

# Casal da Boba: Aproximações à Doença e Saúde Mental I – Caracterização dos Utentes e dos Cuidados Psiquiátricos

## *Casal da Boba: Towards Mental Illness and Health I – Patients and Psychiatric Care Characterization*

Ana Neto<sup>\*✉</sup>, Pilar Santos Pinto\*, Teresa Maia\*

### RESUMO:

**Introdução:** A Psiquiatria Comunitária tem como missão a prestação eficaz de cuidados de saúde mental às populações, tendo em conta as suas necessidades e enquadramento cultural, por forma a garantir a acessibilidade e tratamento a todas as comunidades, nomeadamente aquelas que se encontrem mais vulneráveis. No âmbito de uma intervenção comunitária em Saúde Mental num bairro de realojamento, o Casal da Boba, pretendemos com este artigo caracterizar essa população de utentes e os cuidados efectivamente prestados pela Equipa Comunitária local de Psiquiatria.

**Métodos:** Revisão dos processos de utentes da consulta externa da Equipa Comunitária de Saúde Mental da Brandoa com morada no Casal da Boba, nomeadamente a sua caracterização socio-demográfica e clínica.

**Resultados:** Em 14 anos de actividade da equipa, 52% dos doentes residentes no bairro inscritos na consulta da Brandoa foram diagnosticados com psicoses crónicas afectivas e não afectivas. A maioria dos utentes esteve sob

medidas de tratamento compulsivo, encontrando-se medicados com terapêutica depot, e beneficiando de visitas domiciliárias. Não foram diagnosticadas de forma significativa outras patologias, e a maioria dos casos seguidos foram referenciados para a Equipa através do Serviço de Urgência.

**Conclusões:** A equipa de Psiquiatria da Brandoa segue o número esperado de utentes com patologias psicóticas crónicas afectivas e não afectivas, ainda que mais graves e disruptivas do que doentes com diagnósticos similares provenientes da restante população daquela consulta, mas desconhece-se quais as estratégias locais adoptadas para as restantes patologias (se institucionais, se informais). O tipo de tratamento oferecido e as vias de acesso, ainda que tradutoras de um investimento capital da equipa nestes utentes, podem estar relacionadas com a situação de fragilidade da comunidade em causa, a requerer melhor caracterização futura (com parceiros locais e cuidados de saúde primários).

**Palavras-Chave:** Psiquiatria Comunitária; Saúde Mental; Competência Cultural, Áreas

\* Serviço de Psiquiatria, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, ✉ anapontoene@gmail.com.

Recebido / Received: 03/02/2014 - Aceite / Accepted: 04/01/2015.

de Pobreza, Saúde das Minorias, Psicose, Resiliência.

### **ABSTRACT:**

**Introduction:** *Community Psychiatry aims to provide effective mental health care to populations, based on their needs and cultural framework, in order to ensure accessibility and treatment to all communities, particularly to the most vulnerable populations. In the context of a community mental health intervention by the Mental Health Team of Brandoa in a relocation neighbourhood, Casal da Boba, the authors propose to characterize Casal da Boba's outpatient clinical profile and the care provided to that population.*

**Methods:** *Revision of user's records assisted by the Community Mental Health of Brandoa, organized by Casal da Boba' Street layout, concerning their socio-demographic and clinical profile.*

**Results:** *In 14 years of clinical activity, 52% of this neighborhood's outpatients were diagnosed with chronic affective or non-affective psychosis. The majority of these patients were under compulsory treatment measures, benefiting from home visits and antipsychotic depot medication and reach the team through Emergency Room. Other mental illnesses and reactions were not consistently detected.*

**Conclusions:** *The Community Mental Health Team of Brandoa handles an expected number of patients with chronic affective and non-affective psychosis, despite being*

*more severe and disruptive than the team's experience with other similar users from the outpatient clinic. Local neighbourhood strategies, formal or informal, to contain other pathologies are unknown. The type of treatments and pathways to care, despite proof of a major clinical investment from the team, may be related with the community fragile situation and, therefore, it needs to be addressed in the future (with primary care and local partners).*

**Key-Words:** *Community Psychiatry, Mental Health, Cultural Competency, Poverty Areas, Minority Health, Psychosis, Resilience.*

### **INTRODUÇÃO**

A Psiquiatria Comunitária compreende os princípios e as práticas necessárias para providenciar cuidados de saúde mental às populações locais, centrando-se nas necessidades destas e articulando-se com os recursos existentes, por forma a fornecer efectivamente os melhores tratamentos evidenciados para as patologias mentais em causa<sup>1,2</sup>.

Ocupa assim um lugar privilegiado na interface com a sociedade civil, na defesa dos direitos dos doentes mentais, na optimização ou gestão de estruturas que possam ter um papel no desenvolvimento global das populações e na promoção da sua saúde mental em geral. Encontra-se sobretudo numa posição singular para compreender e modelar o acesso aos cuidados de saúde mental.

Temos poucos dados que reflectam sobre a experiência de acesso aos cuidados de saúde mental da população portuguesa. Sabemos hoje que o número de residentes no País sem

nacionalidade portuguesa é na ordem dos 6,3%, representando 9% da população activa, sendo que estes valores excluem um número desconhecido de pessoas em situação de indocumentação. Num artigo recente, Sara Dias e colegas<sup>3</sup> dão-nos conta, num estudo realizado junto dos centros de atendimento a imigrantes, que cerca de 20% desta população nunca usou o SNS, e um quarto dos que o usaram estavam insatisfeitos com os cuidados providenciados. Estas autoras demonstraram ainda que a ausência de acesso aos cuidados de saúde se associa a uma menor duração da estadia no nosso país, a determinados países de origem e, nos homens, a uma situação de indocumentação.

Estes dados vão ao encontro de estudos internacionais<sup>4</sup> que apontam como determinantes para as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde primários, o medo e desconfiança dos serviços e dos profissionais de saúde, com maior recurso a serviços de urgência, o facto de as patologias se apresentarem num estado mais avançado, motivado por desconhecimento dos seus direitos e deveres, dos serviços existentes, da língua do país de acolhimento, de uma condição económica deficitária e de factores individuais e culturais que determinam uma percepção diferente sobre os cuidados médicos e sobre a saúde em geral, e uma procura de estratégias da sua cultura de origem. O acesso aos cuidados de saúde mental, em particular, pode confrontar-se com barreiras acrescidas para populações socialmente vulneráveis. Nestas, indicadores sociais desfavoráveis estão associados a um agravamento não só das doenças mentais, como do património de saúde mental das comunidades e dos seus

indivíduos, fenómeno que tende a perpetuar o ciclo de infortúnio traçado entre a exposição precoce à violência e uma saúde física débil, a ausência de tratamento e doenças mentais mais graves e debilitantes e, por último, o compromisso da capacidade de aprender e trabalhar e a autodeterminação<sup>5</sup>.

Nestas populações, os cuidados de saúde mental não só são menos solicitados (muitas vezes apenas através dos cuidados de saúde primários), como, quando prestados, tendem a ser de pior qualidade. De facto, nos Estados Unidos da América, a população afro-americana socialmente desfavorecida tem 5 vezes menos probabilidade de receber o tratamento protocolado, são-lhe prescritos menos frequentemente antipsicóticos atípicos mais recentes, recebem menos visitas domiciliárias e contactam sobretudo com os Cuidados de Saúde Mental através do Serviço de Urgência ou Equipa de Crise<sup>6</sup>. As doenças mentais, com maior tempo de duração sem tratamento e sem contenção social ou cultural, tornam-se mais graves e debilitantes.

Como o ciclo de factores sociais e económicos, que perpetuam estes determinantes de mau prognóstico, se encontra significativamente melhor caracterizado do que os casos em que ocorreu uma inversão do ciclo, para uma situação de sucesso<sup>7</sup>, estamos mais habituados a trabalhar com poucas expectativas sobre a intervenção nestas áreas<sup>8,5</sup> de tal forma que nos esquecemos dos recursos, capacidades e resiliência existente nestas comunidades (relações interpessoais de suporte, organizações com sede na comunidade) que podem ser envolvidas na resolução de problemas e na promoção da saúde mental<sup>9</sup>. Situações como as

de realojamento social, podem ter um impacto significativo quer a nível de disrupção destas redes de suporte como na reorganização e reforço de novas estruturas ou de redes pré-existentes, e constituem, sempre, uma oportunidade de mudança. Para compreender o efeito que estes fenómenos podem assumir, torna-se necessário caracterizar melhor as necessidades de saúde mental, os recursos existentes e as barreiras à entrega dos cuidados.

### Casal da Boba

O Casal da Boba, localizado na Freguesia de São Brás, é um bairro com aproximadamente 1500 habitantes maioritariamente constituído por famílias oriundas de três bairros abarracados: Fontainhas, Bairro Azul e Alto dos Trigueiros. Dos 700 fogos que o constituem, cerca de 72% destinaram-se ao realojamento social, ocupados a partir de 2001<sup>10</sup>. Esta comunidade jovem (43% tem menos de 24 anos), é maioritariamente de nacionalidade portuguesa (85%), apesar de dois terços dos residentes terem origem africana (sobretudo cabo-verdiana)<sup>11</sup>, traduzindo a sedentarização de uma geração de migrantes. É uma comunidade com cerca de 15% de iliteracia e com baixa diferenciação académica (50% com o 1º e 2º ciclo), que desempenha profissões pouco diferenciadas ou especializadas (20% empregadas de limpeza e 20% trabalhadores da construção civil), com uma elevada taxa de desemprego (25%)<sup>10</sup>. Para além dos baixos rendimentos e elevada dependência de subsídios de apoio, temos indicadores indirectos de fragilidade social, como situações de transição de indocumentação, a que as estruturas não-governamentais locais dão apoio. Por outro lado o

bairro foi alvo de uma grande diversidade de intervenções e investimento social, sobretudo junto da população mais jovem, o que resultou em parcerias entre as estruturas locais e programas de âmbito local, nacional e internacional<sup>12</sup>.

A prevalência de problemas de saúde mental neste Bairro é relativamente desconhecida. Encontramos escassas referências, em documentos de trabalho<sup>10,13,12</sup>, referindo que na população mais jovem é preocupante o abandono escolar precoce e os indícios de consumo de estupefacientes, com comportamentos de risco e uso da violência, e a ausência ou inadequação de práticas parentais. Nos residentes idosos que vivem sós no bairro, um quarto auto-referencia patologia mental ou psiquiátrica, embora se desconheça a natureza da patologia bem como se tem acompanhamento psiquiátrico<sup>13</sup>.

### Equipa Comunitária de Psiquiatria da Brandoa

Esta equipa faz parte da Unidade Funcional Comunitária do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, sendo responsável pela actividade ambulatorial de Psiquiatria e Saúde Mental das Freguesias da Venda Nova, Alfovelos, Brandoa, Falagueira e parte do Casal de São Brás, cobrindo uma população aproximada de 84000 pessoas, que habitam uma área de 5,95 Km<sup>2</sup>. A equipa tem assim uma área geográfica restrita mas com elevada densidade populacional, e uma difícil acessibilidade, pela ausência de transporte públicos directos entre o Centro de Saúde da Brandoa, onde se encontra sediada, e os restantes bairros mais periféricos, geograficamente acidentados, como o Casal da Boba,

com um percurso entre os dois locais estimado em 30 a 45 minutos.

Esta equipa é constituída por duas médicas psiquiatras, duas enfermeiras, uma técnica superior de serviço social, uma psicóloga, uma administrativa e por três médicos internos de psiquiatria, que realizam actividade clínica (consultas de psiquiatria e psicologia, psicoterapias, seguimento social e de enfermagem, administração de terapêutica e realização de visitas domiciliárias). Caracteriza-se por uma estreita articulação com os cuidados de saúde primários e saúde pública (Centro de Saúde da Venda Nova e extensão da Brandoa), uma ausência de lista de espera para os casos mais graves bem como um acompanhamento assertivo dos doentes de maior gravidade (com contacto telefónico, reagendamento breve e visitas domiciliárias regulares)<sup>14</sup>. Em 2008 mantinha o seguimento de cerca de 616 doentes<sup>14</sup>, embora o número total de doentes seguidos desde a sua formação ultrapassasse os 3300.

No âmbito de um estágio de Psiquiatria Comunitária foi desenhado, por uma das autoras deste artigo, um projecto de intervenção comunitária na área da Saúde Mental no Casal da Boba, sobre Violência e Saúde Mental, que envolveu um trabalho interventivo com a Escola bem como com Associações Locais, e um trabalho de campo local que decorreu no primeiro semestre de 2011. Dado tratar-se de um bairro que integra a área de intervenção comunitária da Equipa da Brandoa, conhecer a população de utentes efectivamente seguidos ajuda a compreender parcialmente as necessidades de saúde mental daquela população. Este artigo pretende caracterizar os cuidados

de saúde mental prestados por esta equipa a uma comunidade de realojamento que, pelas suas características geográficas e históricas, se encontra em risco de exclusão no acesso aos cuidados de saúde mental.

### Métodos

A caracterização dos problemas de saúde mental e dos cuidados psiquiátricos prestados à população residente no Casal da Boba tem por base uma definição geográfica desta comunidade, que decorre, de uma unidade imposta pelo processo de realojamento.

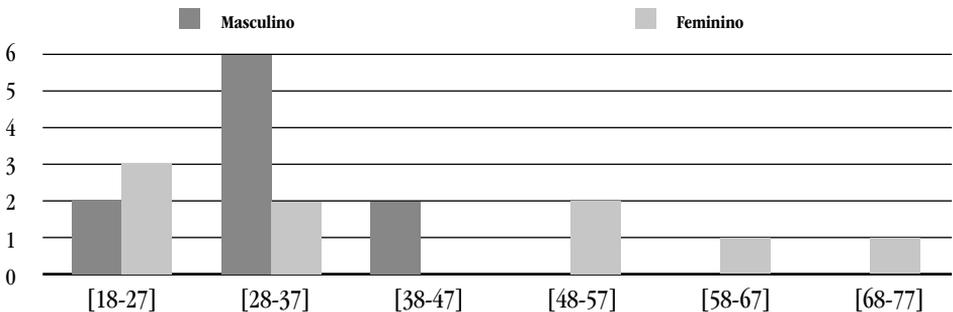
Após selecção das moradas correspondentes ao bairro em causa, as autoras procederam ao levantamento dos processos dos utentes que habitam este Bairro, e que mantêm seguimento activo ou em algum momento foram seguidos mas tiveram alta da consulta externa da Equipa Comunitária da Brandoa, desde a sua formação, em Janeiro de 1997, até Julho de 2011.

Os processos clínicos identificados foram caracterizados quanto a variáveis demográficas (idade, sexo, nacionalidade), fonte de referência, tempo de seguimento, diagnóstico e tipo de tratamento. Os diagnósticos foram agrupados de acordo com as principais grupos nosológicos referidos, nomeadamente Psicoses Não Afectivas (Esquizofrenia, Doença Esquizoafectiva e Perturbação Delirante), Psicoses Afectivas (Doença Bipolar tipo I), Perturbações Neuróticas (de Adaptação) e Outros Diagnósticos para entidades menos frequentes. O conteúdo foi posteriormente tratado estatisticamente no programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0.0, nomeadamente no que concerne à análise descritiva.

## Resultados

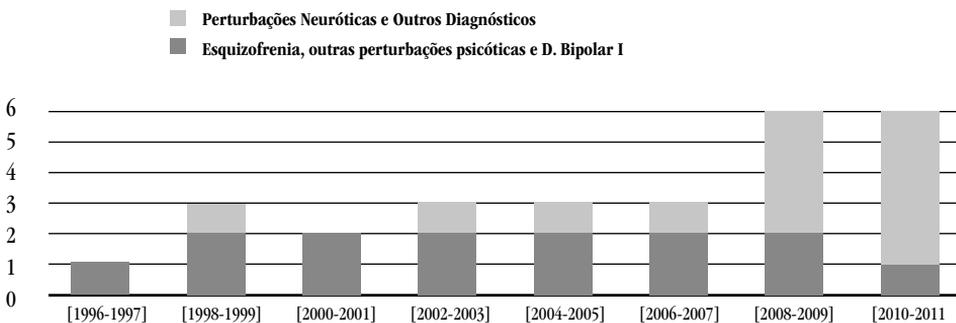
A equipa seguiu entre Janeiro de 1997 e Julho de 2011, 27 doentes moradores no Casal da Boba. Ao longo deste período foram dadas 8 altas por mudança de residência (N=3), institucionalização (N=2), abandono da consulta (M=1) ou falecimento (N=2), representando cerca de 30% dos utentes.

Dos 19 doentes que se mantêm em seguimento, existe uma igual distribuição de género, e a média de idades é de 33,4 anos. Contudo, os doentes do sexo masculino são mais jovens, concentrando-se entre os 18 e os 47 anos, enquanto os do sexo feminino se distribuem uniformemente por praticamente todas as faixas etárias (Figura 1).



**Figura 1** – Distribuição absoluta dos doentes com seguimento activo (n=19), por grupo etário e por sexo.

Ao longo de 14 anos a equipa recebeu uma média de dois doentes com Esquizofrenia, Outras Perturbações Psicóticas e Doença Bipolar tipo I por ano, sendo que a maioria dos restantes diagnósticos surgiu nos últimos 2 anos (Figura 2).

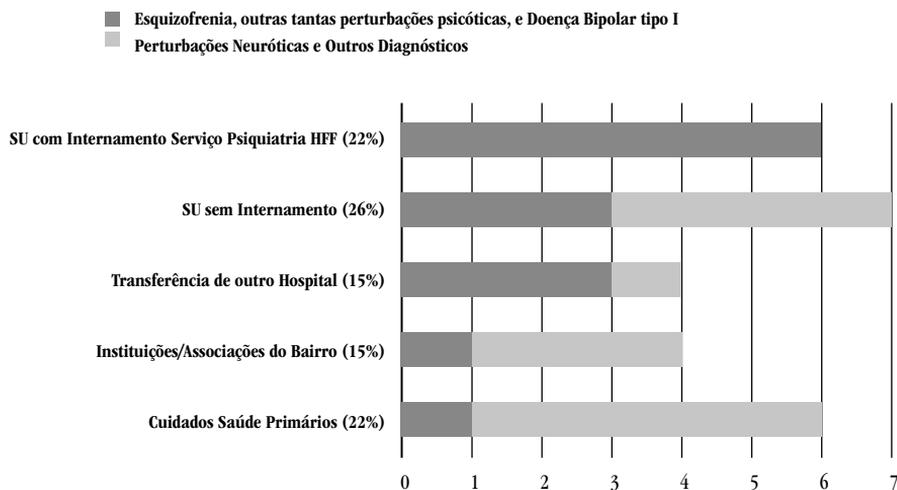


**Figura 2** – Distribuição absoluta do total dos doentes por ano de início de seguimento na equipa e por patologia (n=27).

Codificação ICD-10	Categoria Nosológica	Total de Doentes		Doentes com Seguimento Activo	
		n	%	n	%
F20-29	Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas	8	30	7	37
F30-39	Perturbações do Humor	6	22	4	21
F31.x	Doença Bipolar tipo I	6	22	4	21
F40-49	Perturbações Neuróticas	6	22	2	11
F43.2	Perturbação de Adaptação	6	22	2	11
	Outros diagnósticos*	7	22	6	32
<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

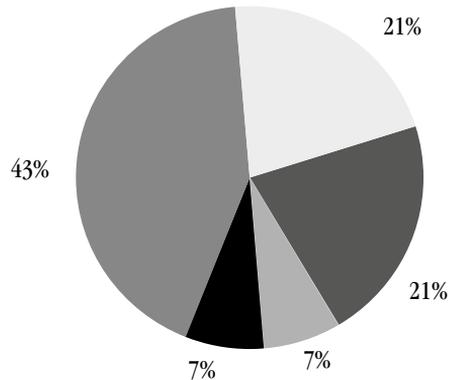
\* Perturbação de Controlo de Impulsos, Perturbação da Personalidade, Debilidade e Perturbação da Identidade de Género.

### Quadro 1 – Distribuição absoluta e relativa dos doentes do Casal da Boba por categoria nosológica.



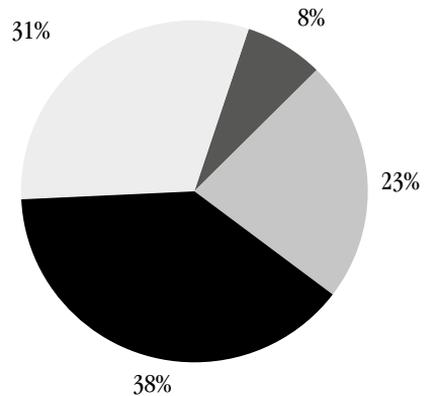
**Figura 3 – Distribuição absoluta e relativa dos doentes do Casal da Boba, por fonte de referência à consulta e patologia (n=27).**

- SU com Internamento Serviço Psiquiatria HFF
- SU sem Internamento
- Transferência de outro Hospital
- Instituições/Associações do Bairro
- Cuidados Saúde Primários



**Figura 4** – Distribuição relativa dos doentes com Esquizofrenia, outras perturbações psicóticas e Doença Bipolar tipo I, por fonte de referenciação à consulta (n=14).

- SU com Internamento Serviço Psiquiatria HFF
- SU sem Internamento
- Transferência de outro Hospital
- Instituições/Associações do Bairro
- Cuidados Saúde Primários



**Figura 5** – Distribuição relativa dos doentes com Perturbações Neuróticas e Outros Diagnósticos, por fonte de referenciação à consulta (n=13).

Nos doentes que foram referenciados à Equipa da Brandoa, existe uma maior prevalência de pessoas com diagnóstico de Psicoses Afectivas e Não Afectivas, que representam 58% dos doentes com seguimento activo (e 52% de todos os

processos de utentes do Bairro). Dentro deste grupo existe uma maior prevalência (37%) de doentes com Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas (com um caso de Doença Esquizoafectiva e outro de Psicose Sem Outra

Especificação), seguido da Doença Afectiva Bipolar tipo I com 21%. O terceiro diagnóstico mais frequente é o de Perturbações de Adaptação que representa 11% dos doentes com seguimento activo, e 22% de todos os processos de utentes do Bairro, presente em 50% dos doentes com alta.

Ao longo dos 14 anos de actividade desta Equipa Comunitária, cerca de 64% dos doentes deste bairro com diagnóstico de Psicoses Afectivas e Não Afectivas foram referenciados à equipa através do SU do Hospital, sendo que 43% tiveram necessidade de internamento (Figura 3), ao contrário dos restantes diagnósticos em que apenas 31% o fizeram através do SU, sendo nestes a fonte mais frequente de referência os Cuidados de Saúde Primários, com 38% (Figura 4).

No grupo de doentes com patologia psicótica afectiva e não afectiva que mantêm seguimento activo na equipa (N=11), 36% encontra-se sob terapêutica antipsicótica injectável de longa duração e beneficia de Visitas Domiciliárias. Este grupo foi responsável por um total de 27 internamentos, com uma média de 2,7 internamentos por doente e 2,6 anos entre cada internamento. Todos os 11 doentes tiveram pelo menos um internamento e 6 (55%), em algum momento, tiveram pelo menos um internamento compulsivo. Nos doentes deste grupo que não tinham seguimento psiquiátrico prévio noutros hospitais (n=9), o tempo médio de doença não tratada foi estimado em 24 meses (variando entre 1 mês e 48 meses).

Em relação ao grupo de doentes com outros diagnósticos, que não psicoses crónicas afectivas e não afectivas, que representa 48% dos utentes do Casal da Boba seguidos na equipa, observa-se que 69% foram referenciados à equipa entre 2008 e 2011, traduzindo um acompanhamento recente.

### Discussão

O perfil dos doentes seguidos na consulta da Brandoa e residentes neste bairro apresenta características particulares, merecedoras de enquadramento quer do ponto de vista da epidemiologia psiquiátrica quer em relação à composição do bairro e ao perfil da consulta desta equipa comunitária.

Em termos epidemiológicos, considera-se que a prevalência mundial dos principais grupos nosológicos psiquiátricos é relativamente estável, sendo que entre outros factores, os instrumentos diagnósticos disponíveis, orientações teóricas locais, estigma e discriminação são responsáveis por grande parte da flutuação encontrada<sup>15</sup>. Inferindo a prevalência das patologias psiquiátricas na comunidade a partir dos casos seguidos pela equipa (que representam o limite inferior da sua real prevalência) teríamos cerca de 0,53% de doentes com esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, 0,4% de doentes com doença bipolar tipo I e 0,4% com perturbações de adaptação<sup>1</sup>.

Estes valores correspondem aos casos detectados e que não são seguidos noutras estruturas, como os Cuidados de Saúde Primários. Se atendermos à prevalência estimada para estas

<sup>1</sup> Em 2008 o bairro tinha 1494 pessoas realojadas (CMA, 2008). Consideramos o número total de doentes do bairro que em algum momento foram seguidos na consulta externa.

patologias na população em geral de 0,8% de doença afectiva bipolar tipo I<sup>16</sup>, 0,3-0,7% de esquizofrenia<sup>17</sup> e 11-18% de perturbações de adaptação<sup>18</sup>, podemos supor que a equipa segue um número esperado de doentes com esquizofrenia, um número inferior ao esperado de doentes com doença afectiva bipolar tipo I, e que a grande maioria das restantes patologias não procura ajuda psiquiátrica (nomeadamente perturbações de adaptação, de ansiedade e perturbações afectivas não bipolares, muito mais prevalentes na população em geral) e que, dessa forma, não recebe assistência desta especialidade.

Esta constatação é reforçada quando comparamos estes valores não só com a prevalência destas patologias em geral, mas também com o próprio perfil de doentes desta equipa, que em 2008 seguia 54% de perturbações do humor, 25,5% de casos de esquizofrenia e outras psicoses crónicas e 16,5% de reacções a *stress* grave e perturbações de ajustamento, o que contrasta com os 37% de esquizofrenia, 21% de perturbações do humor (correspondentes exclusivamente a doenças afectivas bipolares) e 11% de perturbações de adaptação determinados neste estudo. É necessário ter em conta que a proporção real de diagnósticos como perturbações de adaptação e outras perturbações afectivas, em geral agudas, que foram seguidas pela equipa, será bastante superior atendendo ao elevado número de altas (cerca de 80% em 14 anos), quando nos doentes do bairro o número de outras patologias se manteve, ao longo desse período, escasso, o que acentua esta diferença. Permanece por explicar o motivo do aumento da referência de perturbações do humor e de adaptação

sobretudo nos últimos 3 anos de actividade da equipa.

Um dos motivos para o infra seguimento existente até há 3 anos, poderia decorrer de uma contenção eficaz destes quadros pelos Cuidados de Saúde Primários, o que deveria estar espelhado no perfil de triagem desta estrutura para a Equipa Comunitária. De facto, em função dos critérios de triagem, evolução dos quadros de doença mental e diferenciação destes cuidados terciários, cabe à psiquiatra o acompanhamento a longo prazo de doentes com patologias mentais crónicas como a esquizofrenia, perturbação delirante, doença esquizoaffectiva e a doença afectiva bipolar tipo I, fornecendo apoio a outras situações que agudamente requeiram supervisão terapêutica ou avaliação psiquiátrica. Por isso mesmo, apesar de os Cuidados de Saúde Primários absorverem uma grande proporção de patologia mental, sobretudo de adaptação e depressões ligeiras a moderadas, é frequente a sinalização de algumas destas situações aos cuidados psiquiátricos. Nesse sentido, a referência proveniente dos cuidados de saúde primários locais a esta equipa comunitária resultou no seguimento de 31% de doentes com perturbações do humor, 13% com perturbação depressiva recorrente e 13% com reacção a *stress* grave e perturbação de ajustamento<sup>14</sup>, traduzindo uma necessidade de apoio psiquiátrico sentida pelos mesmos Cuidados de Saúde Primários, que referenciaram para a equipa um menor número de doentes daquele bairro. Assim, existe uma discrepância entre a baixa referência de população moradora neste bairro com estas patologias, pelos cuidados de saúde primários, e o perfil geral de referência da equipa.

Observamos que em geral houve uma menor prestação de cuidados psiquiátricos a esta população.

Podemos grosseiramente observar que 4% de toda a população servida pela equipa (84000 pessoas residentes nas freguesias da Venda Nova, Alfovelos, Brandoa, Falagueira e parte do Casal de São Brás) tiveram, em algum momento dos 14 anos de actividade da equipa, contacto com os serviços de Psiquiatria, enquanto apenas 1,8% dos moradores do bairro o fizeram.

Se a equipa manteve as patologias mais graves sob o seu seguimento, é igualmente verdade que o número de altas foi significativamente inferior (30%) comparativamente com os 80% de altas da Equipa da Brandoa<sup>14</sup>, provavelmente à custa do restrito número de patologias não psicóticas acima analisado.

O percurso dos utentes do Casal da Boba diverge também do perfil geral da equipa, já que a forma de referenciação mais frequente de utentes para Equipa foi através dos médicos de família (MF), em 44.8% dos casos, seguida de 20% pelo Serviço de Urgência (SU) com ou sem Internamento (18% + 11,2%, respectivamente)<sup>14</sup>, o que contrasta com os quase 50% através do SU e apenas 22% pelos Cuidados de Saúde Primários que se verificam nos doentes provenientes deste bairro. Novamente, esta diferença é amplificada se se tiver em conta a totalidade dos processos dos utentes do Bairro que são ou foram seguidos na equipa.

Em relação às eventuais situações de patologias psiquiátricas não crónicas que a equipa possa não estar a seguir, podemos equacionar, por um lado, a ausência de qualquer acompanhamento institucional e, por outro, um pos-

sível seguimento e contenção dos casos pelos cuidados de saúde primários. No caso desta última situação, levantar três hipóteses: 1) que esses doentes são eficazmente controlados nos Cuidados de Saúde Primários (sendo pouco provável que os mesmos médicos não necessitem de apoio em relação a esta população mas o solicitem em relação às restantes freguesias, quando o perfil de referenciação por esta estrutura em relação à população do bairro diverge da população em geral da equipa); 2) que os Cuidados de Saúde Primários referenciam os casos mas os doentes não chegam à equipa; 3) que os utentes procuram apoio nos Cuidados Primários mas a patologia mental é subdiagnosticada (atendendo à elevada taxa de variação de detecção de patologia mental pelos cuidados primários, entre 10 a 75%<sup>15</sup>, por exemplo devido a formas de apresentação mais perto da somatização ou viés culturais<sup>19</sup>). Por outro lado, reforçam as duas últimas hipóteses a percepção local do consumo de álcool e substâncias psicoativas no bairro como um problema grave e muito prevalente<sup>12,10,13</sup>, nomeadamente como estratégia de auto-medicação. Além do mais, atendendo à heterogeneidade cultural na comunidade, minoritária em relação à população circundante, podem existir redes paralelas de cuidados (religiosas ou medicinas tradicionais) que desempenham um papel contentor destes quadros – e nesse sentido a merecer futuro enquadramento em termos de estratégias locais de auto-ajuda.

Apesar de tudo, o aumento da referenciação destas patologias nos anos mais recentes pode traduzir uma inversão desta tendência e uma melhor articulação desta população com os cuidados primários, bem como das estruturas

locais com a equipa de psiquiatria (atendendo às fontes de referência).

Por último, em relação aos doentes com patologias psicóticas crónicas, apesar de surgirem na proporção esperada para a população, apresentam, em geral, doenças mais graves e disruptivas que as da restante população. O percurso destes doentes no acesso aos cuidados psiquiátricos fez-se sobretudo através do Serviço de Urgência do Hospital, a maioria dos casos com necessidade de internamento, contrastando com os restantes diagnósticos bem como com o perfil geral da equipa<sup>14</sup>. Neste grupo, 36% dos doentes encontra-se medicado com terapêutica antipsicótica de longa duração, o que contrasta com os 15% observados na totalidade dos doentes com estes diagnósticos na equipa<sup>14</sup>. Enquanto que, na totalidade da equipa, 46% foram internados no Serviço de Psiquiatria, dos quais apenas 8,5% compulsivamente, nos doentes do bairro estes valores são significativamente superiores, com a totalidade dos doentes a verificarem pelo menos um internamento psiquiátrico e 55% com pelo menos um internamento compulsivo. Estes dados são indicativos do grau de ruptura e gravidade destas patologias (por severidade dos sintomas ou falta de *insight* para a doença), certamente em relação com factores como o atraso no tratamento e condicionamento do suporte social, factores protectores e reserva de saúde mental que agilizem um eficaz tratamento e uma evolução favorável<sup>20-23</sup>. Por isso, a elevada prevalência de medidas de tratamento compulsivo, pode ser não só uma medida directa da gravidade da doença como uma medida indirecta da vulnerabilidade social da população<sup>23-26</sup>. De facto, hoje sabemos

que se o recurso à medida de internamento compulsivo assegura que cuidados urgentes sejam aplicados em situações de elevado risco, normalmente acompanhadas de falta de *insight* pessoal sobre o estado mórbido e incapacidade dos demais para orientação em ambulatório, por outro assinala os limites dos cuidados comunitários ou psiquiátricos em geral<sup>24</sup>. Neste sentido, populações com pouca consciência crítica da doença mental, com reserva em aceder aos acessos à saúde ou com barreiras (geográficas ou económicas) a esse acesso, tendem a ter uma maior taxa de admissão involuntária<sup>25,23</sup>. No caso em concreto, é necessário caracterizar a persistência destes valores significativamente elevados apesar do investimento da equipa – o que irá exigir um trabalho de estreita articulação com estruturas intermédias e com a população do bairro. Só através da compreensão desta situação será possível que a equipa perceba o seu real valor e defina as estratégias mais adequadas.

Sabemos hoje que uma das formas de melhorar o prognóstico da patologia mental é diminuir o período de doença não tratada, sobretudo melhorando a articulação da população com os Cuidados de Saúde Primários<sup>15,27</sup>, caracterizando que determinantes condicionam este possível isolamento. Torna-se igualmente necessário intervir sobre parceiros que medeiam a relação entre a comunidade e os cuidados de saúde, que reforcem redes locais de auto-ajuda e contenção que se revelem eficazes e culturalmente adaptadas, que minimizem o estigma e discriminação em torno da saúde mental em função das crenças locais, e por último, que sinalizem precocemente estas situações.

## Conclusões

A população residente no Casal da Boba e diagnosticada com doença mental, em seguimento pela equipa da Brandoa, apresenta um perfil clínico distinto, quando comparada com o perfil geral dos doentes seguidos pela equipa. Se por um lado existe uma escassez de patologias agudas e de adaptação, sem evidência de estarem a ser seguidas pelos Cuidados de Saúde Primários, por outro lado as patologias psicóticas afectivas e não afectivas têm uma apresentação mais grave e disruptiva. Assim, aparentemente só os casos mais graves são seguidos pela Equipa, desconhecendo-se o que acontece aos portadores de quadros agudos ou reacções de adaptação, o que pode ser indicativo da existência de barreiras no acesso aos cuidados de saúde em geral,

Optimizar este acesso bem como a qualidade dos cuidados prestados apela à compreensão dos seus determinantes sociais e culturais. Esta aproximação exige a auscultação dos cuidados de saúde primários sobre os cuidados efectivamente prestados, atendendo ao papel fundamental que desempenham na triagem e detecção precoce de grande parte das patologias mentais<sup>15</sup>.

Por outro lado, exige auscultar a percepção da comunidade e dos agentes comunitários que se articulam com a mesma sobre a saúde mental, possibilitando assim uma compreensão ética e émica do problema. Conhecer a singularidade das comunidades permite criar estratégias não só inovadoras e eficazes, como adequadas para os problemas detectados. De facto, muitas vezes os recursos de auto-ajuda e as crenças em torno da saúde e doença mental estão em estreita relação com o próprio património cultural. Por isso, é importante com-

preender e avaliar a eficácia dessas práticas e o balanço global das suas implicações na área da saúde, mas também em termos socio-culturais. Em bairros particularmente vulneráveis, actuar sobre a doença mental não pode, desta forma, dissociar-se da promoção da autodeterminação e resiliência, tal como é entendida localmente.

## Agradecimentos / Acknowledgements:

À Equipa Comunitária da Brandoa, pelo apoio e envolvimento (Alexandra Morais, Raquel Bandeira, Alice Ligeiro, Fátima Gonçalves, Mariana Morins, João Ribeiro e Jorge Ramos).

## Conflitos de Interesse / Conflicting Interests:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

*The authors have declared no competing interests exist.*

## Fontes de Financiamento / Funding:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

*The authors have declared no external funding was received for this study.*

## Bibliografia / References

1. Burns T: Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practices. Oxford Medical Publications, 2004; 14-36.
2. Cohen CI, Feiner JS, Huffine C, Moffic HS, Thompson KS. The future of community psychiatry. *Community Mental Health J.* 2003; 39(5):459-471.
3. Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC health Serv Res.* 2008; 8:207.

4. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. Report on the Mental Health in Europe Working Group: Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin Pract and Epidemiology Ment Health*. 2005;1:13.
5. Roberts KT, Robinson KM, Topp R et al. Community perceptions of mental health needs in an underserved minority neighborhood. *J Community Health Nurs*. 2008 Oct-Dec;25(4):203-17.
6. Koizumi N, Rothbard AB, Kuno E: Distance matters in choice of mental health program: policy implications for reducing racial disparities in public mental health care. *Adm Policy Ment Health*. 2009 Nov;36(6):424-31.
7. Kemp S, “Leaders of Today, Builders of Tomorrow”: Transforming Youth and Communities in Urban Youth Programs, in Sutton SE, Kemp SP. *The Paradox of Urban Space: Inequality and Transformation in Marginalized Communities*. 1st Edition. New York: Palgrave Macmillan. 2011; 135-156
8. Sharon E. Sutton SE, Susan P. Kemp, *Conclusions: Standing Shoulder-to-Shoulder in a Place-conscious Society, The Paradox of Urban Space – Inequality and Transformation in Marginalized Communities*, 1st Edition. New York: Palgrave MacMillan, 2011; 259-265.
9. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB, *Community-Campus Partnerships for Health. Community-based participatory research: policy recommendations for promoting a partnership approach in health research*. *Educ Health (Abingdon)*. 2001; 14(2):182–197.
10. Câmara Municipal da Amadora, *Atualização e caracterização da População residente no Bairro Municipal Casal da Boba – Relatório de Apresentação de Dados*. 2008.
11. Machado FL, Silva A. *Quantos Caminhos há no Mundo? Transições para a Vida Adulta num Bairro Social*. 1ª Edição. Cascais: Principia e Fundação Calouste Gulbenkian. 2009.
12. Câmara Municipal da Amadora, *Healthy and Wealthy Together – Amadora Local Mapping*. “Project financed under the European Found for Integration of Third-Country Nationals”. 2010.
13. *Diagnóstico Psicossocial dos residentes idosos em fogos municipais T0 e T1 no Casal da Boba*. 2008,
14. Mendes A, Morais A, Melo D, Bandeira R, Gaião S. *Psiquiatria comunitária na equipa da Brandoa: realidade assistencial em Dezembro de 2008*. *Psilogos*. 2012; 10:59–76.
15. *Integrating Mental Health Into Primary Care: A Global Perspective*. World Health Organization, Wonca. 2008.
16. Waraich P, Goldner EM, Somers JM., Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2004 Feb;49(2):124-38.
17. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009; 374 (9690):635–645.
18. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. *Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment*. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009; 5:15.
19. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med*. 1998; 60(4):420–430.
20. Thornicroft G, Bisoffi G, De Salvia D, Tansella M. *Urban-rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric ser-*

- vice utilization in schizophrenia and all diagnoses: a case-register study in Northern Italy. *Psychol Med.* 1993; 23(2):487–496.
21. Castle DJ, Scott K, Wessely S, Murray RM. Does social deprivation during gestation and early life predispose to later schizophrenia? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1993; 28(1):1–4.
  22. Boydell J, van Os J, McKenzie K, Murray RM. The association of inequality with the incidence of schizophrenia--an ecological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 Aug;39(8):597-9.
  23. Boydell J, K McKenzie K: Society, place and space. In Morgan G, McKenzie K and Fearon P (eds), *Society and Psychosis*, Cambridge University Press, 2008; 77-92.
  24. Webber M, Huxley P. Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39(12):1000–1009.
  25. van Os J, McKenzie K. Cultural differences in pathways to care and service use. *New Oxford Textbook of Psychiatry.* 2001, 1899–1904.
  26. Curtis S, Copeland A, Fagg J, Congdon P, Almog M, Fitzpatrick J. The ecological relationship between deprivation, social isolation and rates of hospital admission for acute psychiatric care: a comparison of London and New York City. *Health Place.* 2006; 12:19–37.
  27. Snowden LR, Pingitore D. Frequency and scope of mental health service delivery to African Americans in primary care. *Ment Health Serv Res.* 2002; 4:123–130.