

**Estados Gerais – Transformar o SNS**

Laboratório de Ideias IV - **Envelhecimento e Saúde Mental:**  
**Que abordagens? Que respostas?**

Lançado por ocasião da Conferência V dos “Estados Gerais – Transformar o SNS”

**Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu**

12 de outubro de 2023

*“Trabalho em curso”*

**Coordenação**

Ana Escoval, António Leuschner, José Carlos Santos, Manuela Ferreira

**Contributos:**

Amadeu Gonçalves, Ana Campos, Ana Lívio, Diana Breda, Fidalgo de Freitas, Filipa Tróia, Hélder Lourenço, Sandra Gil, Sónia Silva Alves, Tânia Correia, Tiago Santos

**Agosto – Outubro**

**2023**

## Nota Prévia

O **Envelhecimento e a Saúde Mental** são duas das áreas em que é mais evidente a interdependência entre as determinantes biopsicológicas e sociais da Saúde, entendida esta numa perspetiva global, cada vez mais reconhecida, o que deverá condicionar uma mudança profunda na arquitetura e funcionamento do Sistema como um todo, através de uma mais eficiente articulação entre os setores da Saúde e Social (Segurança Social e Autarquias).

O **envelhecimento** é um processo que cursa ao longo da vida, intimamente ligado com a saúde, seja a montante, porque a preservação da saúde condiciona a sua maior ou menor duração, seja a jusante, porque quanto maior essa duração, maior o impacto na saúde.

É um processo universal, que decorre de fatores extrínsecos e intrínsecos, destacando-se dentre os primeiros o fator tempo, de incidência em todas as situações; e dos segundos, os fatores genéticos.

Mas importa notar que se trata de uma etapa de um processo de desenvolvimento, de uma mais-valia, atingida por todos os que venceram as etapas características da espécie, do nascimento à vida adulta, adaptando-se (resistindo) a todas as formas de sofrimento/doença, ultrapassando, quer as vulnerabilidades, quer a exclusão e as causas de mortalidade prematura evitável, não respeitando apenas aos que ultrapassam uma qualquer barreira etária convencional.

O envelhecimento humano pode encarar-se de quatro óticas distintas: a cronológica, a biológica, a psicológica e a social, nem sempre coincidentes. O biológico está associado a várias alterações no cérebro e nas funções cognitivas, como a memória, a atenção e as capacidades executivas, além das sensoriais e as ligadas à mobilidade, com impacto na autonomia.

O envelhecimento psicológico – aqui particularmente em foco – depende não só das consequências decorrentes do envelhecimento do sistema nervoso central, mas também da perceção que o indivíduo tem da qualidade da sua vida e do bem-estar de que usufrui, enquanto o social se relaciona especialmente com a evolução dos papéis do indivíduo ao longo da vida e da sua relação com os outros.

Outros dois conceitos, relativamente próximos e com particular relevância para a nossa reflexão: os de «envelhecimento saudável» e «envelhecimento sem incapacidade», referindo-se este ao número de anos que o indivíduo pode esperar viver sem nenhuma limitação funcional, e aquele aos que pode viver com bem-estar, tomando parte ativa na sociedade a que pertence e gozando de uma vida autónoma, independente e de qualidade.

O nosso país, sendo um dos mais envelhecidos da Europa e da OCDE, obtém bons resultados na comparação relativa à esperança de vida ao nascer e aos 65 anos, mas perde muito quando se tem em conta a qualidade desses anos acrescentados à vida, nomeadamente quanto aos anos vividos sem nenhum tipo de incapacidade, o que será importante analisar quando se encaram os papéis relativos dos setores da Saúde e Social.

A **saúde mental** é um dos pilares essenciais da Saúde – tão importante na velhice como em qualquer outra altura da vida – e um aspeto importante do bem-estar e da qualidade de

vida de todas as pessoas, podendo ser afetada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

É mais do que a ausência de uma doença mental e é essencial para a percepção da saúde em geral, do bem-estar – emocional, psicológico e social, afetando como pensamos, sentimos, agimos, fazemos escolhas e nos relacionamos com os outros – e da qualidade de vida.

As pessoas mais velhas podem enfrentar desafios específicos e obstáculos ao acesso aos serviços de saúde mental, como estigma, falta de consciencialização, dificuldades de transporte ou disponibilidade limitada de cuidados especializados. Também por isso, a integração dos cuidados de saúde mental e física, melhora a acessibilidade, reduz a fragmentação e a duplicação de recursos e atende melhor às necessidades de saúde das pessoas.

À medida que envelhecem, as pessoas podem, para além das alterações biológicas, experimentar certas mudanças de vida que afetam a sua saúde mental, como lidar com uma doença grave ou crónica, ou sofrer uma perda significativa. Embora muitas se adaptem bem a essas mudanças, algumas podem experimentar sentimentos de luto, isolamento social ou solidão. Quando esses sentimentos persistem, podem levar a sofrimento mental, como depressão ou ansiedade, com todas as implicações daí decorrentes.

O autocuidado, como manifestação de autonomia e independência, pode desempenhar um papel importante na manutenção da saúde mental e ajudar a apoiar o tratamento e recuperação se surgir uma doença mental. No caso da saúde mental, o autocuidado pode ainda ajudar a controlar o stress, diminuir o risco de doenças e aumentar a energia.

## **Princípios para a transformação global da saúde mental**

Em recente documento publicado na sequência do Relatório da OMS de 2022, são definidos uma série de princípios a que as transformações da Saúde Mental deverão obedecer:

**Maior ênfase na promoção da saúde mental e na prevenção das doenças mentais**, pela abordagem aos determinantes sociais dos problemas de saúde mental, em detrimento do foco no tratamento de doenças mentais diagnosticadas;

**Utilizar um modelo de intervenção que reconheça explicitamente os diferentes estádios da evolução de uma doença mental**, proporcionando uma gama mais ampla de intervenções o mais cedo possível na evolução do problema, com foco em intervenções clínicas para situações clínicas graves;

**Desenvolver uma força de trabalho mais diversificada para prestar cuidados**, que abranja uma série de prestadores de primeira linha para melhorar o acesso aos cuidados e intervenções psicossociais, em alternativa a especialistas em saúde mental altamente treinados;

**Realizar uma abordagem baseada nos direitos das pessoas que garanta alternativas à coerção e à violência** nos cuidados de saúde mental, em **paridade com as outras áreas dos cuidados de saúde**, sem desrespeitar a dignidade e a autonomia das pessoas com experiência de doença mental;

**Desenhar um sistema de cuidados de saúde mental centrado nas experiências das pessoas que vivem com doenças mentais e nas das suas famílias, desde a sua conceção à sua operacionalização**, evitando a centralização nos prestadores.

São igualmente preconizadas uma série de **medidas para os concretizar**:

- uma **abordagem de toda a sociedade à prevenção e aos cuidados**;
- uma **reformulação da arquitetura da prestação de cuidados para proporcionar uma efetiva continuidade de cuidados**, adaptada à gravidade do problema de saúde mental;
- **investir mais naquilo que se revele eficaz**, para potenciar o impacto e valor dos investimentos; e
- **garantir a responsabilização através da monitorização e da atuação sobre um conjunto de indicadores de saúde mental**.

Ainda no mesmo Relatório de 2022 são apontados três caminhos principais que podem acelerar a transformação do sistema de saúde mental rumo aos objetivos do plano de ação global 2013-2030:

- Aprofundar o valor e o compromisso dados à saúde mental enquanto indivíduos, comunidades e governos; e combinar esse valor com mais comprometimento, envolvimento e investimento de todas as partes interessadas, em todos os setores;
- Remodelar as características físicas, sociais e económicas dos ambientes nas casas, escolas, locais de trabalho e em geral na comunidade que garantam dar a todos oportunidades iguais para prosperar e alcançar o mais alto nível atingível de saúde mental e bem-estar – para melhor proteger a saúde mental e prevenir problemas de saúde mental;
- Fortalecer os cuidados de saúde mental para que a resposta ao espectro completo de necessidades de saúde mental seja dada por uma rede baseada na comunidade, de serviços acessíveis e de qualidade.

**Tendo em especial atenção a população em apreço**, deverá igualmente ser tida em conta a necessidade de atender às quatro áreas definidas para a Década do Envelhecimento 2021-30:

- Ambientes amigos do envelhecimento;
- Combate ao idadismo;
- Integração de Cuidados; e
- Cuidados de Longa duração.

Por idênticas razões deverá atender-se aos riscos que representam para esta população o isolamento e a solidão, em especial em momentos sensíveis como a transição do domicílio para uma instituição, ou entre instituições.

As **alterações legislativas, organizacionais e funcionais** verificadas no nosso País nos últimos 60 anos, desde a Lei 2118, de 1963, até à Lei 35/2023, passando pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2020 e pelo DL 113/2021, nem sempre com o ritmo e a efetividade desejáveis, têm visado transformações no foco e nos métodos de trabalho nos Serviços de Saúde Mental.

A primeira, aprovou as Bases para a promoção da Saúde Mental, revogando as Bases reguladoras da Assistência Psiquiátrica, instituídas em 1945, tentando romper com a perspectiva assistencialista, dominante à época e com a lógica de um serviço vertical, criando dos Centros de Saúde Mental, posteriormente integrados nos serviços gerais de saúde, prosseguindo a descentralização da rede com a sua extensão a todos os Hospitais gerais, numa lógica de proximidade, permitindo aumentar a acessibilidade aos serviços.

A reengenharia do sistema assim procurada, salvaguardando, de forma crescente, os direitos das Pessoas com necessidade de cuidados de Saúde Mental, independentemente da sua idade, reduzindo o estigma, a discriminação e as desigualdades em Saúde, sendo certo, porém, que nem sempre a integração dos cuidados de saúde, no sentido estrito, com os de natureza social, tenha sido devidamente reforçada.

Na interseção dos problemas relacionados com o envelhecimento e a saúde mental, deverá merecer atenção especial a população constituída pelos residentes em instituições destinadas às pessoas mais velhas, independentemente de apresentarem ou não sintomatologia do foro mental, por se tratar de uma população em risco e para a qual é necessário dirigir ações de carácter promocional, preventivo ou de deteção precoce de problemas desta natureza e para as quais se possam justificar medidas terapêuticas atempadas, para o que se impõe uma efetiva articulação dessas instituições com os cuidados primários e/ou especializados de saúde, com garantia de equidade no acesso à saúde.

## Perguntas

### **A – Gestão estratégica**

#### **A.1 – Envelhecimento e saúde mental: Missão e propósitos dos SLS Mental (SLSM)**

Que estratégias para um envelhecimento saudável / sem incapacidade?

Como influenciar decisores políticos e sociedade para a importância de atuar sobre determinantes críticos para a Saúde Mental como são a educação, a estabilidade e condições de trabalho, a habitação, o urbanismo, os transportes, entre outros?

Que abordagem da saúde mental no envelhecimento? Que especificidades? Que atores e contextos?

#### **A.2 – Estratégias e Planos locais de Saúde e papel dos SLSM**

Como interrelacionar os diferentes âmbitos locais, previstos em normas diversas, num processo de planeamento integrado orientado para resultados em saúde?

Qual o papel dos SLSM nestes processos?

Que planeamento e intervenção de proximidade no âmbito das pessoas mais velhas e da saúde mental?

#### **A.3 – Governação e liderança colaborativa em saúde populacional**

Como desenvolver competências gerais e específicas de governação e liderança colaborativa em saúde populacional, de proximidade, nas equipas de saúde?

O que compete aos SLSM para promover a saúde e reduzir carga de doença e de incapacidade na população mais velha?

Como melhorar a curto prazo a qualidade de vida e a aproximação dos cuidados de saúde às pessoas mais velhas e mais desfavorecidas/vulneráveis e evitar ao máximo, até ao limite possível, a “institucionalização”?

A institucionalização numa “ERPI” ou similar não faz cessar a qualidade de beneficiário do SNS. Assim, como redesenhar os dispositivos de acesso e garantir integração e continuidade de cuidados adequados para estas pessoas, independentemente do seu contexto residencial?

#### **A.4 – Participação social, literacia e capacitação das pessoas e da comunidade**

Como promover a participação social no desenvolvimento das condições de saúde das pessoas mais velhas?

Como aumentar a Literacia em Saúde Mental das pessoas e das comunidades, como parte da Literacia em Saúde, e mesmo da Literacia, em geral?

Como combater o Idadismo e prevenir o Isolamento e a solidão?

Como promover comunidades saudáveis, solidárias, complementares e inclusivas centradas no desenvolvimento saudável ao longo da vida?

## **B – Gestão operacional**

### **B.1 – Inserção organizacional e contextual dos cuidados de Saúde Mental**

Qual o posicionamento sistémico e organizacional mais favorável para o cabal cumprimento da organização / articulação / promoção da acessibilidade e prestação de cuidados?

### **B.2 – Funções essenciais e competências técnicas de que os serviços devem dispor**

Quais as funções essenciais e competências técnicas indispensáveis de que os serviços de Saúde de proximidade devem dispor para o bom desempenho das suas funções na área da saúde mental?

Como redesenhar modalidades de cuidados adequados nas situações de perturbação de ansiedade e nas situações depressivas crónicas e recorrentes, de modo a permitir acompanhamento continuado próximo e regular, respaldado sempre que necessário numa retaguarda especializada – seguindo o princípio de resposta na necessidade e não por ritual de agendamento burocrático?

### **B.3 – Equipa multiprofissional abrangente**

Dada a abrangência e complexidade dos desafios colocados nesta faixa etária, atuais e previsíveis no futuro, qual a configuração desejável de uma equipa multiprofissional alargada, a nível local, de proximidade?

O que é possível fazer de diferente e melhor para propiciar diagnósticos mais precisos e precoces das situações que requerem cuidados psiquiátricos e reduzir os tempos decorridos entre o início da doença mental e o seu tratamento adequado?

## **C – Gestão da informação**

### **C.1 – Subsistema de informação**

Quais os requisitos essenciais para um subsistema de informação partilhado e acessível em saúde mental no âmbito de um sistema integrado de informação em saúde?

### **C.2 – Indicadores de desempenho e resultados**

Quais os indicadores mais adequados para monitorizar, aferir e avaliar de modo expedito, célere, fácil, a condição de saúde das pessoas mais velhas e a prestação de cuidados?

### **C.3 – Observatórios locais de saúde**

Como constituir OLS com participação e recursos intersectoriais locais?

## Contributos (entre 12 e 30 set)

### Questões gerais

- No pressuposto de que as Pessoas mais velhas com incapacidades, apoiadas em casa por cuidadores formais ou informais, e principalmente os institucionalizados, continuam a ser utentes do SNS (e a pagar impostos), que estratégias têm ou deviam ter os SLSM para lhes dar apoio neste contexto?
- Neste contexto, que estratégias têm ou deveriam ter os SLSM na formação, e consequente articulação dos cuidadores formais ou informais, quer seja no domicílio ou nas instituições.
- Dado que as Listas de espera que vêm sendo referidas deixam de o ser para serem indicador do mau funcionamento do serviço, nomeadamente se pensarmos nos prejuízos do diagnóstico tardio, prevenção do suicídio, iatrogenia, etc., que estratégias, sem ser a eterna solução de mais médicos e mais psicólogos?
- Dadas as elevadas comorbilidades nesta fase da vida, a necessidade de diagnóstico diferencial com a patologia psiquiátrica e as demências, e, mesmo a elevada somatização dos quadros psiquiátricos nas Pessoas mais velhas, que articulações funcionais e não burocratizadas podem ser úteis.
- Uma das dificuldades na prestação de apoios adequados às pessoas com doença mental e aos mais velhos em geral deriva do facto de não serem reconhecidos como sujeitos de direito, nem como pessoas com valor igual às pessoas novas e com boa saúde mental.
- As primeiras, continuam a ser vistas como doentes e por isso não iguais às pessoas saudáveis. Quanto aos mais velhos, tudo se agrava, pois, a política oficial do nosso país continua a ser a institucionalização, que em muitos casos se traduz na despersonalização completa das pessoas.
- Poderíamos questionar se a demência ou outras formas de doença mental nos mais velhos não serão formas de adaptação a contextos de vida, umas vezes de grande solidão e isolamento físico, ou ambientes coletivos em que as pessoas são desapossadas da sua individualidade e da sua liberdade.
- Só será possível criar uma rede amigável de serviços de apoio, se mudarmos o modo como as pessoas são olhadas, caso contrário apenas complicaremos as trajetórias que têm de percorrer para obter ajuda.
- Na rede de cuidados continuados em saúde mental (apesar de mínima) há situações em que há vagas que não são ocupadas porque os hospitais não referenciam as pessoas, sabendo-se que muitas pessoas beneficiam de um processo de reabilitação psicossocial e outras precisam de apoio próximo ao longo da vida para viverem com dignidade e a melhor saúde mental possível.
- A preocupação central deverá ser preservar a dignidade das pessoas e a partir daí procurarmos criar serviços que se foquem mais na pessoa que nas doenças que ela possa ter.

## **A – Gestão estratégica**

### **A.1 – Envelhecimento e saúde mental: Missão e propósitos dos SLS Mental (SLSM)**

**Que estratégias para um envelhecimento saudável / sem incapacidade?**

**Como influenciar decisores políticos e sociedade para a importância de atuar sobre determinantes críticos para a Saúde Mental como são a educação, a estabilidade e condições de trabalho, a habitação, o urbanismo, os transportes, entre outros?**

**Que abordagem da saúde mental no envelhecimento? Que especificidades? Que atores e contextos?**

O envelhecimento é definido como um processo de progressivas modificações biológicas, psicológicas e sociais ao longo da vida do ser humano.

O progressivo envelhecimento demográfico, decorrente do desenvolvimento socioeconómico, da ciência e da tecnologia, é um fenómeno marcante da sociedade moderna. Sendo um fenómeno biológico, psicológico e social, o aumento da esperança de vida, nem sempre corresponde a um nível de bem-estar ou a um grau de autonomia que possibilite aos mais velhos uma vida de acordo com as suas necessidades e expectativas.

Nas últimas décadas a população com mais de 65 anos cresceu de forma muito significativa. Entre 1970 e 2025, é esperado um aumento de 223% de pessoas nessa faixa etária em todo o mundo e estima-se que em 2050 haverá dois biliões de pessoas idosas, com 80% delas a viver nos países mais ricos (World Health Organization, WHO, 2002;2020).

O aumento acelerado nos índices de envelhecimento e as vulnerabilidades decorrentes dessa etapa do ciclo vital, coloca os idosos como grupo populacional de risco acentuado para problemas de saúde como, por exemplo, o sofrimento psíquico causado pela depressão que em alguns casos pode levar a comportamentos da esfera suicidária quando associado a vulnerabilidades socioambientais, psicológicas, familiares e de saúde.

São necessários estudos científicos com indicadores sobre a dimensão e gravidade destas problemáticas, nomeadamente os problemas de saúde mental mais prevalentes na população idosa, seus fatores de risco e de proteção que possam ajudar os decisores políticos na definição de políticas, planos e programas de intervenção direcionados para a prevenção e promoção da saúde mental das pessoas mais velhas através da aplicação de estratégias que favoreçam um diagnóstico precoce de problemas de saúde mental, a sua referência e tratamento.

De destacar também a importância de ações/programas de literacia em saúde mental que visem a capacitação de profissionais, familiares e pessoas significativas bem como o fortalecimento de uma rede de cuidados e apoio aos idosos com o envolvimento da família, voluntários, autarquias e comunidade de forma a assegurar a dignidade da pessoa idosa, combater o estigma e preconceito e todas as formas de discriminação, abandono, abuso, maus-tratos, negligência e violência.

As alterações legislativas, organizacionais e funcionais verificadas no País, desde as leis de saúde mental (Lei 2118, de 1963 e Lei 36/98 de 24 de Julho), até à mais recente publicação da nova lei de saúde mental (Lei 35/2023), passando pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2020 e pelo DL 113/2021, que apesar de muito boas, nem sempre têm produzido

transformações no foco e nos métodos de trabalho nos Serviços de Saúde Mental com o ritmo e a efetividade desejáveis.

Face ao exposto entendemos serem necessárias algumas melhorias técnicas e humanas, científicas e organizacionais, para o acompanhamento continuado próximo e regular da saúde mental da pessoa idosa, garantindo sempre numa retaguarda especializada.

Será de realçar, a este propósito, que os mais velhos enfrentam importantes desafios físicos e psicológicos, colocando-os em especial situação de vulnerabilidade para desenvolver algum tipo de transtorno envolvendo a saúde mental. Acontecimentos como a perda de entes queridos, o declínio das suas capacidades funcionais e cognitivas, e o aparecimento de problemas de saúde muitas vezes incapacitantes ou geradores de dor crónica impactam negativamente a vida dos idosos, podendo ter como consequência o desenvolvimento de problemas como a depressão e perturbações de ansiedade.

A Organização Mundial de Saúde, no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, lançou a proposta do envelhecimento saudável traduzindo o processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo a independência e qualidade de vida ao longo do ciclo vital.

Tal desafio implicará, por parte das equipas de saúde, o desenvolvimento de competências de liderança colaborativa, capaz de fomentar não só a participação ativa dos visados na promoção da sua saúde, mas também o envolvimento e a cooperação de todas as estruturas da comunidade, com destaque para as organizações de carácter social, como os Centros de Dia e as Unidades de Apoio Domiciliário, que desempenham um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias e na manutenção da pessoa no seu meio familiar e social.

Para o efeito, será crucial investir numa política de promoção da Literacia em Saúde das pessoas e da comunidade, bem como na formação especializada dos colaboradores dessas respostas sociais, de forma a sensibilizá-los para a deteção precoce de sinais de perturbações mentais e/ou neurológicas e para a sua comunicação às equipas de saúde.

Com efeito, o contacto contínuo e próximo destes profissionais com o idoso, em quem confiam para a satisfação de necessidades básicas pessoais, terapêuticas e outras da vida diária, transforma-os em preciosos aliados que importa conquistar e qualificar para conseguir aproximar os cuidados de saúde às pessoas mais velhas e vulneráveis e melhorar a sua qualidade de vida.

Tal interface entre a população e o sistema de saúde deverá ser assegurado, em primeira linha, por elementos dos Cuidados de Saúde Primários, que assegurarão a avaliação biopsicossocial do visado, solicitando, sempre que necessário, a colaboração da Equipa Comunitária de Saúde Mental (ECSM) do Serviço Local de Saúde Mental (SLSM).

Para um envelhecimento saudável, é fundamental manter uma ótima saúde mental, sendo que para tal desidrato, os relacionamentos sociais, a saúde física e a atividade sexual satisfatória, exigem a atenção dos profissionais de saúde para que esses temas sejam incluídos na avaliação dos pacientes idosos, o que muitas vezes não acontece.

Uma revisão de literatura específica demonstra que são mais estudados os aspetos biológicos do envelhecimento e o respetivo tratamento, enquanto os fatores psicossociais e relacionais que afetam essa população são analisados de maneira insuficiente.

Com o aumento da esperança de vida da população, propiciada pelos avanços da medicina, da tecnologia e de medidas que favorecem a qualidade de vida, a atividade sexual, tantas vezes esquecida ou escondida, pode e deve ser mantida, assim como os anos produtivos. Conhecer o comportamento sexual do idoso torna-se, portanto, imperioso, pois a sexualidade como se sabe manifesta-se ao longo de toda a vida humana.

Estudo desenvolvido em 29 países, envolvendo mais de 27.000 homens e mulheres entre 40 e 80 anos, identificou a importância da manutenção da atividade sexual para 80% dos homens e 60% das mulheres. Neste sentido, a saúde sexual não deve limitar-se apenas ao aconselhamento e cuidados de saúde relativamente à procriação ou à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, mas também constituir uma abordagem positiva à sexualidade humana para o enriquecimento da vida e das relações interpessoais. No entanto e apesar das mudanças sexuais em curso, a sexualidade continua a estar longe de ser vista como saudável e natural nas Pessoas mais velhas.

Campanhas de informação e sensibilização, quer à população, quer aos próprios técnicos de saúde, que visem a promoção e proteção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar, a reabilitação funcional e a manutenção de uma vida sexualmente ativa, protegida e livre de perigos, sendo que especificamente, no caso da relação entre o HIV e a população idosa, esta estratégia teria um papel fundamental, não apenas na divulgação de métodos de prevenção da doença, mas também no próprio diagnóstico precoce do vírus.

Os estudos de que dispomos apontam evidências suficientes do impacto de variáveis biológicas e algumas evidências dos aspetos psicossociais e relacionais da função sexual feminina e masculina na Saúde Mental. Mais estudos sobre as variáveis psicossociais e de relacionamentos são necessários. Não obstante, no estágio atual do conhecimento, já se reconhece a relevância da reabilitação da função sexual, o que favorece o fortalecimento da saúde numa perspetiva integral e holística.

A definição de expectativas realistas, considerando a impossibilidade da recuperação integral da vida sexual anterior ao envelhecimento, é um dos aspetos mais importantes na orientação dessa população. Significa adaptar-se às circunstâncias atuais, maximizar as capacidades preservadas, adaptar-se às limitações atuais e manter-se otimista.

## **A.2 – Estratégias e Planos locais de Saúde e papel dos SLSM**

**Como interrelacionar os diferentes âmbitos locais, previstos em normas diversas, num processo de planeamento integrado orientado para resultados em saúde?**

**Qual o papel dos SLSM nestes processos?**

**Que planeamento e intervenção de proximidade no âmbito das pessoas mais velhas e da saúde mental?**

OS SLSM têm um papel fundamental, centrando as respostas nas já referidas equipas.

### **A.3 – Governação e liderança colaborativa em saúde populacional**

**Como desenvolver competências gerais e específicas de governação e liderança colaborativa em saúde populacional, de proximidade, nas equipas de saúde?**

**O que compete aos SLSM para promover a saúde e reduzir carga de doença e de incapacidade na população mais velha?**

**Como melhorar a curto prazo a qualidade de vida e a aproximação dos cuidados de saúde às pessoas mais velhas e mais desfavorecidas/vulneráveis e evitar ao máximo, até ao limite possível, a “institucionalização”?**

**A institucionalização numa “ERPI” ou similar não faz cessar a qualidade de beneficiário do SNS. Assim, como redesenhar os dispositivos de acesso e garantir integração e continuidade de cuidados adequados para estas pessoas, independentemente do seu contexto residencial?**

Ainda de acordo com o referido D-L 113/2001, a atividade das ECSM integra obrigatoriamente “a articulação com outras estruturas comunitárias com o objetivo de promover a saúde mental, nas vertentes da literacia e promoção da saúde, prevenção da doença, intervenção terapêutica e reabilitação psicossocial”. Nessa medida, afigura-se que deverão assumir um papel de relevo no âmbito da formação e consultoria das equipas das referidas respostas sociais, bem como das equipas dos cuidados de saúde primários, assegurando que tal objetivo é compartilhado e assegurado em conjunto.

Sendo certo que o ideal será a pessoa idosa permanecer, tanto quanto possível, autónoma e capaz de cuidar de si própria, no seu meio familiar e social, ainda que com recurso a apoios, a realidade mostra que há um número considerável de idosos que não encontra uma resposta adequada nesse meio. Torna-se, por isso, frequente o recurso à institucionalização em Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI), a título temporário ou permanente.

Será importante ter presente que o idoso ao ser institucionalizado demonstra frequentemente um sentimento de inadaptação ao novo meio, motivado pelo afastamento dos familiares e amigos, pela perda de autonomia funcional, de objetivos de vida, fazendo surgir sentimentos de solidão, de inutilidade e falta de motivação. Tal coloca-os em risco especial de desenvolvimento de perturbações depressivas e/ou de ansiedade, reclamando uma especial atenção não só por parte dos profissionais dessa estrutura, mas também por parte das equipas de saúde.

A adequada formação dos profissionais destas estruturas é de toda a relevância no sentido de promover um ambiente institucional favorável ao idoso, onde as suas necessidades são devidamente relevadas e a sua dignidade reconhecida. Também aqui as ECSM, atentas as atribuições que lhe estão legalmente cometidas, poderão desempenhar um papel fundamental, sensibilizando os cuidadores para as necessidades específicas desta população especialmente vulnerável e levantando o manto de invisibilidade que cobre os sinais de doença mental nos idosos, vulgarmente considerados como características próprias da idade.

Neste âmbito, afigura-se pertinente o desenvolvimento de protocolos entre o Serviço Local de Saúde Mental, o Centro Regional de Segurança Social e as Estruturas Residenciais para Idosos da respetiva área de influência, no sentido de possibilitar uma colaboração regular

no desenvolvimento de programas na área de treino e formação em saúde mental e na supervisão e seguimento de casos.

Nas ERPI com apoio médico, seria desejável implementar um modelo de cuidados colaborativos com a ECSM para seguimento de pessoas com doenças mentais, exequível através do recurso à consultoria, por via telemática e/ou presencial. Tal revelar-se-ia potencialmente proveitoso para evitar a utilização dos recursos do serviço de urgência para gestão de síndromes confusionais agudos ou das alterações comportamentais associados frequentemente à demência, que representam um especial desafio para profissionais pouco treinados na área. A urgência é um cenário especialmente hostil para um idoso, gerador de ansiedade e suscetível de aumentar a confusão mental, para além de o colocar em risco de contrair outras doenças que poderão contribuir para agravar o seu estado de saúde físico e mental. Por outro lado, será de evitar a fragmentação de cuidados resultante da observação recorrente por diferentes prestadores de saúde, resultando, não raras vezes em situações de polimedicação, com os riscos inerentes.

Nas ERPI sem médico assistente, haveria toda a vantagem em envolver as Equipas dos Cuidados de Saúde Primários para assumir a função de gestor de saúde do idoso, de forma a garantir que este seria encarado de uma perspectiva holística e que seria assegurada a desejada integração e continuidade de cuidados, nomeadamente com a ECSM. Efetivamente, a institucionalização numa ERPI ou similar não faz cessar a qualidade de beneficiário do SNS, não devendo o idoso ficar diminuído no direito de aceder a cuidados de saúde acessíveis aos demais cidadãos pelo facto de ter deixado a sua residência.

Apoio ao desenvolvimento de Serviços de Orientação e Planeamento do período da Reforma;

Aumento do investimento ao nível dos rastreios médicos habituais e alargamento a outras áreas – ex. saúde mental, oral e auditiva;

Reativação de redes de suporte social primárias – vizinhança – combate ao isolamento social;

Consciencialização da população para termos como Cuidados Paliativos – elevado estigma dificulta o acesso a medidas de conforto e controlo da dor;

Maior investimento em respostas sociais para a área de Dia e equipas de apoio domiciliário com ofertas de serviços mais diversificados, adaptados às diferentes necessidades sociais e clínicas dos utentes para além dos serviços habituais de alimentação, higiene, gestão da medicação; (p.e – treinos cognitivos; promoção da autonomia) ...

Através das ECSM e a sua capacidade de descentralização do serviço hospitalar/proximidade, o acesso a cuidados de saúde seria garantido de forma mais célere, assegurado, podendo diligenciar intervenções clínicas e terapêuticas em diferentes níveis de crise, tornando-se uma resposta mais célere, evitando, na maioria das vezes, a necessidade de intervenções clínicas mais evasivas e ou de hospitalizações mais prolongadas.

Forte investimento, envolvimento, articulação e colaboração com os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Com efeito, o contacto contínuo e próximo destes profissionais com o idoso, em quem confiam para a satisfação de necessidades básicas pessoais, terapêuticas e outras da vida

diária, transforma-os em preciosos aliados que importa conquistar e qualificar para conseguir aproximar os cuidados de saúde às pessoas mais velhas e vulneráveis e melhorar a sua qualidade de vida.

Tal interface entre a população e o sistema de saúde deverá ser assegurado, em primeira linha, por elementos dos Cuidados de Saúde Primários, que assegurarão a avaliação bio-psico-social do visado, solicitando, sempre que necessário, a colaboração da Equipa Comunitária de Saúde Mental (ECSM) do Serviço Local de Saúde Mental (SLSM).

#### **A.4 – Participação social, literacia e capacitação das pessoas e da comunidade**

**Como promover a participação social no desenvolvimento das condições de saúde das pessoas mais velhas?**

**Como aumentar a Literacia em Saúde Mental das pessoas e das comunidades, como parte da Literacia em Saúde, e mesmo da Literacia, em geral?**

**Como combater o Idadismo e prevenir o Isolamento e a solidão - Como promover comunidades saudáveis, solidárias, complementares e inclusivas centradas no desenvolvimento saudável ao longo da vida?**

O Idadismo pode levar à exclusão social e à marginalização. O isolamento e a solidão são, eles próprios, fatores de risco para a saúde mental e física das pessoas mais velhas.

- EIXO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS:

- Melhoria da qualidade dos serviços através da reinvenção das estruturas destinadas à prestação dos cuidados, numa ótica de maior humanização dos serviços e maior respeito pela individualidade e dignidade da pessoa idosa.

- A patologia crónica múltipla, a polimedicação e fatores que condicionam a saúde e autonomia obrigam a uma avaliação/atuação multidisciplinares, multinível, integrada e em equipa.

- Instituição da visita domiciliária de preparação da alta de internamento hospitalar e de seguimento, em articulação com o CS e com as juntas de freguesia, no sentido de promover o desenvolvimento de ambientes seguros, e de informar sobre: respostas sociais na comunidade, sobre tecnologias e serviços disponíveis, como, por exemplo, o serviço de telealarme e prevenção de acidentes domésticos e de lazer;

- Programa de prevenção e intervenção precoce na saúde mental nos idosos, com incidência na depressão, declínio cognitivo e prevenção do suicídio, de forma proativa nos cuidados de saúde primários, nos atendimentos de urgência, nos internamentos, CE;

- Programas de reconciliação terapêutica: A população idosa constitui grupo de risco para a ocorrência de reações adversas, por causa da utilização de múltiplos medicamentos, de medicamentos inadequados e elevado número de medicamentos prescritos por dia. Equipas multidisciplinares nos serviços de saúde e farmácias comunitárias podem avaliar a possibilidade de uso de outras alternativas terapêuticas/doses/via de administração.

- EIXO DO REFORÇO DA RELAÇÃO COM A COMUNIDADE

- Promover a participação social das pessoas idosas em atividades que lhes interessem, como voluntariado, grupos de interesse, atividades culturais, (evitar cumprimento de expectativas alheias) e fomentar a intergeracionalidade.
- Promover o envelhecimento em casa através de programas que permitam às pessoas idosas viverem em suas casas com segurança, durante o maior tempo possível e com qualidade de vida;
- Garantir o acesso à tecnologia para as pessoas idosas, implementação de medidas inovadoras de carácter tecnológico, permitindo-lhes manter contato com amigos, aceder a informações relevantes e participar em atividades online, respeitando, no entanto, a determinação de se manter *off line*.
- Capacitação de cuidadores, com enfoque no alívio da sobrecarga do SNS e do SPS, salvaguardando a sustentabilidade.

- EIXO DA PROMOÇÃO DA LITERACIA E COMUNICAÇÃO

- Combater o estigma e a discriminação contra as pessoas idosas através de campanhas de sensibilização e educação e promover o envolvimento da população nas políticas de saúde mental.
- Desconstruir mitos e preconceitos sobre a doença mental e aceitação (um “Mythbuster” num pequeno segmento televisivo, criar quizz /gamificação para veicular a informação correta)

É importante envolver todos os setores da sociedade.

As Escolas e Autarquias devem estar envolvidas na promoção de hábitos de vida saudáveis permitindo uma participação ativa da população, envolvendo os idosos em atividades intergeracionais, facilitando o envelhecimento saudável, prevenindo assim o isolamento social. As Escolas podem ter um papel fundamental na redução do preconceito de idade se for incluída e obrigatória uma disciplina lecionada desde o ensino básico à Universidade para abordar este tema - o Idadismo e literacia em saúde.

Disponibilizar cuidados integrados de saúde para atender às necessidades dos mais velhos, viabilizar acesso fácil e uma boa rede de transportes públicos. Se houver um bom acompanhamento da pessoa pela Equipa multidisciplinar e, particularmente, de Enfermagem há a deteção precoce de doenças, a prevenção de deficiências nutricionais, bem como uma promoção da Saúde Mental.

Deverá haver mais prevenção, promovendo hábitos de vida saudável desde a infância à idade adulta, tornando-se pessoas com melhor saúde física e mental. Essa prevenção deve ser iniciada e acompanhada pelos Enfermeiros de família /Enfermeiros Especialistas Psiquiatria e Saúde Mental nos Centros de Saúde, ao longo de toda a vida do indivíduo.

## **B – Gestão operacional**

### **B.1 – Inserção organizacional e contextual dos cuidados de Saúde Mental**

**Qual o posicionamento sistémico e organizacional mais favorável para o cabal cumprimento da organização / articulação / promoção da acessibilidade e prestação de cuidados?**

Nos termos do Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, que aprovou as novas regras de organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, as ECSM constituem pilares fundamentais dos serviços locais de saúde mental, devendo funcionar, em articulação com os cuidados de saúde primários, de acordo com os seguintes modelos:

a) Modelo de cuidados colaborativos, no seguimento de pessoas com doenças mentais comuns;

b) Modelo de gestão de casos, no seguimento de pessoas com doenças mentais graves.

Ainda de acordo com o referido normativo legal, a atividade das ECSM integra obrigatoriamente “a articulação com outras estruturas comunitárias com o objetivo de promover a saúde mental, nas vertentes da literacia e promoção da saúde, prevenção da doença, intervenção terapêutica e reabilitação psicossocial”. Nessa medida, afigura-se que deverão assumir um papel de relevo no âmbito da formação e consultoria das equipas das referidas respostas sociais, bem como das equipas dos cuidados de saúde primários, assegurando que tal objetivo é partilhado e assegurado em conjunto.

Sendo certo que o ideal será a pessoa idosa permanecer, tanto quanto possível, autónoma e capaz de cuidar de si própria, no seu meio familiar e social, ainda que com recurso a apoios, a realidade mostra que há um número considerável de idosos que não encontra uma resposta adequada nesse meio. Torna-se, por isso, frequente o recurso à institucionalização em Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI), a título temporário ou permanente.

Será importante ter presente que o idoso ao ser institucionalizado demonstra frequentemente um sentimento de inadaptação ao novo meio, motivado pelo afastamento dos familiares e amigos, pela perda de autonomia funcional, de objetivos de vida, fazendo surgir sentimentos de solidão, de inutilidade e falta de motivação. Tal coloca-os em risco especial de desenvolvimento de perturbações depressivas e/ou de ansiedade, reclamando uma especial atenção não só por parte dos profissionais dessa estrutura, mas também por parte das equipas de saúde.

A adequada formação dos profissionais destas estruturas é de toda a relevância no sentido de promover um ambiente institucional favorável ao idoso, onde as suas necessidades são devidamente relevadas e a sua dignidade reconhecida. Também aqui as ECSM, atentas as atribuições que lhe estão legalmente cometidas, poderão desempenhar um papel fundamental, sensibilizando os cuidadores para as necessidades específicas desta população especialmente vulnerável e levantando o manto de invisibilidade que cobre os sinais de doença mental nos idosos, vulgarmente considerados como características próprias da idade.

Neste âmbito, afigura-se pertinente o desenvolvimento de protocolos entre o Serviço Local de Saúde Mental, o Centro Regional de Segurança Social e as Estruturas Residenciais para

Idosos da respetiva área de influência, no sentido de possibilitar uma colaboração regular no desenvolvimento de programas na área de treino e formação em saúde mental e na supervisão e seguimento de casos.

Nas ERPI com apoio médico, seria desejável implementar um modelo de cuidados colaborativos com a ECSM para seguimento de pessoas com doenças mentais, exequível através do recurso à consultoria, por via telemática e/ou presencial. Tal revelar-se-ia potencialmente proveitoso para evitar a utilização dos recursos do serviço de urgência para gestão de síndromes confusionais agudos ou das alterações comportamentais associados frequentemente à demência, que representam um especial desafio para profissionais pouco treinados na área. A urgência é um cenário especialmente hostil para um idoso, gerador de ansiedade e suscetível de aumentar a confusão mental, para além de o colocar em risco de contrair outras doenças que poderão contribuir para agravar o seu estado de saúde físico e mental. Por outro lado, será de evitar a fragmentação de cuidados resultante da observação recorrente por diferentes prestadores de saúde, resultando, não raras vezes em situações de polimedicação, com os riscos inerentes.

Nas ERPI sem médico assistente, haveria toda a vantagem em envolver as Equipas dos Cuidados de Saúde Primários para assumir a função de gestor de saúde do idoso, de forma a garantir que este seria encarado de uma perspetiva holística e que seria assegurada a desejada integração e continuidade de cuidados, nomeadamente com a ECSM. Efetivamente, a institucionalização numa ERPI ou similar não faz cessar a qualidade de beneficiário do SNS, não devendo o idoso ficar diminuído no direito de aceder a cuidados de saúde acessíveis aos demais cidadãos pelo facto de ter deixado a sua residência.

Também ao nível da população há necessidade de uma maior consciencialização para termos como Cuidados Paliativos – elevado estigma dificulta o acesso a medidas de conforto e controlo da dor, bem como um maior investimento em respostas sociais para a área de Dia e equipas de apoio domiciliário, com ofertas de serviços mais diversificados, adaptados às diferentes necessidades sociais e clínicas dos utentes para além dos serviços habituais de alimentação, higiene, gestão da medicação; (p.e – treinos cognitivos; promoção da autonomia) ...

## **B.2 – Funções essenciais e competências técnicas de que os serviços devem dispor**

**Quais as funções essenciais e competências técnicas indispensáveis de que os serviços de Saúde de proximidade devem dispor para o bom desempenho das suas funções na área da saúde mental?**

**Como redesenhar modalidades de cuidados adequados nas situações de perturbação de ansiedade e nas situações depressivas crónicas e recorrentes, de modo a permitir acompanhamento continuado próximo e regular, respaldado sempre que necessário numa retaguarda especializada – seguindo o princípio de resposta na necessidade e não por ritual de agendamento burocrático?**

O foco das intervenções deverá ser colocado na redução dos fatores de risco (sintomas depressivos e isolamento, perdas, reforma, aparecimento de quadros neurocognitivos entre outros ...) e nos fatores de proteção (fortalecimento da resiliência, autoconfiança e habilidades sociais).

As competências técnicas remetem para o desempenho dos profissionais de saúde e são indissociáveis do **investimento em recursos humanos** diferenciados, relevando para um maior investimento na **formação** e empoderamento dos profissionais através da aquisição e desenvolvimento de **competências específicas e diferenciadoras** na área da saúde mental e envelhecimento.

As equipas de saúde devem possuir e desenvolver **competências de trabalho em equipa e em rede** cujo modelo organizacional de referência deverá ser o modelo comunitário em estreita articulação com os demais serviços e instituições de saúde, aspetos recorrentemente plasmados na diversa legislação, mas que continuam a carecer de uma efetiva implementação/operacionalização (Neves, 2012). Neste sentido devem ser incrementadas **competências de rastreio/diagnóstico precoce, referência e articulação** nas equipas, com particular destaque para a valorização e importância do papel do enfermeiro especialista em ESMP.

No Plano Nacional de Saúde Mental é identificada a **importância da multidisciplinaridade com forte participação de enfermeiros** e outros técnicos não médicos nas equipas ou unidades de saúde mental comunitária. Acrescentamos ainda que em serviços da comunidade e sociais (ex. Lares) estes profissionais são muito necessários para um acompanhamento adequado dos idosos (ex. administração medicamentosa em excesso para contenção noturna dos idosos por profissionais indiferenciados).

Competências no âmbito da **relação terapêutica** e estratégias de **comunicação centrada na pessoa** são fundamentais no processo de prestação de cuidados de saúde e condição *sine qua non* em cuidados de saúde mental. Investir continuamente nesta área é fundamental para a efetividade dos cuidados à saúde mental do idoso mas também para a qualidade, satisfação com os cuidados de saúde, bem como adesão aos mesmos. O envolvimento dos interessados e da família ou familiares “cuidadores” é fundamental em todo o processo para que se obtenham resultados positivos e sustentados.

As competências de **intervenção com cuidadores informais** devem ser potenciadas, incentivadas e valorizadas.

Em outras sociedades/culturas, os **grupos de ajuda mútua** existem e com resultados muito positivos para a saúde mental das populações. Culturalmente não temos um forte investimento em grupos de ajuda mútua nas comunidades e os serviços de saúde podem contribuir para a sua implementação (ex. grupos de viúvos – benefícios: empatia, apoio intergrupar e suporte social).

Maior investimento na **literacia em saúde mental** como fator determinante para e na prevenção e promoção da saúde mental, diminuindo o impacto negativo da doença, gestão dos sinais e sintomas, adaptação dos contextos, modificação das expectativas, visando a redução do estigma e do preconceito, melhorando o reconhecimento e procura da primeira ajuda. (Jorm et al., 2000). Ao longo do ciclo de vida, as pessoas vivenciam diversas transições e por isso tem necessidades diferentes de literacia em saúde, pelo que os programas de literacia precisam de ser adaptados à faixa etária, aos problemas que as pessoas vivenciam e ao contexto global onde a pessoa está inserida. Ainda assim, a educação sobre o envelhecimento também deve começar cedo para sensibilizar as pessoas para o envelhecimento e para as questões associadas, de modo que aprendam a apreciar os seus idosos (WHO,2023). O que nos remete para a promoção da literacia em saúde mental em idade escolar. Importa referir que a Literacia em saúde mental deve ser

específica ao contexto (situações de vida quotidiana), adequada ao desenvolvimento (ciclo de vital de cada pessoa) e integrada nas estruturas sociais e organizacionais existentes (escolas, organizações comunitárias). (Loureiro, 2018).

Ao abordar as **estratégias de intervenção** que previnem transtornos mentais em idosos, cabe destacar a escassez no uso de tecnologias de informação e comunicação digital, como por exemplo, internet e programas e aplicações informáticas. Deve considerar-se a necessidade atual de promover a **literacia digital dos profissionais de saúde**, capacitando-os para o domínio das aplicações digitais de estimulação e promoção da saúde mental e no envelhecimento ativo também por essa via.

É ainda fundamental **combater o estigma social**, dos profissionais, dos familiares e dos utentes. Mais uma vez, a Literacia em saúde mental tem o potencial para contribuir sustentadamente nesse processo. Ainda sobre este tema, seria de esperar que, pela sua formação, os profissionais de saúde tivessem uma perspetiva mais realista e reflexiva sobre a doença mental, mas a evidencia científica demonstra que o estigma também influencia as atitudes dos profissionais de saúde (El-Etreby, 2017). Desta forma, sugere-se a necessidade de incluir o tema (estigma em saúde mental) nos currículos académicos dos profissionais de saúde, bem como formação continua destes profissionais sobre a saúde mental, nomeadamente do idoso. Isto para evitar que as pessoas idosas com doença mental sofram de estigma por parte dos profissionais de saúde.

No contributo para uma prática de cuidados segura e baseada na evidencia, é premente que os serviços de saúde de proximidade cultivem competências de **investigação e inovação** aliadas à prática clínica. Além de garantir formação básica em gerontologia e aspetos particulares de saúde mental nos mais velhos, o desenho dos serviços a esta população deve consistir num modelo simplificado de equipa comunitária, que preste apoio a instituições e cuidadores, em caso de demência ou outras patologias mentais de gravidade elevada. Para doença mental comum aplicam-se os mesmos princípios de outras populações adultas.

A **inclusão social do idoso** como estratégia de promoção da saúde, a OMS (2023) divulgou recentemente o “National programmes for age-friendly cities and communities: A guide” que fornece orientações para programas nacionais para cidades e comunidades amigas das pessoas idosas. Advoga que as comunidades devem permitir às pessoas desenvolver e manter a capacidade física e mental ao longo da vida. Ao fazê-lo, estas comunidades promoverão a autonomia, a dignidade, a saúde e o bem-estar dos idosos e das suas famílias. Embora seja omissa quando à saúde mental dos idosos, destaca o papel dos cuidados de saúde primários na prestação de cuidados integrados e centrados nas pessoas que respondam às necessidades das pessoas idosas como um dos elementos integrados numa estratégia social inclusiva (de serviços e dos idosos) (WHO,2023). Assim, consideramos que é premente que os serviços de saúde de proximidade aumentem a sua resposta ao nível das **intervenções sociais com vista a integração/inclusão do idoso** no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença mental.

Em suma, estas competências e funções dos serviços de saúde de proximidade enquadram-se no modelo de cuidados centrado na pessoa e família (Patient and Family Centered care) e menos focadas nos modelos (hospitalocentrico/biomédico). Assim, consideramos, que as competências necessárias devem ser identificadas, incentivadas e continuamente atualizadas, e tudo fazer para a sua real efetividade e implementação.

### **B.3 – Equipa multiprofissional abrangente**

**Dada a abrangência e complexidade dos desafios colocados nesta faixa etária, atuais e previsíveis no futuro, qual a configuração desejável de uma equipa multiprofissional alargada, a nível local, de proximidade?**

**O que é possível fazer de diferente e melhor para propiciar diagnósticos mais precisos e precoces das situações que requerem cuidados psiquiátricos e reduzir os tempos decorridos entre o início da doença mental e o seu tratamento adequado?**

A prestação de cuidados de saúde mental aos mais velhos deve ser assegurada de acordo com os mesmos princípios aplicáveis a outras faixas etárias – descentralização, proximidade, disponibilidade, espírito de equipa – centrados nos CSP e forte investimento em equipas comunitárias de saúde mental, contemplando na sua constituição multidisciplinariedade profissional, funcionando segundo o modelo de gestor de caso/terapeuta de referência (TR), com intervenção secundária dos SLSM.

Funções específicas do TR – contribuir para a análise global do processo (através da sua avaliação específica); delinear um plano de intervenção com o utente e seus elementos de referência (familiares, técnicos (...)); articulação intra e inter serviços/EQUIPAS (Cuidados de Saúde Primários (CSP); Equipamentos sociais de apoio ao idoso (ERPI; Centro de Dia, Equipa de Serviço de Apoio Domiciliário; (...)); CUIDADOR – avaliação da sobrecarga emocional e física; Psicoeducação; (...) contactos de emergência; Desenvolver modelos de formação e aplicá-los aos diferentes contextos e de acordo com o levamento das necessidades efetuado;

A equipa deve funcionar com base em gestores de caso, com domínio do mapa de rede do doente, e que faça a ponte com os diferentes profissionais/serviços que possam ser relevantes em cada momento, evitando idas ao SU, consumo de recursos (ECDT, consultas, fármacos...) e desgaste dos cuidadores.

As equipas podem ser formadas em função da diferenciação de respostas, mas devem incluir um núcleo básico de enfermeiro/assistente social/médico psiquiatra/ psicólogo/ fisioterapeuta/ terapeuta ocupacional.

Deve haver ainda um investimento em modelos de Consultoria – discussão de casos em sede de Cuidados de Saúde Primários, com Equipas especializadas e acesso a MCDT's;

A melhoria dos processos de diagnóstico é assegurada pela melhoria global da acessibilidade assegurada pela organização sectorial dos SLSM e boa articulação CSP/SLSM.

## **C – Gestão da informação**

### **Questão C.1 – Subsistema de informação**

**Quais os requisitos essenciais para um subsistema de informação partilhado e acessível em saúde mental no âmbito de um sistema integrado de informação em saúde?**

Num tempo em que assistimos ao desenvolvimento de grandes inovações tecnológicas na saúde urge aprimorar a informação disponível para as organizações e profissionais de saúde e doentes/ou seus representantes/utentes com vista a melhores resultados ao nível do planeamento, gestão e organização dos recursos (humanos, financeiros, logísticos e patrimoniais), prestação de cuidados e da saúde e qualidade de vida dos doentes mentais.

No que concerne à prestação dos cuidados de Saúde Mental (SM), a existência de sistema integrado de informação em saúde que inclua um subsistema de informação partilhado e acessível em SM é determinante para que haja uma evolução no acesso a melhores cuidados de SM. Neste âmbito, o Registo de Saúde Eletrónico (RSE), representa um instrumento crucial que permite a recolha de dados de saúde garantindo um conhecimento abrangente sobre a saúde de um indivíduo e o seu historial de cuidados, entre os diferentes prestadores de cuidados, no sistema de saúde a nível nacional.

A existência de um RSE integrado implica o acesso a várias fontes, nomeadamente:

- Serviço Nacional de Saúde, que mantém o registo de saúde de cada cidadão;
- Prestadores de cuidados de saúde com registo centralizado, como é o caso dos hospitais ou centros de saúde (por ex. serviços de saúde mental dos hospitais – Adultos, Infância e Adolescência, Equipas comunitárias de saúde mental), geridos pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde;
- Respostas de Saúde Mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Setor Social Convencionado (Instituto S. João de Deus, Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, Santa Casa da Misericórdia do Porto);
- Prestadores de cuidados formais, como as IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social) – lares ou Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e Centros de Dia.
- Dados apresentados em associações de doentes mentais.
- Prestadores de cuidados informais na comunidade, que podem ser simplesmente membros da família ou vizinhos;

Todos estes intervenientes do sistema de saúde, idealmente deveriam ter acesso ao RSE, de acordo com o cumprimento do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGDP) para aceder os dados clínicos, consultar e alimentar uma base de dados que seria única e de âmbito nacional.

Neste sentido, a criação de um subsistema de informação partilhado e acessível em saúde mental, inserido num sistema integrado de informação em saúde representa um desafio complexo, que implica um planeamento minucioso, a adesão a padrões de privacidade e

segurança e o uso da tecnologia para facilitar a partilha e a acessibilidade aos dados. Não obstante, o desenvolvimento deste subsistema de informação é crucial para melhorar os cuidados de saúde prestados aos doentes de saúde mental, a investigação científica, a intervenção da saúde pública, para melhores resultados em saúde.

## **Barreiras**

Neste contexto, poderão verificar-se algumas barreiras na implementação, em Portugal, de um subsistema de informação partilhada e acessível em saúde mental, inserida num sistema de informação em saúde integrado.

Como barreiras poderemos identificar algumas incontornáveis:

- **Constrangimentos Financeiros:**
  - A implementação de sistemas de informação em saúde requer investimento financeiro significativo em infraestruturas, formação e manutenção, o que pode ser igualmente um desafio.
  - A falta de recursos, humanos e financeiros, pode limitar a capacidade de implementar e manter um sistema de informação integrado eficaz, que inclua um subsistema de informação de saúde mental, partilhado e acessível.
- **Tempo de implementação a longo prazo:** O desenvolvimento e implementação de um sistema de informação integrado a nível nacional, pela complexidade do sistema de saúde português poderá ser moroso.
- **Coordenação entre Entidades:** Coordenar esforços entre os organismos governamentais e as diferentes organizações de saúde, pode ser complexo e exigir uma abordagem colaborativa, nem sempre fácil de alcançar.
- **Infraestrutura Tecnológica:**
  - A infraestrutura tecnológica existente nos cuidados hospitalares, primários e continuados, pode não ser adequada para suportar um subsistema de informação integrado em saúde mental.
- **Fragmentação dos Dados:**
  - O armazenamento dos dados de saúde mental em diferentes sistemas de informação e unidades de saúde, bem como a falta de padronização e interoperabilidade pode resultar na fragmentação dos dados de saúde mental, dificultando uma partilha eficiente.
  - Garantir esta interoperabilidade e integração da informação num único RSE, disponível em todo o sistema, poderá representar um desafio técnico para sua implementação a nível nacional.
- **Complexidade do Cuidado em Saúde Mental:** A complexidade dos casos de saúde mental pode tornar a recolha e a partilha de dados mais desafiante em comparação com outras áreas da saúde.
- **Falta de Padrões:** A ausência de padrões claros da recolha e partilha de dados e de sistemas de codificação em saúde mental, entre organizações prestadoras de cuidados

de saúde mental, pode dificultar a integração, harmonização e partilha de dados eficaz com outros sistemas de saúde.

- **Qualidade dos dados:** Garantir a qualidade, precisão, compreensividade e robustez dos dados é essencial para cuidados de saúde efetivos e investigação. Esta qualidade contribui para a confiança do sistema.
- **Regulamentações Complexas:** A conformidade com as regulamentações de privacidade, segurança e ética pode ser complexa, morosa e onerosa.
- **Privacidade e Segurança dos dados:**
  - A proteção da privacidade dos dados de saúde mental pode constituir-se como uma barreira significativa, dado que os doentes e/ou seus representantes poderão hesitar na partilha de informação sensível
  - Os prestadores de cuidados de saúde devem ser capazes de garantir que os dados são armazenados e transmitidos de forma segura, a par do cumprimento das regulamentações de privacidade, como o RGPD.
- **Ameaças de ciber segurança** – Com o aumento de dados de saúde digitalizados, a ciber segurança revela-se de uma importância fundamental. A proteção dos de dados em saúde em geral, incluindo os de saúde mental de ataques cibernéticos é uma área crítica.
- **Resistência à Mudança:**
  - Profissionais de saúde mental e as organizações de saúde podem resistir à adoção de novas tecnologias e processos, o que pode dificultar a implementação bem-sucedida.
  - A cultura organizacional em alguns serviços de saúde mental pode não ser favorável à colaboração e partilha de informações.
- **Capacidade de Formação:** Garantir que os profissionais de saúde mental estejam adequadamente formados para usar o sistema de informação e a sua adesão a protocolos de privacidade e segurança é crucial, mas pode ser um desafio logístico.
- **Acesso e Literacia digital:** Garantir um acesso equitativo aos sistemas de informação da saúde mental pode ser difícil, uma vez que alguns nichos da população podem ter acesso limitado e baixa literacia digital, como é o caso dos mais idosos com doença mental.
- **Aceitação pelo doente:**
  - Os doentes podem ter preocupações sobre a segurança e a privacidade dos seus dados de saúde mental, o que pode afetar a sua disposição para participar.
- **Estigma cultural:** O estigma associado às questões da doença mental poderá desencorajar os doentes/utentes a procurar ou partilhar informação de saúde mental.

Para ultrapassar estas barreiras mostra-se necessário um compromisso significativo por parte do governo e um esforço de colaboração que envolva os organismos governamentais, prestadores de cuidados de saúde e profissionais de saúde mental, parceiros tecnológicos, os doentes ou seus representantes e todos os stakeholders envolvidos.

Um quadro regulamentar claro, o investimento em infraestruturas tecnológicas, a educação e formação contínuas e uma comunicação eficaz sobre os benefícios do sistema podem ajudar a enfrentar estes desafios e facilitar a sua implementação.

Além disso, importa criar condições para um planeamento cuidadoso, parcerias estratégicas e a adoção das melhores práticas que poderão ajudar a mitigar esses desafios e promover uma implementação bem-sucedida de um subsistema de informação em saúde mental partilhado e acessível a nível nacional entre os diferentes níveis de cuidados (primários, hospitalares, continuados, setor social e privado).

### ***Requisitos Essenciais***

Assim, procurando minorar e eliminar as barreiras acima identificadas, devemos considerar como requisitos essenciais, para a implementação futura com sucesso de um subsistema de informação partilhado e acessível em saúde mental, no âmbito de um sistema integrado de informação em saúde, as seguintes:

- **Adoção das Melhores Práticas Internacionais:** Aprender com as melhores práticas e experiências de outros países que tenham implementado, com sucesso, sistemas de informação em saúde mental integrados.
- **Sustentabilidade Financeira e Apoio dos decisores políticos:**
  - Garantir a sustentabilidade financeira do subsistema de informação em saúde mental a longo prazo, procurando sensibilizar os decisores políticos para a importância e potenciais ganhos da sua implementação e inclusão no sistema integrado de informação em saúde.
  - Obter apoio político e liderança comprometida para impulsionar a implementação e a expansão de um subsistema de informação em saúde mental integrado.
- **Políticas e Governance:** Estabelecer políticas claras e estruturas de governação para a partilha de informação, consentimento e segurança dos dados no subsistema de informação em saúde mental.
- **Legislação e Regulamentação:**
  - Assegurar a conformidade com as normas nacionais e internacionais relevantes em matéria de troca de informações de saúde e da segurança dos dados, designadamente a conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia.
  - Estabelecer um quadro legal e regulatório sólido que aborde questões de privacidade, segurança e ética na partilha de informações em saúde mental.
- **Infraestruturas Tecnológicas:**
  - Investir numa infraestrutura tecnológica robusta e escalável, que suporte o armazenamento de dados, partilha e o acesso.
  - Garantir sistemas de informação em saúde interoperáveis, para facilitar a partilha eficiente de dados em saúde mental.
  - Garantir que o sistema suporte o volume de dados de saúde mental expectável.

- **Interoperabilidade** – Garantir que o subsistema de informação partilhado e acessível de saúde mental é interoperável com o sistema de informação em saúde integrado, permitindo a partilha de dados (RSE) de modo contínuo em diferentes configurações e especialidades de cuidados de saúde.
- **Privacidade e Segurança** – Implementar protocolos rigorosos de privacidade e segurança para proteger a confidencialidade e integridade dos dados sensíveis de saúde mental, pela adoção de medidas ao nível do controlo dos acessos, da criptografia e da conformidade com as regulamentações da proteção de dados, como é o caso RGPD.
- **Transparência:** Manter a transparência nas políticas e práticas relacionadas com a partilha de informações em saúde mental para ganhar a confiança dos doentes e profissionais de saúde.
- **Padronização de Dados e interoperabilidade:**
  - Adotar padrões de dados, sistemas de codificação e terminologias padronizadas para garantir a consistência na recolha, integração e partilha de informações em saúde mental entre diferentes organizações de cuidados, inseridas no sistema de saúde, bem como para facilitar a interoperabilidade com os sistemas de informação existentes;
  - Implementar um RSE integrado para garantir uma partilha de dados única de âmbito nacional.
- **Autenticação e níveis de acesso:** Estabelecer protocolos de autenticação dos utilizadores e controlo dos acessos, garantindo que apenas que profissionais autorizados possam aceder, inserir e modificar dados de saúde mental.
- **Integração dos registos de saúde mental:**
  - Incorporar os registos de saúde mental no sistema de informação de saúde mais amplo, permitindo que os prestadores de cuidados de saúde autorizados acedam prontamente a estas informações quando necessário.
  - Este acesso contribuirá para promover cuidados de saúde abrangentes e coordenados, requisito essencial para a prestação de cuidados holísticos e uma visão abrangente do histórico dos doentes.
- **Protocolos de partilha de dados:** Definir protocolos claros para a partilha de dados de saúde mental entre os prestadores de cuidados de saúde relevantes, assegurando que a informação é partilhada de forma adequada e segura.
- **Colaboração intersectorial e interinstitucional:**
  - Colaborar com os organismos governamentais, as organizações de cuidados de saúde, empresas tecnológicas e academia (investigação) exige uma abordagem colaborativa que permitirá potenciar conhecimentos e recursos, nomeadamente a implementação bem-sucedida e o aperfeiçoamento contínuo de um subsistema de informação em saúde mental.
  - Fomentar a colaboração entre os diferentes prestadores de cuidados (primários, hospitalares, continuados, sector social e privado), para garantir a partilha e a comunicação de dados de saúde mental eficiente.

- **Envolvimento da Comunidade:**
  - Envolver os profissionais de saúde mental, os doentes e/ou seus representantes, os prestadores de cuidados, associações de doentes ou outras partes interessadas, na conceção e desenvolvimento do sistema, a fim de garantir que este responde às necessidades de todos os intervenientes.
  - Realizar campanhas de sensibilização junto do público-alvo para promover os benefícios e a importância do sistema.
- **Envolvimento e gestão consentimento do doente:**
  - Os doentes e/ou seus representantes devem ser envolvidos no processo, tendo em conta a experiência do utilizador e a facilidade de utilização, para que estes acedam às suas informações de saúde mental e participem ativamente no seu plano de cuidados. Este envolvimento poderá promover a transparência e o foco no doente.
  - Informar e sensibilizar os doentes sobre as vantagens de um subsistema de informação sobre saúde mental, os seus direitos e a forma de participarem ativamente na gestão dos seus dados de saúde mental.
  - Desenvolver mecanismos para que os doentes e/ou seus representantes possam dar o seu consentimento informado para a partilha dos dados de saúde mental.
- **Acessibilidade:**
  - Garantir que o sistema seja acessível aos utilizadores autorizados em diferentes configurações de cuidados de saúde, incluindo hospitais, primários, comunitários e privados.
  - Desenvolver interfaces de fácil utilização que permita aos profissionais de saúde inserir e aceder facilmente às informações de saúde mental, o qual deve ser projetado levando em consideração as necessidades dos profissionais de saúde mental.
  - Permitir que os doentes acedam facilmente aos seus registos de saúde mental de forma segura, capacitando-os para serem participantes ativos nos seus cuidados;
- **Gestão de Mudança:** Implementar estratégias eficazes de gestão da mudança para ajudar os profissionais de saúde a se adaptarem às novas práticas e tecnologias.
- **Formação e Capacitação dos prestadores de cuidados de saúde:**
  - Disponibilizar formação abrangente a todos os profissionais sobre a utilização efetiva do subsistema de informação de saúde mental;
  - Garantir que os profissionais entendem os protocolos de privacidade e segurança de dados.
- **Investigação e Avaliação e melhoria contínua:**
  - Implementar mecanismos de investigação e avaliação e melhoria contínua do subsistema, para avaliar o impacto do subsistema de informação nos resultados dos doentes e na prestação de cuidados de saúde mental, tendo por base o feedback dos utilizadores e stakeholders.
- **Suporte à Decisão Clínica:** Incorporar ferramentas de análise de dados para extrair informações dos dados de saúde mental, que auxiliem os profissionais de saúde e

gestores na tomada de decisões clínicas/gestão informadas, na investigação e nas iniciativas de saúde pública.

- **Considerações éticas:** Aderir às diretrizes legais e éticas relacionadas a dados de saúde mental, como a propriedade dos dados, o consentimento informado, a utilização responsável dos dados de saúde mental e a confidencialidade.
- **Recuperação de incidentes e redundância:** Desenvolver planos de contingência e redundância de dados para garantir a disponibilidade de dados de saúde mental em caso de falhas do sistema ou emergências ou situações críticas.
- **Escalabilidade e flexibilidade:**
  - Conceber o subsistema escalável, tendo em conta o crescimento futuro do volume de dados de saúde mental, das exigências dos utilizadores e as mudanças nas necessidades de cuidados de saúde.
  - Permitir que o sistema tenha flexibilidade para se adaptar às mudanças a nível tecnológico e das práticas de saúde mental.

O foco nestas áreas essenciais, pode ser determinante para o sucesso de um subsistema de informação em saúde mental partilhado e acessível. Este desafio deve ser encarado como crítico e uma parte integrante dos esforços para melhorar os cuidados de saúde mental e os resultados dos doentes em Portugal.

### **Questão C.2 – Indicadores de desempenho e resultados**

- **Quais os indicadores mais adequados para monitorizar, aferir e avaliar de modo expedito, célere, fácil, a condição de saúde das pessoas mais velhas e a prestação de cuidados?**

Indicadores da mesma natureza dos existentes para outras populações. Screening para demência perante quadros sugestivos; harmonização terapêutica e prevenção quaternária. Acompanhamento de casos identificados.

### **Questão C.3 – Observatórios locais de saúde (OLS)**

- **Como constituir OLS com participação e recursos intersectoriais locais?**

- Cada Município tem um programa da Rede Social que tem como pressuposto a concertação institucional, através de um trabalho em parceria efetivo, baseado em metodologias participativas para o desenvolvimento de instrumentos de planeamento estratégico que se traduza numa intervenção concertada e adaptada à realidade da sua população.
- Contemplando a presença de todas as forças vivas da comunidade, são convidadas a participar e a delinear modelos/políticas/projetos de intervenção tendo em vista a melhoria da qualidade de vida e bem-estar de todas as camadas populacionais do município, para todas as faixas etárias, dando prioridade aos grupos mais vulneráveis, atuando desde um nível de prevenção, minimização de riscos e ou, atenuação das problemáticas analisadas.

- Através deste programa, que pela sua natureza contempla a concentração, envolvimento e compromisso entre vários parceiros sociais, com relações de colaboração diversificadas entre si, considero ser um meio privilegiado para a constituição de um Observatório Local de Saúde.
- Através da constituição dos Conselhos Locais de Saúde Mental (CLSM) – Dec.Lei n.º 113/2021, art.11.º.