



Plano Nacional da Saúde Mental – o realizado e o perspectivado desenvolver

CASCAIS: QUE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL
CASA DAS HISTÓRIAS PAULA REGO
20/OUTUBRO/2016

- A **SAÚDE MENTAL** é muito mais que a mera ausência de doença mental: ***é uma parte indissociável do substrato de bem-estar e funcionamento eficiente das pessoas***
- Refere-se à **capacidade de**:
 - *adaptar-se a mudanças*
 - *enfrentar crises*
 - *estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade*
 - *descobrir um sentido para a vida*

- Crescente **magnitude dos problemas de SM**:
 - as doenças mentais apresentam ***elevada prevalência*** e representam um ***peso significativo para os indivíduos, a sociedade e a economia***;
 - ***22% da carga das incapacidades*** na Europa, medida em Anos Vividos com Incapacidade (Years Lived with Disability, YLD).
 - Cerca de ***1/2 das pessoas com problemas de SM não receberem tratamento baseado na evidência disponível***.
 - Os problemas de SM são ***um dos principais motivos para a perda de capital humano produtivo***.
 - Custos significativos associados aos ***locais de trabalho***:
 - absentismo e presenteísmo elevados,
 - rendimentos consideravelmente inferiores,
 - a principal causa para a obtenção de pensões por invalidez.

EVOLUÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SERVIÇOS ASSISTENCIAIS



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

Nas últimas décadas tem ocorrido uma ***modificação da organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental, que é comum a todos os países industrializados, em particular na Europa.***

PORQUÊ ESTA MUDANÇA?

- I. Por razões éticas;**
- II. Por razões científicas;**
- III. Por razões de acessibilidade e equidade;**
- IV. Por razões relacionadas com os compromissos internacionais assumidos pelos diversos países.**

I. RAZÕES ÉTICAS

- a) Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948);**
- b) Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais (1950, ratificada por Portugal em 1978)**
- c) Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders (OMS, 1996)**
- d) Recomendação “Rec 10” do Comité de Ministros do Conselho da Europa (2004) relativa à proteção dos direitos humanos e da dignidade de pessoas com perturbação mental**
- e) Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (OMS, 2007, ratificada por Portugal em 2009).**

II. RAZÕES CIENTÍFICAS

I. FATORES DE RISCO

1. Acesso a drogas e álcool
2. Deslocamento
3. Isolamento e alienação
4. Falta de educação, transportes, habitação
5. Bairro desorganizado
6. Rejeição de pares
7. Circunstâncias sociais pobres
8. Má nutrição
9. Pobreza
10. Injustiça racial e discriminação
11. Desvantagem social
12. Urbanização
13. Violência e delinquência
14. Guerra
15. Stress no trabalho
16. Desemprego

II. FATORES PROTETORES

1. Empowerment

2. Integração das minorias étnicas

3. Interações interpessoais positivas

4. Participação social

5. Responsabilidade social e tolerância

6. Serviços sociais

7. Redes de apoio social e comunitário

Fatores de risco para a doença mental

1. Insucesso e desmoralização escolar
2. Défice de atenção
3. Cuidar de doentes crónicos ou demenciados
4. Abuso e negligência de crianças
5. Insónia crónica
6. Dor crónica
7. Desvio de comunicação
8. Gravidez precoce
9. Abuso de idosos
10. Imaturidade emocional e descontrole
11. Uso excessivo de substâncias
12. Exposição a agressão, violência e trauma
13. Conflito ou desorganização familiar
14. Solidão
15. Baixo peso ao nascer
16. Classe social baixa
17. Doença médica
18. Desequilíbrio aeroquímico
19. Doença mental parental
20. Abuso parental de substâncias
21. Complicações perinatais
22. Perda pessoal - luto
23. Competências e hábitos profissionais pobres
24. incapacidades para a leitura
25. Incapacidades sensoriais ou deficiências orgânicas
26. incompetência social
27. Situações de vida stressantes
28. Uso de substâncias durante a gravidez

Fatores protetores para a doença mental

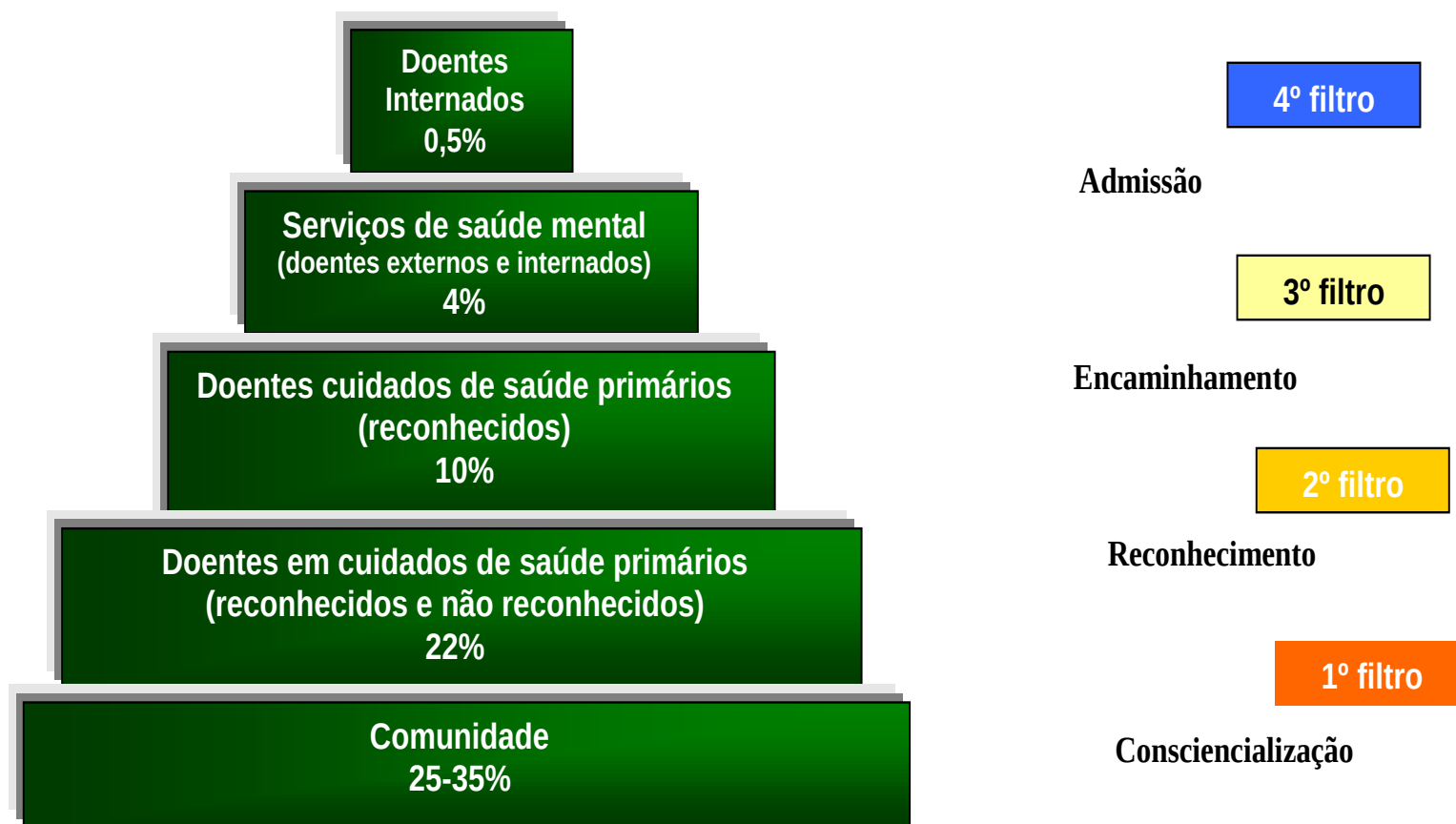
1. Capacidade de lidar com o stress/tensão emocional
2. Capacidade de enfrentar a adversidade
3. Adaptabilidade
4. Autonomia
5. Estimulação cognitiva precoce
6. Exercício
7. Sentimentos de segurança
8. Sentimentos de domínio e controlo
9. Boa parentalidade
10. Literacia
11. Vinculação positiva e ligação precoce
12. Interação pais-filhos positiva
13. Competência para resolver problemas
14. Comportamentos pró-sociais
15. Autoestima
16. Competências para a vida
17. Competências sociais e de gestão de conflitos
18. Crescimento sócioemocional
19. Gestão do stress/tensão
20. Apoio social da família e amigos/ Rede social

III. RAZÕES DE ACESSIBILIDADE E EQUIDADE

Distribuição das Perturbações Mentais no Sistema de Saúde

(Goldberg e Huxley, 1980)

&



❖ UM NÚMERO SIGNIFICATIVO DE PESSOAS COM PERTURBAÇÕES MENTAIS GRAVES:

▪ **NÃO PROCURAM AJUDA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

OU

▪ **NÃO SÃO DETECTADAS NEM SEGUIDAS**

(Ian Falloon, 1995; Huxley, 2003; Barnes, 2000; Clarke, 2006)

❖ Segundo a Academia Americana de **Psiquiatria da Infância e da Adolescência**

▪ **UMA EM CADA CINCO CRIANÇAS APRESENTA EVIDÊNCIA DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL**, peso que tende a aumentar

▪ **DESTAS APENAS 1/5 RECEBE TRATAMENTO APROPRIADO**

IV. POR COMPROMISSOS INTERNACIONAIS ASSUMIDOS

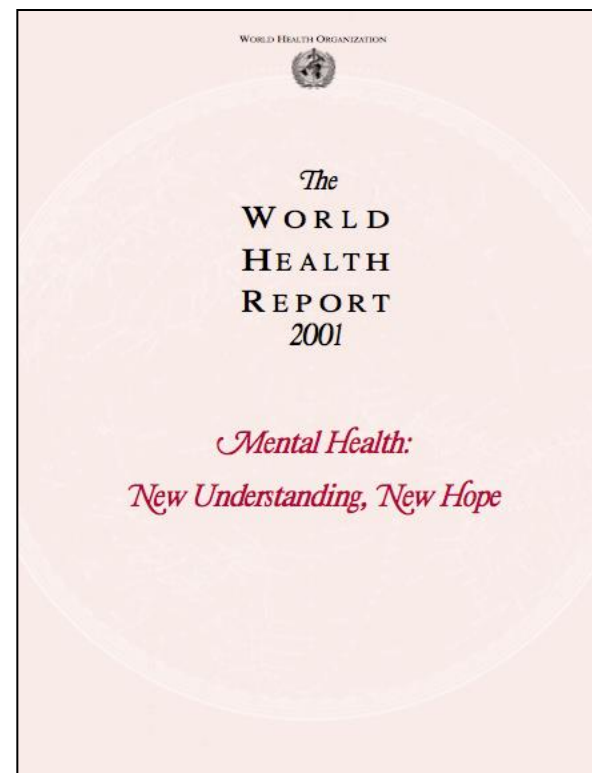
CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

- Os modelos de serviços de saúde mental, desenhados para assegurar **cuidados integrados na comunidade**, foram desenvolvidos e amplamente avaliados em muitos países. Todos os estudos demonstraram que **os serviços comunitários são mais efetivos e largamente preferidos pelos pacientes e suas famílias**.
- Os serviços de saúde mental têm também que trabalhar em **estreita colaboração com o sector social** para assegurar uma resposta adequada às necessidades das pessoas com doenças mentais graves e de longa evolução, as quais **requerem cuidados clínicos e apoio psicossocial durante largos períodos**.

MODELO DE ORGANIZAÇÃO PROPOSTO

A OMS, a União Europeia e outras organizações internacionais defendem que **os serviços de SM devem organizar-se de acordo com os seguintes princípios:**

- 1. *Garantia de acessibilidade*** a todas as pessoas com problemas de SM;
- 2. *Responsabilidade*** por um **sector geodemográfico**, com dimensão que permita uma prestação de cuidados relativamente perto dos locais de residência (de 200 a 300.000 habitantes);
- 3. *Disponibilização de um conjunto diversificado de unidades e programas***, incluindo ***internamento em hospital geral***;
- 4. *Coordenação comum***, com grau adequado de autonomia técnica e financeira;
- 5. *Participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade***;
- 6. *Articulação estreita com os cuidados primários de saúde***;
- 7. *Colaboração com o sector social e ONGs na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves***;
- 8. *Monitorização e prestação de contas***.



MODELO DE ORGANIZAÇÃO PROPOSTO

- Os Serviços de SM nos dias de hoje têm 2 características fundamentais.
 1. **organizam-se em forma de uma rede, com base na comunidade**, que inclui *internamento no hospital geral* e um conjunto variável de *unidades de internamento parcial, atendimento no ambulatório e intervenções no domicílio*.
 2. esta rede, que deve ter uma coordenação comum, tem que estabelecer **esquemas de cooperação estreita com os serviços dos cuidados primários, com o sector social** e ainda com muitas outras **agências da comunidade** (educação, emprego, etc.).
- A experiência obtida em muitos países demonstra que a melhor forma de responder às expectativas dos utentes e dos seus familiares é organizar os serviços com base em **Equipas de Saúde Mental Comunitária**, equipas multidisciplinares que prestam os cuidados essenciais a uma população **de 50.000 a 100.000 habitantes**.



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013 – 2020



World Health
Organization



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Programa Nacional
para a Saúde Mental



Joint Action on Mental Health and Well-being

TOWARDS COMMUNITY-BASED AND
SOCIALLY INCLUSIVE MENTAL HEALTH CARE

Análise da situação em PORTUGAL

Versão em Português



Co-funded by
the European Union



JOINT ACTION ON MENTAL HEALTH AND WELL-BEING 2013/2015



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

- Enquadrada no “*Second Health Programme 2008-2013*” da Comissão Europeia,
- Em resposta às últimas recomendações do Conselho Europeu,
- Subsequente às conferências temáticas do Pacto Europeu para a Saúde Mental e alinhada com os princípios da conferência de Helsínquia.

1 – Coordenação (Portugal)

2 – Disseminação (Islândia)

3 – Avaliação (Eslovénia)

**4 -
Depressão,
Suicídio e
E-Health
(Hungria)**

**5 -
Serviços
Inclusivos na
Comunidade
(Portugal)**

**6 -
Saúde Mental
nos locais de
Trabalho
(Alemanha)**

**7 -
Saúde Mental
Crianças/
Adolescentes
nas escolas
(Itália)**

**8 -
Saúde
Mental em
todas as
políticas
(Finlândia)**

Joint Action on Mental Health and Well-being

- o *link* do relatório sobre Portugal em português
<https://app.box.com/s/tyxqbplyrtwu1js3zpggq5tmk9o75szv>
[X](#)
- o *link* do *site* que contém a restante informação sobre o projeto, nomeadamente na área das publicações
<http://www.mentalhealthandwellbeing.eu>



Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia

EU JOINT ACTION ON MENTAL HEALTH AND WELLBEING
2016

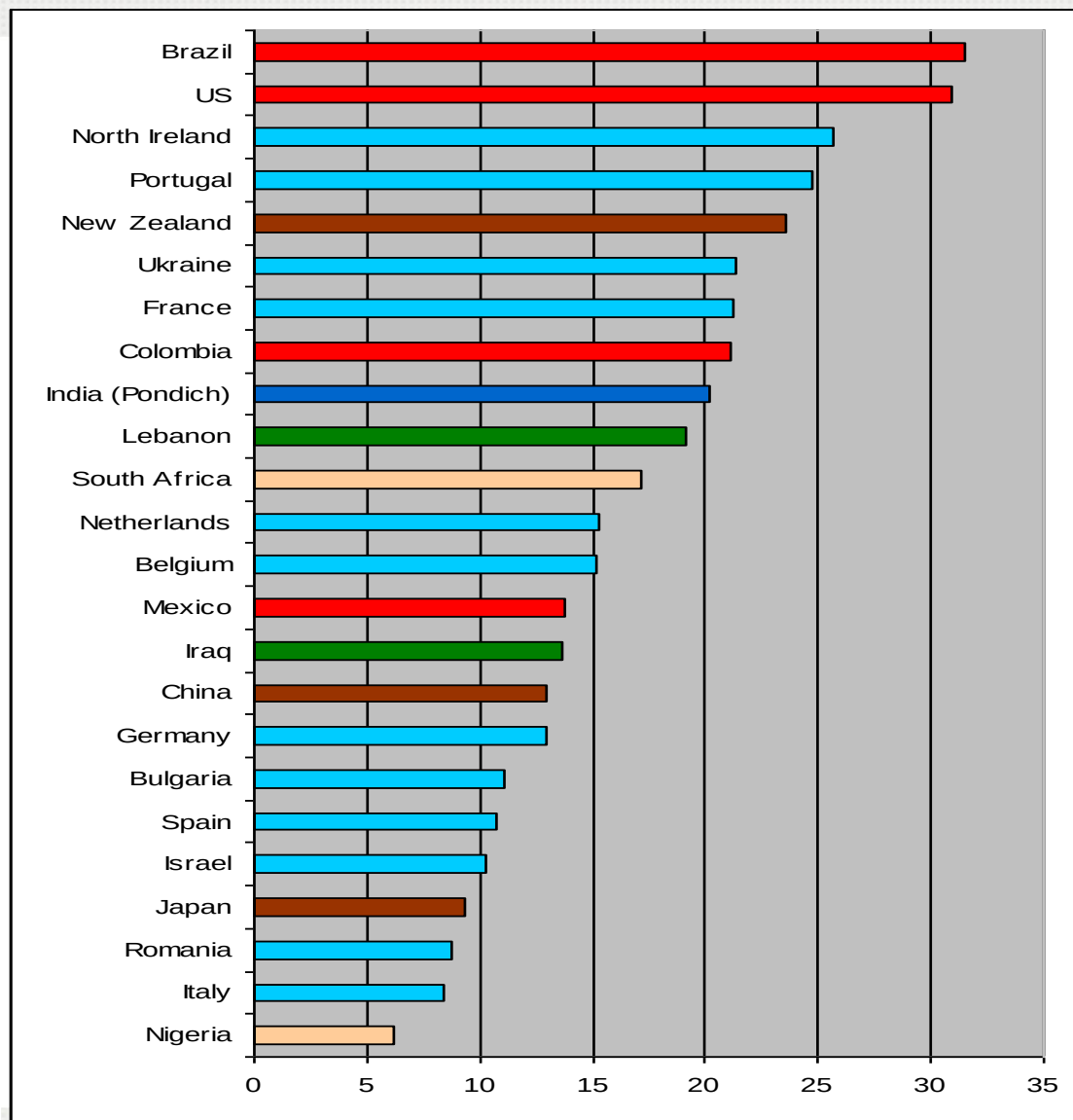


Co-funded by
the European Union



WMH Survey

Prevalência 12 meses

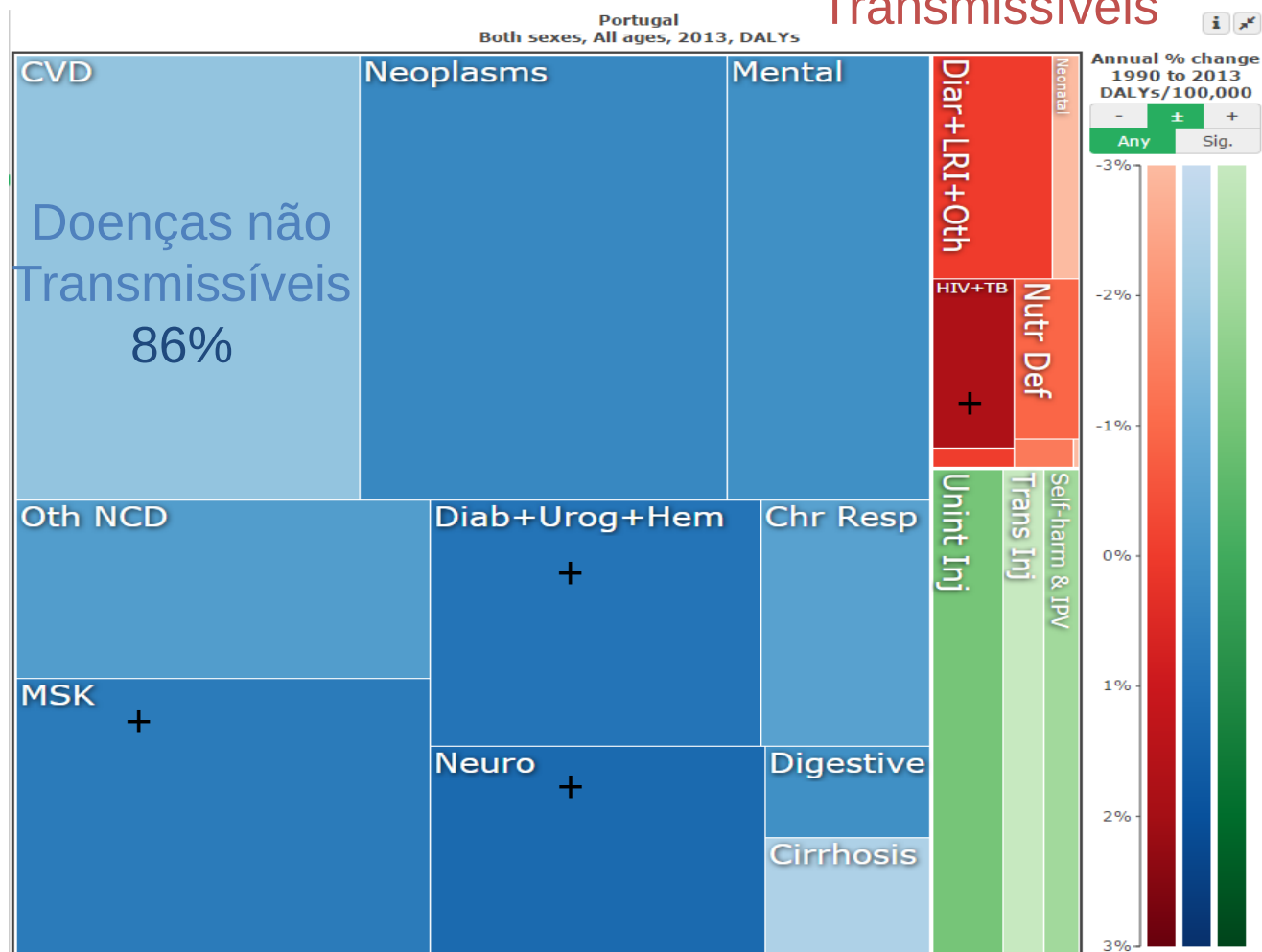


Carga da Doença (doenças associadas), ambos os sexos, Pt 2013



DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

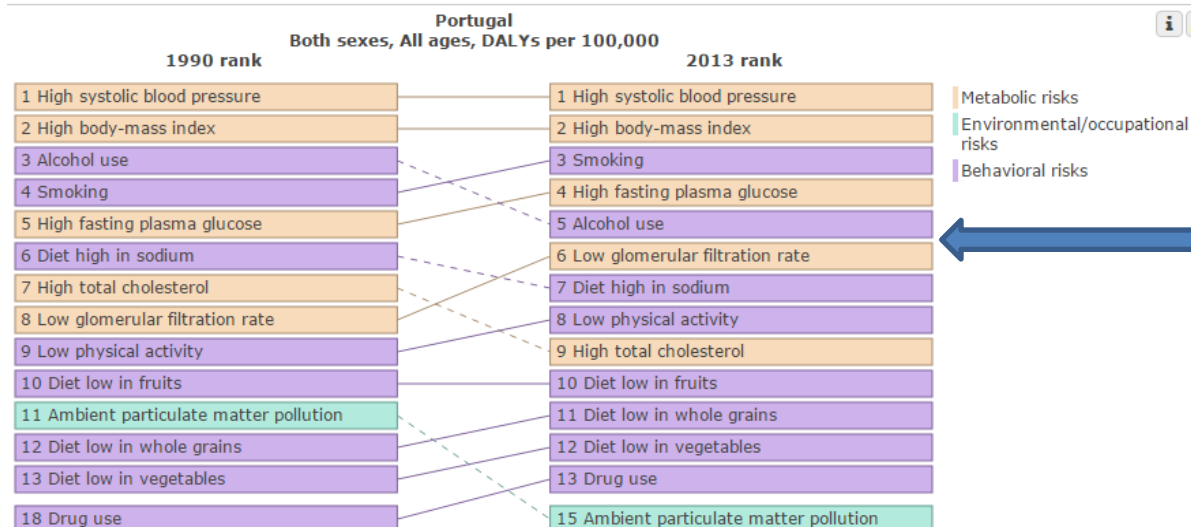
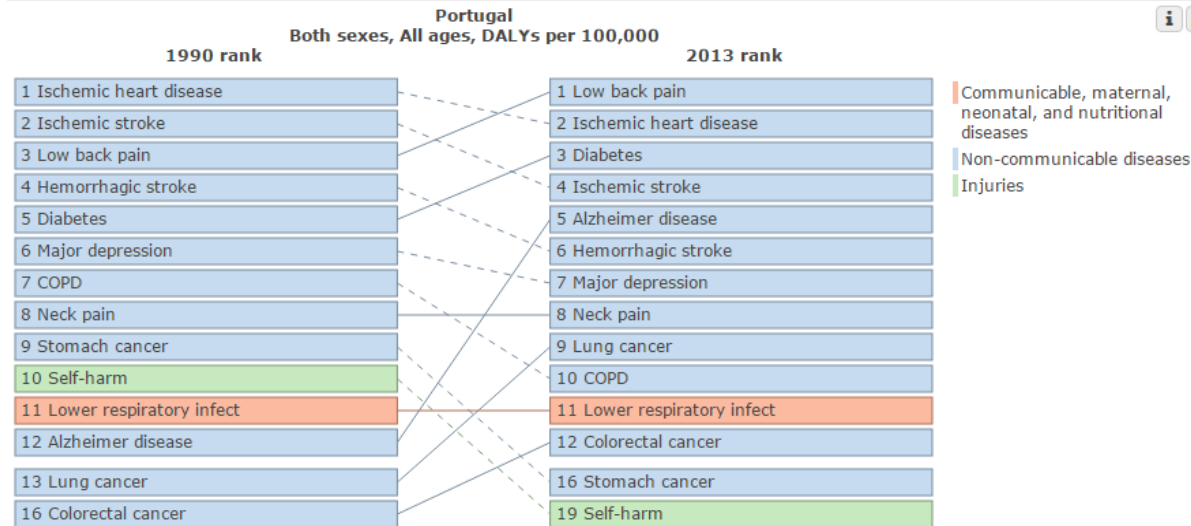
6% Doenças Transmissíveis



DALY – Disability-Adjusted Life Years

8% Lesões

Doenças e Fatores de risco, ambos os sexos, Portugal, 1990 e 2013 (DALYs por 100 000 habitantes)



← TOP 5

TREATMENT GAP

1º EENSM-PT

NOSOLOGIA	SINTOMAS/TRATAMENTO (anos)	MEDICO 1º ANO %
PERT DEPRESSIVAS	5	35,3
Depressão major	4	37,4
Bipolares	6	27,1
Distimias	3	37,5
PERT ANSIOSAS	23	12,7
Fobias sociais	18	7,5
Ans. generalizada	3	34,3
Pânico	2	45,8
ÁLCOOL	29	2,1
Abuso	29	3
Abuso/dependência	21	4,3

% Utilização de Serviços

1º EENSM

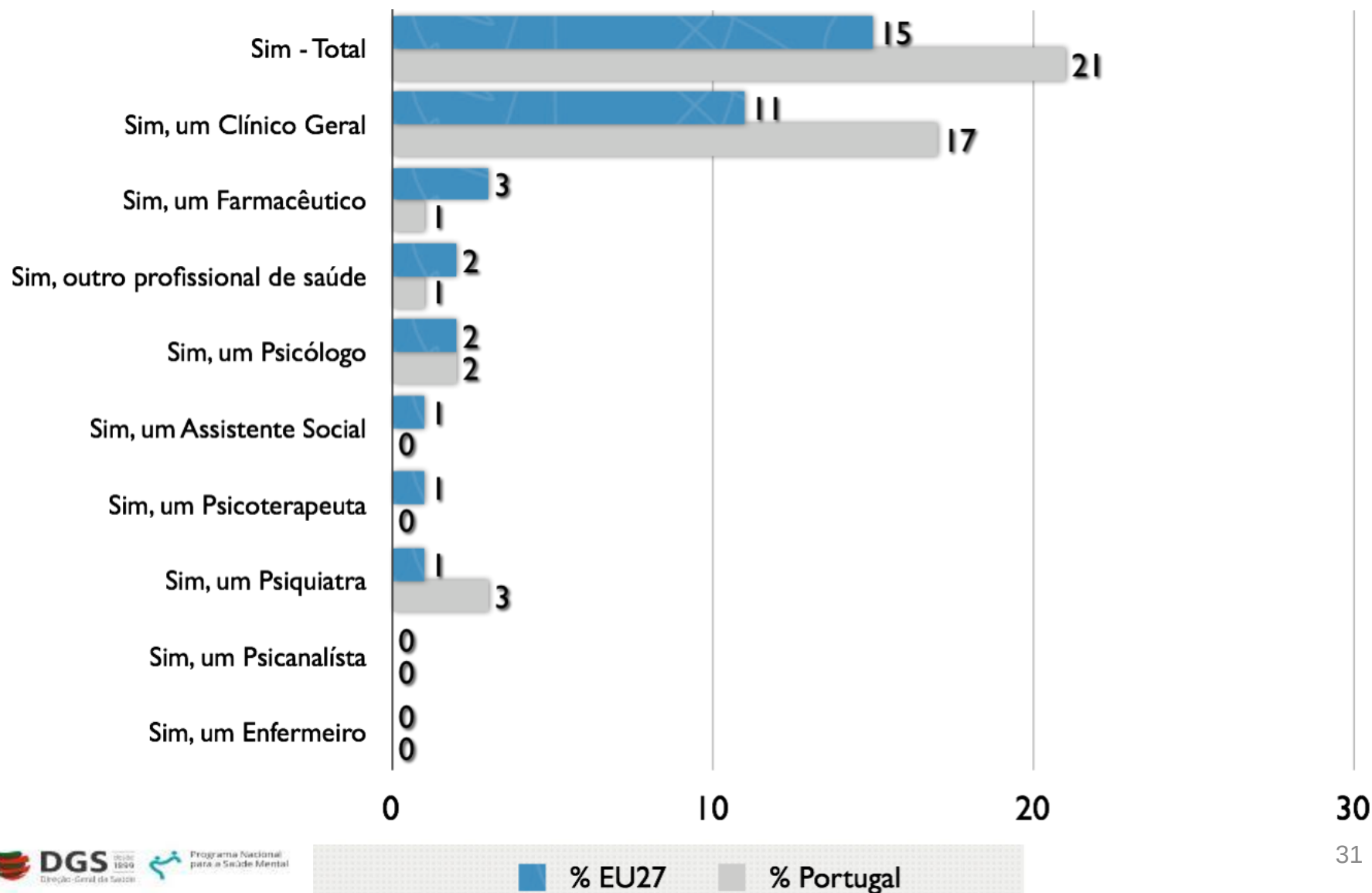
	MULHERES	HOMENS
	(N=2217)	(N=1632)
Utilização ao longo da vida	48,8	27,6
Psiquiatra	19,1	10,9
Outro Profissional de S. Mental	12,6	8,1
Clínico Geral	31,7	14,9
Outro Médico	6,2	2,9
Não Convencional	2,6	1,9
Conselheiro Religioso/Espiritual	2,4	1,0
Utilização nos últimos 12 meses	18,8	8,4
Psiquiatra	6,3	3,1
Outro Profissional de Saúde Mental	3,8	1,5
Clínico Geral	11,7	4,5
Outro Médico	2,2	1,2
Não Convencional	1,0	0,4
Conselheiro Religioso ou Espiritual	0,8	0,3

Nos últimos 12 meses procurou ajuda de um profissional devido a um problema psicológico ou emocional ? Se sim, indique qual da seguinte lista.

Eurobarómetro n.º 345 2010



DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde



Transição do SNS

1. **Rede de Cuidados Continuados Integrados de SM**
(com diferenciação para demências) → **PETIÇÃO**
2. Estruturação de **Programa de Intervenção em Demências**
3. **Rastreio de défices cognitivos das pessoas idosas nos CSP***.
4. Racionalização da **prescrição de benzodiazepinas***
5. Formação de **profissionais de cuidados domiciliários** a pessoas com perturbações demenciais❖
6. Formação de **profissionais de unidades residenciais** para pessoas com demência★

* EEAGrants ❖ Ass Alzheimer ★ Projeto

7. Novo modelo de governação e financiamento da Saúde Mental*

- Incentivos a trabalho na comunidade
- Incentivos a projetos de promoção e prevenção, particularmente na infância/adolescência
- O financiamento seguir o doente

8. Prolongamento do Plano Nacional de Saúde Mental até 2020, tendo como referenciais:

- *Plano Global de Saúde Mental da OMS 2013-2020*
- *Linhas de Orientação Estratégica para a UE de Saúde Mental e Bem-estar*
- *Conclusões da Conferência Nacional de Saúde Mental*

a) A importância da Intervenção Precoce

•Gravidez e puerpério:

- Período crítico e vulnerável para a saúde mental da mãe e da criança, comprometendo todo o desenvolvimento futuro.

•Indicadores de SM: diagnóstico precoce de fatores de risco em grávidas e puérperas

- *Avaliação da adaptação à gravidez, do estado emocional da mãe, de fatores psicossociais.*
- Parceria com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, elaborado pela Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil a ser implementado nos CSP.

Financiamento desdobro

➤ PNS INFANTIL E JUVENIL

- *Capacitação de profissionais dos CSP da avaliação do desenvolvimento e do risco emocional*

➤ PNS ESCOLAR

- *Promoção de competências socioemocionais de:*
 - *Docentes e profissionais de educação* (articulação com DG Educação)
 - *Equipas de Saúde Escolar nos CSP*
 - Manual no prelo

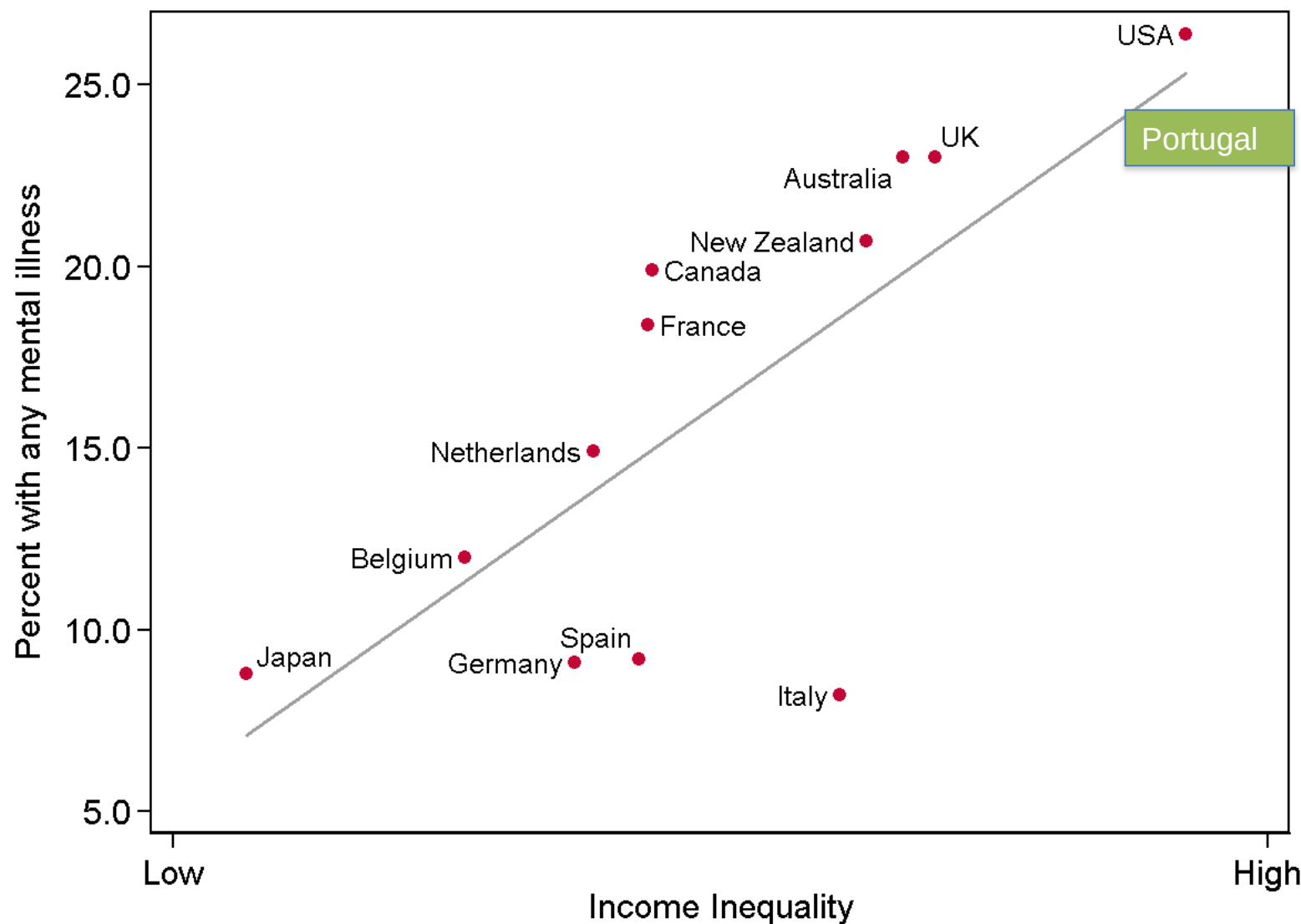
- Uso de psicofármacos em idade pediátrica: Grupo de Trabalho (GT) multidisciplinar de peritos:
 - **Levantamento do fenómeno**
 - **Preparação de normas no sentido da recomendação de boas-práticas**
 - **Abordagem pedagógica**

DESIGUALDADES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL

A doença mental é mais comum nas sociedades mais desiguais



DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde



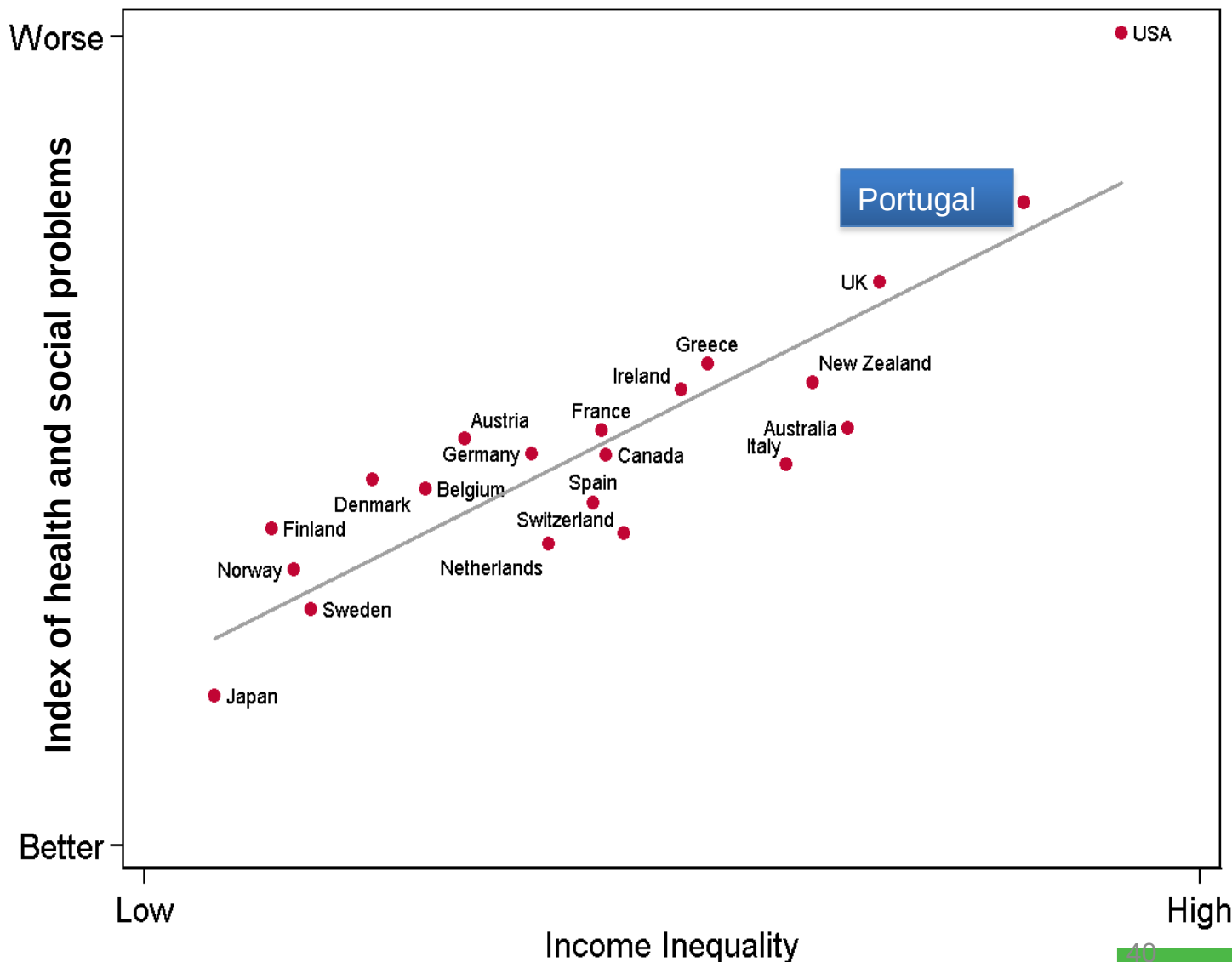
Problemas de saúde e sociais são mais graves nos países mais desiguais



DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

Index of:

- Life expectancy
- Math & Literacy
- Infant mortality
- Homicides
- Imprisonment
- Teenage births
- Trust
- Obesity
- Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
- Social mobility



Em resumo: maiores diferenciais do PIB levam a deteriorações em



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

Relações Sociais

- Conflitos infantojuvenis
- Homicídio
- Presos
- Capital social
- Confiança

Saúde

- Abuso de drogas
- Mortalidade infantil
- Esperança de vida
- Doença mental
- Obesidade

Capital Humano

- Bem-estar infantil
- Abandono escolar elevado
- Taxas de matemática e alfabetização
- Mobilidade Social
- Gravidez adolescente

**...mas não do
suicídio**



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Programa Nacional
para a Saúde Mental

Portugal é “o país mais desigual da Europa e o 7º da OCDE”
em 30 com rendimentos mais desiguais (2013) JN, 22/05/2015:

- **O coeficiente de Gini** (0 na igualdade/1 na desigualdade) PT:
 - **0,343** em 2011/ **0,338** em 2013 – média OCDE= **0,315**
 - **40%** mais pobres= **19,5%** da riqueza, com média = **20,6%**
- **Em risco a coesão social e o crescimento a longo prazo**
- **Queda do emprego** é causa principal, tal como o **emprego precário** mais comum em famílias com **>/ taxa pobreza**
- **Participação das mulheres** na vida económica
- **Educação/qualificação** para promoção do emprego
- **Redistribuição + eficiente:** *impostos e transferências sociais*

•**EUROSTAT-28:**

- **10%** mais ricos = **27%** da riqueza

INTERVALO DE DESIGUALDADE...

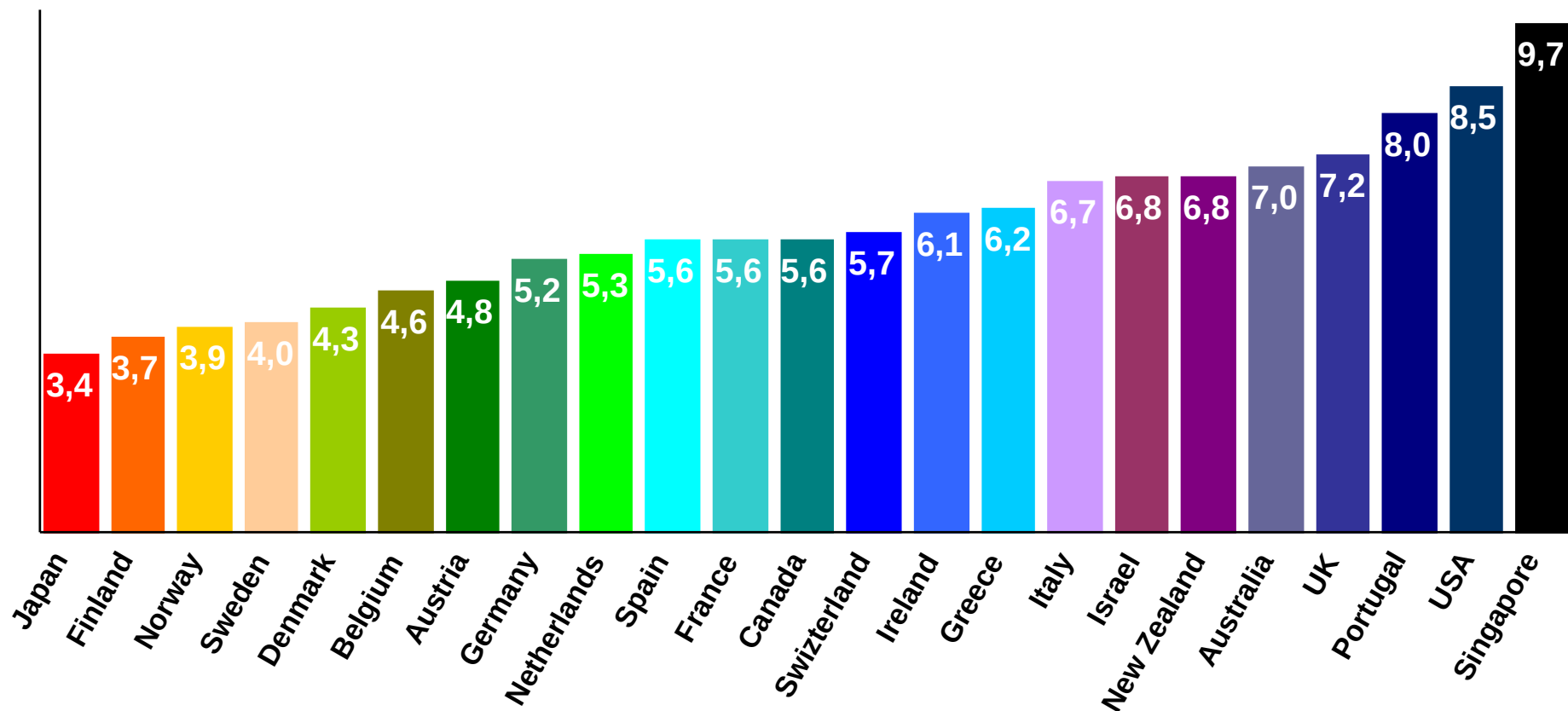


DGS

desde
1899

Direção-Geral da Saúde

Nos países mais ricos quantos são os 20% mais ricos comparativamente com os 20% mais pobres?



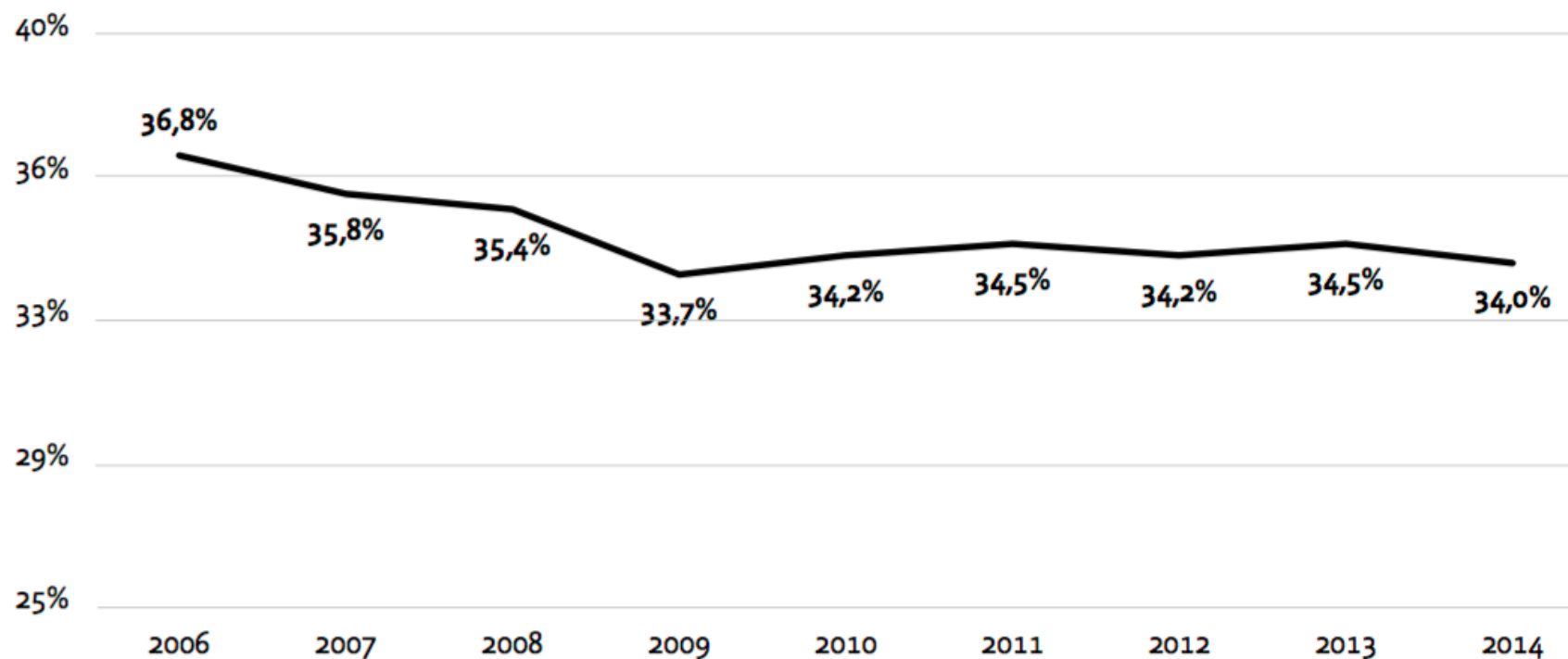
Relatório da Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016



EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE GINI

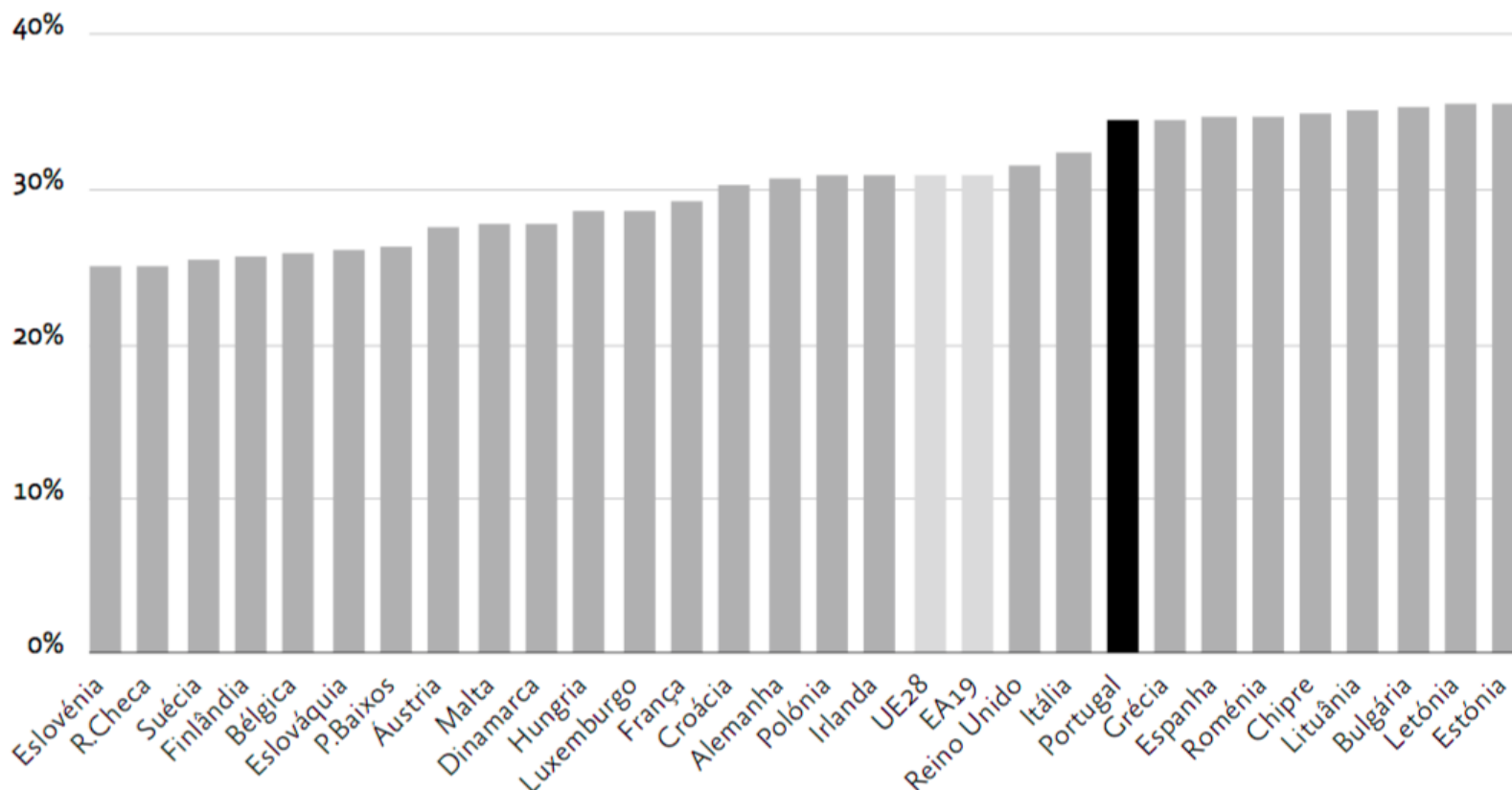


DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



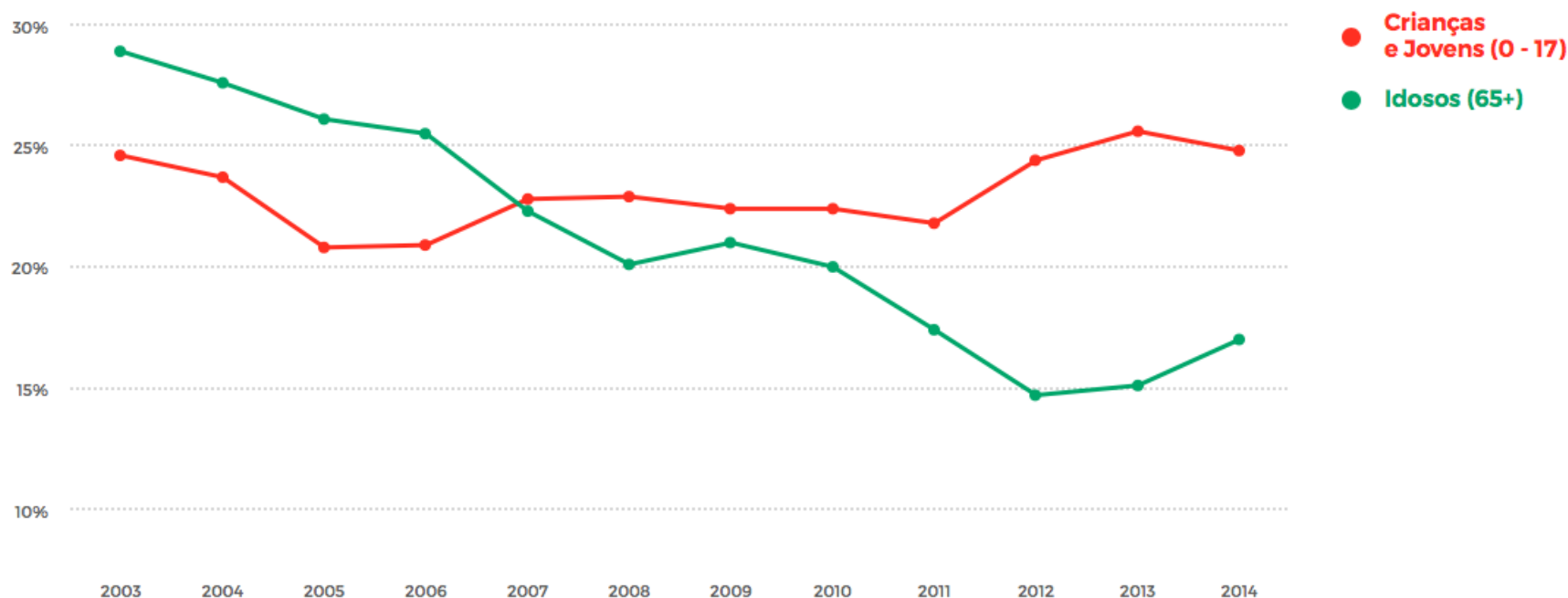
Fonte: INE, ICOR 2007 a 2015. Cálculos dos autores.

COEFICIENTE DE GINI DO RENDIMENTO EQUIVALENTE (2013)



Fonte: Eurostat, EU-SILC 2014.

Evolução do Risco de Pobreza em Crianças, Jovens e Idosos

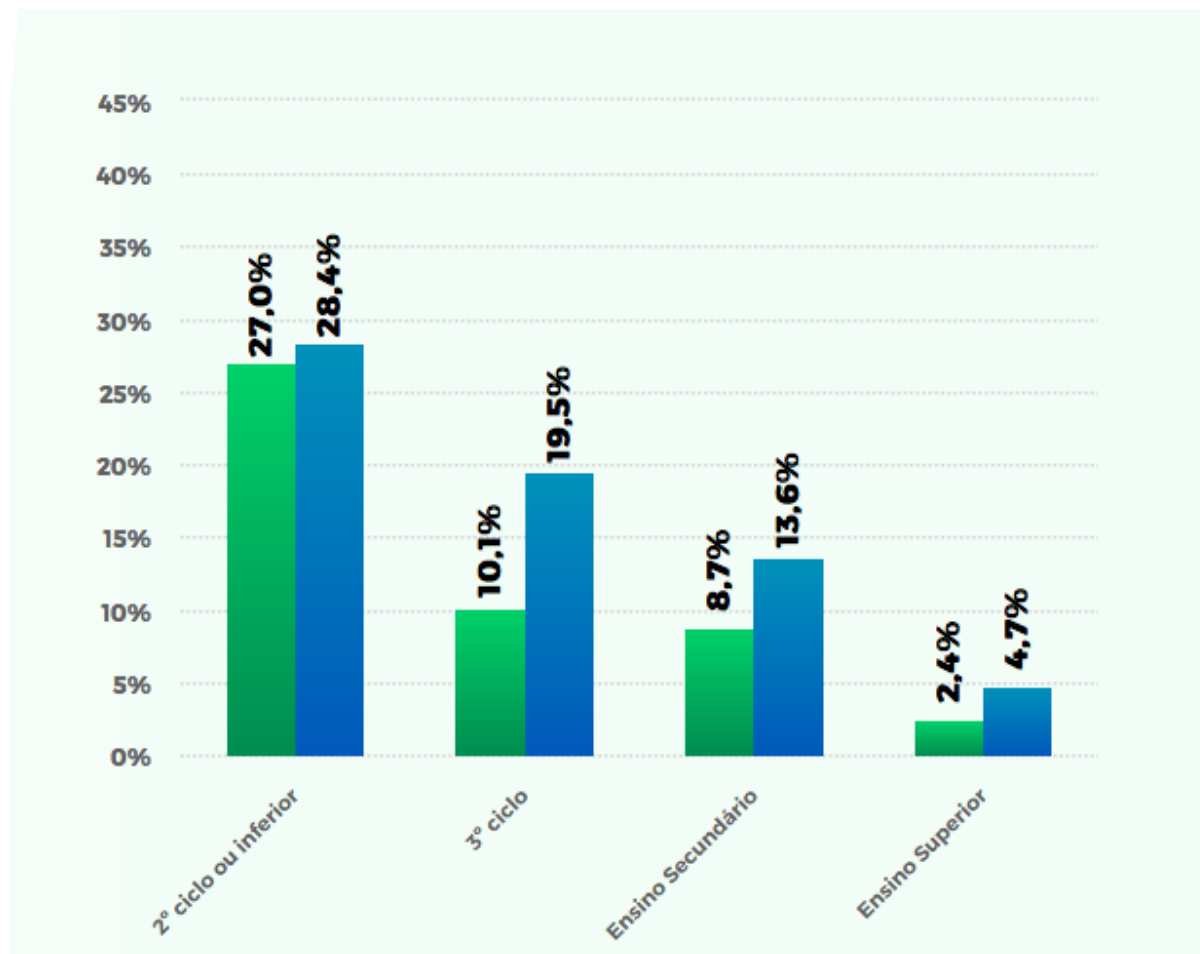


Fonte: Rodrigues, C.F., Figueiras, R. e Junqueira, V. (2016). Desigualdade do Rendimento e Pobreza em Portugal: As Consequências Sociais do Programa de Ajustamento, FFMS.
Nota: Informação baseada nos microdados do ICOR 2004 a 2015.

Taxa de Risco de Pobreza por Nível de Escolaridade do Indivíduo de Referência da Família



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



DIREITOS HUMANOS E DOENÇA MENTAL

Assunto: 32^a. Sessão do Conselho de Direitos Humanos – Resolução de iniciativa portuguesa sobre Saúde Mental e Direitos Humanos

Tenho a honra de levar ao conhecimento de V. Exa. que a resolução de iniciativa portuguesa intitulada “Saúde Mental e Direitos Humanos”, apresentada juntamente com o Brasil na 32.^a Sessão do Conselho de Direitos Humanos, que decorreu em Genebra de 13 de junho a 1 de julho de 2016, foi adotada por consenso com o copatrocinio de 63 Estados oriundos de todos os grupos regionais, incluindo o de 18 Estados-membros da União Europeia (Portugal, Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Croácia, Eslovénia, Espanha, França, Grécia, Itália, Letónia, Malta, Polónia, Reino Unido, Roménia, Suécia).

Esta resolução pioneira, que junto se remete, elaborada em estreita colaboração com a Organização Mundial de Saúde e com os Relatores Especiais sobre Direito à Saúde e Direitos das Pessoas com Deficiência, introduz a temática da saúde mental na agenda do Conselho de Direitos Humanos.

Em termos operacionais, a resolução solicita ao Alto-Comissário para os Direitos Humanos (ACDH) a elaboração de um relatório sobre a integração de uma perspetiva de direitos humanos na saúde mental e a realização dos direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, incluindo os utilizadores de serviços de saúde mental e serviços comunitários, a submeter à 34^a. Sessão do Conselho, em março de 2017.

Comissão dos Direitos Humanos (ONU)



General Assembly

Distr.: Limited
29 June 2016

Original: English

Human Rights Council

Thirty-second session

Agenda item 3

Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development

Belgium, Bolivia,* Bosnia and Herzegovina,* Bulgaria,* Brazil,* Croatia,* Fiji,* France, Greece,* Israel,* Monaco,* Montenegro,* Peru,* Portugal, Romania,* Spain,* State of Palestine,* Sweden,* Thailand,* Tunisia:* draft resolution



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



www.dgs.pt