



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE



**ESTRATÉGIA E
PLANO DE ACÇÃO
PARA A
SAÚDE MENTAL**

Assistência Médica

Comunidade

Família

Reabilitação



TEXTO ORIGINAL: **ESTRATÉGIA E PLANO DE ACÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL**

Coordenação Paula Simbine
Erica Wheeler

Consultoria: William Valentini
Roberto Tikanory

Autores: Dra. Isabel Soares
Dra. Paula Simbine
Dra. Erica Wheeler
Téc. Paulo Andrassone

Colaboradores: Dra. Lídia Gouveia
Dra. Eugénia Teodoro
Dr. Joaquim S. Matavel

Assessoria e Revisão Doutor Martinho Dgedge
Dr. Lucas Gulube
Dra. Dalmásia Cossa
Dr. Felipe Sitei



PREFÁCIO

Os problemas e distúrbios relacionados com a saúde mental constituem parte importante da carga de doença de todas as sociedades. No mundo inteiro assiste-se a um aumento dramático na incidência dos problemas de saúde mental.

Tal como acontece com os factores de risco para outras doenças claramente estabelecidas, pessoas expostas a dificuldades extremas apresentam maior risco de desenvolverem perturbações mentais e de comportamento. Há alguns grupos sociais que, pelas suas características de desenvolvimento e/ou situacionais, se encontram em maior risco para o desenvolvimento destes perturbações

Nestes grupos estão as crianças órfãs, as vítimas de abuso sexual e violência, as portadoras de deficiência física, os idosos, mulheres vítimas de abuso sexual e violência doméstica, as vítimas de calamidades naturais e outros acidentes, e as pessoas que vivem em condições de pobreza extrema.

A relação existente entre a produtividade de uma nação e o bem estar físico e mental dos seus cidadãos obriga a repensar em conjunto a promoção da saúde mental da comunidade e os esforços desenvolvidos pelo governo para combater a pobreza e assegurar o desenvolvimento económico do país. Assim, são preponderantes o atendimento ou resolução de questões que têm a ver com *a Epilepsia, Esquizofrenia e outras perturbações mentais crónicas, Psicoses Infantis, Dificuldades de Aprendizagem, Consumo do Álcool, Drogas e Tabaco, HIV/SIDA, até à questão de um grande número de pessoas que vive nas ruas.*

Foi neste quadro que se desenhou a presente Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental, que não só permitirá o reforço do sistema de saúde e o aumento da capacidade de resposta do MISAU aos inúmeros problemas que enfrenta, mas também contribuirá para uma significativa melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Para além de apresentar os problemas e as grandes áreas de acção da saúde mental, a presente Estratégia e Plano de Acção pretende incorporar estratégias tendo em conta o envolvimento da população e dos praticantes da medicina tradicional, desde o papel crucial que a medicina tradicional joga na questão da saúde mental. Com efeito, as concepções tradicionais e culturais de doença mental, têm levado à discriminação destes doentes e ao atendimento desumano a que têm sido vítimas, cabendo ao MISAU a tarefa de intervir nesta matéria, desenhando estratégias de colaboração, tendo em conta o bem estar e a recuperação do indivíduo.



A Epilepsia e Esquizofrenia são problemas crónicos de saúde no país. A epilepsia afecta cerca de 4% da população da zona rural em Moçambique e é responsável por grande parte de incapacidades mentais. Por outro lado, a esquizofrenia afecta 1% da população mundial, e em Moçambique afecta 5% da população rural, sendo uma das doenças mais incapacitantes, acarretando igualmente custos económicos elevados tanto para o doente como para a sua família.

Grande ênfase é dada à necessidade do aumento do número de recursos humanos cada vez mais especializados, porque acreditamos que só com pessoal especializado distribuído pelos diversos pontos do país, será possível estender os cuidados de saúde mental a todos os níveis, melhorando assim o estado de saúde mental da sociedade moçambicana.

A Estratégia e o Plano de Acção para a Saúde Mental vai permitir que os sistemas de gestão das actividades a nível da saúde mental sejam actualizados e adequados à realidade das visões actuais de saúde mental, melhorando desta forma a capacidade de monitoria e avaliação a todos os níveis.

É verdade que o Plano é ambicioso e que vai exigir de todos um grande empenho e dedicação. Porém temos a certeza que a sua implementação de acordo com os objectivos traçados e actividades contempladas irá alterar positivamente o panorama da Saúde Mental no país.

O nosso agradecimento vai para todos aqueles que contribuíram para a elaboração do presente Plano e Estratégia de Saúde Mental, na certeza de que empreenderão o mesmo esforço para a sua concretização.

Maputo, aos 27 de Junho de 2007

O Ministro da Saúde

Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido



ÍNDICE

Lista de Definições

SUMARIO EXECUTIVO

1. INTRODUCAO

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

- 2.1 Resumo da situação sócio-económica do país
- 2.2 Histórico da saúde mental no país
- 2.3 Situação actual da saúde mental no país
- 2.4 Percepções culturais da doença mental
- 2.5 Proposta da Estratégia de saúde mental para o País
 - Princípios Orientadores

3. MODELO ESTRATÉGICO

- 3.1 Desenvolvimento das Áreas de acção
 - 3.1.1 PARTE I: Recursos Humanos e Formação
 - 3.1.2 PARTE II: Organização e Prestação dos Serviços
 - 3.1.3 PARTE III: Envolvimento Comunitário
 - 3.1.4 PARTE IV: Abuso de Substâncias Psicoactivas incluindo o Álcool e Tabaco
 - 3.1.5 PARTE V: Violência, HIV/SIDA e Outros Grupos Vulneráveis
 - 3.1.6 PARTE VI: Epilepsia, Esquizofrenia e Outras Doenças Mentais Crónicas
 - 3.1.7 PARTE VII: Advocacia e Legislação e Direitos Humanos
 - 3.1.8 PARTE VIII: Investigação
 - 3.1.9 PARTE IX: Financiamento
 - 3.1.10 PARTE X: Monitoria e Avaliação

4. PROCESSOS FUNDAMENTAIS DE IMPLEMENTACAO VS PLANOS DE ACCAO

Indicadores de Processo - Monitoria e Avaliação

Mecanismos de Articulação



Lista de Definições

Abuso de Substâncias – uso repetido e inadequado de substâncias, psicoactivas ou não, e que se acompanha de efeitos físicos, psicológicos e/ou sociais nocivos e /ou envolve um contacto (procura de ajuda profissional) com profissionais de saúde; uso excessivo de substâncias, persistente ou esporádico, inconsistente ou sem relação com a prática médica aceitável.

Desgaste Emocional – termo que designa uma síndrome caracterizada por exaustão física e emocional, despersonalização, percepção (real ou imaginária) de diminuição da capacidade laboral, sensação de fracasso pessoal e insónia. Pode-se encontrar associada a depressão, e a uma susceptibilidade aumentada para doenças físicas, consumo de substâncias e suicídio; reacção de stress frente a exigências inexoráveis exigências emocionais, associadas ou não ao trabalho.

Manejo de Caso – desenho de programas terapêuticos individualizados e dirigidos às necessidades específicas de cada caso.

Centro de Dia – unidade especializada no atendimento a indivíduos com problemas de saúde mental que, não necessitando de internamento a tempo completo beneficiam, no entanto, do apoio prestado pelos técnicos de saúde mental durante o dia, tanto em termos de tratamento psicofarmacológico como psicoterapêutico e de reabilitação.

Cuidados Baseados na Comunidade (CBC) – prestação de cuidados ao doente num contexto aproximado às suas rotinas de vida, de forma a impedir a ruptura dos vínculos sociais que ocorre frequentemente em virtude da institucionalização (prestação de cuidados em internamento hospitalar prolongado).

Grupos Vulneráveis – grupos de indivíduos que se encontram em situações que representam condições de risco extremo para o desenvolvimento de perturbações do foro psicopatológico, como por exemplo as vítimas de violência doméstica e abuso sexual, pessoas vivendo com HIV/SIDA, órfãos de HIV/SIDA, deficientes mentais, idosos, prisioneiros e vítimas de desastres naturais, de actos de terrorismo, de acidentes graves e de grandes proporções, etc.,....

Problemas de Saúde Mental – qualquer das múltiplas alterações adversas do estado de equilíbrio bio-psico-social e que provoquem no indivíduo comprometimento psicológico associado, na maioria das vezes, a sofrimento e interferência com as funções pessoais

Promoção da Saúde Mental – conjunto de actividades contínuas que se destinam a manter e/ou melhorar o equilíbrio cognitivo, afectivo e/ou comportamental de indivíduos e populações.

Redes Comunitárias Informais – conjunto de recursos comunitários informais que podem ter impacto na recuperação do doente mental tais como famílias, amigos, vizinhos, colegas, grupos de auto-ajuda, voluntariado, líderes tradicionais e religiosos, activistas da comunidade, etc.

Redes Comunitárias Formais – conjunto de serviços de saúde mental providenciados por profissionais de saúde mental e/ou para-profissionais, baseados na comunidade, com ou sem vínculo institucional. Podem incluir por exemplo, centros de reabilitação, equipas móveis de saúde mental, serviços de intervenção em crise, apoio residencial, serviços de apoio domiciliário e ainda serviços clínicos em escolas, empresas, prisões, programas de apoio em situações de trauma psicológico, em campos de refugiados, etc.

Resiliência – constructo que se refere à capacidade psicológica que permite a um indivíduo enfrentar factores adversos, reconstruindo-se nesse processo experiencial sem descompensar patologicamente

Transtornos Mentais e de Comportamento (TMC) – designação para um conjunto de estados psicopatológicos ou de alterações do comportamento, agrupados em categorias clínicas específicas



Trabalho em Rede – interacção entre recursos do sector formal e do sector informal, com vista a um recíproco potenciamento na procura de soluções para os problemas

Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental – técnicos de nível médio, formados em psiquiatria e saúde mental pelo MISAU para trabalhar em saúde mental no âmbito do Sistema Nacional de Saúde. Representam o esforço do MISAU para compensar a enorme carência de quadros superiores especializados para operar neste sector da saúde.





SUMÁRIO EXECUTIVO

A Política do Ministério de Saúde, aprovada 1995, serve de plataforma para o desenvolvimento do sector de Saúde em Moçambique. Define o objectivo macro de saúde, identifica os focos de intervenção do governo e prevê directrizes táticas de modo a garantir melhores serviços de saúde à população.

É dentro deste contexto, que se desenvolve o presente plano, em consonância com a visão do governo de providenciar cuidados eficazes e de qualidade, que cubram a globalidade das necessidades de saúde dos diferentes grupos étnicos e linguísticos, rurais e urbanos, garantindo o respeito dos direitos civis, económicos e humanos de toda a comunidade.

O objectivo geral do presente Plano de Acção é desenvolver e intensificar as actividades de saúde mental e de assistência psiquiátrica a nível nacional, baseando-se numa visão ampla de 10 anos (2006 – 2015).

Este plano de acção divide-se em 4 capítulos a saber:

No primeiro capítulo temos a análise da situação que faz uma breve resenha da situação sócio económica do país, o histórico e a situação da saúde mental em Moçambique.

O segundo capítulo introduz o Plano de Acção da Saúde Mental e os princípios orientadores do mesmo, que assentam em 3 aspectos a saber:

- integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde em geral,
- ênfase dada à reabilitação psicossocial do doente mental,
- colaboração inter-sectorial

O Modelo Estratégico é nos apresentado no terceiro capítulo e faz menção das diferentes áreas de acção a saber:

- **Recursos Humanos e Formação:** Assegurar que o Plano de desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde ao nível do MISAU contemple a especialização dos Médicos em Psiquiatria, a formação de Psicólogos Clínicos, de Técnicos Médios em Psiquiatria e de Terapeutas Ocupacionais, assegurando também a sua colocação.
- **Organização e Prestação de Serviços:** Expandir os serviços de Psiquiatria e saúde mental a todos os níveis de prestação de serviços de saúde e providenciar cuidados culturalmente adequados e adaptados às necessidades e recursos das comunidades locais.
- **Envolvimento Comunitário:** Melhorar o suporte ao doente mental promovendo a participação comunitária em todos os domínios da saúde mental, nomeadamente ao nível da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção com vista à reduzir o estigma associado a doença mental
- **Abuso de Substâncias Psicoactivas:** Contribuir para a redução da morbilidade decorrente do consumo abusivo do álcool e outras drogas, incluindo o tabaco
- **Violência, HIV/SIDA e outros Grupos Vulneráveis ao desenvolvimento de Transtornos Mentais e do Comportamento:** Prestar apoio às necessidades psicossociais dos grupos vulneráveis



- **Epilepsia, Esquizofrenia e Outras Doenças Crónicas:** Garantir a detecção precoce ao nível dos cuidados primários, integrando a provisão de serviços para estas doenças em todos os níveis de cuidados de saúde
- **Advocacia e Legislação:** Reduzir o estigma e a discriminação e promover os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e do comportamento. Incorporar a perspectiva do Género e equidade no âmbito da prestação de serviços em saúde mental
- **Investigação:** Promover uma prática em saúde mental baseada em evidências
- **Financiamento:** Garantir recursos financeiros que permitam o desenvolvimento de operações no âmbito da implementação da estratégia para a saúde mental.

No quarto capítulo temos os processos fundamentais de implementação das acções contidas, incluindo-se:

- Resultados Esperados por Áreas de Acção até 2015
- Indicadores de Processo - Monitoria e Avaliação
- Responsabilidades e,
- Mecanismos de Articulação nos planos,

A base de partida do processo de implementação do Plano Estratégico de Saúde Mental (2006 - 2015), é relativamente modesta e para assegurar uma maior eficiência no uso dos poucos recursos disponíveis, as acções foram criteriosamente seleccionadas e ordenadas, tendo em conta as prioridades do governo de acordo com as linhas gerais definidas na Política Nacional de Saúde e no PARPA.



1 INTRODUÇÃO

Os problemas e distúrbios relacionados com a saúde mental constituem parte da carga de doença de todas as sociedades. No mundo inteiro tem havido um aumento dramático na incidência dos problemas de saúde mental, fazendo com que a importância deste sector da saúde tenha crescido também na agenda dos planeadores e políticos. O reconhecimento do impacto deste tipo de problemas na saúde das populações cresceu desde que se adoptou um novo método para avaliar a saúde e a doença, que não está apenas restrito à avaliação das taxas de morbilidade e mortalidade mas também leva em consideração o grau em que a doença afecta o modo de vida das pessoas e as restrições e perda de oportunidades que lhes impõe. Nesta perspectiva, os problemas de saúde mental assumem um dos papéis principais na carga de doença imposta às sociedades do mundo.

Tal como acontece com os factores de risco para outras doenças claramente estabelecidas, pessoas expostas a dificuldades extremas apresentam maior risco de desenvolverem transtornos mentais e de comportamento. Há alguns grupos sociais que, pelas suas características de desenvolvimento e/ou situacionais, se encontram em maior risco para o desenvolvimento destes transtornos. Nestes grupos estão as crianças órfãs, vítimas de abuso sexual e violência, portadoras de deficiência física, os idosos, mulheres vítimas de abuso sexual e violência doméstica, filhos de mães com deficiência de iodo, e as pessoas que vivem em condições de pobreza extrema.

O presente documento apresenta o Plano de Acção de Saúde Mental até 2015, no sentido de providenciar uma visão a longo prazo e uma linha de orientação para a melhoria da saúde mental da população. A relação existente entre a produtividade de uma nação e o bem estar físico e mental dos seus cidadãos, obriga a repensar em conjunto a promoção da saúde mental da comunidade, os esforços desenvolvidos pelo governo para combater a pobreza absoluta e assegurar o desenvolvimento económico do país e igualmente contribuir para o alcance das metas do milénio na erradicação da pobreza.

O lançamento de uma estratégia de saúde mental, sendo uma responsabilidade do governo, deve partilhar com a comunidade, a visão de *"construírem em conjunto e de forma participativa uma sociedade justa e saudável, onde todos os cidadãos, incluindo os mais fragilizados, terão oportunidade de desenvolver o seu potencial humano com respeito e dignidade, e livres do estigma e discriminação"*.



1.1 PRINCÍPIOS ORIENTADORES E PROGRAMA DE ACÇÃO

1. Uma boa saúde mental é essencial ao desenvolvimento integral das potencialidades humanas;
2. Toda a comunidade desempenha um papel essencial na advocacia e educação em saúde mental. A promoção, a prevenção e a inclusão social das pessoas com transtornos mentais deve ser uma responsabilidade de todas as pessoas e instituições;
3. Os serviços de saúde mental deverão ter uma orientação não restritiva: os cuidados deverão ser prestados prioritariamente na comunidade, num ambiente o menos coercivo possível, de maneira a evitar que os doentes se desloquem do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social.

Deste modo, as estratégias definidas neste documento assentam:

- Na **integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde em geral**, que deverão assumir uma natureza preventiva, reabilitativa e de suporte às pessoas em situação de dependência, favorecendo e privilegiando a permanência a domicílio e no ambiente familiar e social.
- Na ênfase dada à **reabilitação psicossocial do doente mental**, que deve constituir parte do tratamento sempre que se justificar e ser assegurada dentro de estruturas de acolhimento temporário, centros de dia, residências, unidades de formação e reinserção profissional, inseridas na comunidade e adaptadas ao grau de autonomia do paciente.
- Na **colaboração inter-sectorial** dentro e entre os diferentes ministérios, e entre os ministérios e a sociedade civil na promoção da saúde mental, na prevenção dos transtornos mentais e de comportamento, e no favorecimento da inclusão social daqueles que sofrem destes transtornos

2. CONTEXTUALIZACAO

2.1 RESUMO DA SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DO PAÍS

Moçambique tem uma área 799 380 km². Segundo as estatísticas do Instituto Nacional de Estatística, a projecção de população para 2006 é de 19.9 milhões de pessoas com uma taxa de crescimento anual de 2,4%. A esperança de vida ao nascer está situada nos 47,4 anos de vida. Moçambique continua a ser um dos países mais pobres do mundo com um índice de desenvolvimento humano que o coloca na 170^a posição no ranking dos 173 países do mundo.

O país é maioritariamente rural, com 68.7% da sua população a viver em zonas rurais comparado com os 31.3% que vivem em zonas urbanas. O rendimento per capita anual é de US\$313, mas aproximadamente 70% da população vive abaixo do limiar da pobreza com um rendimento inferior aos US\$0.40 por dia. A incidência da pobreza nas áreas rurais é de 71.3% comparado com os 62% nas áreas urbanas. Com excepção de uma classe burguesa em emergência não há, no entanto, diferenças muito acentuadas entre pobres e não-pobres.

A avaliação da pobreza levada a efeito pela primeira vez em Moçambique em 1996-1997 concluiu que, mesmo tendo em conta que outros factores como a guerra tenham tido efeitos devastadores nas condições de vida da população moçambicana, a pobreza, em grande medida, é estrutural. A avaliação da pobreza chamou a



atenção para aspectos particulares como o baixo nível do capital humano, incluindo os baixos níveis de educação e a fraca saúde de uma grande parte da população, a baixa produtividade do sector agrícola que emprega grande parte dos moçambicanos, uma infra-estrutura fraca e o fraco acesso aos serviços básicos.

O perfil de doença do país é alto no que se refere às doenças infecto-contagiosas, particularmente malária, diarreias, infecções respiratórias e tuberculose. A Malária por si só contribui com 30-40% da morbidade e mortalidade. Estas doenças têm sido exacerbadas pelo rápido crescimento do HIV/SIDA a par da prevalência elevada das doenças sexualmente transmissíveis. No ano 2000, o impacto das doenças transmissíveis e da epidemia do SIDA baixou a esperança de vida ao nascer para os 36.8 anos, com uma expectativa de um declínio até aos 35.9 anos até 2010, se nenhuma acção for desenvolvida para travar a epidemia do HIV/SIDA.

A taxa de mortalidade materna é uma das mais altas do mundo com cerca de 600 a 1100 mortes por 100.000 nascimentos. A taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos situa-se aproximadamente nas 219 mortes por 1000 nascimentos. Tal como com outros indicadores, as taxas diferem entre as zonas urbanas e rurais com uma percentagem de 63% mais alta nas zonas rurais do que nas zonas urbanas. Há também uma taxa elevada de mortes devidas a abortos ilegais e violência exercida sobre mulheres e crianças. Outros indicadores sociais estão também entre os piores da região da África Sub-Sahariana.

O grau de alfabetização é baixo e, tal como acontece relativamente a outros indicadores, há fortes divergências entre os meios urbanos e rurais. Apenas 32% dos adultos em zonas rurais são alfabetizados comparado com os 71% nas zonas urbanas. Há ainda diferenças de género significativas relativamente a este indicador com as mulheres atingindo uma taxa de analfabetismo de 50% mais elevada do que a dos homens. Do ponto de vista linguístico há muita diversidade ao longo do país. Apesar do Português ser a língua oficial, as cerca de 13 línguas nacionais do país são mais faladas pela população do que propriamente o português.

Com o fim da guerra civil em 1992 o governo teve de enfrentar a tarefa de reconstruir o país e a sua economia. Nos finais da Guerra cerca de metade das 5,700 escolas primárias que o país possuía tinham sido encerradas ou destruídas. Muitas das infra-estruturas de saúde tinham também sido destruídas e havia um grande número de pessoas desalojadas, quer das zonas de maior incidência de guerra dentro do próprio país, quer dos países vizinhos em guerra. Muitas pessoas haviam testemunhado e/ou sofrido actos de extrema brutalidade. As duas facções em conflito haviam recrutado crianças como soldados. A reintegração destes grupos constituiu um grande desafio que do ponto de vista económico quer do ponto de vista social.

O objectivo central do Governo de Moçambique é a redução substancial dos níveis de pobreza absoluta em Moçambique através de medidas para melhorar as capacidades e as oportunidades para todos os Moçambicanos e em particular a camada mais desfavorecida. O objectivo específico é a redução da incidência da pobreza absoluta do nível de 70% em 1997 para menos de 60% em 2005, e menos de 50% até finais da primeira década de 2000. O sector saúde joga igualmente um papel fundamental em melhorar directamente o bem-estar dos pobres, ao mesmo tempo que imprime um crescimento económico rápido através duma melhor qualidade do capital humano.

2.2 HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL DO PAÍS

O primeiro seminário nacional de saúde mental, foi realizado nos dias 15 e 16 de Outubro de 1984, já no período pós-independência, com a presença de vários representantes de instituições da saúde e membros das organizações não governamentais que operavam em Moçambique no âmbito psicossocial. A análise feita nesse primeiro seminário identificou os seguintes problemas na área da saúde mental: (1) centralização das estruturas de tratamento;(2) dificuldades na planificação devido à ausência de dados sobre a prevalência dos



transtornos mentais no país; (3) carência de recursos humanos, materiais e financeiros; (4) ausência de sensibilidade para a saúde mental, quer ao nível do pessoal de saúde, quer ao nível da comunidade em geral; (5) a instabilidade dos quadros técnicos, na sua maioria, cooperantes estrangeiros e (6) ausência de colaboração multissetorial. Neste seminário foram também feitas recomendações, na base das quais foi criado o Programa Nacional de Saúde Mental de Moçambique. Estas recomendações salientavam a necessidade de (1) se proceder à criação de uma estrutura que organizasse, dinamizasse, coordenasse e supervisionasse as acções em saúde mental a nível nacional, (2) de capacitar na área da saúde mental, os diferentes quadros a operar na saúde, e/ou ainda em formação, (3) de promover a investigação epidemiológica em saúde mental e (4) de adequar a legislação à realidade sócio-cultural de Moçambique. Muitos destes desafios estão ainda a ser enfrentados, mais de vinte anos depois do programa ter sido lançado.

O Programa Nacional de Saúde Mental de Moçambique (PNSM) foi aprovado em 1990, no XVIº Conselho Coordenador do Ministério da Saúde. A estratégia aprovada no Conselho salientava a necessidade de integração da saúde mental nos cuidados de saúde em geral e enfatizava a importância da promoção e da prevenção, da humanização dos cuidados, do treino formal e contínuo de profissionais de saúde mental, da investigação, da colaboração intersectorial, da implementação de legislação e da supervisão e avaliação dos processos iniciados. No momento do lançamento, o PNSM contava com uma psiquiatra nacional e quatro infra-estruturas, ainda datadas do período colonial e em condições muito precárias (o Hospital Psiquiátrico do Infulene, em Maputo, o Hospital Psiquiátrico de Nampula, a Enfermaria de Psiquiatria no Hospital Central da Beira e o Hospital Asilar de Chissui, em Manica. A primeira grande tarefa do PNSM foi promover um curso de formação de quadros médios de saúde mental, cujas competências os habilitavam a fazer diagnóstico psiquiátrico e prescrever psicotrópicos no âmbito do formulário nacional de saúde. Em 1996 formaram-se os 34 técnicos de psiquiatria que, ainda hoje, assumem a bandeira da saúde mental nas 11 províncias do país.

2.3 SITUAÇÃO ACTUAL DA SAÚDE MENTAL EM MOÇAMBIQUE

A Secção de Saúde Mental foi criada no Ministério da Saúde na altura do lançamento do Programa Nacional de Saúde Mental. Em termos organizacionais esta área da saúde constituiu um dos sectores da Repartição de Saúde Familiar e está inserida no Departamento de Saúde da Comunidade do Ministério da Saúde. Embora o PNSM contemple várias áreas de acção que vão desde a formação, à prevenção, tratamento e reabilitação, grande parte da operacionalização dos objectivos previstos nestas áreas de acção obrigam a uma coordenação apertada com outros departamentos do Ministério da Saúde. A componente assistencial, por exemplo, é da responsabilidade do Departamento de Assistência Médica e segue o modelo de cuidados previsto para as outras áreas da saúde: *Cuidados Primários, Cuidados Secundários, Terciários e Cuidados Quaternários.*

Os serviços de saúde de nível primário, são uma fonte importante de prestação de cuidados de saúde mental. Apesar da intenção de tornar acessíveis os cuidados de saúde mental a toda a população através da sua integração nos cuidados de saúde primários, o que se verifica ainda hoje é que grande parte da prestação de serviços de saúde mental está centrada nas zonas urbanas e nomeadamente em Maputo. Baseando-se nos relatórios provinciais de saúde mental, número de pessoal existente e número de doentes, conclui-se que os quadros de saúde mental, cobrem apenas cerca de 0,29% da população e a sua actividade ao nível dos cuidados primários resume-se apenas a uma consulta por semana em alguns Centros de Saúde de algumas capitais provinciais. A formação em saúde mental dos quadros básicos e médios da saúde que operam ao nível primário, tem também sido muito precária e aleatória em virtude da falta de professores qualificados nos centros e institutos de formação, e da falta de contemplação desta área nos currícula de formação.



Ao nível secundário e terciário, em Maputo, os cuidados de saúde mental estão também limitados a uma consulta por semana nos três hospitais gerais: Mavalane, Chamanculo e José Macamo. Não há mais hospitais gerais no país e ao nível provincial, os cuidados de saúde mental estão integrados nos hospitais provinciais. Todos os hospitais provinciais têm pelo menos um técnico de psiquiatria. Ao nível rural apenas os hospitais rurais de Cuamba e Nacala Porto têm um técnico de psiquiatria e saúde mental.

Ao nível dos cuidados especializados (nível quaternário), há uma Enfermaria de Psiquiatria e consulta externa todos os dias da semana nos hospitais centrais de Maputo e Sofala. Há também dois hospitais psiquiátricos em Moçambique que datam ainda do período colonial, e que durante muitos anos, só providenciaram cuidados de natureza custodial. O Hospital Psiquiátrico de Nampula em sério estado de degradação foi encerrado e o seu quadro pessoal transferido dentro de um acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde para o novo centro de saúde mental pertença da igreja católica.

Em termos de recursos humanos o PNSM conta actualmente com 52 quadros no activo, de nível superior e nível médio, nacional e estrangeiro. A distribuição dos quadros actualmente anexos ao programa apresenta-se na tabela nº 1

Tabela nº1 – Distribuição dos quadros de saúde mental de nível médio e superior (no activo), integrados no SNS (2º Semestre, 2005)

	Maputo/ cidade	Gaza	Inhambane	Sofala	Manica	Tele	Zambézia	Nampula	C. Delgado	Niassa
Psiquiatras	5 (2 ^{**})	0	0	1(**)	0	0	0	2(**)	0	0
Psicólogos	9	1	0	1	1	0	1	1	0	0
Téc. psiquit.	7 (2 [*])	2	2	4	2	2	2	3	1	2
Total de Quadros SM por província	21	3	2	6	3	2	3	6	1	2

(2^{*}) Maputo província; (**) quadros estrangeiros;

Em 2003 o PNSM levou a efeito um estudo sobre a prevalência de alguns transtornos mentais severos em comunidades urbanas e rurais, do sul e norte de Moçambique (PNSM-MISAU/OMS, Community Epidemiological Study, 2003). Este estudo demonstrou que a prevalência é superior nas zonas rurais, onde os serviços são mais raros e mais precários e onde as famílias são também mais vulneráveis do ponto de vista económico (tabela nº2). Estes dados sugerem uma carga ("burden") superior da doença mental para as comunidades rurais do país que, na ausência de estruturas de apoio da parte do sistema nacional de saúde, continuam a ver-se obrigadas a recorrer quase em exclusivo, à medicina tradicional (ver tabela nº3).

Tabela nº2 – Prevalência dos transtornos mentais severos na comunidade (PNSM-MISAU/OMS, Community Epidemiological Study, 2003)

Transtorno	Cuamba % (n)	Maputo % (n)	OR, (95% CI), p
Psicoses	5% (n=134)	1,5% (n=116)	3,47 ; (2,67-4,5) p<0,0001
Atraso Mental	1,8% (n=93)	1,1% (n=122)	1,69; (1,28-2,24) p<0,0001
Epilepsia	3,9% (n=197)	1,3% (n=143)	3,11; (2,49-3,89) p<0,0001

2.4 PERCEPÇÕES CULTURAIS DA DOENÇA MENTAL

Apesar do reconhecimento de que a psicopatologia básica subjacente à maioria dos transtornos mentais é universal, a sua manifestação e interpretação adquire especificidades próprias em função da cultura em que o indivíduo se insere. O Ministério da Saúde tem, de um modo geral, uma perspectiva aberta face à medicina



tradicional. Relativamente à saúde mental, dada a baixa capacidade de cobertura dos serviços de saúde convencionais, principalmente nas zonas rurais, e dada a impregnação da cultura tradicional na concepção e tratamento da doença mental, o Ministério da Saúde reconhece a importância da medicina tradicional na assistência a uma grande maioria dos moçambicanos, tentando estabelecer formas de cooperação entre os dois sistemas que reforcem a assistência às comunidades dentro da linha de valores e princípios preconizados pelo PNSM.

Tal como em muitas outras culturas africanas, as crenças acerca da doença mental estão intrinsecamente ligadas a crenças espirituais religiosas, de carácter animista e de origem ancestral. A “cura tradicional” é por isso mesmo largamente aceite para os problemas de saúde de um modo geral, sendo que na maioria das vezes o utente entra no sistema de saúde convencional só depois de ter procurado tratamento tradicional e de este ter “falhado”. Este circuito de procura de cuidados assume particular relevância no âmbito dos cuidados em saúde mental, dada a forte impregnação das crenças e atribuições tradicionais na concepção da doença mental.

Um estudo sócio-antropológico conduzido em 1999 pelo PNSM no norte do país, demonstrou que os transtornos mentais eram atribuídos a um conjunto diversificado de factores que iam desde as causas naturais, à vitimização por espíritos malignos do género posse pelo demónio, etc. (PNSM-MISAU/OMS, Nations for Mental Health, 1999). Cada transtorno exibia o seu próprio grupo de sintomas, que ajudava na sua identificação e tratamento de primeira linha pelo médico tradicional ou curandeiro. Foi possível estabelecer comparações entre a apresentação do quadro clínico e o seu diagnóstico tradicional com os critérios científicos de diagnóstico, mas as causas e os métodos de tratamento diferiam significativamente entre os dois sistemas.

A investigação realizada em 2003 para estudo da prevalência das psicoses, atraso mental e epilepsia incluiu também a avaliação dos modelos causais explicativos destas patologias e dos sistemas de procura de cuidados (PNSM-MISAU/OMS, Community Epidemiological Study, 2003). Os resultados apresentam-se na tabela nº 3. O estudo usou a classificação psiquiátrica em vigor em Moçambique e que segue as orientações diagnósticas da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Tabela n.º 3 – Modelos explicativos da doença mental e sistemas de procura de cuidados em zonas urbanas e rurais de Moçambique

	Contexto	Psicose	Atraso Mental	Epilepsia
Modelo causal desconhecido	Maputo	50,4%	55,7%	65,7%
	Cuamba	18,9%	50,9%	38,8%
Modelo causal sobrenatural	Maputo	14,9%	7,8%	15,7%
	Cuamba	51,6%	10,5%	34,5%
Uso da Biomedicina (Medicina Moderna Científica)	Maputo	76,9%	74,8%	68,8%
	Cuamba	53,5%	33,8%	55,6%
Uso da medicina tradicional	Maputo	61,3%	59,1%	82,6%
	Cuamba	70,6%	51,4%	75,9%

Conforme seria de esperar a explicação da doença mental através de causas sobrenaturais é maior nas zonas rurais (Cuamba) do que nas zonas urbanas (Maputo). Em Maputo a percentagem de pessoas que refere desconhecer as causas destas patologias é superior à de Cuamba, o que parece sugerir que em contextos urbanos as pessoas não recorrem tão facilmente aos modelos de atribuição tradicionais mas também não conhecem os factores de risco da doença na perspectiva da medicina moderna. No entanto, quando passamos à análise dos sistemas de procura de cuidados verificamos que não há uma diferença significativa entre os dois contextos, urbano e rural, no recurso à medicina tradicional. Ou seja, embora em Maputo as pessoas recorram



com mais frequência do que em Cuamba à Medicina Moderna Científica para o tratamento das patologias em estudo, isto não exclui o recurso simultâneo à medicina tradicional.

3 MODELO ESTRATEGICO (CONDIÇÕES INDISPENSÁVEIS PARA ATINGIR OS OBJECTIVOS)

3.1 DESENVOLVIMENTO DAS ÁREAS DE ACÇÃO

PARTE I: RECURSOS HUMANOS E FORMAÇÃO

O aumento do número de profissionais de saúde é o grande desafio da saúde em geral, e do sub-sector em particular. O PNSM enfrenta sérios problemas de recursos humanos, possuindo uma rede que não ultrapassa os 50 profissionais envolvidos na prestação de serviços pelo país inteiro, alguns dos quais estrangeiros, como é o caso dos psiquiatras. Uma análise da distribuição geográfica dos recursos demonstra discrepâncias acentuadas, com a maioria dos quadros concentrados nas zonas urbanas, principalmente Maputo (ver tabela nº 1).

A formação insuficiente dos profissionais de saúde em geral relativamente aos transtornos mentais e neuro-psiquiátricos conduziu à grande falta de assistência providenciada às pessoas que sofrem de problemas de saúde mental. Esta falta de assistência, aliada às crenças culturais leva a nas zonas rurais os praticantes da medicina tradicional sejam frequentemente os primeiros a serem consultados pelos doentes e seus familiares (ver tabela n.º 3). Por esta razão, os praticantes da medicina tradicional são, um recurso importante com o qual o sector formal de saúde deve contar e colaborar.

A insuficiência de fundos e do número geral de enfermeiros de nível básico disponíveis para a formação em saúde mental inviabilizou, durante mais de dez anos, a realização de novos cursos de formação de técnicos de nível médio em Psiquiatria e Saúde Mental. Os cerca de trinta profissionais lançados com o primeiro e único curso realizado nos primeiros dez anos de funcionamento do PNSM continuam a garantir a grande parte dos serviços prestados ao longo do país, com toda a insuficiência daí resultante em termos de capacidade de cobertura das necessidades reais. A agravar a situação muitos destes profissionais abandonarão em breve o sistema nacional de saúde devido à entrada na reforma. Felizmente, no primeiro semestre de 2004 iniciou-se um segundo curso para formação de mais trinta técnicos médios de Psiquiatria e Saúde Mental. Estes técnicos estarão aptos a iniciar as suas funções no final de 2005. A formação de técnicos desta e/ou de outra natureza deve, no entanto, constituir uma estratégia contínua do governo de forma a poder compensar, a médio prazo, a grave carência de recursos humanos deste sub-sector da saúde.

A par da situação no sector da saúde em geral, os baixos salários, as fracas condições de trabalho e a falta de motivação exacerbam os riscos da perda continuada de pessoal especializado. Na actual situação, a perda de um pequeno número de quadros terá um enorme impacto na prestação de serviços.

A continuação e melhoramento da formação em diferentes níveis no âmbito da saúde mental continua a ser essencial. Há, portanto, uma necessidade imediata de incluir o treino de *novos profissionais* de saúde mental no actual Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (2006-2010), de forma a garantir a sustentabilidade da provisão de serviços de saúde mental a nível nacional. A formação de quadros de nível superior como psiquiatras e psicólogos é essencial, mas morosa e dispendiosa. As necessidades do programa são imediatas e extensas, acrescidas ainda da carga decorrente de toda a problemática psicológica, neurológica e psiquiátrica associada aos doentes de HIV/SIDA.



A experiência de dez anos com os actuais Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental demonstrou que a formação de técnicos com este perfil pode ser uma solução para fazer face às necessidades do programa, mas revelou também os limites da sua actuação em termos de capacidade de intervenção nas inúmeras condições de diagnóstico e terapêutica complexa que se apresentam a estes profissionais.

Nesta medida, e de acordo com a estratégia que o PNSM pretende adoptar em termos da organização e prestação de serviços, a reformulação da carreira dos “Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental” torna-se imperiosa e deveria contemplar a seguinte estrutura: um nível médio de entrada na carreira, vocacionado para os cuidados primários, secundários e terciários; e um nível superior, correspondendo à especialização dos Clínicos Gerais em Psiquiatria e Saúde Mental em Programas de Pós-Graduação, Psicólogos Clínicos, Terapeutas Ocupacionais e Enfermeiros Especializados em Psiquiatria e Saúde Mental no Instituto Superior de Ciências da Saúde, vocacionados para a prestação de cuidados nas unidades sanitárias de nível terciário e quaternário.

Objectivo específico: Assegurar que o Plano de desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde ao nível do MISAU contemple a especialização dos Médicos em Psiquiatria, a formação de Psicólogos Clínicos, e de Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros Especializados em Psiquiatria e Saúde Mental e Técnicos Médios de Psiquiatria assegurando também a sua colocação.

Objectivo operacional 1: *Encorajar o recrutamento e a fixação de profissionais de saúde mental ao sistema nacional de saúde.*

Estratégias:

- Definir os perfis de competências e níveis de integração dos vários profissionais de saúde mental contemplados nas carreiras da saúde;
- Coordenar com a DNRH-RH a abertura de vagas na carreira de Técnicos Superiores da Saúde N1/classe E, para a integração de Psicólogos Clínicos e outros profissionais de nível superior especializado;
- Coordenar com a DNRH-RH a abertura de vagas na carreira Médica Hospitalar para a integração de médicos especializados em psiquiatria;
- Coordenar com a DNRH-RH a abertura de vagas na carreira Técnica da Saúde/classe E, e na carreira Técnica Especializada da Saúde/classe E, destinadas à integração de Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental de nível médio e nível médio especializado;
- Coordenar com a DNRH a integração dos Enfermeiros de Psiquiatria e Saúde Mental na carreira Técnica Especializada da Saúde/classe A;
- Coordenar com a DNRH-DF e DAM o recrutamento de Psiquiatras;
- Coordenar com a DNS, DAM e DAG a regulamentação da atribuição de incentivos às carreiras no âmbito da saúde mental, nomeadamente no que se refere à fixação de profissionais nas províncias e zonas rurais;
- Coordenar com a DNRH-DF a certificação dos programas de formação concedidos pelo MISAU e a sua articulação com a progressão na carreira.

Objectivo operacional 2 : *Promover a formação e o treino de profissionais de saúde mental*

Estratégias:

- Coordenar com a DNRH-DF a atribuição regular e contínua de bolsas para a formação pré e pós-graduada, no país e no estrangeiro, de profissionais de saúde mental tais como psiquiatras, psicólogos



- clínicos, técnicos de psiquiatria e saúde mental, enfermeiros de saúde mental, terapeutas ocupacionais e de reabilitação, entre outros profissionais;
- Coordenar com a DNRH-DF e Instituto de Ciências da Saúde, a abertura regular e contínua de cursos para a formação de Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental da carreira Técnica da Saúde/classe E, de Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental da carreira Técnica Especializada da Saúde/classe E;
- Coordenar com a DNRH-DF e Instituto Superior de Ciências da Saúde, a abertura regular e contínua de cursos para a formação de Terapeutas Ocupacionais e Psicólogos Clínicos.
- Coordenar com a DNRH-DF e Instituto de Ciências da Saúde a abertura regular e contínua de cursos para a formação de Enfermeiros de Saúde Mental;
- Planificar e implementar programas de formação contínua ou formação em trabalho para os diferentes profissionais de saúde mental;
- Incluir nos programas de formação contínua para os profissionais de saúde mental as diferentes abordagens ao tratamento que integram desde as intervenções biológicas, às intervenções psicológicas e sociais;
- Coordenar com a DNRH-DF a integração da componente de aconselhamento e assistência no âmbito do HIV/SIDA e da violência doméstica e sexual na formação pré-graduada e pós-graduada dos quadros técnicos de saúde mental.

Objectivo operacional 3 : Melhorar a qualidade do treino dos profissionais de saúde em geral no âmbito da prestação de cuidados de saúde mental.

Estratégias:

- Planificar e implementar programas de formação em saúde mental para os diferentes profissionais de saúde;
- Coordenar com a DNRH-DF a integração da problemática da saúde mental, e nomeadamente do impacto psicossocial do HIV/SIDA e da violência doméstica e sexual, na formação pré-graduada e pós-graduada dos quadros da saúde;
- Capacitar os profissionais dos cuidados primários para identificar, tratar e referir para o nível da especialidade os utentes com transtornos mentais;
- Definir os perfis de competências na área da saúde mental para os agentes e técnicos de medicina, agente e técnicos de medicina preventiva, enfermeiros de saúde materno-infantil e enfermeiros gerais de nível básico e médio;
- Coordenar com a DNRH-DF a actualização dos curricula de formação dos actuais técnicos de nível básico e médio aos perfis de competências definidos;
- Coordenar com a DNRH-DF e Institutos de Formação a implementação e/ou reforço da componente de formação em saúde mental em função da actualização curricular, nos seguintes cursos de nível básico e médio: agentes e técnicos de medicina, agentes e técnicos de medicina preventiva, enfermeiros de saúde materno-infantil e enfermeiros gerais;
- Coordenar com a DNRH-RH a integração da intervenção em saúde mental no perfil de competências das carreiras dos agentes e técnicos de medicina, agente e técnicos de medicina preventiva, enfermeiros de saúde materno-infantil e enfermeiros gerais de nível básico e médio;

Objectivo operacional 4 : Fortalecer a colaboração com a comunidade incluindo os praticantes de medicina tradicional, líderes religiosos e comunitários, parteiras tradicionais entre outros.

Estratégias:

- Capacitar os praticantes de medicina tradicional em matérias de saúde mental de forma a aumentar e melhorar a prestação de serviços de saúde mental à população ao nível do sector informal, nomeadamente nas zonas rurais;



- Capacitar activistas comunitários no “manejo de casos” de doentes crónicos, de forma a poderem prestar serviços de apoio e reabilitação aos doentes das suas comunidades e às respectivas famílias;
- Coordenar com a RESP a integração da componente de saúde mental nos programas de formação dos Concelhos de Líderes Comunitários de forma a que estes possam constituir fóruns de planificação de actividades de reabilitação e de luta contra o estigma e a discriminação;
- Coordenar com a SEA o desenvolvimento de programas de formação para professores no âmbito da promoção da auto-estima da criança e adolescente e outros temas de relevância na saúde mental infantil e do adolescente e jovem.

PARTE II: ORGANIZAÇÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A estrutura actual da provisão de serviços de saúde mental resulta em opções limitadas de cuidados e tratamento, basicamente centradas nas zonas urbanas. O utente apenas pode receber tratamento ao nível do internamento nos hospitais especializados ou ao nível ambulatório nos hospitais centrais e provinciais.

Em geral, as condições de vida nos hospitais são fracas, os cuidados são basicamente custodiais e os tratamentos centrados na prescrição de medicamentos. A reabilitação psicossocial nos hospitais é mínima e sem recursos, quer ao nível das infra-estruturas físicas, quer em termos de pessoal capacitado. Oportunidades de reabilitação na comunidade também são praticamente inexistentes, com excepção para o sector informal. Por outro lado, grande parte das perturbações mentais são “comuns” como as depressões e os distúrbios de ansiedade, e os profissionais de nível primário podem prestar toda a ajuda que as pessoas com estas perturbações necessitam.

Em Moçambique, no entanto, os pré-requisitos para a integração da saúde mental nos cuidados de saúde em geral estão praticamente ausentes, em virtude dos escassos recursos humanos na área da saúde mental, da falta de capacidade de reconhecimento dos problemas de saúde mental ao nível dos cuidados primários, da enorme pressão a que estes profissionais estão sujeitos em termos de carga de trabalho e da ausência de um sistema eficaz de referência. No conjunto, resulta que a ausência de resposta para muitos dos problemas que o sector da saúde mental enfrenta assentam na falta de coordenação do sector com outros departamentos do governo (Educação, Mulher e Acção Social, Trabalho, Justiça, Juventude e Desportos, Cultura, Negócios Estrangeiros, Obras Públicas e Habitação). O mesmo se pode dizer relativamente à coordenação intra-ministerial no que se refere à integração efectiva da saúde mental junto de outros programas tais como a Saúde Escolar e Adolescente, Saúde Reprodutiva, Saúde Infantil, HIV/SIDA, Promoção e Educação, etc. Importa reforçar esta coordenação no sentido de criar sinergias potenciadoras de soluções alternativas. A curto prazo importa ainda descentralizar os serviços de saúde mental, humanizar o ambiente hospitalar nos hospitais e serviços de psiquiatria e providenciar cuidados de reabilitação de forma a potenciar os resultados terapêuticos.

Um outro problema que afecta a provisão de serviços refere-se à área dos psicotrópicos. A actual lista de psicotrópicos essenciais que constam no Formulário Nacional de Medicamentos contém quase todos os produtos recomendados pela OMS, embora se considere que há alguma necessidade de rever esta lista de forma a integrar o conjunto de drogas psicotrópicas mais recentes e com menores efeitos colaterais. Os problemas nesta área dizem respeito à manutenção e distribuição de um stock regular de psicofármacos às instituições. Esta questão é importante dado que as recaídas por falta de medicamentos são comuns nalguns transtornos mentais e mais custosas de gerir do que a manutenção de um controle regular destes doentes. Isto é verdade quer para os pacientes que podem perder oportunidades diversas ao serem retirados do seu meio quer para as próprias comunidades, que acabam por ter de enfrentar os custos resultantes da incapacidade destes pacientes. Actualmente, uma proporção significativa do financiamento destinado à importação de psicofármacos provém da ajuda externa, nomeadamente dos financiamentos verticais que apoiam o PNSM.



Entre os objectivos do Programa Quinquenal do Governo para o Sector Saúde destacam-se, por um lado a melhoria da prestação dos cuidados de saúde, com prioridade para as camadas mais desfavorecidas da população e de maior risco, como sejam as mulheres, as crianças, deficientes e os idosos. Por outro lado, a promoção da melhoria da qualidade de serviços a prestar à população, a todos os níveis e o aumento gradual da disponibilidade de medicamentos, material médico-cirúrgico e do equipamento e mobiliário hospitalar, para acompanhar a expansão e reabilitação da rede sanitária.

Objectivo específico: Garantir a qualidade de prestação de serviços de saúde mental ao nível dos cuidados de saúde em geral como parte do desenvolvimento e expansão da saúde mental no país.

Objectivo operacional 1: *Integrar os serviços de saúde mental nos cuidados de saúde em geral e nos cuidados de saúde primários em particular.*

Estratégias:

- Elaborar normas de atendimento para o nível dos cuidados primários que permitam identificar as necessidades de saúde mental dos utentes deste nível, e de lhes prestar o aconselhamento, tratamento e orientação adequada;
- Coordenar com a DNRH e DAM e outras estruturas ao nível provincial a colocação de Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental de nível médio nos Centros de Saúde, de forma a garantir a resposta às necessidades de saúde mental dos utentes destes serviços;
- Elaborar fluxogramas para a referência do nível primário/secundário/terciário de cuidados para os serviços especializados de saúde mental;
- Promover a interconsulta hospitalar como forma de garantir que os serviços de saúde mental são integrados na prestação dos cuidados de saúde em geral;
- Coordenar com a DNRH, DAM e PNCS a colocação de psicólogos clínicos nos Hospitais de Dia e Enfermarias de HIV/SIDA e de Oncologia, como forma de apoiar as problemáticas emocionais/comportamentais e relacionais que se apresentam na doença grave;
- Melhorar os fluxos de coordenação entre os Centros de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil dos Hospitais Centrais, os Centros de Exames Psicotécnicos e de Orientação Profissional e as consultas/enfermarias de Pediatria;
- Coordenar com o Programa SEA a integração de serviços de aconselhamento psicológico nos Serviços Amigos do Adolescente e Jovem;
- Coordenar com os programas de Saúde Materna e Saúde Infantil o desenvolvimento de programas de formação para os seus técnicos no âmbito da promoção da saúde mental da mulher grávida, bebé e da criança.

Objectivo operacional 2: *Melhorar a qualidade de prestação dos cuidados de saúde mental em contexto institucional.*

Estratégias:

- Coordenar com as estruturas competentes a nível central e provincial a abertura de um serviço de referência em Psiquiatria e Saúde Mental numa primeira fase em cada um dos Hospitais Centrais das três regiões do país, com uma Enfermaria de Psiquiatria, um **Centro de Dia para doentes mentais** um Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil, um Centro de Exames Psicotécnicos e de Orientação Profissional e posteriormente em todos os hospitais provinciais;
- Coordenar com a DNRH, DAM e outras estruturas ao nível provincial a colocação de equipas de saúde mental de natureza multidisciplinar que integrem psiquiatras, psicólogos, enfermeiros de saúde mental, técnicos de acção social e outros técnicos de reabilitação, ao nível destas serviços de referência e dos Hospitais Psiquiátricos;



- Atribuir responsabilidades de consultoria, formação em trabalho e supervisão dos recursos humanos da rede dos níveis terciários, secundários e primários, às equipas destas unidades de referência;
- Promover uma prestação de serviços de saúde mental em contexto institucional que integre as abordagens biológicas, psicológicas e sociais (farmacoterapia, psicoterapia e terapias sociais);
- Desenvolver normas de orientação relativamente à admissão, tratamento e reabilitação das pessoas com transtornos mentais para os diferentes níveis de assistência hospitalar;
- Coordenar com estruturas competentes a nível central e provincial a reabilitação das actuais infra-estruturas de saúde mental de forma a que os cuidados sejam prestados em ambiente de respeito pela dignidade dos seus utentes;

Objectivo operacional 3: Aumentar o acesso geográfico aos cuidados de saúde mental especialmente nas zonas rurais.

Estratégias:

- Coordenar com a DNRH, DAM e estruturas provinciais competentes a afectação de Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental de nível e médio especializado, a todos os Hospitais Provinciais e Rurais;
- Coordenar com a DAM e estruturas provinciais competentes a alocação de camas destinadas especificamente ao internamento de doentes mentais nos Hospitais Provinciais e Rurais;
- Articular com a RESP a atribuição de responsabilidades no âmbito da coordenação de actividades de reabilitação e reinserção social de doentes mentais, aos Concelhos de Líderes Comunitários (CLC's);
- Utilizar os recursos locais da rede formal e informal (ex: ONG's a operar noutras áreas da saúde, confissões religiosas, etc) para promover cuidados baseados na comunidade;
- Coordenar com as Direcções Provinciais de Saúde a criação de equipas móveis de saúde mental, que se desloquem pontualmente dos Hospitais Provinciais e/ou Rurais às zonas mais periféricas, para prestar serviços clínicos e fazer a ligação/supervisão das redes de apoio formais e informais localmente situadas.

Objectivo operacional 4: Assegurar um fornecimento regular e adequado de psicotrópicos, com particular atenção ao nível provincial

Estratégias:

- Garantir que haja financiamento adequado destinado à compra de psicofármacos;
- Promover a formação no âmbito da gestão e planificação dos stocks de psicofármacos a nível nacional;
- Elaborar e divulgar fluxogramas relativamente à gestão e planificação dos stocks de psicofármacos;
- Envolver nas actividades de treino para o nível primário o pessoal responsável pelo *procurement* de drogas psicotrópicas;
- Garantir medicação gratuita para todos os indivíduos portadores de deficiência e doença mental crónica;

Objectivo operacional.5: Assegurar a prescrição racional de medicamentos psicotrópicos

Estratégias:

- Promover alguns princípios básicos de uma prescrição racional: "os melhores efeitos no mais breve tempo possível" e "o mínimo de drogas nas menores doses possíveis";
- Promover alguns princípios básicos que reforçam a aderência ao tratamento: "diminuir a complexidade do regime de tratamento", "prescrever drogas com o mínimo de efeitos colaterais", "dar importância à comunicação";
- Treinar os profissionais de saúde mental em programas destinados a reforçar a aderência ao tratamento;



- Rever os níveis de responsabilidade relativamente às competências de prescrição de psicofármacos;
- Rever periodicamente a lista nacional de psicotrópicos de forma a incluir aqueles que são recomendados pela OMS;





PARTE III: ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Alguns dos problemas que o sector da saúde mental enfrenta assentam, como já se disse, na falta de coordenação do sector com os outros sectores da saúde, e com outros departamentos do governo (Educação, Mulher e Acção Social, Trabalho, Justiça, Juventude e Desportos, Cultura, Negócios Estrangeiros, Obras Públicas e Habitação), mas também com organizações, movimentos associativistas e outros membros da sociedade civil. Há, no entanto, uma forte evidência no mundo inteiro de que os cuidados baseados na comunidade (CBC) são mais efectivos e mais facilmente aceites, quer pelos pacientes quer pelas próprias famílias. No âmbito das reformas de saúde pública e do processo de descentralização, o grande desafio da saúde é transportar a saúde mental até à comunidade.

A visão do desenvolvimento de uma rede de cuidados comunitários é de que estes estarão aptos a providenciar os serviços que a maioria da população localmente necessita, mais sensíveis e apropriados do ponto de vista cultural, sem ter de recorrer a serviços especializados. Também estarão capacitados para evitar a fragmentação crescente da rede de suporte social, reconstruindo a relação que existe entre o bem estar económico e social.

Há por isso, uma necessidade de promover e expandir os serviços de saúde mental de forma a incluir o sector informal, indivíduos e famílias, e devem ser clarificadas as funções, responsabilidades e papéis de cada uma das organizações, grupos e indivíduos.

Objectivo específico: Garantir o envolvimento da comunidade na promoção da saúde mental, na prevenção, reabilitação e reinserção do doente mental ao nível comunitário.

Objectivo operacional 1 : Promover os cuidados de saúde mental baseados na comunidade através da mobilização e consolidação das redes de apoio informais.

Estratégias:

- Envolver as famílias, amigos, vizinhos, colegas, líderes tradicionais/religiosos e activistas da comunidade no tratamento, reabilitação e reintegração social do doente mental;
- Promover a criação de grupos de auto-ajuda, de utentes e/ou familiares, como forma de restaurar a auto-estima e os vínculos sociais e facilitar a integração na comunidade
- Utilizar, sustentar e favorecer o voluntariado em saúde mental;
- Reforçar as “boas” práticas tradicionais presentes nas comunidades e que constituam formas de reconhecer, valorizar e potenciar as energias e competências dos próprios sujeitos portadores dos problemas;
- Treinar, indivíduos da comunidade para operarem como activistas de saúde mental no âmbito do apoio domiciliário e comunitário ao doente mental;
- Capacitar os praticantes de medicina tradicional em matérias de saúde mental de forma a aumentar e melhorar a prestação de serviços de saúde mental à população ao nível do sector informal, nomeadamente nas zonas rurais;
- Atribuir aos técnicos de saúde mental responsabilidades no trabalho de ligação e sincronização da rede, de forma a criar conexões e aumentar a capacidade de resposta dos serviços;



Objectivo operacional 2: Promover os cuidados baseados na comunidade através da mobilização e consolidação das redes formais de apoio.

Estratégias:

- Promover iniciativas da sociedade civil, provenientes quer dos sectores privados de fins não lucrativos (Associações, ONGs, Confissões Religiosas) quer dos sectores privados de fins lucrativos (Empresariado), que se destinem ao desenvolvimento de estruturas/actividades de reabilitação psicossocial, reintegração sócio-laboral, intervenção em crise, acolhimento residencial e prestação de serviços domiciliários a doentes mentais;
- Coordenar com as Direcções Distritais de Saúde a integração de técnicos de saúde mental ou treinados nas brigadas móveis de saúde de modo a assegurar o “apoio domiciliário” no período pós-alta (destinado a prevenir novas crises e facilitar a reintegração familiar, social e laboral do doente);
- Coordenar com o MMAS a abertura de centros de reabilitação psicossocial destinados a responder aos problemas de saúde mental de indivíduos em situação de dependência e que necessitam de serviços de reabilitação psicossocial e de apoio na reintegração familiar e sócio-laboral;
- Coordenar com a SEA /MISAU e MINEC a integração de programas de promoção da auto-estima da criança e outros temas de relevância na saúde mental infantil e juvenil nos curricula escolares;
- Coordenar com a RESP a integração da componente de saúde mental nos programas de formação dos Concelhos de Líderes Comunitários de forma a que estes possam constituir fóruns de planificação de actividades de reabilitação e de luta contra o estigma e a discriminação;
- Coordenar com o Ministério da Justiça a prestação de serviços de saúde mental nas prisões;
- Atribuir aos técnicos de saúde mental responsabilidades no trabalho de ligação e sincronização da rede, de forma a criar conexões e aumentar a capacidade de resposta dos serviços;

Objectivo operacional 3: Promover o nível de consciencialização das instituições responsáveis pela segurança e atenção aos indivíduos que sofrem de transtornos mentais.

Estratégias:

- Estabelecer um Comité representativo dos diferentes *stakeholders* envolvidos com a saúde mental e atribuir-lhe responsabilidade na definição dos objectivos e de um plano de acção nesta área da coordenação;
- Promover encontros parciais com os diferentes *stakeholders* de forma a negociar compromissos no âmbito do apoio ao doente mental, nomeadamente no que se refere à comparticipação dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, acção social e trabalho, nos serviços a prestar no âmbito da reabilitação psicossocial e inserção social desta população;
- Implementar acções de sensibilização/treino, dentro e fora do sector da saúde, no âmbito da advocacia da saúde mental e sua relação com a vida das comunidades;



PARTE IV: ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS INCLUÍNCO O ÁLCOOL E O TABACO

O Ministério da Saúde está consciente de que uma abordagem de saúde pública aos problemas relacionados com o abuso de substâncias requer uma resposta multi-sectorial. As mensagens têm de ser consistentes quer verticalmente a nível nacional, regional e local, quer horizontalmente entre os diferentes departamentos do governo e/ou ministérios.

O abuso de substâncias com efeitos lesivos sobre o comportamento como o álcool e outras drogas, tem-se tornado um grave problema de saúde pública, especialmente entre as camadas mais jovens. Em Moçambique têm sido desenvolvidas algumas actividades junto das escolas, dirigidas à prevenção do consumo destas substâncias bem como do tabaco, mas atingem apenas uma percentagem muito baixa da população infantil e juvenil do país. Os programas de tratamento e de reabilitação são escassos: a maioria dos transtornos de dependência são tratados ao nível das infra-estruturas psiquiátricas existentes ou nas poucas organizações existentes no sector não-governamental.

De forma a conseguir algum impacto na redução do consumo do álcool e tabaco, as leis que regulamentam o consumo e acesso a este tipo de substâncias têm que ser reforçadas e actualizadas. Apesar desta questão ultrapassar as competências do MISAU há o reconhecimento de que a colaboração entre os diferentes ministérios por um lado, e entre os diferentes departamentos do MISAU por outro lado, é parte essencial de qualquer plano de prevenção e combate ao consumo de substâncias psicoactivas.

TABACO

Objectivo Específico: Garantir a redução da morbilidade decorrente do consumo do tabaco

Objectivo operacional 1: Integrar a saúde mental na Comissão Interministerial de Combate ao Tabagismo

Estratégias:

- Promover o papel dos media na disseminação de informação relacionada com as consequências negativas do consumo de tabaco;
- Coordenar com as diferentes estruturas competentes a regulamentação e legislação no âmbito da.
 - Proibição da publicidade ao tabaco;
 - Venda de tabaco a menores de idade;
 - Advogar junto às instituições responsáveis para o aumento das taxas sobre o tabaco (aumento do preço de cada maço em 10% reduz o consumo em 8%);
 - A proibição de fumar em locais públicos e de trabalho;
- Coordenar com o MINED a integração da componente de prevenção do consumo de tabaco nos curricula escolares do ensino básico;
- Desenvolver e/ou requerer investigação na área do consumo de tabaco de forma a melhor compreender a realidade do país em matérias de prevalência, grupos de maior risco, perfil dos consumidores, factores de risco e factores protectores, impacto de programas de prevenção na diminuição do consumo;
- Desenhar campanhas de prevenção dirigidas a grupos específicos.



Objectivo operacional 2: Colaborar no desenho e implementação das estratégias intra-sectoriais dirigidas à prevenção e controle do consumo de tabaco

Estratégias:

- Colaborar com a Repartição de Educação em Saúde Pública (RESP) no desenho de programas de informação e educação e no desenvolvimento de estratégias de comunicação culturalmente adaptadas e dirigidas a grupos específicos;
- Coordenar com a SEA a integração nos serviços de saúde destinados aos adolescentes e jovens (SAAJ's), da componente do aconselhamento individual e/ou em grupo destinado à prevenção e controle do consumo de tabaco;
- Treinar líderes locais e atribuir-lhes responsabilidades no desenvolvimento e sustentabilidade dos programas relacionados com a prevenção do consumo de tabaco
- Promover nos serviços de saúde de nível primário, a implementação de programas específicos de prevenção do consumo de tabaco;
- Coordenar com DNRH-DF, a integração da prevenção do consumo de tabaco nos currícula de formação dos profissionais de saúde;
- Coordenar com a DNRH-DF e DAM o desenvolvimento de cursos de formação na área da desabitação tabágica (terapias de substituição da nicotina, terapias de modificação do comportamento e outras) para médicos com especialidade em pneumologia e psicólogos a trabalhar em unidades sanitárias;
- Coordenar com o DAM-MISAU, Unidades Sanitárias e outros serviços afins a abertura de uma Consulta de Desabitação Tabágica nos serviços de pneumologia dos Hospitais Centrais que disponibilize aos utentes diferentes alternativas terapêuticas tais como as terapias de substituição da nicotina, as terapias de modificação do comportamento e outras.

ÁLCOOL

Objectivo operacional 1: Colaborar na elaboração de programas intra e inter-sectoriais de prevenção e controle do consumo abusivo de álcool

Estratégias:

- Integrar a saúde mental em qualquer iniciativa que envolva o desenho de uma estratégia compreensiva relativa à prevenção e controle do consumo abusivo de álcool;
- Colaborar com a Repartição de Educação em Saúde Pública (RESP) no desenho de programas de informação e educação e no desenvolvimento de estratégias de comunicação culturalmente adaptadas e dirigidas a grupos de risco relativamente ao consumo abusivo de álcool;
- Coordenar com a SEA a integração nos serviços de saúde destinados aos adolescentes e jovens (SAAJ's), da componente do aconselhamento individual e/ou em grupo destinado à prevenção e controle do consumo abusivo de álcool;
- Articular com o Programa de Saúde Escolar e Adolescente (SEA) a integração da componente de prevenção e controle do consumo abusivo de álcool nas suas actividades com particular destaque ao adolescente e jovem;
- Promover o papel dos media na disseminação de informação relacionada com as consequências negativas do consumo abusivo de álcool;

Coordenar com as diferentes estruturas competentes a regulamentação e legislação no âmbito da :

- Venda de álcool a menores de idade;
- Advogar junto às instituições responsáveis para o aumento as taxas sobre a importação, e venda do álcool ao nível do mercado nacional
- A proibição de venda a menores de idade
- A proibição de venda nas imediações das escolas e nas empresas



- Coordenar com o MINED a integração da componente de prevenção do consumo de álcool nos currícula escolares do ensino básico;
- Monitorizar regularmente o consumo abusivo de álcool de forma a melhor compreender o perfil epidemiológico deste fenómeno;
- Desenhar campanhas de prevenção dirigidas a grupos de risco específicos
- Requerer e/ou desenvolver investigação relativamente ao impacto dos programas de prevenção na diminuição do consumo de álcool.

Objectivo operacional 2: Implementar programas de tratamento e reabilitação para indivíduos com dependência alcoólica

Estratégias:

- Promover nos serviços de saúde de nível primário, a implementação de programas específicos de "case management" que incluam aconselhamento e referência de pessoas com problemas de dependência alcoólica;
- Coordenar com DNRH-DF, o desenvolvimento de cursos de especialização para profissionais de saúde no âmbito do tratamento e reabilitação de pessoas com problemas de dependência do álcool;
- Assegurar parcerias com organizações vocacionadas para a recuperação e reabilitação de alcoólicos destinadas à abertura de centros de atendimento e tratamento;
- Promover o desenvolvimento de grupos de auto-ajuda;
- Treinar líderes e activistas locais no combate ao estigma que afecta o doente com alcoolismo através do desenvolvimento de actividades relacionadas com o apoio à reinserção familiar e comunitária do ex-alcoólico;

DROGAS ILÍCITAS

Objectivo operacional 1: Colaborar na elaboração de uma estratégia compreensiva e intersectorial dirigida ao desenvolvimento de programas de prevenção e controle do consumo drogas ilícitas

Estratégias:

- Integrar a saúde mental nas diferentes iniciativas que envolvam o desenho de uma estratégia relativa ao consumo de substâncias ilícitas, nomeadamente na estratégia nacional desenvolvida pelo Gabinete de Combate e Controle à Droga;
- Colaborar com a Repartição de Educação em Saúde Pública (RESP) no desenho de programas de informação e educação e no desenvolvimento de estratégias de comunicação culturalmente adaptadas e dirigidas a grupos de risco específicos particularmente o adolescente e jovem;
- Integrar nas campanhas de informação/educação dirigidas aos jovens, a desmistificação de crenças que desdramatizam o consumo de *suruma*;
- Coordenar com a SEA a integração nos serviços de saúde destinados aos adolescentes e jovens (SAAJ's), da componente do aconselhamento individual e/ou em grupo destinado à prevenção e controle do consumo de drogas ilícitas;
- Articular com o Programa de Saúde Escolar e Adolescente (SEA) a integração da componente de prevenção e controle do consumo de drogas ilícitas nas suas actividades junto das escolas;
- Promover o papel dos media na disseminação de informação relacionada com as consequências negativas do consumo de drogas ilícitas;



- Coordenar com o MINED a integração da componente de prevenção do consumo de drogas ilícitas nos curricula escolares do ensino básico;
- Monitorizar regularmente o consumo drogas ilícitas de forma a melhor compreender o perfil epidemiológico deste fenómeno;
- Desenhar campanhas de prevenção dirigidas a grupos de risco específicos;
- Requerer e/ou desenvolver investigação relativamente ao impacto dos programas de prevenção na diminuição do consumo de álcool;

Objectivo operacional 2: Implementar programas de tratamento e reabilitação da toxicoddependência.

Estratégias:

- Promover nos serviços de saúde de nível primário, a implementação de programas específicos de "case management" que incluam aconselhamento e referência de pessoas com problemas de toxicoddependência;
- Coordenar com DNRH-DF, o desenvolvimento de cursos de especialização no tratamento e reabilitação de pessoas com problemas de dependência de drogas ilícitas, para profissionais de saúde;
- Assegurar parcerias para apoiar a criação de centros de tratamento e reabilitação de toxicoddependentes;
- Promover o desenvolvimento de grupos de auto-ajuda;
- Treinar líderes e activistas locais no combate ao estigma que afecta a toxicoddependência através do desenvolvimento de actividades relacionadas com o apoio à reinserção familiar e comunitária dos toxicoddependentes em reabilitação;
- Coordenar com o MMCAS e Ministério do Trabalho políticas de reabilitação e reinserção do toxicoddependente.



PARTE V: VIOLÊNCIA, HIV/SIDA e outros Grupos Vulneráveis

Em Moçambique, um grande número de cidadãos pertence aos denominados grupos vulneráveis, que compreendem entre outros, vítimas de violência doméstica e abuso sexual, pessoas vivendo com HIV/SIDA, órfãos de HIV/SIDA, deficientes mentais, os idosos, prisioneiros com problemas de saúde mental e vítimas de desastres naturais. Em todas as sociedades, a um grau maior ou menor, as mulheres e raparigas são sujeitas a abuso físico, sexual e psicológico que abrange questões de rendimento, classe e cultura tanto na vida pública como na privada. Elas sofrem violação, abuso sexual, assédio sexual e intimidação no local de trabalho. Elas são particularmente vulneráveis à violência sistemática durante a guerra. Escravidão sexual, gravidez forçada, esterilização e aborto forçado, selecção do sexo durante a gravidez e infanticídio femininos são também actos de violência. Todos estes actos violam e danificam ou anulam o gozo dos direitos humanos e dos direitos fundamentais à liberdade das mulheres.

Ao nível do Ministério da Saúde não há programas específicos destinados à promoção da saúde mental dos grupos vulneráveis. Os programas dirigidos a populações desta natureza estão sob a alçada de diferentes ministérios e departamentos dada a necessidade de uma resposta global. Em 2001, por exemplo, na sequência das grandes cheias que afectaram o país, desenvolveu-se uma estratégia de prevenção do stress pós-traumático nas comunidades mais afectadas, que envolveu diferentes organizações governamentais e não governamentais. A experiência não se constituiu, no entanto, num padrão de resposta a eventos desta natureza. Continua a não haver uma estratégia organizada de confronto com situações de desastre natural na qual a reabilitação psicossocial tenha lugar.

A violência tornou-se, nos últimos anos, matéria de saúde pública e está, por isso, em desenvolvimento uma estratégia nacional destinada à prevenção e controle deste grave problema. As mulheres e as crianças são grupos especialmente vulneráveis dado que são frequentemente o alvo de actos de violência. Dados de investigação a nível geral, sugerem que os níveis de violência doméstica envolvendo agressões físicas e abuso sexual das mulheres é elevado. Relativamente ao abuso sexual de crianças e adolescentes, por exemplo, um inquérito conduzido em cinco escolas secundárias de Maputo, demonstrou que quase um quinto das meninas inquiridas relatava experiências de envolvimento sexual sob coacção. A resposta do sector da saúde à violência tem sido basicamente reactiva e terapêutica. Algumas ONGs trabalham em estreita colaboração com o PNSM procedendo ao atendimento de mulheres em situação vulnerável devido à violência exercida sobre elas. (AVVD, Kulaya).

O PNSM tem tentado também dar resposta às necessidades das vítimas de abuso sexual e de violência doméstica através do desenvolvimento de algumas actividades preventivas junto das escolas e em colaboração com os professores. Contudo estes serviços são ainda restritos à cidade de Maputo, não havendo, a nível provincial, praticamente nenhuma estrutura à qual a comunidade possa recorrer para fazer face a problemas desta natureza. A este facto não é alheio a continuação da falta de reconhecimento e de enquadramento da violência doméstica e sexual como um problema que deve ser tematizado e ultrapassado. Ainda permanecem muitas crenças enraizadas numa cultura de poder do homem sobre a mulher, que justifica por si a violência como forma de comunicação e de afirmação. Apesar do reconhecimento de que o problema da violência é um fenómeno complexo que necessita de ser abordado de uma forma compreensiva e holística, não sendo por isso uma prerrogativa apenas do Ministério da Saúde, há o consenso de que a saúde mental pode e deve prestar apoio psicossocial a este grupo.

Aproximadamente 1,200,000 de pessoas no país está infectado com HIV e a estimativa é de que entre 2000 e 2015, morrerão entre 83,000 a 120,000 pessoas por ano, em virtude da SIDA (fonte). Apesar dos estudos demonstrarem que Moçambique não é ainda um país tão afectado como o Botswana, África do Sul, Zâmbia, Swazilândia e Zimbabwe, seguirá provavelmente um percurso muito semelhante. O apoio psicossocial



a pessoas vivendo com HIV/SIDA, adultos ou crianças, aos seus familiares, às crianças órfãs de pais que morreram com HIV/SIDA e mesmo aos prestadores de cuidados a esta população é ainda muito limitado ao nível do sector da saúde. Apesar de haver alguma sensibilidade relativamente ao papel que a saúde mental pode e deve desempenhar no âmbito das estratégias de combate ao HIV/SIDA, há ainda alguma dificuldade na articulação e integração das actividades do PNSM no contexto das outras estratégias.

A componente do Sector Saúde no contexto do Programa Quinquenal do Governo tem como papel fundamental priorizar as intervenções que de maneira mais custo-eficaz reduzirão os elevados níveis de morbidade, mortalidade e incapacidade provocada pelo peso da doença no país. Assim, as intervenções no âmbito dos cuidados de saúde primário que incluem a prevenção das doenças endémicas (na maioria transmissíveis e preveníveis), o especial enfoque no HIV/SIDA e atenção especial aos grupos mais vulneráveis deverão ser a espinha dorsal da actuação deste sector.

Relativamente aos prisioneiros com problemas de saúde mental tem havido algumas acções dispersas de promoção da saúde mental nas prisões. Não há, no entanto, uma actividade consistente e contínua neste sentido. Em Moçambique apenas 1,400,000 de pessoas têm emprego formal com direito a uma pensão de reforma (dados do Censo de 1999). A inexistência de um sistema universal de pensões no país e o declínio do suporte providenciado pelas famílias, coloca os idosos como um dos principais grupos vulneráveis, onde o impacto de factores como as políticas de reabilitação económica, a modernização e consequente erosão da cultura tradicional, a guerra e os desastres naturais, e ainda o HIV/SIDA, se fazem sentir de forma especialmente acentuada. Um estudo recente demonstrou por exemplo que, em Moçambique, este grupo é especialmente vulnerável a diferentes tipos de abuso que podem ir desde ameaças e intimidação, a humilhações de toda a espécie, agressões verbais e físicas, negligência, isolamento e acusações de toda a espécie, violação dos direitos básicos como alimentação, salário, cuidados de saúde, aquisição dos bens pessoais à revelia, etc. (in *The Elderly and Human Rights: Abuse Of The Elderly In Mozambique*, Teresinha da Silva, Carr Centre for Human Rights Policy, Harvard University, 2001). Não há, no entanto, uma estratégia de apoio às necessidades psicossociais desta faixa da população.

VIOLÊNCIA

Objectivo Específico: Garantir a inclusão da componente de saúde mental nas diferentes estratégias intersectoriais de apoio à vítima de violência,

Objectivo operacional 1: Implementar programas de prevenção da violência dirigidos à comunidade em geral.

Estratégias:

- Criar ao nível do PNSM um grupo operativo/ponto focal que se integre nas estratégias multisectoriais destinadas a apoiar os diferentes grupos vulneráveis, valorizando a equidade de género;
- Desenvolver em conjunto com os outros sectores da saúde e do governo investigação destinada à definição e monitorização da extensão do problema, identificação de grupos de risco para a propagação da violência, identificação das causas da violência e formulação e testagem de formas de lidar com o problema;
- Elaborar módulos de desenvolvimento social e moral dirigidos aos alunos do ensino básico (promoção de competências sociais, resolução de conflitos, formas de lidar com emoções de medo, raiva e frustração e desenvolvimento da ética e dos valores);
- Coordenar com a SEA e MINED a integração desses módulos nos curricula escolares do nível EP1 e EP2 do ensino básico;
- Coordenar com a RESP o desenvolvimento de material de IEC destinado à promoção do nível de



- conhecimentos da comunidade sobre a violência e suas consequências;
- Coordenar com o Ministério da Juventude e Desportos a implementação, através das suas instituições/actividades, de programas destinados à prevenção da violência;
- Coordenar com o PSMI seminários de capacitação em práticas de educação e direitos da criança ao nível dos cuidados pré e peri-natais;
- Desenvolver em conjunto com os outros sectores do governo programas de prevenção dirigidos a grupos em risco para a propagação da violência;
- Desenvolver em conjunto com os outros sectores do governo programas de prevenção e reabilitação dirigidos a vitimizadores;
- Desenvolver, em conjunto com os outros sectores do governo, campanhas destinadas à modificação de atitudes e comportamentos utilizando os meios de comunicação de massa;

Objectivo operacional 2: Implementar programas de apoio e reabilitação psicossocial para vítimas de violência.

Estratégias:

- Capacitar os técnicos de saúde em geral em programas de aconselhamento a vítimas de violência que incluam a identificação dos tipos e formas de violência, das características das vítimas de diferentes tipos de violência, formas de abordagem do problema, apoio e fluxos de referência;
- Integrar o tema da violência nos seus três níveis de intervenção (prevenir a sua ocorrência, tratar as suas consequências, reabilitar e reintegrar vítimas e vitimizadores) nos curricula de formação dos técnicos da saúde em geral;
- Coordenar com o programa de SEA a capacitação de professores para identificar crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade em virtude da exposição a diferentes formas de violência, mobilizar recursos em rede para apoiar essas crianças, identificar sinais de alerta relativamente ao desenvolvimento de transtornos emocionais e de comportamento, e fazer a referência para os serviços de saúde mental infantil e juvenil;
- Coordenar com a RESP o desenvolvimento de actividades de capacitação de líderes comunitários para identificar crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade em virtude da exposição a diferentes formas de violência, mobilizar recursos em rede para apoiar essas crianças, identificar sinais de alerta relativamente ao desenvolvimento de transtornos emocionais e de comportamento, e fazer a referência para os serviços de saúde mental infantil e juvenil.

PESSOAS VIVENDO COM HIV/SIDA E OUTROS AFECTADOS

Objectivo Especifico: Garantir a inclusão da componente de saúde mental nas programas de apoio às pessoas vivendo com HIV/Sida e outros afectados.

Objectivo operacional 1: Organizar a prestação de serviços de saúde mental para pessoas vivendo com HIV/SIDA e outros afectados.

Estratégias:

- Coordenar com o Programa de Combate ao HIV/SIDA, o desenvolvimento de fluxos de referência que facilitem o acesso aos serviços de saúde mental dos indivíduos vivendo com HIV/SIDA e outros afectados;
- Capacitar os profissionais de saúde mental no âmbito do atendimento às necessidades de saúde mental das pessoas que vivem com HIV/SIDA e outros afectados;
- Participar em acções de formação aos profissionais de saúde em geral no âmbito do aconselhamento;



- Capacitar psicólogos para facilitarem apoio psicológico aos provedores de cuidados a pessoas que vivem com HIV/SIDA de forma de evitar o stress decorrente da actividade profissional.

Objectivo operacional 2: Promover o envolvimento comunitário no apoio psicossocial às pessoas vivendo com HIV/SIDA e outros afectados.

Estratégias:

- Promover o desenvolvimento de grupos de auto-ajuda como forma de restaurar a auto-estima e os vínculos sociais;
- Promover a replicação e a divulgação de experiências positivas de integração de crianças e adultos vulneráveis em famílias e na comunidade, como forma de aumentar a coesão social e lutar contra o estigma e a discriminação;
- Promover iniciativas da sociedade civil no âmbito da satisfação de necessidades específicas desta população como por exemplo, a criação de "Associações de Assistência à Criança com HIV/SIDA" e outras.

OUTROS GRUPOS VULNERÁVEIS

Objectivo Específico: Garantir a inclusão da componente de saúde mental nas estratégias intersectoriais de apoio às vítimas de calamidades e desastres naturais, deficientes mentais, idosos entre outros.

Objectivo operacional 1: Elaborar programas de promoção e prevenção da saúde mental direccionados às necessidades dos grupos vulneráveis.

Estratégias:

- Coordenar com o Instituto de Gestão de Calamidades a integração obrigatória da prestação de serviços de saúde mental em situação de desastre ou calamidade pública;
- Em situação de emergência, criar no imediato um comité de planificação que integre profissionais dos diferentes níveis de actuação em saúde mental, elementos de organizações humanitárias, líderes comunitários, elementos de grupos cívicos ou sociais com protagonismo na comunidade, e indivíduos directamente afectados pelo problema;
- Proceder à avaliação das necessidades e dos recursos locais existentes para lhes fazer face;
- Mobilizar parcerias para a implementação de projectos de intervenção a curto prazo, orientados para a crise, e/ou projectos de apoio psico-social a médio e longo prazo, com carácter preventivo e em função da avaliação de necessidades efectuada;
- Capacitar profissionais de saúde em geral para terem em conta as necessidades de saúde mental na assistência médica às vítimas de desastre e calamidade pública;
- Coordenar com a DAM a atribuição de isenção de taxas no acesso destas populações aos serviços de saúde mental.
- Capacitar activistas e líderes comunitários em matérias de saúde mental, nomeadamente no que diz respeito ao stress pós-traumático e apoio psicossocial;
- Envolver activistas e líderes comunitários no desenvolvimento de grupos de apoio à comunidade destinados à ventilação de emoções relacionadas com a experiência vivenciada, restaurar a segurança e promover os "mecanismos de coping" específicos da comunidade em causa;
- Promover a coesão social através do suporte a qualquer iniciativa que envolva a integração de crianças e adultos vulneráveis em famílias de acolhimento, e a participação activa na reconstrução da vida da comunidade.



- Em coordenação com os Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção Social, elaborar estratégias específicas para o apoio e reintegração do idoso;
- Coordenar com os Ministério da Educação a inclusão da componente de saúde mental nos curricula de formação dos professores para o ensino especial;
- Em coordenação com os Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção Social, elaborar estratégias específicas para o apoio e reintegração da criança e jovem deficiente mental;

PARTE VI: EPILEPSIA, ESQUIZOFRENIA E OUTROS DOENÇAS MENTAIS CRÓNICAS

Apesar da epilepsia ser primariamente uma doença neurológica as suas consequências são, muitas vezes, de natureza psiquiátrica e psicossocial. Por esta razão, na actual estrutura dos serviços de saúde mental a epilepsia é considerada como uma área de acção e exige, pela prevalência que atinge no país, estratégias específicas. Conforme se pode observar na tabela nº4, a prevalência da epilepsia é superior nas zonas rurais atingindo os 3,9%. Por outro lado, a média de anos de educação dos casos de epilepsia e psicoses identificados pelos *key informante*, juntamente com a média de idade de início da doença referida pelos mesmos, sugere que estas só são diagnosticadas como tal durante os anos de escolaridade obrigatória e na puberdade/adolescência, provavelmente em virtude das suas consequências ao nível rendimento escolar e comportamento. Estes dados sugerem a necessidade de envolver toda a rede de provedores de cuidados de nível primário no diagnóstico precoce e tratamento da epilepsia e psicoses de forma a evitar muitas das sequelas cognitivas, emocionais e de comportamento, reconhecidas tardiamente.

A esquizofrenia afecta 1% da população mundial com uma distribuição relativamente uniforme ao nível global. Esta é uma das doenças mentais mais incapacitante, acarretando igualmente custos económicos elevados tanto para o doente como para a sua família, o seu meio social (medicamentos, internamento, cuidados médicos e sociais), atingindo inclusive o funcionamento sócio-profissional e a sua vida quotidiana. O pior curso e prognóstico é nos homens devido à apresentação mais precoce da sua doença e um baixo nível de ajuste pré-morbido. Tomando em conta os grupos sócio-económicos, pode-se notar uma maior incidência de psicoses nos grupos economicamente mais desfavorecidos, o que se torna mais evidente nas grandes cidades, sendo a diferença mais discreta nas zonas rurais. No entanto, dados disponíveis apontam que em Moçambique, conforme se pode observar na tabela nº4, a prevalência dos transtornos psicóticos, como a esquizofrenia é superior nas zonas rurais atingindo os 5%.

Tabela nº 4 – Prevalência e aspectos demográficos da epilepsia em zonas rurais e urbanas de Moçambique

Transtorno	Cuamba % (n)	Maputo % (n)	OR, 95% CI, p
Epilepsia	3,9 % (n=197)	1,3 % (n=143)	3,11; 2.49-3.89; p<0,0001
Psicoses	5 % (n=134)	1,5 % (n=116)	3,47 ; (2,67-4,5) p<0,0001



Tabela 5: Características Demográficas dos Casos

		N	Média	Intervalo de confiança (95%)
Idade actual	Psicose	230	26.02	24.2-27.8
	Epilepsia	289	19.4	17.8-21.04
Idade de início (anos)	Psicose	208	13.1	11.1-15.2
	Epilepsia	268	9.7	7.6-11.8
Nível educação (anos)	Psicose	185	4.3	3.7-4.8
	Epilepsia	242	3.8	3.3-4.2
Homens	Psicose	232	65.9%	
	Epilepsia	297	57.2%	

também aceite que há um papel a desempenhar por diferentes parceiros na reabilitação psicossocial das pessoas com epilepsia e psicoses. Estes parceiros incluem o Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção Social, o Ministério da Educação e o sector informal.

O envolvimento do sector informal é vital para a identificação, referência e desenvolvimento de actividades de prevenção, e pode envolver os praticantes da medicina tradicional, parteiras tradicionais, líderes religiosos, comunitários e outros. A tabela n.º 5 demonstra claramente que a epilepsia e esquizofrenia são, do conjunto das três patologias estudadas, aquela que beneficia de forma mais positiva dos cuidados da medicina tradicional, sugerindo que há aqui um campo de intercâmbio importante entre os dois modelos de ajuda.

Objectivo Específico: Garantir a detecção precoce ao nível dos cuidados primários, integrando a provisão de serviços para a epilepsia e esquizofrenia e outras doenças mentais crónicas em todos os níveis de cuidados.

Objectivo operacional 1: Disseminar informação na comunidade acerca dos factores de risco da epilepsia e esquizofrenia e da natureza tratável destas doenças através da sua detecção precoce

Estratégias:

- Coordenar com o Programa de Saúde Materno-Infantil o treino de parteiras tradicionais no âmbito da prevenção da epilepsia e esquizofrenia, e na sua identificação precoce e referência;
- Coordenar com o Programa de Saúde Escolar o treino de professores e outros actores da educação no âmbito da prevenção das consequências psicossociais da epilepsia e esquizofrenia através da sua identificação precoce e referência;
- Colaborar com os praticantes de medicina tradicional na troca de experiências relativamente ao diagnóstico e tratamento da epilepsia e esquizofrenia e ao controle do seu impacto psicossocial;
- Coordenar com a RESP a produção de material de IEC no âmbito da epilepsia e esquizofrenia;
- Coordenar com a RESP a introdução do combate ao estigma associado à epilepsia e esquizofrenia no âmbito da formação aos CLC's;
- Desenvolver acções de sensibilização junto da comunidade em geral e do patronato em particular relativamente à integração laboral dos doentes epilépticos e esquizofrénicos;



Objectivo operacional 2: Integrar a provisão de serviços para a epilepsia e esquizofrenia e outras doenças mentais crónicas em todos os níveis de cuidados com ênfase na detecção precoce ao nível dos cuidados primários.

Estratégias:

- Em coordenação com o Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção Social, elaborar estratégias específicas para o apoio e reintegração da criança e jovem com doenças mentais crónicas;
- Treinar profissionais de saúde dos níveis de cuidados primários e secundários no diagnóstico precoce, tratamento e referência dos casos de epilepsia e esquizofrenia e outras doenças mentais crónicas;
- Treinar grupos de indivíduos dos sectores formais e informais para apoiar a reabilitação psicossocial de indivíduos com epilepsia e esquizofrenia e outras doenças mentais crónicas;
- Envolver pacientes e suas famílias no processo terapêutico de forma a facilitar o manuseamento destas doenças.





PARTE VII: ADVOCACIA, LEGISLAÇÃO E DIREITOS HUMANOS

Actualmente, existe muito pouca actividade de advocacia e legislação levada a efeito pelo governo no âmbito da saúde mental. Há um deficit de reconhecimento da importância da saúde mental quer ao nível da sociedade civil, quer ao nível dos responsáveis das instituições da saúde. Relacionado com isto, estão as questões ligadas ao reconhecimento dos direitos humanos dos doentes mentais, à discriminação e ao estigma.

Permanecem também crenças culturais acerca da doença mental que atribuem as suas causas a forças sobrenaturais e/ou à falta de cumprimento de normas relacionadas com a ética social e que contribuem em muitos casos para a estigmatização das vítimas (ver tabela nº 3). Muitos deste doentes arrastam-se ainda por práticas tradicionais ineficazes, que contribuem para o agravamento das suas patologias, e só recorrem ao sistema formal de cuidados em situações limite, que contribuem também para o seu abandono por parte da família e comunidade. Mesmo ao nível do sector formal de cuidados, a falta de suporte psicossocial consistente conduz ao fenómeno denominado como “porta giratória”, em que as recaídas são frequentes e o doente entra num circuito de internamento-alta-descompensação-internamento, sem grande alternativa à cronicização. Este fenómeno reforça as crenças acerca da natureza incurável de todas as doenças mentais e dos fracos resultados terapêuticos do sistema psiquiátrico convencional.

O estigma, a discriminação e a marginalização que ainda impregnam a área da saúde mental em muitas sociedades do mundo, aumentam a probabilidade de atropelo aos direitos humanos dos portadores de doença mental. Por outro lado, a fraca capacidade de afirmação por parte desta população agrava ainda mais este problema, conduzindo a situações gritantes de violação de direitos humanos e civis. É por esta razão que se torna imperioso que exista um quadro legal que proteja os direitos destas pessoas. Em Moçambique, não existe legislação neste âmbito, e há também um desconhecimento quase total das linhas de orientação universais de promoção da defesa dos direitos humanos dos doentes mentais.

No entanto, o PNSM desenvolveu já um draft de uma lei de saúde mental. Este draft representa uma oportunidade única de assegurar que o seu desenvolvimento esteja de acordo com os dez princípios básicos dos cuidados em saúde mental e com os princípios internacionais de regulamentação dos direitos das pessoas que sofrem de transtornos mentais.

Objectivo específico: Reduzir o estigma e a discriminação e promover os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais através do empowerment da comunidade em torno das questões da saúde mental.

Objectivo operacional 1: Educar a comunidade para torná-la consciente dos direitos dos doentes mentais.

Estratégias:

- ‘Quebrar o silêncio’ em torno da doença mental utilizando os recursos existentes a nível local (ex: líderes tradicionais, líderes espirituais e comunitários) para promover o conhecimento da saúde mental nas comunidades;
- Divulgar projectos/resultados de investigação/actividades que promovam, junto da comunidade, uma imagem positiva da saúde mental;
- Trabalhar com os media na divulgação de mensagens sobre saúde mental que ajudem na desmistificação de crenças e mitos e combatam a estigmatização;
- Envolver a comunidade em movimentos associativistas de defesa dos direitos dos pacientes com problemas específicos de saúde mental (ex: Associação das Famílias e Amigos dos Doentes Esquizofrénicos, etc.).



Objectivo operacional 2: Promover a consciência e a coesão dos responsáveis políticos em torno das questões relacionadas com a saúde mental.

Estratégias :

- Dar a conhecer dados objectivos como por exemplo, resultados de investigações, que demonstram inequivocamente a necessidade da implementação de estratégias específicas;
- Promover o conhecimento do impacto positivo das intervenções em saúde mental em termos económicos e sociais.
- Promover o conhecimento junto dos responsáveis dos outros programas de saúde ao nível do MISAU, da relevância da integração da saúde mental no seu trabalho;
- Encorajar o intercâmbio nacional e internacional de pessoal, de forma a aumentar o conhecimento técnico em torno das questões relacionadas com a saúde mental.

Objectivo operacional 3: Regular o regime de admissão para internamento em hospitais psiquiátricos, os regimes de apoio social e o direito ao trabalho do indivíduo com doença mental.

Estratégias:

- Finalizar a lei de saúde mental para a protecção dos doentes mentais;
- Coordenar com os outros sectores do governo o desenvolvimento e implementação da legislação;
- Elaborar o regulamento interno dos hospitais psiquiátricos dando relevo aos aspectos que regem o internamento involuntário;
- Rever os aspectos legais específicos à psiquiatria forense e médico legal;
- Incentivar a actualização da regulamentação/legislação relativa ao consumo abusivo de substâncias tóxicas, incluindo álcool e tabaco;

Objectivo operacional 4: Disseminar informação aos provedores de cuidados, pacientes e suas famílias acerca dos respectivos direitos e responsabilidades.

Estratégias:

- Coordenar com a RESP o desenvolvimento de actividades de informação e educação em torno da defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais, dirigidas aos provedores de cuidados, pacientes e famílias;
- Capacitar jornalistas e outros actores da comunicação social para disseminarem informação acerca de direitos e responsabilidades das pessoas com transtornos mentais;
- Mobilizar parcerias nomeadamente no âmbito de "associações de defesa de direitos humanos e civis de grupos marginalizados " para a disseminação da informação nesta área.



PARTE VIII: INVESTIGAÇÃO

A investigação no âmbito da saúde mental é escassa e tem-se limitado basicamente à exploração de alguns conceitos culturais acerca de algumas patologias psiquiátricas e/ou neurológicas como é o caso da epilepsia. A recolha sistemática de dados acerca das patologias e problemáticas de saúde mental atendidas nas instituições é também muito deficiente. Assim, em virtude desta combinação de um sistema de informação para a saúde fraco e de dados de investigação limitados, há muito pouca informação disponível para a planificação da prestação de serviços de saúde mental. Este facto levou ao reconhecimento da necessidade de estudar as taxas de prevalência de alguns transtornos mentais no país, antes da elaboração da Política e Estratégia de Saúde Mental, como uma primeira plataforma de planificação. São os dados deste estudo que estão divulgados ao longo deste texto. Há, no entanto, necessidade de desenhar uma agenda de investigação que defina prioridades e permita a identificação de fundos junto dos parceiros interessados.

O desenvolvimento e implementação de um sistema de informação em saúde mental são também fundamentais para avaliar, monitorar e analisar o impacto das actividades de saúde mental. Contudo, indicadores de saúde mental estão ainda em fase de integração no sistema de informação para a saúde em geral. Devido à amplitude, complexidade e qualidade da informação requerida para uma planificação e provisão de serviços rigorosa e estratégica nas diferentes áreas que integram o campo da saúde mental, para além deste indicadores recolhidos pelo sistema de informação para a saúde em geral, será necessário desenvolver sistemas suplementares de recolha de informação para áreas específicas.

Objectivo específico: Promover uma prática em saúde mental baseada em evidências.

Objectivo operacional 1: *Desenvolver uma agenda de investigação que tenha em conta as prioridades do sector*

Estratégias:

- Definir claramente as prioridades de investigação em coordenação com os serviços de saúde mental, os seus utentes e familiares, ONGs e organismos da comunidade;
- Colaborar com as instituições académicas e organizações especializadas a operacionalização de programas de investigação;
- Promover a formação dos técnicos de saúde mental de diferentes níveis no âmbito das metodologias de investigação;
- Trabalhar junto dos parceiros internacionais na identificação de fontes de financiamento, assistência técnica e/ou oportunidades de treino em investigação.

Objectivo operacional 2: *Integrar indicadores de saúde mental no sistema de informação para a saúde geral.*

Estratégias:

- Assegurar uma cooperação intra-departamental na integração dos indicadores de saúde mental no sistema de informação para a saúde;
- Coordenar com o SIS e serviços relevantes a revisão do livro de registo de dados a ser utilizado nas várias unidades sanitárias do país, de forma a incluir a possibilidade de registar informação relativa à saúde mental;
- Capacitar o pessoal de saúde que procede ao atendimento no registo da informação solicitada;



Objectivo operacional 3: Apoiar a criação e manutenção de sistemas de informação paralelos, nomeadamente no âmbito do abuso de substâncias psicoativas.

Estratégias:

- Trabalhar com parceiros locais e internacionais no estabelecimento e consolidação de sistemas de informação adicionais;
- Coordenar com SIS a inclusão, a médio prazo, dos indicadores monitorados ao nível destes sistemas paralelos no Sistema de Informação para a Saúde do MISAU.





PARTE IX: FINANCIAMENTO

Não há orçamento específico destinado à saúde mental no âmbito do Orçamento Geral do Estado e a percentagem gasta com os serviços de saúde mental é desconhecida. Até ao momento as actividades do PNSM são quase inteiramente sustentadas por financiamentos verticais, particularmente provenientes da OMS e Cooperação Italiana. Com a criação do Fundo Comum torna-se mais fácil controlar a percentagem de recursos alocados para a implementação de actividades de saúde mental. Por outro lado, a forma como os fundos são distribuídos e o acesso dos diferentes programas de nível provincial ao financiamento das suas actividades é relevante e prende-se directamente com a questão da equidade prevista na política de saúde mental apresentada neste documento.

Apesar da ênfase dada à integração da saúde mental nos cuidados de saúde em geral, a necessidade de suporte que o desenvolvimento deste sub-sector da saúde exige recomenda que, do ponto de vista do financiamento, o governo atribua um budget específico à saúde mental. É necessário que o ministério assuma, ao mais alto nível, o compromisso de atribuir uma percentagem específica do seu orçamento ao sub-sector da saúde mental enquanto, simultaneamente, identifica fontes adicionais de recursos junto das agências externas, destinadas à implementação das estratégias previstas neste documento.

Objectivo específico: Assegurar uma base de recursos que permita o desenvolvimento de operações no âmbito da implementação da estratégia para a saúde mental.

Objectivo operacional 1: *Alocar recursos financeiros adequados para o desenvolvimento do programa de saúde mental*

Estratégias:

- Conhecer o contexto de financiamento do sector da saúde em geral e de que forma ele afecta a saúde mental em particular;
- Definir o nível de recursos actuais do sub-sector da saúde mental, a sua utilização e as suas necessidades e negociar a percentagem do OGE a atribuir à saúde mental;
- Demonstrar, com base em evidências, os custos e benefícios das intervenções em saúde mental;
- Definir as prioridades para a alocação de recursos ao nível provincial;
- Integrar a saúde mental nos vários planos estratégicos destinados ao desenvolvimento dos recursos do sector da saúde em geral;
- Promover a advocacia, de forma a aumentar a pressão da comunidade junto do governo acerca da importância da prestação de serviços de saúde mental;
- Criar alianças estratégicas com figuras chave de organizações de desenvolvimento internacionais, agências de cooperação bilateral, instituições privadas e outros potenciais doadores.



PARTE X: MONITORIA E AVALIAÇÃO

A implementação do Plano Estratégico da Saúde Mental far-se-á ao longo dos anos previstos para a sua execução, através da inclusão das suas estratégias nos planos de acção que, em cada ano, orientam as prioridades para o sector. Assim, a monitoria e avaliação do plano estratégico tornar-se-á em parte possível através das actividades de supervisão que o PNSM executa anualmente. Para que o processo seja facilitado é no entanto, necessário definir indicadores, de impacto e de processo, para as estratégias previstas. São definidos neste texto alguns indicadores de processo, cabendo ao sector a elaboração de instrumentos (guiões de relatórios e supervisões) para a sua recolha e análise, instrumentos esses que deverão ser padronizados ao nível central e provincial, de forma a permitir um acompanhamento sistemático do grau de implementação da estratégia a nível nacional.

É importante que fiquem definidos os indicadores de monitoria das actividades que são da responsabilidade dos programas provinciais, bem como daqueles que cabem ao nível central, embora de implementação no vasto terreno nacional. Os indicadores de impacto em saúde mental são difíceis de definir e, quando definidos, de leitura complexa dada a enormidade de condições que concorrem para uma boa saúde mental das populações. No entanto, o PNSM definiu já alguns indicadores para a saúde mental a integrar no SIS e que, assim, que estiverem a ser recolhidos e analisados poderão a médio e longo prazo, produzir informação acerca do impacto das diferentes estratégias previstas neste documento na saúde mental da comunidade. A realização de estudos epidemiológicos e outros será também uma forma de avaliar o impacto de algumas medidas dirigidas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde mental da comunidade.

A outra estratégia para a monitoria do grau de implementação do plano estratégico será através de consultorias requeridas a organismos externos aqueles que estão envolvidos na implementação do plano estratégico. Poderão fazer parte da equipe de consultoria representantes dos parceiros que estejam a apoiar financeiramente a sua implementação. Tendo em conta o período estabelecido para a implementação deste plano, esta avaliação poderá ser feita de três em três anos, podendo a periodicidade ser reprogramada de acordo com as necessidades do Programa.



IV PROCESSOS FUNDAMENTAIS DE IMPLANTAÇÃO VS PLANO DE ACÇÃO

RECURSOS HUMANOS E FORMAÇÃO

Objectivo: Monitorar as estratégias direccionadas para o alargamento do número de profissionais de saúde mental, em cada categoria profissional

Indicadores:

- Realizados dois cursos de formação de Técnicos de Psiquiatria do Nível Médio
- Realizado um curso de formação de Terapeutas Ocupacionais de Nível Médio
- Número de bolsas destinadas à formação pós-graduada em psiquiatria
- Currículos de formação dos técnicos de saúde de nível básico e nível médio integram matéria de saúde mental que os habilita a intervir de acordo com as competências definidas para estes profissionais no âmbito da saúde mental

ORGANIZAÇÃO E PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Objectivo: Monitorar as estratégias direccionadas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados em saúde mental

Indicadores:

- Criados dois Centros de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil, um em cada um dos Hospitais Centrais da Beira e Nampula;
- Criados e integrados Centros de Exames Psicotécnicos e de Orientação Profissional nos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Beira e Nampula
- Criada uma Enfermaria de Psiquiatria no Hospital Central de Nampula
- Reabilitada a Enfermaria de Psiquiatria no Hospital Central de Maputo e Beira
- Normas de atendimento e fluxogramas de referência para o nível primário elaboradas e distribuídas pelos centros de saúde .
- Nº de seminários e profissionais envolvidos no treino de gestão e planificação de stocks de psicofármacos
- Psicofármacos recomendados pela OMS incluídos na lista nacional de psicofármacos

ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Objectivo: Monitorar as estratégias direccionadas para promover o envolvimento da comunidade na resolução e apoio aos problemas de saúde mental

Indicadores:

- Proporção de Conselhos de Líderes Comunitários (CLC's) e Agentes Polivalentes Elementares (APE's) formados em Saúde Mental.
- Nº de seminários de treino em saúde mental para médicos tradicionais realizados em cada ano
- Nº de serviços de saúde mental que prestam apoio domiciliário aos seus doentes
- Lista de associações e ONG's que colaboram directamente com o PNSM
- Nº de Centros de Reabilitação Psicossocial para doentes mentais abertos em coordenação com os parceiros



ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS INCLUINDO O ÁLCOOL E O TABACO

Objectivo: Monitorar as estratégias direccionadas para diminuir a morbilidade psicológica e psiquiátrica decorrente do consumo de substâncias psicoactivas

Indicadores:

- Nº de Centros de Reabilitação de Toxicodependentes abertos em coordenação com os parceiros
- Actualizada a legislação relativa ao consumo abusivo de substâncias tóxicas, incluindo o álcool e o tabaco
- Curricula de formação dos profissionais de saúde integram a componente da prevenção do consumo de substâncias psicoactivas, incluindo o álcool e o tabaco
- Nº de profissionais de saúde mental que, em cada ano, frequentam seminários e outras acções de formação no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação de dependentes de substâncias psicoactivas

VIOLÊNCIA, HIV/SIDA E OUTROS GRUPOS VULNERÁVEIS

Objectivo: Monitorar as estratégias direccionadas para promover a saúde mental dos grupos vulneráveis

Indicadores:

- Material de IEC elaborado com o objectivo de promover o nível de conhecimentos da comunidade sobre a violência e suas consequências
- Nº de seminários realizados em cada ano destinados à capacitação dos profissionais de saúde mental e de saúde em geral, educação e acção social em matéria de violência doméstica e sexual
- Nº de profissionais de saúde mental capacitados para responder às necessidades de saúde mental dos indivíduos infectados e/ou afectados pelo HIV/SIDA
- Perfil dos compromissos assumidos com o Instituto de Gestão das Calamidades relativamente à integração da saúde mental no apoio às vítimas de desastre ou calamidade pública
- Perfil dos compromissos assumidos com o MMCAS relativamente ao apoio psicossocial ao idoso, ao deficiente mental e à criança em situação de vulnerabilidade

EPILEPSIA, PSICOSES E OUTRAS DOENÇAS MENTAIS CRÓNICAS

Objectivo: Monitorar as estratégias do controlo da Epilepsia, e da Esquizofrenia e outras psicoses

Indicadores:

- Nº de seminários realizados em cada ano destinados à capacitação de professores, parceiros tradicionais, médicos tradicionais e outros agentes da comunidade no âmbito da prevenção da epilepsia, detecção de sinais, referência e combate ao estigma e discriminação
- Nº de seminários realizados em cada ano destinados à capacitação de profissionais de saúde dos níveis de cuidados primários e secundários capacitados para o diagnóstico, tratamento e referência das epilepsias e psicoses
- Nº e tipo de acções de educação/sensibilização dirigidas às famílias destes doentes



ADVOCACIA E LEGISLAÇÃO

Objectivo: Monitorar as estratégias direccionadas para promover a defesa dos direitos dos portadores de perturbações mentais e de comportamento

Indicadores:

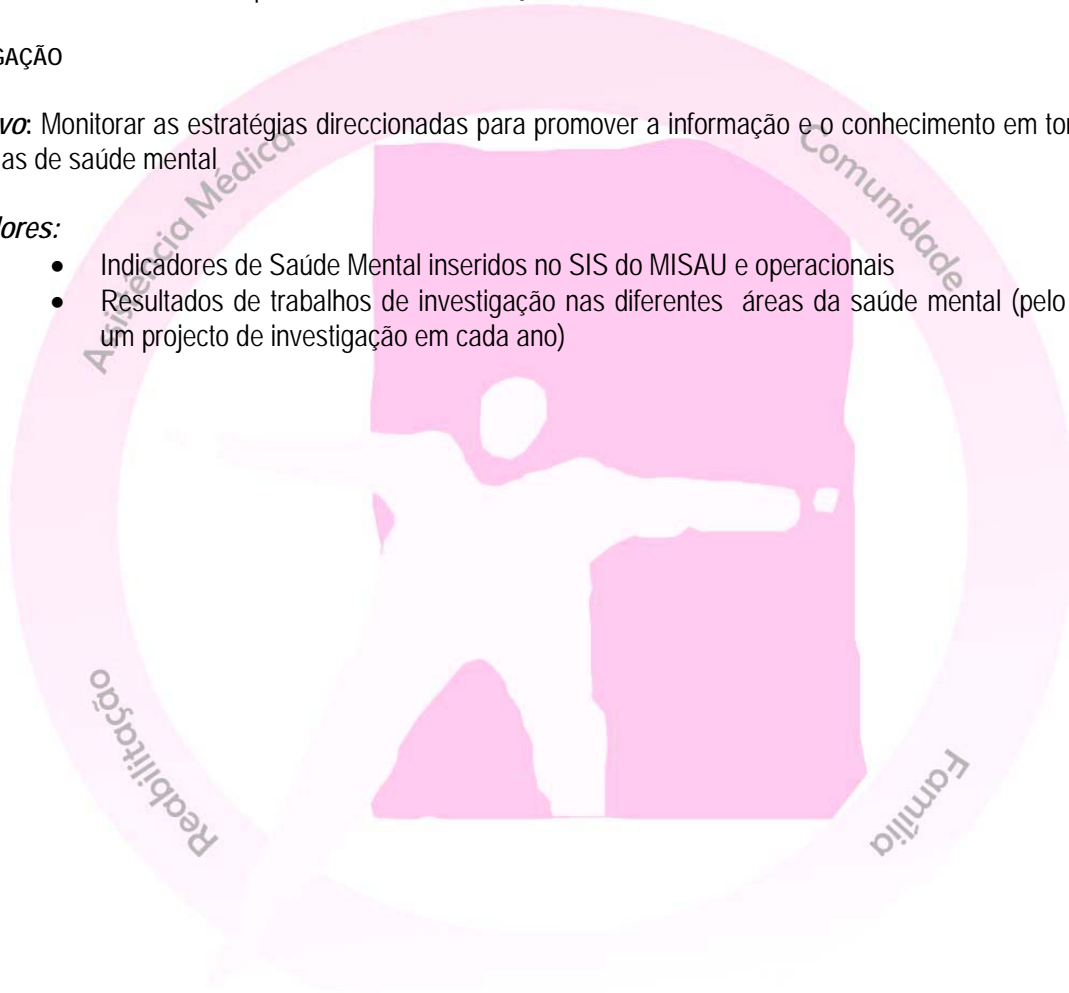
- Elaborada e aprovada a Lei de Protecção do doente mental

INVESTIGAÇÃO

Objectivo: Monitorar as estratégias direccionadas para promover a informação e o conhecimento em torno dos problemas de saúde mental

Indicadores:

- Indicadores de Saúde Mental inseridos no SIS do MISAU e operacionais
- Resultados de trabalhos de investigação nas diferentes áreas da saúde mental (pelo menos um projecto de investigação em cada ano)





MECANISMOS DE ARTICULAÇÃO

AO NÍVEL CENTRAL

A Direcção Nacional de Saúde deve estar directamente envolvida na Implementação do Plano Estratégico da Saúde Mental, sendo que o Director Nacional de Saúde Adjunto para a Saúde da Comunidade apoiado pelo respectivo Chefe da Secção de Saúde Mental, deve ser quem efectivamente acompanha directamente o desenvolvimento e implementação da estratégia de Saúde Mental.

O Departamento de Saúde da Comunidade, articulará com as Direcções Provincias de Saúde, com os Parceiros e com as diferentes Organizações Não Governamentais que operam nas províncias.

Cabe ao chefe da Secção de Saúde Mental ao Nível Central a responsabilidade pela implementação da Estratégia, apoiado pelo Chefe da Repartição de Saúde Familiar e pelo Director Nacional de Saúde Adjunto para a Saúde da Comunidade. O chefe da Secção de Saúde Mental ao nível central é responsável por coordenar com os responsáveis dos programas de saúde mental ao provincial e garantir todo o apoio técnico necessário para a implementação da Estratégia.

AO NÍVEL PROVINCIAL

O principal responsável pelo conjunto de acções tendentes ao sucesso da implementação do Plano Estratégico da Saúde Mental é o Director Provincial de Saúde, devendo o Médico –Chefe Provincial e o Chefe da Repartição de Saúde da Comunidade sentir-se co-responsáveis.

Cabe ao responsável pela Secção de Saúde Mental ao nível provincial a responsabilidade pela implementação da Estratégia, apoiado pelo Chefe da Repartição de Saúde da Comunidade e pelo Médico Chefe Provincial.

Cabe ainda ao responsável pela Secção de Saúde Mental ao nível provincial a responsabilidade de coordenar com os outros programas da saúde como Saúde Escolar e do Adolescente, a Secção de Educação Saúde Pública, assim como outras instituições/sectores como Educação e Acção Social. Cabe ainda a este a coordenação com outros organismos como o Gabinete Provincial de Combate à Droga, Núcleos, Associações e Organizações Não Governamentais, Líderes Comunitários e Religiosos, a AMETRAMO entre outras, de forma a garantir todo o apoio técnico necessário à implementação da Estratégia.

AO NÍVEL DISTRITAL

O principal responsável pelo conjunto de acções tendentes ao sucesso da implementação do Plano Estratégico da Saúde Mental é o Director Distrital de Saúde, devendo o Médico–Chefe Distrital e o Chefe da Repartição de Saúde da Comunidade sentir-se co-responsáveis.

Cabe ao responsável pela Secção de Saúde Mental ao nível distrital a responsabilidade pela implementação da Estratégia, apoiado pelo Chefe da Repartição de Saúde da Comunidade e pelo Médico Chefe Distrital.

É da responsabilidade do chefe do programa de Saúde Mental ao nível Distrital, coordenar com as Unidades Sanitárias, e com os outros programas da saúde como Saúde Escolar e do Adolescente, e Secção de



Educação Saúde Pública, assim como outras instituições como as Direcções Distritais de Educação e Direcções Distritais da Mulher e da Coordenação da Acção Social. Cabe ainda a este a coordenação com outros organismos como o Núcleos Distritais de Combate à Droga, Associações e Organizações Não Governamentais, Líderes Comunitários e Religiosos, a AMETRAMO entre outras, de forma a garantir todo o apoio técnico necessário à implementação da Estratégia.

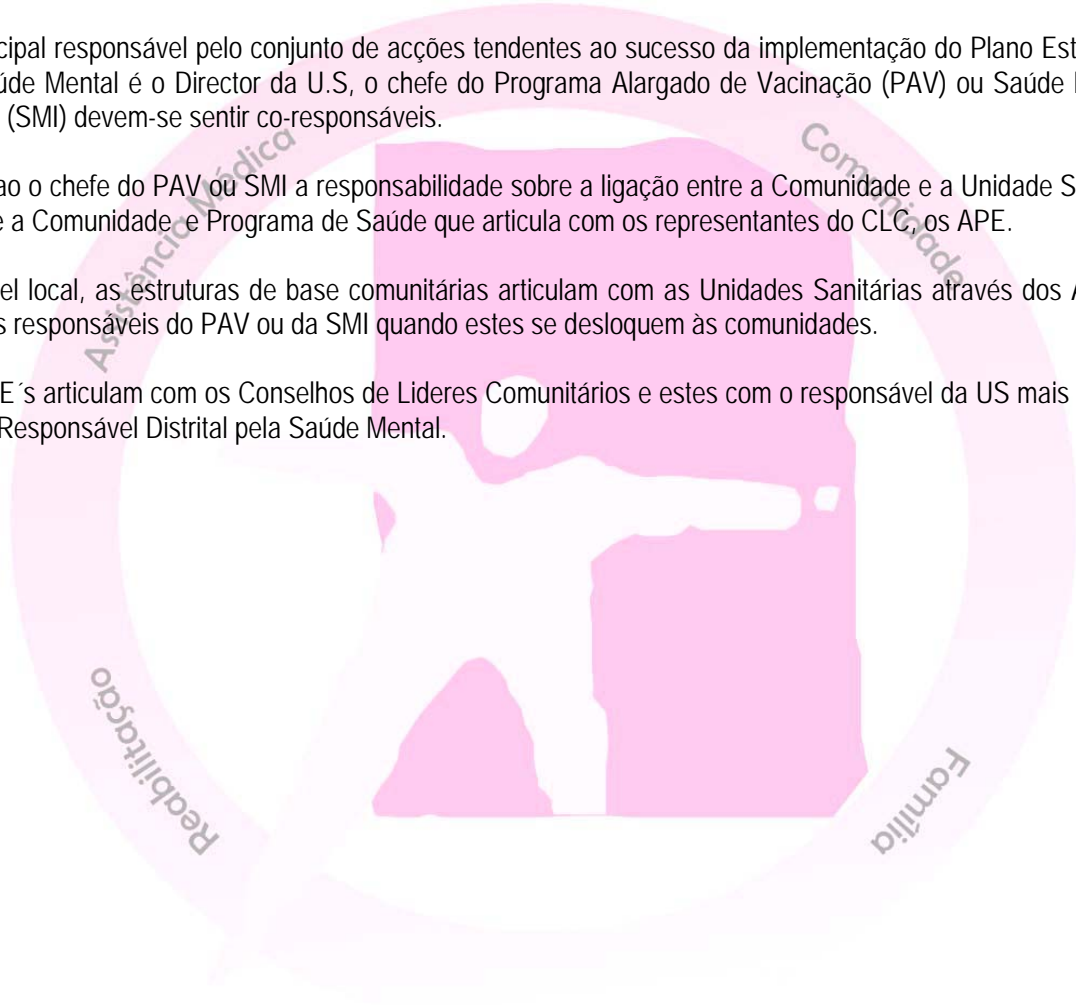
Ao NÍVEL DA UNIDADES SANITÁRIAS (U.S) E COMUNIDADE

O principal responsável pelo conjunto de acções tendentes ao sucesso da implementação do Plano Estratégico da Saúde Mental é o Director da U.S, o chefe do Programa Alargado de Vacinação (PAV) ou Saúde Materno Infantil (SMI) devem-se sentir co-responsáveis.

Cabe ao o chefe do PAV ou SMI a responsabilidade sobre a ligação entre a Comunidade e a Unidade Sanitária, e entre a Comunidade e Programa de Saúde que articula com os representantes do CLC, os APE.

Ao nível local, as estruturas de base comunitárias articulam com as Unidades Sanitárias através dos APE's e com os responsáveis do PAV ou da SMI quando estes se deslocam às comunidades.

Os APE's articulam com os Conselhos de Líderes Comunitários e estes com o responsável da US mais próxima ou ao Responsável Distrital pela Saúde Mental.



OPERACIONALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA E PLANO DE ACÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL

Áreas de Acção	Resultados Esperados	Responsabilidade	Indicadores de Processo	Prazo
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de 50% do nº de técnicos nacionais especializados em saúde mental, equitativamente distribuídos tendo em conta a componente Género 	DSM/DRHF	- Reciclagem e reorientação dos técnicos de Psiquiatria em exercício	2006
			- Realizados dois cursos de formação de Técnicos de Psiquiatria do Nível Médio	2006,7,11, 13
			- Realizado um curso de formação de Terapeutas Ocupacionais	2007
			- Realizado um curso de formação de Psicólogos Clínicos	2007
			- Número de Médicos Pós-Graduados em psiquiatria	2006 - 2015
- Curricula de formação dos técnicos de saúde de nível básico e nível médio integram matéria de saúde mental que os habilita a intervir de acordo com as competências definidas para estes profissionais no âmbito da saúde mental	2006			



Organização e Prestação de Serviços	<ul style="list-style-type: none">- Um Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental em cada Hospital Central das três regiões do país com a seguinte organização Enfermaria de Psiquiatria, Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e juvenil, Centro de Exames Psicotécnicos e de Orientação Profissional e Centros de Dia	Nível Central	<ul style="list-style-type: none">- Criados dois Centros de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil, um em cada um dos Hospitais Centrais da Beira e Nampula;- Criada uma Enfermaria de Psiquiatria no Hospital Central de Nampula- Reabilitada a Enfermaria de Psiquiatria no Hospital Central de Maputo e Beira- Normas de atendimento e fluxogramas de referência para os diferentes níveis de saúde elaboradas e distribuídas- Nº de seminários e profissionais envolvidos no treino de gestão e planificação de stocks de psicofármacos	2007 2007 2006 2006 2006-2015
	<ul style="list-style-type: none">- Lista de psicofármacos do Formulário Nacional de Saúde actualizada tendo em conta as orientações da OMS	Secção de Saúde Mental e Departamento Farmacêutico	<ul style="list-style-type: none">- Centros de Reabilitação Psicológica Infantil, Juvenil e Centros de Exames Psicotécnicos e de Orientação Profissional e Centros de Dia criados e em funcionamento nos Hospitais Centrais- Psicofármacos recomendados pela OMS incluídos na lista nacional de psicofármacos	2006-2015 2006



Envolvimento Comunitário	- Agentes comunitários a desenvolverem acções concretas no âmbito da promoção da saúde mental, da desmistificação e prevenção da doença mental	Nível Provincial e Distrital	- Proporção de Conselhos de Líderes Comunitários (CLC's) e Agentes Polivalentes Elementares (APE's) formados em Saúde Mental	2007
			- Nº de seminários de treino em saúde mental para médicos tradicionais realizados em cada ano	2007
			- Nº de serviços de saúde mental que prestam apoio domiciliário aos seus doentes	2007
			- Lista de associações e ONG's que colaboram directamente com o PNSM	
			- Nº de Centros de Reabilitação Psicossocial para doentes mentais abertos em coordenação com os parceiros	2008



Abuso de Substâncias Psicoactivas	- Estratégia de combate e controle desenhada e claramente implementada no que diz respeito à integração desta componente nos outros programas de saúde	Nível Central e Provincial	<ul style="list-style-type: none">- Nº de Centros de Reabilitação de Toxicodependentes abertos- Actualizada a legislação relativa ao consumo abusivo de substâncias tóxicas, incluindo o álcool- Aprovada a regulamentação relativa ao tabaco- Curricula de formação dos profissionais de saúde integram a componente da prevenção do consumo de substâncias psicoactivas, incluindo o álcool e o tabaco- Nº de profissionais de saúde mental que, em cada ano, frequentam seminários e outras acções de formação no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de dependentes de substâncias psicoactivas- Material de IEC elaborado com o objectivo de promover o nível de conhecimentos da comunidade sobre a substâncias psicoactivas incluindo álcool e tabaco e consequências do seu consumo- Componente de prevenção ao consumo de substâncias psicoativa incluindo o tabaco e o álcool integrada nos currículos escolares do ensino básico	2008, 2009 2006 2006-2007 2007 2006 – 2015 2006 – 2015 2007 - 2015
-----------------------------------	--	----------------------------	--	--



Violência, HIV/SIDA e outros Grupos Vulneráveis ao desenvolvimento de Transtornos Mentais e do Comportamento	- Componente da saúde mental claramente integrada nas políticas e estratégias multisectoriais de apoio aos grupos vulneráveis como vítimas de violência doméstica e abuso sexual, pessoas vivendo com HIV/SIDA, órfãos de HIV/SIDA, deficientes mentais, idosos, prisioneiros e vítimas de desastres naturais	Nível Central, Provincial e Parceiros	- Material de IEC elaborado com o objectivo de promover o nível de conhecimentos da comunidade sobre a violência e suas consequências	2006 - 2015
			- Nº de seminários realizados em cada ano destinados à capacitação dos profissionais de saúde mental e de saúde em geral, educação e acção social em matéria de violência doméstica e sexual	2006 - 2015
			- Nº de profissionais de saúde mental capacitados para responder às necessidades de saúde mental dos indivíduos infectados e/ou afectados pelo HIV/SIDA	2006 - 2015
			- Perfil dos compromissos assumidos com o Instituto de Gestão das Calamidades relativamente à integração da saúde mental no apoio às vítimas de desastre ou calamidade pública	2007
			- Perfil dos compromissos assumidos com o MMAS e MEC relativamente ao apoio psicossocial ao idoso, ao deficiente mental e à criança em situação de vulnerabilidade,	2007
- Perfil dos compromissos assumidos com o MINT e MMAS e MEC relativamente ao apoio psicossocial à criança vítima de abuso sexual e vítima de violência doméstica				



Epilepsia, Esquizofrenia e outras doenças mentais crónicas	<ul style="list-style-type: none">- Clínicos Gerais, Técnicos de Medicina Geral e Enfermeiras de SMI capazes de detectar precocemente as doenças, tratar e referenciar adequadamente os doentes	Nível Central e Provincial	<ul style="list-style-type: none">- Nº de Cursos realizados em cada ano destinados à capacitação de profissionais de saúde em geral no âmbito do diagnóstico, tratamento e referência das epilepsias, esquizofrenia e outras doenças mentais crónicas	2006 - 2015
	<ul style="list-style-type: none">- Professores, Parteiras Tradicionais, Médicos Tradicionais e agentes comunitários capacitados para a prevenção, detecção de sinais destas doenças e combate ao estigma	Nível Provincial e Distrital	<ul style="list-style-type: none">- Nº de seminários realizados em cada ano destinados à capacitação de professores, parteiras tradicionais, médicos tradicionais e outros agentes da comunidade no âmbito da prevenção da epilepsia, detecção de sinais, referência e combate ao estigma e discriminação- Nº e tipo de acções de educação/sensibilização dirigidas às famílias destes doentes	2006 - 2015 2006 - 2015



Advocacia, Legislação e Direitos Humanos	<ul style="list-style-type: none">- Maior envolvimento institucional com a saúde mental demonstrado através dos compromissos assumidos pelos vários sectores governamentais em torno da política preconizada para este sub-sector da saúde- Lei de Saúde Mental para Protecção dos Doentes Mentais aprovada e publicada em Boletim da República	Nível Central e Parceiros	Elaborada e aprovada a Lei de Protecção do doente mental	2006 - 2015
Investigação	<ul style="list-style-type: none">- Pelo menos um relatório de investigação divulgado de dois em dois anos- Indicadores de saúde mental inseridos no SIS do MISAU e operacionais	Nível Central e Provincial	Indicadores de Saúde Mental inseridos no SIS do MISAU e operacionais Resultados de trabalhos de investigação nas diferentes áreas da saúde mental (pelo menos um projecto de investigação em cada ano)	2006 - 2015