de vida à nascença: 60 anos para homens/63 anos para mulheres
Despesas totais de saúde *per capita* ($ Internacional, 2004): 1274
Despesas totais de saúde em percentagem do PIB (2004): 9,6%

Fonte: Estatísticas de Saúde Mundial 2007, Organização Mundial de Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, acedido a 9 de Abril 2008.

O sistema de cuidados de saúde da Argentina é composto por três sectores: o sector público, financiado através de impostos; o sector privado, financiado através de esquemas voluntários de seguros; e o sector da segurança social, financiado através de esquemas de seguros obrigatórios – ver Tabela 2.3.

Tabela 2.3 Argentina: esquema do sistema geral de saúde e cobertura estimada do sistema de saúde, 2001

SECTOR PÚBLICO	SECTOR DA SEGURANÇA SOCIAL	SECTOR PRIVADO
População coberta pelo sistema público de prestação de serviços de saúde: **17,8 milhões (48%)**; principalmente sob a responsabilidade directa das províncias e, nalguns casos, das municipalidades e do governo federal	População coberta por actividades de assistência social subsidiadas com fundos públicos (instituições de segurança social): **17,5 milhões (47%)**; principalmente através de prestadores de serviços de saúde privados	População coberta por planos de seguros de saúde: **2,8 milhões (7,5%)**: dentro desta população um milhão está também coberto pela segurança social.

Fonte: adaptado a partir de González García G, Tobar F. Salud para los argentinos 2003. Estimativas baseadas no Censo Nacional de População e Habitação de 2001 e do Estudo de Qualidade de Vida de 2001.

O Ministério da Saúde é responsável por determinar os objectivos e políticas do sector da saúde e por executar os planos, programas e projectos dentro da sua jurisdição, de acordo com as directivas do ramo executivo do governo. O Ministério também supervisiona o funcionamento dos serviços, as instalações e instituições de saúde e dirige o planeamento geral para o sector, em coordenação com as autoridades de saúde provinciais.

Por mandato constitucional, as províncias são responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde à sua população. As municipalidades, especialmente as que têm maiores populações e maiores recursos económicos, também planeiam e implementam actividades de saúde. Todas as províncias e a cidade autónoma de Buenos Aires têm uma rede extensa de serviços hospitalares e de consulta externa, que são dirigidos tanto por prestadores públicos como privados. Há 17.845 instalações de cuidados de saúde no país (divididas entre os sectores público e privado).[4]

Saúde mental

A prevalência das perturbações mentais a nível nacional na Argentina é desconhecida. Um estudo representativo da população geral em Buenos Aires, publicado em 1982, encontrou um prevalência de 26%[5]. As estatísticas oficiais de mortalidade mostram que as taxas de suicídio aumentaram de 6,3 por cada 100.000 habitantes em 1997, para 8,4 por cada 100.000 habitantes em 2002. A taxa de suicídio em 2002 era de 16,65 por cada 100.000 habitantes nos homens dos 15 aos 19 anos de idade.[6]

Existem quase 16.000 camas psiquiátricas no sector público na Argentina. A reforma da saúde mental está a ser realizada em algumas províncias e em Buenos Aires, com o objectivo de reduzir o número de camas e melhorar os serviços na comunidade. Por exemplo, as reformas na província de Rio Negro reduziram a dependência dos cuidados hospitalares.[7] A Lei 448/00 de Buenos Aires visa a mudança de serviços de saúde mental dos hospitais psiquiátricos para o sistema geral de saúde. No entanto, esta lei ainda não foi implementada, principalmente devido

a resistência por parte dos profissionais de saúde mental. Há uma tendência geral de aceitação da reforma da saúde mental e legisladores nacionais de diferentes partidos estão a desenvolver as leis de saúde mental. No entanto, as pessoas com perturbações mentais ainda têm falta de seguros de saúde adequados e de cobertura de serviços.

3. Cuidados primários e integração da saúde mental

O Plano Federal de Saúde de 2004-2007 deu prioridade aos cuidados primários, o que foi mantido no plano actual.[4] Pensa-se que uma estratégia de cuidados primários será a maneira mais rápida e eficaz de reduzir as disparidades sociais que surgiram a seguir à crise financeira do país no campo da saúde. O plano visa a descentralização gradual, sistemática e organizada dos serviços de saúde. Inclui também nos seus planos a implementação da estratégia por parte das autoridades autárquicas através do desenvolvimento de políticas de saúde, fornecimento de informação e realização de campanhas nos média.

O empenho da Argentina em relação aos cuidados primários foi demonstrado pelo facto de ter sido anfitriã do encontro internacional que marcou o trigésimo aniversário da Declaração de Alma Ata e pela dedicação do Ministro da Saúde argentino a esta abordagem.

Existem 14.534 instalações ambulatórias de cuidados primários no país.[8] Os serviços são prestados principalmente através de redes do sector público a nível provincial e do sector privado.

Saúde mental

A integração da saúde mental nos cuidados primários é um princípio fundamental do plano argentino para prestar cuidados de saúde mental a todos. No entanto, ainda não ocorreu na maioria das regiões. Espera-se que um maior número de áreas irá integrar serviços de saúde mental no futuro. Os profissionais de saúde de fora da Província de Neuquén (ver boas práticas) já estão a receber formação, fazendo parte dos planos para integrar cuidados de saúde mental nos cuidados primários das suas regiões.

4. Boas práticas

Contexto local

A Província de Neuquén está situada na Patagónia, no sul da Argentina e inclui tanto áreas rurais como urbanas. Dentro da província, algumas pessoas têm estilos de vida e rendimentos equivalentes aos de países desenvolvidos, enquanto outras vivem em grande pobreza e condições semelhantes a países de baixo rendimento. A Capital de Neuquén é uma cidade de aproximadamente 350.000 habitantes. A população da cidade mais do que quadriplicou nos últimos 20 anos, como resultado da crescente indústria do petróleo e de um influxo de residentes de outras províncias. A riqueza de Neuquén atrai Índios Mapuche das comunidades rurais e imigrantes do Chile na fronteira ocidental que está próxima e que, frequentemente, acabam por fazer parte das classes socio-económicas mais baixas.

Em 1970, o governo provincial iniciou uma reforma dos cuidados de saúde que resultou na província se tornar um dos sistemas de cuidados de saúde de vanguarda na América Latina. A estrutura dos cuidados de saúde é muito parecida com a pirâmide de serviços esboçada

na Parte 1 deste relatório. A província está dividida em seis zonas, cada uma das quais presta cuidados de saúde com variados níveis de complexidade. A maioria dos cuidados são autocuidados, cuidados familiares, ou realizados por prestadores de cuidados primários não profissionais: *sanitarios* (profissionais de saúde) e, em muitas áreas rurais, *curanderos* (curandeiros tradicionais). O nível seguinte de serviços são cuidados primários prestados em centros de saúde ou *settings* ambulatórios em hospitais. Os cuidados hospitalares de primeiro nível são o nível seguinte de serviços. No total, existem 16 hospitais locais na província, correspondentes aos 16 distritos políticos em que a província está dividida. O nível seguinte é o hospital de nível secundário, que dispõe de cuidados intensivos. Existem três destes hospitais na província. Finalmente, o hospital regional, uma instituição de cuidados terciários, está localizada na Capital de Neuquén onde, além dos recursos previamente mencionados, estão disponíveis outras consultas e centros especializados.

Os médicos dos cuidados primários têm uma posição central neste sistema e coordenam intensivamente as suas actividades com os cuidados primários em níveis acima e abaixo. Estes médicos, treinados como clínicos gerais, tratam uma variedade de doenças e detêm responsabilidade pelos pacientes, mesmo quando são necessários cuidados especializados. Os especialistas servem como consultores dos clínicos gerais.

Em áreas urbanas, os residentes são normalmente servidos por um centro de saúde e encaminhados para cuidados secundários e terciários, quando necessário. As comunidades rurais mais afastadas são servidas por *sanitarios* que frequentaram um programa de formação de três meses na Capital de Neuquén. Os *sanitarios* fazem visitas diárias a algumas das 20 ou 30 famílias da sua área. As famílias vivem muitas vezes a distâncias consideráveis umas das outras e por isso os *sanitarios* deslocam-se, normalmente, a cavalo. Os *sanitarios* estabelecem ligações entre a comunidade rural e o resto do sistema de cuidados de saúde, relatando problemas médicos aos clínicos gerais que visitam os pacientes identificados nas suas rondas cada duas semanas. A comunidade de Mapuche de Ruca Choroi, por exemplo, é servida por médicos da vila de Alumine que está próxima. As perturbações que não podem ser geridas ao nível dos cuidados primários em Alumine são encaminhadas para o hospital local em San Martin ou para o hospital de um nível superior na cidade de Zapala.

Noventa por cento dos 39 psiquiatras provinciais estão na Capital de Neuquén, que tem apenas 35% da população da província. A maioria dos psiquiatras estão no sector privado. Há dois hospitais psiquiátricos privados com 40 camas, onde trabalham 10 psiquiatras, e outros 15 psiquiatras desenvolvem consultas privadas[9]. O sector público tem uma ala psiquiátrica com 10 camas no hospital central e uma unidade de desintoxicação com 8 camas. Quatorze psiquiatras servem estas duas unidades e a secção de consulta externa do hospital. Um psiquiatra e um psicólogo na Capital de Neuquén são responsáveis, primariamente, pela resposta aos pedidos de consulta dos médicos dos cuidados primários e dos psicólogos de toda a província.

Descrição dos serviços disponíveis

Na Província de Neuquén, os médicos de cuidados primários são os líderes no diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes com perturbações mentais graves. Os psiquiatras e outros especialistas de saúde mental estão disponíveis para avaliar e prestar aconselhamento nos casos complexos. O Austral, um centro de reabilitação baseado na comunidade, presta cuidados clínicos complementares em coordenação próxima com os centros de cuidados

primários. Também serve como um local de formação para internos de medicina geral e profissionais de cuidados gerais de saúde.

O modelo para os cuidados de saúde mental é baseado em quatro elementos chave.

1. *Médicos de clínica geral.* Os cuidados de diagnóstico, tratamento e reabilitação para perturbações mentais graves são prestados por uma equipa de prestadores de cuidados de saúde, sob a liderança de um médico de cuidados primários que está treinado para assumir essa responsabilidade. Além disso, os médicos de cuidados primários abordam frequentemente os factores de stress e os conflitos familiares, que ajudam a gerir com psicoterapia breve e orientada para a resolução de problemas.

2. *Pacientes em consulta.* As pessoas com perturbações mentais recebem tratamento em consulta externa nas suas comunidades, onde podem usufruir do apoio da família, dos amigos, dos ambientes conhecidos, e dos serviços comunitários.

3. *Cuidados integrados.* Os pacientes recebem cuidados integrados, que têm em conta tanto problemas mentais como físicos.

4. *Apoio especializado.* Os psiquiatras estão disponíveis para avaliar e dar apoio em casos complexos e também dão formação a médicos e enfermeiras dos cuidados primários.

Dado que os psiquiatras são usados de forma moderada e os cuidados institucionais são evitados, os custos são mais baixos e o acesso aos cuidados requeridos tem melhor qualidade.

Os *sanitarios* e *curanderos* de Neuquén são frequentemente o primeiro ponto de contacto para pessoas com perturbações mentais. Em alguns casos os pacientes passam dos *curanderos* para os cuidados primários formais. No entanto, em áreas rurais os auto-cuidados e os cuidados informais são mais frequentemente usados e o papel da família em termos de apoio e solidariedade é fundamental.

Os psicólogos estão distribuídos pelos centros de saúde à volta da cidade e dão consultas onde necessário. Não estão afiliados com nenhuma clínica particular e, pelo contrário, actuam em diversos contextos de cuidados médicos. Os psicólogos lidam com os problemas psico-sociais, além das perturbações mentais graves.

Os pacientes com perturbações mentais são enviados para o hospital provincial quando necessário. O número limitado de camas psiquiátricas do sector público na província (10) por vezes complica o tratamento de pessoas gravemente doentes. Os pacientes gravemente doentes, violentos ou em risco de suicídio que requerem cuidados a longo prazo são enviados para o hospital psiquiátrico em Buenos Aires.

O processo de integração

Identificar a melhor maneira de integrar a saúde mental nos cuidados primários

Quando o modelo de cuidados de saúde baseado nos cuidados primários foi desenvolvido e implementado na Província de Neuquén, era suposto que as perturbações mentais fossem tratadas de uma maneira semelhante à dos outros problemas de saúde. Era suposto que os poucos psiquiatras existentes servissem como consultores e recebessem os casos complexos que lhes fossem referenciados pelos médicos dos cuidados primários.

Na realidade, nem todos os médicos acreditavam que a integração fosse a melhor maneira de melhorar os cuidados de saúde mental na província. A maior parte dos médicos dos cuidados primários não estava disposta a aplicar os mesmos *standards* de tratamento e reabilitação que aplicavam a pessoas com problemas de saúde física, a pacientes com esquizofrenia e outras perturbações mentais. Alguns mencionaram formação insuficiente sobre medicamentos psicotrópicos, preferindo por essa razão não os usar. Outros estavam relutantes em ficar responsáveis pelos cuidados de saúde completos dos pacientes com perturbações mentais.

Foi, no entanto, um grupo de médicos dos cuidados primários que primeiro identificou a necessidade de integrar a saúde mental. Eles reconheceram que alguns dos seus pacientes precisavam de cuidados de saúde mental, mas reconheciam-se mal-apetrechados para lidar com esses problemas e havia poucos especialistas para onde referenciar os pacientes rotineiramente. Além disso, os especialistas estavam frequentemente muito longe das casas dos pacientes, e a procura de serviços especializados resultava em despesas de viagem substanciais e isolamento da família e amigos. Os médicos dos cuidados primários perceberam que precisavam de formação sobre o manejo das perturbações mentais e pediram também maior coordenação com os psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, para darem melhor apoio a pacientes e famílias.

Desenvolver empenho político

Em 1996, o Sub-secretário da Saúde da província criou uma comissão de saúde mental cujo objectivo era desenvolver um programa de saúde mental integrado para a província. As tentativas anteriores de integrar a saúde mental nos cuidados primários tinham falhado por várias razões: o planeamento não era sistemático; os médicos dos cuidados primários estavam relutantes; não foram disponibilizados formadores e supervisores especialistas; o apoio das autoridades autárquicas era limitado. As barreiras foram, desta vez, levantadas pelo envolvimento do Sub-secretário, pela criação da comissão e pelo fornecimento de recursos de formação e financeiros vindos de fora da província. Os objectivos do programa eram: desenvolver normas para diagnóstico e tratamento; construir uma rede de referenciação e consulta; preparar um grupo de profissionais de saúde para implementar e dirigir o programa; e formar médicos e enfermeiras dos cuidados primários em regiões afastadas para que os serviços de saúde mental pudessem ser prestados no local.

O envolvimento potencial de peritos da América do Norte alarmou alguns dos médicos, que sentiram que modelos "coloniais" lhes estavam a ser impostos. O modelo de cuidados primários na Província de Neuquén conseguira grandes realizações em medicina preventiva e geral, com base numa fundação de médicos bem qualificados. Algumas pessoas achavam que *outsiders* poderiam interferir e destruir o que já tinha sido atingido. A sua participação foi, no entanto, aceite depois de ficar claro que os consultores só dariam apoio nas áreas que lhes fosse pedido e que não fariam imposições ao sistema de Neuquén.

Actividades de sensibilização e formação

Em 1996, a província e os seus consultores internacionais organizaram uma conferência para médicos dos cuidados primários de toda a província. Cerca de 50 pessoas participaram; a maioria eram médicos dos cuidados primários, mas alguns enfermeiros, assistentes sociais e *sanitarios* também participaram. A conferência centrou-se na formação dos clínicos gerais em diagnosticar e tratar perturbações mentais graves, particularmente psicoses. Considerava-se que a formação sobre psicoses permitiria aos médicos dos cuidados primários usar as

suas competências na gestão de doenças crónicas tais como hipertensão, doença cardíaca e diabetes na gestão de perturbações mentais crónicas. As pessoas com perturbações psicóticas agudas eram muitas vezes disruptivas no seu comportamento, causando problemas aos médicos, a outro pessoal médico e às famílias. Achou-se, por isso, que os médicos estariam particularmente motivados para aprender estratégias de gestão destas perturbações. Finalmente, considerou-se que seria útil para os médicos aprender a lidar com uma perturbação mental relativamente rara, antes de começar a tratar perturbações mais comuns.

Vieram formadores da Argentina, Chile, Inglaterra, Guatemala, Estados Unidos da América e Uruguai que incluíam enfermeiros, psiquiatras, médicos dos cuidados primários, padres, assistentes sociais e advogados.

Os tópicos incluíram epidemiologia, diagnóstico, farmacoterapia, educação dos pacientes, envolvimento da família e reabilitação de pessoas com perturbações psicóticas. As competências de gestão clínica foram simplificadas para apenas alguns passos simples: manter contacto próximo com a família do paciente; gerir a medicação; e determinar quando as consultas eram necessárias. As palestras foram complementadas com exercícios de simulação de papéis e discussão de casos.

Depois da conferência, a comissão de saúde mental tornou-se a força impulsionadora da integração. A comissão supervisionou as actividades de formação adicionais para médicos e internos de medicina e, como incluía representantes da saúde mental e dos cuidados primários, tornou-se um fórum para o diálogo continuado entre estes grupos.

Além disso, foram estabelecidas reuniões mensais entre médicos dos cuidados primários e *curanderos* nalguns centros de saúde. Estas reuniões encorajaram uma comunicação aberta para facilitar a coordenação do tratamento de certas perturbações, aumentar a confiança da comunidade nos médicos e prevenir os efeitos perigosos de combinar ervas contra-indicadas com medicamentos.

Em 1997, foi convocada uma segunda conferência de formação. O tópico principal foi o reconhecimento e manejo da depressão nos cuidados primários. Muitos médicos dos cuidados primários que tinham ido à primeira conferência foram também a esta segunda. Novos participantes incluíram enfermeiros e internos de medicina geral. O programa da conferência consistia em apresentações formais e de casos. As questões trans-culturais tornaram-se uma parte importante da discussão. Os médicos, provenientes de uma educação profissional eurocêntrica, tinham adaptado os seus estilos de prática clínica para integrar as crenças culturais e religiosas das comunidades com que trabalhavam. A conferência proporcionou uma oportunidade para discutir estes ajustamentos e procurar pontos em comum com a abordagem psiquiátrica tradicional.

Mais uma vez, depois da conferência, a comissão de saúde mental coordenou activamente o desenvolvimento de mais acompanhamento e formação. Dois consultores da América do Norte fizeram uma visita longa a uma região da província, onde se encontraram com psicólogos locais, responderam a perguntas e participaram em consultas conjuntas com médicos dos cuidados primários para prestar formação no local.

Apesar de menos de 5% dos médicos da província terem participado, estas duas reuniões foram cruciais para desenvolver interesse nos cuidados primários para a saúde mental. As reuniões conduziram directamente à formação adicional dos médicos dos cuidados primários no Austral (ver abaixo) mas também, e talvez ainda mais importante, a um acordo com o Subsecretário da Saúde para que internos de medicina geral fossem também lá formados.

O Austral

O *Instituto Austral de Salud* (o Austral) é uma organização não governamental que serve como centro de formação principal para médicos dos cuidados primários. É importante notar que a formação está centrada nos cuidados primários, em vez de em cuidados baseados no hospital. Desde 1996, esta formação foi realizada por numerosos profissionais incluindo médicos, clínicos gerais e internos de medicina geral do sistema público de saúde, internos de psiquiatria, psicólogos e alunos de psicologia e de enfermagem. A formação de profissionais no Austral dura entre um mês e um ano.

Desde 2000 pelo menos dois internos de medicina geral recebem formação no Austral em qualquer altura. Cerca de 40 internos, a maioria dos quais trabalham actualmente em clínica geral na Província de Neuquén, receberam já essa formação. Inicialmente, a formação durava um mês, mas devido ao interesse manifestado, foi aumentada para três meses. Não foi realizado qualquer inquérito formal, mas os internos relatam que a formação leva à obtenção de competências, experiência e confiança para tratar pessoas com perturbações mentais nos cuidados primários. A formação também expande a abordagem holística dos participantes em relação aos cuidados de saúde e permite-lhes ser sensíveis a possíveis queixas psicosomáticas. Em vez de referenciar pacientes com depressão, psicose estabilizada e perturbações da ansiedade para outros locais, os clínicos gerais tratam estes pacientes eles próprios. Dado que não há um programa de saúde mental estabelecido para referenciação de pacientes, além dos serviços baseados em hospitais, os vários profissionais que se formaram no Austral continuam a consultar a equipa mesmo depois de se terem estabelecido em clínica geral.

A formação dos ex-internos continua através de canais diferentes. Um *journal club*, inter-pares, frequentado por médicos de cuidados primários previamente formados, é coordenado por um psiquiatra do Austral. O grupo discute literatura científica relacionada com a prática dos cuidados primários. Alem disso, prelectores convidados fazem, por vezes, apresentações sobre tópicos relevantes. O psiquiatra consultor do Austral também oferece formação continuada através de consultas telefónicas sobre casos que foram referenciados de volta para os antigos internos para continuação de tratamento.

Reabilitação com base na comunidade

O Austral não só oferece formação, mas também intervenção na crise com base na comunidade, cuidados de manutenção e reabilitação. Uma vez que não tem sido possível estabelecer serviços semelhantes fora da Capital de Neuquén, este serviço ilustra o potencial que resulta do envolvimento de clínicos gerais na reabilitação de base comunitária.

A equipa de tratamento do Austral consiste em assistentes sociais orientados para a comunidade, um enfermeira, psiquiatras consultores (um psiquiatra que é também o director, e um psiquiatra a tempo parcial que vê principalmente crianças), e clínicos gerais (seis em 2007). O programa está centrado no médico dos cuidados primários e na infra-estrutura de cuidados primários. Os clínicos gerais são os líderes da equipa no tratamento de pacientes. Quando os

pacientes com perturbações mentais vão ao instituto, têm consulta com os seus clínicos gerais, tal como fariam se estivessem a ser tratados para qualquer outra doença. Os clínicos gerais fazem diagnósticos iniciais em consultadoria com o psiquiatra e oferecem aos pacientes e às suas famílias educação e apoio em relação à manutenção da medicação e ao lidar com factores de stress. Eles tratam os seus pacientes de uma forma holística, lidando tanto com questões de saúde mental como física.

Quando os pacientes estão estabilizados, o Austral tenta reintegrá-los na comunidade e ajudá-los a atingir independência económica. As instalações da clínica, uma antiga casa privada no centro da cidade, foi escolhida de forma a que os pacientes não fossem isolados e estigmatizados, mas, pelo contrário, recebessem cuidados numa zona central. Uma das coisas mais importantes atingidas no Austral tem sido envolver artesãos, artistas, agricultores, pedagogos e outros membros da comunidade no programa de reabilitação. Um exemplo disto é um grupo de trabalho de pessoas com esquizofrenia, que aprenderam competências de agricultura e que dois anos mais tarde foram capazes de comprar a terra que tinham cultivado e construir um viveiro. Além disso, depois de receber aulas de carpintaria o mesmo grupo começou a vender produtos de madeira de boa qualidade no mercado local.

Financiar o modelo

O sector da segurança social da Argentina paga pelos serviços prestados pela equipa do Austral aos pacientes do sector público. A formação e os salários dos clínicos gerais do sector público também são financiados em grande parte pelo Estado. Os serviços prestados pela equipa do Austral a pacientes com seguros de saúde privados são reembolsados separadamente através desses esquemas. Os profissionais são remunerados de forma semelhante pelo tratamento de problemas de saúde mental e física.

Não foram realizadas análises de custo, mas é óbvio que os cuidados baseados na comunidade não só não são mais caros como são, provavelmente, mais baratos por paciente em comparação com o antigo serviço com base no hospital. O facto do tratamento estar baseado na comunidade, permite também aos pacientes participar em actividades que geram rendimento. Anteriormente, os pacientes com perturbações mentais eram transferidos para Buenos Aires, a 1200 quilómetros da Província de Neuquén. Muitos permaneciam no hospital durante períodos prolongados e ficavam institucionalizados, com pouco contacto com a comunidade e sem oportunidade de gerarem rendimentos.

Superar a resistência ao modelo

Psiquiatras, psicólogos, e enfermeiros psiquiátricos na província resistiram inicialmente ao modelo integrado. Eles achavam que seria perigoso para os pacientes e que era uma "alternativa de segunda classe". Preocupação com o bem-estar dos pacientes e com o seu estatuto profissional contribuiu para a sua resistência. A resistência acabou por ser superada através da demonstração do sucesso do programa.

A convicção e o empenho da equipa foram fundamentais para a sobrevivência e o crescimento do modelo. Uma liderança forte nos momentos de crise, por exemplo quando recursos suficientes não foram fornecidos pelo estado, foi crucial para focar a equipa na importância do seu trabalho. E mais importante ainda, a pressão por parte dos pacientes e das suas famílias mantiveram o serviço activo durante os momentos difíceis.

Através das várias crises, a equipa aprendeu lições valiosas. Foram encontradas alternativas que aumentaram a sua eficiência e lhes permitiu dar assistência a um número ainda maior de pacientes. Por exemplo, foram iniciados vários tipos de grupos terapêuticos que permitiram dar serviços de apoio a mais do dobro do número das pessoas vistas. Alem disso, eles perceberam que quantos mais clínicos gerais eles formavam e apoiavam, menos pacientes eram referenciados para eles.

5. Avaliação/resultados

O modelo de integração da saúde mental tem levado a um aumento da procura de cuidados de saúde mental e permitido a pessoas com perturbações mentais estarem mais estabilizadas e integradas socialmente.

Segundo o Director do Austral, a eficácia do programa é principalmente o resultado de trabalho de equipa, no qual os clínicos gerais de cuidados primários dirigem o processo terapêutico, mas são apoiados por outros membros da equipa, como os enfermeiros, psicólogos, e o director ele próprio na sua qualidade de psiquiatra.

Serviços disponíveis

Não têm sido registados dados estatísticos sobre o número de pessoas com perturbações mentais vistas pelos clínicos gerais. No entanto, é bem conhecido que antigamente apenas as pessoas com perturbações mentais extremamente graves e disruptivas eram tratadas – e mesmo então apenas em hospitais psiquiátricos centralizados. Agora, milhares de pessoas são tratadas na província, principalmente nos centros de cuidados primários. O psiquiatra consultor do Austral estima que pelo menos metade dos médicos de cuidados primários na província usam agora os instrumentos básicos para detectar casos de depressão e perturbações psicóticas. Os pacientes identificados são ou tratados ou referenciados, geralmente para instituições de saúde mental locais ou para profissionais com formação em saúde mental.

Entre 1997 e 2006, os clínicos gerais do Austral prestaram cuidados de saúde mental a 3200 pessoas. Incluindo famílias, cerca de 12 000 pessoas beneficiaram do serviço. Entre aquelas que receberam tratamento no Austral, 80% têm permanecido estáveis na comunidade.

Desde a implementação do modelo, apenas 5% dos pacientes com perturbações mentais têm necessitado de cuidados num hospital psiquiátrico. Muitos têm sido referenciados de volta para o serviço de cuidados primários depois de a sua situação se estabilizar.

Nível de satisfação dos pacientes

Como resultado do programa a auto-estima e a independência dos pacientes têm melhorado. Muitos são agora vistos pelas suas famílias e comunidades como indivíduos funcionantes e capazes.

6. Conclusão

Na Província de Neuquén na Argentina, clínicos gerais de cuidados primários dirigem o processo de diagnóstico, tratamento, e reabilitação dos pacientes com perturbações mentais graves. Os pacientes recebem tratamento em regime de consulta externa nas suas comunidades, onde

podem usufruir do apoio da sua família, amigos, ambiente circundante familiar, e serviços comunitários. Psiquiatras e outros especialistas de saúde mental estão disponíveis para rever e aconselhar em relação a casos complexos.

A integração da saúde mental nos cuidados primários na Província de Neuquén foi impulsionada por considerações práticas, teóricas e de direitos humanos.

- Ao nível prático, havia uma grande falta de especialistas de saúde mental, enquanto clínicos gerais de cuidados primários eram relativamente abundantes. Através da melhoria das capacidades destes clínicos gerais (com a ajuda inicial de formadores de fora da província), os especialistas de saúde mental locais conseguiram passar a utilizar melhor o seu tempo, ocupando-se apenas dos casos mais complexos. Mais importante ainda, isto permitiu a muito mais pessoas ter acesso a tratamento para perturbações mentais.
- Ao nível teórico, todos os pacientes são agora examinados e tratados de forma holística, com a devida consideração de questões tanto de saúde física como mental. A maior parte dos clínicos gerais reconhecem que esta abordagem tem produzido melhores resultados de saúde para os seus pacientes.
- De uma perspectiva de direitos humanos, a abordagem orientada para a comunidade é humana e mostra respeito pelas dignidade e direitos humanos das pessoas. Antigamente, a maior parte das pessoas com perturbações mentais graves eram enviadas para longe de casa para cuidados institucionais de longo-prazo. Muitos pacientes eram institucionalizados em vez de serem tratados, e perdiam contacto com as suas famílias e comunidades.

Serviços de reabilitação baseados na comunidade complementam os cuidados primários para a saúde mental. Os dois componentes dos serviços estão muito interligados: os profissionais de saúde do centro de reabilitação com base na comunidade (o Austral) são responsáveis pela formação e supervisão de clínicos gerais de cuidados primários. Pacientes difíceis de tratar são enviados para o Austral para avaliação e tratamento – os cuidados hospitalares são reservados como uma última instância. Muitos clínicos gerais de cuidados primários passam períodos longos no Austral, onde prestam cuidados de saúde física e mental e adquirem também experiência valiosa no tratamento de perturbações mentais sob a supervisão de um psiquiatra.

Lições-chave aprendidas

- Nos locais em que há poucos especialistas de saúde mental, eles podem ser utilizados de uma maneira mais eficaz através de uma refocalização do seu trabalho de cuidados clínicos para formação, supervisão e gestão de casos complexos.
- Com formação e apoio continuado, os clínicos gerais podem prestar cuidados de saúde mental integrados.
- O empenho político ao mais alto nível e o estabelecimento de uma comissão nacional de saúde mental contribuíram para o sucesso deste esforço de integração.
- Médicos de cuidados primários identificaram a importância de cuidados primários para a saúde mental, e a partir daí tornaram-se extremamente activos e entusiásticos em relação à reforma em geral.
- Ampliar e reforçar a formação de saúde mental para internos e clínicos gerais de cuidados primários foi essencial para o sucesso do programa.
- Cuidados primários integrados são importantes, mas são mais eficazes quando complementados por reabilitação baseada na comunidade. Neste exemplo, clínicos gerais de cuidados

primários lideraram a criação de um importante programa baseado na comunidade – o Austral – que resultou em menos recaídas e melhorou a qualidade de vida dos pacientes.

- Como já demonstrado neste exemplo, a colaboração entre o sector de saúde público (centros de cuidados primários) e uma organização não governamental parcialmente financiada pelo estado (o Austral) pode ser eficaz na prestação de cuidados de saúde mental abrangentes.
- A reabilitação baseada na comunidade deu dividendos, do ponto de vista social e económico. Os pacientes tinham recaídas menos frequentemente e assim precisavam de menos cuidados hospitalares; alem disso, os pacientes mantiveram-se integrados com as suas famílias e amigos e foram capazes de iniciar projectos que geram rendimentos.
- Os peritos vindos de fora da Argentina foram úteis na partilha de experiências e na formação. No entanto, foi importante eles não terem tentado impor as suas opiniões ou ditar soluções à equipa de saúde local.

Referências – Argentina

Este exemplo de boa prática baseia-se fortemente em dois artigos publicados no *International Journal of Mental Health*:

- Collins PY et al. Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquén, Argentina. ***International Journal of Mental Health,*** 1999, 28:3–16.
- Collins PY et al. Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. ***International Journal of Mental Health***, 1999, 28:17–24.

Outras referências usadas:

1 ***Argentina.*** United Nations Population Fund (http://www.unfpa.org/profile/argentina.cfm, accessed 1 May 2008).

2 ***2006 World Development Indicators***. Table 2.3 employment by economic activity. World Bank, 2006 (http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/Table2_3.htm, accessed 1 May 2008).

3 ***Mortality country fact sheet 2006.*** World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_amro_arg_argentina.pdf, accessed 1 May 2008).

4 ***Health in the Americas Volume II.*** Washington, DC, Pan American Health Organization, 2007.

5 Di Marco G. Prevalence of mental disorders in the metropolitan area of the Republic of Argentina (Prevalencia de desordenes mentales en el area metropolitana de la Republica Argentina). ***Acta Psiquiatrica y Psicologica de America Latina***, 1982, 28:93–102.

6 ***Mortality statistics of the National Programme of Statistics of Health (PNES).*** Buenos Aires, Argentina Ministry of Health, 2004.

7 Collins PY. Waving the mental health revolution banner: Psychiatric reform and community mental health in the Province of Rio Negro. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A, eds. ***Innovative mental health programs in Latin America and the Caribbean.*** Washington, DC, Pan American Health Organization, 2008:1–32.

8 ***Regional core health data initiative: technical health information system***. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2007.

9 Lumerman J, personal correspondence, 2007.

AUSTRÁLIA

Cuidados de saúde mental integrados para pessoas idosas em práticas de clínica geral em zonas centrais degradadas de Sydney

Resumo do caso

Este exemplo Australiano demonstra como cuidados primários para a saúde mental podem ser prestados em perfeita continuidade de cuidados a idosos. Clínicos gerais prestam cuidados primários para a saúde mental, e enfermeiros psico-geriátricos comunitários, psicólogos e psiquiatras geriátricos prestam aconselhamento e apoio quando necessário. A chave deste modelo são cuidados apoiados, colaborativos e partilhados entre cuidados primários, serviços comunitários e serviços especializados, que incluem cuidados comunitários para idosos, medicina geriátrica e psiquiatria para idosos. Ao longo do tempo, os clínicos gerais têm vindo a precisar de menos aconselhamento e apoio, e têm tido melhores resultados em termos da manutenção da continuidade de cuidados.

1. Contexto nacional

O contexto nacional da Austrália está resumido na Tabela 2.4. A sua população consiste principalmente de descendentes dos colonos da época colonial e de imigrantes vindos após o estabelecimento da Federação, cerca de 90% de descendência Europeia. A população indígena – Aborígenes e habitantes das Ilhas do Estreito de Torres – representam apenas 2,2% da população Australiana.[1] Estes são os grupos mais desfavorecidos da sociedade Australiana.[2] O inglês é a língua nacional. A Austrália tem uma economia mista cujo principal sector de emprego e rendimento é o sector de serviços. Apesar da pobreza extrema (viver com menos de um $1 dólar Americano por dia) ser praticamente inexistente na Austrália, 14% da população Australiana vive abaixo da linha da pobreza estabelecida nacionalmente.[3]

Tabela 2.4 Austrália: síntese do contexto nacional

População: 20,2 milhões (88% urbana) [a]
Taxa de crescimento anual da população: 1,2% [a]
Taxa de fertilidade: 1,7 por mulher [a]
Taxa de literacia adulta: 99% [a]
Rendimento nacional bruto *per capita*: Paridade de Poder de Compra Internacional: $30 610 [a]
População a viver com menos de $1 dólar Americano por dia: dados não disponíveis ou não aplicável [a]
Grupo de rendimento do Banco Mundial: economia de alto rendimento [b]
Índice de Desenvolvimento Humano: 0,962; lugar 3/177 países [c]

Fontes:

[a] Estatísticas de Saúde Mundiais 2007, Organização Mundial de Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, acedido em 9 de Abril de 2008).

[b] Country groups (http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html, acedido a 9 de Abril de 2008).

[c] O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador desenvolvido pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, que combina três dimensões de desenvolvimento: uma vida longa e saudável, conhecimento, e um nível de vida decente. Ver Statistics of the Human Development Report. United Nations Development Programme (http://hdr.undp.org/en/statistics/, acedido a 9 de Abril de 2008).

2. Contexto de Saúde

A população Australiana tem um bom estado de saúde geral (ver Tabela 2.5), com as excepções notáveis das populações Aborígenes e dos habitantes das Ilhas do Estreito de Torres. De resto, o padrão de doenças é semelhante ao de outros países desenvolvidos, com taxas mais altas de doenças cardíacas, AVC, e cancro.[4, 5]

Tabela 2.5 Austrália: síntese do contexto de saúde

Esperança de vida à nascença: 79 anos para homens/84 anos para mulheres
Despesas totais de saúde *per capita* ($ Internacional, 2004): 3123
Despesas totais de saúde como percentagem do PIB (2004): 9,6%

Fonte: Estatísticas de Saúde Mundial 2007, Organização Mundial de Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, acedido a 9 de Abril de 2008.

Os cuidados de saúde são prestados e financiados por um conjunto de contribuições federais, estatais, e privadas. Os clínicos gerais prestam a maior parte dos cuidados primários. O pagamento é efectuado através de reembolsos por parte do governo através do sistema especial de "*bulk billing*", seguros de saúde privados, pagamento directo pelos pacientes, ou uma combinação destes modos de pagamento. Medicamentos receitados por médicos e dispensados na comunidade por farmácias independentes do sector privado são subsidiados directamente pelo Esquema de Benefícios Farmacêuticos da *Commonwealth*. Hospitais públicos (financiados pelos governos dos estados) fornecem medicamentos grátis a pacientes internados.

Saúde mental

Em 1992, foi aprovada uma política de saúde mental importante que mudou a abordagem dos cuidados de saúde mental de serviços institucionais para serviços orientados para a comunidade[6]. A política de saúde mental estabeleceu uma base legal para a protecção dos direitos e liberdades civis das pessoas com perturbações mentais consistente com a estabelecida na declaração dos Ministros de Saúde Australianos sobre direitos e responsabilidades de saúde mental e na Resolução das Nações Unidas sobre a protecção dos direitos de pessoas com doenças mentais. A política também defendeu a posição de que os serviços de saúde mental devem ser parte do sistema de saúde geral, incluindo cuidados primários. Como tal, tornou necessária uma nova relação entre serviços de saúde mental e o sector de saúde mais geral.

3. Cuidados primários e a integração da saúde mental

Os cuidados primários são o ponto de primeiro contacto com os serviços de saúde formais e ocorre através da clínica geral, serviços de saúde comunitários e farmácias. A clínica geral é agora vista como uma especialidade médica equivalente às outras especialidades. Há uma ênfase nas relações continuadas entre prestadores e consumidores de serviços durante longos períodos de tempo, e na detecção precoce, prevenção de doenças e programas de saúde populacional incluindo promoção da saúde. Os cuidados primários são financiados principalmente através de *Medicare*, um sistema de financiamento de cuidados de saúde financiado pelo governo. As pessoas que preenchem os critérios requeridos têm direito a acesso gratuito a um clínico geral, e podem aumentar o seu leque de escolhas através de seguros de saúde privados adequados às suas necessidades.

A política de saúde mental estabelece a necessidade da existência de um programa de saúde mental identificável e integrado dentro do serviço de saúde geral. A política reconhece que os clínicos gerais são frequentemente o primeiro ponto de contacto para pessoas com perturbações mentais e que eles precisam de ser capazes de reconhecer estas, perturbações, gerir doenças, e, quando apropriado, referenciar as pessoas que delas sofrem para serviços de saúde mental especializados. A política também reconhece a necessidade de programas educacionais para clínicos gerais para prepará-los adequadamente para este papel.

Além da política de saúde mental, foi formulado um plano de implementação para o período até 2008. Algumas das estratégias chave do plano incluem:

- apoio continuado para programas existentes em que clínicos gerais e outros trabalhadores de cuidados primários (incluindo, por exemplo, enfermeiros comunitários, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros prestadores de saúde aliados) prestam cuidados de saúde mental à comunidade;
- o desenvolvimento de programas de cuidados primários em que os clínicos gerais e profissionais de saúde mental prestam cuidados de saúde mental em conjunto;
- fortalecer laços entre clínicos gerais e especialistas de saúde mental (tanto públicos como privados) para melhorar o suporte clínico de e acesso a psiquiatras privados, e protocolos de cuidados conjuntos;
- o desenvolvimento continuado de estratégias para reforçar o papel dos clínicos gerais e outros trabalhadores de cuidados primários na prestação de cuidados de saúde mental, particularmente em áreas rurais ou remotas.

Actualmente, todos os clínicos gerais na Austrália recebem formação de saúde mental ao nível da licenciatura e da pós-graduação, e todos os clínicos gerais devem ser capazes de lidar com problemas comuns de saúde mental da mesma forma que lidam com problemas físicos.

4. Boas práticas

Contexto local

Este exemplo descreve um serviço de saúde mental para idosos no Distrito de St. Vincent perto do centro de Sydney. Cerca de 13 000 pessoas com 65 ou mais anos de idade vivem neste distrito, incluindo pessoas que são sem-abrigo ou vivem em alojamentos do governo, albergues, ou lares para idosos; de origem Aborígene ou das Ilhas do Estreito de Torres; imigrantes não fluentes em Inglês; com VIH/SIDA; e sobreviventes do holocausto – muitas das quais têm um maior risco de terem problemas de saúde mental.

Um número significativo de pessoas idosas no distrito têm problemas de saúde mental e física, invalidez/incapacidade, limitações sociais, e mortalidade. Cardiopatia isquémica, acidentes vasculares cerebrais, diabetes, hipertensão, insuficiência renal, obesidade, insuficiência cardíaca e artrite são altamente prevalentes nesta população.

A maioria dos cuidados de saúde mental no distrito são ou auto-geridos ou prestados através de agências informais, incluindo organizações não-governamentais de carácter religioso. Algumas agências não relacionadas com a saúde e financiadas pelo governo operam sob os auspícios dos conselhos locais e/ou do governo estatal. Também existem pessoas que prestam cuidados de saúde mental informais a idosos, incluindo padres, pastores, rabis, polícias e outros líderes da comunidade.

Além desta rede informal, a prestação de serviços de saúde mental formais para idosos começam nos serviços de saúde gerais. É aqui que a maioria das pessoas procura ajuda, normalmente do seu clínico geral. Porque a escolha do clínico geral é da sua responsabilidade e não está associada ao local de residência, um certo nível de autonomia e confiança alivia algumas das barreiras tradicionais à procura de cuidados de saúde mental. Menos de 1% de todas as pessoas com problemas de saúde mental se apresentam directamente nos hospitais.

Descrição dos serviços disponíveis

O objectivo principal do programa estabelecido no distrito é identificar pessoas idosas com problemas de saúde mental e perturbações mentais, tão cedo quanto possível, e prestar tratamento, reabilitação e prevenção de recaídas apropriados, bem coordenados, e com base em dados científicos, no âmbito dos cuidados primários e em colaboração com outras agências. Os cuidados primários para a saúde mental de idosos são prestados principalmente por clínicos gerais, que são assistidos por enfermeiros psico-geriátricos comunitários e psicólogos, e apoiados por psiquiatras especializados em idosos quando necessário. A chave deste modelo é cuidados apoiados, colaborativos e/ou conjuntos entre cuidados primários, serviços comunitários e serviços especializados incluindo cuidados comunitários para idosos, medicina geriátrica e psiquiatria para idosos.

Os clínicos gerais têm um papel importante na identificação inicial das perturbações mentais de pessoas idosas. A sua avaliação forma a base para a gestão dos problemas de saúde mental

identificados, dentro de um modelo biopsicossocial de cuidados ensinado actualmente em todas as faculdades de medicina na Austrália.

Existe uma variedade de opções se os problemas estiverem além das capacidades do clínico geral. Um especialista de saúde mental para idosos pode ser contactado para consultoria. Em alternativa, o clínico geral poderá referenciar o paciente para uma equipa comunitária de saúde mental para idosos para assistência clínica. Isto poderá envolver necessidades específicas, tais como avaliações neuropsicológicas, terapia ocupacional ou serviços de reabilitação, ou requerimentos mais gerais, tais como cuidados e acompanhamento em conjunto do caso. Alternativamente, o clínico geral pode pedir uma avaliação especializada por um psiquiatra especializado em idosos, que pode ser realizada através de uma visita ao domicílio, uma consulta no gabinete de consulta do clínico geral, uma consulta em regime externo num centro comunitário ou num hospital, ou através de internamento num hospital se necessário, dependendo das necessidades do paciente e da abordagem mais apropriada identificada pelo clínico geral.

Para optimizar a experiência de continuidade de cuidados do paciente, o enfermeiro psicogeriátrico, o psicólogo e o psiquiatra tentam manter o seu envolvimento com o paciente tão reduzido quanto possível, dentro dos limites da avaliação e gestão necessárias, para facilitar o melhor resultado para o paciente. Isto é alcançado através da prestação de serviços fundamentais e limitados na sua duração, que são normalmente definidos pelo pedido do clínico geral, e acordados entre o clínico geral, o membro da equipa psicogeriátrica e o paciente, tão cedo quanto possível na fase de avaliação e planeamento da gestão do caso.

Em termos práticos, isto significa que o clínico geral tem a responsabilidade primária de organizar as investigações, receitar a medicação, monitorizar os progressos e identificar a necessidade de alterações no plano de gestão. Na Austrália, poucos clínicos gerais fazem visitas ao domicílio, portanto os pacientes são normalmente vistos no centro. O enfermeiro psicogeriátrico pode fazer visitas ao domicílio entre as consultas com o clínico geral, e os dois coordenam as suas actividades regularmente por telefone. Por outro lado, a enfermeira psicogeriátrica acompanha frequentemente os pacientes à consulta do clínico geral, particularmente nas etapas iniciais e críticas da gestão comunitária do caso.

Se o psiquiatra especializado em idosos está envolvido, o enfermeiro psicogeriátrico e o psiquiatra vão quase sempre ver o paciente juntos, independentemente do tipo de contexto. As vantagens desta abordagem são que:

- facilita o desenvolvimento de uma boa relação de confiança;
- reforça ainda mais a continuidade de cuidados;
- reduz o estigma de consultar um psiquiatra;
- ajuda o processo de recolha e troca de informação rigorosa;
- distribui de certa forma a carga dos cuidados;
- presta assistência com formação e supervisão.

Após o primeiro contacto com o paciente o psiquiatra contacta o clínico geral, frequentemente por telefone, e sempre por escrito. A comunicação com o clínico geral contém toda a informação que seria relevante e útil na prestação de cuidados de saúde mental à pessoa idosa. Descreve também de modo claro os detalhes do plano de gestão passo-a-passo, para que

possa ser iniciado, monitorizado, e ajustado apropriadamente pelo clínico geral. E, finalmente, a comunicação contém parâmetros claros em relação a quando o clínico geral deve considerar estratégias de gestão alternativas, e os detalhes dessas alternativas.

O processo de integração

Planear o serviço de saúde mental para idosos

O modelo foi estabelecido com base no princípio segundo o qual os cuidados de saúde mental para idosos deverão ser integrados nos cuidados primários como um meio de melhorar o acesso e reduzir o estigma. O modelo de cuidados e acompanhamento conjunto de caso foi promovido principalmente com base na sua acessibilidade, boa relação custo-benefício, e a continuidade e abrangência dos cuidados prestados.

As principais partes interessadas estavam envolvidas no processo. Um comité da área foi estabelecido pelo director de psiquiatria para desenvolver um plano estratégico. O plano definiu os serviços especializados de saúde mental para pessoas idosas como serviços multidisciplinares, centrados na comunidade e de referenciação secundária, para pessoas com 65 ou mais anos de idade, com um forte empenho na integração com os cuidados primários. Os clínicos gerais foram então contactados e informados de que iriam receber formação adicional numa área em que um número substancial dos seus pacientes precisavam de ajuda, mas em que eles como clínicos gerais não estavam bem treinados. Foram também informados de que poderiam contactar profissionais especializados na área para os ajudar nos casos complexos, e que poderiam encaminhar os seus pacientes que precisassem de cuidados mais especializados. O pagamento aos clínicos gerais seria feito na mesma base que a seguida no tratamento de qualquer outro problema de saúde. Todas estas razões fizeram o modelo atractivo para a maioria dos clínicos gerais.

A finalização do plano foi supervisionada por um comité incluindo representantes dos serviços comunitários e hospitalares da área, e um relatório foi submetido para aprovação junto do principal conselho administrativo da área.

Os clínicos especialistas e os administradores relevantes reuniram-se para discutir as opções possíveis de financiamento das recomendações do plano através do uso de recursos existentes e identificar formas de obter novos fundos. A discussão com financiadores foi facilitadas porque a política e o plano de saúde mental nacionais e estatais visavam a integração dos serviços de saúde mental nos cuidados de saúde gerais. O financiamento que foi pedido para a contratação de pessoal foi relativamente pequeno. Para a área geo-demográfica de 13 000 pessoas, o pedido incluía um psiquiatra consultor (0,5 equivalência de tempo inteiro; ETI), um psicólogo clínico (1,0 ETI), um enfermeiro clínico consultor (1,0 ETI) e um estagiário de psiquiatria (0,5 ETI).

Implementação do serviço

Apesar do entusiasmo dos profissionais de saúde que iriam prestar o serviço, assim como o empenho por parte dos administradores e financiadores, demorou quase cinco anos desde o estabelecimento do comité da área até à contratação do primeiro membro do pessoal.

A seguir à contratação do primeiro psiquiatra, foram realizadas uma nova série de reuniões para criar o plano de implementação. Estas reuniões incluíram consultas com o director da divisão de clínica geral e com o oficial de ligação para a saúde mental da divisão, o director

dos serviços de saúde comunitários da população geo-demográfica, o director da equipa de avaliação de cuidados comunitários para idosos, o director da equipa das enfermeiras comunitárias especializadas em demência, o director e o vice-director dos serviços de saúde mental, o director e o pessoal clínico dos serviços médicos geriátricos, o coordenador de serviços de saúde mental para idosos da área, o comité consultivo dos utentes de saúde mental, o director da equipa de crise e acompanhamento de casos de saúde mental para adultos, o director dos serviços de reabilitação de saúde mental e o director dos serviços de internamento de saúde mental. Além disso, foram organizadas reuniões com clínicos gerais da área.

Foi desenvolvido um plano estratégico para o desenvolvimento de serviços de saúde mental para idosos, que circulou entre todos para o envio de comentários. Este documento foi vital tanto para informar pessoas-chave sobre a direcção pretendida do desenvolvimento do serviço, bem como para obter apoio para este processo. Três meses após a contratação do psiquiatra consultor, um estagiário de psiquiatria (O,5 ETI) e um enfermeiro clínico especialista (1,0 ETI) foram também contratados. Um ano mais tarde, um segundo enfermeiro clínico especialista (1,0 ETI) foi contratado. Um ano depois disso, um psicólogo (0,8 ETI) foi contratado.

É importante referir que o horizonte temporal de cinco anos não foi o resultado de um comité pouco activo ou de resistência por parte do governo. O que esse horizonte reflecte é a realidade de que o planeamento e a implementação demoram tempo. Apesar de terem existido períodos em que os arquitectos do plano ficaram um pouco desencorajados e pensaram que o novo serviço talvez nunca viesse a ser realizado, a sua paciência e perseverança acabaram por ser recompensadas.

Formação para cuidados integrados de saúde mental para idosos nos cuidados primários

A maior parte da formação dos clínicos gerais ocorre através de conselhos verbais e escritos e da supervisão informal que recebem dos especialistas de saúde mental para idosos. Os clínicos gerais estão envolvidos de perto em cada avaliação e tratamento em que o serviço especializado está envolvido. Em casos mais complicados o psiquiatra descreve os detalhes passo-a-passo do plano de gestão, o qual é então iniciado, monitorizado e ajustado pelo clínico geral. Frequentemente, o paciente também será visto tanto pelo clínico geral como pelo profissional mais especializado numa única sessão. Desta maneira, o clínico geral ganha competências e experiência que são úteis não só para o tratamento desse paciente em particular, mas também para futuros cuidados de saúde mental para idosos. Claro que quando é necessária a referenciação o serviço especializado está disponível para assumir a responsabilidade do caso, mas apenas até que o paciente possa ser referenciado de volta para o nível dos cuidados primários.

Os clínicos gerais também beneficiam dos conhecimentos especializados dos profissionais de saúde mental para idosos através de reuniões conjuntas mensais que assumem diferentes formas, incluindo um *journal club*, apresentações de casos ou um seminário. A responsabilidade principal pela organização e selecção do conteúdo das reuniões é assegurada pessoalmente pelos clínicos gerais.

5. Avaliação/resultados

Como resultado deste modelo, os clínicos gerais e outros trabalhadores de cuidados primários desenvolveram capacidades na avaliação e gestão de idosos com problemas de saúde mental. Ao longo do tempo, eles têm precisado de menos conselhos e apoio, e têm conseguido melhores resultados em termos da manutenção da continuidade de cuidados.

Os especialistas de saúde mental para idosos têm notado uma redução substancial no número de pacientes de tipo "porta giratória" desde que os clínicos gerais começaram a assumir uma maior responsabilidade pelos cuidados de saúde mental de idosos.

6. Conclusão

Este exemplo mostra como um serviço especializado para pessoas idosas apoia e reforça as capacidades dos clínicos gerais para realizarem a sua função de prestação de cuidados de saúde geral de forma mais eficaz. Isto constitui não só um bom uso de recursos escassos, como é também melhor para os pacientes. Estes são tratados de forma global e não precisam de gastar o seu tempo e recursos indo a cuidados de saúde mental especializados a não ser que isso seja absolutamente necessário.

Lições-chave aprendidas

As lições deste exemplo estão enunciadas em baixo.

- É um mito que os serviços especializados sejam "melhores" serviços. Pelo contrário, cuidados holísticos acessíveis a pessoas idosas são "melhores" cuidados – desde que os profissionais de cuidados primários estejam bem treinados e tenham supervisão.
- Quando os especialistas de saúde mental de facto se envolvem neste processo, é crucial que trabalhem de perto com os profissionais de cuidados primários, o que facilita a continuidade dos cuidados e permite aos profissionais de cuidados primários desenvolver competências importantes.
- Mesmo num país de alto rendimento, estabelecer um serviço de saúde mental integrado pode exigir muito tempo. Perseverança e paciência são necessárias para persuadir as autoridades e obter os recursos necessários.
- A formação ocorre não só através de cursos formais onde as pessoas obtêm títulos ou diplomas, mas também através de interacção informal continuada com especialistas de saúde.

Referências – Austrália

1 *Year Book Australia, 2005*. Australian Bureau of Statistics (http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/94713ad445ff1425ca25682000192af2/23A92327D9F53633CA256F7200832F13?opendocument, accessed 9 April 2008).

2 Jones N. *Poverty and indigenous rights in Australia.* Report prepared for the Indigenous Peoples and Socioeconomic Rights Expert Workshop Commonwealth Policy Studies Unit, 20–21 March 2003 (http://www.cpsu.org.uk/downloads/Poverty%20and%20Rights.pdf, accessed 8 January 2008).

3 *Poverty and deprivation in Australia.* Australian Bureau of Statistics (http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/94713ad445ff1425ca25682000192af2/5d709b83b7f7c25eca2569de00221c86!OpenDocument#, accessed 9 April 2008).

4 *Australia's health*. Canberra, Australian Institute for Health and Welfare, 2006.

5 *Mortality country fact sheet 2006.* World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_wpro_aus_australia.pdf, accessed 12 April 2008).

6 *National mental health policy*. Canberra, Commonwealth of Australia, Department of Health and Aging, 1992.

BELIZE

Cuidados de saúde mental a nível nacional baseados nos distritos

Resumo do caso

Na década dos anos 90, Belize introduziu um programa em que profissionais de enfermagem psiquiátrica recebiam formação e eram integrados em cuidados de base comunitária. Apesar de operarem apenas ao nível distrital, estes profissionais realizam várias actividades de cuidados primários, incluindo visitas ao domicílio e formação de profissionais de cuidados primários.

A introdução de profissionais de enfermagem psiquiátrica em Belize tem facilitado numerosas melhorias: as admissões ao hospital psiquiátrico foram reduzidas; os serviços de consulta externa têm aumentado; e programas de prevenção e promoção de saúde mental baseados na comunidade foram montados e estão a funcionar.

Apesar de esta abordagem não ter ainda resultado num serviço de saúde mental totalmente integrado, uma série de lições importantes foram aprendidas. Em países onde há muito poucos especialistas de saúde mental treinados, uma abordagem com duas etapas, em que as capacidades dos clínicos gerais são melhoradas e cimentadas ao longo do tempo, pode ser mais apropriada do que tentar alcançar cuidados de saúde mental totalmente integrados numa só etapa.

A fase seguinte do programa irá reforçar as interacções directas dos profissionais de enfermagem psiquiátrica com profissionais de cuidados primários, para consciencializá-los e treiná-los na gestão de problemas de saúde mental nas suas praticas de clínica geral.

1. Contexto nacional

O contexto nacional do Belize está resumido na Tabela 2.6. É um país com numerosas culturas, línguas e grupos étnicos. O maior grupo étnico compreende Mestiços (49%) e Crioulos (25%).[1] É o único país da América Central em que o Inglês é a língua oficial.[2] A maioria dos seus cidadãos falam Inglês, enquanto grupos mais pequenos falam Crioulo, Espanhol e vários dialectos indígenas.[3] A taxa de literacia adulta, semelhante para homens e mulheres, é 77%.[4]

Tabela 2.6 Belize: síntese do contexto nacional

População: 270 000 (48% urbana) [a]
Taxa de crescimento da população anual: 2,3% [a]
Taxa de fertilidade: 3,0 por mulher [a]
Taxa de literacia adulta: dados não disponíveis [a]
Rendimento nacional bruto *per capita*: Paridade de Poder de Compra Internacional: $6740 [a]
População a viver com menos de $1 dólar Americano por dia: dados não disponíveis [a]
Grupo de rendimento do Banco Mundial: economia de rendimento médio-alto [b]
Índice de Desenvolvimento Humano: 0,778; lugar 80/177 países [c]

Fontes:

[a] World Health Statistics 2007, World Health Organization (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, acedido a 9 de Abril de 2008).

[b] Country groups (http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html, acedido a 9 de Abril de 2008).

[c] The Human Development Index (HDI) é um indicador, desenvolvido por United Nations Development Programme, combinando três dimensões de desenvolvimento: uma vida longa e saudável, conhecimento, e um nível de vida decente. Ver Statistics of the Human Development report. United Nations Development Programme (http://hdr.undp.org/en/ statistics/, acedido a 9 de Abril de 2008).

A economia do Belize tem dependido tradicionalmente da agricultura (em particular, bananas, açúcar e citrinos), mas está agora a diversificar-se na direcção do turismo, outras indústrias de serviços, a criação de camarões de viveiro e, mais recentemente, a exploração de petróleo[3].

De 1997 a 2000, Belize desenvolveu estratégias para realizar uma reforma do sector de saúde. Em 1998, o governo anunciou o Projecto de Reforma do Sector de Saúde como uma estratégia prioritária para melhorar o estado de saúde da população através do aumento da eficiência, equidade, e qualidade dos serviços de cuidados de saúde e da promoção de estilos de vida mais saudáveis[2].

Enquanto um progresso significativo se tem registado em vários dos indicadores sociais, a diminuição da pobreza continua a ser um grande desafio para o país. Os níveis de pobreza não mudaram entre 1996 e 2002, mantendo-se a 34%.[3,5]

2. Contexto de saúde

O estado da saúde em Belize é apresentado na Tabela 2.7. O país está a enfrentar novos desafios de saúde pública com uma prevalência crescente de doenças crónicas não transmissíveis. Entretanto, com a excepção de VIH/SIDA, as doenças transmissíveis estão a diminuir.[6] As causas principais de morte no país são doença cardíaca, complicações perinatais, AVC, infecções respiratórias inferiores, e acidentes de trânsito.[7]

O governo do Belize é o principal prestador de serviços de saúde e fornecedor de medicamentos. Os custos dos cuidados de saúde para os utentes dos serviços públicos de saúde são portanto mínimos. O sistema nacional de cuidados de saúde é baseado nos princípios de equidade, acessibilidade em termos de custo, qualidade, e sustentabilidade através de parceiras eficazes com outras entidades privadas e públicas.[6] O sector privado está a crescer, principal-

mente em áreas urbanas; os serviços de saúde são financiados directamente através de taxas de utente e através de seguros de saúde privados.

O número de profissionais de saúde tem aumentado durante a última década, devido principalmente à entrada de profissionais de saúde Cubanos e Nigerianos, na sequência de acordos de cooperação técnica. Mais de metade dos prestadores de cuidados Cubanos têm sido colocados em áreas rurais, trazendo pela primeira vez serviços continuados de saúde a comunidades remotas. Este programa permitiu ao Governo de Belize reduzir as desigualdades na distribuição de recursos de saúde e aumentar a acessibilidade de cuidados de saúde para a população geral.

Tabela 2.7 Belize: síntese do contexto de saúde

Esperança de vida à nascença: 67 anos para homens/74 anos para mulheres
Despesas totais de saúde *per capita* ($ Internacional, 2004): 339
Despesas totais de saúde como percentagem do PIB (2004): 5,1%

Fonte: World Health Statistics 2007, World Health Organization (http:// www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, acedido a 9 de Abril de 2008).

Saúde Mental

Há uma falta de dados epidemiológicos sobre as perturbações mentais em Belize na literatura acessível a nível internacional. Sabe-se, no entanto, que as consultas de saúde mental são motivadas principalmente por depressão clínica, perturbações psicóticas, perturbações de ansiedade, perturbações relacionadas com stress e abuso de substâncias aditivas. O consumo abusivo de álcool é visto como problemático para o país, particularmente entre os homens que bebem quatro vezes mais álcool que as mulheres.[8] A violência doméstica está a tornar-se rapidamente num problema de saúde pública. O número de casos aumentou durante o período de 2000 a 2006. Mais de 82% das vítimas eram mulheres e a maior parte dos casos ocorreram em áreas urbanas.[6]

O objectivo principal do programa de saúde mental é servir as necessidades de pessoas com perturbações mentais, melhorar a sua qualidade de vida, e criar redes que garantam a prestação de cuidados na comunidade. Os serviços são organizados e implementados através do Director de Serviços de Saúde do Ministério de Saúde, e administrados em quatro regiões geográficas.

O novo Governo do Belize planeia estabelecer um Departamento de Saúde Mental dentro do Ministério de Saúde, assim como unidades de saúde mental para doentes agudos e sistemas de apoio em todos os hospitais regionais.[9]

3. Cuidados primários e integração de saúde mental

A infra-estrutura de cuidados primários do Belize consiste em três policlínicas, 37 centros de saúde e 43 postos de saúde públicos rurais. Os centros de saúde prestam serviços ambulatórios, cuidados pré- e pós-natais, serviços de imunização, e educação de saúde geral. Além disso, são providenciados alguns serviços especializados em determinados centros de saúde. Estes incluem serviços de hipertensão, diabetes, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e de HIV/SIDA; referenciações e acompanhamento também são oferecidos. A maior parte dos centros providenciam também serviços junto da população através de equipas móveis que

visitam aldeias mais pequenas e remotas cada quatro a seis semanas. Estas equipas móveis representam cerca de 40% da prestação de serviços dos centros.

Os objectivos dos cuidados primários para saúde mental em Belize são:

- assegurar serviços de saúde mental acessíveis a comunidades urbanas e rurais;
- ajudar as pessoas e famílias durante as crises;
- prevenir ou reduzir os efeitos debilitantes das perturbações mentais;
- reduzir a necessidade de admissões hospitalares;
- identificar e tratar perturbações mentais numa fase precoce;
- usar os recursos humanos existentes para obter os maiores benefícios possíveis

4. Boas práticas

Contexto local

A prestação de cuidados de saúde é providenciada por uma rede de oito hospitais governamentais, incluindo um hospital de referenciação nacional e um hospital psiquiátrico, e cinco hospitais privados. Os oito hospitais públicos estão divididos em quatro regiões (Região Norte, Região Central, Região Oeste, e Região Sul). O Hospital Memorial Karl Heusner é o hospital de referenciação nacional e o hospital geral para a Região Central. A maior parte dos serviços de internamento psiquiátrico são prestados no Hospital Rockview, o hospital de saúde mental nacional, com sede na Região Central[6], e na ala psiquiátrica de agudos no Hospital Belmopan, localizado na Região Oeste. Dois enfermeiros psiquiátricos prestam serviços de saúde mental em sete dos oito hospitais distritais. Trinta e sete centros de saúde estão distribuídos pelo país, principalmente nas áreas rurais. Os centros têm um enfermeiro de saúde pública permanente, e são suplementados por serviços de saúde móveis, auxiliares de enfermagem comunitários, colaboradores voluntários e parteiras tradicionais.[6]

Descrição dos serviços disponíveis

O serviço de saúde mental tem uma orientação comunitária e presta cuidados de saúde mental preventivos, serviços ambulatórios, gestão da crise, consultadoria para escolas, e serviços e iniciativas junto da população. O serviço lida também com outros problemas de saúde pública, como tentativas de suicídio, violência doméstica, violação e aconselhamento pré- e pós-teste de VIH/SIDA.

Sete dos oito hospitais distritais têm pelo menos dois enfermeiros psiquiátricos disponíveis no hospital. Geralmente, um enfermeiro trata dos pacientes na clínica ambulatória no hospital, enquanto o outro presta serviços de cuidados primários para a saúde mental junto da comunidade, principalmente através de consultas móveis nos centros de saúde, visitas ao domicílio e outras actividades comunitárias. A presença de enfermeiros psiquiátricos nos hospitais ajuda a prestar cuidados de saúde mental a todos os pacientes que os necessitam. A Psiquiatria está lentamente a ganhar aceitação, e o papel do enfermeiro psiquiátrico está a expandir-se à medida que vão prestando aconselhamento a pacientes com perturbações mentais, vítimas de violência doméstica e violação, e a pessoas a serem testadas para VIH/SIDA, assim como respondendo a situações que tenham potencial stressante de causar problemas de saúde mental.

O psiquiatra visita os hospitais distritais numa base rotativa para fornecer supervisão, avaliar casos difíceis e dar palestras a profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde geral nos hospitais distritais.

Nos fins-de-semana e nos feriados públicos, é exigido que os profissionais de enfermagem estejam de chamada. Se necessário, o médico de emergência contacta-os. O psiquiatra consultor está de prevenção, sempre disponível por telefone. Em situações em que os enfermeiros não estão disponíveis, fazem-se previamente combinações para os pacientes serem vistos por enfermeiros comunitários. Em casos de emergência o psiquiatra recebe a primeira chamada.

Porque os enfermeiros psiquiátricos são parte das equipas distritais de saúde, têm relações directas com clínicos gerais, enfermeiros de saúde pública e auxiliares de enfermagem comunitários, todos eles podendo referenciar-lhe pacientes, e a quem dão formação em matéria de saúde mental. Apesar do hospital não ser tão próximo para a maioria das pessoas como o seu centro de saúde ou posto de saúde local, os pacientes não precisam de viajar longas distâncias para receber tratamento e cuidados porque os cuidados são prestados nos seus distritos. Os pacientes que não podem ir ao centro devido a dificuldades financeiras e/ou falta de meios de transporte são visitados pelos enfermeiros que integram as consultas móveis.

Dado que as consultas móveis são geridas conjuntamente com outros programas comunitários, os enfermeiros dão palestras informativas aos pacientes que frequentam as consultas por outras razões. Outros serviços de cuidados primários para a comunidade incluem visitas às escolas para dar apoio a professores e aconselhamento directo a crianças com problemas comportamentais, reuniões com assistentes de enfermagem comunitários, e formação contínua com prestadores de cuidados de saúde. Eles também educam a polícia sobre perturbações mentais. O trabalho com a polícia tem-se tornado importante, porque os polícias são chamados para assistir em situações que envolvem pacientes com perturbações mentais.

O processo de integração

A necessidade de reforma e a transição para um novo paradigma

Tradicionalmente, os serviços de saúde mental em Belize estavam concentrados na admissão de pacientes com perturbações mentais no Hospital Psiquiátrico de Rockview. Os pacientes com perturbações psicóticas tendiam a ficar internados por longos períodos, os cuidados eram compulsivos/custodiais, e a falta de pessoal e programas profissionais agravavam a situação.

A única consulta ambulatória de saúde mental do país estava localizada na Cidade de Belize, nas instalações do hospital geral. Os pacientes que requeriam cuidados tinham que viajar até à Cidade de Belize e se houvesse indicação para internamento eram enviados para o Hospital Psiquiátrico de Rockview. Os pacientes que eram admitidos a partir dos distritos eram reencaminhados de volta para os seus distritos quando tinham alta, e quando precisavam de seguimento tinham de viajar até à Cidade de Belize. Para os pacientes do distrito mais a Sul a viagem demorava entre oito a nove horas de autocarro e custava cerca de $10 em cada sentido. A equipa móvel da consulta ambulatória na cidade de Belize visitava cada distrito apenas uma vez – ou no máximo duas vezes – por ano. Estes factores influenciavam negativamente a adesão terapêutica dos pacientes, e consequentemente, as recaídas eram comuns. Além do mais, os serviços cobriam apenas psicoses e perturbações mentais graves, e não estavam habitualmente disponíveis para perturbações mais comuns, como a depressão.

Nessa altura, a equipa de saúde mental era formada por um psiquiatra, um enfermeiro prático, e um auxiliar psiquiátrico. O psiquiatra era normalmente de origem Britânica, a trabalhar com um contrato de dois anos como parte dos Serviços Voluntários de Além Mar (Volunteer Services Overseas—SVAM/VSO). O Serviço de Voluntários Além Mar era um programa em que profissionais Britânicos e Europeus viajavam para países em desenvolvimento para prestar serviços comunitários. Geralmente, eles vinham para preencher um défice de profissionais numa determinada área do país.

Em 1992, um novo paradigma de saúde mental foi introduzido em Belize. O Ministério da Saúde foi confrontado com o dilema de como desenvolver serviços de saúde mental de boa qualidade, mais disponíveis e acessíveis dentro do contexto de um serviço de saúde mental altamente centralizado e uma falta de profissionais de saúde mental qualificados. O Ministério considerou duas opções.

A primeira opção era dar formação em competências básicas de saúde mental a todos os profissionais de cuidados primários nos 37 centros de saúde pública e 43 postos de saúde pública. As principais vantagens desta abordagem teriam sido que a saúde mental estaria disponível onde quer que se prestassem cuidados de saúde e, portanto, ficaria integrada e perto das casas das pessoas. As principais desvantagens residiam no facto de que dar formação a todos os profissionais de cuidados primários teria sido uma tarefa muito difícil para o número limitado de profissionais de saúde mental existentes no país; e que, por outro lado, as consultas já estavam sobrecarregadas e juntar responsabilidades adicionais poderia resultar no negligenciar dos pacientes. Por outro lado ainda, tendo examinado exemplos de cuidados primários para a saúde mental em outros países em desenvolvimento, o Ministério concluiu que, a não ser que se assegurasse supervisão e apoio aos clínicos gerais, os cuidados de saúde mental não seriam sustentáveis e o investimento em formação seria desperdiçado.

A segunda alternativa era dar formação aos profissionais de enfermagem psiquiátrica, o que seria um passo importante na direcção de cuidados de saúde mental totalmente integrados ao nível de cuidados primários. Com este modelo, mesmo que os cuidados de saúde mental não estivessem disponíveis em cada posto ou clínica de saúde, a acessibilidade seria melhorada. Além do mais, a necessidade de cuidados custodiais de longa permanência seriam reduzidos drasticamente através da descentralização dos cuidados de saúde mental para os hospitais distritais e para os serviços ambulatórios no hospital em cada distrito. Profissionais psiquiátricos em cada distrito poderiam coordenar com as centros e os postos de saúde para que os cuidados de saúde mental se tornassem uma parte integral dos cuidados de saúde distrital em vez de requererem referenciação para a Cidade de Belize. Além disso, os profissionais de enfermagem psiquiátrica poderiam treinar os clínicos gerais no seu distrito a identificar e referenciar as perturbações mentais. Ao fim de algum tempo, os clínicos gerais poderiam tratar pacientes com perturbações mentais sob a supervisão e apoio de profissionais de enfermagem psiquiátrica. Eles poderiam também realizar actividades de prevenção e promoção de saúde mental.

O Ministério da Saúde decidiu que era necessário desenvolver competências e conhecimentos especializados ao nível distrital antes de prosseguir para um serviço de cuidados primários totalmente integrado e assim escolheu a segunda opção. Apesar de operarem ao nível distrital, os profissionais de enfermagem realizariam várias actividades de cuidados primários, incluindo visitas ao domicílio e formação de clínicos gerais.

Formação e desenvolvimento de recursos humanos

Em 1992, o Ministério começou a formação de 16 profissionais de enfermagem psiquiátrica, que já eram profissionais num dos hospitais distritais. Eles completaram um programa de 10 meses na Escola de Enfermagem de Belize com a assistência de um profissional de enfermagem psiquiátrica do SVAM/VSO.

O programa foi financiado pela Agência Canadiana de Desenvolvimento Internacional (CIDA/ /ACDI) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO/OPAS). Depois da formação terminar, os enfermeiros voltaram para os seus distritos onde estabeleceram uma presença permanente de serviços de saúde mental. A sua presença significou cuidados de saúde mental mais organizados e consistentes, e serviços com uma forte orientação comunitária. Os profissionais de enfermagem psiquiátrica foram destacados para realizar consultas, visitas ao domicílio e nas ruas, assim como educação sobre saúde mental em escolas e na comunidade.

Porque a formação inicial foi uma iniciativa realizada apenas uma vez, o número de profissionais de enfermagem psiquiátrica diminuiu lentamente devido a reforma, mudanças de emprego e promoções. Ao mesmo tempo, a procura de serviços aumentou à medida que os pacientes se sentiram mais confortáveis com a frequência de consultas a nível distrital. Como resposta a estas condições 13 novos profissionais de enfermagem psiquiátrica receberam formação em 2004.

A introdução do programa Nações para a Saúde Mental, da OMS, em 2000 - 2001, prestou um apoio importante a Belize com a mudança no sentido de cuidados de saúde mental baseados na comunidade e mais integrados. Foram realizadas reuniões de trabalho para clínicos gerais, enfermeiros de saúde pública, parteiras, e auxiliares de enfermagem comunitários, e foram produzidos materiais de formação para reforçar o serviço de saúde mental comunitário. A formação tirou a pressão de cima dos serviços de saúde mental especializados, porque alguns pacientes podiam agora ser acompanhados com sucesso por clínicos gerais.

O Belize tem uma relação continuada com a OPS/PAHO para a formação de profissionais de enfermagem psiquiátrica e outros profissionais de saúde, tendo também assinado um Memorando de Cooperação com o Centro de Saúde Homewood no Canadá, o qual tem providenciado computadores, acesso à Internet, livros e formação para enfermeiros psiquiátricos. Todas as despesas foram pagas pelo Centro de Saúde Homewood. Cerca de 75% dos profissionais de enfermagem psiquiátrica participaram em cursos oferecidos pelo Centro de Saúde Homewood e os seus conhecimentos e confiança na área de gestão de perturbações mentais e promoção de saúde mental comunitária têm aumentado. Além disso, todos os profissionais de enfermagem psiquiátrica recebem supervisão da parte de psiquiatras consultores.

Organizações não-governamentais locais

A Associação de Saúde Mental de Belize e grupos distritais dos utentes de saúde mental têm sido importantes defensores da saúde mental. A Associação de Saúde Mental é uma organização não-governamental registada que se dedica à consciencialização sobre questões relacionadas com o bem-estar mental, melhoria de serviços de saúde mental e advocacia a favor de pessoas com perturbações mentais e as suas famílias. A Associação de Saúde Mental desenvolveu-se a partir do Conselho Consultivo de Saúde Mental , que foi nomeado pelo Ministro da Saúde em 1997. Os grupos distritais de utentes de saúde mental, apesar de ainda se estarem a desenvolver,

têm sido importantes na captação de apoios para os serviços de saúde mental adicionais assim como na realização de campanhas, por exemplo para diminuir o estigma associado às perturbações mentais e defender a disponibilidade consistente de medicamentos psicotrópicos.

Fornecimento de medicação psicotrópica

Medicamentos psicotrópicos estão disponíveis em todos os hospitais distritais e em todas as policlínicas na Cidade de Belize; no entanto, a sua disponibilidade é intermitente e os pacientes precisam por vezes de comprar os seus próprios medicamentos. A farmacopeia nacional consiste numa lista essencial de psicotrópicos recomendados pela OMS; além disso, psicotrópicos mais recentes foram acrescentados recentemente.

Profissionais de enfermagem psiquiátrica receberam direitos especiais de receitar um conjunto limitado de medicamentos psicotrópicos. As receitas são revistas por um psiquiatra ou clínico geral.

Financiamento

Como é típico da maioria dos programas em Belize, o financiamento para os programas de saúde mental é normalmente insuficiente para cobrir todas as necessidades. Apoio adicional para a formação e as infra-estruturas tem sido fornecido através de acordos com outros governos e organizações.

5. Avaliação/resultados

Serviços disponíveis

Os serviços de cuidados primários para a saúde mental continuam a crescer. Até 2002, o número de casos tinha aumentado 25%. Mais de 14 000 pacientes foram vistos em 2006. A Figura 2.1 mostra o aumento do número de consultas entre 2001 e 2006.

Ao mesmo tempo, as admissões a hospitais psiquiátricos diminuíram. O número actual de pacientes internados flutua, em qualquer momento, entre 47 e 50 pessoas, consistindo principalmente de pacientes que não têm nenhum suporte familiar e prolongam a estadia no hospital. Anteriormente ao programa de cuidados ambulatórios, o número de pacientes internados oscilava entre 150 e 180 pessoas.

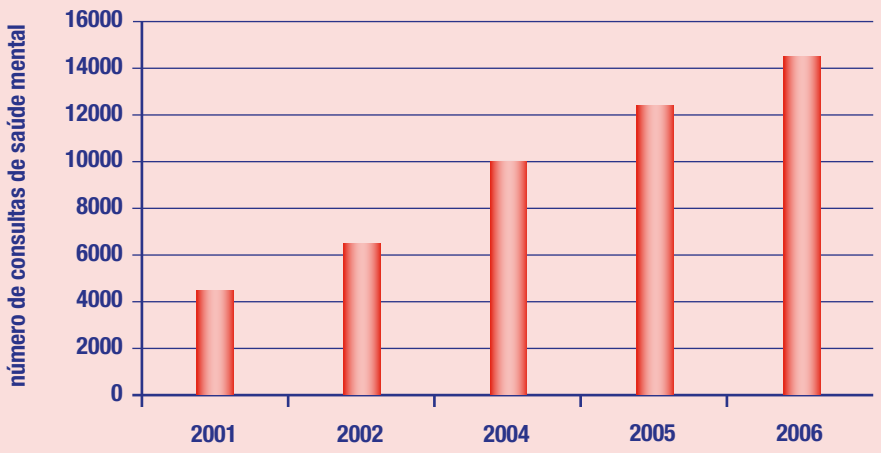
Entre os 29 enfermeiros que receberam formação para se tornarem profissionais de enfermagem psiquiátrica, 19 estão a trabalhar actualmente com o programa de saúde mental. Alguns reformaram-se, outros imigraram, um está a trabalhar em administração de enfermagem, e dois são conselheiros a tempo inteiro com o programa de VIH/SIDA.

Satisfação e competências do paciente/pessoal

Três anos após a implementação, a efectividade e impacto dos profissionais de enfermagem psiquiátrica foram avaliados. Os objectivos específicos do estudo foram:

- determinar quão adequado é o desempenho dos profissionais de enfermagem psiquiátrica;
- avaliar o impacto dos profissionais de enfermagem psiquiátrica nos serviços de saúde mental;

Figura 2.1 **Belize: número de consultas de saúde mental, 2001 a 2006**



- avaliar a auto-percepção da sua competência e a satisfação com o seu papel por parte dos profissionais de enfermagem psiquiátrica.

O desempenho foi examinado através da satisfação expressa pelos pacientes, a percepção em grupos de discussão, o conhecimento dos enfermeiros sobre medicação psicotrópica e os seus efeitos secundários, e as diferenças entre os profissionais de enfermagem psiquiátrica e um grupo de controlo para testar competências num formulário com cinco blocos.

Os resultados reflectiram a confiança e a satisfação dos pacientes com os profissionais de enfermagem psiquiátrica. A larga maioria dos pacientes inseridos na comunidade (95%) estavam satisfeitos com o serviço dos profissionais de enfermagem psiquiátrica e recomendá-los-iam (95%) a outros com problemas semelhantes. Mais de metade viam os profissionais de enfermagem psiquiátrica como a principal fonte de informação sobre a sua situação (57%) e medicação (60%). Em contraste, os pacientes contactaram os seus clínicos gerais menos frequentemente para estes serviços: apenas 18% para obterem informação sobre a sua doença, e 12% para obterem informação sobre medicamentos.

Os conhecimentos dos profissionais de enfermagem psiquiátrica sobre medicamentos psicotrópicos e os seus efeitos secundários também eram adequados, e o seu uso desta medicação para perturbações psiquiátricas comuns era apropriado.

O impacto dos enfermeiros nos serviços de saúde mental foi examinado através da percepção dos pacientes sobre a disponibilidade e acessibilidade dos mesmos. Os pacientes expressaram satisfação com o facto dos profissionais de enfermagem psiquiátrica por vezes fazerem visitas ao domicílio e de o serviço que os pacientes recebiam não estar limitado apenas às consultas no centro .

Os profissionais de enfermagem psiquiátrica achavam geralmente que o seu programa de formação os tinha preparado bem. Eles identificaram, no entanto, as seguintes barreiras quanto à implementação: falta de instalações e tratamento para saúde mental de adolescentes e crianças; poucos mecanismos para a resolução de conflitos envolvendo colegas; falta de transporte

para fazer visitas ao domicílio regulares; financiamento inadequado dos serviços; e outras dificuldades, tais como espaços inadequados e longas horas de trabalho. Muitos sentiam que estas barreiras eram parcialmente devidas ao facto de o seu papel ser muito novo ainda.

6. Conclusão

O programa de saúde mental comunitário de Belize providencia um serviço inestimável num país onde existem muito poucos psicólogos e psiquiatras. O sucesso do programa deve-se essencialmente ao acréscimo de profissionais de enfermagem psiquiátrica à sua supervisão contínua por parte dos psiquiatras, e à mudança para um modelo de cuidados de base comunitária. Os serviços de saúde mental são agora acessíveis e respeitam os direitos humanos dos pacientes, o que por sua vez fez com que as pessoas em Belize se sentissem mais confortáveis em procurar os serviços de saúde mental. O número reduzido de pacientes a residir no hospital psiquiátrico, o aumento simultâneo de pacientes a receber tratamento na comunidade e a gestão de pacientes com perturbações mentais nos hospitais gerais são marcos significativos. Dentro de um programa de saúde mental coordenado e abrangente, os profissionais de enfermagem psiquiátrica apresentam-se como uma grande esperança para o futuro da saúde mental no Belize.

Lições-chave aprendidas

A introdução de profissionais de enfermagem psiquiátrica tem facilitado numerosas melhorias: as admissões ao hospital psiquiátrico foram reduzidas; os serviços ambulatórios têm aumentado; e programas de prevenção e promoção de saúde mental com base na comunidade estão agora a funcionar.

Apesar desta abordagem não ter ainda resultado num serviço de saúde mental plenamente integrado, um número de lições importantes foram aprendidas. Em países onde há poucos especialistas de saúde mental qualificados, uma abordagem em duas etapas, em que as competências dos profissionais de cuidados primários são desenvolvidas ao longo do tempo, pode ser mais apropriada do que tentar alcançar cuidados de saúde mental plenamente integrados de uma só vez. Outras lições chave são enunciadas em seguida:

- A cobertura de tratamento para pessoas com perturbações mentais pode ser aumentada significativamente através da introdução de serviços de saúde mental ambulatórios acessíveis em termos de localização e custos;
- Profissionais de enfermagem podem ser formados para prestar cuidados de saúde mental eficazes, incluindo receitar medicação psicotrópica. Apesar de alguns pacientes precisarem de referenciação a psiquiatras, a vasta maioria dos casos pode ser geridos com sucesso por enfermeiros que receberam formação em psiquiatria;
- Profissionais de enfermagem psiquiátrica podem promover a consciencialização quanto a questões da saúde mental, tanto dentro do sector de saúde formal, como noutros sectores, como a educação e a justiça criminal;
- A existência de pelo menos dois profissionais de enfermagem psiquiátrica em cada distrito permite realizar actividades de promoção e prevenção de saúde mental juntamente com o tratamento de pacientes;
- Para atingir o objectivo de saúde mental plenamente integrada em todas os centros e postos de saúde, é primeiro necessário um grupo totalmente funcional e experiente de profissionais

de saúde mental a nível secundário com base nos distritos. Os profissionais de enfermagem psiquiátrica interagem directamente com os clínicos gerais para os consciencializar quanto a temas de saúde mental e lhes dar formação para gerirem estas mesmas questões nas suas consultas Esta abordagem está a dar dividendos, dado um número cada vez maior de clínicos gerais estar a lidar com casos menos complicados de pessoas com perturbações mentais;

- Usando uma abordagem gradual para a integração de saúde mental em cuidados primários, muitas pessoas estão a ser tratadas na comunidade em vez de em hospitais, e muitas pessoas que previamente não teriam recebido cuidados têm agora a possibilidade e a vontade de ter acesso aos serviços. Além do mais, estão a desenvolver-se conhecimentos especializados que irão facilitar enormemente a integração completa nos cuidados primários quando o país estiver para isso preparado.

Referências – Belize

1 Central Statistical Office. *Population census 2000: major findings.* Belize, Ministry of Budget Management, 2001.

2 *Belize*. United Nations Population Fund (http://www.unfpa.org/profile/belize.cfm, accessed 9 April 2008).

3 *Belize country brief.* World Bank (http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/BELIZEEXTN/0,,menuPK:322044~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:322034,00.html, accessed 9 April 2008).

4 *National health plan: health agenda 2007 – 2011*. Belize, Ministry of Health Belize, 2006.

5 *Poverty assessment report – Belize*. Kairi Consultants Ltd. (http://ambergriscaye.com/BzLibrary/trust495.html, accessed 9 April 2008).

6 *Health in the Americas: Belize situational analyses* (Vol. II; 88–101). Washington, DC, Pan American Health Organization, 2007.

7 *Mortality country fact sheet 2006*. World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_amro_blz_belize.pdf, accessed 15 April 2008).

8 *Gender alcohol and culture survey.* Belmopan, Belize Ministry of Health, 2005.

9 Ramos A. New legislature sworn in. *Belize News*, 14 March 2008.

Cuidados primários integrados para a saúde mental na cidade de Sobral

Resumo do caso

Os cuidados primários integrados para a saúde mental em Sobral, Brasil, resultaram de uma abordagem de cuidados colaborativa envolvendo serviços de saúde mental e serviços de saúde familiar. Profissionais de cuidados primários realizam avaliações de saúde física e mental para todos os pacientes. Eles tratam pacientes quando são capazes de o fazer, ou pedem uma avaliação por parte da equipa especialista de saúde mental, que faz visitas regulares aos centros de saúde familiar. Consultas conjuntas são realizadas por especialistas de saúde mental, profissionais de cuidados primários e pacientes. Este modelo não só assegura cuidados de saúde mental de boa qualidade, mas serve também como uma ferramenta de formação e supervisão através da qual os profissionais de cuidados primários adquirem competências que lhes permitem ter maior aptidão e autonomia na gestão de perturbações mentais.

Ao longo do tempo, os profissionais de cuidados primários têm-se tornado mais confiantes, eficientes e independentes na gestão das perturbações mentais dos seus pacientes. Sobral recebeu três prémios nacionais pela sua abordagem em relação à integração de saúde mental nos cuidados primários.

1. O contexto nacional

O contexto nacional do Brasil está resumido na Tabela 2.8. É a 11ª maior economia do mundo em termos de poder de compra e a décima maior economia nas taxas de trocas comerciais.[1] A sua economia é diversificada e caracterizada por grandes variações locais no nível de desenvolvimento. Pobreza crónica, especialmente nas áreas rurais, continua a ser um desafio para as políticas económicas e sociais do governo[2].

Tabela 2.8 Brasil: síntese do contexto nacional

População: 186 milhões (84% urbana) [a]
Taxa de crescimento anual da população: 1,5 % [a]
Taxa de fertilidade: 2,3 por mulher [a]
Taxa de literacia adulta:89% [a]
Rendimento nacional bruto *per capita*: Paridade de Poder de Compra Internacional: $8230 [a]
População a viver com menos de $1 dólar Americano por dia: 7,5% [a]
Grupo de rendimento do Banco Mundial: economia de rendimento médio-alto [b]
Índice de Desenvolvimento Humano: 0,800; lugar 70/177 países [c]

Fontes:

[a] World Health Statistics 2007, World Health Organization (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, acedido a 9 de Abril de 2008).

[b] Country groups. The World Bank (http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html, acedido a 9 de Abril de 2008).

[c] The Human Development Index (HDI) is an indicator, developed by the United Nations Development Programme, combinando três dimensões de desenvolvimento: uma vida longa e saudável, conhecimento, e um nível de vida decente. Ver Statistics of the Human Development report. United Nations Development Programme (http://hdr.undp.org/en/statistics/, acedido a 9 de Abril de 2008).

A população do Brasil é bastante diversa em termos étnicos e não está distribuída de forma uniforme pelo país fora. O português é a língua oficial, falada por quase toda a população.

2. Contexto de saúde

Os indicadores chave de saúde para o Brasil estão apresentadas na tabela 2.9. O país confronta-se com uma dupla carga emergente de doenças infecciosas e de doenças não-transmissíveis. As principais causas de morte são doença cardíaca e acidentes vasculares cerebrais, seguidos por situações peri-natais e violência.[3]

Tabela 2.9 Brasil: síntese do contexto de saúde

Esperança de vida à nascença: 68 anos para homens/75 anos para mulheres
Despesas totais de saúde *per capita* ($ Internacional, 2004): 1520
Despesas totais de saúde como percentagem do PIB (2004): 8,8%

Fonte: World Health Statistics 2007, World Health Organization (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, acedido a 9 de Abril de 2008).

Um novo sistema de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS)[4], foi criado pela Constituição de 1988, que terminou a ditadura que tinha existido desde 1964. O sistema de saúde baseia-se em três princípios: universalidade, equidade e abrangência. O SUS representa um grande avanço no sistema de saúde pública porque quase todos os 5600 municípios no país, incluindo nas áreas rurais, têm agora uma rede local de serviços de saúde, principalmente a nível dos cuidados primários.

Seguros de saúde privados também estão facilmente disponíveis e podem ser comprados numa base individual ou obtidos como uma parte do salário (os empregadores de maior escala oferecem normalmente benefícios de seguro de saúde privado).

Cuidados de saúde públicos ainda são acessíveis para as pessoas que escolhem obter um seguro de saúde privado. Em Março de 2007, mais de 37 milhões de Brasileiros tinham algum tipo de seguro de saúde privado.[5]

Saúde mental

Apesar de dados epidemiológicos nacionais não estarem disponíveis, estudos regionais indicam níveis elevados de perturbações mentais. Por exemplo, um estudo baseado na comunidade mostrou que 22% dos adultos sofriam no momento de uma perturbação mental. As perturbações mais prevalentes eram: dependência de nicotina (9%), perturbações de ansiedade (6%), perturbações afectivas (5%), abuso/ dependência de álcool (4%), e perturbações somatoformes (3%).[6] Resultados semelhantes foram obtidos noutros estudos regionais.[7,8]

Desde os anos 80, com o apoio do sector voluntário e da OMS/OPS, o sector de saúde mental começou a mudar, transitando de grandes hospitais psiquiátricos para serviços de saúde mental com base na comunidade chamados CAPS (Centros de Atenção Psicossocial, ou centros para cuidados psicossociais). Este modelo ainda está a evoluir e é impulsionado pela reorganização dos serviços, o reconhecimento dos direitos humanos de pessoas com perturbações mentais, e o desejo de prestar serviços de saúde mental equitativos[9]. Neste processo, o sistema de serviços de saúde mental tem, nalgumas regiões, mudado de um modelo vertical para um modelo quási-vertical, mas ainda não alcançou integração horizontal plena com os cuidados primários. O país está a investir na expansão dos CAPS através de todo o país; mais de 1000 CAPS já foram estabelecidos. Estes centros são a pedra fulcral da rede de serviços de saúde mental, que é formada por serviços ambulatórios, incluindo serviços ambulatórios especializados para crianças, utilizadores de substâncias aditivas, pessoas com perturbações mentais crónicas, e pessoas que receberam alta de um internamento numa instituição de saúde mental. Alguns destes centros oferecem também serviços de urgência 24 horas por dia, tratamento de dia, serviços de hospitalização parcial, e serviços de reabilitação psicossocial. É suposto que os CAPS trabalhem em colaboração com as equipas de saúde familiar, as unidades de saúde mental nos hospitais gerais, os serviços ambulatórios de saúde mental especializados, e com os serviços residenciais. Prevê-se que com a eficiência crescente da rede baseada na comunidade, os hospitais psiquiátricos tradicionais acabem por ser encerrados.

3. Cuidados primários e a integração da saúde mental

Até 1994, os cuidados primários no Brasil eram constituídos por Unidades de Saúde Básica, com profissionais divididos em equipas multidisciplinares. As consultas eram principalmente iniciadas pelos pacientes e centradas na resolução de problemas de saúde física imediatos. O SUS desenvolveu mais tarde um modelo inovador de prestação de serviços: a Estratégia de Saúde Familiar (ESF).[10] Cerca de 25 000 equipas (Equipas de Saúde Familiar: ESF) constituídas por clínicos gerais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e profissionais de saúde comunitários, foram criadas para prestar cuidados de saúde primários continuados baseados na comunidade. Espera-se que eles assegurem a gestão de 80% dos casos apresentados, incluindo o diagnóstico e o tratamento da maioria das doenças. As ESFs também apoiam a promoção da saúde e a prevenção de modo consistente com a Declaração de Alma Ata.

Cada ESF é responsável por 3000 a 4000 pessoas, ou 600 a 1000 famílias, de uma área geográfica definida. As famílias são registadas e intervenções dos serviços sociais estão incluídas entre as muitas responsabilidades dos ESFs. No entanto, a formação inadequada dos profissionais de

saúde a nível da licenciatura e pós-graduação tem limitado a implementação de intervenções dos serviços sociais.

Saúde mental

Uma lei federal estabelecida em 1999, relacionada com a reforma dos serviços de saúde mental no Brasil, sublinha que a população Brasileira tem o direito de ser tratada na comunidade.[11] A Política Nacional de Saúde Mental menciona especificamente a formação e a supervisão de profissionais de saúde geral em questões de saúde mental como uma prioridade estratégica para a integração da saúde mental nos cuidados primários.[12]

O ponto até ao qual a saúde mental é actualmente parte dos cuidados primários varia de município para município. Um modelo de integração que está a ser cada vez mais utilizado consiste em cuidados colaborativos entre profissionais de cuidados primários e de saúde mental através de uma rede (*matriciamento*). Neste modelo, formação e supervisão de saúde mental são prestadas por profissionais de saúde mental a uma rede extensa de ESFs com base em consultas conjuntas e intervenções multidisciplinares (ver boas práticas, abaixo).

4. Boas práticas

Contexto local

Sobral é uma cidade de cerca de 175 000 habitantes no estado de Ceará. O estado tem muitos habitantes a viver em estado de pobreza, estando, em termos de rendimento *per capita*, em 22º lugar no conjunto dos 27 estados Brasileiros[13]. Sobral está localizado na região nordeste do Brasil, a 222 quilómetros de Fortaleza, a capital do estado. A economia de Sobral é baseada tradicionalmente no comércio a na agricultura, mas a actividade industrial tem aumentado dramaticamente nos últimos 10 anos, causando a migração de antigos agricultores de pequenas aldeias rurais para Sobral para trabalharem na indústria de fabrico de sapatos.

Um estudo realizado em 2004, num distrito isolado de Sobral indicou que cerca de 60% dos pacientes de cuidados primários tinham perturbações mentais ou encontravam-se em sofrimento mental, e cerca de 40% tinham sintomas medicamente inexplicados.[14]

A *Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral* é formada por vários componentes.

- *Equipas de saúde familiar e de apoio de saúde mental em cuidados primários.* As equipas de saúde familiar (ESFs) são uma parte integral da rede de cuidados de saúde mental. Todos os casos não urgentes são primeiro vistos por ESFs, antes de eventualmente serem avaliados por uma Equipa de Apoio de Saúde Mental (EASM, ver abaixo) ou referenciados para um CAPS. O serviço desenvolveu a cobertura de 100% do território de Sobral, apesar de muitas ESFs estarem incompletas, precisando do apoio da parte dos médicos de família das áreas circundantes.
- *CAPS.* Sobral tem dois CAPS – um é especializado em abuso de substâncias aditivas e o outro está dedicado a todas as outras perturbações mentais, incluindo serviços para todas as faixas etárias. Os CAPS são principalmente responsáveis pelos cuidados de saúde mental especializados no município, incluindo consultas ambulatórias, cuidados de urgência de primeira linha, cuidados de dia intensivos e reabilitação psicossocial. Os CAPS estão

desenhados para cuidar de pessoas com perturbações mentais moderadas a graves, com ênfase nas segundas.

- *Unidade de cuidados psiquiátricos do hospital geral.* Se necessária, a hospitalização ocorre em um de dois *settings* diferentes: camas psiquiátricas numa unidade de medicina interna; ou numa unidade psiquiátrica, para os pacientes que apresentam um maior risco para si próprios e para terceiros. As famílias são encorajadas a acompanhar os pacientes durante o seu internamento. A duração média de internamento é tão breve quanto possível (cerca de oito dias, em média).
- *Casa terapêutica.* Quando o hospital psiquiátrico de Sobral foi encerrado (ver abaixo), foi criada uma casa para receber pacientes que não tinham apoio familiar. Esta casa, chamada de casa terapêutica, está desenhada no sentido de se assemelhar uma residência familiar típica.

Descrição dos serviços disponíveis

Quando os pacientes se apresentam aos profissionais de cuidados primários, eles recebem normalmente uma avaliação tanto do seu estado de saúde física como mental. Se os pacientes consultam por sua iniciativa porque acham que têm um problema de saúde mental que precisa de tratamento, o seu primeiro ponto de contacto é o profissional de cuidados primários. Os profissionais de cuidados primários tratam os pacientes com perturbações mentais se forem capazes, ou pedem uma avaliação ao EASM. Na maior parte dos casos, um pedido de assistência resulta numa consulta conjunta com o especialista da EASM – frequentemente, mas nem sempre, um psiquiatra, o profissional de cuidados primários e o paciente. Este modelo, que tem sido chamado de cuidados colaborativos ou cuidados de saúde mental partilhados, não só é importante para assegurar uma boa qualidade dos cuidados de saúde mental, mas também serve como uma ferramenta de formação e supervisão através da qual os profissionais de cuidados primários adquirem competências que lhes permitem tornar-se mais autónomos e competentes ao longo do tempo.

Outro recurso importante são os grupos terapêuticos comunitários. Estes grupos são oferecidos ao vasto número de pacientes que se apresentam em *settings* de cuidados primários com perturbações mentais ligeiras a moderadas. Os grupos terapêuticos são liderados por profissionais de saúde mental e cuidados primários, e os grupos de suporte são geridos por trabalhadores comunitários e participantes leigos. Existem muitos grupos terapêuticos comunitários espalhados por Sobral, e eles fornecem ao EASM um excelente recurso de referenciação.

O processo de integração

Movimento de reforma dos cuidados gerais de saúde

A necessidade de contacto entre os profissionais de saúde mental e as ESFs foi precocemente identificada durante a reforma dos cuidados de saúde em Sobral. Porque os cuidados primários enfatizavam fortemente os cuidados comunitários e familiares, tornou-se aparente a necessidade de ter mais conhecimento especializado num certo número de áreas, entre as quais a saúde mental. No entanto, nessa altura a maioria dos clínicos gerais de cuidados primários não viam a saúde mental como parte do seu papel. Apesar de alguma formação na área da psiquiatria fazer parte da formação médica, a informação fornecida não era facilmente aplicável na prática clínica dos cuidados primários.

Violações de direitos humanos num hospital psiquiátrico

Enquanto o movimento para integrar os serviços de saúde mental nos cuidados primários ganhava notoriedade, o encerramento de um hospital psiquiátrico regional funcionou como um catalisador adicional. Antes de 1999, a maior parte dos cuidados de saúde mental em Sobral eram prestados num hospital psiquiátrico privado. Este hospital, que era financiado pelo SUS, prestava cuidados de muito baixa qualidade. Em 1999, um paciente que tinha sido admitido a seguir a uma crise psicótica morreu no hospital com sinais de violência. A sua família exigiu uma indemnização, e com a ajuda de uma organização de direitos humanos pressionou o sistema de saúde municipal através dos meios de comunicação locais. O secretariado de saúde de Sobral investigou o caso e cancelou a licença do hospital. Isto levou ao encerramento do hospital em 2000. Nesta altura, a municipalidade foi forçada a encontrar uma alternativa, e daí veio o apoio político adicional para integrar a saúde mental nos cuidados primários.

A evolução de um modelo de consultas em conjunto para integrar a saúde mental nos cuidados primários

O modelo integrado específico para integrar a saúde mental desenvolveu-se com o passar do tempo. Em 2000, um único psiquiatra começou a visitar algumas ESFs para discutir casos e realizar consultas em conjunto. O que resultou em referenciações para os CAPS mais adequadas e apropriadas, em comparação com as de outros serviços de saúde familiar. Além disso, alguns pacientes que anteriormente teriam sido referenciados eram agora tratados na prática de saúde familiar, e cada vez mais pessoas com perturbações mentais estavam a ser identificadas e tratadas ou referenciadas. Clínicos gerais, enfermeiros, e profissionais de saúde comunitários passaram a estar mais sensibilizados e mais à vontade em relação às perturbações mentais dos seus pacientes. Em suma, tornou-se rapidamente claro que este modelo tinha potencialidade para ser aplicado de uma forma mais generalizada em todo o município.

Como resultado deste sucesso, mais psiquiatras começaram a visitar as ESFs. Um dado importante foi que estes psiquiatras também trabalhavam nos CAPS e no hospital e portanto beneficiavam directamente das referenciações mais apropriadas. O arranque das EASMs ocorreu assim de uma maneira natural e evolutiva, mas quando as pessoas se aperceberam das suas vantagens, o serviço foi alargado e formalizado. Este processo foi organizado e coordenado pela Rede de Saúde Mental, com o apoio da Secretaria de Saúde de Sobral e a sua equipa de coordenação de cuidados primários.

Em 2004, todos os serviços de saúde familiar eram visitados uma ou duas vezes por mês por psiquiatras. Além da discussão de casos e consultas em conjunto, as decisões sobre o tratamento de saúde mental dos pacientes começaram a ser tomadas a partir dos cuidados primários. Tanto os especialistas de saúde mental como as ESFs estavam satisfeitos com este novo modelo.

À medida que o modelo de cuidados primários se desenvolvia, outros profissionais de saúde mental, como psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, começaram a repensar os seus papéis em relação à ESF. Em 2005, foram formados pequenos grupos multidisciplinares que se tornaram responsáveis por um certo número de ESFs. Os profissionais ajustaram os seus horários para trabalharam num conjunto de centros de saúde familiar e para reorientarem as suas actividades de modo a apoiarem as ESFs.

Actualmente, as EASMs visitam habitualmente as ESFs pelo menos uma vez por mês. Os casos a serem vistos em conjunto são seleccionados pelos profissionais de cuidados primários, e são

normalmente pacientes com perturbações mentais que necessitam de tratamento. No início, pacientes com perturbações mentais comuns eram escolhidos para consultas em conjunto. No entanto, depois de algum tempo, os clínicos gerais dos cuidados primários começaram a gerir estes pacientes, e os pacientes com perturbações mentais mais complexas passaram a ser o foco das consultas em conjunto. Este modelo de cuidados foi visto como sendo de longe preferível e mais eficaz do que o modelo clássico de referenciação e contra-referenciação.[15] As consultas em conjunto também ajudaram a reduzir o *burn-out* nas ESFs, porque reduziram a carga resultante de se ter que resolver isoladamente todos os problemas de saúde mental dos pacientes.

Para pôr o novo sistema a funcionar, era necessário assegurar o empenho político do município para integrar os cuidados de saúde mental nos centros de saúde familiar. Realizaram-se reuniões para assegurar que o município estava a par de todos os desenvolvimentos em curso e que os apoiava. Se certas ESFs não estavam a colaborar plenamente, elas eram informadas pelas autoridades de que deviam assumir a responsabilidade pela saúde mental. As ESFs receberam a garantia de que seriam apoiadas de perto neste processo.

Também eram necessárias ligações fortes entre os serviços especializados e, mais uma vez, foi necessário organizar um certo número de reuniões consultivas para assegurar que estas conexões estavam estabelecidas. Foi também necessário desenvolver uma excelente relação de trabalho com o sistema hospitalar de urgências para assegurar que os pacientes que não podiam ser geridos na comunidade poderiam encontrar respostas adequadas. Além disso, as ESFs precisavam de ter garantias de que os serviços de nível secundário aceitariam referenciações de todos os pacientes que necessitassem deste nível de cuidados.

Enquanto alguns municípios no Brasil não autorizam os médicos de família a receitar medicamentos psicotrópicos das farmácias públicas (e gratuitas), os responsáveis pelo planeamento do serviço de saúde mental integrado em Sobral aprovaram a prescrição dessa medicação por parte dos médicos de família, aumentando desta forma as suas opções de tratamento. Esta autorização foi fundamental para o sucesso do serviço integrado.

Formação

Além de consultas e intervenções em conjunto com as ESFs, outros métodos de formação foram utilizados. Uma abordagem semelhante de consulta em conjunto foi iniciada para profissionais de saúde em formação pós-graduada (por exemplo, internatos e cursos de especialização). Cursos curtos de sensibilização foram também realizados para profissionais de saúde mental e saúde familiar para mostrar a importância da saúde mental nos cuidados primários e do trabalho das EASMs. Apesar destes curtos cursos de formação terem sido essenciais para ajudar a superar receios iniciais em relação às perturbações mentais, foi necessário seguimento posterior através de supervisão e apoio regulares.

5. Avaliação/resultados

Porque a experiência em Sobral foi-se criando ao longo do seu desenvolvimento em vez de ter sido deliberadamente planeada, não se realizaram avaliações formais. O sucesso do projecto é assim principalmente baseado em relatos parcelares, com muitas indicações de que as ESFs se tornaram mais confiantes, eficientes e independentes na gestão dos problemas de saúde mental dos seus pacientes. Algumas pequenas avaliações qualitativas e quantitativas foram

realizadas. Por exemplo, um pequeno estudo de caso controlo descobriu que não havia nenhuma mudança significativa no perfil dos pacientes referenciados para os CAPS. No entanto, o serviço era capaz de tratar e manter mais pacientes com sintomas moderados a graves do que conseguia anteriormente.[16]

Alem disso, Sobral recebeu três prémios nacionais pela sua abordagem na integração da saúde mental nos cuidados primários: do Ministério da Saúde[13]; da indústria farmacêutica com o apoio da Associação Psiquiátrica Brasileira[17]; e de uma revista de saúde escrita para a população geral.[18]

Dois outros municípios no Brasil, Macaé e Petrópolis, implementaram modelos de cuidados colaborativos semelhantes e realizaram avaliações dos seus serviços. Em Macaé, o número de hospitalizações desceu para um terço dos níveis anteriores.[19] Em Petrópolis, os internamentos hospitalares foram reduzidos em 45% e os casos de urgência diminuíram em 33%. Depois de três anos, pelo menos 50% dos pacientes com medicação psicofarmacológica e suporte psicoterapêutico estavam a ser tratados pelas ESFs. Os pacientes com sintomas não explicáveis medicamente eram melhor compreendidos e geridos pela equipa inter-disciplinar do que antes da introdução do modelo de cuidados colaborativos, e pacientes com doenças crónicas como diabetes e hipertensão tinham melhorado a adesão ao tratamento.[20]

Opiniões dos médicos de família e dos pacientes

Uma estudo qualitativo em Sobral indicou que os médicos de família demonstravam boas competências de diagnóstico e tratamento para a depressão e as perturbações de ansiedade. Médicos de família relataram que as EASM tinham um papel extremamente importante no seu desenvolvimento como prestadores de cuidados de saúde abrangentes, e expressavam mais auto-confiança em gerir casos de perturbações mentais comuns sem referenciação para os cuidados especializados.[21]

É de notar que os médicos de família também relataram que, no geral, as suas perícias de comunicação com os pacientes tinham melhorado, incluindo escuta activa e empatia, comunicar diagnósticos, e lidar com famílias disfuncionais com ou sem violência doméstica.

Nos três municípios as seguintes observações foram feitas:

- Os profissionais de saúde familiar e os membros da comunidade estão lentamente a mudar os preconceitos e o estigma acerca da "loucura". Eles estão a aceitar cada vez mais pessoas com perturbações mentais, tornando assim mais fácil tratar e integrar estes pacientes;
- Utentes que nunca tinham tido acesso a tratamento e que, em muitos casos, estavam presos a nível privado estão a iniciar tratamento nas suas comunidades;
- Os utentes recebem melhores cuidados porque, além de melhor tratamento médico, eles também têm agora acesso a terapia de grupo com base na comunidade;
- Os profissionais de saúde estão a seguir melhores práticas de prescrição, tais como um uso mais limitado de benzodiazepinas;
- O seguimento organizado de pacientes tem melhorado, assegurando continuidade de cuidados e melhorando a eficiência de tratamento;

- Os profissionais de saúde familiar estão sempre a melhorar o seu conhecimento através de troca de informação continuada com os profissionais de saúde mental e através de actividades de formação.

6. Conclusão

As Consultas em conjunto têm permitido aos clínicos gerais dar resposta às necessidades de saúde mental dos pacientes e prestar cuidados integrados e holísticos. Os profissionais de cuidados primários tratam os pacientes quando se encontram capazes de o fazer ou pedem uma avaliação por parte das equipas de saúde mental especializadas, que fazem visitas regulares aos centros de saúde familiar. As consultas em conjunto entre especialistas de saúde mental e profissionais dos cuidados primários têm ajudado a melhorar os cuidados de saúde mental, e também permitido aos profissionais de cuidados primários adquirir competências importantes. Ao longo do tempo, os profissionais dos cuidados primários têm-se tornado mais confiantes, eficientes, e independentes na gestão dos problemas de saúde mental dos seus pacientes.

Lições-chave aprendidas

- A reforma geral de saúde representou uma oportunidade e deu um estímulo importante para a integração da saúde mental nos cuidados primários. Preocupações quanto às violações dos direitos humanos em hospitais psiquiátricos encorajaram o processo ainda mais.
- Os cuidados de saúde mental integrados resultaram de uma abordagem de cuidados colaborativos envolvendo tanto serviços de saúde mental como serviços de saúde familiar. Esta integração foi facilitada por uma equipa móvel de saúde mental.
- Equipas de apoio de saúde mental podem incluir psiquiatras, psicólogos, enfermeiros psiquiátricos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, dependendo das necessidades.
- Equipas de apoio de saúde mental devem visitar regularmente unidades de cuidados primários e trabalhar num modelo de consultadoria e ligação.
- Consultas em conjunto podem ser utilizadas de maneira efectiva para a educação contínua em saúde mental das equipas de cuidados primários, permitindo que, além de cursos teóricos curtos, seja também dado treino prático.
- Os profissionais de saúde mental podem ser uma fonte de apoio para as equipas de saúde familiar à medida que estas se ajustam aos seus novos papéis.
- Os grupos são um veículo importante para a promoção da saúde mental e o tratamento. Eles podem ser grupos terapêuticos, liderados por profissionais de saúde mental e cuidados primários; ou grupos de apoio, geridos por profissionais comunitários e participantes leigos.

Referências – Brasil

1 *2005 International comparison program: tables of final results*. World Bank, 2008 (http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/ICP_final-results.pdf, accessed 14 April 2008).

2 *Brazil.* United Nations Population Fund (http://www.unfpa.org/profile/brazil.cfm, accessed 10 April 2008).

3 *Mortality country fact sheet 2006.* World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_amro_bra_brazil.pdf, accessed 11 April 2008).

4 *O que é o SUS? [What is the Unified Health System?]* State of Pará Public Health Secretariat, Brazil (http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_oquee.htm, accessed 10 April 2008).

5 *Informação em saúde suplementar [Information on private health insurance].* Agência Nacional de Saúde Suplementar (http://ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp, accessed 14 April 2008).

6 Andrade VM, Bueno FA. Medical psychology in Brazil. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2001, 8:9–13.

7 Kohn R et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. *Pan American Journal of Public Health*, 2005, 4–5:229–240.

8 Almeida-Filho N et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 171:524–529.

9 Ballester DA et al. City of Porto Alegre, Brazil: the Brazilian concept of quality of life. In: Goldberg D, Thornicroft G. *Mental health in our future cities*. East Sussex, Psychology Press, 1998:173–192.

10 *Manual para orientação da atenção básica [Primary health care handbook]*. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

11 Federal Law of Brazil 10.216, 6 April 2001.

12 *Saúde mental em dados [Mental health fact sheet]*. Ano 1, Número 2. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

13 Brazilian National Health Council. *III Conferência Nacional de Saúde Mental – relatórios finais [3rd National Mental Health Conference – final reports].* Brasília, Ministério da Saúde, Brazil, 2001.

14 Timbó EC. *Prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes que procuraram atendimento médico numa UBS de Sobral, CE [Prevalence of common mental disorders in patients who seek medical care in a primary health care unit in Sobral, CE]* [dissertation]. Sobral, Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2004.

15 Bower P, Sibbald B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, (3):CD000532.

16 Tófoli LF et al. Estudo caso-controle de dois modelos de triagem em saúde mental segundo seu local de realização: atenção secundária versus atenção primária. [Case–control study of two mental health triage models according to setting: secondary versus primary care]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2005, 27:S36.

17 *Vencedores da edição 2005 [2005 winners – Social inclusion award].* Prêmio de Inclusão Social, Eli Lilly do Brasil (http://www.premiodeinclusaosocial.com.br/Vencedores_2005_Clinica.aspx, accessed 10 April 2008).

18 *Prêmio Saúde [Saúde Award].* Revista S*aúde é Vital*, Editora Abril [*Saúde é Vital* Magazine, Abril Publishing Group] (http://saude.abril.com.br/premiosaude/2006/vencedores.shtml, accessed 10 April 2008).

19 Almeida NS, Fortes S. *Mental health program-collaborative care in primary care in Macaé, Rio de Janeiro, Brazil.* Unpublished report. Rio de Janeiro, 2007.

20 Personal communication, Petrópolis Mental Health Secretariat, 2007.

21 Lima APV et al. *Diagnóstico e manejo de pacientes com sintomas depressivos ou ansiosos: a concepção dos médicos da rede de atenção primária no município de Sobral-Ce [Diagnosis and treatment of patients with depression or anxiety symptoms: the conceptions of doctors from primary health care system from the city of Sobral, CE]* [dissertation]. Sobral, Universidade Federal do Ceará, 2007.

CHILE

Cuidados de saúde primários integrados para a saúde mental no distrito de Macul, em Santiago do Chile

Resumo do caso

Na sequência dos planos nacionais de saúde mental de 1993 e de 2000, que especificavam a necessidade de integrar a saúde mental nos cuidados de saúde gerais, um centro de saúde familiar no município urbano de Macul empreendeu aquela integração nos cuidados de saúde primários. Neste centro, os médicos de clínica geral diagnosticam as perturbações mentais e prescrevem os respectivos medicamentos, sempre que necessário; psicólogos aplicam terapias individuais, familiares e de grupo; os outros membros da equipa de saúde familiar prestam funções de apoio. O centro comunitário de saúde mental presta apoio e supervisão permanentes. Foram estabelecidas vias de acesso aos cuidados, com cadeias de responsabilidade e de referenciação bem evidentes e foi garantido apoio a todos os membros das equipas pluridisciplinares pertencentes à saúde familiar.

Os dados do serviço de saúde mostram que, com o passar do tempo, foram identificadas mais pessoas com perturbações mentais, as quais foram tratadas com sucesso no centro de saúde familiar. O grau de satisfação dos utentes também melhorou.

1. Contexto nacional

Os indicadores do contexto nacional do Chile, estão expostos na Tabela 2.10. Este país fez grandes progressos na diminuição da pobreza. Foi a economia de crescimento mais rápido na região da América Latina durante os anos 1990-2004, duplicando o seu rendimento e reduzindo para metade a proporção da população abaixo do limiar de pobreza nacional (de 30% para 15%).[1] O sector principal de emprego e rendimentos do Chile é o dos serviços e a sua língua nacional é o espanhol.

Tabela 2.10 Chile: síntese do contexto nacional

População: 16 milhões (88% urbana) [a]
Taxa anual de crescimento demográfico: 1,2% [a]
Taxa de fertilidade: 2,0 por mulher [a]
Taxa de literacia adulta: 96% [a]
PIB *per capita*: Paridade internacional de Poder de Compra em USD - 11 470 [a]
População a viver com menos de 1,00 USD por dia: < 2% [a]
Grupo de rendimentos do Banco Mundial: economia de rendimentos superior-médios [b]
Índice de Desenvolvimento Humano: 0,867; 40.º entre 177 países [c]

Fontes:

[a] Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.htm, consultado a 9 de Abril de 2008).

[b] Grupos de países. (http;//web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATA/STATISTICS/0,,contentMDK:20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

[c] O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador, desenvolvido pelo Progra-ma para o Desenvolvimento das Nações Unidas, que combina três dimensões do desenvolvimento: uma vida longa e saudável, o conhecimento e um nível de vida decente. Ver Estatísticas do relatório do Desenvolvimento Humano. Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas. (http://hdr.undp.org/en/statistics/, consultado a 9 de Abril de 2008).

2. Contexto de saúde

Os indicadores importantes para a saúde no Chile são mostrados na Tabela 2.11. O Chile está a viver uma transição demográfica e epidemiológica. A sua população está a envelhecer: no ano 2010, estima-se que 9% da população tenha 65 anos ou mais.[2] A mortalidade infantil e na idade adulta diminuíram significativamente e as principais causas de morte são agora as doenças do coração e as tromboses, seguidas das infecções do trato respiratório inferior e do cancro do estômago.[3]

Tabela 2.11 Chile: síntese do contexto de saúde

Esperança de vida à nascença: 74 anos para homens/81 anos para mulheres
Despesa total na saúde *per capita* (Internacional, em USD, em 2004): 720
Despesa total na saúde como percentagem do PIB (2004): 6,1 %

Fonte: Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

Existe maior incidência de doenças e de mortalidade entre as pessoas dos estratos sócio-económicos mais baixos. As desigualdades no acesso e a qualidade dos cuidados de saúde estão presentes quando se comparavam níveis de saúde entre ricos e pobres, urbanos e rurais, jovens e idosos e homens e mulheres.[4]

Em 2005, o Chile empreendeu uma reforma do sistema de saúde em larga escala. Os princípios mais importantes desta reforma foram o direito à saúde, à equidade, à solidariedade, à eficácia no uso de recursos e à participação social na saúde. Os objectivos e as finalidades do Serviço Nacional de Saúde foram formulados para o ano 2010. Foi criada uma autoridade geral de saúde destinada à regulação dos prestadores de saúde públicos e privados; foram também

criadas autoridades regionais de saúde; aos 28 distritos de saúde (*Servicios de Salud*) foi dada uma maior autonomia; foram formulados os planos de saúde pública nacional e regionais. O passo mais visível desta reforma foi a implementação de um sistema de saúde cujo acesso, oportunidade, qualidade e cobertura financeira fossem garantidos.[5]

Saúde mental

Inquéritos no Chile indicam que entre 13% e 23% dos adultos sofrem actualmente de um problema de saúde mental. Os diagnósticos mais frequentes ao longo do ciclo de vida são a agorafobia, as perturbações depressivas, a distimia e a dependência do álcool.[6,7]

Em 1993 e em 2000, os planos nacionais da saúde mental chilenos previam a incorporação da saúde mental nos cuidados de saúde primários. A motivação era aumentar o acesso geral ao tratamento. Adicionalmente, as autoridades sanitárias reconheceram que os cuidados psiquiátricos de base hospitalar – típicos do período de antes da reforma – eram antiquados e eivados de violações aos direitos humanos.

A implementação do Plano Nacional de Saúde Mental de 2000[5] obteve grandes melhorias para os serviços de saúde mental no Chile porque:

- facilitava a troca intersectorial de informação e de recursos económicos;
- implementava os serviços baseados na comunidade substituindo os hospitais psiquiátricos;[a]
- reforçava o papel dos centros de cuidados de saúde primários na prescrição de tratamentos e na prestação de cuidados da saúde mental.

Entre os 56 problemas de saúde aos quais foram concedidas garantias de acesso, de qualidade e de protecção financeira, três são perturbações mentais: a esquizofrenia (desde 2005), a depressão (desde 2006) e o uso e dependência de substâncias tóxicas (desde 2007). É natural que a seu tempo sejam acrescentadas outras perturbações.

3. Os cuidados de saúde primários e a integração da saúde mental

Como parte de uma reforma da saúde mais geral, os cuidados de saúde primários estão a mudar em direcção a um modelo de saúde familiar, caracterizado por:

- prioridade à família, mais do que ao indivíduo, como centro da atenção da saúde;
- equipas de saúde familiar pluridisciplinares (médico de clínica geral, dentista, enfermeiro, enfermeiro obstetra, nutricionista, assistente social, psicólogo e auxiliar de enfermagem);
- ênfase na educação para a saúde e auto-cuidado do doente;
- prioridade à detecção precoce de factores de risco, assim como ao diagnóstico e tratamento precoces;
- inclusão dos cuidados de reabilitação e paliativos, como parte dos serviços de saúde familiar;
- monitorização regular da satisfação dos utentes.

[a] Entre 1999 e 2004, a proporção do orçamento total de saúde atribuído aos hospitais psiquiátricos diminui de 57% para 33%; ao mesmo tempo, a proporção do orçamento atribuída aos serviços de base comunitária aumentou de 43% para 67%.

Os cuidados de saúde primários existem apenas no sector público da saúde, que fornece serviços a aproximadamente 70% do total da população chilena. Estão organizados por meio de uma rede de estabelecimentos (ver Tabela 2.12).

A maioria dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários é gerida pelos municípios. Os seus orçamentos são-lhes atribuídos pelo Ministério da Saúde por capitação. As pessoas com cobertura do Serviço Nacional de Saúde têm de se inscrever num centro de cuidados de saúde primários. O orçamento *per capita* dos centros de saúde familiar é ligeiramente mais alto do que o dos outros centros de saúde.

Tabela 2.12 Chile: tipologia e número de estabelecimentos de saúde básica, 2007[8]

Tipo de estabelecimento	Características principais	Número
Centros de saúde familiar	Equipas pluridisciplinares que trabalham com um sector da população e que aplicam um método de saúde familiar.	144
Centro de saúde familiar comunitário	Uma versão reduzida e descentralizada do centro de saúde familiar com a participação de agentes da comunidade.	74
Centro de saúde geral urbano	Equipas multidisciplinares a trabalhar com a população total e a aplicar um método individual (numa grande cidade).	214
Centro de saúde geral rural	Equipas multidisciplinares a trabalhar com a população total e a aplicar um método individual (numa pequena cidade rural).	142
Posto de saúde rural	Um pequeno centro de saúde, numa área rural isolada e normalmente servido apenas por um auxiliar de enfermagem.	1168
Serviço de saúde básica de emergência	Um centro baseado num médico para emergências de saúde, de médias a moderadas, à noite ou durante os fins-de-semana.	159
Número total de estabelecimentos de cuidados de saúde primários		**1901**

Saúde mental

Algumas actividades de promoção e prevenção da saúde são levadas a cabo em escolas e comunidades, mas a maioria dos serviços de saúde mental baseados nos cuidados de saúde primários está orientada para o tratamento de pessoas com perturbações mentais. A perturbação mental mais frequente tratada nos cuidados de saúde primários é a depressão, o que se explica pela alta prevalência desta doença no Chile e que levou à implementação de um programa nacional, desde 2001. Cerca de 90% das pessoas com depressão são tratadas nos cuidados de saúde primários e apenas 10% são enviadas para especialistas. Por outro lado, as pessoas com psicose são tradicionalmente referenciadas para centros especializados. Contudo, recentemente, os médicos de família e as suas equipas começaram a supervisionar o tratamento de manutenção, a longo prazo, das pessoas com esquizofrenia.

A tabela 2.13 mostra as diferentes perturbações mentais tratadas nos cuidados de saúde primários.

Cada vez mais, os profissionais de cuidados de saúde primários são treinados para fazer face aos problemas de saúde mental. Também são acompanhados, uma vez por mês, por psiquiatras

Tabela 2.13 Chile: número de novos casos tratados nos cuidados de saúde primários, 20069 [9]

	Número de casos	Percentagem do total
Problemas de álcool e de droga	29 227	8.9
Vítimas de violência doméstica	21 013	6.4
Perturbação do défice de atenção/ /hiperactividade	15 465	4.7
Episódio depressivo	179 943	54.9
Perturbações da ansiedade	55 947	17.1
Perturbações da personalidade	7 183	2.2
Outras perturbações	18 936	5.8
TOTAL	**327 714**	**100**

e outros especialistas da saúde mental. Os psicólogos foram progressivamente incorporados nos centros de cuidados de saúde primários e, presentemente, quase todos os centros de saúde familiar e centros gerais de saúde urbanos e rurais têm, pelo menos, um destes profissionais, entre o seu pessoal.

4. Boas práticas

Contexto local

O centro de saúde familiar Félix de Amesti (CSF) é um dos três CSF no município urbano de Macul (na parte Sudeste de Santiago do Chile). O centro tem quatro equipas multidisciplinares de saúde familiar, cada uma das quais possui dois médicos de clínica geral, um dentista, um enfermeiro, um enfermeiro obstetra, um assistente social, um nutricionista, um psicólogo (em *part-time*) e três auxiliares de enfermagem. Cada equipa é responsável por um quarto da população inscrita no centro.

A população que o CSF serve tem as seguintes características principais:

- população clínica total: 38 936 pessoas (das quais 22 258 mulheres e 16 678 homens), representando 56,6% das pessoas que vivem nessa área geográfica;
- população clínica com menos de 15 anos de idade: 23,7%; acima dos 60 anos de idade: 17,6%;
- População clínica abaixo da linha de pobreza: 13,7%; com rendimentos abaixo da média: 74,9%;
- População clínica que recebe serviços FHC gratuitos: 70%; a restante paga uma pequena taxa;
- Declínio da taxa de nascimentos (abaixo dos 14 por 1000 habitantes);
- Taxa de mortalidade geral de 5,5 por 100 000 habitantes, e de mortalidade infantil de 8,0 por 1000 nascimentos.

O CSF é responsável por uma série de problemas e estados de saúde, incluindo as perturbações mentais, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias, o cancro, a saúde oral e a saúde ambiental.

Para além dos serviços de saúde mental prestados pelos CSF, Macul tem um Centro de Saúde Mental Comunitário (CSMC), que presta cuidados de saúde ambulatórios da especialidade. As pessoas com perturbações mentais graves e as que representam um perigo para si próprias são referenciadas ao hospital de dia ou a uma unidade de internamento de curta duração num hospital geral, que presta assistência aos oito municípios do distrito sanitário de Santiago do Chile Oriental.

O programa geral de saúde mental de Macul tem as seguintes prioridades.

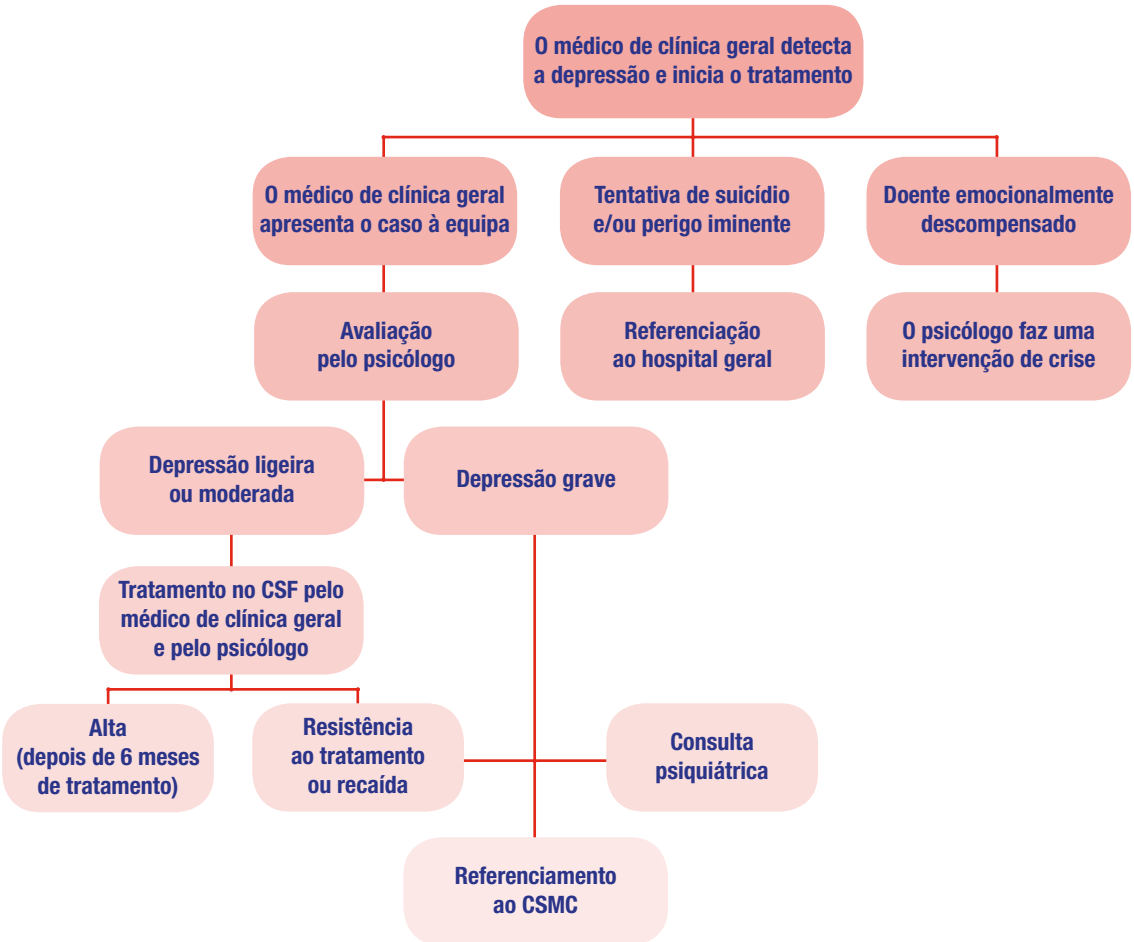
- Saúde mental infantil: :
  - violência infantil;
  - perturbações comportamentais e emocionais;
  - perturbação de défice de atenção/hiperactividade;
  - competências de aprendizagem das crianças dos dois primeiros níveis escolares.
- Saúde mental do adolescente:
  - problemas de álcool e de drogas;
  - violência infantil e violência doméstica;
  - perturbações do humor.
- Saúde mental do adulto:
  - depressão;
  - violência doméstica;
  - dependência e abuso do álcool e drogas;
  - perturbações mentais graves;
  - vítimas da ditadura militar.

Descrição dos serviços prestados

Geralmente, as perturbações mentais ligeiras e moderadas são tratadas no CSF, ao passo que as perturbações graves são referenciadas ao CSMC, que é responsável pelos cuidados ambulatórios da especialidade. Contudo, nos tempos mais recentes, os doentes com perturbações mentais graves tais como a esquizofrenia têm sido reencaminhados pelos centros especializados aos CSF para tratamento de manutenção de longo prazo. Enquanto todos os membros da equipa de saúde familiar ajudam na detecção de problemas de saúde mental, o tratamento é administrado principalmente por médicos de clínica geral e por psicólogos. Os médicos de clínica geral dedicam duas horas diárias aos assuntos da saúde mental; diagnosticam problemas mentais e prescrevem medicamentos à medida do necessário. Os psicólogos levam a cabo intervenções psicossociais individuais, familiares e de grupo. Adicionalmente, encontram-se disponíveis diversos tipos de terapia de grupo, e qualquer um dos elementos da equipa pode efectuar visitas domiciliárias, se for necessário.

Outros profissionais da área da saúde familiar apoiam as equipas de saúde familiar de diferentes maneiras: para além dos médicos de clínica geral, alguns médicos em *part-time* fazem a gestão de doentes que apresentam sintomas graves. Consultam até oito pessoas, com problemas de saúde mental graves todos os dias. Estudantes universitários, incluindo especialistas em

Figura 2.2 Centros de saúde familiar de Macul: procedimentos no tratamento da depressão



crianças com dificuldades de aprendizagem, levam a cabo acompanhamentos clínicos rotativos no CSF. Adicionalmente, cada equipa de saúde familiar conta com alguns voluntários, recrutados entre as mulheres que foram tratadas devido a perturbações mentais no CSF. Os voluntários ajudam a identificar, nos seus bairros, as pessoas com problemas de saúde mental, ou aquelas que são vítimas de violência doméstica. Também levam a cabo visitas domiciliárias a doentes que não compareceram às suas consultas.

Um psiquiatra, um psicólogo e, por vezes, um outro profissional do CSMC reúnem todos os meses com a equipa de saúde mental no CSF. O objectivo desta reunião é discutir os casos de doentes com perturbações de tratamento difícil e melhorar as capacidades das equipas de saúde familiar para tratarem destas perturbações. Adicionalmente, foram desenvolvidos procedimentos de tratamento para algumas das perturbações mentais (ver Figura 2.2).

Processo de integração

Estabelecimento do centro de saúde mental comunitário de Macul

O estabelecimento do CSMC de Macul em 1992 foi importante para a construção dos serviços de saúde mental. A equipa do CSMC sensibilizou as autoridades municipais e a comunidade para as questões de saúde mental e demonstrou como os programas de saúde mental e as suas intervenções satisfazem as necessidades da população. Também foram fulcrais no treino das equipas dos CSF e no apoio às suas funções de saúde mental. Como descrito previamente, os profissionais do CSMC reúnem-se mensalmente com o pessoal dos CSF para providenciar consultas de saúde mental. Também fazem a avaliação conjunta do funcionamento da rede municipal de saúde mental e resolvem questões administrativas. Um representante do departamento de saúde municipal toma parte, trimestralmente, nestas últimas discussões.

O primeiro plano nacional de saúde mental

Seguindo as directivas do primeiro plano nacional de saúde mental de 1993, dois programas de saúde mental foram iniciados em 1994.

Programa das perturbações emocionais: este programa estava centrado nas mulheres com perturbações de ansiedade e depressivas. Os seus principais componentes eram intervenções psicossociais de grupo, com a duração aproximada de 12 sessões e levadas a cabo por assistentes sociais, e tratamento médico pelos médicos de clínica geral, que receitavam normalmente benzodiazepinas e antidepressivos, por via oral.

Programa dos problemas do álcool: consumidores problemáticos eram detectados utilizando um questionário de sete questões. As pessoas com dependência do álcool eram tratadas durante dois anos com medicação, terapia de grupo e grupos de apoio. As pessoas que abusavam do consumo de álcool sofriam uma intervenção educativa que durava alguns meses.

Estes programas ajudaram a sensibilizar as autoridades municipais, os profissionais de saúde e a comunidade acerca da importância dos problemas da saúde mental e da necessidade de efectuar intervenções em centros de cuidados de saúde primários.

Transformação de um centro de saúde familiar

Em 1999, o centro Felix de Amesti evoluiu de um estabelecimento de cuidados de saúde primários para um CSF. Esta evolução, que favoreceu o desenvolvimento dos serviços de saúde mental no seio do centro, implicou a adopção de um modelo de medicina familiar, uma divisão do espaço geográfico em quatro sectores e a criação de uma equipa de saúde familiar multidisciplinar para cada sector. O orçamento operacional também foi aumentado.

O segundo plano nacional de saúde mental

Como parte da implementação do segundo plano nacional de saúde mental (2000), Macul foi seleccionado pelo Ministério da Saúde para conduzir um programa piloto, a nível nacional, sobre a depressão. Novos recursos foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde ao distrito de saúde e, por sua vez, aos CSF. Com estes recursos, foram desenvolvidas linhas de orientação clínica e manuais de intervenção de grupo, os profissionais dos CSF tiveram formação, um psicólogo foi contratado em *part-time* e medicamentos psicotrópicos de primeira linha foram introduzidos nos CSF.

Expansão dos serviços prestados

Em 2001, um programa de violência doméstica foi iniciado. Apesar de não terem sido fornecidos recursos adicionais, o programa foi conduzido deslocando recursos dentro do CSF. Foram realizados seminários de sensibilização nas escolas e em locais comunitários. A detecção de vítimas da violência foi melhorada. Foi garantido tratamento no CSF para os casos ligeiros e moderados e os casos graves, assim como todos os agressores, foram referenciados ao CSMC.

O programa de saúde mental para crianças começou em 2002. Não foram disponibilizados novos recursos; uma equipa de pedopsiquiatria e de psiquiatria de adolescentes de um hospital geral dava consultas de saúde mental no CSF. Estas consultas ajudaram a sensibilizar as equipas de saúde mental familiar para os problemas infantis da saúde mental e ajudaram a melhorar as suas competências na detecção de violência e de abuso sexual infantis, de perturbações comportamentais e emocionais e de perturbações do défice de atenção/hiperactividade.

As intervenções psicossociais com os pais e com as crianças (individualmente e em grupo) foram iniciadas pelo psicólogo do CSF com a ajuda de estudantes universitários. Estudantes de psicologia, psicopedagogia, terapia ocupacional e serviço social ocuparam-se da saúde mental infantil no seu último ano de formação e foram, assim, um recurso importante para o CSF, ao mesmo tempo que lhes era fornecida experiência através da prática.

Um sistema de referenciação para crianças foi desenvolvido entre o CSF e o CSMC. Crianças com perturbações graves foram tratadas no CSMC, ao passo que as outras receberam cuidados partilhados com a participação de profissionais de ambos os estabelecimentos.

Depois de 2002, o programa de saúde mental no CSF expandiu-se gradualmente, o que resultou numa mais numerosa detecção de pessoas com perturbações mentais e respectivo tratamento. Foi incorporado um novo psicólogo em 2004 e, em 2007, um terceiro psicólogo foi contratado. A partir de então, um psicólogo passou a fazer parte de cada uma das equipas de saúde familiar.

Directivas explícitas para o tratamento da depressão foram incorporadas no CSF em 2006. Isto permitiu o tratamento de adultos com depressão no CSF e tornou mais célere a referenciação a um especialista, quando necessário. Com esta finalidade foram atribuídos recursos adicionais ao CSF. Pessoas com perturbações mentais graves começaram a ser tratadas nas suas casas em vez de serem hospitalizadas. Dentro deste modelo, uma enfermeira fazia visitas domiciliárias diárias, ao passo que um médico de clínica geral e um psicólogo faziam visitas em dias alternados. Um nutricionista também estava disponível quando necessário. A implementação do modelo tem sido limitada por falta de recursos, mas a equipa de saúde acredita que poderia tratar com êxito um número mais alargado de pessoas com perturbações mentais graves, se fossem envolvidos profissionais adicionais.

Educação e formação no próprio serviço

Os profissionais de saúde do CSF frequentaram várias actividades de formação em saúde mental organizadas pelo Distrito de Saúde, assim como sessões de formação promovidas por outras instituições. Para além disso, o departamento de saúde do município de Macul organizou dois seminários de formação importantes (ver abaixo).

Integrando a saúde mental: este seminário tinha como alvo equipas pluridisciplinares. Os principais tópicos foram: técnicas de entrevista; intervenções familiares; violência doméstica; abuso sexual infantil; problemas de saúde mental em pessoas idosas; problemas comportamentais infantis e diagnóstico da perturbação do défice de atenção/hiperactividade; depressão; perturbações bipolares; ataques de pânico e perturbações da personalidade. O seminário durou 24 horas ao todo e foi realizado por duas vezes em 2005. Durante esse ano, 51 profissionais participaram nele (incluindo médicos de clínica geral, dentistas, enfermeiros, enfermeiros obstetras, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos).

Ferramentas da saúde mental para os cuidados de saúde primários: este seminário era dirigido aos auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo. Os seus mais importantes objectivos eram os de ensinar as características principais dos problemas da saúde mental nos adultos e nas crianças, de desenvolver capacidades para lidarem com «doentes difíceis», para resolverem conflitos e para trabalharem em equipa, e de aplicação de estratégias de auto-cuidado e de prevenção de stress. Este seminário teve uma duração total de 14 horas e foi realizado por duas vezes em 2006. No total, 59 membros do pessoal participaram neles.

Do mesmo modo que outros estabelecimentos do distrito de saúde de Santiago do Chile Oriental, o CSF Felix de Amesti tem sido parte integrante de uma política sistemática e continuada de melhoria dos registos das intervenções de saúde mental, incluindo um sistema de referenciação e de contra-referenciação entre os diferentes níveis dos serviços de saúde. Os profissionais têm participado em seminários e foram observadas grandes melhorias na avaliação e no planeamento da saúde mental.

Envolvimento no planeamento da saúde mental

O CSF Felix de Amesti tem desempenhado um papel influente na colocação da saúde mental como uma das prioridades do município de Macul. Os CSF e os CSMC projectam em conjunto o programa anual de saúde mental como parte do plano de saúde de Macul. Isto tem dado origem a uma maior eficiência e a uma maior solidariedade no uso dos recursos da saúde mental, e tem facilitado a inclusão de factores psicossociais como parte do trabalho de promoção da saúde do município.

Liderança e apoio seniores

Não se teria dado a integração da saúde mental sem o apoio e o envolvimento do presidente da câmara de Macul e da chefia do departamento de saúde de Macul. Ambos foram altamente receptivos às novas maneiras de ir ao encontro das necessidades de saúde mental da população e ambos forneceram apoio material, bem como moral e político, ao longo de todo o processo.

A directora do CSF Felix de Amesti também manteve um grande apoio ao programa de saúde mental. Ela foi essencial na gestão eficiente dos novos recursos e prestou ajuda na contratação de psicólogos e na formação das equipas de saúde familiar.

Dois profissionais de saúde, que são líderes nacionais do movimento para a saúde mental comunitária no Chile, trabalharam com êxito como directores do CSMC de Macul, de 1997 a 2001. Subsequentemente, tornaram-se ambos directores de Saúde Mental do distrito de Santiago do Chile Oriental, de 1999 a 2004. No desempenho dos cargos foram de enorme influência no apoio ao desenvolvimento do trabalho de saúde mental nos CSF de Macul.

5. Avaliação/resultados

Serviços disponíveis

O sistema de dados de saúde no Chile só desde 2003 passou a incluir o número de pessoas com perturbações mentais que recebem tratamento. O sistema não permite a diferenciação do número de pessoas detectadas, em relação às pessoas tratadas.

No CSF Felix de Amesti, o número de pessoas que recebem tratamento aumentou 2,5 vezes de 2003 para 2006 (ver Tabela 2.14).

Tabela 2.14 Centro de saúde familiar Felix de Amesti: número de pessoas com perturbações mentais a receberem tratamento a 30 de Dezembro

	2003	2004	2005	2006
Problemas de álcool e de droga	0	39	115	0
Vítimas de violência doméstica	104	87	183	137
Perturbação de défice de atenção/ /hiperactividade	12	81	69	30
Episódio depressivo	361	384	721	757
Perturbações de ansiedade	116	277	130	326
Perturbações da personalidade	0	62	53	234
Outras perturbações	20	130	77	50
TOTAL	**613**	**1060**	**1348**	**1534**

O número de novos casos de perturbações mentais detectados e tratados também aumentou significativamente (1,8 vezes) entre 2003 e 2006 (ver Tabela 2.15), demonstrando que o aumento do número de pessoas a receberem tratamento não era apenas devido à acumulação de casos crónicos.

Tabela 2.15 Centro de saúde familiar Felix de Amesti: número de novos casos a receberem tratamento em cada ano

	2003	2004	2005	2006
Problemas de álcool e de droga	0	39	75	0
Vítimas de violência doméstica	244	106	209	205
Perturbação de défice de atenção/ /hiperactividade	32	80	102	145
Episódio depressivo	648	878	1192	997
Perturbações de ansiedade	364	246	354	577
Perturbações da personalidade	0	84	143	275
Outras perturbações	24	129	95	184
TOTAL	**1312**	**1562**	**2170**	**2383**

O número das intervenções de saúde mental no CSF Felix de Amesti também aumentou entre 2003 e 2006 (ver Tabela 2.16). Isto deveu-se principalmente ao aumento do número de sessões individuais efectuadas por psicólogos (5,2 vezes). A proporção de casos referenciados a cuidados de especialista foi baixa neste período, com uma média de 9,5%.

Tabela 2.16 Centro de saúde familiar Felix de Amesti: número de sessões de saúde mental efectuadas pelos diferentes profissionais num ano

Profissional	2003	2004	2005	2006
Médico de clínica geral	1663	1736	1951	1926
Psicólogo (sessões individuais)	1380	3595	4239	7244
Psicólogo (sessões de grupo)			201	227
Outros	230	217	461	192
TOTAL	**3273**	**5548**	**6852**	**9589**

As equipas do CSF Felix de Amesti também melhoraram a qualidade dos tratamentos por meio do uso sistemático de orientações de tratamento e do desenvolvimento de intervenções inovadoras adicionais, tais como terapias de grupo e voluntariado da comunidade.

Satisfação dos doentes

Uma avaliação externa mostrou um maior grau de satisfação dos utentes dos serviços de saúde do CSF Felix de Amesti. A proporção dos utentes «satisfeitos» ou «muito satisfeitos» aumentou de 79% para 86% entre 1999 e 2006. Noventa e dois por cento dos utentes estavam muito satisfeitos com a maneira como eram tratados pelo profissional responsável pelo seu tratamento; apenas 2% expressaram críticas.

Os utentes davam valor às melhorias do serviço e à boa atenção geral que recebiam no CSF. No que dizia respeito a aspectos que devessem ser melhorados, ressaltavam a necessidade de reduzir os tempos de espera e os atrasos e de melhorar a maneira como eram tratados pelo pessoal administrativo.

6. Conclusão

Na sequência dos planos de saúde mental do Chile de 1993 e de 2000, que especificavam a necessidade de integrar a saúde mental nos cuidados de saúde primários e nos cuidados de saúde geral, foram feitos progressos significativos por todo o país. O exemplo do CSF Felix de Amesti no distrito de Macul de Santiago do Chile sublinha várias lições importantes. As mudanças requeriam apoios político e profissional significativos. A liderança do presidente da câmara de Macul, do chefe do departamento de saúde de Macul e da directora do CSF Felix de Amesti foram cruciais para o êxito do programa. O estabelecimento do centro comunitário de saúde mental de Macul foi igualmente importante ao propiciar a fundação e ao providenciar formação e apoio aos cuidados de saúde mental integrada.

Lições-chave aprendidas

- São essenciais apoios político e administrativos significativos, de modo a assegurar o financiamento e os recursos humanos adicionais e a integrar a saúde mental nos cuidados de saúde geral.
- É crucial um centro comunitário de saúde mental para prestar um apoio e uma supervisão continuados. Neste exemplo, o apoio incluía consultas de saúde mental mensais para o pessoal do CSF, reuniões, uma vez por mês, para avaliar o funcionamento da rede municipal

de saúde mental e para resolver questões administrativas, e a formação e o apoio clínico prestados à equipa do CSF.

- Vias claras de acesso ao tratamento, com cadeias de responsabilidade e de referenciação, apoiam todos os membros da equipa.
- Um serviço com êxito requer tanto intervenções médicas como não-médicas. Em particular, a terapia de grupo pode ter muito êxito. A disponibilidade de uma equipa pluridisciplinar é extremamente útil.
- Voluntários da comunidade podem detectar problemas de saúde mental e encaminhar as pessoas para os serviços, assim como efectuar visitas domiciliárias.
- O apoio e a orientação a um nível nacional é muito importante.

Referências – Chile

1 *Chile.* United Nations Population Fund (http://www.unfpa.org/profile/chile.cfm, accessed 14 April 2008).

2 *Chile: proyecciones y estimaciones de población. total país, período de información: 1950–2050 (Chile: projections and estimates of the total population 1950–2000).* Instituto Nacional de Estadísticas (http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_T.pdf, accessed 28 April 2008).

3 *Mortality country fact sheet 2006*. World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_amro_chl_chile.pdf, accessed 14 April 2008).

4 *Los objetivos sanitarios para la decada (Health objectives for the decade).* Santiago, Chile Ministry of Health, 2002.

5 *Protección de la salud – salud mental – ¿qué es?* (*Health protection – mental health – what is it?).* Chile Ministry of Health (http://www.minsal.cl, accessed 14 April 2008).

6 Araya R et al. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178:228–233.

7 Vicente B et al. Chilean study on the prevalence of psychiatric disorders (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Revista Medica de Chile*, 2002, 130:527–536.

8 *Establecimientos de salud (Health facilities).* Chile Ministry of Health (http://deis.minsal.cl/deis/listaestablec.asp, accessed 14 April 2008).

9 Santiago, Chile Ministry of Health, Department of Statistics and Health Information.

ÍNDIA

Cuidados de saúde primários integrados para a saúde mental no distrito de Thiruvananthapuram, no estado de Kerala

Resumo do caso

Desde 1999 que o distrito de Thiruvananthapuram tem vindo a integrar os serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários. Profissionais da saúde, com formação, diagnosticam e tratam as perturbações mentais como parte das suas funções gerais de cuidados de saúde primários. Uma equipa distrital pluridisciplinar de saúde mental presta serviços clínicos de intervenção na comunidade, incluindo a gestão directa de casos complexos e a formação em serviço aos profissionais dos cuidados de saúde primários. O acesso grátis e pronto aos medicamentos psicotrópicos nas clínicas tem permitido aos doentes receber tratamento nas suas comunidades, reduzindo muito, deste modo, as despesas e o tempo gasto nas viagens para os hospitais.

Tendo tido o seu início em 2002, os centros de cuidados de saúde primários começaram a assumir a responsabilidade pela operação das suas clínicas de saúde mental com um apoio mínimo por parte da equipa da saúde mental. Presentemente, as clínicas de saúde mental operam em 22 locais espalhados por todo o distrito. Os serviços prestados incluem o diagnóstico e o planeamento do tratamento para doentes identificados de novo, a revisão e o seguimento dos doentes antigos, o aconselhamento pelo psicólogo ou pelo psiquiatra da clínica, a psicoeducação e a referenciação necessárias.

1. Contexto nacional

A República da Índia (ver Tabela 2.17) é uma democracia organizada num sistema federal de governação descentralizada. A sua população é multiétnica e a grande maioria é hindu (80,5%).[1] A língua hindi, falada por 40% da população, é a língua oficial, ao passo que o inglês é uma língua oficial secundária e de uso muito comum, particularmente nos negócios e na administração[2]. A percentagem de literacia adulta é ainda bastante baixa para os homens

(73%) e muito baixa para as mulheres (48%), o que reflecte as desigualdades existentes entre os géneros.[3,4]

Tabela 2.17 Índia: síntese do contexto nacional

População: 1,1 mil milhões (29% urbana) [a]
Taxa anual de crescimento demográfico: 1,7% [a]
Taxa de fertilidade: 2,9 por mulher [a]
Taxa de literacia adulta: 61% [a]
PIB *per capita*: Paridade internacional de Poder de Compra em USD - 3460[a]
População a viver com menos de 1,00 USD por dia: 35%[a]
Grupo de rendimentos do Banco Mundial: economia de rendimentos baixos[b]
Índice de Desenvolvimento Humano: 0,619; 128.º de 177 países[c]

Fontes:

[a] Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.htm, consultado a 9 de Abril de 2008).

[b] Grupos de países. (http;//web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATA/STATISTICS/0,,contentMDK:20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

[c] O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador, desenvolvido pelo Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas, que combina três dimensões do desenvolvimento: uma vida longa e saudável, o conhecimento e um nível de vida decente. Ver Estatísticas do relatório do Desenvolvimento Humano. Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas. (http://hdr.undp.org/en/statistics/, consultado a 9 de Abril de 2008).

A anterior economia pobre da Índia é hoje, em termos da Paridade do Poder de Compra, a quarta maior do mundo e uma das maiores em termos de crescimento, com taxas médias de crescimento de 8% nos últimos 3 anos.[5] O país é agora desafiado a fazer com que este crescimento seja inclusivo e sustentado.[6]

Desde a independência que a Índia reduziu a pobreza em mais de metade, melhorando dramaticamente a literacia e melhorando as condições de saúde.[6] Os níveis de pobreza estão a diminuir lentamente mas de forma desigual entre os vários estados e quando comparada entre áreas rurais e urbanas.[4]

2. Contexto de saúde

Desde a independência da Índia em 1947, que a esperança de vida tem aumentado marcadamente (ver Tabela 2.18), a mortalidade infantil foi reduzida a metade e calcula-se que 42% das crianças recebam agora imunizações essenciais. Contudo, as questões críticas de saúde permanecem: as doenças infecciosas continuam a reclamar inúmeras vidas, os bebés continuam a morrer de mortes evitáveis, com diarreia e com infecções respiratórias, e milhões de pessoas não têm ainda acesso aos cuidados mais básicos de saúde[7]. As desigualdades em termos da saúde existem por todo o país, mas com diferenças assinaláveis entre os estados, quanto aos gastos de saúde *per capita*.[8] As principais causas de morte na Índia reflectem uma mistura dos «velhos» e dos «novos» desafios da saúde pública: doenças do coração, seguidas de infecções do sistema respiratório inferior, condições perinatais e DPOC.[9]

Tabela 2.18 Índia: síntese do contexto de saúde

Esperança de vida à nascença: 62 anos para os homens/64 anos para as mulheres
Despesa total na saúde *per capita* (Internacional, em USD, em 2004): 91
Despesa total na saúde como percentagem do PIB (2004): 5,0 %

Fonte: Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

A Índia tem uma vasta infra-estrutura de saúde privada. O gasto total do governo na saúde tem-se mantido perto de 1% do PIB e, desta verba, cerca de 70% dos gastos governamentais em cuidados de saúde vão para as áreas urbanas, maioritariamente para hospitais. Os restantes 30% servem as áreas rurais, nas quais se destinam largamente aos serviços de planeamento familiar[10]. Isto teve como consequência, falhas de serviços para a maioria da população. Muitos indianos pagam a privados pelos seus cuidados de saúde, o que os coloca potencialmente em situação de dívida. O orçamento de estado de 2008 (apresentado ao parlamento a 29 de Fevereiro de 2008) aumentou a verba destinada à saúde em cerca de 15%, de 144 mil milhões de rupias (3,5 mil milhões USD) no ano fiscal anterior para 163 mil milhões de rupias (4,1 mil milhões USD).[11]

Saúde mental

Dados a nível nacional relativos à prevalência das perturbações mentais não estão disponíveis. Contudo, uma meta-análise de 13 estudos epidemiológicos produziu um índice de prevalência de 5,8%. A psicose orgânica (0,04%), a dependência do álcool/drogas (0,69%), a esquizofrenia (0,27%), as perturbações afectivas (1,23%), as perturbações neuróticas (2,07%), os atrasos mentais (0,69%) e a epilepsia (0,44%) foram diagnósticos comuns[12]. A morbilidade estava associada à residência (urbana) ao género (mulheres), ao grupo etário (35-44 anos), ao estado civil (casado/viúvo/divorciado), ao estrato sócio-económico (baixo) e ao tipo familiar (nuclear). O governo indiano calcula que de, 1% a 2% (de 10 a 20 milhões) da população indiana sofra de perturbações mentais graves e que cerca de 5% (50 milhões) sofra de perturbações mentais ligeiras.[13]

Os serviços de saúde mental são fornecidos principalmente pelos hospitais psiquiátricos, por lares de enfermagem psiquiátricos, por centros de dia, por internamentos em hospitais gerais, por estabelecimentos de tratamento ambulatório e por outros estabelecimentos tais como lares de transição. Há 37 hospitais psiquiátricos da responsabilidade do governo, a maioria dos quais é administrada pelos governos dos estados. Estes estabelecimentos têm uma capacidade total de 18 000 internamentos; quase metade das camas disponíveis estão ocupadas por doentes com estadia de longa-duração. O estado horrível das instituições psiquiátricas da Índia tem sido documentado pela Comissão Nacional dos Direitos Humanos.[14] De qualquer modo, os cuidados de saúde mental estão, muitas vezes, inacessíveis a cerca de um terço da população, que vive abaixo da linha de pobreza.

Três leis dizem directamente respeito à saúde mental: a Lei das Substâncias Narcóticas e Psicotrópicas de 1985, a Lei da Saúde Mental de 1987 e a Lei das Pessoas com Deficiência de 1995. Adicionalmente, a Política Nacional de Saúde de 2002 especifica a inclusão da saúde mental nos serviços de saúde geral.

3. Cuidados de saúde primários e a integração da saúde mental

A responsabilidade pelos cuidados da saúde pública na Índia recai sobre os governos nacional e estadual. Os cuidados de saúde são prestados a muitos níveis diferentes. Dispensários rurais (4000 no total), postos de saúde (871), subcentros (140 000 no total) e centros de cuidados primários (24 000 no total) existem ao nível das localidades e dos *block* (unidade administrativa abaixo do distrito) para prestarem cuidados de saúde primários e preventivos. Num nível mais elevado de cuidados, os centros de saúde comunitários (390 no total) prestam normalmente cuidados de saúde a cerca de 150 000 pessoas. Adicionalmente, há cerca de 3000 hospitais rurais. Os hospitais municipais prestam serviços a áreas urbanas maiores. Todos os serviços públicos são complementados por serviços privados e não-governamentais.[15]

Saúde mental

Dois desenvolvimentos significativos anunciaram a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários na Índia: o lançamento do Programa Nacional da Saúde Mental em 1982 e a revisão da Política Nacional de Saúde, que especificava a inclusão da saúde mental nos serviços de saúde geral, em 2002. O Programa Nacional da Saúde Mental previa a integração por meio da introdução de serviços da saúde mental a quatro níveis:

- Serviços de cuidados de saúde primários ao nível das localidades;
- Centros de cuidados de saúde primários;
- Hospitais distritais;
- Unidades psiquiátricas em faculdades de medicina.

Em 1982, o Instituto Nacional de Saúde Mental e das Ciências Neurológicas, em colaboração com o director dos serviços médicos e com a administração do Estado de Karnataka, dirigiu a integração da saúde mental no distrito de Bellary no estado de Karnataka.[16] Este modelo foi adoptado subsequentemente pelo governo da Índia para a integração a nível nacional dos serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários. O Programa de Saúde Mental Distrital, lançado em 1995 como parte do Plano Nacional de Saúde Mental, tem sido alargado a todos os distritos da Índia, como parte do seu Plano para o quinquénio 2007-2012. O modelo é tido como o mecanismo principal para a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, apesar de, na realidade, a integração não ter ocorrido em muitos distritos de todo o país.

4. Boas práticas

Contexto local

Esta melhor prestação está baseada no distrito de Thiruvananthepurem no estado de Kerala. Kerala está situado no canto Sudoeste do país e é um destino turístico popular. Tem uma área de 38 863 quilómetros quadrados e é o estado do país com maior densidade populacional. O índice de literacia é de 91%, bem acima da média nacional. A agricultura domina a economia. O PIB de Kerala *per capita* de 11 819 rupias é significativamente mais alto do que a média nacional, apesar de ficar abaixo do de muitos outros estados indianos.[17] O seu Índice de Desenvolvimento Humano e as estatísticas referentes ao nível de vida são as melhores no âmbito nacional. Este aparente paradoxo – grande desenvolvimento humano e pequeno desen-

volvimento económico – é, muitas vezes, apelidado de «fenómeno de Kerala» ou de «modelo de Kerala» de desenvolvimento e deve-se, sobretudo, ao forte sector dos serviços de Kerala.[18]

Os indicadores de saúde de Kerala, expostos na Tabela 2.19, estão entre os melhores do país. A nível distrital, o Director Clínico Distrital dirige todas as actividades de saúde e do bem-estar familiar. Os Directores Clínicos Distritais são ajudados por Delegados e por outros funcionários técnicos e ministeriais.[19]

Tabela 2.19 Índia e Estado de Kerala: indicadores de saúde

	Kerala	Índia
Esperança de vida	70.93 anos	64.9 anos
Taxa de mortalidade infantil	5.6/1000 nados vivos	72/1000 nados vivos
Taxa de mortalidade materna	0.8/1000 nados vivos	4.37/1000 nados vivos
Taxa de mortalidade perinatal	18.9/1000 nados vivos	47.5/1000 nados vivos
Taxa de mortalidade neonatal	11.3/1000 nados vivos	51.1/1000 nados vivos
Taxa de mortalidade infantil	4.3/1000 nados vivos	6.5/1000 nados vivos

Fonte: Relatório sobre o estado 2004-2005. Thiruvananthapuram, Programa Distrital de Saúde Mental.

A infra-estrutura de saúde em Kerala é composta por *anganwadis*[a], subcentros (5094 no total), centros de cuidados de saúde primários (944 no total), centros de saúde comunitários (105 no total), hospitais Taluk (43 no total), hospitais distritais (11 no total) hospitais-escola de medicina (5 no total), centros de saúde mental (3 no total) e hospitais gerais (3 no total).

A nível distrital e a nível inferior, corpos representativos eleitos, denominados *Panchayaths*, existem a três níveis como parte da governação. Assim, há *Panchayaths* distritais, *Panchayaths* de *block* e *Panchayaths* de localidade. Os centros de cuidados de saúde primários ficam sob direcção dos Panchayaths de localidade, ao passo que os centros de saúde comunitários e os hospitais Taluk ficam sob administração dos *Panchayaths* de *block*.

As áreas geodemográficas são aproximadamente de 7 quilómetros quadrados para um subcentro e de aproximadamente 38 quilómetros quadrados para um centro de cuidados de saúde primários.[20]

Detalhes adicionais são disponibilizados na tabela 2.20.

Segundo as estatísticas disponíveis para o ano de 2002, Kerala tem a mais alta taxa de suicídios da Índia (30,8 por ano por cada 100 000 pessoas); muito mais elevada do que a média nacional de 11,2 por ano por cada 100 000 pessoas, e do que a taxa global de 14,5 por ano por cada 100 000 pessoas.[21]

Kerala tem três hospitais psiquiátricos de gestão governamental, com uma capacidade de 1342 camas. Se somarmos as unidades psiquiátricas do estado em geral aos hospitais distritais

[a] *Anganwandi* é o termo em hindi para pátio de centro de jogos. Estes estabelecimentos governamentais baseados na comunidade estão integrados nos Serviços Integrados de Desenvolvimento Infantil do governo. O centro *Anganwandi* também providencia cuidados de saúde primários em localidades – sobretudo os relacionados com os cuidados de saúde materno-infantis. Os *Anganwandi* fazem parte do serviço de saúde pública indiano.

Tabela 2.20 Estado de Kerala: infra-estrutura sanitária

Instituição	Profissional de saúde responsável	Cobertura	Função e estabelecimentos	Outro pessoal
Anganwadis	Profissional de *anganwadi*	Mínimo de 1 por cada 1000 habitantes	Nutrição e tratamentos das crianças em idade pré-escolar e das mães	Nenhum
Subcentros	Enfermeira júnior de saúde pública (EJSP) ou inspector júnior de saúde (IJS)	5000 habitantes, cobrindo de 4 a 5 localidades	Prevenção de doenças; informação, educação, comunicação; educação para a saúde e aplicação de curativos	Assistentes de saúde social acreditados
Centros de cuidados de saúde primários	Funcionário clínico	25 000 habitantes, cobrindo cerca de 20 localidades	Tratamentos ambulatórios; prevenção de doenças; instalações cirúrgicas; radiologia; laboratório; serviços de farmácia	ESJP/IJS, enfermeiros, farmacêutico, assistentes
Centros de saúde comunitários	Agente de saúde diferenciado	230 000 habitantes	Centro de referência Tratamentos de internamento e ambulatórios; instalações cirúrgicas; radiologia; laboratório; serviços de farmácia	2 a 3 médicos, enfermeiros, farmacêutico
Hospital Taluk	Superintendente	De 350 000 a 400 000 habitantes	Centro de referência Tratamentos de internamento e ambulatórios; instalações cirúrgicas; radiologia; laboratório; serviços de farmácia	5 a 8 médicos, enfermeiros, farmacêutico

e aos departamentos das escolas de medicina governamentais, o estado pode acomodar 1717 doentes com perturbações mentais simultaneamente. O estado tem 157 psiquiatras privados e 85 governamentais, o que se traduz em menos de um psiquiatra por cada 100 000 habitantes.[22]

No distrito de Thiruvananthapuram de Kerala, há apenas um hospital psiquiátrico com uma capacidade total de 507 camas. Nas unidades psiquiátricas dos hospitais geridos pelo governo e dos hospitais distritais, e nos departamentos psiquiátricos das escolas de medicina governamentais estão localizadas 71 camas adicionais.[23]

A estimativa da prevalência a 12 meses das perturbações mentais em Kerala está patente na Tabela 2.21.[24]

Tabela 2.21 Estado de Kerala: prevalência a 12 meses das perturbações mentais

Prevalência de perturbações mentais 58/1000 habitantes
Prevalência de perturbações mentais graves 10-20/1000 habitantes
Perturbações neuróticas e psicossomáticas 20-30/1000 habitantes
Atraso mental 0%-1% das crianças até à idade de 6 anos
Perturbações mentais em crianças 1%-2% até à idade de 6 anos

Descrição dos serviços oferecidos

Os serviços de saúde mental estão integrados nos cuidados de saúde primários sobretudo nos centros de cuidados de saúde primários, nos centros de saúde comunitários e nos hospitais Taluk (que prestam cuidados ambulatórios).

As pessoas com perturbações mentais são identificadas e direccionadas para estes estabelecimentos por:

- profissionais dos *anganwadi;*
- pessoal dos centros de cuidados de saúde primários – enfermeiros júnior da saúde pública e assistentes de saúde social acreditados;
- hospitais psiquiátricos e clínicas privadas;
- organizações não-governamentais e centros de reabilitação;
- assistentes sociais com base comunitária e voluntários;
- membros dos *Panchayaths;*
- membros das equipas do programa distrital de saúde mental;
- professores.

Os novos doentes referenciados são vistos pelo agente de saúde diferenciado no centro de cuidados de saúde primários ou de saúde comunitária. Se os agentes de saúde tiverem sido formados como fazendo parte do Programa Distrital de Saúde Mental, fazem um diagnóstico e prescrevem o passo de acção seguinte, isto é, medicação ou referenciamento. Em alternativa, se os agentes de saúde não tiverem sido formados, ou se o problema está para lá do seu nível de conhecimentos, instruem o doente para voltar no dia em que a equipa distrital de saúde mental volte a estar presente. As pessoas com perturbações mentais passam pelos mesmos procedimentos e esperam nas mesmas filas dos outros doentes que estão a recorrer ao centro por outros motivos. Num dia normal de trabalho, entre 300 e 400 pessoas são vistas num centro de cuidados de saúde primários ou comunitária e, entre elas, aproximadamente 10% têm perturbações mentais identificadas.

Nos dias de consulta de saúde mental, a equipa distrital de saúde mental recebe os doentes numa área do centro de cuidados de saúde primários ou comunitária reservada para o efeito. Ficam separados das actividades principais do centro, sobretudo para evitar as aglomerações de pessoas. Os doentes acabados de ser referenciados fazem fila, por ordem de chegada, juntamente com os doentes que já estão a ser seguidos. Os doentes que voltam à consulta trazem consigo as suas cadernetas de doente, que contêm registos relevantes e informações médicas.[b] O doente e (muitas vezes) um membro da família, ou um prestador de cuidados, são vistos pelo psiquiatra numa divisão escolhida para o efeito ou, se não estiver disponível, num canto de um salão grande, com privacidade em relação às outras pessoas. O diagnóstico e a prescrição, nos casos necessários, são inscritos pelo psiquiatra na caderneta do doente que é entregue à enfermeira que, de seguida, fornece a medicação conforme indicado. Os medicamentos são normalmente trazidos para o estabelecimento pela equipa, e deixados para uso

[a] As cadernetas de doente são dadas pela equipa distrital de saúde mental a pessoas com perturbações, que as conservam à sua guarda e as trazem às consultas. As cadernetas contêm informações acerca do diagnóstico, do plano de tratamento e de quaisquer medicamentos ou resultados de análises. Também incluem detalhes tais como a idade do doente, o sexo, a fonte de diagnóstico e a data de inscrição no programa/tratamento.

posterior partilhado entre as suas consultas de saúde mental. Normalmente só agentes de saúde com formação receitam medicamentos psicotrópicos e fazem o seguimento activo de doentes entre as consultas de saúde mental. Os agentes de saúde sem formação limitam-se a receitar medicamentos que já tenham sido seleccionados pelo psiquiatra da equipa.

Todos os novos doentes recebem psicoeducação na sua primeira visita, que inclui informação acerca da sua perturbação mental, da sua origem, do seu tratamento, da sua monitorização e da sua gestão. Isto envolve-os no processo e motiva-os para continuarem o tratamento.

O assistente social vê aqueles que necessitam de aconselhamento e de serviços de acompanhamento. O assistente social organiza sessões periódicas de terapia de grupo e trata da admissão em centros de reabilitação e dos contactos com outros serviços governamentais. Em certos casos, o assistente social faz visitas domiciliárias para ajuizar da situação familiar e para ajudar a confirmar o tratamento continuado. Se necessário, é prestado aconselhamento individual pelo psicólogo clínico e pelo psiquiatra.

Deste modo, os serviços prestados durante as consultas de saúde mental são:

- planeamento de diagnóstico e planeamento de tratamento para doentes recém-identificados;
- revisão e acompanhamento dos doentes habituais;
- aconselhamento pelo psicólogo clínico e pelo psiquiatra;
- psicoeducação;
- referenciação, de acordo com as necessidades.

A maioria dos doentes apresentam depressão, doença bipolar, esquizofrenia ou epilepsia (ver avaliação/resultados).

Processo de integração

O processo de integração da saúde mental na saúde geral no distrito de Thiruvananthapuram começou a sério com a introdução do Programa Distrital de Saúde Mental em dois distritos de Kerala, em 1999 e 2000. Foi o resultado de uma proposta de projecto remetida pelo estado ao governo nacional.

Uma ordem formal do governo para iniciar o Programa Distrital de Saúde Mental, datada de 25 de Janeiro de 1999, foi enviada ao Centro de Saúde Mental de Thiruvananthapuram, que foi designado como «centro nodal» para sua implementação no distrito. A ordem governamental também determinava a criação de uma equipa distrital de saúde mental para iniciar e permitir o funcionamento dos serviços de saúde mental. Começando com a nomeação de um psiquiatra, como primeiro agente nodal ou coordenador, os seguintes membros da equipa foram também nomeados no espaço de um ano:

- um psiquiatra de equipa – por destacamento do centro de saúde mental;
- um psicólogo clínico – numa base regular;
- um assistente social psiquiátrico – numa base de contrato/destacamento;
- um enfermeiro do quadro – por destacamento;
- um administrativo/operador de computador – numa base de contrato;
- um auxiliar de consulta – pago ao dia;
- um condutor – pago ao dia.

O Centro de Saúde Mental de Thiruvananthapuram identificou inicialmente oito estabelecimentos dentro do distrito para os serviços integrados, incluindo quatro centros de cuidados de saúde primários, um centro de saúde comunitária e três hospitais Taluk. Estes estabelecimentos foram seleccionados para prestarem uma cobertura o mais alargada possível do distrito e porque possuíam as infra-estruturas requeridas. Para além disso, os seus profissionais da saúde mostravam apetência para tratar pessoas com perturbações mentais.

O governo criou também duas comissões para supervisionarem a implementação do programa, nomeadamente a comissão de implementação (no centro de saúde mental, que era a instituição nodal) e a comissão de monitorização (ao nível do estado). Para além disso, os psiquiatras e os profissionais de saúde mental do centro de saúde mental e do programa distrital de saúde mental constituíram um grupo de trabalho para discussão e revisão do programa.

Em Julho de 1999, a equipa distrital de saúde mental (o psiquiatra da equipa, o enfermeiro do quadro, o auxiliar de consulta e o condutor) começaram a dar consultas de saúde mental nestes oito estabelecimentos, uma vez de duas em duas semanas, em dias fixos. Um conjunto menor de medicamentos seleccionados foi adquirido pelo centro de saúde mental e transportado com a equipa para estes estabelecimentos.

No espaço de um ano, 13 estabelecimentos estavam instalados. A frequência das consultas foi reduzida de quinzenal para mensal, de modo a facilitar o planeamento da gestão para a equipa distrital de saúde mental.

Em 2002, foi tomada a decisão de reduzir a dependência das consultas de saúde mental dadas pela equipa distrital de saúde mental. A responsabilidade por estas consultas foi transferida gradualmente para os agentes de saúde diferenciados dos centros em questão. Oportunamente, a equipa começou a prestar consultas de intervenção na comunidade em novos centros, chegando a totalizar 25 postos de consulta de intervenção na comunidade, que incluíam duas redes. A equipa também começou a prestar serviços de ligação a três organizações não-governamentais que prestam serviços de reabilitação a pessoas com perturbações mentais. Posteriormente, três postos de consulta de intervenção na comunidade (as duas cadeias e mais um) foram abandonados durante os anos de 2004 e 2005, devido a uma procura reduzida de serviços por parte dos doentes.

Actualmente, as consultas de saúde mental operam em 22 estabelecimentos: 11 centros de cuidados de saúde primários, 8 centros de saúde comunitária e 3 hospitais Taluk. A equipa distrital de saúde mental visita todos os estabelecimentos mensalmente, excepto os dois hospitais Taluk, que têm psiquiatras nos seus quadros.

Os serviços prestados são, na maioria dos casos, gratuitos. Contudo, os *panchayaths* locais gerem os centros de cuidados de saúde primários e os de saúde comunitária e alguns cobram taxas nominais a todos os doentes, incluindo os doentes com perturbações mentais.

Melhorar os recursos humanos por meio da formação e da consciencialização

Foram organizados diversos programas de formação. Uma equipa composta principalmente por médicos do centro de saúde mental foi designada para dar formação a 215 agentes de saúde diferenciados, 102 enfermeiros e profissionais da saúde e 274 profissionais *anganwadi*.

Os profissionais da saúde estatais são transferidos de estabelecimento cada três anos. Como tal, muitos profissionais de saúde com formação eram transferidos de clínicas de saúde mental que participavam no programa. A formação continuada dos profissionais de saúde recém-chegados era, assim, essencial e, no entanto, mais tarde foi inviabilizada por problemas de financiamento (ver finanças/fundos, abaixo).

Aos médicos dos centros de cuidados de saúde primários, dos centros de saúde comunitária e dos hospitais Taluk foram oferecidos 12 dias de formação intensa para que se preparassem para o seu novo papel. Os assuntos incluíam anatomia do sistema nervoso, identificação e diagnóstico de perturbações mentais e opções de tratamento baseadas em evidência científica. Foram usados métodos de formação modernos, que incluíam sessões com doentes reais e simulados, usando circuitos fechados de TV. Os formadores entrevistavam doentes e diagnosticavam, e faziam planos de gestão, enquanto os formandos observavam.

A formação do pessoal de enfermagem e de saúde durava seis dias. Os assuntos incluíam saúde mental, perturbações orgânicas, epilepsia, perturbações do humor, comunicação e aconselhamento, enfermagem psiquiátrica, emergências psiquiátricas, psiquiatria legal, reabilitação, medicação no tratamento de perturbações mentais, problemas da infância e da adolescência e as estratégias e objectivos dos programas de saúde mental distrital e nacional.

Os profissionais *anganwadi* recebiam 5 dias de formação, que cobriam a saúde mental e as perturbações mentais, bem como a identificação de perturbações mentais, e técnicas de aconselhamento.

Grupos adicionais eram formados selectivamente. Dezassete funcionários de comunicação de massas da direcção dos serviços de saúde e a administração de saúde distrital foram orientados para as questões do programa distrital de saúde mental e da saúde mental em geral. A sua formação centrou-se sobretudo no suicídio, de modo a que localmente, pudessem chamar a atenção e o interesse do público para esta questão relevante. Cerca de 199 professores passaram por uma acção de formação de 3 dias sobre questões de saúde mental, durante a qual lhes foi ensinado um método simplificado de detecção de perturbações mentais e de problemas comportamentais nas crianças e nos adolescentes. Também foi prestada uma orientação geral a 200 membros da polícia e a 26 guardas prisionais. Para além disto, o programa ofereceu a oportunidade de trabalho a 73 estudantes de serviço social e a 60 estudantes de psicologia para que participassem em vários estágios. Ao mesmo tempo que estes estudantes forneciam competências adicionais, também lhes era possibilitado beneficiarem com a formação prática fornecida.

Registos e informação de arquivo

Para além das cadernetas dos doentes, que foram anteriormente descritas, o psiquiatra conserva registos separados de todos os doentes vistos nas consultas. O enfermeiro de saúde mental mantém um registo dos doentes que comparecem às consultas e dos medicamentos distribuídos, mas deixa-o no centro de cuidados de saúde primários ou comunitários, junto com os outros registos clínicos. O enfermeiro também mantém o registo das existências dos medicamentos, incluindo os psicotrópicos, e envia a lista para o director clínico distrital, para aprovação.

O assistente social de psiquiatria fornece os detalhes do aconselhamento e da terapia de grupo num relatório mensal. O psicólogo clínico mantém os seus registos em ficheiros individuais para cada doente. O funcionário distrital nodal convoca reuniões semanais com a sua equipa e junta todas as informações, que são registadas pelo operador de computador no escritório do Programa Distrital de Saúde Mental.

Fornecimento de medicação psicotrópica

Todos os estabelecimentos de saúde (incluindo os centros de cuidados de saúde primários, os centros de saúde comunitária e os hospitais Taluk) seguem um procedimento normalizado para obtenção dos medicamentos. O director da instituição envia um pedido anual de medicamentos ao funcionário clínico distrital correspondente. Este remete os pedidos para as farmácias distritais. O superintendente das farmácias distritais faz a revisão do pedido global do distrito e envia-o para a comissão central de compras do estado. Os medicamentos são comprados pela comissão central de compras junto de companhias farmacêuticas reconhecidas, com base num sistema de concursos. Pede-se às instituições que efectuem o levantamento dos seus medicamentos nas farmácias distritais de três em três meses. A comissão central de compras tem uma lista tipo da qual as instituições seleccionam os seus medicamentos e as quantidades. O funcionário clínico distrital convoca reuniões mensais com os responsáveis das instituições para reverem as disponibilidades medicamentosas.

Antes da introdução do programa distrital de saúde mental, os medicamentos psicotrópicos não se encontravam disponíveis em nenhum dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários. A obtenção de drogas psicotrópicas por meio do procedimento normalizado descrito acima obrigou pois, a esforços especiais por parte da equipa distrital de saúde mental, em especial do funcionário nodal.

Quando foram iniciadas as consultas de saúde mental, a resposta (i. e. o número de pessoas à procura de tratamento) foi muito boa. Mas os profissionais da saúde geral e os estabelecimentos farmacêuticos tinham relutância em requisitar e armazenar medicamentos psicotrópicos, dado que não havia médicos nem psiquiatras formados que pudessem receitar devidamente. Em consequência, a equipa distrital de saúde mental transportava os medicamentos para trás e para a frente entre as consultas, fazendo com que fossem acessíveis aos doentes gratuitamente. Este procedimento funcionou bem entre 1999 e 2004, quando o programa era financiado totalmente pela verba atribuída no orçamento. Durante este período, o funcionário nodal tinha autorização para obter medicamentos directamente junto das companhias farmacêuticas que faziam parte da lista da comissão central de compras, sem ter de seguir todo o procedimento normalizado. Era uma disposição especial, não acessível a outras chefias de estabelecimentos de saúde. Para além disso, os três funcionários nodais dos três programas distritais de saúde mental do estado eram convidados para os encontros mensais convocados pelo funcionário clínico distrital e eram capazes, deste modo, de rever as existências dos medicamentos psicotrópicos e de assegurar a sua disponibilidade nos centros. Depois de 2004, a disponibilidade de fundos para os medicamentos tornou-se irregular. A equipa pretendia desviar fundos para a formação não utilizados para a compra de medicamentos, mas foi solicitado ao funcionário nodal que fizesse um pedido especial ao governo central. A autorização só veio depois de interpostos recursos junto do supremo tribunal do estado e de ser feita uma campanha de influências junto de deputados locais.

Ao longo do tempo, a equipa distrital de saúde mental conseguiu convencer os estabelecimentos de saúde geral a requisitarem os medicamentos psicotrópicos como parte das suas requisições normais de medicamentos. A equipa distrital de saúde mental preparou listas de medicamentos psicotrópicos de acordo com o requerido por cada centro (nos quais as consultas de saúde mental estavam operacionais) e deram-nas aos directores destes estabelecimentos e aos farmacêuticos, de modo a que fossem incluídas na listagem geral do centro. Se havia alguma interrupção na disponibilidade de medicamentos, o funcionário nodal pedia-os emprestados ao centro de saúde mental e eram repostos numa data ulterior.

Correntemente, todos os 22 centros fazem requisições directas de medicamentos psicotrópicos. Por vezes, as existências escasseiam e, nestes casos, a equipa distrital de saúde mental ajuda os centros enviando uma requisição de medicamentos adicional (assinada pelo funcionário nodal e pelo director do centro de saúde mental) ao funcionário clínico distrital. Esta solução tem tido bons resultados.

Financiamento/fundos

Na sequência da aprovação do Programa Distrital de Saúde Mental pelo governo nacional, foram atribuídos fundos para um período inicial de cinco anos. O orçamento de funcionamento tinha rubricas para profissionais da saúde, assim como para medicamentos, equipamento e manutenção de veículos, formação e actividades de informação, de educação e de comunicação. A aquisição do veículo para a equipa era importante, na medida em que lhe permitia a mobilidade e a capacidade para estar activa.

No final do período de financiamento, o governo estatal não estava em condições de poder assegurar fundos para a continuidade do programa, apesar de ser um facto planeado e esperado pelo governo central. O programa continuou com a utilização de fundos originais que não tinham ainda sido gastos e com a ajuda financeira do centro de saúde mental.

O grande desafio de financiamento que o programa enfrentou teve a ver com as restrições colocadas pelo governo central à utilização de fundos já atribuídos, especialmente de fundos para formação. De acordo com o contrato de financiamento, os fundos para a formação só podiam ser utilizados durante os primeiros três anos do programa. Contudo, o acesso a estes fundos foi restringido durante os terceiro e quarto anos, devido a uma proibição das finanças do governo estatal. Nos anos seguintes, quando os fundos ficaram de novo disponíveis, e de acordo com os termos do contrato de financiamento, não podiam ser utilizados. Com a transferência dos seus profissionais de saúde ali treinados para outros centros de saúde, o problema tornou-se grave.

O funcionário nodal era membro da comissão de planeamento e de finanças do centro de saúde mental e tinha a possibilidade de aceder a fundos para ultrapassar falhas de financiamento em momentos críticos. A Aliança para a Promoção da Saúde Mental, estabelecida pelo programa, também conseguiu fundos de políticos locais.

Agora, foi assegurado financiamento do estado para o programa, para os anos de 2008 e 2009. Este alocação orçamental é um passo importante para a redução dos dois desafios principais: a disponibilidade de fundos e a formação do pessoal.

Ligação e a colaboração com organizações não-governamentais

O Programa Distrital de Saúde Mental formou grupos de auto-ajuda que envolviam os doentes, as famílias, os prestadores de cuidados, os profissionais da saúde mental e outros interessados.

A Aliança para a Promoção da Saúde Mental foi estabelecida pela equipa do programa distrital da saúde mental, com o apoio da própria comunidade. Tem uma comissão central e 12 comissões secundárias, que organizam programas locais. A associação defende os direitos das pessoas com perturbações mentais. Nesta capacidade já ajudou quase 100 pessoas na obtenção de pensões de invalidez. A associação também desempenhou um papel importante na obtenção de prolongamentos sucessivos do Programa Distrital de Saúde Mental, depois do período inicial de financiamento. Os memorandos das comissões secundárias locais, a solicitarem a abertura de consultas de saúde mental nas suas áreas, contribuíram para este esforço.

O programa também ajudou a criar uma percepção da comunidade para as questões de saúde mental. A equipa distrital de saúde mental trabalhou directamente com três organizações não-governamentais e realizou reuniões em cadeia para informar o público acerca das perturbações mentais e de como aceder à ajuda. Desde o início do projecto, foram efectuados no distrito 66 dias completos e 11 meios-dias de programas de consciencialização, nos quais participaram 7186 pessoas. Programas especiais também foram organizados para o Dia Mundial da Saúde Mental, para o Dia Mundial Sem Tabaco e para o Dia Internacional contra o Uso e Tráfico de Drogas.

5. Avaliação/resultados

A introdução do Programa Distrital de Saúde Mental no distrito de Thiruvananthapuram foi bem recebido pelo centro de saúde. No seguimento da primeira ordem governamental para arrancar com o programa, o secretário de estado da saúde facilitou os procedimentos morosos e complicados da alocação de fundos. A atribuição atempada de fundos e o recrutamento de pessoal empenhado e qualificado para a equipa distrital de saúde mental deram ao programa um bom arranque. A colocação do programa sob a administração do departamento dos serviços de saúde do ministério da saúde, em vez das escolas de medicina (como é o caso noutros estados indianos), facilitou ainda mais a integração do programa nos cuidados de saúde primários e o seu êxito geral. A Autoridade de Saúde Mental do Estado de Kerala (um organismo oficial do estado anterior ao Programa Distrital de Saúde Mental, criado pela Lei da Saúde Mental de 1987) e o funcionário nodal do Estado de Kerala para o Programa Distrital de Saúde Mental (que também é secretário da Autoridade de Saúde Mental) encorajaram activamente a implementação efectiva do Programa Distrital de Saúde Mental no estado.

O acesso gratuito e fácil aos medicamentos psicotrópicos nas consultas tem sido uma das grandes vantagens do programa. Tem permitido que doentes com perturbações mentais recebam tratamento efectivo e atempado no sítio onde vivem. Em resultado disso, as despesas e o tempo gastos em viagens para os hospitais foram grandemente reduzidos. Os apertos financeiros em anos posteriores, especialmente a proibição temporária das finanças por parte do governo estatal, forçaram o programa e tornar-se dependente dos estabelecimentos de saúde quanto ao fornecimento de medicamentos. Contudo, em retrospectiva, isto foi vantajoso porque os medicamentos começaram a ser encaminhados quase integral e eficientemente através do sistema de fornecimento e de aquisições do governo do estado.

A expansão rápida de 8 para 13, e depois para 25 estabelecimentos de consulta, pressionou o programa e obrigou a que o trabalho fosse assumido parcialmente pelas equipas locais. Por exemplo, o hospital Taluk em Neyyatinkara decidiu continuar independentemente as suas consultas de saúde mental, utilizando os serviços de um psiquiatra local, fazendo ligação com a equipa distrital de saúde mental apenas para o fornecimento de medicamentos.

Acções pró-activas executadas pelos funcionários nodais e pela equipa de saúde mental desde o início do programa ajudaram a atenuar os desafios ao longo do percurso. Como descrito anteriormente, uma proibição de transacções de estado durante os 3.º e 4.º anos do programa deu origem a uma crise financeira que afectou o programa (os doentes vistos neste período diminuíram – conforme tabela abaixo). Contudo, um pedido especial do funcionário nodal resultou em que o programa fosse isento das restrições do ministério das finanças.

Importa destacar que o orçamento para 2008 e 2009 dos serviços de saúde estatais atribuiu 2,5 milhões de rupias (61 600 USD) ao programa distrital de saúde mental, permitindo que continue a formação de pessoal.

Serviços disponíveis

Muitas pessoas com perturbações mentais têm sido identificadas e tratadas desde o início do programa. Na tabela 2.22 mostra o número de novos doentes registados por ano nos 11 centros de cuidados de saúde primários, nos 8 centros de saúde comunitária e nos 3 hospitais Taluk que prestam serviços de saúde mental baseados em cuidados de saúde primários no distrito.

Tabela 2.22 Distrito de Thiruvananthapuram: número de novos doentes registados anualmente

Ano	Número total de doentes registados (novos casos)
Primeiro ano 1999–2000	1421
Segundo ano 2000–2001	1659
Terceiro ano 2001–2002	1083
Quarto ano 2002–2003	1122
Quinto ano 2003–2004	1628
Sexto ano 2004–2005	1631
Sétimo ano 2005–2006	1293
Oitavo ano 2006–2007	1246
Nono ano 2007–2008	630
Total	**11 713**

A doença bipolar, a esquizofrenia e a depressão foram as perturbações mentais mais frequentes observadas nas consultas entre Abril de 2005 e Março de 2006 (ver Tabela 2.23).

Tabela 2.23 Distrito de Thiruvananthapuram: número de casos registados, Abril 2005-Março 2006

Perturbação	Número total de casos registados
Depressão	267
Doença bipolar	300
Esquizofrenia	271
Perturbação esquizo-afectiva	24
Epilepsia	112
Atraso mental	70
Manias	18
Consumo de drogas	31
Perturbação de ansiedade generalizada	60
Perturbação de adaptação	10
Perturbação do défice de atenção/ hiperactividade	6
Perturbação obsessiva-compulsiva	6
Demência	32
Perturbação fóbica	11
Delirium	5
Perturbação somatoforme	50
Perturbação de pânico	4
Outras	14
Total	1293

6. Conclusão

O Programa Distrital de Saúde Mental em Thiruvananthapuram foi o resultado de um movimento a nível nacional para tornar os cuidados de saúde mental mais acessíveis e disponíveis e para integrar a saúde mental nos cuidados de saúde geral. Em 1999, foi formada uma equipa distrital de saúde mental para providenciar serviços de consulta médica de intervenção na comunidade a uma série de centros de cuidados de saúde primários e comunitária. Simultaneamente, os profissionais dos cuidados de saúde primários foram formados e os membros da comunidade foram sensibilizados para as questões da saúde mental. Com início em 2002, alguns estabelecimentos começaram a assumir responsabilidades operacionais nas suas clínicas de saúde mental, sem o apoio directo da equipa de saúde mental.

O êxito do programa deveu-se em larga escala à capacidade das pessoas empenhadas em acederem ao financiamento de arranque e à sua descoberta de maneiras de continuar o financiamento depois do período inicial de implementação. O êxito também foi o resultado da dedicação, ao nível das autoridades locais e dos profissionais da saúde, ao modelo dos cuidados de saúde primários integrados para a saúde mental. Com o correr do tempo, os profissionais do centro de saúde mental perceberam que a prestação de serviços de saúde mental dentro dos cuidados de saúde primários reduzia pressões sobre o seu estabelecimento e fazia diminuir os intervalos entre tratamentos. O centro de saúde mental continua, assim, a apoiar os cuidados de saúde primários, por exemplo com medicamentos psicotrópicos e apoio continuado à consulta. Também serve como centro de referência para doentes que requeiram uma avaliação

especializada, ou cuidados de saúde mental mais intensivos, incluindo serviços de emergência e de reabilitação.

Devido a dificuldades de financiamento, a formação continuada dos praticantes de cuidados de saúde primários tem sido difícil. Em função da rotação de pessoal ordenada pelo estado nos estabelecimentos de cuidados de saúde primários, a equipa do programa distrital para a saúde mental tem sido forçada, por vezes, a reassumir responsabilidades que tinham sido passadas a agentes de saúde diferenciados dos cuidados de saúde primários. Contudo, os fundos recentemente assegurados por parte do estado para os anos de 2008-2009 ajudarão a assegurar a sustentabilidade do programa.

Lições-chave aprendidas

- Sem um financiamento inicial de arranque por parte do governo nacional, o programa não teria sido implementado. O financiamento continuado tem sido igualmente importante, apesar de, por vezes, a sua obtenção ser um desafio.
- O apoio das chefias sénior das autoridades do estado permitiu que a equipa do arranque tivesse acesso célere aos recursos atribuídos e que desenvolvesse rapidamente um serviço abrangente.
- Os cuidados de saúde primários para a saúde mental devem trabalhar com, e não contra, os estabelecimentos de saúde mental já existentes – incluindo os estabelecimentos de internamento. O centro de saúde mental foi um aliado do programa de cuidados de saúde primários e beneficiou com os serviços recém-integrados através de, por exemplo, menos referenciações.
- O aumento simultâneo da consciência pública e da capacidade dos cuidados de saúde primários foi essencial. A educação da comunidade reduziu o estigma e encorajou as pessoas a procurarem cuidados. Ao mesmo tempo, a formação dos profissionais dos cuidados de saúde primários melhorou a detecção e o tratamento dentro deste quadro.
- A formação da equipa distrital de saúde mental e os serviços de referência e de apoio foram cruciais para o êxito do programa.
- A falta de formação continuada dos profissionais dos cuidados de saúde primários impediu o progresso e fez com que algumas responsabilidades clínicas revertessem para a equipa de saúde mental. Os financiamentos recentemente assegurados para o programa ajudarão a ultrapassar este obstáculo.
- A Aliança para a Promoção da Saúde Mental, uma organização de consumidores, ajudou o processo, advogando a necessidade de serviços de saúde mental, garantindo fundos para o programa e apoiando os seus membros na obtenção de pensões de invalidez.

Referências – Índia

1 *Census of India 2001.* Office of the Registrar General and Census Commissioner, India, 2001. (http://www.censusindia.gov.in/Census_Data_2001/India_at_glance/religion.aspx, accessed 18 March 2008).

2 *India language families.* Central Institute of Indian Languages, 2005 (http://www.ciil.org/Main *UIS statistics in brief, Education in India.*/Languages/map4.htm, accessed 18 March 2008).

3 UNESCO Institute for Statistics, 2006 (http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=121&IF_Language=eng&BR_Country=3560&BR_Region=40535, accessed 18 March 2008).

4 *India.* United Nations Population Fund (http://www.unfpa.org/profile/india.cfm?Section=1, accessed 18 March 2008).

5 *India country overview,* 2007. World Bank, 2007 (http://www.worldbank.org.in/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/SOUTHASIAEXT/INDIAEXTN/0,,menuPK:295593~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:295584,00.html, accessed 18 March 2008).

6 *India inclusive growth and service delivery: building on India's success. Development policy review, report, 2006.* The World Bank, 2006 (34580-IN) (http://siteresources.worldbank.org/SOUTHASIAEXT/Resources/DPR_FullReport.pdf, accessed 18 March 2008).

7 Srinivasan S. *Health: background and perspective*. (http://www.infochangeindia.org/HealthIbp.jsp, accessed 20 March 2008).

8 Aparajita C, Ramanakumar AV. Burden of disease in rural India: an analysis through cause of death. *The Internet Journal of Third World Medicine*, 2005, (2)2 (http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijtwm/vol2n2/india.xml, accessed 28 April 2008).

9 *Mortality country fact sheet 2006.* World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_searo_ind_india.pdf, accessed 28 April 2008).

10 Duggal R. *Healthcare in a changing political economy.* Background Paper prepared for Zurich India Programme Consultation with Partners, 11–12 November 2002.

11 Anonymous. Health sector welcomes increased allocation, asks for more. *The Economic Times*, 1 March 2008 (http://economictimes.indiatimes.com/News/News_By_Industry/Healthcare__Biotech/Healthcare/Health_sector_welcomes_increased_allocation_asks_for_more/rssarticleshow/2828364.cms, accessed 28 April 2008).

12 Reddy MV, Chandrashekar CR. Prevalence of mental and behavioral disorders in India: a meta-analysis. *Indian Journal of Psychiatry*, 1998, 40:149–157.

13 Venkataswamy Reddy M, Chandrashekar CR. *Prevalence of mental and behavioural disorders in India: a meta-analysis.* Indian Journal of Psychiatry, 1998, 40:149–157.

14 National Institute of Mental Health and Neuro Sciences. *Quality assurance in mental health.* New Delhi, National Human Rights Commission, 1999.

15 *Special schemes.* Ministry of Health & Family Welfare, Government of India (http://mohfw.nic.in, accessed 28th March 2008).

16 Murthy RS. The national mental health programme: progress and problems. In: Agarwal SP, et al, eds. *Mental health: an Indian perspective, 1946–2003.* New Delhi, Directorate General of Health Services/Ministry of Health and Family Welfare, 2004:91–107.

17 Kannan KP. *Poverty alleviation as advancing basic human capabilities: Kerala's achievements compared.* Thiruvananthapuram, Centre for Development Studies, 1999.

18 Brenkert AL, Malone EL. Modeling vulnerability and resilience to climate change: a case study of India and Indian States. *Climatic Change*, 2005, 72:57–102.

19 *Health facilities in Kerala.* Department of Health & Family Welfare, 2001 (http://www.kerala.gov.in/dept_health/facilities.htm, accessed 28 April 2008).

20 *Health infrastructure.* Government of Kerala, Information and Public Relations Department, 2000 (http://www.prd.kerala.gov.in/healthinfrastructure.htm, accessed 18 March 2008).

21 *Suicide.* Kerala State Mental Health Authority (http://www.ksmha.org/suicide.htm, accessed 28 March 2008).

22 Raghaviah M. Ill-equipped to take care of the mentally ill. *The Hindu* [online], 8 November 2005 (http://www.hindu.com/2005/11/08/stories/2005110805630500.htm, accessed 20 March 2008).

23 *Home page.* Kerala State Mental Health Authority (http://www.ksmha.org, accessed 28 March 2008).

24 *Kerala State Mental Health Authority.* Kerala State Mental Health Authority, 2003 (http://www.ksmha.org, accessed 20 March 2008).

REPÚBLICA ISLÂMICA DO IRÃO

Integração nacional da saúde mental nos cuidados de saúde primários

Resumo do caso

Desde finais dos anos 80 do século passado que a República Islâmica do Irão tem procurado uma integração plena da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Ao nível das localidades, os profissionais da saúde comunitários, ou *behvarzes*, têm responsabilidades de saúde mental claramente definidas, que incluem uma procura activa de casos e o seu referenciamento. Os médicos de clínica geral prestam cuidados de saúde mental como parte das suas responsabilidades de saúde geral e os doentes recebem, deste modo, serviços integrados e holísticos nos centros de cuidados de saúde primários. Se os problemas são complexos, os médicos de clínica geral enviam os doentes para os centros de saúde provinciais ou distritais, que são apoiados por especialistas de saúde mental. Os laços fortes na República Islâmica do Irão entre os sectores do ensino da medicina e da saúde (que têm origem no Ministério da Saúde e da Educação Médica) têm facilitado a formação de profissionais da saúde por todo o país. Para além disso, a saúde mental é considerada como sendo parte integrante dos cuidados de saúde primários e, deste modo, é tratada da mesma maneira que outras doenças que estão incluídas no pacote de serviços dos cuidados de saúde primários.

Uma característica importante da integração iraniana da saúde mental tem sido a sua escala nacional, especialmente nas áreas rurais. Uma proporção significativa da população do país está agora coberta por cuidados de saúde mental acessíveis, aceitáveis e adequados.

1. Contexto nacional

A República Islâmica do Irão é um dos países populosos da região (ver Tabela 2.24), com uma grande proporção de jovens e uma das maiores populações de refugiados do mundo.[1] A sua língua oficial é o persa. O país é rico em recursos humanos e naturais. É o segundo maior produtor de petróleo membro da OPEC e tem uma das maiores reservas de gás do mundo.[1]

Tabela 2.24 República Islâmica do Irão: síntese do contexto nacional

População: 69,5 milhões (67% urbana) [a]
Taxa anual de crescimento demográfico: 1,1% [a]
Taxa de fertilidade: 2,1 por mulher [a]
Taxa de literacia adulta: 77% [a]
PIB *per capita*: Paridade internacional de Poder de Compra em USD – 8050 [a]
População a viver com menos de 1,00 USD por dia: < 2% [a]
Grupo de rendimentos do Banco Mundial: economia de rendimentos baixos-médios/baixos[b]
Índice de Desenvolvimento Humano: 0,759; 94.º de 177 países [c]

Fontes:

[a] Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.htm, consultado a 9 de Abril de 2008).

[b] Grupos de países. (http;//web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATA/STATISTICS/0,,co ntentMDK :20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

[c] O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador, desenvolvido pelo Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas, que combina três dimensões do desenvolvimento: uma vida longa e saudável, o conhecimento e um nível de vida decente. Ver Estatísticas do relatório do Desenvolvimento Humano. Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas. (http://hdr.undp.org/en/statistics/, consultado a 9 de Abril de 2008).

A República Islâmica do Irão vê-se confrontada com níveis relativamente elevados de desigualdades e de pobreza[2] e tem uma alta taxa de desemprego e uma participação baixa das mulheres na força de trabalho (11% contra os 76% dos homens).[1] O país está relativamente avançado quanto à saúde e à educação.[3]

2. Contexto de saúde

Os indicadores de saúde da República Islâmica do Irão encontram-se resumidos na Tabela 2.25. No decorrer dos últimos 20 anos, o país tem alcançado um progresso notável no sector da saúde, incluindo o estabelecimento de um sistema elaborado de redes de saúde para assegurar o fornecimento de serviços de cuidados de saúde primários, que têm contribuído para melhorias significativas de vários índices de saúde.[4] Persistem disparidades na acessibilidade aos serviços de saúde: as populações residentes em províncias menos desenvolvidas têm acesso limitado aos serviços de saúde e uma menor disponibilidade destes serviços, bem como índices de saúde inferiores;[5] mais de 8% a 10% da população, a nível nacional, não estão cobertos por nenhum esquema de seguro e têm de pagar todas as despesas da sua algibeira.

Tabela 2.25 República Islâmica do Irão: síntese do contexto de saúde

Esperança de vida à nascença: 68 anos para os homens/73 anos para as mulheres
Despesa total na saúde *per capita* (Internacional, em USD, em 2004): 604
Despesa total na saúde como percentagem do PIB (2004): 6,6 %

Fonte: Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

A República Islâmica do Irão está a passar por uma transição demográfica e epidemiológica, que terá um efeito significativo na evolução da morbilidade e da mortalidade no futuro.

Uma população a envelhecer e o aumento das doenças crónicas e não-transmissíveis representam grandes desafios para a saúde.[4] Tanto a morbilidade como a mortalidade devidas a doenças transmissíveis baixaram. A saúde materna e infantil melhorou. As doenças não-transmissíveis e os acidentes aumentaram; as doenças cardiovasculares, a hipertensão, as perturbações degenerativas e relacionadas com o stress contribuem com 46% para as mortes dos adultos, e os acidentes são responsáveis por 15% das mortes.[4, 6] (Isto comparado com as mortes relacionadas com as doenças transmissíveis, que causaram apenas 2% das mortes em 1999.[7])

O forte empenho do Ministério da Saúde e da Educação Médica para tornar prioritária a reforma do sector da saúde, juntamente com o controlo governamental dos preços dos fármacos e da segurança da sua qualidade e a sua capacidade nacional para produzir a maior parte dos medicamentos básicos, constituem forças e oportunidades de peso.[4]

Saúde mental

A prevalência pontual das perturbações mentais na República Islâmica do Irão é estimada à volta de 22%,[4, 8] afectando mais mulheres do que homens[4] e tendo aumentado consideravelmente, de acordo com um inquérito nacional recente.[5, 9] Um estudo epidemiológico sobre o abuso de substâncias psicoactivas estimou o número de utilizadores de opiáceos em mais de 3,7 milhões (i. e. 5% da população), de entre os quais 2,5 milhões sofrem de problemas de saúde e sociais graves e, pelo menos, 1,1 milhão são dependentes.[5, 10] Uma proporção crescente de consumidores de drogas está a mudar do ópio para a heroína e do fumo para a injecção, o que faz aumentar o seu risco de contrair HIV/SIDA e hepatite.[5]

Um Programa de Saúde Mental Nacional foi formulado em 1986 e adoptado pelo Ministério da Saúde e da Educação Médica em 1988.[11] Laços fortes entre os profissionais da saúde e os administradores sénior ministeriais constituíram o núcleo para a adopção do programa e para a sua subsequente implementação. Uma política e um plano nacionais para a saúde mental têm estado a funcionar nos últimos 19 anos e foram recentemente corrigidos, de modo a expandir e a melhorar o programa nas áreas urbanas.[12] Um plano de prontidão em caso de catástrofe/emergência para a saúde mental está disponível e foi revisto em 2004, na sequência do terramoto de Bam.[12]

Há uma falta de legislação completa e coerente sobre a saúde mental. Muitas áreas tais como a hospitalização involuntária não estão referidas nas leis correntes.[7]

3. Cuidados de saúde primários e a integração da saúde mental

A unidade básica de prestação de saúde nas áreas rurais é a casa de saúde.[13] Cada casa de saúde serve uma população de 1000 a 1500 pessoas (normalmente 2 ou 3 localidades), e fica a menos de uma hora a pé de distância da população da sua área geodemográfica. Pelo menos um homem e uma mulher *behvarz* (uma pessoa local da mesma localidade) trabalham em cada casa de saúde. Os *behvarzes* têm uma educação geral até ao nível da educação secundária e dois anos de formação em cuidados de saúde, incluindo uma semana de formação formal em saúde mental. A maior parte deles frequenta cursos de actualização sobre questões de saúde. São uma presença estável, permanecendo na mesma casa de saúde ao longo de toda a sua carreira; daí a aquisição de um conhecimento profundo da saúde da população da sua área geodemográfica.

O nível seguinte de cuidados é o centro de saúde (urbano ou rural), que serve, cada um, 15 000 pessoas. Os 2322 centros de saúde rural têm um quadro de até três médicos de clínica geral, um técnico de controlo de doenças, um técnico de controlo familiar e, nalguns casos, um enfermeiro. Os médicos de clínica geral são extremamente móveis; ficam normalmente entre 6 e 18 meses num centro de saúde rural antes de se mudarem para outro lado. A rotatividade curta dos médicos de clínica geral tem sido um dos maiores obstáculos à implementação com êxito dos programas integrados. Todas as cidades têm centros de saúde urbanos. Costumam ser usualmente maiores do que os seus parceiros rurais e servem uma população de cerca de 12 000 pessoas. O quadro de pessoal e as responsabilidades são similares às dos centros de saúde rural.

A nível central, 317 distritos de saúde mental servem usualmente populações entre as 20 000 e as 200 000 pessoas. Nalgumas áreas mais populosas, os centros de saúde distritais servem até um milhão de pessoas. O centro de saúde distrital é a unidade autónoma mais pequena do serviço de saúde iraniano e é responsável pelo planeamento, pela gestão, pela implementação e pela supervisão das actividades dentro da sua rede distrital de saúde, que inclui os centros de saúde mental rurais e urbanos e as casas da saúde.

Saúde mental

A expansão a nível nacional dos cuidados de saúde primários ao longo dos anos 80, possibilitou uma boa oportunidade para a integração de outros planos de saúde.[13] Em 1989, a saúde mental foi integrada como um dos componentes dos cuidados de saúde primários, muito antes de outras doenças.

Nalguns distritos, está disponível um psiquiatra para fornecer serviços de saúde mental na especialidade. Quando tal não ocorre, um médico de clínica geral com formação especial presta a cobertura da saúde mental. O centro de saúde distrital aceita referências dos centros de saúde urbanos e rurais, mas, por vezes, encaminha os casos difíceis para o centro de saúde provincial. Há 40 centros de saúde em 30 províncias: algumas províncias têm mais do que uma faculdade de medicina e a elas cabe a responsabilidade de ambos os serviços de saúde na área da assistência à população que cobrem e da educação médica. As unidades de saúde mental nestes serviços têm um quadro com um psiquiatra e um psicólogo, que são responsáveis pela gestão técnica, organizacional e administrativa dos serviços à periferia. Há também serviços de saúde mental da especialidade, a maioria dos quais baseada em hospitais psiquiátricos, que prestam serviços de saúde mental a doentes referenciados pelos centros de saúde distritais e por outros serviços urbanos.

4. Boas práticas

Uma característica importante da integração iraniana da saúde mental tem sido a sua escala nacional, especialmente nas áreas rurais. Este exemplo de boas práticas examina, em consequência, o crescimento a nível nacional do serviço e os factores que o tornaram possível.

Descrição dos serviços oferecidos

Os médicos de clínica geral dos centros de saúde rurais e urbanos diagnosticam as perturbações mentais e fornecem tratamento à medida do necessário e do seu nível de formação e de

conhecimentos. Prestam os cuidados de saúde mental como parte das suas responsabilidades de saúde geral e os doentes recebem, deste modo, serviços integrados e holísticos. Os médicos de clínica geral aceitam referenciações dos *behvarzes*, que tiveram formação para identificar as perturbações mentais. Se os problemas são complexos, os médicos de clínica geral referenciam os doentes aos centros de saúde distritais ou provinciais. Os médicos de clínica geral também dão formação aos profissionais da saúde dos níveis inferiores do sistema de saúde, tais como os técnicos de controlo de doenças e os *behvarzes*.

Os profissionais da saúde mental ao nível distrital incluem um especialista de saúde mental, usualmente ou um psiquiatra ou um médico de clínica geral que tenha feito formação na especialidade da saúde mental. Os distritos têm normalmente de 5 a 10 camas para internamento psiquiátrico, num hospital geral.[14]

Ao nível das localidades, os *behvarzes* têm responsabilidades de saúde mental bem definidas, incluindo a educação comunitária, a procura activa de casos e o seu referenciamento, o acompanhamento e a manutenção dos registos médicos dos doentes.

Os serviços da saúde mental nos cuidados de saúde primários são responsáveis pela identificação e pelo tratamento das perturbações mentais graves, das perturbações mentais comuns, da epilepsia e dos atrasos mentais; de entre estas afecções, foi dada prioridade às perturbações mentais graves e à epilepsia. Nas regiões em que as taxas de suicídio são altas, os médicos de clínica geral recebem uma formação adicional sobre a depressão e o suicídio. O método de actuação dos cuidados de saúde primários, principalmente nas áreas rurais, é baseado principalmente no fornecimento de medicamentos psicotrópicos. A capacidade do serviço para a prestação de aconselhamento ou de outras intervenções não-farmacológicas tem sido limitada.

Processo de integração

Os serviços de saúde mental baseados na comunidade foram introduzidos na República Islâmica do Irão nos anos 70 pela Sociedade para a Reabilitação, que tinha como objectivo a desinstitucionalização dos serviços de saúde mental nas áreas urbanas. Esta sociedade foi dissolvida em 1980; as suas secções de formação e de pesquisa juntaram-se subsequentemente para formar o Instituto Psiquiátrico de Teerão. Este Instituto tornou-se num impulsionador importante dos cuidados de saúde mental descentralizados por todo o país.

Nos anos 80, foram dados dois passos inovadores e estrategicamente importantes, que fizeram avançar significativamente os cuidados primários da saúde mental. Curiosamente, nenhum deles era específico da saúde mental. O primeiro: os serviços de saúde e a educação médica foram fundidos através da formação do novo Ministério da Saúde e da Educação Médica. Isto criou uma estrutura da qual os profissionais dos cuidados de saúde primários podiam receber apoio continuado para desempenharem trabalho de saúde mental. O segundo: foi estabelecida uma rede de cuidados de saúde primários que cobria as partes mais remotas do país. Como parte desta rede, um sistema de referenciação foi desenvolvido entre os diferentes níveis de cuidados, desde as casas da saúde aos estabelecimentos universitários especializados.

A integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários foi um desafio pois inicialmente, nem todos concordaram que a saúde mental seria um assunto a considerar. Adicionalmente algumas pessoas eram cépticas quanto à capacidade dos cuidados de saúde primários serem

capazes de prestar serviços de saúde mental. Uma reviravolta importante aconteceu em 1985 quando o conselheiro regional para a saúde mental da OMS / Mediterrâneo-Este visitou o país. Partilhou a experiência Indiana de integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, originando a constituição de uma pequena comissão nacional composta principalmente por psiquiatras sénior. Esta comissão delineou Programa Nacional Iraniano para a Saúde Mental, em que a integração da saúde mental era a principal estratégia. Muitos lideres eram apoiantes desta estratégia, incluindo o Ministro da Saúde, o Director Executivo para Rede de Saúde Nacional e outros conselheiros sénior.

Monitorização do método de integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários

Em 1986, antes do programa nacional ter sido aprovado oficialmente, foi lançado um projecto-piloto em Sahr-e-Kord pelo director do Instituto Psiquiátrico de Teerão e por outros proeminentes psiquiatras, com o apoio do Ministério da Saúde. O projecto-piloto incluía 22 localidades com uma população de 28 903 habitantes.[15]

Todos os profissionais dos cuidados de saúde primários na área-piloto, incluindo 27 *behvarzes* e cinco médicos de clínica geral, receberam formação em saúde mental. A avaliação prévia e posterior à formação mostrou que o seu conhecimento tinha melhorado significativamente. A formação teve também um impacto com significado no comportamento clínico. Antes da formação, os *behvarzes* detectaram 121 casos de saúde mental, com um erro de diagnóstico de 46%, ao passo que, um ano mais tarde, foram detectados 266 casos, com apenas 14% de erro. Em contraste, as taxas de detecção permaneceram inalteradas num grupo de controlo que não recebera formação. Os médicos de clínica geral mostraram melhorias similares na detecção, no diagnóstico e no tratamento. Um estudo sobre as atitudes em relação à saúde mental mostrou grandes melhorias no grupo que recebeu formação, comparadas com uma ausência de mudança no grupo que a não recebeu.[15]

Um segundo projecto-piloto foi estabelecido pela Universidade de Ciências Médicas de Isfahan na cidade de Shahreza. Este estabelecimento serviu como um exemplo importante, quando as possibilidades de expansão da saúde mental nos cuidados de saúde primários na República Islâmica do Irão foram discutidas num encontro técnico da OMS.

Estes estudos-piloto demonstraram que as questões da saúde mental podiam ser geridas ao mesmo tempo que outros problemas da saúde e que os profissionais dos cuidados de saúde primários eram, de facto, capazes de prestar cuidados de saúde mental.

Formação e apoio aos médicos de clínica geral e aos *behvarzes*, na prestação de tratamentos de saúde mental de âmbito nacional nos cuidados de saúde primários

Com base no êxito dos projectos-piloto, os quadros clínicos superiores do ministério decidiram alargar o modelo de cuidados de saúde primários integrados para a saúde mental a todo o país. Isto requeria uma formação a nível nacional dos médicos de clínica geral e dos *behvarzes*. A formação foi levada a cabo numa base de uma província de cada vez, ao longo de duas décadas, e continua a sê-lo até hoje para os novos profissionais da saúde e para aqueles que necessitam de nova formação e de actualização dos seus conhecimentos.

A expansão do serviço de cuidados de saúde primários foi iniciada com a contratação de um psicólogo e a nomeação de um psiquiatra (normalmente um membro da faculdade da universidade local) ao nível provincial. Na sequência dos seminários de formação dos profissionais da saúde, o psiquiatra e o psicólogo iniciaram, supervisionaram e dimensionaram a integração na sua província.

Os fortes laços entre a República Islâmica do Irão e os seus sectores da educação médica e da saúde (que tinham origem no Ministério da Saúde e de Educação Médica) facilitaram a formação dos profissionais da saúde por todo o país. Os catedráticos das universidades de medicina de cada província também estão encarregues da saúde da sua população. Como tal, estas universidades médicas, juntamente com o Instituto de Psiquiatria (um Centro Colaborador da OMS baseado em Teerão), prestaram um apoio científico forte ao programa. Além disso, a expansão da integração foi tornada possível pela colaboração plena dos quadros superiores da administração de saúde provincial, especialmente dos directores da rede de cuidados de saúde primários.

Todos os médicos de clínica geral que gerem centros de saúde urbanos e rurais recebem uma acção de formação de uma a duas semanas, assim como formação de actualização todos os períodos de um a três anos. Esta formação é prestada por um psiquiatra de nível provincial. Os médicos de clínica geral, por sua vez, dão formação aos técnicos de controlo das doenças na sua área geodemográfica, dando especial atenção ao diagnóstico, à gestão e ao referenciamento das perturbações mentais.

Os *behrvazes* recebem uma semana de formação sobre a saúde mental, como parte do seu currículo geral. Para além disso, frequentam cursos de actualização dados por médicos de clínica geral, por psicólogos ou por psiquiatras, ao nível provincial. A aprendizagem pela prática é muito importante e, com esta finalidade, são continuadamente supervisionados por profissionais da saúde mais graduados.

Manuais de formação estão disponíveis a todos os níveis dos serviços. Os manuais sofreram múltiplas revisões baseadas nas reacções à sua eficácia e destinadas a cobrir novas áreas do conhecimento. Por exemplo, um manual recente para os médicos de clínica geral inclui técnicas de comunicação e de aconselhamento e a prevenção/promoção da saúde mental, por comparação com a pura gestão de doenças e de método de abordagem farmacológico dos manuais mais antigos.[16]

Financiamento e sustentabilidade do serviço

A saúde mental é considerada como uma parte integrante dos cuidados de saúde primários nas áreas rurais e, consequentemente, é tratada da mesma maneira que outras afecções que estão incluídas no pacote dos cuidados de saúde primários dos serviços. Por exemplo, o programa de financiamento e os fornecimentos farmacêuticos da saúde mental são geridos da mesma maneira que os das outras doenças.

Integração dos indicadores da saúde mental no novo sistema de dados da saúde

Cinco categorias de perturbações mentais estão incluídas no sistema de dados da saúde e são contabilizadas pelos directores provinciais do controlo de doenças. A inclusão destes indicadores e a elevada prevalência de perturbações mentais detectadas em consequência têm

feito aumentar o empenho dos quadros superiores da saúde na expansão dos serviços e das actividades da saúde mental.

5. Avaliação/resultados

Na sequência dos projectos-piloto, o programa da saúde mental foi rapidamente alargado às áreas rurais. Em 2001, o programa da saúde mental cobria 63% da população rural e 11% da população urbana.[15] A nível nacional, 84% dos centros distritais de saúde, 54% dos centros rurais e urbanos e 70% das casas de saúde prestavam já cuidados de saúde mental integrados.[15] Em 2006, estes números tinham atingido 82% e 29% das populações rural e urbana, respectivamente.

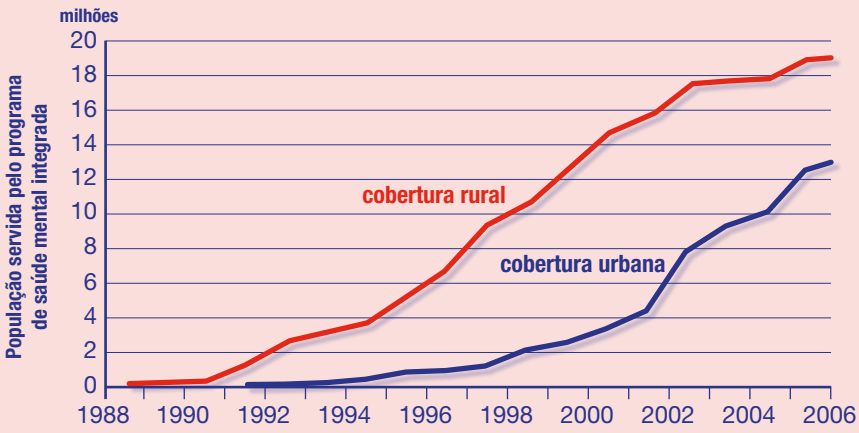
A integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários tem tido mais êxito nas áreas rurais do que nas áreas urbanas (ver Figura 2.3). Num ambiente urbano, o sector da saúde privada é forte e não se encontra bem regulamentado. As parcerias público-privadas são incipientes ou não-existentes. Para além do mais, as cidades não têm *behvarzes*, que são essenciais para o êxito do programa nas áreas rurais. O governo já tomou providências para melhorar os cuidados de saúde mental nas áreas urbanas, por exemplo, através do recrutamento de voluntários de saúde de intervenção na comunidade e da criação de centros de saúde mental baseados na comunidade, mas até agora a cobertura tem sido fraca e o impacto não tem sido avaliado formalmente.

A avaliação independente mais recente do serviço, levada a cabo pela OMS em 2001,[17] identificou os seguintes pontos fortes nas áreas rurais do país:

- a rede forte e de fácil acesso dos serviços de saúde;
- a gestão integrada das questões de saúde física e mental, o que reduz a estigmatização;
- os *behvarzes*, que têm um conhecimento local e que são largamente aceites pelas suas comunidades;
- as tarefas de saúde mental claramente definidas dos profissionais da saúde, que incluem a procura activa de casos e o seu acompanhamento;
- a qualidade adequada da educação dos profissionais e dos tratamentos que prestam;
- mudança de atitudes das comunidades;
- a mudança do padrão de procura dos cuidados de saúde mental, dos curandeiros tradicionais para os cuidados de saúde primários;
- a formação planeada regular, que é apoiada por manuais desenvolvidos com esta finalidade;
- as intervenções com base na evidência científica para a psicose, o atraso mental e a epilepsia.

Também foram identificadas as fraquezas, tanto nas áreas rurais como urbanas. Ao nível do centro de saúde, as fraquezas incluem: a enorme mobilidade dos médicos de clínica geral, particularmente nas áreas mais remotas; a não adesão dos médicos de clínica geral às práticas de registo recomendadas e o não cumprimento da visita semanal às clínicas-satélite mais distantes. Aos níveis distrital, provincial e mais elevado, as fraquezas identificadas foram a deficiente supervisão, a monitorização e a avaliação inadequadas, o insuficiente envolvimento dos psiquiatras e a atenção inadequada às questões da saúde mental, no seio do sistema de educação médica.

Figura 2.3 **República Islâmica do Irão: a cobertura cumulativa dos serviços de saúde mental, 1998-2006**



Fonte: Ministério da Saúde e da Educação Médica, República Islâmica do Irão

A investigação sobre as vias de acesso aos tratamentos indica que a expansão dos cuidados de saúde mental para os cuidados de saúde primários tem reduzido a procura de assistência junto dos prestadores tradicionais. Em diversas áreas, o primeiro contacto com um prestador de saúde tradicional, por motivo de um problema de saúde mental, passou de 40% em 1990[15] para 14% em 1998[18] e para16% em 2000[19].

Os *behvarzes* demonstraram ser capazes de identificar as psicoses (perturbações mentais graves), as epilepsias e os atrasos mentais e, em menor escala, as perturbações mentais comuns. A sua detecção de casos é melhor do que a dos voluntários de saúde urbanos.[20] No entanto, não conseguem identificar uma proporção considerável dos casos que são encontrados em estudos epidemiológicos. Até onde vai a capacidade de identificação das perturbações mentais pelos médicos dos centros de saúde, não foi apurado.

Quase todas as intervenções prestadas nos níveis básico e secundário, e a quase totalidade ao nível terciário, são de carácter farmacológico. A capacidade para prestar aconselhamento ou outras intervenções não-farmacológicas tem sido limitada.

Contudo, este modelo de integração da saúde mental tem fornecido as fundações para a expansão da esfera de acção do serviço a outras áreas. Por exemplo, um programa nacional de prevenção do suicídio foi implementado por meio da formação de médicos de clínica geral no tratamento da depressão, da referenciação de doentes com tendências suicidas, do acompanhamento de pessoas que cometeram tentativas de suicídio e do controlo do potencial contágio social. Em quatro áreas-piloto nas quais foi introduzido o programa, os suicídios diminuíram.[21] Também foram feitos esforços nalgumas províncias para integrar a prevenção do abuso de substâncias psicoactivas nos serviços dos cuidados de saúde primários. O sistema de saúde mental integrada também se revelou útil na implementação do plano de saúde mental para as catástrofes nacionais.[22, 23]

6. Conclusão

Por meio da integração da saúde mental nos cuidados de saúde geral uma proporção significativa da população da República Islâmica do Irão tem agora assegurada a cobertura por cuidados de saúde mental acessíveis, física e monetariamente, e aceitáveis. O crescimento dos serviços desde 1988 tem sido impressionante. Em particular, milhões de pessoas nas áreas rurais recebem agora cuidados de saúde mental sem serem mandadas para longe, para hospitais psiquiátricos com condições desumanas. Os *behvarzes* têm sido cruciais na destigmatização das perturbações mentais e na facilitação de tratamentos e de cuidados às pessoas que deles necessitam. Os médicos de clínica geral também têm tido um papel central no programa, ao providenciarem tratamentos médicos em profundidade e ao referenciarem os doentes aos níveis mais elevados, quando se revela necessário.

Lições-chave aprendidas

- Uma rede de cuidados de saúde primários forte nas áreas rurais foi importante para a integração dos cuidados de saúde mental.
- A saúde mental foi o primeiro exemplo de um serviço anteriormente vertical que foi integrado com êxito nos cuidados de saúde primários. Como tal, o programa recebeu um apoio forte de todos os níveis.
- Profissionais dedicados nas universidades médicas e no Ministério da Saúde e da Educação Médica, que acreditavam na integração da saúde mental, foram importantes para o êxito do programa. O apoio não permaneceu confinado somente aos profissionais da saúde mental.
- Profissionais da saúde multifuncionais nas áreas rurais (os *behvarzes*) foram cruciais para o êxito do programa. Eles conhecem a comunidade local e, com formação em saúde mental, são capazes de identificar pessoas com perturbações mentais e de as encaminhar para o centro de saúde local. Isto facilita uma intervenção precoce e faz aumentar o número de pessoas que recebem tratamento. O papel dos *behvarzes* explica a razão pela qual a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários tem tido mais êxito nas áreas rurais do que nas urbanas.
- Uma monitorização forte é necessária, especialmente no que diz respeito à qualidade e aos custos.
- O programa tem estado sobretudo centrado sobre a gestão da doença e sobre a prevenção secundária. Como tal, ainda não é claro até que ponto o mesmo modelo será eficaz na implementação de programas de prevenção/promoção da saúde mental, que foram planeados nos últimos anos.

Referências – República Islâmica do Irão

1 *Iran.* United Nations Population Fund (http://www.unfpa.org/profile/Iran.cfm, accessed 29 April 2008).

2 *2006 World development indicators*. World Bank, 2006 (http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/Table2_7.htm, accessed 29 April 2008).

3 *UNDP's support for poverty reduction in Iran* (http://www.undp.org.ir/poverty.aspx, accessed 19 February 2008).

4 *Country Cooperation Strategy at a glance: Iran (Islamic Republic of)*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.emro.who.int/Iran/Media/PDF/CCS Report 2006.pdf, accessed 16 May 2008).

5 *Country Cooperation Strategy for World Health Organization and Islamic Republic of Iran 2005–2009*. Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2005.

6 *Mortality country fact sheet 2006.* World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_emro_irn_Iran.pdf, accessed 29 April 2008).

7 Naghavi M. *A profile in mortality in 18 provinces (of Iran)*. Tehran, Tandis Publications, 2003.

8 Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry,* 2004, 184:70–73.

9 *A study of health and illness in the Islamic Republic of Iran: results of a national survey conducted by the Office of the Deputy Minister for Research in collaboration with the National Center for Medical Research* [in Persian]. Tehran, Islamic Republic of Iran, Ministry of Health and Medical Education, 2002.

10 Secretariat of Drug Abuse Control. *Glance at the function of drug abuse control* [in Persian]. Tehran, Islamic Republic of Iran, President's Office, 2004.

11 Yasamy MT et al. Mental health in the Islamic Republic of Iran: achievements and areas of need. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2001, 3:381–391.

12 *WHO-AIMS report on the mental health system in the Islamic Republic of Iran*. Tehran, World Health Organization and Ministry of Health and Medical Education, 2006.

13 Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2000, 6:822–825.

14 Bolhari J, Mohit A. Integration of mental health into primary health care in Hashtgerd. *Andeeshe va Raftar,* 1995, 2:16–24.

15 Shahmohammadi D. *Comprehensive report of research project on the integration of mental health in primary health care in Shahr-e-Kord villages.* Tehran, Islamic Republic of Iran, Ministry of Health and Medical Education, 1990.

16 Yasamy MT et al. *Practical mental health for general and family practitioners* [in Persian]. Tehran, Nashre aramesh, 2005.

17 Gater R et al. *Assignment report: evaluation of the programme to integrate mental health into primary care in the Islamic Republic of Iran.* Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2001.

18 Shahmohammadi D, Bayanzadeh SA, Ehsanmanesh M. Pathway to treatment of psychiatric patients in psychiatric centres of the country. *Andeeshe va Rafter*, 1998, 3:4–14.

19 Bina M, Bolhari J, Bagheri Yazdi SA. Evaluation of the efficiency of general practitioners in Iranian rural mental health centers in 1995 [in Persian]. *Teb va Tazkie*, 1997, 7:7–12.

20 Bagheri Yazdi SA, et al. Evaluation of function of auxiliary health workers (behvarz) and health volunteers in mental health care delivery in the framework of PHC system in Brojen City, Chaharmahal and Bakhtiari province [in Persian]. *Hakim*, 2001, 4:100–110.

21 Yasamy MT et al. *Suicide prevention in four cities.* Paper presented at the Regional and Intersectoral Congress of the World Psychiatric Association Advances in Psychiatry, Athens, 12–15 March 2005.

22 Yasamy MT et al. *Mental health in natural disasters. Educational book for medical and health worker specialists* [in Persian]. Tehran, Islamic Republic of Iran, Ministry of Health and Medical Education, 2000.

23 Yasamy MT et al. *Determination of appropriate measures of mental health service delivery to natural disaster survivors. Research report.* Tehran, Ministry of Health and Medical Education, Ministry of the Interior, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, and Red Crescent Society, 1998.

ARÁBIA SAUDITA

Cuidados de saúde primários integrados para a saúde mental na província Oriental

Resumo do caso

Na província Oriental da Arábia Saudita, Ash-Sharqiyah, os médicos dos cuidados de saúde primários prestam serviços de saúde mental de primeira linha através dos cuidados de saúde primários, e alguns médicos dos cuidados de saúde primários, que receberam formação adicional, servem como fonte de referenciação de casos complexos. Uma clínica comunitária de saúde mental presta cuidados complementares, tais como reabilitação psicossocial.

Como resultado da formação e do apoio continuado por parte dos especialistas da saúde mental, o conhecimento e a gestão das perturbações mentais por parte dos médicos têm melhorado. Muitos dos casos que, de outro modo, não teriam sido detectados ou teriam resultado em hospitalização, são agora tratados da comunidade.

1.0 contexto nacional

Os indicadores-chave para a Arábia Saudita são apresentados na Tabela 2.26. Os sectores económicos principais da Arábia Saudita têm por base o petróleo (cerca de 75% das receitas orçamentais e 90% dos ganhos com a exportação vêm da indústria petrolífera).[2] A riqueza é distribuída desigualmente e a pobreza e o desemprego têm sido abordados formalmente pelo governo desde 1995.[3, 4] A dependência do petróleo e o aumento da população são outros dos problemas sistémicos da economia saudita.[5]

Tabela 2.26 Arábia Saudita: síntese do contexto nacional

População: 25 milhões (81% urbana) [a]
Taxa anual de crescimento demográfico: 2,8% [a]
Taxa de fertilidade: 3,8 por mulher [a]
Taxa de literacia adulta: 79% [a]
PIB *per capita*: Paridade internacional de Poder de Compra em USD - 14 740 [a]
População a viver com menos de 1,00 USD por dia: dados não disponíveis ou não aplicáveis [a]
Grupo de rendimentos do Banco Mundial: economia de rendimentos altos [b]
Índice de Desenvolvimento Humano: 0,812; 61.º de 177 países [c]

Fontes:

[a] Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.htm, consultado a 9 de Abril de 2008).

[b] Grupos de países. (http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATA/STATISTICS/0,,contentMDK:20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

[c] O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador, desenvolvido pelo Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas, que combina três dimensões do desenvolvimento: uma vida longa e saudável, o conhecimento e um nível de vida decente. Ver Estatísticas do relatório do Desenvolvimento Humano. Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas. (http://hdr.undp.org/en/statistics/, consultado a 9 de Abril de 2008).

A religião principal da Arábia Saudita é o Islamismo (Salafismo ou Wahabismo) e a sua língua oficial é o árabe, apesar de o inglês ser também usado profusamente nos negócios e no comércio.[6]

2. Contexto de saúde

A Arábia Saudita tem alcançado uma grande redução na mortalidade e na morbilidade devidas a doenças transmissíveis e a condições perinatais. As principais causas de morte são agora as doenças cardíacas, as anomalias congénitas, os acidentes de viação e a diabetes.[7] Indicadores adicionais da saúde são apresentados na Tabela 2.27. .

Tabela 2.27 Arábia Saudita: síntese do contexto de saúde

Esperança de vida à nascença: 60 anos para os homens/63 anos para as mulheres
Despesa total na saúde *per capita* (Internacional, em USD, em 2004): 601
Despesa total na saúde como percentagem do PIB (2004): 3,9 %

Fonte: Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

A Arábia Saudita tem um sistema nacional de saúde no qual o governo presta serviços por intermédio de várias instituições. O sector privado também está em crescimento. «O Ministério da Saúde é responsável pelos cuidados de saúde preventivos, curativos e de reabilitação, para além de assegurar a gestão dos profissionais de saúde de forma a obter um desempenho aceitável.»[8] O orçamento do Ministério da Saúde representa 10% da despesa do governo. A despesa total na saúde é de 77% da responsabilidade do governo e 23% da responsabilidade de fontes privadas.[8]

Saúde mental

Estudos efectuados na Arábia Saudita têm revelado taxas baixas de detecção de perturbações mentais. Na cidade de Al-Kuhbar, 22% dos utilizadores dos serviços de saúde tinham perturbações mentais tais como depressão e ansiedade, no entanto apenas 8% tinham sido diagnosticados.[10] Em Riade, de 30% a 40% dos doentes vistos nas consultas de cuidados de saúde primários sofriam de perturbações mentais e, mais uma vez, a maioria não tinha sido diagnosticada.[11] Na Arábia Saudita Central, descobriu-se que 18% dos adultos tinham uma ligeira morbilidade mental.[12] As taxas eram mais altas entre os jovens (dos 15 aos 29 anos, 23%), as pessoas divorciadas e as viúvas (mais de 40%). Estima-se que os suicídios ocorram a uma taxa de 1,1/100 000 habitantes por ano e que sejam mais frequentes entre os homens, as pessoas com idade compreendida entre os 30 e os 39 anos, e entre os imigrantes.[13]

Os internamentos psiquiátricos ocorrem numa série de instituições:

- o principal hospital psiquiátrico da Arábia Saudita, o Hospital Taif: 570 camas;
- outros hospitais psiquiátricos (14 no total): entre 30 e 120 camas cada;
- departamentos de psiquiatria e clínicas ligadas aos hospitais gerais (61 no total): entre 20 e 30 camas cada;
- hospitais para tratamento de dependência do álcool ou drogas (3 no total): 280 camas cada;
- hospitais militares, da guarda nacional e universitários: 165 camas no total;
- hospitais gerais privados para tratamento psiquiátrico: 146 camas no total

Os serviços de reabilitação estão sobretudo concentrados no sector privado e nas organizações não-governamentais. Os criminosos com perturbações mentais são tratados em unidades de segurança no hospital Taif e em determinados hospitais. A prestação de cuidados de psiquiatria infantil é baseada, sobretudo, em tratamentos ambulatórios.

3. Os cuidados de saúde primários e a integração da saúde mental

Estão disponíveis cuidados de saúde primários (em 1850 unidades de saúde) espalhadas por todo o país, com serviços gratuitos, de carácter curativo, preventivo, de promoção e reabilitação, prestados pelos médicos de clínica geral,. Os cuidados de saúde primários são considerados como sendo os pilares do serviço de saúde e a maioria dos doentes são observados a este nível – cerca de 83% dos atendimentos no sector público ocorrem em clínicas de cuidados de saúde primários. Existem três tipos de centros de cuidados de saúde primários, cobrindo populações diferenciadas: até 500, até 5000 e até 25 000; no entanto, algumas clínicas, particularmente aquelas nas áreas urbanas, cobrem até 100 000 pessoas. Os profissionais dos cuidados de saúde primários são, na sua maioria, estrangeiros. A maior parte dos serviços desenvolveram-se a partir de programas verticais, estando agora a ser feitas diligências no sentido de uma prestação de serviços mais coerente ao nível dos cuidados de saúde primários.

O Ministério da Saúde estabeleceu uma Comissão Nacional da Saúde Mental em 1990, com o objectivo de desenvolver cuidados de saúde primários para a saúde mental. Uma das suas primeiras actividades foi a implementação de um programa de formação que melhorasse a capacidade dos médicos dos cuidados de saúde primários para diagnosticar e gerir as perturbações mentais. Foram preparados dois manuais: um para os médicos dos cuidados de saúde

primários; e outro para os restantes membros da equipa de saúde. Foram organizados *workshops* destinados aos psiquiatras para lhes ensinar a apoiar de forma efectiva os médicos dos cuidados de saúde primários no diagnóstico e gestão das perturbações mentais. Foi, subsequentemente, solicitado a todos os profissionais dos cuidados de saúde primários do país que participassem em programas de formação relacionados com a identificação e o tratamento das perturbações mentais comuns. O formato variou de região para região, mas frequentemente os médicos dos cuidados de saúde primários encontravam-se com os psiquiatras, ou no centro dos cuidados de saúde primários ou num hospital, durante algumas horas por semana ao longo de dois meses. A formação cobria três áreas importantes: a psiquiatria geral, a psiquiatria infantil e dos adolescentes, e a psiquiatria da mulher.

Um aspecto relevante foi que todos os medicamentos anti-depressivos e neurolépticos foram excluídos da lista dos medicamentos sob controlo, de modo a poderem ser receitados por médicos dos cuidados de saúde primários. A iniciativa também estabeleceu centros comunitários de reabilitação em saúde mental.

4. Boas práticas

Contexto local

A província Oriental, Ash-Sharqiyah, é a maior das províncias da Arábia Saudita. Tem uma área de 710 000 quilómetros quadrados e uma população de 3,4 milhões de pessoas (censo de 2004). Devido à industrialização (produção de petróleo), muitas pessoas migraram de outras partes do país, sobretudo de áreas rurais, para as cidades principais da província.

A cidade de Ad Dammam é a capital da província e tem 22 centros de cuidados de saúde primários servidos por 78 médicos. Al-Kuhbar, a segunda maior cidade, tem 10 centros de cuidados de saúde primários servidos por 26 médicos. Há um hospital psiquiátrico na cidade de Ad Dammam e uma unidade psiquiátrica no Hospital Rei Faisal em Al-Kuhbar. Ambos têm serviços de internamento e de consulta externa de psiquiatria. Duas outras cidades na província também têm consultas externas de psiquiatria.

Foram criados na província dois centros comunitários de saúde mental, o primeiro em 2003, e o segundo em 2006. Estes centros prestam cuidados de saúde aos doentes que lhes são referenciados, e também disponibilizam apoio e supervisão aos médicos de clínica geral da área.

Os distritos cobertos por este exemplo de boas práticas têm uma população de cerca de um milhão de habitantes que são observados em 112 centros de cuidados de saúde primários cobertos por 257 médicos de cuidados de saúde primários. (Até ao momento, nem todos foram incluídos no programa de saúde mental. O serviço será alargado no futuro.)

Descrição dos serviços disponíveis

A formação para os médicos dos cuidados de saúde primários tem sido providenciada a dois níveis progressivos de desenvolvimento de competências.

O primeiro nível contempla um mês de formação básica em questões da saúde mental, do diagnóstico das perturbações mentais comuns, do uso apropriado de medicamentos psicotrópicos

e da prática de intervenções psicoterapêuticas breves. Dezassete médicos dos cuidados de saúde primários participaram nesta formação e prestam agora serviços de saúde mental nas suas clínicas. As famílias são envolvidas no processo de consulta e é-lhes fornecida informação que as ajude a apoiarem efectivamente o elemento doente da família. Se a complexidade do caso estiver para além do nível de competência do médico dos cuidados de saúde primários, o doente é referenciado a um dos dois centros de saúde mental comunitários da província.

O segundo nível de formação é mais intensivo e avançado, permitindo aos graduados a gestão de problemas de saúde mental mais complexos. Dois médicos dos cuidados de saúde primários participaram nesta formação e estão agora habilitados para identificar e tratar pessoas com perturbações mentais, tanto comuns como graves, através de medicação e de psicoterapia. Também actuam como fontes de referenciação em casos complexos observados por outros médicos dos cuidados de saúde primários.

O serviço também faz visitas domiciliárias a doentes que tenham tido alta do hospital para os cuidados comunitários. Os doentes são apoiados através do aconselhamento social e psicológico, e os tratamentos e seus efeitos secundários são monitorizados. As relações dentro das famílias também são objecto de intervenção na medida do necessário.

O objectivo último do serviço é a integração completa da saúde mental em cada um dos centros de cuidados de saúde primários da província, com o apoio dos centros comunitários de saúde mental e de outras clínicas de referência. A formação continua a garantir, pelo menos, a presença de um médico com formação em cada um dos centros de cuidados de saúde primários da província.

Processo de integração

Pesquisa que suporta a existência do modelo de cuidados integrados de saúde mental

Em 1999, foi estabelecido um programa de investigação para averiguar se um curso breve de formação melhoraria os serviços de saúde mental no contexto dos cuidados de saúde primários. Os resultados demonstraram que a formação melhorava o conhecimento e as atitudes dos médicos dos cuidados de saúde primários em relação às perturbações mentais; contudo, não conseguiu fazer melhorar as taxas de detecção e de tratamento.[14] Concluiu-se que uma única acção de formação era insuficiente e que, em vez disso, era requerido um sistema de formação, apoio e supervisão continuados no tempo.

O processo para implementar o serviço

Foi iniciada sob a supervisão do Vice-Director Geral dos Assuntos de Saúde para os cuidados de saúde primários da província uma comissão para a saúde mental comunitária. A tarefa da comissão era a de apoiar o programa e de actuar como um corpo legalmente constituído para o desenvolvimento progressivo dos serviços de saúde mental.

Foi acordado que o serviço iria:

- prestar cuidados de saúde mental através dos cuidados primários;
- formar médicos dos cuidados de saúde primários e melhorar a sua capacidade para diagnosticar perturbações mentais;

- ajudar os doentes e as famílias a lidar com e a reduzir o estigma associado às perturbações mentais;
- disponibilizar aconselhamento apropriado na comunidade e promover a participação activa dos doentes e das suas famílias na resolução de problemas;
- construir pontes entre os cuidados de saúde primários e os serviços de saúde mental;
- melhorar a percepção da comunidade recorrendo à educação e à promoção da saúde mental;
- fundar um centro de investigação de saúde mental.

Foi constituída uma equipa de trabalho para supervisionar o processo. Os membros foram seleccionados de entre diferentes especialidades, que incluíram a medicina familiar, a psiquiatria, a psicologia, o serviço social e a enfermagem.

Serviços clínicos prestados pela clínica de saúde mental comunitária

Uma clínica de saúde mental comunitária foi constituída para prestar serviços complementares, tais como funções importantes da reabilitação psicossocial que não podem ser prestadas nos centros de cuidados de saúde primários. A clínica de saúde mental comunitária recebe doentes de todos os centros de cuidados de saúde primários da sua área geodemográfica.

Programas de formação

Dois tipos de cursos de formação foram desenvolvidos: formação de longa duração (Curso de Formação – I) e formação de curta duração (Curso de Formação – II).

O programa de formação de longa duração

A formação de longa duração equipa os médicos dos cuidados de saúde primários com as competências necessárias para a gestão de uma diversidade de perturbações mentais comuns e graves. Os médicos que terminem esta formação podem continuar a trabalhar no centro de saúde mental comunitário, ou voltar à sua clínica, que passa então a ser designada como «clínica de referência de cuidados de saúde primários», devido aos novos serviços de saúde mental que podem ser prestados. O curso consiste numa permanência de seis a nove meses na clínica de saúde mental comunitária e de três meses no departamento psiquiátrico do Hospital Universitário Rei Fahad, em Al-Kuhbar.

Os objectivos da formação de longa duração são:

- melhorar a capacidade dos médicos dos cuidados de saúde primários para gerirem as perturbações mentais através do tratamento clínico directo e referenciação;
- melhorar as competências técnicas dos médicos dos cuidados de saúde primários para que diagnostiquem os problemas comuns da saúde mental;
- ensinar técnicas de psicoterapia, especialmente as centradas no doente, e dotar os médicos dos cuidados de saúde primários com conhecimentos que lhes permitam usar adequadamente a medicação na gestão da depressão, da ansiedade e das perturbações somatoformes;
- sensibilizar os médicos dos cuidados de saúde primários para a natureza entrelaçada da saúde e da doença, física e mental, e para os factores sociais que influenciam a saúde mental;
- fortalecer os laços entre os psiquiatras e os médicos dos cuidados de saúde primários, na prestação dos serviços de saúde mental.

O programa de formação de curta duração

O programa de formação de curta duração permite que os médicos dos cuidados de saúde primários diagnostiquem e tratem os problemas de saúde mental nas suas clínicas. Mais especificamente, faz aumentar a percepção dos médicos quanto à existência de problemas de saúde mental nos seus doentes, ajudando-os a prestar-lhes cuidados e tratamentos adequados. A formação consiste na permanência de um mês na principal clínica comunitária de saúde mental. Os formandos são envolvidos directamente na observação, entrevistas e manejo das perturbações mentais juntamente com a equipa do centro.

A formação abrange tanto o uso de medicamentos psicotrópicos como as técnicas psicoterapêuticas. Os formandos são ensinados a usarem de modo adequado o número restrito de medicamentos psicotrópicos disponíveis ao nível dos cuidados de saúde primários. Também são formados em técnicas básicas de terapia cognitivo-comportamental e no uso de técnicas narrativas como parte da terapia breve centrada no doente.

Os objectivos da formação de curta duração são:

- melhorar as competências dos médicos dos cuidados de saúde primários para identificarem os problemas de saúde mental e para diagnosticarem as perturbações mentais comuns numa fase inicial;
- permitir aos médicos dos cuidados de saúde primários que identifiquem os doentes com perturbações mentais graves e que façam as referenciações apropriadas para os níveis mais elevados do serviço;
- melhorar a capacidade dos médicos dos cuidados de saúde primários para trabalhar com os doentes e com as famílias, de modo a melhorar a adesão ao tratamento e seus resultados;
- ajudar os médicos dos cuidados de saúde primários a aumentar a percepção de outros profissionais dos cuidados de saúde primários quanto às questões da saúde mental.

5. Avaliação/resultados

Serviços prestados

Avaliação dos conhecimentos e das competências relativos às questões da saúde mental e à prestação de cuidados de saúde mental pelos médicos dos cuidados de saúde primários

O conhecimento dos médicos dos cuidados de saúde primários relativo às perturbações mentais foi avaliado antes e depois da formação. Após o curso com duração de um mês, os resultados médios nos testes melhoraram de 54% para 71%.

Os formandos também foram avaliados verificando a sua capacidade de detecção de doentes com perturbações mentais nas suas consultas, e medindo até que ponto conseguiam prestar aconselhamento, psicoterapia, medicação e fazer referenciações adequadas. Nos seis meses que se seguiram à formação, sete médicos escolhidos aleatoriamente do curso de formação de curta duração detectaram três vezes mais pessoas com perturbações mentais, quando comparados com os seis meses que tinham antecedido a formação – 173 doentes contra 41 doentes. Os médicos também realizaram mais psicoterapia breve, aconselhamento, tranquilizaram e apoiaram mais, em vez de recorrerem exclusivamente à prescrição de medicamentos (ver Tabela 2.28).

Não foram ainda avaliados os resultados a nível da saúde dos doentes, no entanto, é claro que muito mais doentes estão a ser identificados e que lhes está a ser prestado tratamento ou referenciação para o centro de saúde mental comunitário.

Tabela 2.28 Arábia Saudita: a gestão das perturbações mentais por formandos no contexto dos cuidados de saúde primários

Gestão	Antes da formação	Depois da formação
Psicoterapia	12	67
Referenciação aos serviços de saúde mental comunitários	16	66
Referenciação ao hospital	10	18
Tratamento ou referenciação recusado	3	22
Total	**41**	**173**

Referenciação e tratamento nos centros de saúde mental comunitários

Entre 2003 e 2006, 1037 doentes foram observados no primeiro centro de saúde mental comunitário e foram feitas mais de 4540 consultas com doentes com idades compreendidas entre os 3 e os 70 anos. Depois do tratamento, 56% dos doentes mostraram melhorias significativas e 21% estavam em remissão completa. Os problemas mais comuns observados no centro de saúde mental comunitária foram a ansiedade (30%) e a depressão (27%).

Grau de satisfação dos pacientes

Foi pedido a uma amostra aleatória de doentes de centros de saúde mental comunitários (137 doentes) que fizesse um comentário depois das suas idas à consulta (normalmente depois da segunda ou terceira visita). A maioria dos doentes indicou ter tido um «grande» benefício (58%) ou um benefício «parcial» (33%) dos serviços. Ainda mais importante, a maioria dos doentes apreciou muito o facto do centro estar sedeado na comunidade. Mais de um quarto dos doentes declarou que não procuraria serviços sedeados em hospitais e preferiria não fazer tratamento a ser hospitalizado. Um outro quarto declarou que hesitaria em receber tratamento num hospital, apesar de estar consciente da importância da gestão da saúde mental.

6. Conclusão

Uma característica importante do programa comunitário e de cuidados de saúde primários é a de que é um serviço abrangente com um número de componentes interligados. O centro de saúde mental comunitário depende da identificação rigorosa e da referenciação adequada dos doentes dos cuidados de saúde primários. Por outro lado, os cuidados de saúde primários dependem do apoio do centro de saúde mental comunitário. Ambos os contextos fornecem uma combinação de psicoterapias e de gestão de medicamentos. Estão disponíveis estruturas secundárias e terciárias para aceitar os doentes referenciados, quando necessário. As visitas domiciliárias constituem uma parte importante do serviço geral. Por último, o público está a ser educado sobre as questões de saúde mental e o estigma está a diminuir.

Lições-chave aprendidas

- A formação em saúde mental integrada não é eficaz sem um apoio e uma supervisão continuados;
- Os centros de saúde mental comunitários são cruciais para o êxito dos programas integrados. Os médicos dos cuidados de saúde primários devem sentir-se apoiados e ser capazes de facilmente encaminhar os doentes.
- Os médicos dos cuidados de saúde primários formam a espinha dorsal dos cuidados de saúde mental na província. Os médicos dos cuidados de saúde primários com formação, não só identificam, tratam e referenciam os doentes dentro dos cuidados de saúde primários, como também podem, com formação adicional, tornar-se responsáveis pelos centros de saúde mental comunitários.
- O modelo permite que muitas pessoas, que de outra maneira necessitariam de ser hospitalizadas, sejam tratadas na comunidade. Ao mesmo tempo, muitas pessoas, que de outro modo não receberiam cuidados de saúde mental, estão agora a ser tratadas.
- Na falta de serviços baseados na comunidade, a identificação das perturbações mentais no âmbito dos cuidados de saúde primários pode ser muito frustrante tanto para os médicos dos cuidados de saúde primários como para os doentes – especialmente devido ao facto de que muitos doentes recusam a referenciação para os hospitais.

Referências – Arábia Saudita

1 *Important information for migrants coming to work in Kingdom of Saudi Arabia*. The Kingdom of Saudi Arabia, Ministry of Labour (http://www.mol.gov.sa/mol_site/dalel_e.pdf, accessed 14 April 2008).

2 *Saudi Arabia: poverty and wealth*. National Economies Encyclopedia (http://www.nationsencyclopedia.com/economies/Asia-and-the-Pacific/Saudi-Arabia-POVERTY-AND-WEALTH.html, accessed 13 April 2008).

3 *Future vision for Saudi economy.* The Kingdom of Saudi Arabia, Ministry of Economy and Planning (http://www.planning.gov.sa/, accessed 13 April 2008).

4 Raphaeli N. Saudi Arabia: a brief guide to its politics and problems. *Middle East Review of National Affairs,* 2003, 7 (http://meria.idc.ac.il/journal/2003/issue3/jv7n3a2.html, accessed 13 April 2008).

5 *Saudi Arabia official language*. The Saudi Network (http://www.the-Saudi.net/Saudi-Arabia/language.htm, accessed 14 April 2008).

6 *Mortality country fact sheet 2006*. World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_emro_sau_saudiarabia.pdf, accessed 13 April 2008).

7 *The Kingdom of Saudi Arabia, Ministry of Health* (http://www.moh.gov.sa/en/index.php, accessed 10 January 2008).

8 *World health statistics 2007.* Geneva, World Health Organization, 2007.

9 Al-Fakeeh A. *Adult male psychiatric morbidity among PHC attendants in Al-Khobar* [Dissertation]. Al Khobar, King Faisal University, 1994.

10 Al-Fares E, Al-Shammari A, Al-Hamed A. Prevalence of psychiatric disorders in an academic primary care department in Riyadh. *Saudi Medical Journal*, 1992, 13:49–53.

11 Al-Khatami A, Ogbeide D. Prevalence of mental illness among Saudi adult primary-care patients in central Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 2002, 23:721–724.

12 Elfawal M. Cultural influence on the incidence and choice of method of suicide in Saudi Arabia. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology,* 1999, 20:163–168.

13 Khathami A. *The implementation and evaluation of educational program for PHC physicians to improve their recognition of mental illness, in the Eastern Province of Saudi Arabia* [Dissertation]. Al Khobar, King Faisal University, 2001.

Cuidados de saúde primários integrados e uma parceria para os cuidados de saúde mental primários

Distrito de Ehlanzeni, província de Mpumalanga, e distrito de Moorreesburg, província de Western Cape

Resumo dos casos

Dois exemplos distintos de boas práticas na África do Sul são retratados nesta secção do relatório.

Cuidados de saúde primários integrados para a saúde mental no distrito de Ehlanzeni, província de Mpumalanga

O primeiro exemplo, do distrito de Ehlanzeni na província de Mpumalanga, demonstra como os cuidados de saúde primários para a saúde mental podem ser prestados usando dois modelos de serviços distintos. No primeiro modelo, um enfermeiro especializado observa todos os doentes com perturbações mentais, na clínica dos cuidados de saúde primários. No segundo modelo, as perturbações mentais são geridas como qualquer outro problema de saúde, e todos os profissionais dos cuidados de saúde primários tratam doentes com perturbações mentais. O que é importante, é que as clínicas têm tido tendência para adoptar o modelo que melhor se ajusta aos recursos disponíveis e às necessidades locais. No final de 2002, 50% das clínicas no distrito de Ehlanzeni prestavam serviços de saúde mental e, no início de 2007, 83% das clínicas prestavam esses serviços. Os enfermeiros e os doentes dos cuidados de saúde primários estão satisfeitos, de uma maneira geral, com o modelo da integração. Estes feitos são dignos de nota porque em 1994, no final do regime do apartheid, a província de Mpumalanga não dispunha de quaisquer serviços de saúde mental. Contudo, em 10 anos, tinha desenvolvido e implementado cuidados de saúde primários para a saúde mental em toda a região.

Uma parceria para os cuidados de saúde mental primários no distrito de Moorreesburg, na província Ocidental do Cabo

O segundo exemplo vem do distrito de Moorreesburg, na província de Western Cape. Enfermeiros dos cuidados de saúde primários prestam serviços de saúde mental gerais na clínica de cuidados de saúde primários, e enfermeiros especializados em saúde mental visitam a clínica uma vez por mês para gerirem os casos complexos e para dar supervisão aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários. Um psiquiatra regional visita a clínica trimestralmente, e um psicólogo atende os doentes oito horas por semana. Um agente de saúde diferenciado está disponível na clínica diariamente. Dado os doentes serem observados na mesma clínica, o acesso aos cuidados de saúde mental é melhorado e o estigma reduzido. Os profissionais dos cuidados de saúde primários estão, de uma maneira geral, satisfeitos com o modelo. Apreciam as visitas regulares do enfermeiro de saúde mental e do psiquiatra que providenciam uma formação continuada dentro do próprio serviço, assim como apoio nos casos complexos.

A diversidade destes dois exemplos de boas práticas, dentro do mesmo quadro de política nacional, demonstra que, quando se projectam e implementam serviços de saúde mental, é sempre essencial examinar com cuidado os recursos, as opiniões e as necessidades locais, e definir soluções que sejam desenhadas para a situação específica.

1. Contexto nacional

Os indicadores-chave para a África do Sul são mostrados na Tabela 2.29. O país é uma mistura complexa de cidades altamente desenvolvidas, com uma forte infra-estrutura, combinadas com enormes áreas rurais. A África do Sul é vista como a «central energética da economia» de África, com um produto interno bruto que é quatro vezes maior do que o dos seus vizinhos da África Austral; e que representa 25% do produto interno bruto de todo o continente.

Tabela 2.29 África do Sul: síntese do contexto nacional

População: 47 milhões (59% urbana) [a]
Taxa anual de crescimento demográfico: 1,2% [a]
Taxa de fertilidade: 2,7 por mulher [a]
Taxa de literacia adulta: 82% [a]
PIB *per capita*: Paridade internacional de Poder de Compra em USD - 12 120 [a]
População a viver com menos de 1,00 USD por dia: 11% [a]
Grupo de rendimentos do Banco Mundial: economia de rendimentos médios-altos [b]
Índice de Desenvolvimento Humano: 0,674; 121.º de 177 países [c]

Fontes:

[a] Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.htm, consultado a 9 de Abril de 2008).

[b] Grupos de países. (http;//web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATA/STATISTICS/0,,contentMDK:20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

[c] O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador, desenvolvido pelo Progra-ma para o Desenvolvimento das Nações Unidas, que combina três dimensões do desenvolvimento: uma vida longa e saudável, o conhecimento e um nível de vida decente. Ver Estatísticas do relatório do Desenvolvimento Humano. Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas. (http://hdr.undp.org/en/statistics/, consultado a 9 de Abril de 2008).

Apesar do seu êxito geral, existem grandes disparidades de riqueza. O desemprego é elevado (cerca de 25%) e a pobreza é comum, tanto nas partes urbanas do país como nas rurais.

A África do Sul é uma democracia pluripartidária com uma justiça independente e uma imprensa livre. Tem uma das constituições mais progressistas do mundo.[1] A sua população é composta por uma mistura de etnias, religiões e línguas.

2. Contexto da saúde

Os indicadores-chave para a África do Sul são mostrados na Tabela 2.30. Tanto as doenças transmissíveis como as não-transmissíveis estão a aumentar no país e a pôr uma grande pressão sobre os serviços de saúde pública. A tuberculose, a malária, as doenças cardíacas, a obesidade, a hipertensão e as perturbações mentais são comuns.[2] Contudo, o HIV/SIDA é o que causa maior preocupação: cerca de 17% dos adultos sul-africanos estão infectados e, no entanto, apenas um terço dos que apresentam infecções avançadas estão a receber terapia retroviral.[3] Prevenir o alastrar do HIV e prestar tratamento e cuidados aos que deles necessitam são os maiores desafios do sistema de saúde da África do Sul.

Tabela 2.30 África do Sul: síntese do contexto de saúde

Esperança de vida à nascença: 50 anos para os homens/52 anos para as mulheres
Despesa total na saúde *per capita* (Internacional, em USD, em 2004): 748
Despesa total na saúde como percentagem do PIB (2004): 8,6 %

Fonte: Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

Cerca de 80% dos sul-africanos recebem tratamento no sector público, enquanto 18% pertencem a esquemas de saúde privados e recebem tratamento no sector privado. Sessenta por cento de todos os gastos com a saúde são privados.[3] Apesar de os serviços de saúde consumirem cerca de 11% do total do orçamento de estado, o sector público esforça-se por prestar cuidados de saúde de boa qualidade a quem deles necessita. [3]

Saúde mental

Um estudo recente, representativo a nível nacional dos adultos sul-africanos. indicou que 16,5% da população tinha sofrido uma perturbação mental no período dos 12 meses que o precederam. As perturbações mais comuns eram as depressões graves (4,9%), a agorafobia (4,8%) e a dependência do álcool (4,5%). Vinte e oito por cento dos adultos com uma perturbação grave ou moderadamente grave receberam tratamento, comparado com os 24% dos casos com perturbação ligeira. O tratamento era prestado principalmente pelo sector de medicina geral.[4]

O Departamento Nacional de Saúde é responsável pelo desenvolvimento das políticas de saúde mental e pela sua legislação, e os departamentos de saúde provinciais e as autoridades locais são responsáveis pela prestação dos serviços. Neste enquadramento, uma política de saúde mental baseada nos princípios dos cuidados de saúde primários foi adoptada em 1997, e uma lei da saúde mental foi aprovada em 2002, e homologada em 2005. Na sequência da ratificação da política e da legislação da saúde mental, os responsáveis pelo planeamento de saúde provinciais e locais têm sido desafiados a gerir a transformação dos cuidados com base hospitalar em cuidados baseados na comunidade, a integrar a saúde mental nos cuidados de saúde geral,

a garantir um número apropriado de profissionais da saúde formados, e a alargar o número de iniciativas de prevenção e promoção da saúde mental.

3. Os cuidados de saúde primários e a integração da saúde mental

A missão do Departamento de Saúde é a de uma sociedade protectora e humana na qual todos os sul-africanos tenham acesso a cuidados de saúde viáveis e de boa qualidade. A metodologia dos cuidados de saúde primários tem sido adoptada como o meio mais exequível para concretizar esta missão. Desde 1994, o ano da libertação do regime de apartheid, o ênfase foi colocado na construção e no desenvolvimento de cuidados de saúde primários e na reorientação dos hospitais como estruturas de referenciação para os casos complexos ou graves que exijam um nível secundário ou terciário de cuidados.

Dada a diversidade das diferentes regiões da África do Sul, foi desenvolvida uma variedade de estruturas de cuidados de saúde primários. Estas vão dos centros de saúde comunitários, que estão abertos 24 horas por dia e que prestam cuidados aos casos agudos e crónicos, serviços de saúde reprodutiva, imunização e outras formas de prevenção e actividades de promoção da saúde, até às clínicas móveis em áreas rurais remotas, que os profissionais de saúde visitam com determinada periodicidade e onde prestam um serviço menos completo.[a] A Tabela 2.31 refere-se às clínicas nas nove províncias durante o ano de 2001.

Tabela 2.31 África do Sul: clínicas de cuidados de saúde primários nas nove províncias, 2001

Província	Centro de saúde comunitário/ /distrital	Clínica	Estabelecimento móvel ou pontos de clínica	Total
Western Cape	6	340	191	537
Eastern Cape	12	724	44	780
Northern Cape	6	96	50	152
Free State	5	212	81	298
KwaZulu-Natal	10	365	638	638
Gauteng	26	333	79	438
North West	20	380	74	474
Mpumalanga	28	221	137	386
Limpopo	5	506	158	669
Total	**98**	**3177**	**1077**	**4352**

Desde 1994, que 700 clínicas fixas foram construídas, 2300 clínicas foram melhoradas e apetrechadas com equipamento novo e 125 clínicas móveis foram criadas. O acesso facilitado às estruturas de cuidados de saúde primários traduz-se no aumento de cerca de 67 milhões de visitas em 1998, para mais de 100 milhões em 2006. A taxa de utilização anual actual é de cerca de 2,2 visitas por ano.

[a] Para simplificar, nos exemplos da África do Sul, todos estas estruturas são referidas como «clínicas».

Também foram desenvolvidos normas e critérios no que diz respeito à gama de serviços que devem ser prestados pelos cuidados de saúde primários. O pacote integrado inclui saúde reprodutiva, gestão integrada de perturbações infantis, imunização, saúde dos adolescentes e dos jovens, gestão das doenças transmissíveis, cólera e doenças gastro-instestinais, tratamento e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, traumas e emergências, saúde oral, saúde mental, e gestão de doenças crónicas tais como a diabetes e a hipertensão. Algumas clínicas prestam todos os serviços incluídos nas normas, ao passo que outras ainda estão a trabalhar na implementação do pacote completo.

Outras normas importantes dos cuidados de saúde primários incluem o princípio de que os cuidados de saúde primários devam estar disponíveis a todos num raio de cinco quilómetros das suas casas. Para além disso, pelo menos um profissional da saúde em cada clínica deverá ter efectuado um curso em cuidados de saúde primários integrados. Cada clínica deve ter um médico ou um outro especialista disponível para consulta, apoio e referenciação. Um médico deve também efectuar visitas periódicas a cada clínica e ver os doentes com problemas mais complicados. Estas normas ainda não foram cumpridas em todas as áreas do país.

A África do Sul formalizou um programa de profissionais da saúde comunitária em 2004. Onde seja possível, os profissionais da saúde comunitária respondem às necessidades de saúde emocional e física das pessoas na sua área geográfica e referenciam aos níveis superiores os doentes que necessitam de cuidados adicionais. Algumas áreas rurais mais afastadas têm dependido dos profissionais de saúde comunitários há já algum tempo; estima-se que existam, pelo menos, 40 000 profissionais informais de saúde comunitária por todo o país. Com o crescimento da epidemia de HIV/SIDA e a ênfase nos cuidados com base domiciliária, profissionais adicionais (normalmente voluntários que recebem pequenos salários) foram colocados nas comunidades e estão a prestar apoio e cuidados de saúde

Saúde mental

Desde 1997 que os cuidados primários para a saúde mental têm constituído a política oficial do governo nacional. Na sequência da adopção da política nacional, todas as províncias se envolveram na melhoria dos serviços de saúde mental a nível comunitário e na integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Um programa nacional para a formação em cuidados de saúde primários foi desenvolvido para facilitar este processo.

De acordo com as normas nacionais para os cuidados de saúde geral ao nível primário, a saúde mental devia ser incluída em todos os serviços de cuidados de saúde primários. Os enfermeiros generalistas devem ser capazes de identificar e gerir os doentes com depressão, ansiedade, problemas relacionados com o stress e perturbações mentais graves tais como a esquizofrenia e a doença bipolar. Também devem ser capazes de fornecer medicação de manutenção e prestar cuidados às pessoas com perturbações mentais crónicas, assim como oferecer aconselhamento básico. Adicionalmente, todas as clínicas devem receber visitas regulares de enfermeiros dedicados à saúde mental ou psiquiátricos, ter acesso a um especialista de saúde mental 24 horas por dia para consulta, e ser capazes de fazer referenciações, quando necessário.

Na realidade, o progresso tem sido variado. Nalgumas áreas e províncias, a maioria das clínicas, dos centros de saúde comunitária e das unidades móveis presta serviços de saúde mental. Noutras áreas, os doentes têm de se deslocar aos departamentos de consulta externa dos

hospitais ou a outras clínicas designadas para receberem cuidados de saúde mental. Ainda noutras circunstâncias, os serviços de saúde mental são prestados por um enfermeiro psiquiátrico, que pode estar no local apenas em determinados períodos.

Os obstáculos à integração completa da saúde mental incluem:

- falta de apoio por parte dos gestores dos serviços de saúde a todos os níveis, desde os gestores dos estabelecimentos de saúde aos gestores de saúde distritais;
- número insuficiente de profissionais da saúde mental para a prestação de supervisão e de apoio continuada aos prestadores de cuidados de saúde primários;
- restrições que proíbem os enfermeiros dos cuidados de saúde primários de receitar medicamentos psicotrópicos comuns;
- falta de financiamento para apoiar e sustentar os serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários.

4a. Boas práticas, exemplo um: serviços de saúde mental integrados nos cuidados de saúde primários, no distrito de Ehlanzeni, na província de Mpumalanga

O contexto local

A província de Mpumalanga (cujo nome traduzido significa «o local onde o Sol se levanta») fica no Sudeste de África e faz fronteira com Moçambique e com a Suazilândia. Tem uma área terrestre total de 76 500 quilómetros quadrados e uma população de 3,5 milhões de habitantes. A província é 60% rural, e um terço da sua população está desempregada. A maioria das casas usam latrinas de fossa. O rendimento médio familiar em Mpumalanga é de cerca de 4000 USD por ano.[5]

A província está dividida em três distritos de administração local, um dos quais é Ehlanzeni, o local deste exemplo de boas práticas. Um pouco menos de 1,5 milhões de pessoas residem em Ehlanzeni. Apesar de ser o mais urbano dos três distritos, uma grande parte de Ehlanzeni permanece rural e muitas pessoas têm de viajar grandes distâncias para obter cuidados de saúde – especialmente os prestados nos hospitais. Mpumalanga tem 28 hospitais públicos (9 em Ehlanzeni), 221 clínicas fixas (68 em Ehlanzeni, incluindo 6 que prestam serviço 24 horas por dia) e 91 clínicas móveis (22 em Ehlanzeni). A província tem 306 médicos (83 em Ehlanzeni) e 2220 enfermeiros (850 em Ehlanzeni, incluindo 315 que trabalham em clínicas e nos centros de cuidados de saúde comunitária). Há um psiquiatra na província.

A grande maioria das pessoas que recebem cuidados de saúde mental prestados pelos serviços públicos são pobres e dependem de pensões de invalidez governamentais e/ou de assistência familiar para a sua sobrevivência.

Descrição dos serviços oferecidos

O modelo para a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários em Ehlanzeni varia um pouco de clínica para clínica. As diferenças dependem de múltiplos factores, tais como o tamanho da clínica e a sua localização, a formação e as qualificações do seu pessoal

de enfermagem e a vontade dos profissionais de saúde em participarem no modelo integrado. Dois modelos predominam (ver abaixo).

Modelo 1. O primeiro modelo caracteriza-se pela presença de um enfermeiro especializado, que vê todos os doentes com problemas de saúde mental. As principais funções do enfermeiro são as de efectuar avaliações de rotina às pessoas com perturbações mentais, dispensar medicação psicotrópica ou recomendar alterações à medicação ao médico responsável, prestar aconselhamento básico, e identificar questões sociais susceptíveis de serem melhoradas. Os doentes são referenciados aos serviços complementares quando disponíveis, apesar de, em muitos casos, os serviços sociais comunitários serem escassos.

O enfermeiro agenda uma hora específica em cada semana para consultas de saúde mental e os doentes sabem que se devem dirigir à clínica neste horário. Estes doentes não fazem fila com os doentes que vão à clínica por outras razões. Os profissionais da saúde geral têm formação para a detecção de perturbações mentais, mas referenciam os doentes quer ao enfermeiro psiquiátrico designado, quer ao coordenador distrital da saúde mental (ver abaixo).

Modelo 2. No segundo modelo, as perturbações mentais são geridas como qualquer outro problema de saúde. As pessoas com perturbações mentais esperam nas mesmas filas e são vistas pelo profissional dos cuidados de saúde primários que estiver disponível quando alcançam a cabeça da fila. Os enfermeiros são formados para avaliarem e tratarem tanto os problemas de saúde mental como os físicos, e os doentes com problemas de co-morbilidade são tratados de forma global. As referenciações para os serviços de cuidados de saúde secundários ou comunitários são realizadas conforme necessário.

Em ambos os modelos, os enfermeiros são responsáveis pela detecção de problemas de saúde mental, pela gestão de perturbações mentais crónicas, incluindo a distribuição de medicamentos psicotrópicos ou a recomendação de alterar a medicação, pelo aconselhamento, realização de referenciações, e pela intervenção em situações de crise.

Um coordenador de saúde mental distrital (com formação de enfermeiro psiquiátrico) e um agente de saúde diferenciado prestam suporte quando necessário. As funções do coordenador distrital incluem:

- a supervisão e apoio ao pessoal de saúde geral, na gestão das pessoas com perturbações mentais;
- a avaliação de doentes referenciados pelos cuidados de saúde primários;
- a estabilização dos doentes quando requerida;
- a recomendação ao agente de saúde diferenciado para iniciar ou alterar a medicação;
- a assistência na reabilitação psicossocial;
- o aconselhamento;
- a realização de visitas domiciliárias;
- a verificação da disponibilidade de medicamentos nas clínicas;
- a manutenção das estatísticas referentes à saúde mental;
- a elaboração de relatórios subdistritais.

As principais prioridades dos cuidados de saúde mental primários no distrito são a gestão da esquizofrenia e das perturbações relacionadas, da doença bipolar e da depressão *major*.

A epilepsia é gerida sob a rubrica das doenças crónicas gerais. É prestado algum aconselhamento básico, mas, devido às restrições de tempo, este serviço é limitado. Na maioria dos casos, o aconselhamento de doentes referenciados não é possível dada a falta de profissionais de aconselhamento formados e de psicólogos na área.

O processo de integração

Planeamento da saúde mental na província

A província de Mpumalanga foi criada em 1994. Foi criado um departamento de saúde com a responsabilidade de planear os cuidados de saúde integrados e de os prestar à província. De acordo com as prioridades nacionais, a saúde mental foi identificada como uma das áreas-chave para o desenvolvimento dos serviços. Um coordenador provincial de saúde mental foi designado para esboçar um plano para a implementação dos cuidados de saúde mental e supervisionar os serviços ao nível da província.

Antes do desenvolvimento dos serviços de saúde mental baseados na comunidade, a maioria dos doentes da área eram enviados para as áreas urbanas de Pretória ou de Joanesburgo para tratamento (uma distância média de 400 quilómetros). Muitos doentes residiam em hospitais psiquiátricos ou em estabelecimentos de custódia. O transporte era caro e, como resultado da distância e dos custos associados, muitos doentes perdiam o contacto com as suas famílias e com os seus amigos.

Também existiam duas enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, mas estavam num estado terrível de conservação. Quando tinham alta dos hospitais psiquiátricos, os doentes eram referenciados para os departamentos de consulta externa em hospitais gerais, onde recebiam medicação psicotrópica continuada.

Durante a era do apartheid, a região que mais tarde haveria de ser designada como província de Mpumalanga fazia parte da província do Transvaal. O Transvaal tinha alguns hospitais psiquiátricos, mas nenhum se situava na área geográfica que se tornou Mpumalanga. Pouco tempo depois da transição política, foi solicitado a Mpumalanga que assumisse a prestação de cuidados aos seus habitantes que, nessa altura, estavam em hospitais psiquiátricos fora da recém-nomeada província. No entanto, Mpumalanga não tinha um hospital psiquiátrico para o qual estes doentes pudessem ser transferidos.

A decisão de adoptar um modelo de cuidados primários integrados para a saúde mental foi motivada por vários factores. Por exemplo:

- havia uma nova política nacional que aconselhava uma abordagem integrada e orientada para a comunidade na saúde mental;
- os prestadores dos cuidados de saúde e os utentes na província preferiam cuidados orientados para a comunidade aos institucionais;
- os meios para construir e assegurar os recursos humanos necessários para um hospital psiquiátrico teriam sido difíceis ou impossíveis de conseguir;
- os cuidados de institucionalização contradizem a Constituição da República da África do Sul relativamente aos direitos das pessoas ao respeito e à dignidade e à não-discriminação baseada na incapacidade;

- a opinião internacional liderada pela OMS favorece os cuidados de saúde mental integrados e baseados na comunidade, o que foi tido em consideração.

De acordo com a nova política nacional, foi desenvolvido um plano provincial para prestar cuidados de saúde mental ao nível da comunidade. Unidades psiquiátricas seriam criadas, segundo um método faseado, em muitos dos hospitais gerais. Até então, os doentes involuntários, aqueles que necessitavam de cuidados de internamento de médio a longo prazo, e os que cometeram crimes eram enviados para um hospital psiquiátrico fora da província. Quando os doentes estivessem prontos para receber alta do hospital, o seu tratamento e cuidados passariam a ser prestados pelos serviços de cuidados de saúde primários de Mpumalanga.

Para facilitar este novo modelo, a província concordou em nomear coordenadores de saúde mental nas áreas distritais ou municipais. As suas principais funções e deveres foram descritos acima.

Financiamento dos cuidados de saúde mental integrados

Os recursos financeiros para os serviços de saúde mental são mais fáceis de quantificar e de distribuir quando os cuidados são prestados por um serviço vertical em vez de integrado. Dentro do método de financiamento integrado, os cuidados de saúde mental arriscam-se a ser postos de lado relativamente aos cuidados de saúde geral prestados pela clínica. Daí, ao ser feita a alocação de recursos às clínicas de Mpumalanga, ter sido tornado claro que as verbas dadas incorporavam o financiamento para os cuidados da saúde mental, incluindo as horas do pessoal e os medicamentos psicotrópicos.

Antes de que qualquer alocação pudesse ser efectuada, tinha de ser tomada uma decisão acerca do âmbito dos problemas de saúde mental que seriam geridos pelo serviço de cuidados de saúde primários. Depois de uma profunda reflexão, foi decidido que as funções prioritárias seriam a identificação das perturbações mentais e a provisão de cuidados na esquizofrenia e perturbações relacionadas, na doença bipolar e na depressão *major*. Esta decisão baseou-se numa análise cuidadosa do número de pessoas que requereriam cuidados de saúde mental, da carga que resultaria de não lhes prestar esses cuidados e do tempo de atendimento que seria necessário por doente.

Foi ainda decidido que o financiamento do programa seria faseado ao longo do tempo. Esta decisão não se baseou apenas na disponibilidade das verbas, mas também na disponibilidade dos enfermeiros. Mesmo que houvesse financiamento suficiente para empregar todo o pessoal adicional que seria necessário para prestar os cuidados de saúde mental, não teria havido pessoal disponível para ser contratado.

Também eram necessárias verbas para a formação dos profissionais dos cuidados de saúde primários. As despesas previstas incluíam os salários dos formadores, o aluguer de instalações e alojamento, assim como o tempo que os participantes estariam afastados dos seus deveres clínicos. Concordou-se que a formação ocorreria segundo um método faseado, com cerca de 60 enfermeiros formados em cada ano.

Recursos humanos e formação

A província decidiu contratar um psiquiatra em cada distrito (servindo cerca de um milhão de pessoas). Estes especialistas dariam formação aos agentes de saúde diferenciados e supervisionariam os profissionais e os coordenadores dos cuidados de saúde primários, diagnosticariam e receitariam tratamento aos doentes que lhes fossem referenciados, acompanhariam os doentes que mostrassem resistência ao tratamento e fariam a supervisão geral dos cuidados clínicos da saúde mental na província. Desenvolveriam também linhas de orientação para os tratamentos e protocolos, e participariam no planeamento e na orçamentação da saúde mental.

O recrutamento não se mostrou fácil e, no fim, só se conseguiu empregar um psiquiatra na província, e nenhum no distrito de Ehlanzeni.

Os psicólogos foram de contratação igualmente difícil. Contudo, em 2003, o governo introduziu um ano obrigatório de serviço à comunidade para uma série de profissionais da saúde, incluindo os psicólogos e, como resultado, pelo menos dois psicólogos foram colocados em cada distrito.

A província não permitiu que a escassez de psiquiatras impedisse a prestação de cuidados de saúde mental. Pelo contrário, a falta de psiquiatras foi um motor importante dos cuidados de saúde mental integrados. Ironicamente, muitas das vantagens dos cuidados de saúde mental integrados poderiam não ter ocorrido se tivesse havido uma abundância de especialistas de saúde mental na província.

Apesar de vários enfermeiros dos cuidados de saúde primários já estarem qualificados como enfermeiros psiquiátricos, ou de já terem tido a psiquiatria como parte do seu curso completo de formação em enfermagem, a maioria tinha falta de prática e estava pouco apta a prestar cuidados de saúde mental. A formação foi, em consequência, considerada como um pré-requisito essencial.

O coordenador provincial e três coordenadores de subdistrito frequentaram um curso de formação de formadores e, posteriormente, levaram a cabo a formação em Mpumalanga. A formação teve a duração de 5 dias e foi delineada de acordo com um manual de formação em saúde mental aprovado pelo Conselho de Enfermagem Sul-africano para utilização nos cuidados de saúde primários. Os tópicos incluíam: a detecção de problemas de saúde mental; o recolher da história do doente; as técnicas de entrevista; a avaliação; as técnicas de intervenção ao nível básico; a gestão das perturbações mentais crónicas; o aconselhamento; a adesão à medicação; a referenciação; e a intervenção na crise.

Durante os primeiros cinco anos, mais de 256 enfermeiros de cuidados de saúde primários foram formados na província. No final do ano de 2005, tinham sido formados 315 enfermeiros de cuidados de saúde primários.

Abastecimento em medicamentos psicotrópicos

A obtenção e a distribuição de medicamentos essenciais, incluindo os psicotrópicos, era um desafio central para o sistema dos cuidados de saúde primários no seu todo. Em consequência, equipas de especialistas foram constituídas para planear e implementar a compra efectiva e as estratégias de distribuição. Contudo, pertenceu ao coordenador provincial o papel de assegurar

que os medicamentos psicotrópicos adequados fossem incluídos na lista de medicamentos essenciais, e que as necessidades específicas das pessoas com perturbações mentais graves ou crónicas tivessem resposta. Foram feitos cálculos para que cada clínica, que iria prestar cuidados de saúde mental, determinasse o número de doentes que necessitavam de medicação e as suas dosagens, estimasse o número de novos casos que requereriam cuidados, bem como as alterações de medicação que seriam necessárias aos doentes que já se encontravam medicados.

Ao nível nacional, foi desenvolvida para os cuidados de saúde primários uma lista de medicação essencial e linhas de orientação para os tratamentos. O coordenador provincial, com uma equipa de consultores, adaptou esta lista adequando-a às necessidades da província.

Até há muito pouco tempo, as restrições legais proibiam os enfermeiros dos cuidados de saúde primários de receitar medicamentos psicotrópicos comuns. Como tal, estas restrições criavam um obstáculo importante ao uso dos psicotrópicos nas clínicas comunitárias. Para ultrapassar este obstáculo, os enfermeiros fazem recomendações de alterações à medicação aos médicos que visitam a clínica semanalmente. A formação superior em saúde mental dos enfermeiros, em comparação com a dos médicos, é reconhecida e respeitada na província. Nova legislação acaba de ser aprovada permitindo aos enfermeiros que completem a formação a prescrição e distribuição de medicamentos psicotrópicos que constam da lista de medicação essencial ao nível dos cuidados de saúde primários. Dado a legislação ser recente, ainda nenhum enfermeiro do distrito recebeu esta formação.

Transferência dos doentes para as clínicas e implementação

Os doentes e os seus cuidadores foram informados da transição para os cuidados de saúde prestados na comunidade. O tipo de reacções foi misto e, por vezes, requereu uma gestão cuidadosa por parte dos antigos e dos novos profissionais da saúde. O coordenador distrital e, onde possível, um enfermeiro clínico, encontravam-se com os doentes na companhia de um enfermeiro hospitalar de modo a tornar a transição o mais tranquila possível.

Alguns doentes foram transferidos dos hospitais psiquiátricos para as clínicas. Para muitos, deixar o hospital foi uma experiência traumática que necessitou da colaboração entre o coordenador distrital e os doentes e as suas famílias relativamente aos novos procedimentos.

Registos médicos detalhados foram também transferidos para a clínica. Nalguns casos, foram organizadas reuniões entre os novos e os antigos prestadores de cuidados de saúde para discutir doentes específicos e para partilhar informação relevante não contida nos ficheiros.

A partir do momento em que as clínicas começaram a ver os doentes, o coordenador distrital visitou cada uma delas, pelo menos uma vez por mês; e, no caso das clínicas com maior movimento, pelo menos duas vezes por mês. Estas visitas ainda se mantêm. O coordenador presta apoio e supervisão, vê os doentes com casos complexos e desempenha outras funções descritas anteriormente.

Os cuidados hospitalares gerais estão disponíveis se for necessário. Nestes casos, os prestadores de cuidados de saúde primários fazem a referenciação e, dependendo da urgência da situação, os doentes são transportados de ambulância ou sob custódia policial para uma avaliação mais apurada.

Colaboração com organizações não-governamentais

As organizações não-governamentais foram contratadas para gerir as respostas residenciais na comunidade para os doentes que eram incapazes de viver autonomamente e sem apoio familiar. As clínicas a as organizações não-governamentais colaboram nos casos individuais, de modo a assegurar que os cuidados de saúde sejam coordenados e que as recaídas sejam identificadas e controladas num estádio inicial.

Informação sobre saúde mental

Os dados da saúde mental são recolhidos e coligidos pelos coordenadores distritais. São recolhidos dados acerca de indicadores tais como os números de pessoas atendidas em cada clínica (primeiras consultas e consultas subsequentes), os diagnósticos feitos, a medicação fornecida, as recaídas e as referenciações e, a adesão às consultas dos doentes que recebem tratamento continuado. Esta informação é útil para que a clínica possa controlar e melhorar os serviços. Para o coordenador distrital e provincial, a informação é útil para o planeamento de serviços futuros e para a distribuição dos recursos humanos, assim como para a identificação de problemas potenciais nas clínicas.

5a. Avaliação/resultados do exemplo um de boas práticas

Serviços prestados

No final de 2002, 50% das clínicas no distrito já estavam a prestar serviços de saúde mental e no início de 2007, 83% das clínicas prestavam esses serviços.

Na maioria dos casos, os medicamentos psicotrópicos estão disponíveis e são fornecidos por enfermeiros formados.

Satisfação do pessoal e dos doentes

Opiniões do pessoal clínico

Os enfermeiros profissionais que trabalham ao nível dos cuidados de saúde primários (135 de 315) preencheram questionários de auto-apreciação. Um grupo mais pequeno prestou informações adicionais qualitativas sobre a sua experiência.[6] Dos que foram inquiridos, 34% tinham recebido formação específica em psiquiatria e outros 23% tinham feito um curso breve em cuidados de saúde primários para a saúde mental.

A maioria dos enfermeiros sentia-se confortável quando lidava com pessoas com perturbações mentais. A vasta maioria dos que não se sentiam confortáveis não tinha recebido formação em saúde mental e, como tal, era pouco provável que prestasse cuidados a pessoas com perturbações mentais. Um dado preocupante era o de que 27% dos inquiridos pensavam que as pessoas com perturbações mentais eram perigosas. De novo, a maioria eram enfermeiros que não tinham recebido formação em saúde mental.

As opiniões dos enfermeiros acerca dos cuidados de saúde mental integrados também foram avaliadas. Noventa por cento achava que deviam ser prestados cuidados às pessoas com perturbações mentais da mesma maneira que às pessoas com um outro qualquer problema de saúde. Um pouco mais de 60% achava que o processo de integração estava a funcionar, ao passo que 80% pensava que o modelo de integração pode ser eficaz. Vinte por cento considerava que

estava a ser pressionado ou obrigado a tratar das perturbações mentais, e 62% achava que o número de profissionais de saúde era insuficiente para que o processo de integração fosse bem sucedido. Em debates resultantes do inquérito, a escassez de pessoal foi mais uma vez identificada como a grande falha do modelo. Uma citação típica era «... a integração do programa de saúde mental é mesmo boa; o único problema é que estamos a viver uma falta de pessoal.»

Opiniões dos doentes

Cinco doentes participaram num grupo de opinião para expor o que sentia. Antes do modelo integrado ser introduzido, recebiam os medicamentos psicotrópicos do departamento de consulta externa de um hospital geral da região. Cada doente estava agora a ser tratado dentro do Modelo 1, ou seja, a ser visto pelo mesmo enfermeiro qualificado, em todas as suas idas à clínica relacionadas com a saúde mental.

Todos os doentes exprimiram alívio pelo facto de já não terem de frequentar as consultas externas hospitalares cheias de gente e a sua satisfação com os novos serviços clínicos. Em particular, estavam satisfeitos pelo facto dos tempos de espera terem sido reduzidos para 15 a 20 minutos, em média. Também estavam agradados porque a clínica ficava a uma distância de suas casas passível de ser coberta andando a pé. Em comparação com o hospital, conseguiam poupar consideravelmente nos transportes, refeições e em tempo.

Por outro lado, os doentes acharam que os seus problemas de saúde física não eram apropriadamente tidos em conta com o novo modelo de cuidados de saúde. Achavam que os seus problemas de saúde física eram melhor geridos no hospital, dado que os medicamentos estavam mais rapidamente acessíveis.

Os doentes exprimiram opiniões mistas relativamente à qualidade do seu tratamento quando o enfermeiro habitual não estava disponível. Alguns doentes não tinham tido problemas, ao passo que outros não se sentiam confortáveis a discutir problemas pessoais com os enfermeiros de substituição, que, segundo eles, não entendiam as questões da saúde mental. Um doente comentou: «Não gostamos de enfermeiros que não nos respeitam por sermos doentes mentais. Qualquer diferença no tratamento em comparação com os outros doentes causa-nos infelicidade.»

Um doente não se sentiu confortável ao ser segregado dos outros doentes da clínica. Disse: «O facto de utilizar a porta das traseiras, torna claro que somos doentes mentais e que não nos podemos misturar com as outras pessoas. Ao sermos separados, qualquer pessoa nos pode identificar como doentes mentais. Precisamos de nos misturar com os outros doentes porque a nossa doença não é diferente da dos outros. Gostaríamos de estar juntos com os outros doentes e de ser vistos como uma família e de não causar medo. Gostaríamos de nos sentar ao lado dos outros doentes na fila de espera. Desejamos brincar com as crianças dos outros doentes enquanto aguardamos a consulta sem que ninguém emita um aviso dizendo que esta pessoa é doente mental e, como tal, imprevisível.»

Outros doentes discordaram. Um observou: «O que importa é que estamos a receber o nosso tratamento rapidamente e que não temos de esperar em filas extensas, junto com os outros doentes. Se fossemos misturados com os outros, teríamos de esperar horas antes de sermos vistos.»

O modelo 1 Vs. o modelo 2: qual é o mais efectivo e aceitável?

Verificou-se que ambos os modelos de cuidados de saúde integrados têm vantagens e desvantagens.

As vantagens do modelo 2 são que as pessoas com perturbações mentais não são estigmatizadas, porque são tratadas da mesma maneira que os outros doentes. Também são tratadas de forma mais global, não são tratadas pelo seu problema de saúde mental por um profissional e pelo seu problema de saúde física por um outro, mas antes como pessoas com necessidades de saúde, tanto físicas como mentais.

As desvantagens do Modelo 2 são que os profissionais da saúde geral têm normalmente menos experiência na prestação de cuidados de saúde mental, quando comparados com profissionais dedicados à saúde mental (como no Modelo 1). O ter de se deparar com diferentes profissionais de saúde em cada visita quebra a continuidade dos cuidados e impossibilita o desenvolvimento de alianças terapêuticas entre o doente e o prestador de cuidados de saúde. Dado os doentes da saúde mental fazerem fila com todos os outros doentes, os tempos de espera são maiores.

As vantagens e desvantagens do Modelo 1 são as inversas das descritas para o Modelo 2.

6a. Conclusão para o exemplo um de boas práticas

Os cuidados de saúde mental integrada no distrito de Ehkanzeni da província de Mpumalanga são altamente funcionais, estando em operação há mais de 10 anos. Apesar de ainda serem necessárias melhorias na sua implementação, o modelo é aceitável, na sua generalidade, para a maioria dos profissionais. Os doentes preferem este modelo à abordagem anterior, na qual eram obrigados a viajar grandes distâncias para receber tratamento.

Lições-chave aprendidas (exemplo um de boas práticas)

- Os cuidados integrados de saúde mental têm de ser entendidos de uma maneira flexível. No relativamente reduzido distrito de Ehlanzeni, as clínicas têm usado modelos diferentes de integração, dependendo dos recursos humanos e das necessidades locais.
- Um modelo de cuidados primários para a saúde mental realizado por enfermeiros é praticável.
- Os enfermeiros das clínicas necessitam que lhes seja atribuído um número limitado de tarefas. Não é realista esperar que tenham tempo ou conhecimentos para desempenharem todas as funções de saúde mental necessárias no distrito. Têm de ser determinadas prioridades.
- A formação dos novos recursos humanos tem de ocorrer periodicamente.
- A medicação psicotrópica pode estar disponível nas clínicas da mesma maneira que os outros medicamentos.
- A ausência de um hospital psiquiátrico na recentemente criada província foi um motor para os cuidados primários para a saúde mental. Ao mesmo tempo, os serviços baseados num hospital geral continuam a ser essenciais para os doentes que requerem serviços intensivos.
- O apoio prestado pelos coordenadores distrital e provincial tem sido importante para o êxito do serviço.

- A colaboração com organizações não-governamentais baseadas na comunidade tem resultado numa melhor prestação de cuidados aos doentes.
- A avaliação regular por parte dos profissionais da saúde e dos doentes tem sido de uma enorme utilidade na garantia de um serviço funcional.

4b. Boas práticas, exemplo dois: uma parceria para cuidados de saúde mental primários no distrito de Moorreesburg, da província de Western Cape

Contexto local

O segundo exemplo de boas práticas na África do Sul centra-se sobre a pequena cidade de Moorreesburg e áreas agrícolas circundantes (população de 9670 habitantes), que ficam localizadas na região das West Coast Winelands (terras vitivinícolas da costa ocidental) da província Western Cape. Esta região é sobretudo rural e com poucos recursos, e tem uma população total de 560 000 habitantes. O planeamento dos cuidados de saúde para a região, incluindo os cuidados de saúde mental, é supervisionado pela Directora Regional e pela sua equipa. Os orçamentos são descentralizados e as decisões que se referem à alocação de recursos e à contratação são tomadas a este nível.

A principal clínica de cuidados de saúde primários em Moorreesburg é o Centro de Saúde Integrada. A clínica tem um quadro de pessoal de três profissionais de enfermagem clínica, três enfermeiros contratados, dois auxiliares de enfermagem e um conselheiro de HIV/SIDA. Serviços adicionais incluem a terapia ocupacional, a fisioterapia, um serviço de partos a funcionar 24 horas por dia, e consultas de agentes de saúde diferenciados.

Descrição dos serviços prestados

Os enfermeiros gerais dos cuidados de saúde primários prestam cuidados de saúde mental primários na clínica dos cuidados de saúde primários, e enfermeiros especialistas em saúde mental visitam a clínica para fazerem a gestão de casos complexos e para prestarem supervisão. Um psicólogo e um psiquiatra também efectuam visitas à clínica.

Os enfermeiros gerais dos cuidados de saúde primários fazem a avaliação dos doentes com preocupações de saúde mental, conduzem entrevistas mais extensas se indicado, decidem se o doente deve ser referenciado e prestam cuidados continuados aos doentes com perturbações mentais estáveis. Depois da avaliação pelo enfermeiro dos cuidados de saúde primários, alguns casos são referenciados ao enfermeiro de saúde mental. A referenciação é acompanhada de um formulário que descreve as razões pelas quais é feita, as intervenções já efectuadas e o tipo de assistência requerida.

Os enfermeiros de saúde mental efectuam visitas à clínica uma vez por mês para prestar cuidados aos doentes com casos complexos e para supervisionar os enfermeiros gerais dos cuidados de saúde primários. Neste papel, são responsáveis pela: avaliação dos doentes referenciados; iniciação de tratamento em parceria com o psiquiatra regional ou, quando apropriado, com o agente de saúde diferenciado; gestão dos doentes de acordo com as suas necessidades específicas; e referenciação aos hospitais secundários e terciários, se necessário. Estes enfermeiros também supervisionam o fornecimento de medicação psicotrópica.

Complementando os cuidados de enfermagem, um psiquiatra regional visita a clínica uma vez cada três meses e um psicólogo atende doentes, oito horas por semana. Um agente de saúde diferenciado está disponível diariamente na clínica.

O enfermeiro de saúde mental e o psicólogo estão sedeados num escritório da administração regional em Malmesbury, a 40 Km da clínica, ao passo que o psiquiatra está sedeado num escritório da administração regional em Paarl, a 70 Km da clínica.

No total, 161 doentes utilizam a clínica para a gestão continuada das suas perturbações mentais crónicas.

Para promover a continuidade e a qualidade da prestação de cuidados, foi desenvolvido um protocolo para orientar todos os profissionais na utilização adequada dos diferentes níveis de serviços.

Os doentes seriam tratados por um enfermeiro de cuidados de saúde primários se sofressem de epilepsia sem uma perturbação mental co-mórbida; se estivessem estáveis e já fossem vistos pelo enfermeiro por causa do seu estado médico geral; ou se tivessem deficiências intelectuais sem uma perturbação mental co-mórbida ou sem dificuldades comportamentais.

Os doentes seriam tratados pelo enfermeiro de saúde mental ou pelo psiquiatra se fossem de alto risco; se estivessem a tomar medicação psicotrópica anti-psicótica; se sofressem de doença bipolar; se estivessem em risco de fazer mal a si mesmos ou a terceiros; ou se tivessem uma história de agressões físicas repetidas.

Os doentes com perturbações mentais estabilizadas podiam ser transferidos de volta para os cuidados dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários se não tivessem sido hospitalizados por uma perturbação mental nos dois anos antecedentes; se não tivessem mudado a medicação no ano antecedente; se não tivessem uma história de agressão grave; se tivessem um apoio social apropriado; e se tivessem registo de assiduidade nas consultas mensais e de adesão à medicação. Nestes casos, o enfermeiro de saúde mental deveria preencher um formulário de referenciação, apresentar o doente ao enfermeiro dos cuidados de saúde primários e assegurar-se de que este tinha acesso ao ficheiro médico do nível secundário para obter mais informação, se necessário. No seguimento desta contra-referenciação, os doentes seriam avaliados todos os meses pelo enfermeiro dos cuidados de saúde primários e anualmente pelo agente de saúde diferenciado.

O processo de integração

A lógica subjacente mudança

Antes de 1997, quando a nova política de saúde mental foi adoptada, os cuidados de saúde mental na região eram prestados por um hospital psiquiátrico a alguma distância e por um enfermeiro de saúde mental que se deslocava às clínicas numa base mensal rotativa. Os medicamentos psicotrópicos eram fornecidos pelo hospital psiquiátrico ao enfermeiro de saúde mental que os transportava para as clínicas. A maioria dos doentes estavam estabilizados e a medicação era-lhes prescrita no hospital, antes de serem transferidos para o serviço baseado na comunidade.

No seguimento da adopção da nova política de saúde mental, os profissionais da saúde tinham algumas preocupações relativas à maneira como a integração seria implementada, mas também viam várias potenciais vantagens neste novo modelo de cuidados de saúde. Chegaram à conclusão que a prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários resultaria numa melhoria na identificação e no tratamento das perturbações mentais, e no aumento da acessibilidade ao mesmo tempo que reduziria o estigma.

Gerir a transformação

Um psiquiatra sedeado na comunidade foi nomeado para a região em 1997. Uma das suas primeiras tarefas foi a de colaborar com os profissionais de saúde locais, com os membros da comunidade e com a equipa de planeamento da saúde regional no desenvolvimento de um sistema de saúde mental baseado na comunidade.

Uma série de reuniões consultivas expôs obstáculos importantes que deviam ser resolvidos: alguns enfermeiros de saúde mental achavam que a sua posição e autoridade seriam minadas; profissionais dos cuidados de saúde primários e membros da comunidade julgavam que a qualidade dos cuidados podia ficar comprometida; e as autoridades de saúde regionais não consideravam as questões da saúde mental como prioritárias O psiquiatra também expressou preocupações, incluindo a de que a política poderia conduzir a uma «sobre-integração» da saúde mental nos cuidados de saúde primários; de que os profissionais dos cuidados de saúde primários já tinham demasiado que fazer; de que os serviços de saúde mental poderiam ficar reduzidos à farmacoterapia; e de que alguns profissionais dos cuidados de saúde primários não seriam capazes de fazer sobressair o elemento humano necessário nas consultas de saúde mental, mesmo depois de serem formados. Algumas outras pessoas, ainda expressaram a preocupação de que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários não tinham os conhecimentos nem a experiência dos enfermeiros da saúde mental.

Destas discussões emergiu a necessidade de consolidação dos serviços existentes baseados na comunidade, ao mesmo tempo que os serviços de saúde mental eram integrados nos cuidados de saúde geral. Também seria necessário formação substancial. Para ir ao encontro destes objectivos foi constituída uma nova equipa de saúde mental para a prestação de serviços especializados de saúde mental, ao mesmo tempo que formava, apoiava e supervisionava os enfermeiros dos cuidados de saúde primários na identificação e na gestão básicas. A equipa de saúde mental consistia de um psiquiatra, oito enfermeiros da saúde mental, um psicólogo a tempo inteiro, e vários outros psicólogos que prestavam serviços especializados.

Formação

Foram pensados dois tipos de cursos: o primeiro destinado aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários que tinham tido uma formação prévia em saúde mental; o segundo para os enfermeiros dos cuidados de saúde primários sem formação prévia em saúde mental.

Os objectivos específicos da formação eram os de assegurar uma competência básica na gestão de doentes com perturbações mentais estáveis, e na avaliação e referenciação de doentes com perturbações mentais comuns.

Supervisão

Os enfermeiros da saúde mental são supervisionados pelo psiquiatra regional, que está sempre disponível para consultas de urgência. Um plano de cuidados é desenvolvido para cada doente com uma perturbação mental. Os enfermeiros da saúde mental são responsáveis pelo início do tratamento e por prestar cuidados até que o doente cumpra os critérios que permitam o seu encaminhamento para os enfermeiros dos cuidados de saúde primários.

É prestado apoio aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários através de visitas regulares à clínica da equipa de saúde mental, da formação continua e da referenciação e contra-referenciação eficientes e acessíveis, aos e dos especialistas de saúde mental.

Relações estreitas com a administração do distrito

A equipa de saúde mental reúne todos os meses com os gestores do serviço de saúde regional para discutirem as prioridades clínicas gerais e para verificarem o orçamento para a saúde mental, que cobre os salários da equipa assim como a formação, os medicamentos e o equipamento. Reuniões adicionais são efectuadas a nível distrital para coordenar e monitorizar o fornecimento de medicamentos. A direcção apoia este processo, insistindo no facto de que interrupções no fornecimento de medicamentos são inaceitáveis.

5b. Avaliação/resultados do exemplo dois de boas práticas

Satisfação do pessoal

Os profissionais dos cuidados de saúde primários estão, de uma maneira geral, satisfeitos com a inclusão das questões da saúde mental na sua área de trabalho. Apreciam as visitas regulares dos enfermeiros da saúde mental e do psiquiatra, que dão formação contínua em serviço, bem como apoio nos casos complexos.

Os enfermeiros dos cuidados de saúde geral acharam a formação em saúde mental extremamente útil e declararam que ela tinha feito aumentar a sua confiança e a sua base de conhecimentos de modo a que pudessem desempenhar as suas funções claramente definidas.

Existiram alguns problemas. Nalgumas ocasiões, a entrega dos medicamentos foi feita com atraso. Problemas de tempo e de transporte têm diminuído a capacidade dos enfermeiros para efectuarem visitas domiciliárias e para prestarem serviços de reabilitação psicossocial. Os serviços e os recursos de serviço social também têm sido limitados, complicando a recuperação de alguns doentes.

6b. Conclusão para o exemplo dois de boas práticas

Este modelo de cuidados primários para a saúde mental está baseado numa parceria entre uma equipa de saúde mental e os profissionais de cuidados de saúde primários. Mais importante, os cuidados primários para a saúde mental e os serviços de apoio secundário são prestados principalmente por enfermeiros – apesar de terem conhecimentos e qualificações diferentes. Um psiquiatra também está disponível para ver os doentes uma vez de três em três meses. Nos casos em que são necessários cuidados médicos, os enfermeiros podem referenciar os doentes a um agente de saúde diferenciado, que visita a clínica diariamente.

Apesar de este exemplo ser tirado da pequena área de Moorreesburg, o mesmo serviço é prestado em todo o distrito. O modelo está presentemente a ser examinado a nível provincial e nacional, para uma eventual implementação em partes do país com características semelhantes.

Este modelo de cuidados primários para a saúde mental é diferente do de Ehlanzeni – o anterior exemplo sul-africano. Apesar de se desenvolver dentro do mesmo quadro da política da saúde sul-africana, Moorreesburg fez um uso maior dos especialistas em saúde mental ao mesmo tempo que usou enfermeiros de cuidados de saúde primários para identificarem os problemas da saúde mental e para providenciar tratamento a doentes com perturbações estáveis.

A diversidade destes dois modelos, dentro do mesmo quadro de política da saúde nacional, demonstra que, quando se projectam e se implementam serviços de saúde mental, é sempre essencial examinar cuidadosamente os recursos, as opiniões e as necessidades locais, e definir soluções que são pensadas para a situação específica.

Lições-chave aprendidas (exemplo dois de boas práticas)

- As políticas nacional e provincial para a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários forneceram um contexto para debates entre especialistas de saúde mental, profissionais de cuidados de saúde primários e a direcção de saúde distrital acerca de como melhor podia ser alcançada e que tipo de formação e apoio seriam necessários.
- Foi útil a contratação de um psiquiatra regional numa fase inicial do processo. O psiquiatra respondia perante o Director Regional (que gere os serviços de cuidados de saúde primários e os hospitais distritais) e a descrição da função incluía a formação, a prestação e o desenvolvimento de serviços. Este facto transformou efectivamente a consulta psiquiátrica de uma actividade de consulta de intervenção na comunidade baseada num hospital para uma parte integrante do sistema distrital de saúde.
- O apoio por parte de uma equipa de saúde mental foi fulcral para o êxito geral do programa.
- Acordos e discussões regulares com os gestores da saúde distrital foram importantes para falar dos problemas e assegurar um orçamento adequado.
- Em situações em que os enfermeiros de saúde mental baseados na comunidade já existem, os cuidados de saúde primários integrados para a saúde mental devem incorporar e utilizar o seu saber.

Referências – África do Sul

1 *SouthAfrica.info. Gateway to the nation*. International Marketing Council of South Africa (http://www.southafrica.info/ess_info/sa_glance, accessed 17 April 2008).

2 *Health care in South Africa.* International Marketing Council of South Africa (http://www.southafrica.info/ess_info/sa_glance/health/health.htm, accessed 17 April 2008).

3 *World health statistics 2007.* Geneva, World Health Organization, 2007.

4 Williams DR et al. Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. *Psychological Medicine*, 2008, 38:211–220.

5 *Mpumalanga province*. International Marketing Council of South Africa (http://www.southafrica.info/about/geography/mpumalanga.htm, accessed 18 April 2008).

6 Mohlakoana SP. *Integration of mental health into primary health care*. Johannesburg, University of the Witwatersrand, 2003.

UGANDA

Cuidados de saúde primários para a saúde mental integrada no distrito de Sembabule

Resumo do caso

No distrito de Sembabule, no Uganda, os profissionais dos cuidados de saúde primários identificam os problemas de saúde mental, tratam os doentes com perturbações mentais comuns que não sejam complicadas ou com perturbações mentais estáveis, gerem as emergências e referenciam os doentes que necessitam de alterações à medicação ou de internamento hospitalar. Estas funções foram implementadas na sequência da inclusão das questões da saúde mental no Pacote Mínimo de Cuidados de Saúde do Uganda. Serviços da especialidade de intervenção na comunidade, do nível hospitalar ao nível dos cuidados de saúde primários, facilitam uma supervisão e uma formação contínua dos profissionais dos cuidados de saúde primários. Para além disso, equipas de saúde das localidades, que integram voluntários, foram formadas para ajudar a identificar, a encaminhar e a seguir as pessoas com perturbações mentais.

O tratamento de saúde mental nos cuidados de saúde primários, comparado com o modelo de cuidados de saúde institucional anterior, garante um melhor acesso, produz melhores resultados e minimiza as rupturas nas vidas das pessoas.

1. Contexto nacional

O Uganda é um país com baixos rendimentos e pobreza generalizada, particularmente nas áreas rurais. Um estudo nacional revelou que 38% da população vive abaixo do limiar nacional de pobreza (2002-2003).[1] O crescimento demográfico é responsável, em parte, pelo aumento da pobreza do país (ver Tabela 2.32).[2] O Uganda é a pátria de muitos grupos étnicos diferentes, nenhum dos quais forma uma maioria populacional. Cerca de 40 línguas diferentes são usadas no país, mas o inglês e o suaíli são as línguas oficiais. O sector do país que gera mais emprego e maiores receitas é a agricultura.[3]

Tabela 2.32 Uganda: síntese do contexto nacional

População: 29 milhões (13% urbana) [a]
Taxa anual de crescimento demográfico: 3,3% [a]
Taxa de fertilidade: 7,1 por mulher [a]
Taxa de literacia adulta: 67% [a]
PIB *per capita*: Paridade internacional de Poder de Compra em USD - 1500 [a]
População a viver com menos de 1,00 USD por dia: informação não disponível ou sem aplicação [a]
Grupo de rendimentos do Banco Mundial: economia de rendimentos baixos [b]
Índice de Desenvolvimento Humano: 0,505; 154.º de 177 países [c]

Fontes:

[a] Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.htm, consultado a 9 de Abril de 2008).

[b] Grupos de países. (http;//web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATA/STATISTICS/0,,contentMDK:20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

[c] O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador, desenvolvido pelo Progra-ma para o Desenvolvimento das Nações Unidas, que combina três dimensões do desenvol-vimento: uma vida longa e saudável, o conhecimento e um nível de vida decente. Ver Estatísticas do Relatório do Desenvolvimento Humano. Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas. (http://hdr.undp.org/en/statistics/, consultado a 9 de Abril de 2008).

2. Contexto de saúde

Os indicadores chave para o Uganda são evidenciados na Tabela 2.33. A principal causa de morte no Uganda é o HIV/SIDA, seguida da malária, das infecções respiratórias inferiores e das doenças diarreicas.[4] Cerca de 7% dos adultos com idade entre os 15 e os 49 anos estão infectados com o HIV.[5]

Tabela 2.33 Uganda: síntese do contexto de saúde

Esperança de vida à nascença: 42 anos para os homens/44 anos para as mulheres
Despesa total com a saúde *per capita* (Internacional, em USD, em 2004): 135
Despesa total com a saúde como percentagem do PIB (2004): 7,6 %

Source: Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http:// www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, consultado a 9 de Abril de 2008).

Simultaneamente com o enorme fardo das doenças infecciosas, o Uganda sofre um nítido aumento das doenças não transmissíveis tais como a hipertensão, o cancro, a diabetes, as doenças cardíacas e as perturbações mentais.[6]

Apenas metade da população do Uganda tem uma acessibilidade garantida aos cuidados de saúde, definida pelo facto de viver num raio de cinco quilómetros de distância de uma clínica de saúde. As comunidades rurais, em particular, são as mais afectadas. Há variações de acessibilidade tanto nos distritos como entre eles, que vão dos 9% aos 99%. Muitos estabelecimentos não prestam a gama completa dos serviços dos cuidados de saúde primários essenciais.[7]

Saúde mental

No Uganda, não foram efectuados estudos nacionais sobre as perturbações mentais. No entanto, estudos locais revelaram que entre 20% e 30% da população padece de uma perturbação mental.[8, 9] O governo do Uganda estima da mesma maneira que as perturbações mentais são responsáveis por de 20% a 30% de todas as idas à consulta externa.[10] Adicionalmente, uma vasta mas desconhecida proporção dos habitantes sofre de perturbações mentais nas áreas de conflito e de pós-conflito do país.

Historicamente, profissionais psiquiátricos especializados prestavam os cuidados de saúde mental. A maioria dos profissionais de saúde geral ficavam indiferentes, cépticos e, às vezes, nutriam atitudes negativas relativamente às perturbações mentais.

Para tornar a saúde mental numa parte integrante do sistema de saúde, eram necessárias mudanças e novos desenvolvimentos a todos os níveis. Foi formulada uma política de saúde mental (2000-2001) com o objectivo de melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários com o apoio de serviços de referência de boa qualidade, assim como de programas de reabilitação psicossocial no seio das comunidades.

Outros elementos essenciais da política eram:

- o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde mental, através da descentralização;
- a colaboração e parceria com todos os interessados, incluindo as organizações não-governamentais e as baseadas na comunidade;
- o envolvimento dos utentes dos serviços de saúde mental e das suas famílias;
- a participação da comunidade recorrendo à utilização seleccionada de pessoas dos recursos comunitários, designados como equipas de saúde da localidade;
- serviços com uma base de evidência científica por meio da inclusão dos indicadores de saúde mental nos sistemas de informação da saúde, e a luta por uma pesquisa adicional sobre a saúde mental.

Apesar de terem sido alcançados alguns sucessos na prestação dos serviços de saúde mental (principalmente a sua inclusão no pacote mínimo de saúde), os desafios que permanecem incluem as atribuições orçamentais inadequadas, um número insuficiente de profissionais de saúde e uma integração incompleta da saúde mental nos cuidados de saúde primários por todo o país.

3. Os cuidados de saúde primários e a integração da saúde mental

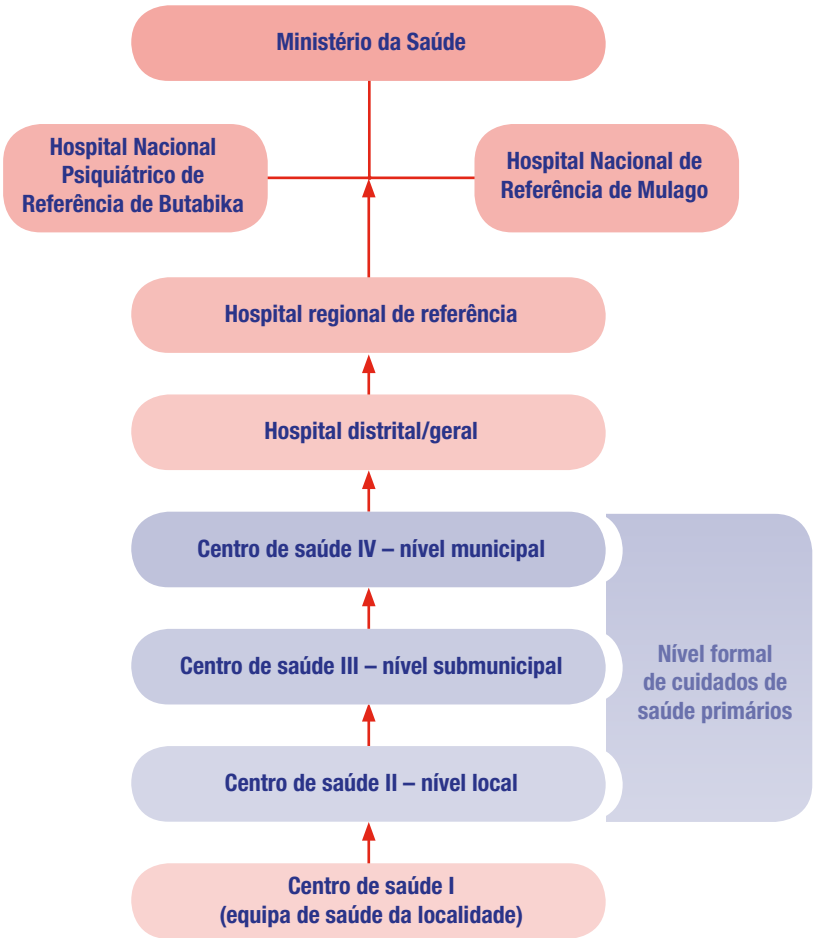
Os cuidados de saúde primários são a filosofia e a estratégia de base do desenvolvimento da saúde nacional no Uganda. O Ministério da Saúde é o corpo nacional responsável pelo planeamento, pela elaboração de uma política e de linhas de orientação, pelo controle da qualidade e pelo apoio de supervisão. O ministério tem uma estrutura descentralizada complexa para a prestação dos serviços de saúde (ver Figura 2.4). Cada nível da estrutura tem mandatos diferentes e capacidades que variam (recursos humanos, orçamento e infra-estruturas) para a prestação dos serviços de saúde à população de uma área geodemográfica definida.

Os centros de saúde II, III e IV formam o sistema dos cuidados de saúde primários do Uganda (ver abaixo).

- Centro de Saúde IV – Nível municipal – inclui médicos de clínica geral, agentes de saúde diferenciados gerais, enfermeiros gerais e parteiras. Recentemente, foram colocados enfermeiros psiquiátricos em 30% dos distritos. Estão em curso planos para expandir este serviço.
- Centro de Saúde III – Nível submunicipal – inclui agentes de saúde diferenciados, enfermeiros gerais e parteiras. A este nível, os especialistas da saúde mental não estão presentes.
- Centro de Saúde II – Nível local – inclui enfermeiros gerais ou parteiras, ajudados por auxiliares de enfermagem que não têm uma formação formal.

O Pacote Mínimo de Cuidados de Saúde do Uganda (PMCSU) inclui o controle das doenças transmissíveis, a gestão integrada das doenças infantis, da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, da imunização, da saúde ambiental, da educação e da promoção da saúde, da saúde escolar, da prevenção epidemiológica e das catástrofes, da nutrição, das intervenções contra as doenças a erradicar e do reforço dos serviços de saúde mental e dos cuidados clínicos essenciais.

Figura 2.4 Uganda: a estrutura de saúde descentralizada



Saúde mental

Ao nível nacional, existe uma vontade política forte para integrar a saúde mental nos cuidados de saúde primários. Dado que a saúde mental foi incluída como componente do PMCSU, faz agora parte do orçamento da saúde.

Os centros de saúde abaixo do nível distrital (centros de saúde dos níveis I a IV) são encorajados a fazer a gestão dos problemas de saúde mental. Cerca de 600 profissionais de saúde generalistas sedeados em serviços de cuidados de saúde primários foram formados e preparados com as competências e o conhecimento necessários para identificarem e gerirem os problemas de saúde mental e para referenciarem os casos complicados aos níveis superiores de cuidados de saúde. Todos os profissionais de saúde formados, incluindo os médicos de clínica geral, os enfermeiros e as parteiras estão autorizados a receitar medicação psicotrópica que conste da Lista de Medicamentos Essenciais do Uganda. As linhas de orientação do Ministério da Saúde permitem que profissionais da saúde geral prescrevam e administrem medicamentos psicotrópicos aos doentes crónicos, depois do tratamento ter sido iniciado por um profissional de saúde mental. Os profissionais da saúde geral normalmente não estão autorizados a prescrever medicamentos psicotrópicos injectáveis ou medicação anti-psicótica atípica mais recente, mas, contudo, as injecções são autorizadas para o controle dos doentes muito agressivos.

Os desafios que se colocavam à integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários incluíam:

- A procura por parte dos doentes. Um estudo efectuado no Norte e no Nordeste do Uganda, indicou que 59% dos que responderam aos questionários se dirigiam aos líderes religiosos solicitando ajuda na depressão, comparados com 0,6% que iam aos curandeiros tradicionais e com 2,3% que se dirigiam aos estabelecimentos de saúde.
- A atitude e a disponibilidade dos profissionais de saúde. A maioria dos profissionais de saúde geral tinham atitudes negativas em relação às perturbações mentais. Para além disso, a sua formação antes da entrada ao serviço não os tinha preparado de forma a poderem prestar serviços de saúde mental.
- A acessibilidade dos medicamentos. Frequentemente, os medicamentos psicotrópicos não estavam disponíveis nos centros de saúde. Como resultado, muitas pessoas com perturbações mentais crónicas interrompiam os seus tratamentos.

Para facilitar a transição, um ponto focal de saúde mental foi nomeado em cada distrito. Esta pessoa tornou-se parte da equipa de gestão de saúde distrital. Nalguns casos, o ponto focal era um profissional de saúde mental, mas, noutros casos, o ponto focal era um profissional de saúde generalista.

4. Boas práticas

Contexto local

O distrito de Sembabule fica localizado no Uganda Central. Tem uma população de 184 000 pessoas, composta de Bagandas e Banyankoles, na sua maioria agricultores.

Em Sembabule há dois centros de saúde IV, um dos quais também actua como hospital distrital. Está alojado numa estrutura com três salas, que consistem num escritório e em duas

enfermarias. O distrito também tem cinco centros de saúde III e 20 centros de saúde II. Entre estes, o centro de saúde II de Ntete serve cerca de 30 000 pessoas e está localizado a cerca de 62 Km do hospital geral que presta serviços aos doentes internados por meio de admissão em enfermarias de saúde geral.[a]

Muitas das mudanças de organização descritas neste exemplo de boas práticas ocorreram em todo o distrito de Sembabule; contudo, o exemplo centra-se principalmente na experiência do centro de saúde II de Ntete.

Descrição dos serviços disponíveis

Previamente à integração da saúde mental, os doentes do distrito de Sembabule com perturbações mentais graves eram enviados para um hospital de referência, enquanto que os que tinham perturbações comuns não recebiam qualquer tipo de tratamento. As atitudes negativas, a falta de compreensão e a estigmatização no seio dos profissionais de saúde e das comunidades permitiu que esta situação se prolongasse até que o governo nacional designou a saúde mental como parte integrante do sistema de saúde.

Como resultado das mudanças organizativas, os profissionais dos cuidados de saúde primários desempenham agora uma série de funções de saúde mental importantes. Identificam os problemas de saúde mental, tratam doentes com perturbações mentais comuns pouco complicadas ou perturbações mentais crónicas estáveis, gerem as emergências e referenciam os doentes que necessitam de alterações na medicação ou de hospitalização. Serviços especializados de intervenção na comunidade, do nível hospitalar ao nível de cuidados de saúde primários, facilitam a supervisão e a formação contínua dos profissionais dos cuidados de saúde primários. Adicionalmente, equipas de saúde das localidades, que integram voluntários, têm sido formadas para ajudar a identificar, a encaminhar e a seguir as pessoas com perturbações mentais.

O processo de integração

A inclusão da saúde mental no pacote mínimo de cuidados de saúde primários

A inclusão da saúde mental no PMCSBU foi crucial para facilitar a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Subsequentemente, as questões da saúde mental foram incluídas nas linhas de orientação de planeamento e de implementação a todos os níveis de serviços. Os programas das instituições de ensino médico também foram revistos de forma a aumentar o número de horas de contacto com as questões da saúde mental. Os agentes de saúde diferenciados, os enfermeiros e as parteiras beneficiam agora de um mês de experiência prática no hospital mental nacional de referência, para além de palestras nas suas instituições de formação.

A sensibilização da liderança política

Os líderes políticos aos níveis distrital, submunicipal e paroquial foram sensibilizados para a nova política. Foram informados acerca das mudanças previsíveis e também lhes foi prestada informação de fundo acerca da importância da saúde mental e das razões pelas quais a política tinha sido adoptada. O estigma, o medo e a ignorância emergiram durante algumas discussões. A visão tradicional em relação às perturbações mentais, por exemplo, que são causadas por

[a] Estão a ser preparados planos para a construção de uma unidade psiquiátrica, mas até que isso aconteça, os doentes continuam a ser internados nas enfermarias gerais.

meio de feitiçaria, também surgiu ocasionalmente. Contudo, depois de discussões cuidadosas, todos os líderes concordaram em que a integração da saúde mental era um passo lógico.

A sensibilização dos gestores de saúde distritais

O passo seguinte foi o de sensibilizar os gestores de saúde distritais. Nalguns casos, também tinham crenças prejudiciais e atitudes negativas para com as pessoas com perturbações mentais. Gerou-se uma resistência adicional porque os gestores deviam alterar os horários, os registos e as ocupações horárias de modo a cumprir as mudanças. Apesar destas dificuldades, os gestores de saúde distritais aceitaram que era da sua responsabilidade assegurarem que a saúde mental fosse integrada nos cuidados de saúde geral. Um gestor de saúde distrital expressou a esperança de que consultas repetidas de doentes com sintomas não explicados clinicamente pudessem ser reduzidas por meio da melhor identificação e tratamento das perturbações mentais.

A formação dos profissionais de saúde geral

A formação dos profissionais de saúde geral foi baseada num manual de formação desenvolvido especialmente pelo programa de saúde mental para os profissionais de saúde geral do nível mais baixo. Os termos psiquiátricos e outra linguagem complexa foram simplificados com a ajuda de formadores experientes, de tutores de enfermagem e de agentes de saúde diferenciados.

A formação em serviço foi difícil de negociar porque os centros de saúde sofriam todos de falta de pessoal e o tempo da formação significava mais trabalho para os que restavam. A relutância por parte de alguns profissionais da saúde acrescentou-se a essas dificuldades. Contudo, foram feitas adaptações e, em resultado da formação, muitos profissionais da saúde alteraram os seus pontos de vista e ficaram satisfeitos por terem tido a oportunidade de aprender sobre as questões da saúde mental.

A formação das pessoas dos recursos comunitários da localidade (equipas de saúde das localidades)

As comunidades seleccionaram voluntários (13 em Sembabule) de modo a formar equipas de saúde das localidades. Os voluntários foram formados em saúde mental comunitária básica, em identificação das perturbações mentais e na referenciação de casos para os centros de saúde locais.

A formação das equipas de saúde das localidades revelou ser um passo chave no processo de integração da saúde mental. Elas eram capazes de identificar e de encaminhar muitas pessoas que, previamente, teriam ficado sem tratamento.

São feitas reuniões mensais com as equipas de saúde das localidades de modo a prestar formação e educação contínuas. Os profissionais de saúde da localidade têm possibilidade de discutir as dificuldades e, também, recebem formação e apoio continuados ao seu trabalho.

Consulta de intervenção na comunidade

Foi iniciado um serviço de consulta de intervenção na comunidade a partir do hospital regional (Hospital Masaka). Profissionais de saúde da psiquiatria, incluindo agentes de saúde diferenciados de psiquiatria e enfermeiros psiquiátricos, começaram a efectuar visitas mensais

aos centros de saúde. Trabalhavam ao lado dos enfermeiros para que a sua confiança se consolidasse, tratavam dos casos difíceis e faziam formação em serviço. Com o passar do tempo, a competência dos enfermeiros cresceu devagar. Agora requerem menos supervisão e podem gerir problemas mais difíceis. As visitas mensais continuam, mas são, por vezes, dificultadas pela falta de transporte para as clínicas de saúde.

Disponibilizar medicamentos psicotrópicos

Era importante assegurar uma disponibilidade suficiente dos medicamentos psicotrópicos. Foram feitas auditorias acerca do número de pessoas que frequentavam cada uma das clínicas em dias diferentes, e das suas necessidades médicas. A partir desta informação, foram determinadas as necessidades de cada clínica. As necessidades de medicamentos para os doentes com perturbações mentais crónicas foram relativamente fáceis de calcular; contudo, a antecipação das necessidades para crises psiquiátricas, para os novos doentes ou para alterações na medicação representou um desafio maior. Foram efectuadas reuniões com profissionais de cuidados de saúde primários e com farmacêuticos, de modo a garantir que os medicamentos psicotrópicos fossem incluídos nas suas encomendas e distribuição rotineiras. Para além disso, foram efectuadas reuniões com os fornecedores dos medicamentos psicotrópicos, de modo a assegurar que houvessem fornecimentos adequados disponíveis para a distribuição pelas clínicas.

A formação de associações de utentes

Foi formada no distrito uma organização de utentes com o objectivo de desempenhar funções de apoio e de defesa dos direitos do doente. Com a ajuda de organizações não-governamentais, os utentes iniciaram projectos geradores de receitas que não só prestavam auxílio económico, mas também davam aos utentes um sentimento de ter um objectivo e de dignidade.

A inclusão da saúde mental no sistema de informação

A inclusão de diferentes categorias de perturbações mentais no sistema de informação da saúde fez aumentar a tomada de consciência das perturbações mentais e da sua importância como problemas de saúde a ser geridos nos cuidados de saúde primários.

5. Avaliação/resultados

Os serviços prestados

A Tabela 2.34 mostra o número de pessoas vistas no centro de saúde II de Ntete por diferentes perturbações mentais de 2003 a 2007.

O programa foi iniciado em 2004, mas as consultas não foram registadas devidamente. A frequência desde 2004 tem-se mantido constante, talvez indicando que todos os doentes que deveriam visitar a clínica foram mobilizados.

Desde a introdução do programa, a frequência no Hospital Masaka aumentou, especialmente no serviço de doentes de consulta externa. Após a formação dos profissionais dos cuidados de saúde primários, os doentes que anteriormente não teriam recebido tratamento, ou que poderiam ter sido erroneamente referenciados ao hospital psiquiátrico central, estão agora a ser referenciados e tratados a nível regional.

Tabela 2.34 Centro de saúde II de Ntete: consultas de saúde mental, 2003 a 2007

Ano	2003	2005	2006	2007
Diagnóstico				
Esquizofrenia	0	16	10	17
Doença bipolar	0	18	12	22
Depressão	0	8	6	13
Problemas de alcoolismo	0	2	1	1
Epilepsia	0	283	343	262
Total	**0**	**327**	**369**	**315**

A satisfação dos doentes

Os doentes exprimiram a sua satisfação com o modelo dos cuidados de saúde primários, como se lê nas citações seguintes.[11]

Janet (nome fictício) é uma mulher de 45 anos que sofre de doença bipolar:

"Em 1991, antes de adoecer, tinha um projecto para um aviário, um negócio de mercearia e um outro de venda de carvão. Quando fui internada no Hospital Butabika, o meu marido ficou a tomar conta dos meus negócios e não os soube administrar. Quando regressei, tinha-se casado com outra mulher e os meus projectos tinham parado. Disse-me que o negócio tinha falhado porque tinha usado o dinheiro no meu tratamento. Afirmou que tinha iniciado projectos semelhantes fazendo uso do seu próprio dinheiro. Eu estava reduzida a ser uma trabalhadora! Ia buscar água e dava de comer às aves, mas não podia tomar decisões que diziam respeito ao projecto ou a assuntos domésticos. Nem sequer participava nos rendimentos dos projectos…"

Três meses depois de ter tido acesso a tratamento prestado numa consulta de saúde mental de intervenção na sua comunidade, a história de Janet mudou:

"Estou contente por não ter de ir a Butabika para tratamento. Pelo menos posso obter a minha medicação na consulta de intervenção na comunidade e estar suficientemente perto para controlar o meu negócio. Enquanto estive em Butabika alguém nos ensinou (mulheres) a fazer artesanato. É isso que agora faço para ganhar a vida. Faço tapetes, sacos, carteiras e chapéus com os quais ganho de € 1,5 a € 3,5. Comecei a ensinar as mulheres na minha comunidade a tecer e espero que possa ensinar pessoas com perturbações mentais no grupo de utentes. Com os meus proventos, consegui começar um novo projecto de criação de aves."

6. Conclusão

A integração da saúde mental nos cuidados de saúde geral tem resultado em serviços que são mais acessíveis geográfica e economicamente, mais aceitáveis e mais disponíveis. Em vez de serem hospitalizados longe de casa, os doentes estão agora a ser tratados nas suas próprias comunidades.

Os cuidados de saúde primários para a saúde mental são essenciais mas não existem isolados. Os serviços prestados pelos profissionais de saúde das localidades, pelas organizações não-governamentais e pelo hospital regional também são elementos cruciais deste conjunto de serviços.

Lições chave aprendidas

- A integração que começa a um nível nacional fornece uma estrutura conducente à integração a níveis inferiores.
- O empenho político, uma política e um plano claros e um coordenador a alto nível no Ministério da Saúde são importantes para a condução do processo e para convencer os gestores dos níveis inferiores a integrar a saúde mental nos cuidados de saúde primários.
- A inclusão da saúde mental como parte do pacote mínimo básico de cuidados de saúde foi essencial para assegurar que os profissionais de saúde recebessem formação e que os medicamentos psicotrópicos essenciais estivessem disponíveis nos centros de cuidados de saúde primários.
- A colaboração entre o governo e as organizações não-governamentais foi útil para facilitar a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários.
- Os serviços de intervenção na comunidade, do nível hospitalar aos níveis inferiores, foram importantes para a tutoria, a monitorização, a agilização das referenciações e para uma eficácia acrescida.
- As equipas de saúde das localidades, que incluem voluntários, podem ser utilizadas para identificar, referenciar e seguir as pessoas com perturbações mentais.
- Prestar tratamentos de saúde mental nos cuidados de saúde primários, comparado com um modelo de cuidados de saúde institucional/custodial, melhora a acessibilidade, produz melhores resultados e minimiza as rupturas nas vidas das pessoas.
- Um fornecimento regular de medicamentos psicotrópicos e um sistema que permite que profissionais de saúde geral administrem estes medicamentos são essenciais para que a saúde mental seja integrada com êxito nos cuidados de saúde primários.
- Organizações de utentes que exijam serviços de saúde mental nos níveis locais aumentam o êxito dos programas de cuidados de saúde primários.
- Os cuidados de saúde globais, incluindo o realojamento e a reintegração, são mais fáceis de prestar no âmbito dos cuidados de saúde primários do que num ambiente institucional.

Referências – Uganda

1 *World Development Indicators 2006, Table 2.7.* The World Bank, 2006 (http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/Table2_7.htm, accessed 22 April 2008).

2 *Uganda.* United Nations Population Fund (http://www.unfpa.org/profile/uganda.cfm?Section=1, accessed 18 April 2008).

3 *World Development Indicators 2006, Table 2.3.* The World Bank, 2006 (http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/Table2_3.htm, accessed 22 April 2008).

4 *Mortality country fact sheet 2006*. World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_afro_uga_uganda.pdf, accessed 18 April 2008).

5 *Uganda 2006 update*. World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2006/EFS_PDFs/EFS2006_UG.pdf, accessed 18 April 2008).

6 *National health policy*. Kampala, Ministry of Health, Republic of Uganda, 2001.

7 *Health sector strategic plan 2001–2004*. Kampala, Ministry of Health, Republic of Uganda, 2001.

8 Kasoro S et al. Mental illness in one district of Uganda. *International Journal of Social Psychiatry,* 2002, 48:29–37.

9 Orley J, Wing JK. Psychiatric disorders in two African villages. *Archives of General Psychiatry,* 1979, 36:513–520.

10 *Draft mental health policy*. Kampala, Ministry of Health, Republic of Uganda, 2000.

11 *The situation of mental health in Kamuwokya, Masaka, Ssembabule and Masindi, Uganda: Basic Needs baseline study.* Kampala, Basic Needs, 2005.

REINO UNIDO DA GRÃ-BRETANHA E DA IRLANDA DO NORTE

Cuidados de saúde primários para a saúde mental em comunidades desfavorecidas em Londres

Resumo do caso

Este exemplo do Reino Unido mostra como os cuidados de saúde primários podem ser usados para prestar um serviço de saúde integrado a grupos populacionais desfavorecidos. Um serviço de cuidados de saúde primários na parte Oriental de Londres desenvolveu uma forma inovadora de incluir e de integrar populações desfavorecidas, conduzindo a: melhores cuidados de saúde primários globais para responder às necessidades da saúde mental e da saúde física; identificação precoce da doença e da co-morbilidade; redução do estigma e inclusão social. Um factor-chave destas boas práticas é a relação estreita que desenvolveu com o nível secundário da saúde e com os serviços comunitários, assim como com uma série de organizações e de serviços que lidam com as questões do emprego, da habitação e da justiça.

1. Contexto nacional

O Reino Unido da Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte é uma monarquia constitucional[1] composta por quatro países constituintes: a Inglaterra (84% da população), a Escócia (8%), o País de Gales (5%) e a Irlanda do Norte (3%).[2] A sua população é principalmente urbana[3, 4] e tem um crescimento lento.[4, 5] A característica demográfica mais marcante do país é a proporção crescente de pessoas idosas.[6] A língua oficial e principal usada no país é o inglês.

O Reino Unido é a quinta maior economia mundial e a segunda maior na Europa.[7] Os principais sectores de emprego e de receita são o dos serviços e o da indústria.[8] Comparado com países europeus similares,[4] o desemprego geral é baixo,[9] mas a distribuição da riqueza é desigual.[10] Uma estratégia de luta contra a pobreza conduziu a melhorias relativas. Em 2002-2003, o número de agregados familiares com baixos rendimentos era mais reduzido do que em qualquer altura dos anos 90, apesar de ser ainda muito mais elevado do que no início dos anos 80.[4] Desde 2002, a luta contra a pobreza não produziu resultados.[12] A incapacidade é um factor principal conducente à pobreza no Reino Unido e, de entre os 2,2 milhões de pessoas pobres

que estão doentes ou incapacitadas, a maior categoria (quase metade, quase meio milhão) é a das pessoas com perturbações mentais ou comportamentais.[12] Na Tabela 2.35 fornece-se informação suplementar acerca do Reino Unido.

Tabela 2.35 Reino Unido: síntese do contexto nacional

População: 60 milhões (90% urbana) [a]
Taxa anual de crescimento demográfico: 0,3% [a]
Taxa de fertilidade: 1,7 por mulher[a]
Taxa de literacia adulta: 99% [d]
PIB *per capita*: Paridade internacional de Poder de Compra em USD – 33 650 [e]
População a viver com menos de 1,00 USD por dia: informação não disponível ou sem aplicação [a]
Grupo de rendimentos do Banco Mundial: economia de rendimentos altos [b]
Índice de Desenvolvimento Humano: 0,946; 16.º de 177 países [c]

Fontes:

[a] Estatísticas da Saúde Mundial de 2007, Organização Mundial da Saúde (http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.htm, consultado a 13 de Junho de 2008).

[b] Grupos de países. (http;//web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATA/STATISTICS/0,,contentMDK:20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html, consultado a 13 de Junho de 2008).

[c] O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador, desenvolvido pelo Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas, que combina três dimensões do desenvolvimento: uma vida longa e saudável, o conhecimento e um nível de vida decente. Ver Estatísticas do relatório do Desenvolvimento Humano. Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas. (http://hdr.undp.org/en/statistics/, consultado a 13 de Junho de 2008).

[d] Livro de Factos da CIA, estimativas de 2003 (https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/print/uk.html, consultado a 13 de Junho de 2008).

[e] Banco Mundial, 2006. PIB per capita 2006, método Atlas e PPC, (http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf, consultado a 13 de Junho de 2008).

2. Contexto de saúde

O contexto da saúde do Reino Unido encontra-se resumido na Tabela 2.36.

As pessoas no Reino Unido vivem mais tempo mas têm mais anos de vida sem saúde, quando comparadas com as de países europeus semelhantes.[4]

Tabela 2.36 Reino Unido: síntese do contexto de saúde

Esperança de vida à nascença: 77 anos para os homens/81 anos para as mulheres
Despesa total na saúde *per capita* (Internacional, em USD, em 2005): 2597
Despesa total na saúde como percentagem do PIB (2005): 8,2 %

Fonte: Estatísticas da Saúde Mundial de 2008, Organização Mundial da Saúde

As doenças não transmissíveis são a causa de 84% de todas as mortes no Reino Unido. As doenças cardiovasculares são responsáveis por 37% das mortes totais; o cancro, por 28%; e as causas externas (lesões intencionais e não-intencionais), por 4%. A doença isquémica cardíaca é o principal assassino individual, sendo responsável por quase uma em cada cinco

mortes. A taxa nacional de morte prematura por doença em pessoas com idades entre os 25 e os 64 anos está entre as mais altas em comparação com os países europeus.[4] O Reino Unido também tem das taxas mais elevadas de mortalidade por doenças respiratórias e pelo cancro (em particular, cancro do esófago).[4]

O National Health Service (Serviço Nacional de Saúde) do Reino Unido (NHS) é o sistema de cuidados de saúde do país com financiamento público e celebra o seu 60.º aniversário em 2008.[13] É um serviço de saúde completo que está disponível para toda a população, sem quaisquer encargos para o utilizador.[1] As despesas públicas representam 87% das despesas totais de saúde em todo o país.[14]

O Department of Health (Ministério da Saúde) é responsável pela definição de políticas e de directivas para a organização.[1] O Reino Unido devolveu a responsabilidade pelos cuidados de saúde aos seus países constituintes a partir de1997. Esta devolução está cada vez mais associada ao facto da reforma estar a tomar direcções bastante diferentes por todo o Reino Unido[4] e de existirem agora diferenças consideráveis entre os diferentes sistemas do NHS.[16]

Uma das principais características do NHS em Inglaterra é o papel de triagem dos médicos de clínica geral para referenciação aos especialistas. Aproximadamente 90% dos contactos dos doentes com o NHS são com os médicos de clínica geral que garantem um acesso permanente.[1] A acessibilidade aos serviços e a sua sustentabilidade nas áreas rurais e remotas são problemáticas, dado que a maioria da população está concentrada em áreas urbanas e há falta de profissionais de saúde qualificados.[4]

O NHS sofreu duas reformas importantes no Reino Unido, nos últimos 20 anos.

A reforma de 1991, consagrada na *NHS and Community Care Act* 1990 (Lei do Serviço de Nacional de Saúde e dos Cuidados Comunitários 1990) introduziu um mercado, ou quase, interno, que separava a responsabilidade das compras (ou encomenda) de serviços da responsabilidade de os prestar.[1] Esperava-se que os consórcios competissem pelos contratos das autoridades distritais de saúde e que os médicos de clínica geral o fizessem pela prestação dos serviços clínicos. Em 1998, todos os hospitais de internamento de curta duração, todos os prestadores de serviços de saúde comunitária e os serviços de ambulâncias já tinham adquirido o estatuto de *trust* (consórcio).

Com a eleição de um governo trabalhista em 1997, as prioridades mudaram e uma nova reforma do sistema de saúde foi planeada para passar o ênfase dos processos baseados no mercado para o planeamento, a colaboração e a parceria. Esta estratégia foi definida no relatório governamental *The New NHS: modern, dependable* (1997) (O novo NHS: moderno, fiável), concretizado no *Health Act 1999* (Lei da Saúde 1999).[1] Esta reforma abolia a detenção de fundos por parte dos médicos de clínica geral e criava agrupamentos maiores: Grupos de Cuidados de Saúde Primários, que mais tarde se tornaram em *Primary Care Trusts* (PCT) (Consórcios de cuidados de saúde primários) e que cobriam populações que iam das 50 000 às 250 000 pessoas. Os PCT deveriam trabalhar mais estreitamente com os departamentos da segurança social da administração local. A mudança continuou em 2001 com o relatório governamental *Shifting the Balance of Power – Securing Delivery* (Alterar o equilíbrio do poder – Assegurar a prestação)[17], que transferia o grosso das funções das anteriores autoridades de saúde para os PCT e que conferia mais poder e responsabilidades ao pessoal de primeira linha que, dentro do NHS, trabalhava tanto com os doentes como com o público.

Saúde mental

As perturbações mentais representam a maior fatia do peso da doença no Reino Unido.[4] Apesar do facto de as perturbações mentais serem frequentes, a sensibilização do público e o seu conhecimento são geralmente insuficientes.[16]

Os Estudos Nacionais de Morbilidade Psiquiátrica da Grã-Bretanha, publicados em 1995, mostravam uma prevalência semanal média de perturbação neurótica, tão elevada como 12,3% nos homens e de 19,5% nas mulheres, com idades dos 16 aos 64 anos.[19] Uma muito pequena proporção da população (menos de 1%) tinha uma perturbação psicótica tal como a esquizofrenia. Os factores sociais correlacionados com uma prevalência mais elevada das perturbações neuróticas incluíam o ser-se solteiro, o estar desempregado e o viver num ambiente urbano. A prevalência a doze meses da dependência alcoólica era de 47/1000 habitantes, ao passo que a dependência de drogas era de 22/1000 habitantes. Ambas eram mais prevalentes nos homens, particularmente nos homens jovens.

O consumo de álcool por pessoa no Reino Unido tem-se mantido razoavelmente constante ao longo dos últimos 20 anos. O *binge drinking* (consumo de quantidades excessivas de álcool num curto espaço de tempo), é comum, representando 40% de todas as ocasiões de consumo para os homens, e cerca de 22% para as mulheres. Estudos efectuados em 1998 e em 2002 revelaram que o *binge drinking* entre as mulheres aumentou de 8% para 10% das inquiridas, e de 24% para 28% das com idades entre os 16 e os 24 anos. O número de mortes devidas a cirrose hepática crónica, um indicador do uso excessivo do álcool, está a aumentar no Reino Unido.[4]

Apesar de ainda haver mais de 4000 mortes por suicídio cada ano na Inglaterra, a taxa geral de suicídio (e de mortes não determinadas) baixou mais de 12%.[18, 20] Esta tendência foi recentemente confirmada entre os homens jovens britânicos e galeses.[21]

A *Mental Health National Service Framework* (Normas do Serviço Nacional de Saúde Mental)[22] foi publicada em Setembro de 1999 e incluía reformas importantes na prestação dos serviços de saúde mental. Desde 2001 que as Normas têm sido implementadas por equipas locais, com o apoio de uma equipa nacional de implementação[18] e de directivas de implementação.[23] Centram-se na saúde mental dos adultos em idade de trabalho e cobre tanto os serviços de saúde como os sociais.[18] Incluem todos os aspectos dos cuidados de saúde, da promoção da saúde, da avaliação, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e dos cuidados, assim como apoio aos prestadores de cuidados de saúde.

As Normas abrangem os cuidados de saúde primários e de especialidade, bem como o papel das instituições parceiras por meio de sete princípios situados nas seguintes cinco áreas:

- promoção da saúde mental;
- cuidados de saúde primários e acessibilidade dos serviços;
- serviços eficazes para pessoas com perturbações mentais graves;
- cuidar dos cuidadores;
- prevenção do suicídio.[22, 24]

3. Cuidados de saúde primários e a integração da saúde mental

Até meados dos anos 80, os decisores do NHS não prestavam muita atenção aos cuidados de saúde primários. Nos anos 90, na sequência da introdução de um novo contrato que fazia aumentar a responsabilização dos médicos de clínica geral perante as autoridades de saúde, a aquisição de cuidados de saúde primários tornou-se um elemento central do NHS.[1] Os sistemas de pagamento foram transformados de modo a oferecer incentivos por melhores desempenhos e a encorajar os médicos de clínica geral a serem responsáveis pelas necessidades dos doentes.[1]

Os PCT são os principais adquirentes dos serviços de saúde. Fazem o planeamento da prestação de todos os cuidados de saúde primários e, em muitos casos, dos serviços de saúde comunitários ao nível local.[25] A maioria dos serviços são encomendados aos *National Health Service Trusts* (Consórcios do Serviço Nacional de Saúde), que prestam os cuidados tanto de internamento de curta duração como de especialidades com base hospitalar.[25] A escolha dos NHS *Trusts* pelos PCT, incluindo os *trusts* da saúde mental, é feita em função da qualidade e da relação custo/benefício.

A monitorização dos serviços é feita pelos PCT, mas cabe à *Strategic Health Authority* (Alta Autoridade Estratégica para a Saúde) a responsabilidade geral pela avaliação dos serviços prestados.

As Normas do Serviço Nacional de Saúde Mental e as Normas de Qualidade e de Resultados

Apesar dos cuidados de saúde primários terem tido um papel central na melhoria da saúde mental no país há já muitos anos, as Normas do Serviço Nacional de Saúde Mental[22] e as Normas de Qualidade e de Resultados para os cuidados de saúde primários[26] forneceram um impulso acrescido para a melhoria da saúde mental, no âmbito dos serviços de cuidados de saúde primários.

As Normas do Serviço Nacional de Saúde Mental[22] reforçaram os serviços de saúde mental no âmbito da clínica geral. Como resultado da Norma 2 (cuidados de saúde primários e acesso aos serviços), os utentes dos serviços que se apresentam com um problema comum de saúde mental são avaliados pela sua equipa de cuidados de saúde primários. Nos casos em que seja exequível e apropriado, são-lhes oferecidos tratamentos eficazes no contexto dos cuidados de saúde primários. Se for necessário, são referenciados aos serviços de especialidade para uma outra avaliação, tratamento e cuidados. Dependendo do tipo de prática de cuidados de saúde primários, outras normas das Normas do Serviço Nacional de Saúde Mental podem também fazer parte integrante dos serviços de cuidados de saúde primários. Por exemplo, práticas de qualidade excepcional permitem a promoção da saúde mental (Norma 1), a antecipação da crise (Norma 4), os cuidados aos cuidadores (Norma 6) e programas de prevenção do suicídio (Norma 7).

As Normas de Qualidade e de Resultados foram introduzidas em Inglaterra em 2003 e destinavam-se, especificamente, aos clínicos gerais. As clínicas começaram a ser recompensadas pelos serviços de alta qualidade prestados, em muitos casos de longo prazo, incluindo as perturbações mentais. Objectivos específicos são definidos cada dois anos, que servem de padrão para a avaliação e incentivos.

Os cinco indicadores sobre os quais assenta a avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental são como se segue:

- a clínica pode produzir um registo de pessoas com problemas de saúde mental de longa duração, que necessitam de, e concordaram em receber um acompanhamento regular;
- a percentagem de doentes com problemas de saúde mental graves de longa duração com uma revisão registada nos últimos 15 meses. Esta revisão inclui a verificação da eficácia da medicação prescrita, uma revisão da saúde física e uma revisão dos acordos de coordenação com os cuidados de saúde secundários;
- a percentagem de doentes sujeitos a uma terapia com lítio, com um registo dos níveis de lítio verificados nos últimos 6 meses;
- a percentagem de doentes sujeitos a uma terapia com lítio com um registo da creatinina sérica e da hormona estimulante da tiróide nos 15 meses antecedentes; e
- a percentagem de doentes sujeitos a uma terapia com lítio com um registo dos níveis de lítio na faixa terapêutica nos 6 meses antecedentes.

As normas são actualizadas com regularidade e apoiadas por um Sistema de Gestão e Análise da Qualidade.[27]

4. Boas práticas

Contexto local

O PCT de Waltham Forest foi estabelecido em 2003 para servir o município de Waltham Forest no Nordeste de Londres. Encomenda serviços de saúde para uma população de 245 000 pessoas. É o 10.º PCT de Londres em diversidade étnica, com aproximadamente 44% dos seus residentes com origem numa minoria étnica. Este número aumenta para 65% nas crianças em idade escolar. A população é relativamente jovem, comparada com a média nacional. Mais de um terço dos residentes têm menos de 25 anos e aproximadamente 35% têm idades entre os 25 e os 44 anos.[28, 29]

A parte sul do município contém algumas das comunidades mais carenciadas de Inglaterra com grupos étnicos diversos, uma taxa de desemprego elevada, pobreza infantil, um crescimento demográfico marcado e taxas de migração crescentes.[29]

O PCT tem conseguido alcançar bons resultados quanto à melhoria da saúde dos seus residentes; contudo a esperança de vida ainda é mais baixa do que em qualquer outro lugar de Londres ou de Inglaterra. As doenças cardiovasculares causam mais mortes em Waltham Forest do que qualquer outra doença, seguidas pelo cancro.[29] As taxas de tuberculose, de perturbações mentais e de outras doenças crónicas são mais elevadas do que noutras partes de Inglaterra.[29]

O número estimado de pessoas com uma perturbação mental em Waltham Forest é mostrado na Tabela 2.37.[29]

As necessidades são particularmente elevadas na parte sul do município, na qual se estima que algumas áreas tenham quase o dobro da taxa média nacional de incidência de perturbações

Tabela 2.37 Waltham Forest : número estimado de pessoas com uma perturbação mental[29]

Perturbações depressivas e de ansiedade	32 312	18.6% da população local
Perturbações psicóticas	1 161	0.7% da população local
Demência	2 516	1.4% da população local
Dependência do álcool	15 233	8.7% da população local

mentais. As pessoas com comorbilidade de perturbações mentais e consumo de substâncias tóxicas são uma preocupação crescente para os serviços de saúde e sociais.[29]

Em Waltham Forest, o modelo dos cuidados de saúde para as pessoas com problemas ou perturbações de saúde mental é conduzido pelo NHS de Inglaterra. Os doentes são vistos por um clínico geral que, ou faz a gestão do problema, ou referencia o doente a um serviço da especialidade num centro de cuidados de saúde secundário ou terciário.

Os tratamentos e os cuidados de saúde para as perturbações mentais correntes são geralmente levados a cabo nas clínicas gerais. O PCT de Waltham Forest encomenda a maioria dos serviços baseados em hospital ou na comunidade (mais de 70%) a um fornecedor – o *Trust* de Saúde Mental do Nordeste Londrino.[29] Os cuidados de internamento são prestados em quatro unidades espalhadas pelo município e ligam-se a uma série de serviços baseados na comunidade, incluindo uma equipa de intervenção pró-activa na comunidade, uma equipa comunitária de reabilitação, uma equipa comunitária de droga e do álcool, duas equipas comunitárias de saúde mental, três unidades que prestam serviços de dia, uma equipa de intervenção precoce, uma clínica de psicoterapia, uma equipa de tratamento domiciliário, um serviço de perturbações da personalidade, uma equipa de psiquiatria de ligação com base no consórcio dos casos agudos, uma equipa de cuidados de saúde primários e serviços multiculturais.

Para além disso, o PCT tem contratos mais reduzidos com outros *trusts* de saúde mental, assim como com serviços privados e voluntários. A contratação de prestações de especialistas, por exemplo, para serviços de saúde mental materno-infantis ou forenses é feita em nome do PCT por uma equipa especializada em contratação, que obtém os serviços especializados e terciários.

De uma maneira geral, a infra-estrutura dos cuidados de saúde primários tem vindo a transformar-se de um elevado número de clínicas unipessoais em grupos de clínicas mais alargadas; durante os últimos três anos, o número de clínicas passou de 75 para 50.

Descrição dos serviços disponíveis

No PCT de Waltham Forest, foram contratadas duas clínicas de forma a prestar um serviço de cuidados de saúde primários integrados a grupos vulneráveis tais como candidatos a asilo, refugiados e sem-abrigo. Prestam serviços similares, mas a clínica sedeada em Walthamstow é a que é apresentada neste exemplo para ilustrar o programa. A clínica de Walthamstow tem 10 clínicos gerais (dos quais dois estão em formação) e quatro enfermeiros.

O serviço, na sua generalidade presta tratamento e cuidados de saúde a pessoas com perturbações mentais ligeiras a moderadas, assim como àquelas que apresentam necessidades mentais e psicossociais mais complexas. Em particular, o serviço procura chegar às pessoas que normalmente não estão em contacto com os serviços de saúde, e às minorias étnicas.

Este serviço oferece um método de quatro fases para prestar serviços integrados globais nos cuidados de saúde primários (ver abaixo).

Durante a fase I, as clínicas gerais prestam aos doentes informação escrita e verbal acerca das perturbações mentais, assim como da forma como ter acesso a serviços de saúde mental mais especializados, à habitação, a empregos e aos serviços sociais. Os doentes também são encaminhados para as bibliotecas locais que detêm colecções de materiais escritos e em vídeo, relacionados com questões da saúde mental. A assistência, o aconselhamento e o apoio adicionais são prestados por um indivíduo, normalmente um utente do serviço de saúde mental, que tem a responsabilidade específica de promover a auto-ajuda e a inclusão social junto dos doentes.

Durante a fase II, as clínicas de cuidados de saúde primários procedem à avaliação da saúde mental e psicossocial dos seus doentes, por vezes usando instrumentos normalizados de triagem e de avaliação. Dependendo da complexidade do problema, a gestão dos doentes pode ser feita ou na clínica, ou por referenciação a serviços de nível secundário e baseados na comunidade, no âmbito do PCT. As terapias psicológicas, incluindo a terapia comportamental cognitiva, são prestadas no âmbito da clínica geral por um conselheiro; contudo, e dependendo do grau que é requerido de aconselhamento a longo prazo, os doentes são por vezes referenciados a serviços mais especializados, fora da clínica.

Em relação à fase III, os doentes são referenciados às organizações ou instituições que os possam ajudar nos problemas económicos e sociais. Esta ajuda é crucial para assegurar que as pessoas sejam capazes de gerir o emprego, a habitação e as questões familiares, prevenindo deste modo um maior isolamento e a possível deterioração da sua saúde mental.

A fase IV diz respeito a pessoas que previamente tenham estado gravemente doentes, mas que estão, agora, estáveis. Estes doentes devem receber cuidados de saúde mental e física globais no âmbito dos cuidados de saúde primários, ao mesmo tempo que devem reduzir o seu peso sobre os serviços ao nível secundário. No entanto, até à data, esta fase não foi ainda bem implementada nesta clínica.

Para além do tratamento e do apoio às pessoas com perturbações mentais, a clínica também procura promover uma boa saúde mental através do seu método relativo aos cuidados de saúde, em geral. Por exemplo, a clínica comunica cuidadosamente com os migrantes e com as pessoas que não falam inglês e oferece serviços de interpretação telefónica a todos os que deles necessitem. Similarmente, os profissionais esforçam-se por se manterem imparciais e por apoiarem todos os grupos vulneráveis, incluindo o dos sem-abrigo. Também têm em consideração o ambiente cultural de cada doente e interagem de uma maneira apropriada e aceitável. Deste modo, a clínica não se especializa apenas na gestão de pessoas com perturbações mentais, mas também promove a saúde mental de todos os seus doentes.

O processo de integração

Em 2001, o PCT de Waltham Forest reconheceu que, devido à natureza de desvantagem dos doentes da área, havia uma maior incidência de uma série de problemas de saúde, incluindo as perturbações mentais, comparada com outras áreas. Também reconheceu que estes grupos tinham mais dificuldade em aceder aos serviços de saúde.

Reagindo a tal, o PCT estabeleceu em 2003 uma clínica geral de gestão directa direccionada para as necessidades das comunidades marginalizadas, incluindo os grupos difíceis de alcançar tais como os refugiados, os requerentes de asilo e os sem-abrigo.

Este serviço, apesar de no início ter sido muito popular junto dos doentes, foi posteriormente encerrado por causa da preocupação de que estivesse a aumentar a estigmatização e a impedir a inclusão social. O PCT decidiu que a melhor maneira de avançar era fazendo a integração plena dos grupos vulneráveis nos serviços de cuidados de saúde primários. Na sequência de consultas, o PCT publicitou a lista de doentes junto dos clínicos gerais, após o que duas clínicas se apresentaram para preencher esse papel.

De modo a assegurar que as clínicas fossem capazes de continuar a prestar cuidados de saúde de alta qualidade aos seus doentes antigos, ao mesmo tempo que se voltavam para as necessidades dos novos doentes, muitos dos quais tinham necessidades complexas, foram formulados contratos para Serviços Reforçados. Um pagamento adicional foi feito a estas clínicas que reflectia a maior carga de trabalho associada com a lista de doentes e que lhes permitia oferecer um nível de serviço adequado a este grupo em desvantagem.

Depois de receber o contrato do PCT, a clínica convidou todos os doentes para um exame de saúde completo numa clínica gerida pelo enfermeiro da clínica. Aos doentes foram mandados dois questionários que se lhes pediu para preencherem, o *Patient Health Questionnaire* (PHQ9) (Questionário sobre a saúde do doente) e a *Hospital Anxiety and Depression* (HAD) *scale* (Escala) hospitalar de ansiedade e depressão), antes da sua primeira consulta. Durante a sessão, o enfermeiro elaborou uma história psicossocial (que cobria a habitação, o emprego e as questões sociais e legais) e levou a cabo um exame físico completo. Com base nos resultados da avaliação, eram delineados para cada doente um tratamento médico completo e um plano de cuidados psicossociais. O tratamento, o aconselhamento e as referenciações eram feitos de acordo com o que estava indicado e eram organizadas as consultas posteriores de acompanhamento. Aos doentes também era prestada uma assistência prática. Por exemplo, era reconhecido que «referenciação» quer dizer mais do que dizer apenas a um doente onde se dirigir; quando se lidava com grupos vulneráveis era muitas vezes necessário telefonar ou escrever a instituições em nome dos doentes, organizar consultas e fornecer moradas e informação sobre os transportes públicos acerca de como chegar ao centro de referência.

Um dos aspectos-chave da clínica, permitido pelo contrato negociado com o PCT, era que podiam ser oferecidos tempos maiores de consulta, comparados com o que era normal ser praticado geralmente. Isto permitia mais tempo para trabalhar com os doentes sobre algumas das questões psicossociais descritas acima.

O apoio de outros níveis do sistema de saúde

A clínica estabeleceu ligações com equipas comunitárias de saúde mental, hospitais, serviços de psiquiatria para doentes agudos, farmácias locais, conselheiros de serviços sociais, serviços legais, o sector voluntário, grupos de utentes dos serviços e grupos comunitários. A clínica interage com cada grupo numa base regular de modo a assegurar que um serviço sem descontinuidades aparentes seja prestado aos doentes. Por exemplo, são efectuadas reuniões com os psiquiatras que prestam serviços de nível secundário todos os trimestres. Os doentes são discutidos e são desenvolvidos planos de acção conjunta. Também são feitas reuniões regulares com os grupos de utentes dos serviços. Estas são normalmente sessões de partilha de informação em dois sentidos. Os profissionais do serviço fornecem informação acerca de opções de auto-ajuda e de tratamento, ao passo que os utentes podem explicar as suas necessidades de tal modo que os profissionais de saúde possam dar resposta às suas solicitações.

O desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde mental

Para se trabalhar eficazmente nesta clínica de cuidados de saúde primários, são precisos conhecimentos e competências para a identificação e gestão das perturbações mentais, assim como para se trabalhar com diferentes populações desfavorecidas.

Três dos dez profissionais já tinham feito formação especializada em psiquiatria. A um dos quatro enfermeiros da clínica foi prestada formação especial em saúde mental, que se centrava na cultura e nas questões que importavam aos principais grupos desfavorecidos que a clínica abrangia.

Todos os profissionais são encorajados a melhorarem continuamente as suas competências em saúde mental. A clínica de cuidados de saúde primários organiza formação em serviço e apresentações semanais de casos, que fornecem uma experiência de aprendizagem importante a todos os funcionários da clínica. A competência cultural, incluindo a apresentação cultural de problemas de saúde física e mental, tem sido uma área específica de observação para a formação em serviço. Para além disso, a formação tem lidado com a maneira como a etnia e a religião dos doentes pode afectar as consultas. Os profissionais são encorajados também a melhorar os seus conhecimentos de saúde mental por meio de cursos de desenvolvimento profissional, que são oferecidos de uma forma constante em Inglaterra.

5. Avaliação/resultados

Este projecto demonstrou que, com um apoio adequado, grupos desfavorecidos da população podem ser geridos no âmbito dos cuidados de saúde primários. Desde o seu início, que a maioria dos doentes do programa com perturbações mentais tem sido tratada nos cuidados de saúde primários. O número de doentes com uma perturbação mental grave registado nos ficheiros dos doentes tem aumentado, o que sugere uma gestão activa em maior quantidade destes doentes por parte dos clínicos gerais.

No final do primeiro ano do projecto, a clínica pôs à apreciação um relatório que apontava o progresso e descrevia os planos futuros. Foi efectuada uma visita de controlo pelos funcionários do PCT e por um representante de uma minoria étnica da comunidade local, durante a qual o relatório foi discutido muito detalhadamente. A visita revelou o empenho genuíno da clínica no programa. Uma auditoria mostrou que a população de refugiados e de requerentes

de asilo que voluntariamente se registavam para receberem cuidados médicos tinha aumentado. No arranque do projecto, a clínica tinha um total de 150 doentes registados como vulneráveis ou desfavorecidos; actualmente, tem um total de 215 pessoas nesta categoria.

A clínica também demonstrou que tinha êxito em conseguir chegar àqueles que necessitavam de serviços de saúde mental. De entre os doentes do programa, havia 5,9% de prevalência de perturbações mentais graves, comparados com 0,9% no resto da população da clínica, 0,8% na área leste de Londres e 0,9% na área de Londres.[26] A maioria dos doentes era tratada no âmbito da clínica ou referenciada a outros serviços do PCT.[29, 30]

A clínica também mostrou progressos significativos na assistência aos doentes através de reabilitação psicossocial.28 Num período de 12 meses, por exemplo:

- a clínica referenciou 3761 doentes para avaliação e intervenção de curta duração e 105 doentes para terapia intermédia;
- 327 doentes foram colocados em projectos importantes de voluntariado e 54% destes eram de minorias étnicas. Para além de fornecer oportunidades de voluntariado e de experiência de trabalho a pessoas com perturbações mentais, o esquema também encoraja a participação da comunidade mais alargada, melhorando, deste modo, a compreensão das perturbações mentais pelos membros da comunidade e reduzindo o estigma;
- um directório do serviço de saúde mental foi fornecido aos doentes, de modo a facilitar o acesso a serviços especializados. Foram produzidas mil cópias em papel e 100 CD e a informação também foi disponibilizada na página da Internet do PCT de Waltham Forest.
- 117 doentes participaram num curso de terapia comportamental cognitiva computadorizado;
- 40 doentes participaram num curso chamado « manter-se com saúde, para utentes dos serviços»;
- 80 prestadores de cuidados de saúde participaram num curso chamado « manter-se com saúde, para prestadores de cuidados de saúde»;
- 40 pessoas participaram num curso chamado « manter-se com saúde, para pessoas no seu trabalho»;
- nove grupos de apoio à saúde mental foram organizados, incluindo grupos para pessoas que ouviam vozes, pessoas com doença bipolar, grupos de preparação para o trabalho, de auto-cuidado e grupos que se centraram em questões das mulheres e dos homens;
- 74 doentes foram incluídos num programa de manutenção do posto de trabalho;
- 180 doentes receberam intervenções orientadas de auto-ajuda.

6. Conclusão

Este exemplo mostra que é possível integrar doentes desfavorecidos e marginalizados nos cuidados de saúde primários gerais, ao mesmo tempo que se respeita a sua diversidade. Os doentes são ajudados num modelo biopsicossocial de base alargada, tendo em consideração a sua saúde física, a sua saúde mental e as suas necessidades sociais. Dado que a clínica tem consciência da alta prevalência das perturbações mentais nesta população, os problemas são identificados precocemente, impedindo, assim, a sua deterioração e a necessidade de tratamentos mais especializados.

Lições-chave aprendidas

- Os refugiados, os sem-abrigo e os requerentes de asilo são populações desfavorecidas que, apesar de terem taxas mais elevadas de perturbações mentais, podem ser geridas com êxito no âmbito dos cuidados de saúde primários.
- O modelo dos cuidados de saúde primários promove a inclusão social e melhora o acesso aos serviços de cuidados de saúde e sociais.
- A *Mental Health National Service Framework* (Normas do Serviço Nacional de Saúde) e a *Quality Outcomes Framework* (Normas de Qualidade e de Resultados) ajudaram a promover o acesso à saúde mental e a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, por todo o Reino Unido.
- A prestação de um serviço de saúde mental generalista a populações especiais é concretizável e exequível financeiramente.
- A atenção às questões da saúde mental na clínica geral contribui para assegurar que as pessoas com doenças mentais são tratadas, mas também que todos os doentes recebem serviços de promoção da saúde mental.
- A atenção a problemas que vão para além das intervenções médicas – para incluir questões sociais, psicológicas, económicas e culturais – requer um envolvimento e uma interacção intensivas com um certo número de serviços da comunidade, formais ou informais.

Referências – Reino Unido

1 *Health care systems in transition: United Kingdom.* Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 1999 (http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf, accessed 13 June 2008).

2 National statistics, UK government, http://www.statistics.gov.uk/CCI/nugget.asp?ID=6 (accessed 13 June 2008).

3 World Bank, 2006. *World Development Indicators. Table 3.1: Rural population and land use.* (http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/Table3_1.htm, accessed 13 June 2008).

4 *Highlights on health in the United Kingdom, 2004*. Copenhagen, World Health Organization, 2006 (http://www.euro.who.int/document/e88530.pdf, accessed 13 June 2008).

5 *World health report 2006: working together for health.* Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/whr/2006/annex/06_annex1_en.pdf, accessed 13 June 2008).

6 *Recent demographic developments in Europe 2003*. Strasbourg, Council of Europe, 2003.

7 World Bank, 2006. *Total GDP 2006* (http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP.pdf, accessed 13 June 2008).

8 World Bank, 2006 . *World Development Indicators. Table 2.3: Employment by economic activity* (http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/Table2_3.htm, accessed 13 June 2008).

9 United Nations Statistics Division, 2005. *Online database* (http://unstats.un.org/unsd/cdb/cdb_advanced_data_extract_fm.asp?HYrID=2005&HSrID=4680%2C29961&HCrID=826&continue=Continue+%3E%3E, accessed 13 June 2008).

10 *Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world.* New York, United Nations Development Programme, 2004 (http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2004/, accessed 13 June 2008).

11 New Policy Institute. *The poverty site (*http://www.poverty.org.uk/intro/index.htm, accessed 13 June 2008).

12 Palmer G, MacInnes T, Kenway P. Poverty and social exclusion monitoring report, 2007. York, Joseph Rowntree Foundation, 2007 (http://www.poverty.org.uk/reports/mpse%202007.pdf, accessed 18 June 2008).

13 NHS choices, 2008. *Home page* (http://www.nhs.uk/Pages/homepage.aspx, accessed 13 June 2008).

14 World Health Organization, 2008. *WHO Statistical Information System online database*. (http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp?indicators=[Indicator].Members, accessed 13 June 2008).

15 Economic & Social Research Council, Devolution and Constitutional Change Research Programme, 2008. *Introduction to the programme* (http://www.devolution.ac.uk/Intro2.htm, accessed 13 June 2008).

16 Triggle N. NHS 'now four different systems'. *BBC News*, 2 January 2008 (http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/7149423.stm, accessed 13 June 2008).

17 *Shifting the balance of power within the NHS – securing delivery*. London, Department of Health, 2001 (www.doh.gov.uk/shiftingthebalance, accessed 13 June 2008).

18 United Kingdom. In: *Mental health in Europe: country reports from the WHO European network on mental health*. Copenhagen, World Health Organization, 2001:96–98 (http://www.euro.who.int/document/e76230.pdf, accessed 13 June 2008).

19 Jenkins R et al. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain – initial findings from the household survey. *Psychological Medicine*, 1997, 27:775–789.

20 Kelly S, Bunting J. Trends in suicide in England and Wales, 1982–96. *Population Trends,* 1998, 92:29–41.

21 Biddle L et al. Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study. *British Medical Journal*, 2008, 336:539–542.

22 *National service framework for mental health: modern standards and service models*. London, Department of Health, 1999 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009598, accessed 13 June 2008).

23 *The mental health policy implementation guidelines*. London, Department of Health, 2001 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009350, accessed 13 June 2008).

24 Tyrer P. The national service framework: a scaffold for mental health. *British Medical Journal,* 1999, 319:1017–1018.

25 The South Yorkshire Partnership, 2001. *Shifting the balance of power within the NHS – securing delivery* (www.sypartnership.org.uk/files/consultation/shifting-the-balance-of-power-within-the-nhs.doc, accessed 13 June 2008).

26 Department of Health of the United Kingdom, 2007. *Quality and Outcomes Framework*. *Guidance – updated August 2004* (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653, accessed 13 June 2008).

27 Department of Health of the United Kingdom, 2007. *Quality Management and Analysis System (QMAS)* (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125654, accessed 13 June 2008).

28 Waltham Forest NHS Care Trust. *About us (*http://www.walthamforest-pct.nhs.uk/AboutUs/default.htm, accessed 13 June 2008).

29 *Gateways to health. Waltham Forest public health report 2007/8*. London, Waltham Forest NHS Primary Care Trust, 2008.

30 National Health Service, 2007. *The Quality and Outcomes Framework (QOF) 2006/07* (http://www.ic.nhs.uk/our-services/improving-patient-care/the-quality-and-outcomes-framework-qof-2006–07, accessed 13 June 2008).

Conclusões do Relatório

Estes 12 exemplos de boas práticas mostram que a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários é possível numa série de circunstâncias e de condições e em circunstâncias económicas e políticas difíceis. Os países representados têm situações sócio-económicas e recursos de cuidados de saúde muito diferentes. Em consequência, os seus modelos específicos de integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários variam enormemente. Apesar dos detalhes diferirem, o êxito foi alcançado uniformemente por meio da liderança, do empenho e da aplicação local dos 10 princípios esboçados na introdução à Parte 2. Políticas e planos claros, conjugados com recursos adequados e uma administração próxima, a formação e o apoio continuado aos profissionais dos cuidados de saúde primários, a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos e ligações mais fortes aos níveis superiores de cuidados e aos recursos comunitários dão os melhores resultados.

Com as notáveis excepções de Belize e da República Islâmica do Irão, os exemplos de boas práticas descrevem a integração da saúde mental nas províncias, nos distritos ou nas cidades mais do que por todo o país. A concentração em áreas geográficas mais reduzidas facilitou o acesso a informação detalhada referente ao estabelecimento e à manutenção dos programas, que deveriam ajudar os responsáveis quando planeiem e implementem os seus próprios serviços. Contudo, também é verdade que integrar a saúde mental nos cuidados de saúde primários numa área geograficamente reduzida é muito mais fácil do que fazê-lo à escala nacional – especialmente em países grandes.

Os exemplos de boas práticas são tirados de contextos com cuidados de saúde primários a funcionarem bem. Infelizmente, muitos países com rendimentos baixos e médios não têm sequer uma infra-estrutura de cuidados e de serviços de saúde primários, o que impossibilita o êxito de qualquer plano de integração da saúde mental. As fragilidades nos cuidados de saúde primários resultam de uma série de factores, incluindo a inacessibilidade geográfica, os recursos humanos e financeiros limitados, o fornecimento irregular de medicamentos e a falta de equipamentos. Muitos países têm carências substanciais de profissionais da saúde que sejam capazes e que estejam na disposição de trabalhar nos centros de cuidados de saúde primários. Os especialistas em saúde mental também são um bem escasso em muitos países com rendimentos baixos e médios, especialmente em áreas rurais onde o apoio dos especialistas aos profissionais dos cuidados de saúde primários é de uma grande importância. As falhas inerentes a muitos sistemas de cuidados de saúde primários devem ser primeiro revistas antes que se possa esperar, com alguma razoabilidade, que a integração da saúde mental floresça.

Não obstante, para os sistemas de saúde com cuidados de saúde primários que funcionem bem, a integração da saúde mental implica benefícios substanciais. De entre as muitas vantagens, a integração assegura que a população, no seu todo, tenha acesso aos cuidados de saúde mental de que necessita e a integração faz aumentar a possibilidade de resultados positivos para os problemas da saúde tanto mental como física.

Os responsáveis pelo planeamento da saúde que escolham a via da integração da saúde mental devem considerar cuidadosamente os 10 princípios gerais esboçados na introdução à Parte 2 e decidir como melhor os adaptar ao seu contexto local. Em particular, os responsáveis pelo

Caixa 2.2 Pacote da OMS de Linhas de Orientação da Política e dos Serviços de Saúde Mental

- Organização Mundial da Saúde (2003). Mental Health Policy and Service Guidance Package: The mental health context. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2003). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental health policy, plans and programmes (updated version). Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2003). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental health financing. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2003). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2003) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organisation of Services for Mental Health. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2003). Mental Health Policy and Service
- Guidance Package: Quality improvement for mental health. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2003). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Planning and budgeting to deliver services for mental health. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Improving access and use of psychotropic medications. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and adolescent mental health policies and plans. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Human resources and training in mental health. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental health information systems. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental health policies and programmes in the workplace. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2007). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Todos os módulos podem ser descarregados em: http://www.who.int/mental_health/policy/ essentialpackage1/en/index.html

planeamento devem tomar decisões sobre as perturbações mentais e sobre as funções que serão geridas pelos cuidados de saúde primários. Idealmente, os profissionais dos cuidados de saúde primários seriam capazes de tomar em mãos uma série de funções preventivas, de promoção e de tratamento da saúde mental como parte do seu trabalho de rotina. Na realidade, muito poucos profissionais de cuidados de saúde primários estão formados, equipados e apoiados para assumirem esta gama de funções. Por isso, as prioridades devem ser definidas previamente.

A OMS produziu anteriormente um conjunto de linhas de orientação da política e dos serviços de saúde mental, que cobre uma série de áreas importantes para o planeamento da saúde mental e para a prestação de serviços (ver Caixa 2.2). Os responsáveis pelo planeamento deveriam ter em consideração os 10 princípios juntamente com estas linhas de orientação da política e dos serviços, de modo a tornarem a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários uma realidade.

Como foi ilustrado em muitos dos exemplos de boas práticas, a integração da saúde mental nos cuidados primários requer liderança e comprometimento a longo prazo.

No entanto, os êxitos cumulativos destes programas refutam as ideias erradas correntes acerca dos cuidados de saúde primários para a saúde mental; por exemplo, a de que os profissionais dos cuidados de saúde primários não têm tempo para os cuidados da saúde mental e/ou não estarão motivados para os prestar; a de que a qualidade dos cuidados será fraca; a de que os doentes preferirão os serviços dos especialistas da saúde mental e a de que os medicamentos psicotrópicos não estarão normalmente disponíveis.

Os exemplos de boas práticas incutem uma esperança considerável acerca do facto de que os cuidados de saúde primários integrados são, de facto, exequíveis e de que são ajustáveis quanto à dimensão. Mostram claramente que a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários é não só o método mais desejável como também mais exequível – mesmo em países com rendimentos baixos e médios. Com os cuidados de saúde integrados, a carga substancial global das perturbações mentais que ficam por tratar pode ser reduzida, e com isso, pode-se melhorar a qualidade de vida de centenas de milhões de doentes e das suas famílias. O caminho para a frente é claro.

ANEXO 1

Melhorar as práticas dos cuidados de saúde primários para a saúde mental

Mensagens chave

- O contexto dos cuidados de saúde primários apresenta desafios específicos aos profissionais de saúde, porque incluem populações diversas de doentes e co-morbilidade de problemas de saúde mental e física.
- Os profissionais dos cuidados de saúde primários devem assumir duas funções chave para prestarem cuidados de saúde primários de boa qualidade para a saúde mental:
  - a avaliação e o diagnóstico das perturbações mentais;
  - os serviços de tratamento, apoio, referenciação e prevenção.
- Para poderem desempenhar estas funções, os profissionais dos cuidados de saúde primários requerem competências de comunicação avançadas.
- A formação sobre questões da saúde mental deverá ocorrer durante a formação dos profissionais dos cuidados de saúde primários que antecede a sua entrada ao serviço, durante o estágio e durante o internato, assim como ao longo das suas carreiras sob a forma de cursos de curta duração, de formação contínua e de supervisão e apoio continuados.

Introdução

Os recursos humanos da saúde são um dos factores mais importantes do sistema de cuidados de saúde. Profissionais dos cuidados de saúde primários informados, motivados e qualificados são essenciais para a concretização dos cuidados de saúde primários para a saúde mental.

Este anexo fornece informação detalhada sobre as funções nucleares dos profissionais dos cuidados de saúde primários no que se refere ao diagnóstico e à gestão das perturbações mentais. Também descreve as competências nucleares subjacentes que são necessárias para o desempenho destas funções e tipos diferentes de formação e de modelos de formação que melhor prepararão os profissionais para estes papéis.

As funções de avaliação e de diagnóstico

Os profissionais de saúde necessitam de quadros de referência de diagnóstico que sejam relevantes para os cuidados de saúde primários. Um quadro de referência de diagnóstico é uma construção mental interna que os profissionais da saúde utilizam para reconhecerem

os quadros clínicos. Está baseado numa combinação de conhecimentos gerais de psicopatologia, de experiências de muitos casos anteriores e de familiaridade com a população clínica específica.[1] Pela experiência com casos identificados, os profissionais dos cuidados de saúde primários melhoram os seus quadros de referência de diagnóstico e o seu reconhecimento das perturbações mentais.

Contudo, a avaliação das perturbações mentais nos cuidados de saúde primários depende tanto da atitude do profissional de saúde para com os doentes como dos seus conhecimentos de diagnóstico. A chave para um diagnóstico com êxito é uma combinação de conhecimentos técnicos de sinais e de sintomas, combinados com uma atitude na qual o mundo do doente é percebido, bem-vindo e respeitado. Sem qualquer um destes requisitos – por um lado o conhecimento dos sinais e dos sintomas e, por outro, a compreensão do mundo e das convicções do doente – não podem ser feitas avaliações úteis. A continuidade dos cuidados é um elemento nuclear dos cuidados de saúde primários, e onde quer que haja uma relação continuada entre um profissional de saúde e um doente, a qualidade da avaliação e do diagnóstico tem toda a probabilidade de sair reforçada.

Está disponível uma série de instrumentos de avaliação da saúde mental. Os instrumentos gerais incluem o *General Health Questinonnaire* (GHQ) (Questionário de Saúde Geral),[2] a WHO *Mental Disorders Checklist* (Lista de Verificação de Perturbações Mentais da OMS),[3] e a *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL-25) (Lista de Hopkins de Verificação de Sintomas).[4] Outros instrumentos debruçam-se sobre questões específicas da saúde mental. Por exemplo, o AUDIT detecta o uso perigoso ou prejudicial de álcool[5] e o ASSIST detecta o uso de uma série de substâncias psico-activas, incluindo as drogas ilícitas, o álcool e o tabaco.[6]

Independentemente da ferramenta utilizada, a avaliação das perturbações mentais é mais eficaz quando os doentes se sentem capazes de falar livremente acerca daquilo que os perturba. Para criarem este contexto, os profissionais de saúde devem assegurar-se da natureza confidencial das consultas e devem evitar parecer julgar os doentes. Perguntas deixadas em aberto permitem que os doentes contem as suas histórias e que discutam as suas preocupações mais livremente.

Caixa A.1 Questionário de Percepção Cultural [7]

- O que é que pensa que causou o seu problema?
- Por que pensa que começou na altura em que começou?
- O que é que pensa que o seu problema lhe provoca? Quais foram os principais problemas que lhe causou?
- Quão grave é o seu problema? O que é que nele receia mais?
- Que espécie de tratamento/ajuda acha que devia receber?
- No seio da sua própria cultura, como seria tratado?
- A sua comunidade está a ajudá-lo com o seu problema? Como?
- O que é que até agora já fez em relação ao seu problema?
- Quais são os resultados mais importantes que espera alcançar com o tratamento?

A série de perguntas que se segue pode ajudar os profissionais de saúde a ver as perturbações do ponto de vista dos seus doentes. A *Cultural Awareness Tool* (Questionário de Percepção Cultural) (ver Caixa A.1) pode ser usada como parte da avaliação do doente e gerida por qualquer um dos membros da equipa de cuidados de saúde primários.

Percorrer estas perguntas com os doentes ajuda a criar uma atmosfera na qual eles se sentem escutados e aceites. Também permite que os profissionais de saúde aprendam mais acerca da perspectiva de cada doente, com a consequente visão de como ajustar as intervenções de maneira a obter uma aceitação e uma adesão mais eficazes.

Os profissionais da saúde também têm de ter em atenção as crenças e os valores únicos dos doentes, assim como os seus ambientes culturais. Em muitas sociedades, as perturbações mentais são tidas como problemas inter-pessoais e muitas vezes familiares, em vez de serem apenas problemas do indivíduo afectado. Se os pais e os mais velhos são considerados importantes para o reconhecimento e para a gestão do sofrimento, poderá ser útil estabelecer uma relação aberta e de apoio com eles, nunca esquecendo de respeitar o direito dos doentes à privacidade e à confidencialidade.

Por causa das diferentes apresentações culturais das perturbações mentais, os profissionais dos cuidados de saúde primários precisam de filtrar as apresentações culturais para estabelecerem a presença ou a ausência de doenças.[8] Por exemplo, no Reino Unido, 34% dos doentes per-tencentes a minorias étnicas pensavam que o seu tratamento e o seu diagnóstico teriam sido diferentes se tivessem estado em contacto com profissionais de saúde que percebessem as suas experiências como sendo as de uma pessoa pertencente a uma minoria étnica.[9] É importante, no entanto, não estereotipar as pessoas em termos da identidade cultural percepcionada, nem confundir cultura com raça. Pessoas da mesma raça podem deter identificações culturais largamente diferentes.

A avaliação das crianças e dos adolescentes

Os objectivos gerais da avaliação das crianças e dos adolescentes são semelhantes aos dos adultos. Os profissionais de saúde deviam identificar o problema que se apresenta e obter informação acerca do seu começo e do seu curso, fazer um historial do funcionamento e do desenvolvimento da criança ou do adolescente, avaliar a natureza e a extensão das dificuldades comportamentais, do desajustamento funcional e/ou do sofrimento subjectivo e identificar os factores potenciais individuais, familiares e comunitários que possam predispor a manter ou melhorar o problema.[10]

Não obstante, as questões especiais da avaliação das crianças e dos adolescentes deviam ser tidas em consideração e incluir o seguinte:

- A capacidade das crianças e dos adolescentes para conceptualizarem e comunicarem acerca da sua saúde mental é influenciada pelo seu nível de desenvolvimento cognitivo, de linguagem e de comportamento.
- O funcionamento das crianças e dos adolescentes devia ser avaliado e comparado com o que seria de esperar relativamente à sua idade e à sua fase de desenvolvimento.
- As crianças e os adolescentes mudam mais de dia para dia do que os adultos: respondem mais extremamente à fadiga, à fome e à falta de familiaridade com as circunstâncias. Isto obriga a múltiplas entrevistas antes das avaliações poderem ser completadas.

- A idade da criança pode influenciar a apresentação de certos sintomas tais como a ansiedade e a depressão.
- Assim como com os adultos, as crianças e os adolescentes deveriam ser testados para despistar o uso de álcool e de drogas ilícitas.
- O bem-estar das crianças e dos adolescentes depende em larga escala dos ambientes em que vivem, tais como a família, a escola e a comunidade.
- Frequentemente, as pessoas mais perturbadas pelo problema que é apresentado são os membros da família ou os educadores, em contraste com as próprias crianças e os próprios adolescentes (ver Caixa A.2).[10]

Caixa A.2 Informação que deveria ser obtida do prestador de cuidados de saúde primários na avaliação de crianças[10]

1. Motivo para a referenciação e queixa actual
   - 1.1 Motivo da referenciação
   - 1.2 Detalhes da queixa actual, incluindo a natureza das dificuldades e detalhes de cada faceta da queixa actual

2. História do desenvolvimento no contexto familiar
   - 2.1 Circunstâncias da concepção, da gravidez, da adopção, da infância
   - 2.2 Desenvolvimento físico e história clínica
   - 2.3 Funcionamento escolar
   - 2.4 Problemas emocionais e de temperamento
   - 2.5 As relações com os seus semelhantes
   - 2.6 As relações familiares
   - 2.7 A consciência e os valores
   - 2.8 Os interesses, as ocupações, os talentos, os passatempos
   - 2.9 As circunstâncias anormais ou traumáticas

3. Avaliação do ambiente familiar e comunitário
   - 3.1 Os pais
   - 3.2 A família e o meio doméstico
   - 3.3 A história clínica e psiquiátrica familiar
   - 3.4 A comunidade e a cultura, incluindo circunstâncias adversas

Alguns centros de cuidados de saúde primários utilizam testes diagnósticos com qualquer criança ou adolescente que se apresente no seu estabelecimento, mas esta prática tem as suas desvantagens. A impressão, a avaliação, a gestão, a interpretação e o arquivo de testes numerosos saem caros. Ocorrerão inevitavelmente falsos negativos e falsos positivos e podem resultar na negação dos serviços a quem deles precisa, e oferecidos aos que os não necessitam, especialmente quando os questionários são usados em populações diferentes daquelas para as quais foram desenvolvidos. O aumento das taxas de detecção conduzirá provavelmente ao aumento da procura de serviços de tratamento e os centros de cuidados de saúde primários poderão ver-se em dificuldades para dar resposta a estas solicitações.

Uma análise selectiva das crianças e dos adolescentes – fundamentada numa apreciação clínica – é uma alternativa útil à análise generalizada da população. Por exemplo, se uma criança se apresenta com hiper-actividade, é sensato fazer a avaliação dos problemas comportamentais, das dificuldades escolares e da incapacidade intelectual, assim como dos comportamentos de risco tais como o uso do tabaco.

A avaliação de adultos idosos

Como descrito na Parte I deste documento, as pessoas mais idosas sofrem de perturbações mentais com taxas semelhantes às dos adultos mais jovens. Contudo, algumas perturbações – incluindo a demência e outras diminuições cognitivas, o luto e o suicídio – são mais frequentes entre os mais velhos do que nas camadas jovens das populações.

Os componentes essenciais de uma avaliação meticulosa dos mais velhos incluem um historial completo e um exame físico, um exame do estado mental e um exame cognitivo. O *Mini--Mental State Examination* (MMSE) (Mini-exame do estado mental)[12] e a *Geriatric Depression Scale* (Escala da depressão geriátrica)[13] são duas das ferramentas mais usadas para testar as diminuições cognitivas e a depressão nas pessoas mais velhas, respectivamente, apesar de certas críticas terem sido levantadas quanto à precisão do MMSE em ambientes de cuidados de saúde primários.

Fazer o diagnóstico de uma depressão nas pessoas mais velhas é, de certa maneira, mais difícil do que nos doentes mais jovens. A depressão nas pessoas de idade está por vezes escondida pela sua sobreposição com muitas afecções somáticas que muitas vezes distraem os profissionais de saúde, não lhes permitindo uma avaliação das perturbações mentais. Dado que o diagnóstico de depressão é atingido na base de sintomas tanto afectivos como somáticos, tem havido preocupações continuadas sobre se os critérios de diagnóstico desenvolvidos para adultos mais jovens e de boa saúde física são válidos para as pessoas mais idosas.

Os doentes mais velhos deprimidos, muitas vezes não se queixam de alterações de humor e é mais provável que se apresentem com deterioração cognitiva ou com agitação, que possam mascarar ainda mais a sua depressão. A coexistência da demência e da depressão muitas vezes faz confundir o diagnóstico de uma ou de ambas as perturbações.

Outras questões que requerem atenção durante a avaliação das pessoas de idade estão listadas abaixo.

- A diminuição das capacidades sensoriais. Uma visão fraca e uma audição diminuída podem ser muito importantes na etiologia das alucinações visuais e auditivas, das dificuldades cognitivas e no desenvolvimento de ideias persecutórias.
- O luto. A perda de familiares e de amigos através do luto torna-se uma questão cada vez mais importante para as pessoas à medida que envelhecem, e está comummente associada com sintomas depressivos e com um acentuado declínio cognitivo.
- A mudança de papel. À medida que as pessoas envelhecem, reformam-se do trabalho, a sua saúde física pode declinar e o seu papel familiar pode alterar-se. Estas mudanças podem necessitar de ajustamentos significativos e, por vezes, difíceis de concretizar.

- A dependência crescente. Por razões físicas e/ou cognitivas, à medida que as pessoas envelhecem, podem tornar-se cada vez mais dependentes dos outros. Isto pode, por vezes, criar problemas psicológicos.
- As pessoas de idade têm frequentemente cuidadores formais e informais, incluindo a família, os amigos e os vizinhos, e é importante avaliar a natureza e a qualidade destas relações antes de gerar um plano de gestão.

Os sistemas de diagnóstico para as perturbações mentais

Contrariamente à maioria das perturbações físicas, nas quais os diagnósticos podem ser confirmados por análises laboratoriais ou por outras medidas objectivas, o diagnóstico das perturbações mentais baseia-se sobretudo na entrevista clínica entre o doente e o profissional de saúde.

Um sistema, para ter êxito na classificação das perturbações mentais nos cuidados de saúde primários, deveria:

- ser caracterizado pela simplicidade;
- contemplar o diagnóstico, a gravidade e a cronicidade;
- incluir avaliações de incapacidades;
- estar ligado à recolha rotineira de dados, incluindo a recolha de informação dos resultados;
- estar ligado à formação;
- facilitar a comunicação entre os cuidados de saúde primários e os do especialista.

Os dois sistemas de classificação de perturbações mentais mais amplamente usados – *International Classification of Disorder-10* (ICD-10) (Classificação Internacional das Perturbações) e o *Diagnostic and Statistics Manual-IV* (DSM-IV-TR) (Manual de Estatísticas e de Diagnóstico) – tiveram a sua origem na pesquisa e na experiência em ambientes especializados da psiquiatria. Contudo, cada vez há mais provas de que há diferenças importantes entre os doentes vistos nos cuidados de saúde primários. Os doentes com perturbações mentais que se apresentam nos cuidados de saúde primários estão menos desesperados, têm uma probabilidade menor de ter uma perturbação mental discernível e estão menos diminuídos do que os doentes dos serviços de psiquiatria.[14-16] Um terceiro sistema de classificação – *International Classification of Primary Care-2* (ICPC-2) (Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários) – é menos conhecido, mas particularmente útil porque foi pensado, especificamente, para os cuidados de saúde primários.

O DSM-IV-PC

A adaptação do DSM-IV aos cuidados de saúde primários foi introduzida em 1995 e contém uma série de algoritmos clínicos baseados em sintomas destinados a guiar os profissionais dos cuidados de saúde primários através do processo de diagnóstico.[17]

Um número de limitações do DSM-IV-PC são evidentes.[18] O sistema multi-axial do DSM-IV não está enfatizado no DSM-IV-PC, particularmente no que diz respeito à diminuição ou à incapacidade. Trata-se de um volume extenso e complexo que requer alguma familiaridade antes de poder ser usado. Outras falhas gerais incluem a complexidade dos esquemas de diagnóstico e a quantidade de tempo necessária para se atingir um diagnóstico. As críticas têm

chamado a atenção para a necessidade de se validar os critérios de diagnóstico do DSM-IV para os cuidados de saúde primários,[19] para a necessidade de apurar a maneira como o DSM--IV-PC trata a co-morbilidade e a incapacidade e para a necessidade de reavaliar o facto de certas perturbações terem sido relegadas para um estatuto «sub-liminar».[21] A viabilidade de reembolso das consultas nos cuidados de saúde primários relacionadas com a saúde mental, e a falta de ligação entre os diagnósticos DSM-IV e as recomendações de tratamento específicas também têm sido nomeadas como preocupações.[21, 22]

O ICD-10-PC

A versão para os cuidados de saúde primários do ICD-10 para as perturbações mentais e comportamentais foi publicada em 1995,[23] e finalizada depois de uma série de testes no terreno em diferentes países por todo o mundo.[24] O ICD-10-PC consiste em 25 quadros que são comuns nos cuidados de saúde primários, e a classificação apresenta uma similitude grosseira com as categorias normais do ICD-10. É o sistema de diagnóstico mais amplamente usado nos cuidados de saúde primários e pode também ser usado para a educação e a formação, assim como para a recolha de dados e sua codificação. O ICD-10-PC é simples e fácil de usar. Inclui conselhos detalhados acerca de tratamentos baseados em evidências científicas e opções de referenciação, e fornece informações acerca de cada perturbação, que podem ser dadas aos doentes e às famílias.

O ICD-10-PC, contudo, não permite avaliar a gravidade, a cronicidade, o grau de incapacidade associado nem os problemas sociais associados.

O ICPC-2

O ICPC-2 está projectado para capturar e codificar três elementos essenciais de cada encontro clínico: o motivo para o encontro por parte do doente, o diagnóstico do clínico e as intervenções (diagnóstico e terapia), todos eles organizados numa estrutura de dados do episódio de cuidados que faz a ligação entre o encontro inicial e todos os encontros subsequentes relacionados com o mesmo problema clínico. Este método permite a codificação de mais de 95% das consultas de cuidados de saúde primários. As experiências com o ICPC-2 publicadas têm confirmado a validade dos seus elementos-chave,[26-29] e as experiências por todo o mundo confirmaram a sua utilidade para a criação e análise de episódios de cuidados de saúde para vários problemas de cuidados de saúde primários, incluindo as perturbações mentais.[30, 31]

O ICPC-2 não é um esquema de classificação exaustivo; pretende, outrossim, alcançar uma categoria de diagnóstico de base alargada, tal como «esquizofrenia» ou «depressão». Foi calculado para servir tanto como uma classificação de avaliação única, como para ser agregada ao ICD onde se revele necessário para fins de facturação ou estatísticos. O ICPC-2, lançado em 1998 na sua forma impressa e em 2000 em formato electrónico, foi projectado para ser incorporado no software de registo electrónico de saúde com um guia de conversão para o ICD-10.32-34 A estrutura da base de dados subjacente ao ICPC-2 fornece a «espinha dorsal» que permite a organização adequada e a recuperação de dados clínicos. Este método foi testado em Malta e na Holanda.[35]

Os capítulos Z e P do ICPC contêm a classificação da saúde mental. O capítulo Z inclui uma lista dos problemas sociais mais frequentemente tratados pelos profissionais dos cuidados de saúde primários; esta é uma lista mais completa do que as que se encontram disponíveis no ICD.

O capítulo P contém o núcleo dos termos de diagnóstico da saúde mental. A especificidade de diagnóstico é mais limitada do que com o ICD ou o DSM. Apesar de isto poder parecer inadequado, as rubricas específicas incluídas na classificação foram seleccionadas com base num teste de campo internacional como entidades representativas de diagnóstico, com uma prevalência de mais de 1 por 1000 encontros/episódios. O trabalho nos Estados Unidos da América mostrou que os profissionais dos cuidados de saúde primários raramente empregam a gama de termos de diagnóstico disponível no DSM e no ICD, codificando quase todas as depressões como «depressão não especificada».[36]

Apesar de a especificidade limitada de diagnóstico disponível no ICPC-2 ser problemática, este sistema oferece uma vantagem na sua captura mais completa do contexto dos problemas da saúde mental. A estrutura de episódio do ICPC-2 automaticamente alberga a co-morbilidade biomédica e de saúde mental, pela simples anotação de todos os problemas activos em determinada altura ou ao longo de um período de tempo específico. A inclusão dos sintomas como razões para os encontros no início de um conjunto de dados longitudinal, permite a investigação da relação entre os sintomas somáticos e as perturbações mentais com um grau de resolução que não é possível de alcançar com outros sistemas de classificação.

A codificação rotineira dos problemas sociais (capítulo Z) fornece detalhes acerca do contexto social em que os problemas da saúde mental ocorrem, que não estão disponíveis em mais lado nenhum. Esta classificação necessita de ser revista de tal modo que possa ser utilizada para apoiar a troca de dados clínicos entre os cuidados de saúde primários e os serviços sociais.

A necessidade de medidas adicionais

Nos cuidados de saúde primários, é particularmente importante avaliar numa base de continuidade a gravidade e a cronicidade dos sintomas. Isto porque os sintomas dos doentes flutuam muitas vezes ao longo do tempo. Entre os doentes com, pelo menos, uma perturbação mental, 20% recuperam no prazo de 3 meses.[37] Ficou demonstrado que os diagnósticos perdem a sua validade em menos de quatro semanas em 30% das vezes, e em menos de seis meses em 65% das vezes.[38]

O nível da diminuição ou da incapacidade deveria ser reconhecido como separado do diagnóstico ou da gravidade. Muitas pessoas com perturbações «subliminares» nos sistemas correntes de diagnóstico têm níveis significativos de incapacidade. Apesar dos factores de risco para a depressão e para as diminuições funcionais associadas estarem substancialmente correlacionados, eles não são idênticos, com, pelo menos, 25% de variação na diminuição funcional devido a factores não relacionados com o risco de depressão.[39] A incapacidade em relação à saúde mental pode ser medida usando a *Sheehan Disability Scale* (Escala de Incapacidade Sheehan)[40], o *Social Functioning Questionnaire* (Questionário de Funcionamento Social)[41], ou a *Disability Assessment Schedule* (Tabela de Avaliação da Incapacidade) da Organização Mundial da Saúde[42].

As funções de tratamento, apoio, referenciação e prevenção

A capacidade para tratar, apoiar e referenciar com eficácia é essencial para a melhoria dos resultados ao nível dos cuidados de saúde primários.

Na sequência do diagnóstico, devia ser desenvolvido um plano completo de tratamento durante a consulta com o doente e com a família. Uma série de apoios, incluindo a família, os amigos e os líderes da comunidade e religiosos devia ser considerada como fazendo parte do plano.

Os doentes percepcionam e experimentam o sofrimento muitas vezes de maneiras que divergem do quadro biomédico. Muitas pessoas consideram a sua aflição e o seu infortúnio não como provas da depressão, mas mais como um castigo por uma coisa mal feita. As pessoas também procuram soluções para os problemas da saúde mental numa variedade de contextos, não apenas no âmbito do sistema formal de cuidados de saúde (ver a pirâmide de serviços da OMS). É, por isso, importante que os profissionais de saúde avaliem e incorporem nos planos de tratamento as diversas maneiras pelas quais os doentes procuram ajuda.

Os componentes chave para os tratamentos com base nos cuidados de saúde primários estão descritos nas secções seguintes. Adicionalmente, foram desenvolvidos manuais e guias diferentes que contêm referências para uma informação mais detalhada. Em geral, é provável que uma abordagem ao tratamento farmacológica e psicossocial combinada dê os melhores resultados.[43]

O fornecimento da medicação básica

Com formação e apoio adequados, os profissionais dos cuidados de saúde primários podem fazer intervenções eficazes tanto nas perturbações mentais comuns como nas graves. Os doentes com perturbações crónicas estáveis podem ser ajudados pelos profissionais dos cuidados de saúde primários sem ser necessário recorrer a visitas repetidas a serviços da especialidade.[44] As perturbações mentais comuns, tais como a depressão podem ser tratadas eficazmente pelos profissionais dos cuidados de saúde primários.[44, 45]

Tipicamente a relação custo-efectividade é maior quando se selecciona um número limitado de medicamentos psicotrópicos como parte do receituário nacional.[46] Os medicamentos deverão ser seleccionados tendo em vista a sua relevância para a saúde pública, as provas da sua eficácia e segurança e o seu custo-efectividade. É importante notar que nem todas as terapias «eficazes» são «essenciais», e que uma escolha criteriosa de tratamentos psicotrópicos é da maior importância.

Quatro classes básicas de medicamentos psicotrópicos podem ser usadas nos cuidados de saúde primários:

- anti-psicóticos para perturbações psicóticas;
- anti-depressivos para perturbações do humor, para perturbações obsessivas compulsivas e para perturbações da ansiedade ;
- ansiolíticos e tranquilizantes para perturbações de ansiedade e do sono;
- estabilizadores do humor incluindo anti-convulsivos/anti-epilépticos e o lítio.

A intervenção nas crises

Os profissionais dos cuidados de saúde primários estão mais bem colocados para fazerem intervenção nas crises, porque são geralmente o primeiro ponto de contacto com o sistema de cuidados de saúde dos indivíduos. A intervenção nas crises pode evitar o desenvolvimento de sintomas graves e de episódios de doença e impedir a deterioração de perturbações

pré-existentes. Para além das intervenções na crise, que podem ser aprendidas com uma relativa facilidade, os profissionais dos cuidados de saúde primários têm um papel importante na intervenção que previna os suicídios potenciais e que ajude os indivíduos a ultrapassar experiências traumáticas.

A psico-educação familiar e comunitária

Os profissionais dos cuidados de saúde primários estão bem posicionados para prestarem uma psico-educação simples a uma série de grupos diferentes.

- Aos doentes com perturbações mentais e às suas famílias. A adesão e os resultados de saúde melhoram quando os doentes com perturbações mentais têm uma boa compreensão das suas perturbações, incluindo dos sintomas típicos, da história natural e dos tratamentos eficazes.[48] Nalguns casos, é importante para as famílias ou para os outros membros da comunidade serem informados e preparados, de tal modo que possam com eficácia apoiar os doentes, a fim de que façam os seus tratamentos e gestão numa base quotidiana.
- Às comunidades. Os profissionais dos cuidados de saúde primários desempenham um papel importante na prevenção das perturbações mentais e na promoção da saúde mental. As actividades com base na comunidade incluem seminários sobre comportamentos de saúde positivos e sobre a formação em técnicas de relaxamento.
- Aos pais. Os profissionais dos cuidados de saúde primários podem facilitar as intervenções parentais, que foi demonstrado melhorarem a adaptação emocional e comportamental nas crianças com menos de três anos de idade. [44]

A gestão da co-morbilidade

Os profissionais dos cuidados de saúde primários desempenham um papel importante na gestão dos doentes com co-morbilidade mental e física. Depois da avaliação e do diagnóstico, podem fornecer aos doentes uma informação realista e honesta acerca da natureza dos seus sintomas e prestar-lhes apoio emocional. Podem usar estratégias tais como terapias cognitivo comportamentais e de resolução de problemas, de modo a ajudar os doentes a alterar os pensamentos negativos acerca das suas doenças, ou a ajudá-los a mais eficazmente lidar com eles.[49-52] Em muitos casos, os profissionais dos cuidados de saúde primários servem de principais prestadores de cuidados de saúde num tratamento continuado e num acompanhamento planificado. Em todos os casos, deveriam assegurar-se de que os cuidados prestados aos doentes são coordenados com os outros profissionais de saúde, com outros serviços e ao longo do tempo.

Os *Medical unexplained symptoms* (MUS) (sintomas clinicamente inexplicáveis) são comuns nos cuidados de saúde primários e os doentes com MUS são utilizadores intensivos do sistema de saúde formal. Os profissionais dos cuidados de saúde primários podem fazer a gestão dos doentes com MUS por meio de:[53, 54]

- assegurarem-se de que os doentes se sentem compreendidos fazendo-lhes um historial completo e levando a cabo um exame físico pormenorizado;
- procederem a exames adicionais, se necessário;
- tranquilizarem os doentes;

- procederem à reatribuição dos sintomas, mudando de agenda, dos sintomas de saúde física para saúde mental;
- provas recentes lançaram algumas dúvidas sobre a utilidade universal da formação em reatribuição na gestão do MUS, porque alguns doentes já têm uma compreensão das ligações entre a mente e o corpo. Os profissionais de saúde podem potencialmente ajudar os doentes com MUS da melhor maneira, prestando explicações detalhadas dos seus sintomas físicos e facultando a discussão com o doente acerca das suas preocupações psicossociais.[56]

A referenciação para os serviços da especialidade de saúde mental

Depois da identificação preliminar e do tratamento dos problemas verificados, os profissionais dos cuidados de saúde primários deveriam fazer a referenciação para os serviços da especialidade de saúde mental de acordo com as necessidades. Em todos os países, as decisões específicas sobre quando tratar os doentes nos cuidados de saúde primários, por oposição a quando os referenciar aos cuidados mais especializados, dependerão dos conhecimentos e da experiência do profissional dos cuidados de saúde primários, assim como dos recursos que estejam disponíveis para a referenciação. Em países de rendimentos baixos, nos quais os serviços secundários e terciários são mínimos, os profissionais dos cuidados de saúde primários precisam de, por vezes, assumir responsabilidades acrescidas.

No Reino Unido, foram desenvolvidas linhas orientadoras sobre quando referenciar adultos e crianças para os serviços secundários da saúde mental (ver linhas de orientação resumidas, Caixa A.3).

Caixa A.3 Linhas orientadoras para a referenciação de adultos e de crianças para os serviços secundários de saúde mental, Reino Unido[57–59]

Os adultos devem ser referenciados:

- nos casos em que o doente mostre sinais de intenção suicida ou em que pareça haver um risco de causar danos a outrem;
- nos casos em que o doente está tão incapacitado que não seja capaz de sair de casa, de tomar conta das suas crianças ou de desempenhar outras actividades do quotidiano;
- nos casos em que o profissional dos cuidados de saúde primários necessite dos conhecimentos dos cuidados secundários para confirmar um diagnóstico ou para implementar um tratamento especializado;
- nos casos em que o profissional dos cuidados de saúde primários ache que a relação terapêutica com o doente foi comprometida;
- nos casos em que as intervenções dos cuidados de saúde primários e as opções livremente aceites tenham sido esgotadas;
- nos casos em que haja uma deterioração física grave do doente;
- nos casos em que seja necessária uma medicação psicotrópica particular;
- se o doente pede para ser referenciado.

A referenciação para os Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência deverá ser considerada:

- nos casos em que o/a jovem mostre sinais de intenção suicida;
- nos casos em que a avaliação do/da jovem não seja apropriada aos cuidados de saúde primários;
- nos casos em que seja provável que o/a jovem requeira medicação ou tratamento não apropriados aos cuidados de saúde primários;
- nos casos em que o/a jovem esteja tão incapacitado/a que ele/ela não consiga frequentar a escola ou ter amigos;
- se o/a jovem ou os seus pais solicitarem o referenciação;
- nos casos em que os cuidados de saúde primários ou outras opções tenham falhado.

A referenciação para outras instituições pode ser necessária. Os critérios incluem os seguintes:

- qualquer forma de suspeição de maus tratos (Serviços Sociais);
- o/a jovem que já não está ao cuidado dos seus pais e está em risco de se magoar a si próprio/a ou a outrem (Serviços Sociais);
- o/a jovem que está em risco de magoar outras crianças ou adultos (Polícia);
- o/a jovem com problemas que impossibilitam a frequência escolar (Serviços Sociais do Ministério da Educação);
- o/a jovem tem deficiências de aprendizagem específicas suspeitas (departamento de educação especial);
- o/a jovem tem um problema de uso de substância (serviços locais para jovens com problemas de drogas e de álcool).

As técnicas de comunicação

As secções anteriores descreveram as funções nucleares dos profissionais dos cuidados de saúde primários nos cuidados de saúde mental: avaliação e diagnóstico, tratamento, apoio, referenciação e prevenção. Para desempenharem estas funções, os profissionais dos cuidados de saúde primários requerem competências de comunicação especializadas que sejam transversais às diferentes funções de saúde mental que precisam de desempenhar.

Boas capacidades de comunicação são um pré-requisito para a identificação e manejo eficazes das perturbações mentais.[60] Os benefícios de uma boa comunicação incluem um conhecimento aprofundado do doente, uma maior adesão e melhores resultados de saúde, incluindo o bem-estar do doente.[61]

A comunicação tem de incluir o diálogo interactivo entre os doentes e os profissionais de saúde, no qual escutar é tão importante como falar. Os profissionais de saúde deveriam discernir as convicções, as prioridades e as preferências dos doentes quanto à sua perturbação e abordagem. Também é essencial que os profissionais de saúde envolvam os doentes no tomar de decisões desde o início. Os profissionais de saúde devem então ser capazes de informar, motivar e preparar os doentes para auto-gerirem as suas perturbações, na medida em que seja apropriado e exequível.

Como parte de uma comunicação eficaz, os profissionais de saúde deverão ser capazes de prestar apoio emocional básico. Isto inclui:

- a expressão de emoções positivas, incluindo demonstrar que o doente está a ser alvo de cuidados, querido ou estimado;
- a concordância com ou o reconhecimento da adequação dos sentimentos, das convicções ou das interpretações do doente;
- encorajar o doente a expressar abertamente os seus sentimentos e convicções;
- a prestação de conselhos ou de informações de um modo que o doente os possa perceber, em função do seu grau de literacia;
- transmitir ao doente o sentimento de pertencer a uma rede ou sistema de apoio.

Técnicas mais avançadas incluem:

- a capacidade para dar más notícias;[62]
- a capacidade para adoptar um estilo de aconselhamento;[63]
- a capacidade para motivar uma mudança comportamental.[64]

Apesar de a maioria dos profissionais de cuidados de saúde primários não ter formação como psicoterapeutas, podem ser dominadas algumas técnicas nucleares terapêuticas como, por exemplo:

- as técnicas de relaxação, incluindo as de controle da respiração;
- as técnicas de resolução de problemas;
- o reenquadramento de pensamentos negativos ou irracionais.

A educação e as oportunidades de formação

A educação e a formação dos profissionais de saúde é essencial para que a saúde mental seja integrada com êxito nos cuidados de saúde primários.

As questões de saúde mental têm de ser parte da formação anterior à entrada ao serviço e em serviço e de todos os profissionais dos cuidados de saúde primários. Em particular, a formação em serviço é essencial à consolidação dos conhecimentos detidos pelo profissional de saúde e à obtenção de uma formação básica quando não tenha havido previamente experiência nos cuidados de saúde mental. A formação em serviço também é importante porque todos os cuidados de saúde, incluindo os cuidados de saúde mental, se alteram à medida que novas investigações e práticas produzem novos conhecimentos e formas de tratar as perturbações.[65]

Se os profissionais de saúde não tiverem tido bases sólidas nas questões da saúde mental, ou se não estiveram envolvidos nos cuidados da saúde mental durante algum tempo, a formação em serviço, seguida de um apoio e de uma supervisão continuados por parte de especialistas em saúde mental, ou de profissionais dos cuidados de saúde primários com formação e competências nas questões da saúde mental, é essencial. A formação isolada e sem apoio nem supervisão tem poucas hipóteses de melhorar os cuidados ao doente.[66, 67]

A formação prévia à entrada ao serviço

Todas as escolas e universidades que dão formação aos profissionais dos cuidados de saúde primários deveriam fornecer formação básica acerca da epidemiologia das perturbações mentais, dos seus factores de risco mais importantes e das diferenças culturais na epidemiologia e na apresentação dos sintomas. As relações entre a saúde mental e física e a doença deveriam ser sublinhadas e deveria ser fornecida informação acerca das diferentes perturbações mentais e dos seus tratamentos. Os estudantes deveriam desenvolver conhecimentos e capacidades para reconhecerem e diagnosticarem uma larga gama de problemas da saúde mental; o DSM-IV e o ICD-10 são úteis no que a isto diz respeito.

Os estudantes também deveriam ser ensinados como discutir a informação com os doentes e com as famílias de um modo positivo e centrado no doente,[68, 69] como negociar os planos de tratamento e como motivar e preparar os doentes para a auto-gestão, e acompanhar o seu plano de tratamento em casa.

Como descrito na secção anterior sobre as competências, as técnicas de comunicação são indispensáveis a todos os profissionais dos cuidados de saúde primários, dado que os resultados dependem de um bom relacionamento doente/profissional de saúde.[61, 70, 71] Os estudantes deveriam ser ensinados a escutar activamente, a mostrar empatia, a usar técnicas de interrogatório abertas e fechadas e a gerir a sua comunicação não verbal.

A formação no internato e na pós-graduação

Nalguns países, os profissionais dos cuidados de saúde primários devem passar por um internato e/ou uma pós-graduação a seguir à sua formação básica. Estes programas são oportunidades ideais para desenvolver mais os conhecimentos adquiridos durante a formação prévia à entrada ao serviço, especialmente quando complementados com treino de competências adequado, e com análise do desempenho. Durante o internato e a pós-graduação, as técnicas de diagnóstico e de comunicação podem ser alargadas e consolidadas, assim como o conhecimento acerca da epidemiologia e dos tratamentos baseados na evidência científica. Em particular, os internos e os estudantes da pós-graduação podem aprender as técnicas de psico-educação, as intervenções psicológicas de curta duração e os métodos de prevenção primária e secundária. [72] As técnicas cognitivo-comportamentais,[50] incluindo a reatribuição e outras técnicas para os sintomas sem explicação médica, as técnicas de resolução de problemas, abordagem da ansiedade e técnicas simples de exposição para prevenção / atenuação da resposta podem ser dominadas com uma formação e um apoio apropriados.

A evidência disponível mostra que a formação dos internatos e das pós-graduações em questões de saúde mental melhora as competências dos formandos clínicos[73] e o seu desempenho[74]. As atitudes dos profissionais de saúde quanto à prestação da saúde mental também deram mostras de melhorar depois da formação.[75]

Os programas deveriam ter, idealmente, critérios fixos, que deveriam ser cumpridos por todos os formandos antes da graduação. Por exemplo, os médicos de clínica geral deveriam ser capazes de desempenhar as funções descritas na Caixa A.4 abaixo.

Caixa A.4 Sugestão de funções que os médicos de clínica geral em formação deveriam ser capazes de desempenhar antes da graduação

- Servir de primeiro ponto de contacto com o sistema de cuidados de saúde para todos os doentes, independentemente da idade ou do sexo.
- Utilizar uma abordagem centrada no doente, orientada para o indivíduo, para a sua família e para a comunidade.
- Utilizar uma abordagem biopsicossocial para compreenderem e gerirem os problemas de saúde.
- Identificar os problemas de saúde num estádio precoce, nos casos em que seja possível.
- Gerir tanto os problemas de saúde graves como os crónicos dos doentes individuais.
- Prestar cuidados que são coordenados ao longo do tempo e determinados pelas necessidades do doente.
- Utilizar os recursos dos cuidados de saúde eficazmente, por meio da coordenação dos cuidados, em colaboração com outros profissionais dos cuidados de saúde primários, e fazer a gestão de interfaces com médicos especialistas.
- Dedicar-se à promoção da saúde junto dos doentes individuais e das comunidades.
- Prestar cuidados baseados na população, levando em consideração as necessidades de saúde da população local e promovendo intervenções para reduzir riscos ou para melhorar a qualidade de vida de grupos específicos.

Os cursos de saúde mental de curta duração

Os profissionais dos cuidados de saúde primários podem receber formação de modo a que possam prestar serviços de saúde mental, num prazo relativamente reduzido, mesmo quando tenham recebido apenas uma formação prévia mínima de saúde mental.[76-78] Não obstante os resultados positivos que podem ser alcançados, os efeitos dos programas de formação têm quase sempre uma vida efémera se os profissionais da saúde não praticarem as técnicas recém aprendidas nem receberem a supervisão de um especialista ao longo do tempo.

A formação tem as maiores hipóteses de ser eficaz quando:[79]

- Vai claramente ao encontro das necessidades locais.
- É claramente relevante para os cuidados de saúde primários. A formação deve ser planeada e prestada em parceria com os cuidados de saúde primários numa altura e num local que seja conveniente para os profissionais de saúde.
- Está centrada sobre aqueles que dela necessitam.
- É «vendida» ao público-alvo, dando ênfase aos benefícios potenciais para os profissionais de saúde, assim como para os doentes.
- Está ligada ao sistema existente de saúde mental. Os profissionais dos cuidados de saúde primários precisam de ser formados quanto aos mecanismos de referenciação e de contra-referenciação e quantos aos apoios existentes no seu sistema.

- É apoiada por um acompanhamento continuado. Os profissionais da saúde precisam de sessões de discussão, e de estímulo e acompanhamento para consolidarem os novos conhecimentos e técnicas.

A formação contínua

A formação contínua permite aos profissionais dos cuidados de saúde primários manterem os seus conhecimentos e técnicas actualizados, e aprenderem os dados novos, à medida que são disponibilizados. Alguns países exigem agora que os profissionais da saúde participem numa educação contínua regular. A OMS sugeriu anteriormente que um número predeterminado de horas de educação contínua para todos os profissionais da saúde deveria ser dedicado às questões da saúde mental.[65]

Um modelo cada vez mais influente de formação contínua são os cuidados de saúde colaborativos, nos quais consultas e intervenções conjuntas são realizadas por profissionais dos cuidados de saúde primários e especialistas da saúde mental. Este método amplia as técnicas dos profissionais dos cuidados de saúde primários e constrói redes de saúde mental.[80]

A formação especializada

Alguns profissionais dos cuidados de saúde primários escolherão dedicar-se à formação especializada em saúde mental. Estes profissionais, depois da formação, são recursos extraordinários para os seus serviços de cuidados de saúde primários. Encontram-se bem colocados para fazerem uma avaliação completa e para gerirem os casos complexos, reduzindo, deste modo, a necessidade de referenciação para os especialistas. Estes profissionais de saúde também podem fornecer conselhos e apoios aos seus colegas generalistas.

A formação dos profissionais de cuidados de saúde primários com um interesse especializado na saúde mental variará de acordo com os programas de formação disponíveis e com os requisitos particulares dos seus serviços de saúde. Dependendo da orientação da formação, poder-se-á esperar que os profissionais dos cuidados de saúde primários com formação especializada possam:

- encarregar-se das avaliações de saúde mental e chegar a um diagnóstico preciso, levando em linha de conta as co-morbilidades potenciais;
- perceber e gerir o risco clínico;
- trabalhar eficazmente com subgrupos populacionais: crianças, adolescentes ou idosos;
- gerir problemas do álcool e de outras drogas;
- conhecer o uso de medicação psicotrópica e de outros tratamentos;
- fazer intervenções psicológicas específicas tais como as técnicas cognitivo-comportamentais;
- compreender os princípios da medicina baseada na evidência científica;
- perceber como se manter a par dos desenvolvimentos dos conhecimentos e dos tratamentos;
- ensinar e promover a formação de pequenos grupos;
- ser mentores de e supervisionar outros profissionais da saúde;
- conhecer o desenvolvimento de políticas, de linhas de orientação, de planeamento de serviços e de implementação;
- conhecer os métodos de melhoria da qualidade e de gestão de mudança.

Conclusão

Este anexo esboçou as funções, as competências e as opções de formação básicas que são necessárias para preparar os profissionais dos cuidados de saúde primários de modo a que possa gerir com eficácia os problemas da saúde mental.

Como é descrito neste anexo, o contexto dos cuidados de saúde primários apresenta desafios específicos aos profissionais de saúde. Eles devem saber como se avaliam, se diagnosticam e se tratam perturbações mentais comuns, incluindo como usar a medicação psicotrópica de um modo científico. As populações de doentes têm tendência para ser muito diversificadas e os profissionais dos cuidados de saúde primários devem ser capazes de filtrar as diferenças culturais, incluindo o modo como os doentes apresentam e percebem os seus problemas de saúde mental. Os profissionais dos cuidados de saúde primários também devem ser capazes de detectar e de gerir a co-morbilidade dos problemas de saúde física e mental, incluindo os sintomas sem explicação médica. De modo a fazerem estas intervenções psicoterapêuticas, os profissionais dos cuidados de saúde primários devem ser detentores de competências de comunicação avançadas.

Para ir ao encontro destes desafios diversos, a educação e a formação são essenciais. As questões da saúde mental devem fazer parte da formação antes da entrada ao serviço de todos os profissionais dos cuidados de saúde primários, e devem continuar numa base continuada ao longo das suas carreiras. Várias opções de formação foram apresentadas no corpo deste anexo.

Referências – Anexo 1

1 Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen PA. A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Academic Medicine*, 1990, 65:611–621.

2 Goldberg D. *General Health Questionnaire (GHQ-12).* Windsor, NFER-Nelson, 1992.

3 *Mental disorders in primary care*. Geneva, World Health Organization, 1998.

4 Derogatis L et al. The Hopkins Symptom Checklist (HDCL): a self-report symptom inventory. *Behavioural Science*, 1974, 19:1–5.

5 Babor T et al. *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care,* 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2001.

6 Henry-Edwards S et al. *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for use in primary care (draft version 1.1 for field testing).* Geneva, World Health Organization, 2003.

7 Seah E et al. *Cultural awareness tool understanding diversity in mental health.* Perth, The Royal College of General Practitioners WA Research Unit, 2002.

8 Ivbijaro GO, Kolkiewicz LA, Palazidou E. Mental health in primary care ways of working – the impact of culture. *Primary Care Mental Health*, 2005, 3:47–53.

9 *Case study: cultural sensitivity audit tool for mental health services*. Sainsbury, Sainsbury Centre for Mental Health, 2001.

10 Flisher AJ. Psychiatric disorders in childhood and adolescence. In: Kibel M, Salojee H, Westwood T, eds. *Child health for all*, 4th ed. Cape Town, Oxford University Press, 2007:418–427.

11 Brodaty H et al. Prognosis of depression in the elderly. A comparison with younger patients. *The British Journal of Psychiatry*, 1993, 163:589–596.

12 Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975, 12:189–198.

13 Yesavage J. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale. A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research,* 1983, 17:37–49.

14 Coyne JC, Schwenk TL. Relationship of distress to mood disturbance in primary care and psychiatric populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65:167–168.

15 Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders.* London, Tavistock, 1992.

16 Zinsbarg R et al. DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. *American Journal of Psychiatry,* 1994, 151:1153–1162.

17 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., *primary care*. Washington, American Psychiatric Association, 1995.

18 Pingitore D, Sansone RA. Using DSM-IV Primary Care version: a guide to psychiatric diagnosis in primary care. *American Family Physician*, 1998, 58:1347–1352.

19 Brody DS. The DSM-IV-PC: toward improving management of mental disorders in primary care. *Journal of the American Board of Family Practice,* 1996, 9:300–302.

20 deGruy FV, Pincus H. The DSM-IV-PC: a manual for diagnosing mental disorders in the primary care setting. *Journal of the American Board of Family Practice*, 1996, 9:274–281.

21 Pincus HA et al. Bridging the gap between psychiatry and primary care. The DSM-IV-PC. *Psychosomatics*, 1995, 36:328–335.

22 Coyne JC, Schwenk TL. Relationship of distress to mood disturbance in primary care and psychiatric populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65:167–168.

23 Ustun TB et al. New classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care: ICD-10 PHC chapter five. *British Journal of General Practice,* 1995, 45:211–215.

24 Jenkins R et al. Classification in primary care: experience with current diagnostic systems. *Psychopathology*, 2002, 35:127–131.

25 Okkes I, Oskam SK, Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians. *Journal of Family Practice*, 2002, 51:31–36.

26 Hofmans-Okkes IM. An international study into the concept and validity of the 'reason for encounter'. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I, eds. *The International Classification of Primary Care in the European Community, with a multi-language layer*. Oxford, Oxford University Press, 1993:34–42.

27 Okkes IM et al. Advantages of long observation in episode-oriented electronic patient records in family practice. *Methods of Information in Medicine*, 2001, 40:229–235.

28 Lamberts H, Schade E. Surveillance systems from primary care data: from a prevalence-oriented to an episode-oriented epidemiology. In: Eylenbosch WJ, Noah ND, eds. *Surveillance in health and disease*. Oxford, Oxford University Press, 1988:75–89.

29 Lamberts H. The use of the International Classification of Primary Care as an episode-oriented database. In: Barber B, Coa D, Qin D, Wagner G, eds. *Medinfo 89.* Amsterdam, North Holland Publishing Company, Elsevier Science Publishers, 1989:835–839.

30 Britt H et al. The diagnostic difficulties of abdominal pain. *Australian Family Physician,* 1994, 23:375–381.

31 Leduc Y et al. Utilisation d'un système informatise de classification pour les soins de première ligne: trois années d'expérience [Use of a classification system for primary health care: three years of experience]. *Canadian Family Physician,* 1995, 41:1338–1345.

32 Wonca International Classification Committee. *International classification of primary care, second edition [ICPC-2].* Oxford, Oxford University Press, 1998.

33 Okkes I et al. ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences. *Family Practice,* 2000, 17:101–107.

34 Okkes IM et al. The March 2002 update of the electronic version of ICPC-2. A step forward to the use of ICD-10 as a nomenclature and a terminology for ICPC-2. *Family Practice,* 2002, 19:543–546.

35 Soler JK. TRANSHIS – The Maltese experience with ICPC-2. *it-tabib tal-familja*, 2002, 19–22.

36 Klinkman M, personal correspondence, 2008.

37 Berti Ceroni G et al. DSM-III mental disorders in the general medical sector: a follow-up and incidence study over a two-year period. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 1992, 27:234–241.

38 Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Classification of psychological and social problems in general practice. *Huisarts en Wetenschap*, 1993, 36:5–13.

39 Foley D et al. Major depression and associated impairment: same or different genetic and environmental risk factors? *American Journal of Psychiatry,* 2003, 160:2128–2133.

40 Sheehan DV. *The anxiety disease*. New York, Scribner, 1983.

41 Tyrer P et al. The Social Functioning Questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *International Journal of Social Psychiatry,* 2005, 51:265–275.

42 *WHODAS II Disability Assessment Schedule.* Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/icidh/whodas/index.html, accessed 2 April 2008).

43 *Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system*. Geneva, World Health Organization, 2006.

44 Patel V et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet,* 2007, 370:991–1005.

45 Patel V et al. The efficacy and cost-effectiveness of a drug and psychological treatment for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 2003, 361:33–39.

46 *How to develop and implement a national drug policy,* 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2001.

47 *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Geneva, World Health Organization, 2000.

48 Craighead WE et al. Psychosocial treatments for bipolar disorder. In: Nathan P, Gorman JM, eds. *A guide to treatments that work.* New York, Oxford University Press, 1998:240–248.

49 Segal ZV, Whitney DK, Lam RW. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. III. Psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry,* 2001, 46(Suppl. 1):29S–37S.

50 Kaaya S, Goldberg D, Gask L. Management of somatic presentations of psychiatric illness in general medical settings: evaluation of a new training course for general practitioners. *Medical Education,* 1992, 26:138–144.

51 Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1996, 26:249–262.

52 Mynors-Wallis LM et al. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 1995, 310:441–445.

53 Morriss RK et al. Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorder taught to general practitioners. *The British Journal of General Practice*, 1999, 49:263–267.

54 Blankenstein AH et al. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *Patient Education and Counseling*, 2002, 47:229–235.

55 Morriss R et al. Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 2007, 191:536–542.

56 Salmon P et al. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Psychosomatic Medicine*, 2007, 69:571–577.

57 Meltzer H et al. *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London, The Stationery Office, 2000 (http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/KidsMentalHealth.pdf, accessed 2 April 2008).

58 Singleton N et al. *Psychiatric morbidity among adults living in private households*. London, Office of National Statistics, The Stationery Office, 2001.

59 *The national mental health framework*. London, Department of Health, 2004.

60 *People at the centre of health care.* Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2007.

61 Di Blasi Z et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet,* 2001, 357:757–762.

62 Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 1998.

63 Gibson K, Swartz L, Sandenbergh R. *Counselling and coping*. Cape Town, Oxford University Press, 2002.

64 Rollnick S et al. Consultations about changing behaviour. *British Medical Journal,* 2005, 331:961–963.

65 *Human resources and training in mental health.* Geneva, World Health Organization, 2005.

66 Gómez-Restrepo C et al. Primary care physician satisfaction with patients diagnosed with depression. International Depression Project results from Colômbia. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* 2006, 38:283–289.

67 Gilbody S et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:3145–3151.

68 Os TW van et al. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *Journal of Affective Disorders*, 2005, 84:43–51.

69 Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1987, 294:1200–1202.

70 Balint M et al. *Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice*. Toronto, JB Lippincott, 1970.

71 Rabinowitz I et al. Length of patient's monologue, rate of completion, and relation to other components of the clinical encounter: Observational intervention study in primary care. *British Medical Journal*, 2004, 328:501–502.

72 Weel-Baumgarten E van et al. *A training manual for prevention of mental illness: managing emotional symptoms and problems in primary care.* Nijmegen, Radboud University of Nijmegen, 2005.

73 Williams K. Self-assessment of clinical competence by general practitioner trainees before and after a six-month psychiatric placement. *The British Journal of General Practice,* 1998, 48:1387–1390.

74 Manning JS, Zylstra RG, Connor PD. Teaching family physicians about mood disorders: a procedure suite for behavioral medicine. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 1:18–23.

75 Stone L, Simpson M. Registrar attitudes to mental health care provision. Does level one training make a difference? *Australian Family Physician,* 2005, 34:38–40.

76 Lionis C et al. Managing Alzheimer's disease in primary care in Crete, Greece: room for improvement. *Quality Management in Health Care,* 2001, 9:16–21.

77 Gask L et al. Evaluation of a training package in the assessment and management of depression in primary care. *Medical Education,* 1998, 32:190–198.

78 Scadovi A et al. Improving psychiatric skills of established GPs: evaluation of a group training course in Italy. *Family Practice,* 2003, 20:363–369.

79 Gask L, Goldberg D, Lewis B. Teaching and learning about mental health. In: Gask L, Lester H, Kendrick T, Peveler R, eds. *Handbook of primary care mental health*. London, Gaskell, in press.

80 Fortes S, Furlanetto LM, Chazan LF. Modelo para a implantação de interconsulta e consulta conjunta com a equipe do programa de saúde da família (PSF) [Guidelines for the organization of mental health collaborative care with the Family Health Program in Brazil]. *Boletim Científico,* 2005, 4th edition (December) (http://abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/?bol_id=4&boltex_id=20, accessed 19 May 2008).

Trinta anos depois da adopção da declaração de alma ata sobre os cuidados de saúde primários, a visão da saúde mental neste nível de cuidados ainda não foi realizada em muitos países. A publicação *Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: Uma perspectiva global*, reafirma a importância urgente e as vantagens de reparar este défice, integrando mundialmente a saúde mental nos sistemas de cuidados primários.

Em todo o mundo, as doenças mentais e do comportamento contribuem, de uma forma substancial, para a incapacidade e morte prematura. São comuns em todos os países e se não tratadas causam um sofrimento imenso, afectando uma em cada quatro famílias a qualquer momento. Os serviços de cuidados de saúde primários para as doenças mentais são a melhor maneira de assegurar que as pessoas têm acesso aos cuidados que necessitam. São acessíveis, aceitáveis e efectivos, promovendo a detecção precoce, o respeito pelos direitos humanos e a integração social. Permitem, de igual forma, que as pessoas sejam tratadas de uma forma holística, abordando tanto as necessidades físicas como as de saúde mental.

Para além de desenvolver a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, este relatório ilustra a forma como esta transformação dos sistemas de saúde pode ser alcançada, através da descrição detalhada de boas práticas de vários pontos do mundo. Partindo desta experiência, a *Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: Uma perspectiva global* identifica 10 princípios comuns para o planeamento e a implementação, com sucesso, dos cuidados integrados de saúde mental ao nível dos cuidados de saúde primários. Com cuidados de saúde primários integrados para a saúde mental, a qualidade de vida para centenas de milhões de pessoas e para as suas famílias pode ser melhorada.

Este relatório mostra ao leitor que a integração é possível, em todos os países, e coloca à disposição recomendações práticas para o caminho a seguir.

"A saúde mental é essencial para conseguir cuidados de saúde primários holísticos e centrados na pessoa."

Dra. Margaret Chan, Directora Geral, OMS

"Nós precisamos de educação e treino em saúde mental para todos os estudantes e profissionais de saúde que estão em formação para trabalhar na medicina familiar e nas outras áreas dos cuidados de saúde primários."

Professor Chris van Weel, Presidente Mundial,
Organização Mundial dos Médicos de Família (Wonca)

ISBN 978-989-96263-3-1