




"À conversa sobre Saúde Mental, Pobreza e Exclusão Social"

Ano Europeu do Combate à Pobreza e à Exclusão Social
«Porto Cidade Solidária»

Filipa Palha
06 de Outubro, 2010

SAÚDE MENTAL - DEFINIÇÃO

- ▶ **Saúde Mental** - Um estado de bem-estar no qual uma pessoa percebe o seu próprio potencial, consegue lidar com o stress normal da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade.
- ▶ É a saúde mental que nos permite a realização intelectual e emocional, bem como a integração na escola, no trabalho e na sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades


DOENÇA MENTAL - DEFINIÇÃO

- ▶ A doença mental engloba síndromes (conjunto de sintomas) que alteram a forma como uma pessoa sente, pensa e se comporta, causando sofrimento e dificuldades no funcionamento.
- ▶ As doenças mentais manifestam-se através de uma enorme variedade de sintomas, entre os quais, queixas a nível do humor, ansiedade, memória, percepção e pensamento.

- ▶ **A doença mental e a pobreza estão relacionadas e interagem num ciclo complexo e negativo**
- ▶ **Estudos nos últimos 20 anos indicam uma relação entre os diferentes factores associados com a pobreza e a doença mental:**
 - ▶ As doenças mentais são cerca de duas vezes mais frequentes entre as pessoas pobres (ou NSE mais baixo) do que naquelas que são ricas, (ou NSE mais elevado). Por exemplo, a evidência indica que a depressão é 1,5 a 2 vezes mais prevalente entre os grupos da população com rendimentos mais baixos.
 - ▶ As pessoas que passam fome ou que possuem dívidas têm maior probabilidade de ter uma doença mental.
 - ▶ As doenças mentais são, também, mais prevalentes nas pessoas que vivem em casas pobres e demasiado lotadas.
 - ▶ Estima-se que uma maior prevalência das doenças mentais pode ser encontrada entre pessoas com baixos níveis de escolaridade ou entre pessoas desempregadas.

- ▶ Relativamente às doenças mentais graves, esquizofrenia especificamente, os dados mostram que:
 - ▶ Pessoas com um nível socioeconómico mais baixo têm 8 vezes mais risco relativo para a esquizofrenia do que aqueles com o nível socioeconómico mais elevado;
 - ▶ As pessoas com esquizofrenia, em comparação com pessoas sem doença mental, têm 4 vezes mais probabilidade de ficarem desempregadas ou de terem um emprego em part-time;
 - ▶ As pessoas com esquizofrenia têm uma probabilidade de um terço de não acabarem o secundário;
 - ▶ Têm 3 vezes mais probabilidade de serem divorciadas.

- ▶ **A evidência indica que a relação entre a doença mental e a pobreza é cíclica: a pobreza aumenta o risco de ter uma doença mental e ter uma doença mental aumenta a probabilidade de ficar num estado de pobreza.**
 - ▶ As pessoas que vivem numa situação de pobreza não têm recursos financeiros para manter um nível de vida básico, têm menos oportunidades educacionais e de emprego, são expostos a ambientes de vida adversos e são menos capazes de aceder a um serviço de saúde de qualidade.
 - ▶ Estas condições de vida stressantes colocam as pessoas num risco maior de desenvolverem uma doença mental.
 - ▶ Pessoas que desenvolvem uma doença mental podem não ser capazes de trabalhar devido à sua doença. Outros podem perder o emprego ou ser-lhes recusado oportunidades de emprego devido à discriminação.
 - ▶ A falta de emprego conduz as pessoas a uma situação de pobreza mais profunda e as pessoas são incapazes de pagar tratamentos de que precisam. Em outros casos uma grande parte do dinheiro é gasto em cuidados de saúde inapropriados e sem eficácia, o que significa que as pessoas não só perdem o dinheiro como falham na tentativa de melhorar.
 - ▶ Redes de apoio comunitário ajudam a proteger as pessoas dos efeitos adversos da doença ou da pobreza. Mas para as pessoas com doença mental os sistemas de suporte social desintegram-se, frequentemente, à medida que o estigma e discriminação que enfrentam os conduzem à marginalização, exclusão social e violação dos direitos humanos.
 - ▶ Todos estes factores pioram a situação das pessoas com doença mental e perpetuam o ciclo negativo entre a pobreza e a doença mental.



Project summary

The Mental Health and Poverty Project (MHAPP) will undertake an analysis of existing mental health policies in four African countries, provide interventions to assist in the development and implementation of mental health policies in those countries, and evaluate the policy implementation over a 5-year period. The interventions will be undertaken to assist policy implementation at macro (national), meso (provincial) and micro (district) levels.

The programme will be conducted in the following countries that represent a variety of scenarios in mental health policy development and implementation:

- Ghana
- South Africa
- Uganda
- Zambia

Strategies for making mental health care accessible to poor communities will be implemented and documented, for instance, through primary health care and non-health sectors. The emphasis will be on promoting mental health and providing care for those who most need it and can least afford it. Capacity will be built in mental health research, policymaking, service planning and service delivery. The MHAPP will provide a coherent body of high quality policy relevant new knowledge to assist other developing countries to break the cycle of poverty and mental ill-health.


Mental health and poverty: what's the connection?

Mental ill-health and poverty intersect in a negative cycle: mental ill-health impedes people's ability to learn and to engage productively in their economies, and poverty in turn increases the risk for developing mental disorders, and reduces people's ability to gain access to much needed promotive, preventive, curative and rehabilitative mental health interventions.

This cycle can only be broken through national (and at times international) policies that provide a comprehensive multi-sectoral approach to the problem:

- In the health sector, there is a need for evidence-based cost-effective mental health interventions that are accessible to the poorest communities of a population.
- In other sectors, such as social welfare, criminal justice, housing, education and labour, policies need to address the range of financial, social, educational, employment and residential needs of people with mental disorders.

Through an analysis of existing mental health policies in the study countries, and interventions to assist in the development and implementation of mental health policies, MHAPP will generate lessons for national level mental health policy development and implementation that can assist other developing countries to break the negative cycle of poverty and mental ill-health.



Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

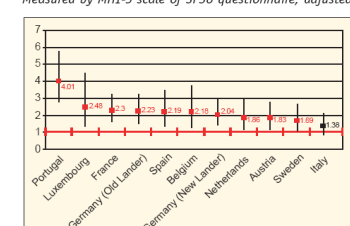
Embora a saúde mental não seja referida directamente, nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, a OMS considera que melhorando este aspecto poderá estar facilitado o cumprimento de alguns dos objectivos do milénio:

- ▶ ODM 1: Erradicar a pobreza – o tratamento da doença mental facilita a obtenção de um emprego, reduz os custos com a saúde, criando, assim, as condições necessárias para sair de uma situação de pobreza;

(Breaking the vicious cycle between mental ill-health and poverty, OMS, 2007)

Figure 56. Relative risk of psychological distress by low income


Measured by MHI-5 scale of SF36 questionnaire, adjusted



Country	Relative Risk
Portugal	2.91
Luxembourg	1.49
France	1.3
Germany (Old Länder)	1.23
Spain	1.19
Belgium	1.16
Germany (New Länder)	1.04
Netherlands	1.02
Austria	1.01
Sweden	1.01
Italy	1.01


Source: Eurobarometer survey, October 2002

- ▶ ODM 4: Reduzir a mortalidade infantil – bebês de mães deprimidas uma probabilidade 5 vezes superior de não se desenvolverem normalmente, tendo um peso abaixo ou crescimento inferior ao de outros bebês. Tratar a saúde mental das mulheres é crucial para reduzir a mortalidade infantil.



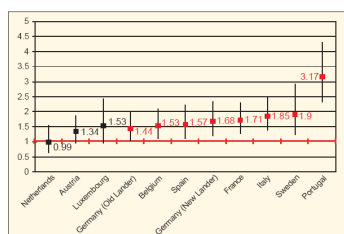
(Breaking the vicious cycle between mental ill-health and poverty, OMS, 2007)

- ▶ ODM 5: Promover a saúde mental materna – Além do impacto que a depressão pode ter nos bebês destas mães, esta tem uma influência directa impacto nestas mulheres. Uma das principais causas de morte nas mães, em países desenvolvidos, é o suicídio. Assim, a depressão conduz a consequências negativas na saúde física e contribui para o aumento do suicídio.



(Breaking the vicious cycle between mental ill-health and poverty, OMS, 2007)

Figure 34. Relative risk of psychological distress for women compared to men in some EU countries
Odds-ratio for females compared to males with MHI-5



Source: Data from Eurobarometer Survey, October 2002

- ▶ ODM 6: Combater o VIH/ SIDA, Malária e outras doenças – Pessoas que vivem com doenças infecciosas como o VIH/ SIDA têm maior probabilidade de ter depressão. A evidência aponta no sentido de que a depressão conduz a uma pior adesão ao tratamento. Programas dirigidos ao tratamento das doenças infecciosas devem considerar a saúde mental para que os resultados sejam positivos.



(Breaking the vicious cycle between mental ill-health and poverty, OMS, 2007)

Saúde Mental em Portugal

- ▶ Não há nenhuma sondagem nacional ou regional que ajude a descrever a saúde mental dos portugueses e as suas necessidades (Portugal Country Summary, 2010)
- ▶ “Portugal encontra-se em **terceiro lugar** ao nível de ocorrência no MHI-5 (Mental Health Inventory – Ware, 2000) de casos por país (29.3%), depois do Reino Unido e Itália.” (Eurobarometro, 2003)
- ▶ “A 3ª Sondagem Nacional [Portuguesa] de Saúde sugere que a prevalência das perturbações psiquiátricas na população geral é de cerca de 30%, sendo que aproximadamente **12%** são perturbações mentais graves [...]” (Direcção Geral de Saúde, 2004)



O Country Summary de 2010 refere, ainda, que há uma grande diferença entre o número de pessoas afectadas pela perturbação mental e aquelas que recebem tratamento:

- Estima-se que a prevalência de pessoas com perturbação mental seja de 1,557,054 (**16.07%**);
- As pessoas que recebem tratamento em serviços de psiquiatria e saúde mental públicos e de sectores privados é de 168.389 (**1.7%**).

- 1º - A lei de Saúde Mental ainda não foi cumprida em vários aspectos;
- 2º - Portugal não cumpre os compromissos assumidos na declaração de Helsínquia;
- 3º - A maioria das pessoas continuam a não ter acesso a cuidados de qualidade;

PODEMOS AINDA ACRESCENTAR:

- NÃO HÁ ORÇAMENTO DE SAÚDE MENTAL;
- NÃO HÁ AUMENTOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL;
- FALTA DE PROFISSIONAIS COM FORMAÇÃO EM PROGRAMAS ESPECÍFICOS;
- NÃO HÁ CONTROLO DOS DISPOSITIVOS LEGAIS FUNDAMENTAIS;
- NÃO HÁ ENVOLVIMENTO POLÍTICO;
- FALTA DE INICIATIVAS DE LOBBYING / ADVOCACY / TRABALHO EM REDE

- ▶ OBRIGADA PELA ATENÇÃO