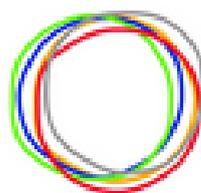




PLATAFORMA
SUPRACONCELHIA
DA PENÍNSULA
DE SETÚBAL



PLATAFORMA
SUPRACONCELHIA
ALENTEJO LITORAL

PReSaMe

Projeto Respostas em Saúde Mental

**Plataforma Supraconcelhia
Alentejo Litoral**

**Alcácer do Sal
Grândola
Odemira
Santiago do Cacém
Sines**

2017

Parceria para a realização



Nunes, Lucília; Inês, Rui [2017] PReSaMe - Projeto de Respostas em Saúde Mental. Relatório do Alentejo Litoral. Departamento Enfermagem. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal. ISBN 978-989-98206-4-7.

Ficha técnica

Âmbito	Plataformas Supra Concelhias da Península de Setúbal e do Alentejo Litoral
Apoio e ligação	ISS, Unidade de Desenvolvimento Social e Programas, Centro Distrital de Setúbal Ana Gomes Aura Duarte Susana Sousa [abril a dezembro 2014]; Ana Cláudia Ribeiro Luís Marvão [de novembro de 2014 a julho 2016]; IPS, Fernanda Pestana
Investigadores	ESS-IPS, Lucília Nunes [responsável] Ana Paula Gato Cândida Ferrito Lino Martins dos Ramos Fernanda Paula Leal Rui Ramalho Inês
Interlocução Distrital da Rede Social	Ana Cláudia Ribeiro, Unidade Desenvolvimento Social e Programas Núcleo de Intervenção Social, Instituto da Segurança Social, IP
Relatório do Alentejo Litoral	ESS-IPS, Lucília Nunes e Rui Inês
Dos Concelhos	
Alcácer do Sal	Relatório ESS-IPS, Rui Inês Apoio Raquel Gomes, Telma Bernardo, Mário Cordeiro, Conselho Local de Ação Social de Alcácer do Sal – Secretariado Técnico
Grândola	Relatório ESS-IPS, Lucília Nunes Apoio Conselho Local Ação Social de Grândola – Secretariado Técnico Otília Mesquita Colaboradores Estudantes 13º CLE [2015-2016] UC Investigação IV Ana Catarina Lourenço Ana Margarida Pereira Catarina Barata Daniela Teixeira Joana Matos Marco Aurélio Maura Clemente Melissa Esteves Sara Sousa
Odemira	Relatório ESS-IPS, Lucília Nunes e Rui Inês Apoio Conselho Local de Ação Social de Odemira – Secretariado Técnico Ana Clara Oliveira Colaboradores Estudantes 12º CLE [2014-2015] UC Investigação IV Ana Cláudia Silva Ana Sartóris Bernardo Neves Ariana Semedo Catarina Peixoto Cátia Pereira Célia Cunha Joana Ferreira Maria Rita Santos Mariana Silva Sérgio Antunes Tiago Carvalho
Santiago do Cacém	Relatório ESS-IPS, Rui Inês Apoio Conselho Local de Ação Social de Santiago do Cacém – Secretariado Técnico Filomena Marquês Colaboradores Estudantes 12º CLE [2014-2015] UC Investigação IV Aissatu Candé Ana Martin Beatriz Ascensão Bruno Pereirinha Carla Sueli Ferrão Jéssica Guerreiro Jéssica Guêtas Raquel Correia Raquel Santos Rúben Galheto Sofia Barbosa
Sines	Relatório ESS-IPS, Lucília Nunes Apoio Conselho Local de Ação Social de Sines – Secretariado Técnico Maria João Marçal

Palavras prévias

Conhecer para intervir é o princípio basilar do PReSaME...

As Plataformas Supraconcelhias, como órgãos da Rede Social, foram criadas com o objetivo de reforçar a organização dos recursos e o planeamento das respostas e equipamentos sociais nos territórios que incluem. Estas estruturas territoriais centram-se na discussão e concertação produzida em torno dos diagnósticos sociais e problemáticas identificadas pelos Conselhos Locais de Ação Social.

No âmbito das Plataformas Supraconcelhias de Alentejo Litoral e Península de Setúbal a saúde mental tem sido preocupação assumida pelos Parceiros como área de intervenção prioritária, não só pela sua relevância para os territórios, como também pela necessidade de discutir e aferir estratégias de ação que conjuguem esforços e recursos para responder com maior qualidade aos problemas identificados.

Prezar é sinónimo de estimar muito, ter em grande consideração, respeitar, dignificar, ter orgulho ou honra.

O Projeto Respostas em Saúde Mental - PReSaMe – é tudo isto. Porque a saúde mental é, nos nossos dias, tema central na intervenção com as comunidades, em territórios específicos e com os cidadãos e cidadãs.

O PReSaMe assume-se como projeto fundamental neste âmbito, como mais-valia e suporte à discussão e tomada de posição, tendo em grande consideração as relações de Parceria, por via da Rede Social, nomeadamente dos Conselhos Locais de Ação Social abrangidos nas Plataformas Supra Concelhias citadas. Teve também a grande virtude de envolver os atores da comunidade de diferentes áreas – social, saúde, academia – procurando tratar a saúde mental como “retrato global”.

Saibamos nós, atores nestes territórios, potenciar as sinergias que este estudo nos apresenta, respondendo aos desafios, dignificando a Parceria e prezando a Saúde Mental.

Maria da Natividade C. Coelho

Diretora Distrital de Segurança Social de Setúbal

Palavras prévias

Desde a primeira hora que o Instituto Politécnico se associou às plataformas Supraconcelhias e ao projeto PReSaME.

Em primeiro lugar, porque acreditamos no trabalho em rede para a procura de soluções para os territórios. Trabalhar com os atores que melhor conhecem os problemas e que com eles lidam diariamente é crucial para que as soluções possam ser desenhadas numa perspetiva de bottom-up.

Em segundo lugar, porque uma instituição politécnica, como o IPS, tem de estar presente na nas questões que emergem nos territórios, contribuindo para um aumento do bem estar e da qualidade das populações. Cumprimos desta forma a nossa missão, trabalhando de forma igual no interesse coletivo.

O terceiro motivo radica na competência científica e técnica que os docentes da Escola Superior de Saúde do IPS. Desde há muitos anos que ensinam e investigam as temáticas da Saúde Mental. Desta forma, este projeto, que radica na capacidade de transferência de conhecimento, com um envolvimento muito ativo dos estudantes no processo de investigação, permite partilhar com a comunidade este conhecimento, favorecendo um processo de ciência aberta, que beneficia a comunidade. Adicionalmente, promove uma maior interação, quer dos docentes, mas sobretudo dos estudantes, com os problemas vivenciados no seu dia-a-dia, facilitando uma formação de maior qualidade com o desenvolvimento, não apenas de competências técnicas e científicas, mas também de *soft skills* e reforço de valores como o humanismo e a solidariedade.

Conhecer melhor as questões da Saúde Mental na região do Alentejo Litoral permite conhecer melhor a realidade, mas acima de tudo lança pistas de intervenção para os atores locais com diferentes níveis de responsabilidade. Ser capaz de intervir e de mobilizar os recursos necessários é o passo seguinte. E neste processo, devemos ser capazes de agir, por forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Pedro Dominginhos

Presidente do Instituto Politécnico de Setúbal

Agradecimentos

Este relatório só se tornou possível com a participação de muitos intervenientes, em sede das Plataformas Supraconcelhias, da Rede Social de cada território, nas diversas etapas do PReSaMe.

Agradecemos a proposta e o desafio lançado e enquadrado na intervenção preconizada no território para o desenvolvimento das Parcerias pela Dr.^a Ana Gomes, na altura a exercer funções na Unidade de Desenvolvimento Social e Programas no Centro Distrital de Segurança Social de Setúbal, desafio este prontamente acolhido pela Coordenadora das Plataformas Supra Concelhias da Península de Setúbal e Alentejo Litoral à data, Professora Doutora Ana Clara Birrento. Agradecemos também os contributos de Aura Duarte e Susana Sousa, do Centro Distrital de Segurança Social de Setúbal, até novembro de 2014, bem como aos membros do Núcleo de Apoio Técnico das duas Plataformas, que nos acompanharam desde a primeira reunião.

Relevamos o apoio das estruturas locais, o amável acolhimento que nos foi proporcionado nos territórios por via das Redes Sociais concelhias, que incluiu a presença dos Presidentes de CLAS – Conselhos Locais de Ação Social, de outros responsáveis das Câmaras Municipais e, sempre, a disponibilidade dos interlocutores da Rede Social.

Em 2014 relevamos a participação e o envolvimento do concelho de Odemira (na 1^a fase do estudo), tendo ao longo de 2015, reunido em cada concelho, para apresentar o Projeto e começar a colheita de dados e, depois, em 2016, reunimos de novo para devolver os resultados e discuti-los, o que só foi possível pela participação e apoio dos CLAS, a presença dos seus presidentes, bem como pelo envolvimento dos interlocutores no território por via dos Secretariados Técnicos da Rede Social - Raquel Gomes e Telma Bernardo, Alcácer do Sal; Otilia Mesquita, Grândola; Ana Clara Oliveira, Odemira; Filomena Marquês, Santiago do Cacém e Maria João Marçal, Sines.

Consideramos igualmente relevante o apoio do Centro Distrital de Segurança Social de Setúbal nas pessoas de Cristina Lira, Diretora da Unidade de Desenvolvimento Social e Programas, Vanda Ilhéu, Diretora do Núcleo de Intervenção Social, Margarida Santos, Chefe de Setor e das coordenadoras de NLI (Núcleos Locais de Inserção) – Ana Isabel Martins e Clarinda Pereira.

Conciliando a investigação e o projeto, contámos com a colaboração dos estudantes do 4^o ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, nos anos letivos de 2014/2015 e 2015/2016.

Reconhecemos e somos particularmente gratos pelo envolvimento da Dra Ana Cláudia Ribeiro, pelo empenhamento em todas as etapas do PReSaMe, bem como ao Dr. Luís Marvão.

Da distribuição de trabalho entre os investigadores, professores da ESS|IPS, decorreu que dois investigadores assumissem a Plataforma do Alentejo Litoral.

Naturalmente, o próprio trabalho não seria possível sem a adesão das entidades de cada concelho, sem a sua presença e contributos nas reuniões - e em cada relatório setorial apresentamos a lista das entidades respondentes, a quem nos cabe, especialmente, agradecer.

Lucília Nunes

Lista siglas

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central dos Serviços de Saúde
AML	Área Metropolitana de Lisboa
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AVD's	Atividades de Vida Diária
CAFAP	Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental
CDT	Comissão de Dissuasão de Toxicoddependência
CHS	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
CHBM	Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE
CLAS	Conselho Local de Acção Social
CPCJ	Comissão Proteção de Crianças e Jovens
CRI	Centro de Respostas Integradas
CS	Centro de Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
EPI	Equipamento Para Idosos
ET	Equipa de Tratamento
GNR	Guarda Nacional Republicana
HGO	Hospital Garcia de Orta
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
IPSS, EP	Instituto Português de Segurança Social
IPS	Instituto Politécnico de Setúbal
MS	Ministério da Saúde
NAT	Núcleo de Apoio Técnico
NLI	Núcleo Local de Inserção
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSCAL	Plataforma Supraconcelhia do Alentejo Litoral
PSCPS	Plataformas Supraconcelhia da Península de Setúbal
PSP	Polícia de Segurança Pública
RLIS	Rede Local de Inserção Social
RSI	Rendimento Social de Inserção
RS	Rede Social
RCE	Rede de Cidades Educadoras
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RCS	Rede de Cidades Saudáveis
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SPO	Serviço de Psicologia e Orientação
SM	Saúde Mental
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UCC	Unidade de Cuidados Continuados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

1. Enquadramento do Projeto	13
2. Respostas em Saúde Mental - Plataforma Alentejo Litoral	
A. Caracterização geral	19
B. Respostas em saúde mental	32
C. Síntese dos resultados	50
D. Discussão dos resultados	57
3. Resultados por território	
3.1. Alcácer do Sal	67
A. Caracterização geral	67
B. Respostas em saúde mental	70
C. Síntese dos resultados	80
D. Discussão dos resultados	83
Apêndice 1. Lista de entidades respondente	85
Apêndice 2. Caracterização sumária das entidades	86
3.2. Grândola	91
A. Caracterização geral	91
B. Respostas em saúde mental	94
C. Síntese dos resultados	103
D. Discussão dos resultados	105
Apêndice 1. Lista de entidades respondente	106
Apêndice 2. Caracterização sumária das entidades	107
3.3 Odemira	111
A. Caracterização geral	111
B. Respostas em saúde mental	115
C. Síntese dos resultados	125
D. Discussão dos resultados	127
Apêndice 1. Lista de entidades respondente	129
Apêndice 2. Caracterização sumária das entidades	130
3.4. Santiago do Cacém	135
A. Caracterização geral	135
B. Respostas em saúde mental	140
C. Síntese dos resultados	150
D. Discussão dos resultados	154
Apêndice 1. Lista de entidades respondente	156
Apêndice 2. Caracterização sumária das entidades	157

3.5. Sines	163
A. Caracterização geral	163
B. Respostas em saúde mental	166
C. Síntese dos resultados	175
D. Discussão dos resultados	177
Apêndice 1. Lista de entidades respondente	179
Apêndice 2. Caracterização sumária das entidades	180
Apêndices	183
Glossário estatístico	185
Glossário de conceitos	187
Modelo de análise dos dados	191
Referências	193

1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO

“The natural distribution is neither just nor unjust; nor is it unjust that persons are born into society at some particular position. These are simply natural facts.

What is just and unjust is the way that institutions deal with these facts.”

John Rawls

Âmbito e génese do projeto

Desenvolvido no âmbito das Plataformas Supraconcelhias da Península de Setúbal e Alentejo Litoral (equivale à atual NUT III, abrangendo os Concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém e Sines), o projeto partiu da necessidade de avaliação diagnóstica das respostas em saúde mental nos territórios. Começou na reunião "Saúde Mental em Foco"¹, realizada a 31 de março de 2014, nas reuniões² com o Centro Distrital da Segurança Social e reunião³ com o Núcleo de Apoio Técnico (NAT) em cada plataforma, este projeto iniciou-se a partir da consciência de escassez de informação sobre as respostas nos territórios.

Questão do estudo

Quais as respostas existentes na área da saúde mental?

Objetivo geral

Identificar as respostas em saúde mental existentes nos territórios.

Objetivos específicos

1. Caracterizar o tipo de respostas em saúde mental existentes nos concelhos;
2. Caracterizar as instituições com intervenção na área de saúde mental nos concelhos, por área de atuação, tipologia e público-alvo;
3. Caracterizar os projetos promotores da saúde mental desenvolvidos e em desenvolvimento no concelho;
4. Caracterizar a rede do concelho, no que concerne à saúde mental;

¹ Contou com a presença dos departamentos de psiquiatria do Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital Garcia de Orta e Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, e das associações D. Fernando Ilhago, PERSONA - Associação para a Promoção da Saúde Mental e o GIRA - Grupo de Intervenção e Reabilitação Ativa. Foram manifestadas preocupações face às respostas em saúde mental, designadamente a carência de técnicos e a escassez de redes de referência, permanecendo por suprir as necessidades nacionais de criação de uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental.

² A 12 de maio e a 14 de junho. A decisão de organizar um grupo de trabalho que estudasse as respostas em saúde mental nos territórios emergiu, tendo o grupo sido constituído por proposta feita a partir da Segurança Social de Setúbal (Dra Ana Gomes, Dra Susana Sousa e Dra Aura Duarte) com professores do IPS (Lucília Nunes, António Manuel Marques).

³ Realizaram-se duas reuniões com a equipa da Segurança Social e com o NAT do Alentejo Litoral, em Sines, a 10 de julho, com a presença de elementos de Odemira, Alcácer, Grândola, Santiago do Cacém, Sines, ULS do Litoral Alentejano e a Associação Desenvolvidos Litoral Alentejano; da Península de Setúbal, a 4 de setembro, em Setúbal, com elementos da Moita, Sesimbra, Palmela, Setúbal (CHS), Barreiro (com elementos da CMB, Associação PERSONA, Departamento de Psiquiatria), Alcochete e Almada. Destas reuniões resultaram memorandos, com sínteses que serviram de base empírica ao trabalho

5. Descrever a referenciação da saúde mental no terreno;
6. Analisar os problemas e necessidades em saúde mental identificadas pelos participantes.

Desenho do estudo

Investigação participativa baseada na comunidade multicaso, visando uma avaliação diagnóstica. A ausência de informação sistematizada requereu a construção de um instrumento de recolha de informação (proposto e discutido com os primeiros⁴ concelhos). Objetivando-se a compreensão ampla do fenómeno em causa, mediante a descrição e interpretação, o desenho de investigação é de natureza qualitativa (Fortin, Côté, & Filion, 2009). A ausência de um conhecimento aprofundado sobre as respostas em saúde mental providenciadas no território em estudo, associada às particularidades do território, e ao facto de não se pretender confirmar ou infirmar hipóteses, determinou a classificação do estudo como exploratório (Robson, 1999; cit. por D'Oliveira, 2007, p. 14-15; Sampieri, Collado & Lucio, 2006); é de carácter transversal, face à circunstância da colheita de dados ter decorrido num único momento temporal (Fortin, 2009).

A metodologia a que fazemos recurso, investigação participativa baseada na comunidade (IPBC)⁵, configura uma abordagem colaborativa com o envolvimento dos membros de uma comunidade, representantes das instituições e investigadores ao longo de todo o processo de investigação (Gomes & Loureiro, 2013; Israel, Schulz, Parker & Becker, 1998).

Pese embora recente, a literatura revela os benefícios da investigação participativa na comunidade para a identificação de problemas em saúde mental, nomeadamente no que concerne ao reconhecimento dos elementos da comunidade enquanto parceiros vitais e *a estreita cooperação entre participantes e investigadores (Stacciarini, Shattell, Madden & Wiens, 2011). A incorporação e inter-relação das componentes de participação, pesquisa e

⁴ Dada a impossibilidade de começar em todos os (quinze) territórios, optámos por partilhar dois critérios de inclusão nas reuniões das Plataformas - dia 19 de setembro de 2014 em Sines e dia 22 de setembro de 2014 em Setúbal -, como sendo o risco/periculosidade dos indicadores disponíveis nos relatórios nacionais e a escassez percebida de respostas, pois que a disponibilidade e vontade dos concelhos foi comum a todos. A opção, tomada conjuntamente, foi proceder ao estudo nos concelhos de Odemira (na PSCAL), Moita, Sesimbra e Setúbal (na PSCPS).

⁵ Esta é uma abordagem colaborativa, que envolve os membros de uma comunidade, representantes das organizações e investigadores em todas as etapas do processo de investigação. Cada membro contribui com os seus recursos e responsabilidades partilhadas para melhorar a compreensão da dinâmica da comunidade dos seus fenómenos sociais e culturais, de modo a promover a integração do conhecimento adquirido na ação, objetivando a para melhoria da saúde e do bem-estar das populações os membros da comunidade (Israel et al, 1998). A IPBC caracteriza-se por ser uma abordagem de investigação que incorpora componentes inter-relacionados de participação, pesquisa e ação (Tandon, et al, 2007). A colaboração entre académicos, profissionais e comunidades no desenho do estudo, métodos e instrumento de recolha de dados, contribui para que os dados sejam mais adequados, acessíveis e relevantes para os participantes e para a própria investigação (Dias, Gama, 2013). Uma revisão da literatura (Stacciarini, Shattell, Madden, Wiens, 2010), com o objetivo de realizar uma síntese de estudos que utilizaram a investigação participativa na comunidade para identificar problemas de saúde mental nas minorias, concluiu que esta é uma abordagem relativamente recente na área da saúde mental e a maior parte dos estudos analisados reconhecem os membros da comunidade como colaboradores vitais nos esforços da investigação para tratar de questões de saúde mental. Apesar de poderem ser utilizadas várias abordagens na IPBC, todos os estudos dão ênfase à existência de uma estreita colaboração entre os investigadores e os participantes (Stacciarini, Shattell, Madden, Wiens, 2010).

ação, que caracteriza a IPBC (Tandon et al., 2007), configura um importante contributo para a adequação, congruência, acessibilidade e relevância dos dados obtidos para os participantes e para a investigação em si (Dias & Gama, 2014; Viswanathan et al., 2004).

Através da participação desde a conceção do projeto de investigação até à análise e comunicação de resultados (Gomes & Loureiro, 2013; Israel et al., 1998), esta colaboração possibilita que os membros parceiros aprofundem o seu conhecimento sobre a problemática em estudo, designadamente, sobre a dinâmica social e cultural da comunidade, no sentido de integrar o conhecimento adquirido na ação, adaptando os seus resultados à prática (Viswanathan et al., 2004) e, conseqüentemente, melhorar a saúde e o bem-estar da comunidade em causa e seus elementos (Israel et al., 1998; Zimmerman et al., 2009), mediante a determinação de soluções passíveis e possíveis de serem implementadas (Viswanathan et al., 2004).

Salientamos que, em Portugal, a IPCB tem já sido uma metodologia aplicada em investigações visando a promoção da saúde mental, designadamente o estudo desenvolvido por José Carlos Rodrigues Gomes e Maria Isabel Guedes Loureiro (2013).

Etapas

O planeamento geral - com a finalidade de desenhar o estudo, prever as estratégias e os métodos para uma identificação das respostas (sociais e de saúde) na área da saúde mental nas Plataformas Supraconcelhias - foi articulado com os participantes, do início ao final do projeto. Apresentam-se as quatro etapas do projeto, desde a conceção à divulgação.

Fase de conceção

- 1) realização de pesquisa e caracterização dos concelhos, a partir de análise documental, dados de reuniões (NAT) e indicadores disponíveis nos relatórios nacionais e locais;
- 2) solicitação de autorização de utilização de instrumento de colheita de dados aos autores [para o instrumento do PROCAPS⁶ – autorizado];
- 3) construção da parte do instrumento de colheita de dados (ICD) relativa à caracterização das instituições que operam na área da saúde mental nos concelhos [realizado em outubro e novembro de 2014];
- 4) colheita de contributos para a finalização dos ICD junto do Dr. Álvaro de Carvalho e PNSM; junto das PSC e NAT dos 4 territórios – em concreto, instrumentos de colheita de dados e listas⁷ das entidades dos concelhos da primeira fase⁸;

⁶ (http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/101/1/Relatorio_PROCAPS.pdf) - no original «saúde», aqui "saúde mental"

⁷ A lista de entidades, por concelho, anexa, serve de base para o trabalho, podendo ser aumentada com entidades que se forem identificando, durante a colheita, como tendo respostas em saúde mental.

⁸ Na primeira fase, foram incluídos 4 territórios: 3 da Península de Setúbal (Moita, Sesimbra, Setúbal) e Odemira, do Alentejo Litoral.

- 5) finalização do documento de projeto e dos instrumentos, incluindo Formulário de Consentimento;
- 6) submissão a apreciação/revisão ética pelas Comissões de Ética dos concelhos envolvidos [ARSLVT, ULSAL];

Fase de implementação

Incluiu a colheita de dados assim como a escolha de metodologia de reunião com os parceiros da rede social, para a apresentação do Projeto e entrega dos questionários aos presentes. Para os ausentes, constantes na *Lista de Entidades*, o interlocutor de contacto foi da Rede Social.

- 7) agendamento das reuniões - uma em cada concelho - articulando com interlocutor da Rede no território;
- 8) apresentação do PReSaMe, em duas fases - Odemira no 1º semestre de 2015; os restantes, no 1º semestre de 2016 [dados no relatório setorial]
- 9) recolha dos questionários aplicados - inquérito A: Câmara; B - entidades do concelho; C - entidades que operam no concelho com âmbito de aplicação nacional.
- 10) preparação da base SPSS, para a introdução dos dados.

Fase de tratamento e análise dos dados

com os territórios divididos por investigador, alguns com e outros sem a participação de estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem:

- 11) tratamento dos dados por concelho;
- 12) preparação de apresentação, para discussão dos resultados, e verificação dos resultados preliminares;

Fase de discussão dos resultados

- 13) agendamento com os parceiros da Rede Social para devolver os resultados e serem recolhidos contributos para a sua discussão;
- 14) reunião⁹ de partilha dos dados preliminares e sua discussão;
- 15) tempo para uma recolha final de questionários considerados relevantes e que as entidades se disponibilizaram para preencher;
- 16) tratamento dos dados, verificação da base de dados e dos resultados;
- 17) caracterização dos concelhos, em termos estatísticos (INE, PORDATA, Censos, etc)
- 18) finalização do relatório do concelho, incluindo os contributos da reunião de apresentação e discussão;

⁹ A reunião de Odemira ocorreu no final da primeira fase do estudo, em setembro de 2015; quanto aos quatro territórios da segunda fase do estudo, foram devolvidos os resultados preliminares em maio e junho de 2016. Em todas reuniões houve participantes presentes que não tinham respondido ao questionário, pelo que se abriu a possibilidade de adicionar questionários (o que implicou voltar a tratar os dados de todos os concelhos).

19) findos os relatórios dos concelhos, a fase de produção do relatório de Plataforma.

Pertinência e relevância

A identificação e caracterização das respostas atuais em saúde mental nos concelhos reveste-se da maior importância tanto no sentido de reforçar os fatores de proteção de saúde mental, como no sentido da gestão da doença existente, com especial enfoque na identificação precoce e na reabilitação, assim como na referenciação e encaminhamento. Sobretudo, proporcionar uma base de trabalho, objectiva e atual, de suporte a eventuais projetos.

Dada a diferença temporal na colheita de dados de caracterização dos concelhos (relatórios concelhios) e a finalização do Relatório da Plataforma, o quadro de indicadores desta é o mais recente, incluindo os dados de 2015. Solicita-se, por isso, a melhor atenção às datas associadas às referências e indicadores.

2. Plataforma Alentejo Litoral

Apresentam-se os dados agregados dos cinco territórios, precedidos, como em cada território, pelos indicadores selecionados

A. Caracterização geral



mapa¹⁰

Território

O Alentejo Litoral é uma sub-região, parte da Região do Alentejo, que limita a norte com a Península de Setúbal e o Alentejo Central, a leste com o Baixo Alentejo, a sul com o Algarve e a oeste com o Oceano Atlântico.

Tem uma área de 5308,11 km², compreendendo os 5 concelhos: Alcácer do Sal (1.500 km²), Grândola (826 km²), Odemira (1.721 km²), Santiago do Cacém (1.060 km²) e Sines (203 km²), abrangendo os distritos de Setúbal¹¹ e de Beja (PORDATA). Não teve alterações de limites territoriais com as NUTS III, sendo uma região do Alentejo (NUTS II). "Em termos morfo-estruturais esta Sub-região desenvolve-se por duas das principais unidades estruturais do nosso país: a Bacia Sedimentar do Tejo-Sado a Norte e o Maciço Hespérico a Sul (...) destaca-se assim a plataforma litoral que constitui uma superfície aplanada adjacente ao mar, com uma largura variável entre 5 e os 15 km que engloba no essencial territórios dos Municípios de Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira, a qual termina de forma brusca para o interior nas escarpas relativas às Serras do Cercal e de Grândola"¹².

Os principais núcleos urbanos¹³ são as cidades de Santiago do Cacém, Sines, Alcácer do Sal e Vila Nova de Santo André (no concelho de Santiago do Cacém) e a vila de Grândola. O litoral para sul de São Torpes (Sines) faz parte do Parque Natural do Sudoeste Alentejano e Costa Vicentina.concelho de Setúbal. À data do Censos de 2011, registados 97 925 habitantes.

¹⁰ Mapa in <http://litoral-alentejano.com/pt/municipios-do-litoral-alentejano/>

¹¹ Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines pertencem ao distrito de Setúbal.

¹² Figura: Enquadramento da Sub-região do Alentejo Litoral. Fonte: "Alentejo Litoral. Projecção do Parque Escolar por NUT III a 2013." (p.25). http://www.uc.pt/fluc/serv_com/pdf_docrochette/Alentejo_Litoral.pdf

¹³ Cf. Bastos, Maria Rosário et al (2012) Ocupação do Litoral do Alentejo, Portugal: passado e presente. Revista da Gestão Costeira Integrada 12(1):101-118.

Distribuição populacional

População estimada em 100 895 habitantes (actualização 2015 INE) como o aumento populacional nos dois municípios de Sines e de Santiago de Cacém mais de 4000 novos habitantes (2015 INE).

De acordo com os dados do INE, a densidade populacional por local de residência era de 18,4 em 2011, sendo 18,3 nos dois anos seguintes e 18,1 em 2014. De acordo com a PORDATA, em 2014 a densidade populacional do Alentejo Litoral foi de 21,8.

A sub-região do Alentejo Litoral apresentava, em 2001, cerca de 99976 habitantes, representando 12,87% da população residente do Alentejo e aproximadamente 1% de Portugal Continental - o Alentejo Litoral era a sub-região do Alentejo (NUT II) que apresentava menores quantitativos populacionais. Assim, cerca de 30,7% da população do Alentejo Litoral residia no Município de Santiago do Cacém, 26% em Odemira, 15% em Grândola, 14,4% em Alcácer do Sal e 13,5% em Sines. "No entanto, as dinâmicas de determinado município não exprimem o comportamento de cada uma das freguesias que o compõem. Regra geral as freguesias mais populosas são as freguesias sede do município."¹⁴.

Assinale-se que "o decréscimo da população residente em Portugal, em 2015, decorreu de taxas de crescimento negativas quer na componente natural (que reflete o saldo entre o número de nados-vivos e o número de óbitos), quer na componente migratória (que abrange migrações internas e internacionais), tendo o saldo natural tido um contributo maior (taxa de crescimento natural de -0,22%) do que o saldo migratório (-0,10%). A importância do saldo natural para a variação negativa do efetivo populacional foi particularmente evidente nas regiões Alentejo (-0,68%) e Centro (-0,50%)¹⁵.

Dados de 2015 (PORDATA) referem população residente de Portugal como sendo 10.362.722 habitantes, dos quais 95.410 no **Alentejo Litoral**; quanto aos municípios, o mais populoso é Santiago do Cacém (29.348), seguido de Odemira (25.283), Grândola (14.772), Sines (13.748) e Alcácer do Sal (12.266).

No Alentejo Litoral, a distribuição da população residente por grupos etários, para um total de 95.410 habitantes (PORDATA, 2015), era de 12,5% dos 0 aos 14 anos (11.879), 62,5% entre os 15 e os 64 anos (59.651) e 25% com 65+ anos (23.880).

Da análise dos valores da população por escalão etário evidencia-se a diminuição da classe mais jovem, prosseguida pelo aumento da classe mais idosa, o que espelha, de modo bastante claro, a crescente tendência para o envelhecimento da população. Assim, traduz-se o duplo envelhecimento que "deve merecer uma reflexão dada a rapidez em que se passou de uma sociedade com uma população jovem para uma outra envelhecida"¹⁶. Em Portugal, em 2015, 3,7% da população é estrangeira com estatuto de residente; no Alentejo Litoral, 7,0%, sendo mais elevada em Odemira (15,7%) e de Sines (7%), seguindo-se Alcácer do Sal (2,3), Grândola (3,7) e Santiago do Cacém (3,2).

O concelho de **Alcácer do Sal** é o menos populoso do Alentejo Litoral e regista desde 2009 um decréscimo contínuo do número estimado de residentes. Tal facto, aliado à sua extensa área geográfica, determina que seja igualmente o Concelho da região com menor densidade populacional (8,3 Hab/km²). A distribuição da população não é homogénea no território, contrastando com o aglomerado populacional da área urbana da cidade de Alcácer do Sal (onde vive a maior parte da população do concelho), áreas rurais de povoamento disperso e pequenos aglomerados. Estas características de ocupação, semelhantes a outros territórios da região, mas acentuadas no Concelho de Alcácer do Sal,

¹⁴ Idem, p. 38.

¹⁵ INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2015, p. 4-5. A população residente em Portugal, em 31 de dezembro de 2015, foi estimada em 10 341 330 habitantes, o que significou uma diminuição de -0,32% face ao valor estimado para o ano anterior. Esta diminuição revelou um ligeiro abrandamento da diminuição ocorrida nos três anos anteriores, mas manteve a tendência negativa de crescimento populacional que se registou, em Portugal, desde 2010: -0,01% em 2010, -0,29% em 2011, -0,52% em 2012, -0,57% em 2013 e -0,50% em 2014."

¹⁶ Projecção do Parque Escolar por NUT III a 2013. Sub-região Alentejo Litoral. Relatório final (dezembro 2008) Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Disponível em https://www.uc.pt/fluc/serv_com/pdf_docrochette/Alentejo_Litoral.pdf

determinam particulares desafios ao nível do acesso e cobertura de serviços e respostas na região. Mais de metade da população residente em 2015 (60,1%) encontrava-se situada na faixa etária do 15 e 64 anos; 12,3 % tinha menos de 14 anos e 27,6% tinha 65 anos e mais. Estes valores, bem como a sua evolução refletem a tendência demográfica nacional e estão, de uma forma geral, em linha com os dos demais territórios da região.

O concelho de **Grândola** apresenta uma densidade populacional de 18.00 habitantes por km², um pouco superior aos outros concelhos da região como Odemira (15.1 Hab/km²) e Alcácer do Sal (8.7 Hab/ km²) com características de ocupação semelhantes [Censos 2011], sendo que a população tem vindo a diminuir¹⁷. Mais de metade da população (53,8%) tem entre 25 e 64 anos; cerca de um quarto da população tem menos de 24 anos (12,5 entre 0 e 14; 8,5% entre 15 e 24 anos); 25,2% tem 65 anos e mais.

O concelho de **Odemira** é um território de baixa densidade populacional (15,1 habitantes/km²), contando com um total de 26.066 habitantes, dos quais 13.171 são do sexo masculino e 12.895 do feminino, de acordo com os dados definitivos do Censos 2011 (INE, 2012). A população tem vindo a diminuir e a distribuição populacional é de 70% a residir na sede do concelho e costa litoral. Quanto aos grandes grupos etários, 12,1% situa-se entre os 0 e 14 anos, 61,6% entre os 15 e 64 anos e 26,2% tem 65 e mais anos.

O concelho de **Santiago do Cacém**, com 29.342 habitantes, é o mais populoso do Alentejo Litoral. Não obstante e em linha com os demais territórios da região, tem registado, desde 2012, um decréscimo relativo do número estimado de residentes. A sua extensa área geográfica determina que, sendo o mais populoso não seja o território da região com maior densidade populacional (28 Hab/km²), cabendo a Sines essa posição (68,4 Hab/km²). A densidade populacional de Santiago do Cacém é ainda assim superior à registada no global da região do Alentejo Litoral (18,2 Hab/km²) e da Região do Alentejo (23,4 Hab/km²). A distribuição da população não é homogénea no território, contrastando aglomerados populacional da área urbana como Santiago do Cacém e Vila Nova de Santo André, com áreas mais rurais de povoamento disperso e pequenos aglomerados. Estas características de ocupação, semelhantes a outros territórios da região, determinam particulares desafios ao nível do acesso e cobertura de serviços e respostas na região, sobretudo quando estes se concentram principalmente nos centros urbanos. Mais de metade da população residente em 2015 (62,7%) encontrava-se situada na faixa etária do 15 e 64 anos; 12,4 % tinha menos de 14 anos e 24,9% tinha 65 anos e mais.

O concelho de **Sines** apresenta uma densidade populacional de 68,4 habitantes por km², a mais elevada do Alentejo Litoral (18,2), se bem que a população tenha vindo a diminuir¹⁸. Mais de metade da população (57,1%) tem entre 25 e 64 anos; cerca de um quarto (24,2%) da população tem menos de 24 anos (13,9% entre 0 e 14; 10,3% entre 15 e 24 anos); 18,8% tem 65 anos e mais. À semelhança do quadro demográfico nacional, a população de Sines está a envelhecer mas é um dos concelhos mais jovem da região do Alentejo. A % de população estrangeira com estatuto legal de residente é a segunda mais elevada da sub-região (7,7 %), apenas superada por Odemira (13%), sendo 4,9% a média do Alentejo Litoral.

Índice de envelhecimento

Em termos nacionais, o índice de envelhecimento da população residente era de 143,9% em 2015 e de 138.6% em 2014 (PORDATA).

O Alentejo Litoral tem 201% estando Odemira (229,3) em primeiro lugar, seguido de Alcácer do Sal (224,3%), Grândola (201,4%) e Santiago (201,2%), estando Sines (137,9%) abaixo das médias da região e nacional (PORDATA, 2015). A título de comparação entre

¹⁷ Em 1960 era de 25.7 Hab/ km² e em 2001 de 18.2 Hab/ km². De acordo com os Censos de 2011, a população residente era de 14.826 mil habitantes e em 2001 era 14.901 mil habitantes (INE, 2016).

¹⁸ E A evolução da população residente do concelho de Sines entre o ano de 2001 a 2011 aumentou cerca de 628 habitantes, no entanto, a partir de 2011 e até ao ano de 2014 a população diminuiu para 13.901 - esta diminuição acompanha os valores obtidos por Portugal uma vez que em 2011 existia uma população residente de 10.557,6 e em 2014 decresceu para 10.401,1 (PORDATA, 2016)

os diferentes municípios no tempo, verificam-se, para o ano de 2001, valores mais elevados nos Municípios de Odemira (229,3%) e Alcácer do Sal (224,3%) enquanto em 2001 os valores mais elevados eram de Grândola (197,8%) e Odemira (193,3%).

O índice de envelhecimento no Concelho de **Alcácer do Sal** era, em 2015, de 224,3, acima do registado na região do Alentejo (201) e muito superior ao verificado a nível nacional (143,9). No Alentejo Litoral, só Odemira registou, em igual período, um índice de envelhecimento comparativamente superior (229,3). Refira-se que este índice de envelhecimento no concelho tem aumentado de forma contínua e progressiva desde 2001 (168,5) até 2015 (224,3), marcando a tendência de envelhecimento desta população e seus desafios.

Em termos nacionais, o índice de envelhecimento, em 2014, foi de 138,6; no Concelho de **Grândola**, no mesmo ano, o índice era de 197,2, muito superior ao que se verifica a nível nacional. Todavia, no Concelho de **Odemira**, no mesmo ano, o índice era de 216,2, muito superior ao que se verifica a nível nacional. Releva-se o envelhecimento e isolamento da população que habita na serra, onde muitos idosos com idade superior a 75 anos permanecem (Quintas, 2011) - as freguesias de São Salvador e Santa Maria, São Teotónio e Vila Nova de Milfontes, no litoral, detêm um maior número populacional (INE, 2012).

O índice de envelhecimento no Concelho de **Santiago do Cacém** era, em 2015, de 201,2, em linha do registado na região do Alentejo (201) e superior ao verificado a nível nacional (143,9). Refira-se que este índice de envelhecimento no concelho tem aumentado de forma contínua e progressiva desde 2011 (190,3), marcando a tendência de envelhecimento desta população e seus desafios.

No Concelho de **Sines**, em 2011, o índice era de 121,1, tendo subido em 2014 para 132,1, valores ainda inferiores ao que se verifica a nível nacional (PORDATA) e assim se mantendo em 2015 (137,9%).

Taxa bruta de natalidade

Em Portugal, em **2015**, a taxa bruta de natalidade foi de 8,3‰ (PORDATA). No Alentejo Litoral, foi de 7,3, sendo Sines que tem a taxa mais elevada (9,8‰), seguido de Grândola (8,6), (Santiago do Cacém (7,2‰), de Alcácer do Sal (6,4‰) e Odemira (5,9‰). Valores ligeiramente mais elevados do que em 2014, especialmente em Grândola. As variações observadas na população dos municípios parecem relacionar-se com dois factores: "por um lado, o crescimento natural (...) e, por outro, o saldo migratório que, no contexto da actual conjuntura, se assume também como um factor decisivo, mas cuja análise se torna particularmente difícil dada a dificuldade em prever a sua evolução.

Já em 2001, o município que apresentava o valor mais significativo era Sines (10,16‰), seguido de Grândola (8,46‰). Os municípios que apresentavam valores mais baixos eram Santiago do Cacém (6,72‰) e Alcácer do Sal (7,14‰). Comparando os valores das taxas de natalidade de 1981 e 2001, verifica-se em todos os municípios do Alentejo Litoral um decréscimo do valor da taxa de natalidade (PORDATA).

O Concelho de **Alcácer do Sal** é dos que apresenta menores valores de Taxa Bruta de Natalidade, no período de 2001 (7,2‰) a 2015 (6,4‰). Embora a tendência decrescente não se tenha mantido continuamente em todo o período (verificando-se em 2010 e 2015 crescimentos relativos aos anos precedentes, com maior expressão em 2010) a Taxa Bruta de Natalidade foi, nesse período, globalmente inferior à registada, quer na região, quer a nível nacional.

Segundo o INE, entre 2001 e 2013, ocorreu no concelho de **Grândola** um decréscimo da Taxa bruta de natalidade, verificando-se 8,4‰ e de 7,3‰, respetivamente (PORDATA, 2015) – em Portugal foi 10,9 e 7,9 respetivamente. De forma semelhante, entre 1981 e 2014, ocorreu no concelho de **Odemira** um decréscimo da taxa bruta de natalidade, verificando-se 10,7‰ e de 6,1‰, respetivamente (PORDATA, 2015).

O Concelho de **Santiago do Cacém** apresentou, em 2015, um valor de Taxa Bruta de Natalidade de 7,2‰, comparativamente superior ao registado em 2014 (6,6‰). Este

Taxa bruta de mortalidade

aumento relativo da taxa bruta de natalidade em 2015 está em linha com o registado nos concelhos vizinhos de Grândola, Sines e Alcácer do Sal, assim com no global do Alentejo Litoral, e a nível nacional. Este aumento relativo é contrário a uma tendência de decréscimo na natalidade registada nos anos precedentes no concelho e na região, mas precisaremos de apurar os próximos anos para verificarmos se se trata de uma real inversão nessa tendência. A Taxa Bruta de Natalidade de Santiago do Cacém registada em 2015 (7,2‰), bem como a registada no global do Alentejo Litoral (7,3‰) são, ainda assim, inferiores ao registo nacional de 8,3‰.

Segundo o INE, entre 2001 e 2014, ocorreu no concelho de **Sines** um decréscimo da taxa bruta de natalidade, verificando-se 10,2‰ e de 8,7‰, respetivamente (PORDATA, 2015).

Em 2015, a taxa bruta de mortalidade foi, em Portugal, de 10,5‰ e, no Alentejo Litoral, de 14,3‰ (PORDATA). Quanto aos municípios, os valores mais elevados são de Alcácer do Sal (15,9‰), seguindo-se, *ex aequo*, Odemira e Grandola (14,7‰), Santiago do Cacém (14,1‰) e Sines (11,9‰).

No Censos de 2001, Odemira tinha a taxa de mortalidade mais elevada (14,17‰); os valores mais baixos de taxa de mortalidade encontravam-se nos Municípios de Santiago do Cacém (11,06‰) e Sines (12,59‰).

Em 2011, Grândola tinha a taxa de mortalidade mais elevada (15,3‰), seguindo-se Odemira (14,9) e Alcácer do Sal (12,9) enquanto os valores mais baixos de taxa de mortalidade encontravam-se nos Municípios de Santiago do Cacém (11,9‰) e Sines (11,1‰).

No que se refere à taxa de mortalidade infantil, em 2015, Portugal registou um valor de 2,9‰, o mesmo valor que o Alentejo Litoral. No que diz respeito aos municípios, o valor mais elevado é o de Sines (7,4‰), seguindo-se Santiago do Cacém (4,7), tendo Alcácer do Sal, Grândola e Odemira registo de 0‰.

Através da análise da natalidade e da mortalidade, aborda-se o saldo natural. Assim, a taxa de crescimento natural foi, em 2001, negativa em todos os municípios do Alentejo Litoral, isto é, todos os municípios apresentam taxas de mortalidade superiores às taxas de natalidade. Em 2015, os municípios apresentaram saldo natural mais negativo, com maior expressividade em Odemira (-224) e Santiago do Cacém (-203), seguindo-se Alcácer do Sal (-116), Grândola (-90) e Sines, o de menor expressividade (-28); no global, o Alentejo Litoral tem -661 e Portugal -23.011.

De acordo com o relatório publicado em 2009 pela Direção Geral de Saúde (DGS) no ano de 2006, o Alentejo era a região com a taxa de mortalidade mais elevada no que diz respeito a lesões autoprovocadas intencionalmente (20,3/100.000 habitantes), excedendo em larga escala a taxa a nível nacional (8,2/100.000 habitantes) no mesmo ano, bem como a taxa a nível mundial. O Alentejo Litoral, no referido relatório, apresentou uma taxa de suicídio de 14,4 por 100.000 habitantes. O concelho de Odemira teve uma das maiores taxas de suicídios a nível mundial - em 2007 "foram contabilizadas 61 mortes por cada 100 mil habitantes, com o epicentro a situar-se na freguesia de Saboia, com um dos maiores índices de suicídio em todo o mundo"¹⁹ (Fundação Odemira, s.d.), com o maior índice de suicídio, a nível nacional e europeu, em concreto na freguesia de Sabóia.

"De acordo com a literatura, alguns dos fatores associados ao suicídio no Alentejo são: a baixa densidade populacional, um menor grau de integração, a existência de um isolamento progressivo tanto no âmbito familiar como social, numa população maioritariamente composta por idosos, e que conduzirão à solidão (Saraiva, 2006 cit. in Almeida, 2011). A ruralidade extrema que caracteriza as planícies alentejanas poderão contribuir para estes números. O resultado é, assim, o envelhecimento da população, ficando os anciãos viúvos, muitas vezes em situação de pobreza, que não puderam viver com os filhos nas cidades ou não quiseram por não se adaptarem ao meio urbano. Também a doença dolorosa, incapacitante e incurável, converte o indivíduo num

¹⁹ Costa, J. (2013) Representações do Suicídio no Alentejo. Dissertação de Mestrado em Psicologia. p.21.

ser dependente da família ou da comunidade, impendendo-o de trabalhar e tornando-o num peso económico e emocional. Alguns autores referem ainda a monotonia da paisagem e o que esta pode provocar emocionalmente a quem a observa ou naqueles que lá vivem. O mês de Julho revela-se ainda ser o mês em que todos os anos se verificam mais suicídios, sugerindo que o calor intenso tem um importante papel na desinibição para o ato suicida (Güete Tur, Alte da Veiga, Viñas, Jacinto & Braz Saraiva, 2001). Estes atributos podem ser eventualmente integrados num registo interacional, vistos como resultantes de uma relação particular entre os indivíduos, principalmente os idosos, e o seu ambiente. Uma relação que a certa altura é influenciada pelo vazio do horizonte, pela lembrança, pela história de vida, e sobretudo pelas perdas associadas (Areal, 1996 cit. in Quartilho, 2006) ²⁰

Segundo dados do Observatório do Suicídio e Para-suicídio do Baixo Alentejo, em 2011 foram registados, no concelho de Odemira, 30,7 suicídios por 100 mil habitantes, contra 9,6 da média nacional, valor que subiu para 46,5, em 2010, com o maior foco na freguesia de Sabóia. Todavia, estes dados parecem estar a mudar.

Em 2014, Odemira teve a segunda taxa de suicídio do Alentejo Litoral, com 3,7% (Alcácer do Sal, tem 3,9) (PORDATA, 2016). Ou seja, em 2014 foram identificados 1.216 suicídios em Portugal, dos quais 161 no Alentejo e 33 no Alentejo Litoral (Alcácer do Sal, 7; Grândola, 6; Odemira, 12; Santiago do Cacém, 6 e Sines, 2).

"A taxa de mortalidade por suicídio é maior nos homens em todas as regiões de Portugal Continental e 4 a 6 vezes superior quando comparada com as taxas de suicídio nas mulheres. (...) Considerando em específico as diversas regiões, a do Alentejo mantém-se com a taxa mais alta de suicídio em Portugal, tanto nos homens como nas mulheres, com um valor de 4 para 1. (...) A evolução nos dois últimos anos apresentados mostra que a taxa de mortalidade nos homens subiu nas regiões do Norte, Centro e LVT, descendo nas regiões do Alentejo e Algarve. Nas mulheres a taxa desceu nas regiões Centro e Alentejo e subiu nas restantes." ²¹ De acordo com o INE a taxa de mortalidade por lesões provocadas intencionalmente em 2014 foi de 11,8 (masculino 18,7; feminino 5,5).

Índices de dependência

Dados de 2015 (PORDATA), o Alentejo Litoral tem 40% no rácio de dependência de idosos (média nacional 31,4) sendo Alcácer do Sal que ocupa o primeiro lugar (46%), seguido de Odemira (44,1%), Grândola (40,8) e Santiago (39,7%). Apenas Sines (28,5%) está abaixo da média nacional.

Quanto ao índice de dependência de jovens, os dados de 2015 (PORDATA) apontam 21,8% como a média nacional, sendo 19,9% o índice do Alentejo Litoral, pontuando-se Sines (20,7%) em primeiro lugar, seguido de Alcácer do Sal (20,5%), Grândola (20,2%), Santiago do Cacém (19,7%) e Odemira (19,2%).

Em 2015, o índice de dependência total (idosos e jovens), é de 53,2% em Portugal, 53,8% no Continente, sobe a 60,3% na região do Alentejo. No Alentejo Litoral, regista-se 59,9% tendo Alcácer do Sal o rácio mais elevado (66,5%), seguindo-se Odemira (63,3%), Grândola (61%) e Santiago do Cacém (59,4%). Apenas Sines (49,2%) se encontra abaixo da média nacional.

Alcácer do Sal apresenta o maior valor de Índice de Dependência Total (66,5%) do Alentejo Litoral - isto foi igualmente verdade para o Índice de Dependência de Idosos (46%). Quanto ao Índice de Dependência de Jovens (20,5%), foi o segundo mais elevado no Alentejo Litoral e ficou abaixo do registado na região do Alentejo (20,9%) e no País (21,8%).

Comparativamente aos índices nacionais de dependência, **Grândola** apresenta menos 2.5% nos jovens e mais 12.4% nos idosos (PORDATA, 2016); ocupa o terceiro lugar no litoral alentejano com maior índice de dependência total (61%).

Odemira ocupou, em 2014, o primeiro lugar no litoral alentejano com maior índice de

²⁰ Idem, p. 21-22.

²¹ Portugal (2016) Saúde Mental em números 2015. DGS. p.18.

Situação socio-económica

dependência nos idosos (42,5), com 19,7% de dependência de jovens e um índice de dependência total de 62,2 (PORDATA, 2016). Os dados de 2015 colocam o concelho em segundo lugar.

Santiago do Cacém registou em 2015 o segundo menor valor de Índice de Dependência Total (59,4%) do Alentejo Litoral, ainda assim, acima do verificado a nível nacional (53,2%). O mesmo se passou com o Índice de Dependência de Idosos (39,7%). Quanto ao Índice de Dependência de Jovens 19,7%, foi também o segundo menor valor registado no Alentejo Litoral, mas agora, inferior do registado o nível no país (21,8%).

Sines apresenta uma taxa de dependência total de 49,2 sendo o concelho que tem o índice mais elevado de dependência de jovens.

A sub-região tem sido caracterizada como tendo “uma ocupação difusa do território”, sobretudo no interior, “o que gera dificuldades de rendibilização das infra-estruturas e equipamentos”. Destaca-se no entanto “um conjunto de centros urbanos que possuem uma dimensão mínima com potencial para desenvolver alguma complementaridade e articulação em rede, em particular, pela sua proximidade geográfica, o triângulo Sines, Santiago do Cacém e Vila Nova de Santo André e que deverão permitir algum desenvolvimento numa base policêntrica”²²

Em termos económicos é referida a existência de vocações económicas territorialmente bem vinculadas a que se referem “os serviços de apoio às empresas e os transportes em Sines e Santiago do Cacém; o turismo em Grândola e Odemira; a energia, indústria metálica e química em Sines; o sector hortícola em Odemira e o sector agro-florestal em Alcácer do Sal”, destacando novamente o eixo Sines-Santiago do Cacém “com maior presença de instituições de conhecimento e serviços de apoio às empresas”.

A região do Alentejo Litoral tem uma taxa de desemprego de 10,9% (PORDATA, 2011) sendo 13,2 o valor nacional. Odemira apresenta a taxa mais elevada (13,7%), seguido de Alcácer e Grândola (11,1), de Sines (9,7) e Santiago (9,1). A 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos desempregados.

Segundo os Censos (2011), a população inativa era 79,1% em Portugal, sendo 89,1 no Alentejo Litoral. Dos concelhos, Grândola apresenta o rácio mais elevado (106), seguido de Odemira (99,1), Alcácer (90,9), Santiago do Cacém (83,6) e Sines (67,9).

No que diz respeito aos sexos, em 2011, o desemprego masculino era de 9,3 e o feminino de 13,9, sendo mais elevado no sexo feminino em todos os municípios (Alcácer do Sal - masculino 10; feminino 12,4); (Grândola - masculino 9,6; feminino 12,7, (Odemira - masculino 11,9; feminino 16), (Santiago do Cacém - masculino 7,2; feminino 11,4), (Sines - masculino 8,1; feminino 11,8).

De acordo com os resultados definitivos dos Censos 2011, no Alentejo as atividades dos serviços, concentram 68,6% da população empregada, a indústria 14,7%, a construção civil 7,3% e a agricultura 9,4% (INE, 2012)

Alcácer do Sal tem uma taxa de desemprego total de 11,1% (de acordo com o Censos de 2011²³), sendo de 10% nos homens e 12,4% nas mulheres. A 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos nos Centros de Emprego e de Formação Profissional 396 desempregados sendo a média anual nesse ano de 405,8 inscritos (que representa 5,5% da população residente entre os 15 e os 64 anos). De acordo com o Censos de 2011, foi o concelho do Alentejo Litoral com a terceira maior taxa de população inativa (41,5%), comparável ao registado na Região (Alentejo Litoral – 41,2%; Alentejo - 41,2%) e acima do registado, em 2011, a nível nacional (37,6%).

O concelho de **Grândola** tem uma taxa de desemprego de 11,1% e a 31 de dezembro de

²² Comunidade Intermunicipal do Alentejo Litoral (2008) Programa Territorial de Desenvolvimento 2008-2013. In Cruz, Pedro (2015) Regeneração urbana de Centros históricos. O caso do Alentejo Litoral. Tese de Mestrado em Gestão do Território. UNL-FCSH. Em <http://hdl.handle.net/10362/17270>

²³ Fontes: INE; PORDATA, última atualização 2015-06-26.

2015 estavam inscritos 434 desempregados (o que representa 6% da população residente entre os 15 e os 64 anos). A população em idade ativa são 6.305; taxa de emprego de 43,25%. A larga maioria (71,6%) desenvolve atividade no setor terciário, com um quinto no sector secundário (20,3%) e uma percentagem de 8,2% no sector primário. É o concelho do Litoral Alentejano com maior percentagem de população inativa, superando Odemira que em 2011 apresentava 43.7% de população inativa (PORDATA, 2016).

O concelho de **Odemira** tem uma taxa de desemprego de 15,9%, superior mas mulheres (19%) em relação aos homens (15,9). A 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos 1.295 desempregados (o que representa 8% da população residente entre os 15 e os 64 anos). A maioria da população (58,3%) desenvolve atividade no setor terciário, com quase um quarto no sector secundário (22,9%) e uma percentagem de 18,8% no sector primário. O setor do turismo, do comércio e dos serviços teve maior crescimento e desenvolvimento, passando de um setor pouco significativo para setor imprescindível para a economia do concelho (CLASO, 2005; INE, 2012). É o concelho do distrito de Beja com maior presença de imigrantes que se dedicam ao trabalho agrícola, à plantação de regadio e a estufas. A taxa de desemprego tem sofrido um aumento constante, passando dos 6,7%, em 1991, para os 13,69%, em 2011, de acordo com os dados dos Censos de 2011 (INE, 2012).

Santiago do Cacém registou uma taxa de desemprego total de 9,1% (de acordo com o Censos de 2011²⁴), sendo de 7,2% nos homens e 11,4% nas mulheres. A 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos nos Centros de Emprego e de Formação Profissional 1175 desempregados sendo a média anual nesse ano de 1244,2 inscritos (que representa 6,8 % da população residente entre os 15 e os 64 anos).

De acordo com o Censos de 2011, o total de população ativa era de 14 210 (7 734 homens e 6 476 mulheres). A taxa de emprego foi de 49,5%, sendo de 56,6% nos homens e de 42,8% nas mulheres. O setor de atividade económica que, segundo o Censos de 2011, empregava a maior percentagem de sujeitos era o terciário (63,3%), seguindo-se os setores secundário (30,4%) e primário (6,3%). A preponderância do setor terciário é transversal aos outros territórios do Alentejo Litoral, bem como a nível Nacional.

Santiago do Cacém foi, de acordo com o Censos de 2011, o concelho do Alentejo Litoral que teve a segunda menor taxa de população inativa (39,9%), ligeiramente abaixo do registado na região (Alentejo Litoral – 41,2%; Alentejo - 41,2%) e acima do registado a nível nacional (37,6%).

O concelho de **Sines** tem uma taxa de desemprego de 9,7%. A 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos 1.108 desempregados (o que representa 12,2% da população residente entre os 15 e os 64 anos). Sines foi o município a nível nacional onde se observou o maior agravamento do desemprego entre o ano 2011 e 2012 - o desemprego quase triplicou em relação ao ano de 2011 (Conselho Local de Ação Social, 2014). A população em idade ativa são 7.247; taxa de emprego de 53,8%. A larga maioria (65%) desenvolve atividade no setor terciário, com um terço no sector secundário (31,4%) e uma percentagem de 3,6% no sector primário.

Rede de
Acessibilidades

"o Alentejo Litoral no seu sector Norte, é atravessado pela Auto-estrada do Sul (A2), principal eixo de ligação entre Lisboa e o Algarve, tendo saídas nos Municípios de Alcácer do Sal e Grândola, funcionando assim, como nós de ligação entre, as restantes localidades do Alentejo Litoral (...) Através do IP8, faz-se a ligação entre o litoral e o interior alentejano (Oeste-Este), nomeadamente a ligação entre Sines, Santiago do Cacém e Beja (...) As vias que estabelecem as ligações de maior interesse regional, são efectuadas pelos itinerários complementares, destacando-se o IC1 que liga o País de Norte a Sul ao longo do litoral, assumindo-se localmente como, a principal alternativa à A2, atravessando os Municípios de Alcácer do Sal e Grândola. Com início em Sines, o IC4 atravessa o Município de Odemira, efectuando a

²⁴ Fontes: INE; PORDATA, última atualização 2015-06-26.

ligação com os portos de Lagos, Portimão e Faro. Também partindo de Sines, o IC33 garante a ligação com Évora, passando pelos Municípios de Santiago do Cacém e Grândola. Existem ainda vias de comunicação que (...) se apresentam como fundamentais nas dinâmicas locais/regionais, como é o caso das EN121, EN253 e EN263. A EN121 de traçado Oeste-Este, permite a ligação entre os Municípios de Santiago do Cacém e Ferreira de Alentejo, conectando com o IP8. O Município de Alcácer do Sal, através da EN253 faz a ligação com Montemor-o-Novo. Também de ligação do litoral ao interior, partindo de Odemira o traçado da EN 263, atravessa as suas freguesias do interior em direcção ao Município de Aljustrel. (...) as Estradas Regionais complementam a rede viária, denotando de uma forma clara os objectivos a que procuram dar resposta, nomeadamente, em função dos fluxos da rede escolar e dos aglomerados populacionais, permitindo deste modo a ligação das sedes de concelho com as suas freguesias e mesmo com concelhos limítrofes, apresentando a rede viária uma configuração radial. Em termos de acessibilidade ferroviária, a sub-região é servida pela rede ferroviária nacional, nomeadamente pelos serviços Alfa Pendular, Intercidades e Regional/Urbano, estabelecendo ligações com Lisboa e Faro. Com um traçado paralelo à A2, a linha ferroviária atravessa todo o sector Central no sentido Norte – Sul, assim como, Oeste-Este ligando o Porto de Sines à rede nacional, permitindo deste modo, a interconexão com as restantes infra-estruturas portuárias nacionais e europeias."²⁵

Estruturas
Famíliares

No global, na sub-região, de acordo com os Censos (2011) um total de 40.533 famílias, com maior expressividades nos concelhos de Santiago do Cacém e Odemira.

Seguindo os dados do mesmo Censos existiam em **Alcácer do Sal** 5.236 núcleos familiares. Destes, 1.187 (22,7%) eram famílias unipessoais, das quais 737 (62%) constituídas por idosos (a viver sozinhos).

Em **Grândola**, registados 4.497 núcleos familiares (2011), sendo 43,4% sem filhos e 14,2% monoparentais; 66,2% são famílias unipessoais constituídas por idosos (a viver sozinhos) e 43,7% é população idosa a viver exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos.

Em **Odemira**, existiam 7.927 núcleos familiares (2015), sendo 42,2% sem filhos e 13,7% monoparentais; 67,6% são famílias unipessoais constituídas por idosos (a viver sozinhos) e 46,1% é população idosa a viver exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos. Estão registados 1.722 alojamentos com uma pessoa com 65 ou mais anos (INE, 2012).

De acordo com o Censos de 2011 existiam em **Santiago do Cacém** 12 345 núcleos familiares. Destes, 3 120 (25,3%) eram famílias unipessoais, das quais 1647 (52,8%) constituídas por idosos (a viver sozinhos).

Em **Sines**, existiam 4.378 núcleos familiares (2011), sendo 37,5% sem filhos e 14,5% monoparentais; 59% são famílias unipessoais constituídas por idosos (a viver sozinhos) e 39,8% é população idosa a viver exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos.

Num estudo nacional²⁶, foram identificadas grandes tendências da evolução da família em Portugal - por exemplo, a diminuição do número de membros dos agregados familiares pois em 30 anos (entre os Censos de 1981 e de 2011) a dimensão média da família passou de 3,3 pessoas para 2,6. Em Portugal há mais casais com filhos do que na média europeia, mas há muito menos crianças, existindo uma média de 1,28 filhos por mulher em idade fértil (índice de fecundidade), a quarta mais baixa dos 27 países da UE. "Em termos de distribuição regional, (...) entre 2001 e 2011, a proporção de casais recompostos no total de casais com filhos, porventura o dado mais relevante aqui apresentado, aumentou em todas as regiões do país. Por outro lado, verifica-se uma oposição evidente entre o Sul, onde o fenómeno é mais prevalente, com valores superiores a 8%, destacando-se toda a faixa litoral sul (sub-regiões da Grande Lisboa, da Península de Setúbal, do Alentejo Litoral e do Algarve), a Lezíria do Tejo e o Oeste; e o

²⁵ Alentejo Litoral. Projecção do Parque Escolar por NUT III a 2013. p. 29

²⁶ Wall, Karin (2005) Famílias em Portugal: percursos, interacções, redes sociais. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais

	<p>Norte, onde a maioria das sub-regiões apresenta valores abaixo dos 4%, com exceção do Grande Porto (5,9%) e do Alto Trás-os-Montes (4,1%). A recomposição familiar é assim um fenómeno mais frequente no litoral sul do país por oposição ao interior e litoral norte (...). Embora o ritmo de crescimento não tenha sido o mesmo em todas elas – a taxa de variação oscila entre os 53,6% no Alentejo Litoral e os 187,4% em Entre Douro e Vouga –, parece incontestável a existência de um crescimento transversal a todo o território nacional do número de famílias recompostas ao longo dos últimos dez anos."²⁷</p> <p>No Alentejo Litoral os dados apontam que uma percentagem elevada das famílias unipessoais é composta por idosos que vivem sozinhos assim como existe uma % elevada de idosos a viver com idosos.</p>
Proteção social	<p>Os dados de 2015 referem 1.787 beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção no Alentejo Litoral, sendo mais elevado em Sines (451) e Santiago do Cacém (392).</p> <p>Os beneficiários do subsídio de desemprego em % dos beneficiários ativos é de 4,9 em Portugal, 5,2 no Alentejo, 5,7 no Alentejo Litoral - e entre os municípios, a proporção é mais elevada nos concelhos de Sines (6,8%) e Santiago do Cacém (6,0%), seguindo-se Odemira (5,9%) e Alcácer do Sal e Grândola (4,4% cada).</p> <p>O rácio de pensões de aposentação, reforma, sobrevivência e outras por subscritor, em 2015, é de 1,4 a nível nacional, sendo 1,9 no Alentejo e 1,6 no Alentejo Litoral - entre os municípios, o rácio é mais elevado no concelho de Grândola (1,7), seguindo-se Alcácer do Sal e Santiago do Cacém (<i>ex aequo</i> 1,6), Odemira (1,5) e Sines (1,4).</p>
Escolaridade	<p>De acordo com o Censos 2011, a taxa de analfabetismo foi de 5,23 em Portugal, sendo de 11,6 no Alentejo Litoral, - e, entre os municípios, mais elevada em Odemira (15,7), Alcácer do Sal (13,2), Grândola (12,5), seguindo-se Santiago do Cacém (9,6) e Sines (5,9) [Censos 2011].</p> <p>Ainda de acordo com os Censos (2011), em Portugal, a taxa de analfabetismo feminino era 6,8 e o masculino de 3,5; no Alentejo Litoral, a taxa de analfabetismo feminino era de 14,1 e o masculino de 9,1, sendo mais elevado no sexo feminino em todos os municípios (Alcácer do Sal - masculino 8,8; feminino 17,3); (Grândola - masculino 9; feminino 16,1, (Odemira - masculino 13,5; feminino 17,9), (Santiago do Cacém - masculino 7,3; feminino 11,7), (Sines - masculino 4,8; feminino 7).</p>
Registo de crimes	<p>No Alentejo Litoral, em 2015, registo de 3.111 crimes, a maioria contra o património; em termos de violência doméstica, registaram-se 146 casos. Nesta tipologia, os concelhos de Santiago do Cacém (35), Grândola e Sines (33 cada) com os registos mais elevados, seguindo-se Odemira (25) e Alcácer do Sal (20).</p> <p>Comparando com o ano anterior, em 2014, registo de 2924 crimes, a maioria contra o património; em termos de violência doméstica, registaram-se 167 casos. Os concelhos de Santiago e Sines com os registos mais elevados (46 em cada), seguindo-se Grândola (36), Odemira (23) e Alcácer do Sal (16).</p>
Organização dos serviços de saúde	<p>- Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) "visa coordenar as ofertas e otimizar os recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários à comunidade que serve" (ARSA, site);</p> <p>- Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), desde 1 de Novembro de 2012, por agregação do Hospital do Litoral Alentejano (HLA) e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL), para 97.925 habitantes (ARS Alentejo). Tem por missão "promover e prestar cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, desenvolver atividades de saúde pública, investigação, formação e ensino, de</p>

²⁷ Wall, Karin; Delgado, Anabela (coord) (2014) *Famílias nos Censos 2011. Diversidade e mudança*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística e Imprensa de Ciências Sociais. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. p. 234-235.

<p>Recursos Humanos na Saúde</p>	<p>qualidade, assegurando o acesso da população, garantindo a sustentabilidade económico-financeira, de acordo com a estratégia nacional e regional de forma a obter ganhos em saúde"(ULSA). Assim, faz a “gestão integrada dos cuidados primários, hospitalares e continuados da região do Alentejo Litoral, englobando a oferta dos prestadores de cuidados do SNS dos concelhos de Alcácer do Sal, Sines, Odemira, Grândola e Santiago do Cacém, para uma população global de cerca 100.000 habitantes” (CMS, 2014, p. 21). O HLA situa-se a cerca de 25 km de Grândola. (Portal da Saúde, 2015).</p> <p>- Centro Hospitalar de Setúbal presta cuidados de saúde a uma grande área geográfica que ocupa a parte sudoeste litoral da Península de Setúbal e Litoral Alentejano, desenvolvendo a sua atividade, numa perspetiva de complementaridade, na área da Saúde Mental e Psiquiátrica com o ACES do Alentejo (Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira), existindo interface com a Equipa da Consulta Comunitária de Saúde Mental e o Departamento de Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal.</p> <p>- Hospital do Espírito Santo de Évora tem uma área de influência de segunda linha que abrange toda a região do Alentejo.</p> <p>Contemporâneo do PRSaMe, o projeto WhySchool, promovido pela EUTIMIA - Aliança Europeia Contra a Depressão em Portugal, é relativo a "Prevenção e Promoção da Saúde Mental das Crianças e Adolescentes" e tem como objetivo melhorar o acesso dos jovens a cuidados de saúde mental, através de uma abordagem que contempla diferentes níveis de cuidados, começando na escola até aos cuidados hospitalares, através da capacitação dos profissionais nas escolas públicas. O projeto promove a capacitação dos professores, psicólogos educacionais e outros agentes educativos, profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, ou outros profissionais que desenvolvam trabalho no âmbito escolar. No Litoral Alentejano, são parceiros deste projeto a Comunidade Intermunicipal Alentejo Litoral (CIMAL) e o Centro de Formação de Associação de Escolas Litoral Alentejano.</p> <p>De acordo com o INE, em Portugal, em 2015, existiam 6,5 enfermeiros, 4,7 médicos por 1000 habitantes enquanto no Alentejo Litoral o rácio era de 4,2 enfermeiros e 1,8 médicos por cada 1000 habitantes. É reconhecida a carência de profissionais de saúde, que levou à constituição de uma Plataforma em defesa do Serviço Nacional de Saúde, com o papel de coordenar as comissões de utentes existentes (2016).</p> <p>Segundo informação do PORDATA, em 2015, em Alcácer do Sal, havia 11 médicos, 33 enfermeiros, 2 dentistas, 5 farmacêuticos. Os dados indicam a inexistência de médicos psiquiatras no concelho, e não nos fornecem informação sobre o número de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, psicólogos, ou outros profissionais da área da saúde mental. Segundo dados do INE de 2015, existem no Concelho de Alcácer do Sal, em média, 2,7 enfermeiros e 0,9 médicos para cada 1000 habitantes. Quando comparamos com a relação existente na região do Alentejo Litoral de 4,2 enfermeiros e 1,8 médicos por cada 1000 habitantes e no país de 6,5 enfermeiros e 4,7 médicos por cada 1000 habitantes percebemos quão baixa é a dotação de Recursos Humanos da Saúde no Concelho.</p> <p>De acordo com o PORDATA, em 2015, em Grândola, havia 16 médicos, 28 enfermeiros, 4 dentistas e 9 farmacêuticos.</p> <p>De acordo com a mesma fonte, no mesmo ano de 2015, em Santiago do Cacém havia 85 médicos, 245 enfermeiros, 10 dentistas, 29 farmacêuticos. Esta dotação de Recursos Humanos no Concelho, sem comparativos na região, deve-se às estruturas de saúde existentes, cujas respostas em saúde, embora de proximidade relevante, vão além do território de Santiago do Cacém. A exemplo disso temos o Hospital do Litoral Alentejano, integrado na Unidade Local de Saúde e na Rede de Resposta hospitalar. Note-se que os dados do PORDATA de 2015 indicam a inexistência de médicos psiquiatras no concelho, e não nos fornecem informação sobre o número de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, psicólogos, ou outros profissionais da</p>
----------------------------------	---

área da saúde mental. É, todavia, do conhecimento público que a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA) e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) estabeleceram, em outubro de 2015, o início de uma parceria para a assistência na área da Psiquiatria. Esta parceria envolve a prestação de cuidados de saúde, por dois médicos psiquiatras do CHPL, no Hospital do Litoral Alentejano, em Santiago do Cacém (dois dias por semana) e no Centro de Saúde de Odemira (um dia por semana). Esta parceria visa colmatar uma lacuna importante na assistência psiquiátrica na região e constitui uma resposta que serve todo o Alentejo Litoral. E em 2015, os dados de consultas por especialidade, nos municípios do Litoral Alentejano, identificam apenas 67 consultas de Psiquiatria, alocadas ao concelho de Santiago do Cacém.

De acordo com a mesma fonte, no mesmo ano de 2015, em **Odemira** havia 25 médicos (dos quais, um psiquiatra), 61 enfermeiros, 10 dentistas, 24 farmacêuticos; em **Sines**, havia 35 médicos, 33 enfermeiros, 12 dentistas e 11 farmacêuticos.

No Alentejo Litoral, em 2015 (PORDATA), havia 400 enfermeiros, 38 dentistas, 78 farmacêuticos e 172 médicos. Em 2016, dos cerca de 97 mil utentes registados nos cinco centros de saúde da sub-região, 26 mil (cerca de 25%) não tinham médico de família.

Como noticiado em 2016, os cinco concelhos passaram a dispor de mais seis médicos nos centros de saúde ("dois médicos em Grândola, mais um em Sines, três em Alcácer do Sal e mais dois em Odemira, em substituição de outros dois médicos cubanos que saíram").

Quanto ao indicador SNS, tipo de pessoal ao serviço nos hospitais e nos centros de saúde, em 2013, apenas Santiago do Cacém tem unidade hospitalar (102 médicos, 202 enfermeiros); a distribuição de pessoal nos centros de saúde (dados de 2012), no Alentejo Litoral era de 44 médicos e 91 enfermeiros (quando em 1999 era de 68 médicos e 70 enfermeiros) - conforme quadro abaixo, o número de médicos nos centros de saúde baixou em todos os concelhos; quanto ao número de enfermeiros, subiu (em relação a 1999) em Alcácer, Odemira e Sines, tendo descido em Grândola e Santiago do Cacém.

	Alcácer do Sal		Grândola		Odemira		Santiago do Cacém		Sines	
	1999	2013	1999	2013	1999	2013	1999	2013	1999	2013
Enfermeiros	10	20	21	13	20	27	16	20	3	11
Médicos	10	6	12	7	16	8	17	16	13	7

Quadro - SNS pessoal ao serviço nos Centros de Saúde

em síntese:

com mais população residente: Santiago do Cacem, Odemira

com menos densidade populacional: Alcácer do Sal, Odemira

com mais população jovem: Sines, Grândola

com mais população idosa: Alcácer do Sal, Odemira-Grândola

com mais população em idade ativa: Sines, Santiago do Cacém

com mais longevidade: Odemira, Alcácer do Sal

com índice de envelhecimento mais elevado: Odemira, Alcácer do Sal

com taxa bruta de mortalidade mais elevada: Alcácer do Sal, Odemira-Grândola

com taxa bruta de natalidade mais elevada: Sines, Santiago do Cacém

com índice de dependência de jovens mais elevado: Sines, Alcácer do Sal

com índice de dependência de idosos mais elevado: Alcácer do Sal, Odemira

[PORDATA][Censos, 2011][INE, 2016]	Alcácer do Sal	Grândola	Odemira	Santiago do Cacém	Sines	Alentejo Litoral	Portugal
População residente	12.266 [2015]	14.772 [2015]	25.283 [2015]	29.348 [2015]	14.238 [2011]	95.410 [2015]	10.362.722 [2015]
Densidade populacional [2015]	8,3	18	15,1	28	68,4	18,2	112,8
Jovens (%) menos de 15 anos [2015]	1.510 12,3	1.857 12,7	2.976 8,7	3.630 12,3	1.907 13,9	11.879 12,6	1.475.537 14,5
População em idade activa (%) 15 - 64 anos [2015]	7.369 60	9.175 62,3	15.485 62,3	18.410 62,7	9.213 67,4	59.651 62,8	6.759.544 5,5
Idosos (%) 65 e + anos	3.397 27,4	3.740 25	6.283 25	7.302 24,8	2.629 18,8	23.880 24,6	2.122.996 20,1
Índice de envelhecimento [2015]	224,3	197,2	227,2	201,2	137,9	195,5	138,6
Índice de Longevidade [2015]	52,9	54,8	59,3	52,3	42,9	53,7	49,0
Índice de dependência total (%) [2015]	66,5	61	63,3	59,4	49,2	59,9	53,2
índice de dependência de jovens (%) [2015]	20,5	20,2	19,2	19,7	20,7	20,0	22,1
índice de dependência de idosos (%) [2015]	46	40,8	44,1	39,7	28,5	40	31,4
Taxa bruta de natalidade (‰) [2015]	6,4‰	6,1 ‰	5,9 ‰	7,2‰	9,8‰	7,3 ‰	8,3 ‰
Taxa bruta de mortalidade (‰) [2015]	15,9‰	14,7‰	14,7‰	14,1‰	11,9‰	14,3 ‰	10,5 ‰
Registo óbitos por suicídio (nº) 2014	7	6	12	6	2	33	1.217
Óbitos (nº) 2015	195	217	372	415	163	1.343	108.511
Taxa desemprego (%)	11,1	11,1	15,9	9,1	9,7	10,9	13,2 (2011)
Pessoas inscritas centro de desemprego (%)	6%	6%	8%	6,8%	12,2%	8,3%	9,4%
Taxa de população inativa (%)	41,5	45,1 (2011)	43,7 (2011)	39,9	34,6	41,2 (2011)	37,6 (2011)
Registo de crimes (nº) INE, 2013	390	735	863	722	599	3.309	356.032 (2015)
Taxa de criminalidade (%) INE 2013	31	49,0	33,6	24,2	42,8	34,1	33,9‰
Queixas de violência doméstica (nº)	20	33	25	35	33	167	22.965

Quadro 1 - Indicadores seleccionados nos territórios, sub-região e Portugal [versão mais atualizada]

B. Respostas em Saúde Mental

Estavam identificadas, nos cinco territórios, 132 entidades [A - 5, B - 100 e C - 27]. Responderam ao respetivo questionário 86 entidades [A - 5, B - 62 e C - 19]. Obtivemos assim uma taxa global de resposta de 65,2%. Em descrição detalhada, nas entidades que responderam o Questionário A (Autarquias) a taxa de resposta foi de 100%, nas entidades transversais nos concelhos, que responderam ao questionário C, a taxa de resposta foi de 70,4%, nas entidades que operam no concelho, que responderam ao questionário B, a taxa de resposta foi de 62%. Nos concelhos do Alentejo Litoral a taxa de resposta variou entre 45,2% e 84,4%.

	Distribuídos				Devolvidos				
	A	B	C	Total	A	B	C	Total	%
Alcácer do Sal	1	24	6	31	1	10	3	14	45,16
Grândola	1	17	4	22	1	9	4	14	63,64
Odemira	1	25	6	32	1	21	5	27	84,38
Santiago do Cacém	1	22	7	30	1	14	3	18	60,00
Sines	1	12	4	17	1	8	4	13	76,47
Totais	5	100	27	132	5	62	19	86	65,15

Quadro 1- Questionários distribuídos e recebidos no Alentejo Litoral

Considerando que algumas das entidades responderam em mais do que um território, foram verificadas todas as listas e agregados os dados, quando adequado. Deste processo resultou uma amostra final de 84 entidades - 65 entidades concelhias (que responderam aos questionários A ou B) e 19 entidades transversais (que responderam ao questionário C).

Os dados dos questionários A e B foram tratados e analisados com recurso a uma base de dados de SPSS versão 22. Os dados dos questionários C foram sujeitos a tratamento e análise qualitativa. Procedeu-se a análise descritiva e qualitativa dos dados, segundo um modelo definido, que está na base da seguinte apresentação e discussão dos resultados.

1. Qual a natureza das instituições que respondem na área da saúde mental, no concelho?

Quanto à natureza das entidades respondentes aos questionários A e B, temos a seguinte distribuição:

	nº	%
Pública	19	29,23
IPSS	34	52,31
Privada	8	12,31
Não respondeu	4	6,15
N	65	100,00

Quadro 2- Natureza das instituições

As Instituições Particulares de Solidariedade Social são a tipologia de entidades que se encontra claramente mais representadas (52,3%) no universo das entidades respondentes no Litoral Alentejano.

Seguem-se as Instituições públicas (29,2%) e por fim, as entidades de cariz privado (12,3%), sendo estas últimas, na sua grande maioria, entidades sem fins lucrativos (7 entidades).

2. Quais os públicos-alvo a que as instituições dão resposta em saúde mental?

Questionadas sobre o(s) público(s)-alvo a que as entidades dão resposta obtivemos os seguintes dados, agregados em tabela de análise de frequência:

Público – Alvo	Freq.
População Idosa	16
Crianças e Jovens	14
Comunidade em Geral / População	13
Pessoas / Famílias Desfavorecidas / Carenciadas	8
Pessoas com Deficiência Ligeira, Moderada a Grave	6
Pessoas Dependentes	5
Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências	3
Antigos Combatentes e Famílias	2
Vítimas de Violência Doméstica	2
Mulheres com Cancro da Mama	1
Reformados e Pensionistas	1
Organizações do Alentejo Litoral	1

Quadro 3- Público-alvo das instituições por categorias.

O público-alvo “População Idosa” (16) é o mais referido entre as entidades estudadas, logo seguido do das “Crianças e Jovens) (14) e da “Comunidade e Geral / População” (13).

Esta distribuição não é naturalmente alheias à missão das entidades respondentes a este estudo, onde encontramos desde entidades ligadas ao poder local e outras orientadas para resposta à comunidade e população de uma forma geral, a entidades vocacionadas para resposta a públicos mais específicos e ao qual se associa condição de vulnerabilidade, seja ela ligada a circunstâncias naturais decorrentes do ciclo de vida (como as crianças e os idosos), seja resultante de circunstâncias diversas que colocaram o cidadão e sua família em condição de carência, dependência, ou doença. Lembremos que qualquer destas condições de vulnerabilidade comporta desafios específicos à saúde mental. Todo o universo de entidades respondentes a este estudo está por isso confrontado com a necessidade de refletir, planear e responder (por ação direta e/ou encaminhamento) a necessidades em saúde mental, que aqui se perspetivam de forma abrangente, da promoção à reabilitação, da literacia em saúde mental à abordagem da doença mental grave.

A relevância da “População Idosa” está em linha com os dados da caracterização do território e sua contextualização nacional indicando uma orientação adequada aos emergentes desafios colocados pelo envelhecimento da população.

3. Para as diferentes tipologias de resposta, quantas instituições dão resposta para a saúde mental e número de utentes?

Seguindo a tipologia de Resposta em Saúde Mental do Questionário B, identificam-se, no Alentejo Litoral, os seguintes resultados:

	Serviços / Respostas					Grupos de Autoajuda			Terapias			
	Serviço de Atendimento, Avaliação	Apoio domiciliário	Ações de Divulgação/Sensibilização	Formação para Técnicos	Intervenção precoce	Direcionados para os utilizadores	Direcionados para as famílias	Grupo para os Utentes	Grupo para os Familiares	Programa de reabilitação cognitiva	Programa de Recuperação Psicossocial	Apoio na integração social
Nº Entidades	17	26	8	6	5	1	2	8	3	6	8	9
Nª Utes	1808 (16)	1120 (24)	2119 (5)	607 (4)	287 (5)	5 (1)	180 (1)	241 (7)	10 (1)	124 (4)	250 (7)	160 (7)

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utes (Serviço / Respostas; Grupos de Autoajuda; Terapias)

Estruturas de base comunitária - Apoio Sócio Ocupacional e Residencial												
	Fórum sócio ocupacional	Unidade Vida Protegida	Unidade Vida Autónoma	Unidade Vida Apoiada	Residências de treino de autonomia	Residências autónomas de saúde mental	Residências de apoio máximo	Unidades sócio ocupacionais	Equipas de apoio domiciliário	Comunidade de inserção	Comunidade terapêutica	Centro de atividades ocupacionais
Nº entidades	2	--	3	--	--	--	2	3	8	--	2 ²⁸	8
Nº Utes	160 (2)	--	9 (3)	--	--	--	89 (2)	12 (3)	128 (8)	--	31(1)	243 (8)

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utes (Estruturas de base comunitária - Apoio Sócio Ocupacional e Residencial)

	Apoio à integração no mercado de trabalho			Respostas comunitárias			Respostas na saúde	
	Formação Profissional	Apoio à Colocação	Emprego Apoiado	Atendimento/Acompanhamento	Projetos Locais de intervenção comunitária	Outra	Consultas/Especialidades	
						SAPA	DLBC ²⁹	
Nº entidades	10	11	7	7	3	1	1	8
Nº Utes	237 (10)	1608 (11)	36 (7)	280 (5)	301 (2)	8	-- ³⁰	23023 (6)

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utes (Apoio à integração no mercado de trabalho; Respostas Comunitárias e na Saúde)

²⁸ Uma entidade refere ser possível o encaminhamento para comunidades terapêuticas.

²⁹ Apoio ao Empreendedorismo – DLBC – Desenvolvimento Local de Base Comunitária (Rural e Costeira)

³⁰ Protocolo com o IEFP como equipa técnica de apoio à criação e consolidação de projetos para pessoas desempregadas criarem o próprio emprego.

Outro tipo de respostas											
	Centro de Dia	Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI)	Associação de Paralisia Cerebral (APC)	Creche / Jardim de Infância / ATL	UCCI - Santa Casa da Misericórdia	Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)	Centro de Alojamento	Promoção de Competências Parentais (grupo / individual)	Residência Jorge Marques	Acompanhamento Beneficiário RSI	Centro de Convívio
Nº entidades	20	8	2	6	1	3	1	1	1	3	1
Nº Utentes	729	795	7	319	65	241	20	--	44	681	15

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utentes (Outro tipo de respostas)

Outro tipo de respostas								
	Lar Residencial	Universidade Sénior	Cantina Social	ULDMG	IAOE	Loja Social	Centro Infantil	Centro de Acolhimento Temporário
Nº entidades	2	1	2	1	1	1	1	1
Nº Utentes	31	15	25	20	2	--	--	21

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utentes (Outro tipo de respostas)

Identificamos no Alentejo Litoral uma diversidade de respostas em Saúde Mental, que não se encontram distribuídas de forma equivalente nos diferentes concelhos, seja no tipo de resposta, seja no número de entidades que as promove ou de utentes que delas beneficiam (ver relatórios dos territórios).

Não estão disponíveis dados sobre o número de utentes para algumas das tipologias de resposta identificadas por algumas das entidades.

Relativamente à tipologia “Serviços / Respostas” identificamos: a resposta “Serviço de Atendimento, Avaliação” em 17 entidades, dando 16 delas resposta a uma total de 1.808 utentes; a resposta “Apoio domiciliário” em 26 entidades, dando 24 delas resposta a um total de 1.120 utentes; a resposta “Ações de Divulgação / Sensibilização” em 8 entidades, dando 5 delas resposta a um total de 2.119 utentes; a resposta “Formação para Técnicos” em 6 entidades, dando 4 delas resposta a 607 utentes; a resposta “Intervenção Precoce” em 5 entidades, que no seu conjunto, respondem a um total de 287 utentes.

Relativamente aos “Grupos de Autoajuda” “Direcionados para os utilizadores” identificamos uma entidade que responde a 5 utentes e aos “Grupos de Autoajuda” “Direcionados para as famílias” identificamos 2 entidades, dando uma delas resposta a 180 utentes.

Quanto à tipologia “Terapias”, identificamos: terapias de “Grupo para os Utentes” em 8 entidades, dando 7 delas, resposta a 241 utentes; terapias de “Grupo para os Familiares” em 3 entidades, dando uma delas, resposta a 10 familiares: “Programa(s) de reabilitação cognitiva” em 6 entidades, dando 4 delas resposta a 124 utentes; “Programa(s) de recuperação psicossocial” em 8 entidades, dando 7 delas resposta a 250 utentes; e “Apoio na integração social” em 9 entidades dando 7 destas resposta a 160 utentes.

Relativamente às “Estruturas de Base Comunitária – Apoio Sócio Ocupacional e Residencial” identificamos as seguintes respostas: o “Fórum sócio ocupacional” em 2 entidades que dão no seu conjunto resposta a 160 utentes; a “Unidade de Vida Autónoma” em 3 entidades que dão resposta a um total de 9 utentes; as “ Residências de Apoio Máximo” em 2 entidades que dão apoio a um total de 89 utentes; a “Unidades sócio ocupacionais” em 3 entidades que dão resposta a 12 utentes; as “Equipas de apoio domiciliário” em 8 entidades que dão no seu conjunto resposta a um total de 128 utentes; a “Comunidade Terapêutica” que é referida por 2 entidades dando uma delas resposta a 31 utentes e outra indica a “possibilidade de encaminhamento para comunidades terapêuticas”; o “Centro de atividades ocupacionais” em 8 entidades, que dão resposta a um total de 243 utentes.

Quanto ao “Apoio a Integração no Mercado de Trabalho” identificamos: a “Formação profissional” em 10 entidades que dão resposta a 237 utentes; o “Apoio à colocação” em 11 entidades, que dão resposta a um total de 1.608 utentes; e o “Emprego Apoiado” 7 entidades, que dão resposta a um total de 36 utentes.

No âmbito das “Respostas Comunitárias” encontramos: “Atendimento / Acompanhamento” em 7 entidades, dando 5 delas resposta a um total de 280 utentes; “Projetos Locais de intervenção comunitária” em 3 entidades, dando 2 delas resposta a 301 utentes; e “Outras Respostas Comunitárias” referidos por 2 entidades, uma delas dando resposta a 8 utentes (SAPA) e outra, sem identificar o número de utentes, referindo-se ao projeto “Apoio ao Empreendedorismo - DLBC - Desenvolvimento Local de Base Comunitária (Rural e Costeira)” desenvolvido em protocolo com o IEFP (como equipa técnica) de apoio à criação e consolidação de projetos para pessoas desempregadas criarem o próprio emprego.

Nas “Respostas na Saúde” são identificadas “Consultas / Especialidades” por 8 entidades, totalizando 6 delas, consultas a 23.023 utentes (integra as consultas realizadas na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano a 22.861 utentes).

Para além da tipologia de repostas proposta no Questionário B foram identificadas os seguintes “Outro tipo de repostas”: “Centro de Dia” identificada por 20 entidades que respondem a 729 utentes; “Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI)” identificadas por 8 entidades que respondem a 795 utentes; “Associação de Paralisia Cerebral” identificada por 2 entidades que referem a resposta a um total de 7 utentes; “Creche/ Jardim de Infância/ ATL” identificada por 6 entidades que respondem a um total de 319 crianças e jovens; “UCCI – Santa Casa da Misericórdia” que responde a 65 utentes; “Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)” identificada por 3 entidades que respondem a 241 utentes; “Centro e Alojamento” identificada por uma entidade que responde a 20 utentes; “Promoção de Competências Parentais” identificada por uma entidade sem que fosse referido o número de utentes envolvidos; “Residência Jorge Marques” que dá resposta a 44

utentes; “Acompanhamento de Beneficiários do RSI” identificada por 3 entidades que acompanham 681 beneficiários; “Centro de Convívio” identificado por uma entidade de responde a 15 utentes; “Lar Residencial” identificada por 2 entidades que respondem a 31 utentes; “Universidade Sénior” identificada por uma entidade que responde a 15 idosos; “Cantina Social” identificada por 2 entidades que dão resposta a 25 utentes; “ULDMG” que dá resposta a 20 utentes; “IAOE” que dá resposta a 2 utentes; “Centro de Acolhimento Temporário” identificado por uma entidade que dá resposta a 21 utentes; “Loja Social” identificada por uma entidade e “Centro Infantil” identificada também por uma entidade, ambas sem referência ao número de utentes.

As tipologias de resposta presentes num maior número de entidades respondentes do Alentejo Litoral são o “Apoio Domiciliário” (26 entidades) e o “Centro de Dia” (20 entidades).

As tipologias de resposta que afetam um maior número de utentes são, por ordem decrescente: as “Consultas/ Especialidades” (23.023 utentes), as “Ações de Divulgação/ Sensibilização” (2.119 utentes), o “Serviço de Atendimento, Avaliação” (1.808 utentes) e o “Apoio à Colocação” no âmbito do “Apoio à Integração no Mercado de Trabalho” (1.608 utentes). Surgem de seguida o “Apoio Domiciliário” com 1.120 utentes, as Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) com 795 utentes e o “Centro de Dia” com 729 utentes.

Admitimos a possibilidade de um número residual de utentes identificados em algumas destas respostas incluírem cidadãos de outros concelhos que não do Litoral Alentejano, dado que existem entidades sediadas no território que respondem a um população que reside além deste, em alguns casos, de âmbito nacional. De igual forma admitimos a possibilidade de um mesmo utente poder ser identificado em diferentes tipologias de resposta, prestadas, por uma ou mais das entidades respondentes.

4. Áreas de intervenção e grupos-alvo considerados prioritários

A resposta requeria o estabelecimento de prioridades num universo de opções dadas, com pontuação 1 (mais prioritário), 2 (prioritário) e 3 (menos prioritário), bem como a possibilidade de inclusão de outra(s) Área(s) / Grupo(s)-Alvo, considerados prioritários, aos quais atribuíram igualmente o respetivo grau de prioridade.

- a. Quais as áreas consideradas mais prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental pelas entidades respondentes?

Constatamos pelos dados, graficamente apresentados, que as áreas de intervenção consideradas de maior prioridade no âmbito da Promoção da Saúde Mental são: a área da “Saúde” e a área da “Ação Social”. Com relevância também nos dados temos as áreas da “Formação” e da “Educação” se as considerarmos em conjunto. Note-se que a área da “Saúde” foi a referida com maior frequência como “A Mais Prioritária” (27 entidades) e esteve entre as que mais vezes foi referida como “Prioritária” (10 entidades).

Por fim refira-se que, para além das áreas prioritárias previstas no questionário, foram propostas, por 5 entidades, “Outras” áreas prioritárias a ser consideradas no âmbito da Promoção da Saúde Mental. Uma das

entidades indicou a área “Reabilitação” considerando-a como “A mais prioritária”; outra indicou o “Lazer” considerando-o “A menos prioritária”. A área “Atividades Ocupacionais” foi ainda indicada por 3 entidades, considerando-a duas delas com “Prioritária” e uma com “A mais prioritária”.

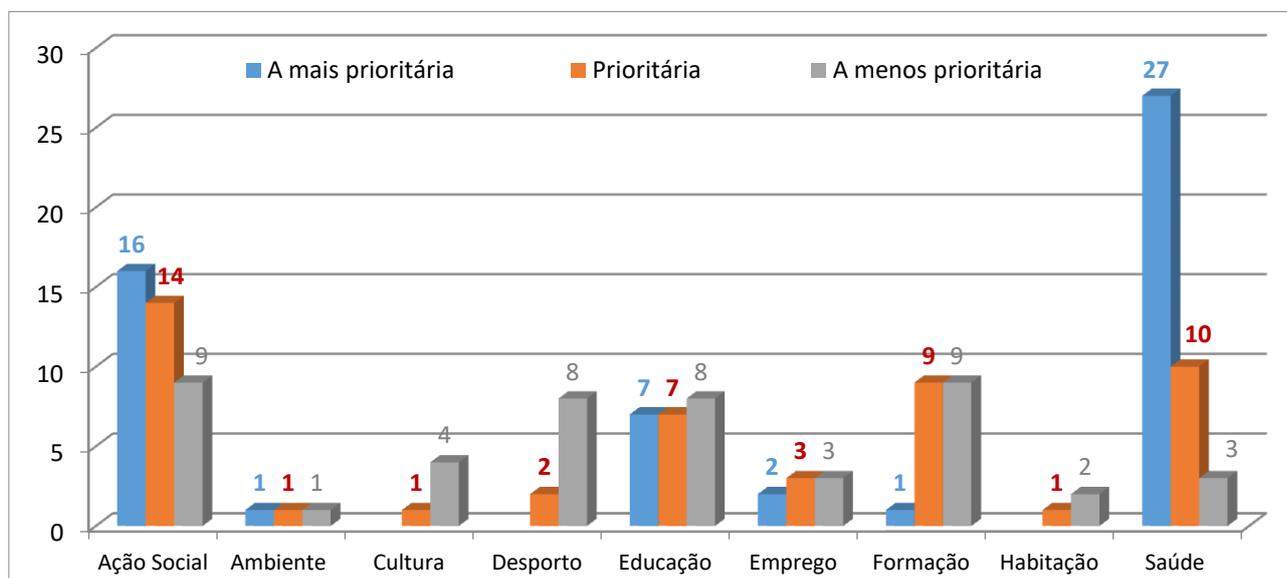


Figura 1 – Áreas prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental

b. Que grupos-alvo são considerados prioritários?

Quanto aos grupos-alvo considerados de maior prioridade para intervenção de promoção de saúde mental aparece, em primeiro lugar, o das “Pessoas Idosas” seguindo-se-lhe o das “Crianças e Jovens” e dos “Grupos Vulneráveis”.

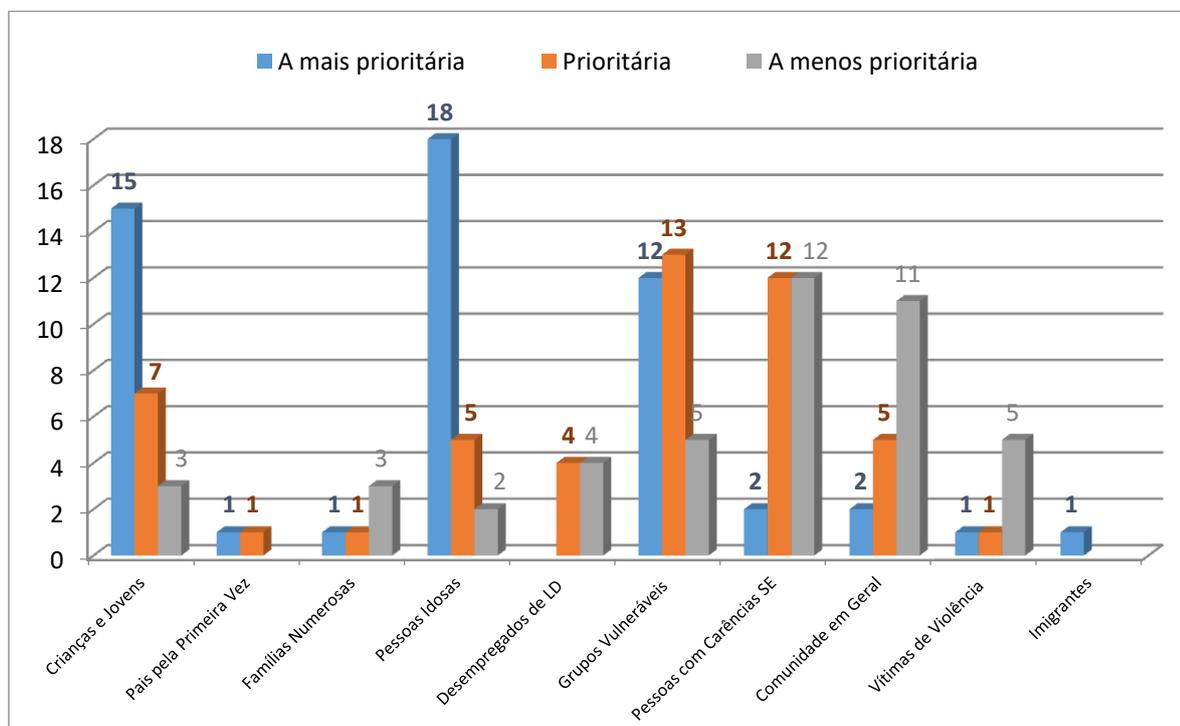


Figura 2 – Grupos-alvo prioritários no âmbito da promoção da saúde mental

Foram sugeridos como “Outro(s)” grupo(s)-alvo prioritário(s) a considerar: “Famílias”, referida por 3 entidades, atribuindo-lhe uma delas o grau de “A menos prioritária”, outra a de “Prioritária” e a outra de “A mais prioritária”; “Pais e outros familiares”, referida por uma entidade, que lhe atribuiu o grau de “Prioritária”; “Colaboradores da Instituição”, referida por uma entidade, que lhe atribuiu o grau de “Prioritária”; e “Profissionais que trabalham com a população idosa”, referida por uma entidade, que lhe atribuiu o grau de “A mais prioritária”.

5. Identificação dos recursos necessários considerados mais importantes para intervir na área da saúde mental

A questão apresentava-se sob a forma de um quadro de respostas, no qual, para cada item referente a Recursos Humanos, Recursos Materiais, ou Recursos Financeiros, a entidade inquirida dispunha de uma escala de *Likert*, de 4 pontos (muito necessário, necessário, desnecessário, muito desnecessário).

Também aqui se colocou a possibilidade de inclusão de outros recursos tidos por necessários, sobre os quais a entidade aplicaria igualmente a escala de *Likert*.

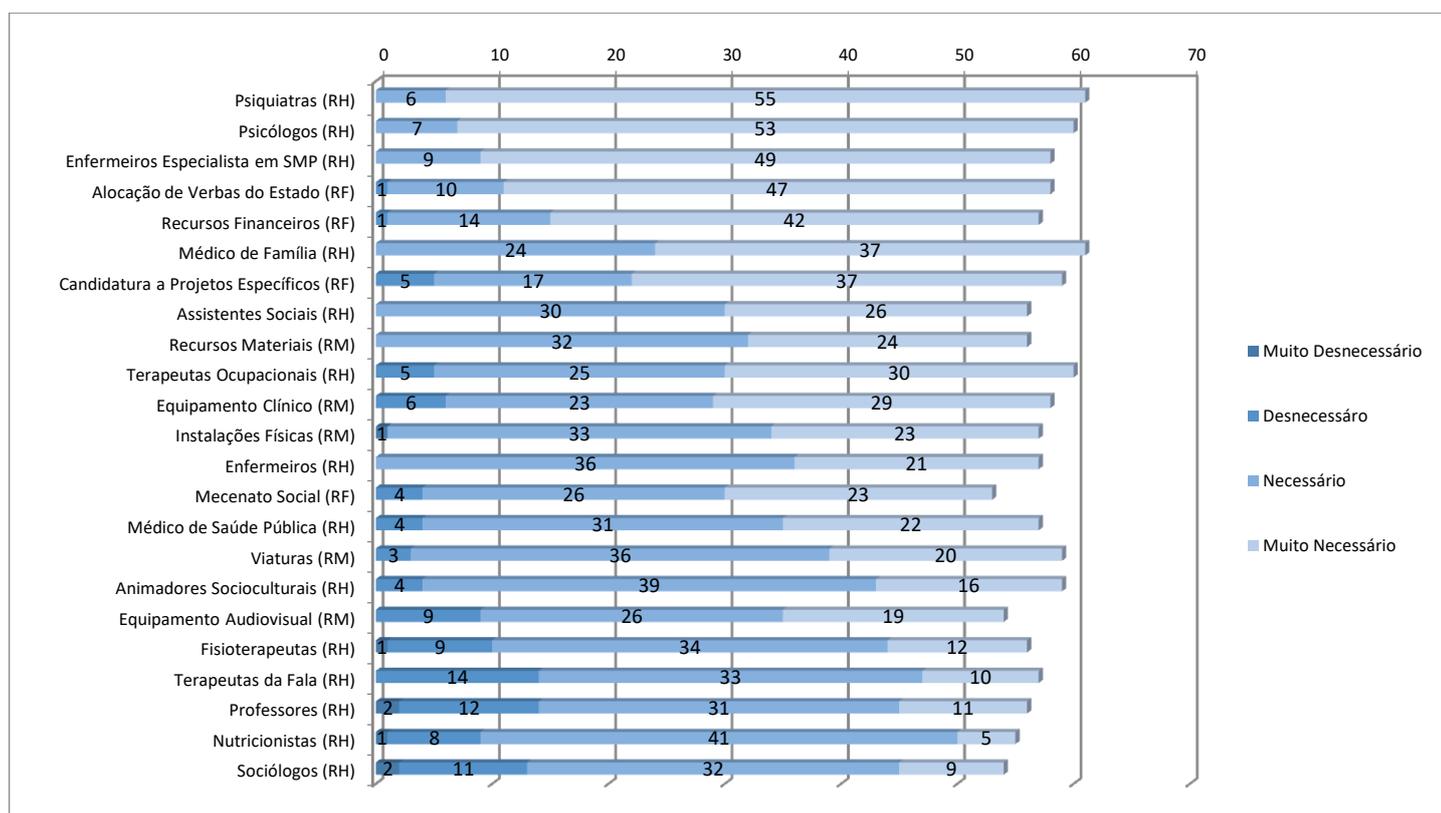


Figura 3 – Recursos considerados necessários para a promoção da saúde mental

Considerando os dados graficamente apresentados, constatamos que de entre os recursos tidos por mais necessários para a intervenção na Promoção de Saúde Mental surgem, à cabeça, os Recursos Humanos (RH), com destaque para os “Psiquiatras” (considerados como “muito necessários” por 55 entidades e como “necessários” por 6 entidades), os “Psicólogos” (considerados como “muito necessários” por 53 entidades e como “necessários” por 7 entidades), e os “Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de

Saúde Mental e Psiquiátrica” (considerados como “muito necessários” por 49 entidades e como “necessários” por 9 entidades).

Seguem-se os Recursos Financeiros (RF) com a “Alocação de Verbas do Estado” (considerada como “muito necessária” por 47 entidades e como “necessária” por 10 entidades), os “Recursos Financeiros” (considerados como “muito necessários” por 42 entidades e como “necessário” por 14 entidades), e a “Candidatura a Projetos Específicos” (considerada como “muito necessária” por 37 entidades, como “necessária” por 17 entidades mas igualmente como “desnecessária” por 5 entidades).

Os Recursos Materiais (RM) surgem depois sendo de entre estes tipos como mais necessários os “Recursos Materiais” (considerados como “muito necessários” por 24 entidades e “necessários” por 32 entidades), “Equipamentos Clínicos” (considerados como “muito necessários” por 29 entidades e como “necessários” por 23 entidades), e “Instalações Físicas” (consideradas como “muito necessárias” por 23 entidades e como “necessárias” por 33 entidades).

De referir ainda que a taxa de reposta foi diferente de item para item.

Quanto a “Outros” recursos tidos por “muito necessários” foram indicados: “Mediadores de Conflitos”; “Profissionais de Exercício Físico”; “Testes Psicológicos”; “Programas de Intervenção em Saúde Mental” e “Materiais Didáticos”.

6. Competências prioritárias na promoção da saúde mental

Esta questão apresentava-se também sob a forma de um quadro de respostas.

Para cada um dos 21 itens referentes a afirmações de competência, a entidade inquirida dispunha de uma escala de *Likert*, de 4 pontos (nada necessária, pouco necessária, necessária, muito necessário).

“Trabalhar em Equipa”, “Identificar Necessidades / Sinais de alerta”, “Conhecer os Princípios da Promoção da Saúde Mental” e “Encaminhar para as respostas existentes”, foram as competências tidas por mais necessárias para a Promoção em Saúde Mental.

O Perfil de competências mais necessário para a abordagem em Promoção da Saúde Mental remete assim, por um lado, para um profissional habilitado para o trabalho em equipa e em rede, e, por outro, para alguém capaz de identificar e diagnosticar necessidades e problemas em Saúde Mental bem como proceder ao seu encaminhamento para respostas existentes.

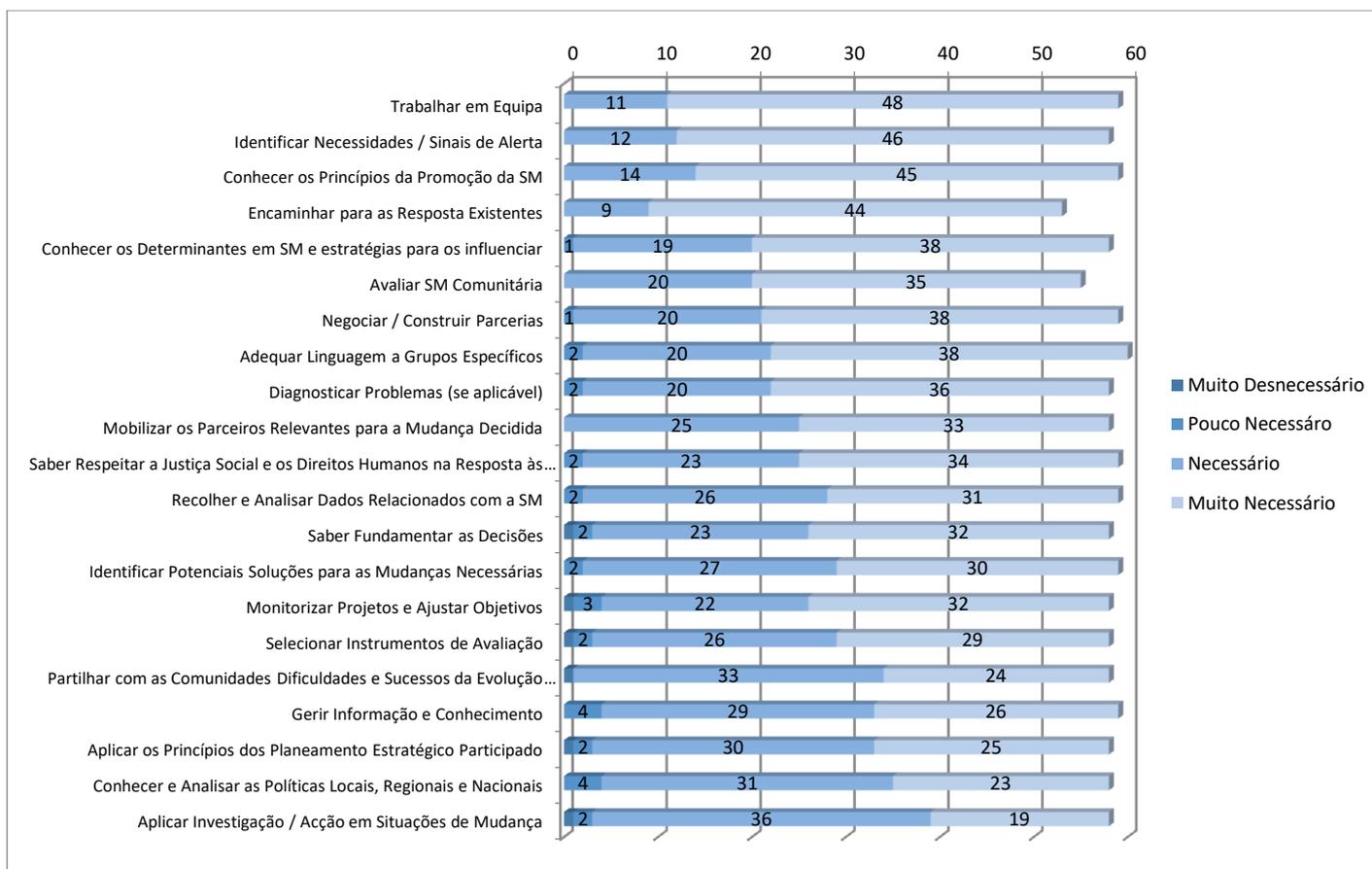


Figura 4 – Competências consideradas necessárias para a promoção da saúde mental

7. Pertença a Redes

O questionário interrogava sobre a pertença à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), à Rede de Cidades Saudáveis (RCS), à Rede de Cidades Educadoras (RCE) e à Rede Social (RS) e se a articulação com a Rede Social funcionaria ou não numa perspetiva de promoção da Saúde Mental.

Em caso de pertencerem a uma Rede, solicitava-se a identificação de 3 pontos fortes e 3 pontos fracos dessa Rede.

De acordo com as respostas dadas (Quadros 5, 7 e 9), 5 entidades pertencem à RNCCI, 4 entidades pertence à RCE e uma entidade pertence à RCS. No Quadro 6 relativo os pontos fortes e fracos do funcionamento da RNCCI, listam-se as unidades de significado e sua frequência de enumeração.

	n ^o	%
Sim	5	8,33
Não	53	88,33
Não Respondeu	2	3,33
N	60	100,00

Quadro 5 – Pertença à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

	Pontos fortes		Pontos fracos	
RNCCI	• Respostas eficazes	1	• Falta / Insuficiente Resposta	2
	• Qualidade dos serviços prestados	1	• Adequação das Sinalizações	1
	• Apoio à família	1	• Tempo de espera para ingresso na Rede	2
	• Diferenciação de cuidados	1	• Escassez de Recursos Humanos	1
	• Aumentos de respostas na saúde	1	• Vagas Insuficientes	1
	• Trabalho de equipa multiprofissional e interprofissional	2	• Ajudas técnicas insuficientes	1
	• Disponibilidade	1	• Processo de referenciação	1
	• Proximidade com o utente família	1	• Insuficiência de respostas de continuidade	2
	• Parceria	1	• Tempo de intervenção das técnicas	1
	• Equidade no acesso à RNCCI	1		
	• Cuidados individualizados e Humanizados	1		

Quadro 6 – Pontos fortes e pontos fracos do funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Quanto à RNCCI o ponto forte que reúne mais consenso é o da possibilidade e valor do Trabalho de equipa multiprofissional e interprofissional. Saliente-se quanto aos pontos fracos da RNCCI a Falta / Insuficiente resposta da Rede, quer numa perspetiva de acesso / ingresso (tempos de espera), quer nas respostas de continuidade na Rede.

No Quadro 7 relativo os pontos fortes e fracos do funcionamento da RCE, listam-se as unidades de significado e sua frequência de enumeração.

	nº	%
Sim	4	6,15
Não	55	84,62
Não Respondeu	6	9,23
N	65	100,00

Quadro 7 – Pertença à Rede das Cidades Educadoras

	Pontos fortes		Pontos fracos	
RCE	• Partilha de experiências	1	• Pouca divulgação do trabalho realizado	1
	• Trabalho de proximidade	2	• Rede muito fechada em si mesma	1
	• Abordagem integrada e abrangente das questões	1	• Fraca periodicidade de formação e ação no tempo	1
	• Responsabilidade Educativa	1	• Transportes inexistentes	1
	• Corresponsabilidade	1	• Articulação difícil	1
	• Confluência de objetivo	1	• Isolamento dos públicos	1
	• Articulação de estratégias	1		
	• Fomentar a participação cívica	1		

Quadro 8 – Pontos fortes e pontos fracos do funcionamento da Rede das Cidades Educadoras

A única entidade pertencente à Rede das Cidades Saudáveis (um dos municípios) encontrava-se à data do questionário a formalizar o processo de adesão à Rede pelo que não tinha experiência de participação que lhe permitisse responder quanto à sua perceção dos pontos fortes e fracos de funcionamento da Rede bem com da forma como a articulação na rede funcionaria ou não numa perspetiva de Promoção da Saúde Mental (Figura 5).

	nº	%
Sim	1	1,54
Não	61	93,85
Não Respondeu	3	4,62
N	65	100,00

Quadro 9 – Pertença à Rede das Cidades Saudáveis

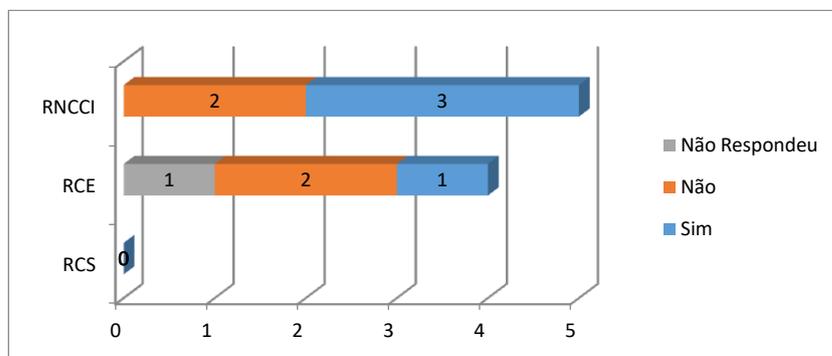


Figura 5 – Percepção sobre a articulação das Redes e a Promoção da Saúde Mental

Quanto à forma como a articulação na RNCCI e na RCE funciona numa perspetiva de Promoção da Saúde Mental, vemos na Figura 5 que 3 das cinco entidades que integram a RNCCI consideram que sim, que a articulação nesta rede funciona numa perspetiva de Promoção da Saúde Mental e 2 entidades consideram que não. Relativamente à RCE, das 4 entidades que pertencem à rede uma não respondeu a esta questão, duas consideram a articulação na rede não funciona numa perspetiva de Promoção da Saúde Mental e uma considera que sim.

Relativamente à Rede Social e considerando as 65 entidades respondentes aos questionários A e B, 40 considera que a articulação na Rede Social funciona numa perspetiva de Promoção da Saúde Mental, 19 entidades consideram que não e 6 entidades não responderam a esta questão.

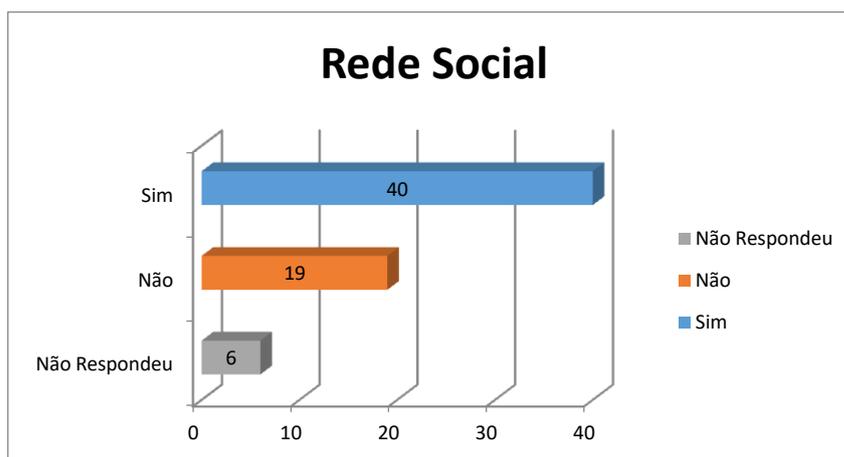


Figura 6 – Percepção sobre a articulação da Rede Social e a Promoção da Saúde Mental

Relativamente aos pontos fortes e fracos do funcionamento a Rede Social no Concelho, analisado o respetivo conteúdo, listam-se, no Quaro 10, as unidades de significado e sua frequência de enumeração.

	Pontos fortes	Pontos fracos		
Rede Social	• Articulação interinstitucional	11	• Pouca participação das entidades	8
	• Parceira	10	• Fraca adesão dos parceiros (3)/ Fraca adesão dos parceiros ao CLAS	6
	• Diagnóstico participativo / atualizado do Concelho	9	• Extensão do território	5
	• Partilha de informação	8	• Falta de Recursos Financeiros	5
	• Partilha / Disponibilidade/ Rentabilização de recursos	6	• Recursos humanos escassos / Falta de Técnicos Especializados	5
	• Planeamento / Trabalho em rede	6	• Inação da REDE / Desinvestimento / desinteresse	4
	• Participação das entidades / Dinamismo	6	• Inexistência de respostas em Saúde Mental	3
	• Proximidade entre as Instituições	6	• Dificuldades nos transportes	3
	• Criação / Dinâmica de Comissões e Grupos de Trabalho	5	• Capacidade / recursos / vagas inferior(es) às necessidades	3
	• Conhecimento do projeto / da realidade	5	• Elevado número de entidades / parceiros	3
	• Resolução de Problemas / Encaminhamento	5	• Falta de articulação / intercomunicação / envolvimento entre parceiros	3
	• Trabalho em equipa	4	• Pouca disponibilidade (dos técnicos)	2
	• Meios de divulgação de projetos, de parcerias locais e supramunicipais	4	• Escassez de recursos	2
	• Partilha de Projetos	2	• Isolamento	2
	• Grupo de trabalho multidisciplinar	2	• Falta de Recursos Materiais	2
	• Planificação de estratégias de intervenção social local	2	• Falta de atividades em prol do público-alvo / Morosidade nas decisões	2
	• Intervenção integrada / Atividades concertadas	2	• Diversidade dos problemas / multiplicidade dos casos	2
	• Identificação / análise de problemas comuns	2	• Pouca frequência das reuniões	2
	• Sinergias	1	• Sobrecarga de trabalho por parte dos representantes que origina absentismo na participação das reuniões	1
	• Rede motivada	1	• Funcionamento deficiente da rede, por absentismo dos parceiros	1
	• Qualidade das respostas	1	• As entidades não vêm o CLAS como um organismo potenciador ao seu desenvolvimento	1
	• Eficácia / Eficiência / Rapidez das Respostas	1	• Lacunas a nível dos recursos e competências para o trabalho em rede	1
	• Abrangência nas áreas de atuação	1	• Igualdade de oportunidades entre interior e o litoral do concelho	1
	• Participação nas prioridades de SM	1	• Reduzidos projetos para candidaturas a financiamentos e apoios	1
	• Organização Local	1	• Pouca Formação	1
	• Desenvolvimento da Comunidade	1	• Ausência de respostas em determinadas áreas	1
	• Promoção do desenvolvimento social local	1	• Adaptação horária	1
	• Coesão	1	• Falta de priorização de problemáticas de saúde mental	1
	• Quebra do Isolamento	1	• Ausência de uma equipa da Rede (diversas áreas de intervenção), para resposta conjunta a situações de emergência social, com protocolo de atuação	1
	• Alguma Concertação Social	1	• Trabalho individualizado das instituições	1
• Concertação de Candidaturas	1	• Fraca valorização do trabalho e rede	1	
• Banco de voluntariado	1	• Falta de dinamismo e liderança (especialmente da administração central)	1	
		• Descrédito	1	
		• O sentimento de pertença à rede ainda não é generalizado	1	
		• Fraca divulgação	1	
		• Resistência à mudança	1	

Quadro 10 – Pontos fortes e pontos fracos do funcionamento da Rede Social

Quanto à Rede Social, saliente-se como pontos fortes que reuniram maior consenso: a "Articulação interinstitucional" (11) e a "Parceira" (10), cuja importância se reconhece ao nível da "Partilha de informação" (8), do "Diagnóstico participativo / atualizado do Concelho" (9), do "Planeamento / Trabalho em rede" (6) e da "Partilha / Disponibilidade/ Rentabilização de recursos" (6).

Se, por um lado, são considerados também como pontos fortes da Rede Social a "Proximidade entre as Instituições" (6) e sua "Participação" na rede (6) e "Dinamismo" da Rede (6), por outro, de entre os pontos fracos, o que foi mais referido foi o da "pouca participação das entidades" (8). A "Extensão do território" (5), a "Falta de Recursos Financeiros" (5), os "Recursos Humanos escassos / Falta de técnicos especializados" (5) estão entre outros dos pontos fracos da Rede Social mais referidos, assim como a "falta de articulação / intercomunicação / envolvimento dos parceiros" (4). Notamos, ainda com referência a pontos fracos da Rede Social a "ausência de respostas em determinadas áreas" (1), a "inexistência de respostas em saúde mental" (3) e a "falta de priorização de problemáticas de saúde mental" (1).

8. Articulação com o Setor da Saúde

Relativamente à questão da articulação com o Setor da Saúde, além de inquirir sobre a existência ou não dessa articulação, solicitava resposta quanto ao grau de interação da entidade, com uma lista definida de estruturas do Setor da Saúde.

a. Há articulação com o setor da saúde?

Quanto à existência de articulação das entidades inquiridas com o Setor da Saúde, 56 indicaram que sim (86,2%), 5 indicaram que não (7,7%) e 4 não responderam (6%).

Articulação com o Setor da Saúde	nº	%
Sim	56	86,15
Não	5	7,69
Não Respondeu	4	6,15
	N 65	100,00

Quadro 11 – Articulação com o Setor da Saúde

b. Grau de Interação com estruturas do Setor da Saúde?

Os "Centros de Saúde", as "Instituições Particulares de Solidariedade Social IPSSs", os "Hospitais" e as "Misericórdias" estão entre as instituições do Setor da Saúde com as quais as entidades respondentes do Alentejo Litoral interagem mais (Figura 7).

Note-se que as estruturas de âmbito nacional como "Direção Geral de Saúde - DGS", o "Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)" e com o "Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – INSA", estão entre as instituições do setor da saúde com as quais existe menos interação no universo das entidades respondentes.

A Interação com instituições privadas do Setor da Saúde tem maior relevância em determinados concelhos do Alentejo Litoral.

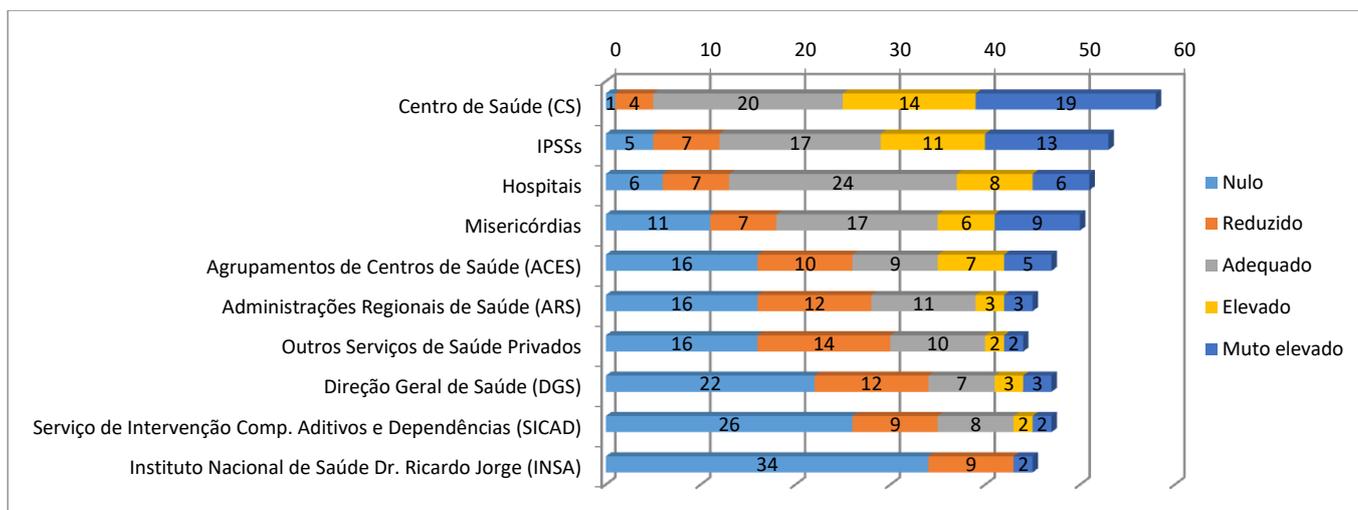


Figura 7 – Grau de Interação com estruturas do Setor da Saúde

9. Projetos existentes em saúde mental

Da análise das respostas fornecidas em cada concelho, constata-se a existência dos seguintes projetos:

- Projetos Terapêuticos de Grupo – Do universo de 60 entidades respondente ao questionário B, 23 entidades (38%) não responderam a esta questão, 28 entidades (47%) referiram não ter nenhum projeto de grupo. Foram identificadas 9 entidades (15%) com Projetos Terapêuticos de Grupo, compreendendo estas, referência a um total de 14 projetos, onde se incluem os seguintes: Projeto(s) desenvolvido(s) na(s) área(s) da ansiedade, depressão, consumos; Projeto desenvolvido em parceria com a unidade de cuidados na comunidade no domínio da Reabilitação Cognitiva e Física; Fórum Ocupacional; Grupo Terapêutico; Oficina de Reabilitação Cognitiva; Terapia Snoezelen de grupo e individual; Projeto desenvolvido em parceria com a Universidade Sénior; Hidroginástica; Movimento Geriátrico; Programa de Educação Sexual; Programa de Educação Social; Reabilitação Psicomotora; Grupo de Expressão Dramática; Grupo de auto-representantes; Psicodrama.

- Projetos Terapêuticos Dirigidos à Pessoa com Deficiência Intelectual - Do universo de 60 entidades respondente ao questionário B, 37 entidades (62%) não responderam a esta questão, 16 entidades (26%) referiram não ter nenhum projeto. Foram identificadas 7 entidades (12%) com Projetos Terapêuticos Dirigidos à Pessoa com Deficiência Intelectual, compreendendo estas, referência a um total de 17 projetos, onde se incluem os seguintes: “Juntos aprendemos”; Arteterapia; Emprego Acompanhado; Hidroginástica; Movimento Geriátrico; Programa de Educação Sexual; Reabilitação Psicomotora; Grupo de auto-representantes; grupo de expressão dramática; Programa de educação social; Programas de desenvolvimento pessoal e social para

peças portadoras de deficiência - "Eu e os outros" e "Ser...+"; "Trissomia 21"; "Paralisia Cerebral"; para além dos Projetos Individuais.

- Projetos Para Pessoas Portadoras de Doença Mental Grave - Do universo de 60 entidades respondente ao questionário B, 37 entidades (62%) não responderam a esta questão, 18 entidades (30%) referiram não ter nenhum projeto. Foram identificadas 5 entidades (8%) com Projetos para pessoas portadoras de doença mental grave, compreendendo estas, referência a um total de 10 projetos, onde se incluem os seguintes: Hidroginástica; Movimento Geriátrico; Programa de Educação Sexual; Programa de educação social; Reabilitação Psicomotora; Grupo de auto-representantes; grupo de expressão dramática; Projeto no âmbito da Prevenção do Suicídio; Prevenção do suicídio num projeto europeu ("*I fight depression*").

Note-se que os mesmos seguintes projetos: "Hidroginástica"; "Movimento Geriátrico"; "Programa de Educação Social"; "Reabilitação Psico-Motora"; "Grupo de auto-representantes"; "Grupo de Expressão Dramática" são apontados, por uma das entidades respondentes, como "projetos terapêuticos de grupo", dirigidos a "Pessoas com Deficiência Intelectual" e a "Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves".

Foram identificados os seguintes "Outros Projetos": o projeto "Proativa-te" dirigido a jovens; o projeto "Localidades"; o projeto "Rede Continuada" de dimensão nacional da Liga dos Combatentes; projeto de Apoio Judicial, Social e Psicológico aos Combatentes; o projeto de construção de um complexo social para Idosos; Estrutura Residencial para Idosos; "Horta Terapêutica"; Parceria com APF Alentejo - sessões de aconselhamento saúde sexual reprodutiva, rastreios (VIH), distribuição material contraceção; a parceria da(s) Autarquia(s) com o Projeto EUTIMIA; projetos na área do Consumo de Substâncias e na área das Demências (em fase de implementação); "Unidade Móvel" dirigido a idosos isolados; "Unidade Móvel" dirigida ao acompanhamento de pessoas com doença mental após alta; "A vida em Relíquias"; "Notícias de nossa casa"; "Uma mão Amiga". Das entidades que pertencem à RNCCI, uma identificou projetos/iniciativas que foram desenvolvidas pela organização - Voluntariado, Musicoterapia, Comemoração de datas festivas, Passeios, Elaboração de exposições temáticas, Atividades de estimulação em grupo, Jogos tradicionais, Horta pedagógica e Próbem - Programa de promoção do bem-estar na 3ª idade.

10. Que entidades participam de forma transversal no processo de ajuda de pessoas com necessidades em saúde mental?

No relatório de cada concelho estão identificadas localmente as entidades que participam de forma transversal nos processos de ajuda às pessoas com necessidades em saúde mental. Genericamente: o Instituto de Segurança Social IP – Centro Distrital de Setúbal e Centro Distrital de Beja, os Núcleos Locais de Inserção (NLI), os Núcleos de Intervenção Social (NIS); Rede Local de Intervenção Social (RLIS); Comando Territorial da Guarda Nacional Republicana (GNR); Estabelecimento Prisional de Odemira; Comissão de

Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ); Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) – Núcleo de Supervisão Técnica do Distrito de Beja / Equipa local de Intervenção de Odemira.

11. Necessidades em saúde mental identificadas pelas entidades

No relatório de cada concelho estão identificadas as respostas existentes, bem com as consideradas necessárias em falta.

O que aqui se apresenta de seguida (Quadro 12) é uma síntese, reanalisada, das necessidades e respostas que faltam, de acordo com as entidades. No global, as entidades referiram como principais problemas:

- O défice de recursos humanos sobretudo especializados na área da Saúde Mental;
- Ausência e/ou carência de respostas sociais e em saúde específicas/especializadas em Saúde Mental, quer a nível de internamento, quer no ambulatório, apoio domiciliário ou ocupacional. É feita referência a necessidades específicas na área da Pedopsiquiatria.
- A implementação do Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro, que cria a rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, é apontada por uma entidade, como medida potencialmente favorecedora à suplantação da carência de respostas de apoio domiciliário, sócio – ocupacionais e de internamento / unidades residenciais em Saúde Mental.

Entre as necessidades mais referidas, estão:

- As decorrentes da ausência / carência de respostas específicas, sociais e em saúde, na Área de Saúde Mental;
- A necessidade de estruturas / recursos em saúde mental que garantam uma cobertura, local, nas 24 horas;
- A necessidade de reforço no acompanhamento e apoio à pessoa e família da pessoa com doença / perturbação mental
- A necessidade de estruturas / equipas que permitam o melhor acompanhamento, ocupação e inserção da pessoa com patologia / alteração do foro mental.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	n
Respostas que faltam	Défice de Recursos Humanos (8)	“Mais Psicólogos, mais Psiquiatras (no SNS, neste concelho temos 1 psicólogo colocado no centro de saúde”.	1
		“Défice de profissionais”	2
		“Técnicos especializados da área da Saúde Mental nas respostas existentes”	1
		“absolutamente necessário mais um técnico de psicologia”	1
		Formação especializada de técnicos de intervenção social	1
		Médico na Unidade Móvel de Saúde	1
		Necessidade de profissionais especializados na área da Saúde Mental Infantil	1
	Internamentos na área de Saúde Mental (7)	“As respostas que não existem e seriam necessárias passam por respostas de internamento (...)”	2
		“Internamentos, quer pontuais, quer de longa duração”	
		“Faltam respostas de internamento”	3
		“respostas (...) de internamento (...) que poderiam ser implementadas com o Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro, referente aos cuidados continuados integrados em saúde mental.”	1
		“ Considero que deveria existir nesta zona uma Unidade de Internamento para situações mais difíceis (...)”.	1
	Consultas na área da Saúde Mental (4)	“Consultas na área da Saúde Mental”	1
		“...o reforço do número de consultas”	1
		Implantação de consultas de pedopsiquiatria	1
		“Este apoio (consulta de psiquiatria) é prestado pelo departamento de psiquiatria de Setúbal, (...), quinzenalmente, para o concelho de Santiago do Cacém, o que manifestamente é insuficiente”	1
	Saúde Ocupacional (4)	“As respostas que não existem e seriam necessárias passam (...) também ao nível ocupacional.”	1
		“inexistência de alternativas para ocupar os doentes no desempenho de tarefas adequadas ao seu perfil”	2
		“respostas ocupacionais (...) que poderiam ser implementadas com o Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro, referente aos cuidados continuados integrados em saúde mental.”	1
	Apoio comunitário / domiciliário na área da Saúde Mental (2)	“respostas (...) de serviço domiciliário (...) que poderiam ser implementadas com o Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro, referente aos cuidados continuados integrados em saúde mental.”	1
		Equipas de saúde comunitárias de saúde mental	1
Pedopsiquiatria (2)	“Particularmente (...) de um Serviço a nível de Pedopsiquiatria - avaliação e acompanhamento - localizado no Concelho.	1	
	Implantação de consultas de pedopsiquiatria	1	
Escassez de Orçamento Social (1)	“Os orçamentos são escassos a nível de apoio da segurança social”	1	
Necessidades	Respostas 24 horas (4)	“Necessidade urgente de uma resposta 24 horas”	1
		“Dificuldade no acompanhamento permanente e noturno”	1
		“Dificuldade de resposta do Serviço de apoio domiciliário - resposta Insuficiente à noite”	1
		“Aumento da capacidade de resposta nas valências da instituição”	1
	Lar (1)	“O lar é sem dúvida uma necessidade emergente de resposta social”	1
	Reforço do apoio familiar (4)	“Falta de suporte familiar ”	1
		Atendimento de proximidade e articulação da intervenção com os serviços de saúde mental, por forma a potenciar e melhor adequar o acompanhamento psicossocial e os apoios prestados aos indivíduos e famílias	1

	Criação de Gabinete de Apoio à Família	1
	"Falta de suporte familiar e/ou de redes de vizinhança"	1
Respostas Específicas (saúde e sociais) na área da Saúde Mental (7)	"(...) não há respostas disponíveis (...) específicas para a saúde mental, o mesmo acontece para as respostas sociais, No Concelho as respostas sociais que existem são para o público em geral".	1
	"(...) não existem no concelho respostas específicas para a saúde mental, nem sociais nem de saúde. Existem respostas sociais que são para o público em geral, ligadas aos idosos e à deficiência".	1
	"Criar uma resposta específica de apoio às pessoas com doença mental"	1
	"A necessidade de respostas de emergência dirigidas (...) (...) a doente do foro psiquiátrico, sem suporte familiar ou outro (...)".	1
	"Houve necessidade de recorrer a serviços particulares, especializados, para avaliação clínica urgente uma vez que o Serviço Nacional de Saúde não dava resposta atempada"	1
	em integração da pessoa com doença mental; consumo de substâncias	1
	respostas de apoio social na área da doença mental	1
Acompanhamento e Ocupação (5)	"Acompanhamento e intervenção com Públicos Vulneráveis (com défices de Competências Pessoais, Sociais e ou Profissionais)".	2
	Acompanhamento de proximidade das situações por equipas especializadas não só para prevenir agravamento da doença como de prevenção	1
	Acompanhamento de maior proximidade na área da Saúde Mental Infantil às crianças bem como as suas famílias	1
	Respostas de Ocupação para utentes com patologia diagnosticada	1
Reposta(s) da(s) REDE(s) (3)	"Maior celeridade no internamento na Rede Solidária (...) e em algumas Unidades da Rede de Cuidados Continuados Integrados."	1
	"Maior Colaboração das Instituições instaladas no Concelho"	1
	Ausência de rede de apoio domiciliário (garantir a toma da medicação e apoio nas atividades de vida diária)	1
Económicas (1)	"Cumprimento com os pagamentos dos apoios solicitados às instituições"	1
	"Dificuldades de acesso a consultas e/ou internamentos de psiquiatria"	1
	Emprego protegido	1
Formação (1)	De técnicos e voluntários em saúde mental	1

Quadro 12 – Síntese das Necessidades e Respostas que faltam

C. Síntese dos resultados

Quanto à **natureza das entidades** respondentes aos questionários A e B as Instituições Particulares de Solidariedade Social são a tipologia de entidades que se encontra mais representadas (52,3%) seguindo-se as Instituições públicas (29,2%) e por fim, as entidades de cariz privado (12,3%), sendo estas últimas, na sua grande maioria, entidades sem fins lucrativos (7 entidades).

O **público-alvo** "População Idosa" (16) é o mais referido entre as entidades estudadas, logo seguido do das "Crianças e Jovens" (14) e da "Comunidade e Geral / População" (13). Esta distribuição não é naturalmente alheias à missão das entidades respondentes a este estudo, onde encontramos desde entidades ligadas ao poder local e outras orientadas para resposta à comunidade e população de uma

forma geral, a entidades vocacionadas para reposta a públicos mais específicos e ao qual se associa condição de vulnerabilidade, seja ela ligada a circunstâncias naturais decorrentes do ciclo de vida (como as crianças e os idosos), seja resultante de circunstâncias diversas que colocaram o cidadão e sua família em condição de carência, dependência, ou doença. Lembremos que qualquer destas condições de vulnerabilidade comporta desafios específicos à saúde mental. Todo o universo de entidades respondentes a este estudo está por isso confrontado com a necessidade de refletir, planear e responder (por ação direta e/ou encaminhamento) a necessidades em saúde mental, que aqui se perspetivam de forma abrangente, da promoção à reabilitação, da literacia em saúde mental à abordagem da doença mental grave. A relevância da “População Idosa” está em linha com os dados da caracterização do território e sua contextualização nacional indicando uma orientação adequada aos emergentes desafios colocados pelo envelhecimento da população.

Seguindo a **tipologia de Resposta** em Saúde Mental do Questionário B, identificamos, no Alentejo Litoral, uma diversidade de respostas em Saúde Mental, que não se encontram distribuídas de forma equivalente nos diferentes concelhos, seja no tipo de resposta, seja no número de entidades que as promove ou de utentes que delas beneficiam (ver relatórios dos territórios).

Relativamente à tipologia “Serviços / Respostas” identificamos: a resposta “Serviço de Atendimento, Avaliação” em 17 entidades, dando 16 delas resposta a uma total de 1.808 utentes; a resposta “Apoio domiciliário” em 26 entidades, dando 24 delas resposta a um total de 1.120 utentes; a resposta “Ações de Divulgação / Sensibilização” em 8 entidades, dando 5 delas resposta a um total de 2.119 utentes; a resposta “Formação para Técnicos” em 6 entidades, dando 4 delas resposta a 607 utentes; a resposta “Intervenção Precoce” em 5 entidades, que no seu conjunto, respondem a um total de 287 utentes.

Relativamente aos “Grupos de Autoajuda” “Direcionados para os utilizadores” identificamos uma entidade que responde a 5 utentes e aos “Grupos de Autoajuda” “Direcionados para as famílias” identificamos 2 entidades, dando uma delas resposta a 180 utentes.

Quanto à tipologia “Terapias”, identificamos: terapias de “Grupo para os Utentes” em 8 entidades, dando 7 delas, resposta a 241 utentes; terapias de “Grupo para os Familiares” em 3 entidades, dando uma delas, resposta a 10 familiares: “Programa(s) de reabilitação cognitiva” em 6 entidades, dando 4 delas resposta a 124 utentes; “Programa(s) de recuperação psicossocial” em 8 entidades, dando 7 delas resposta a 250 utentes; e “Apoio na integração social” em 9 entidades dando 7 destas resposta a 160 utentes.

Relativamente às “Estruturas de Base Comunitária – Apoio Sócio Ocupacional e Residencial” identificamos as seguintes respostas: o “Fórum sócio ocupacional” em 2 entidades que dão no seu conjunto resposta a 160 utentes; a “Unidade de Vida Autónoma” em 3 entidades que dão resposta a um total de 9 utentes; as “Residências de Apoio Máximo” em 2 entidades que dão apoio a um total de 89 utentes; a “Unidades sócio ocupacionais” em 3 entidades que dão resposta a 12 utentes; as “Equipas de apoio domiciliário” em 8 entidades que dão no seu conjunto resposta a um total de 128 utentes; a “Comunidade Terapêutica” que é referida por 2 entidades dando uma delas resposta a 31 utentes e outra indica a

“possibilidade de encaminhamento para comunidades terapêuticas”; o “Centro de atividades ocupacionais” em 8 entidades, que dão resposta a um total de 243 utentes.

Quanto ao “Apoio a Integração no Mercado de Trabalho” identificamos: a “Formação profissional” em 10 entidades que dão resposta a 237 utentes; o “Apoio à colocação” em 11 entidades, que dão resposta a um total de 1.608 utentes; e o “Emprego Apoiado” 7 entidades, que dão resposta a um total de 36 utentes.

No âmbito das “Respostas Comunitárias” encontramos: “Atendimento / Acompanhamento” em 7 entidades, dando 5 delas resposta a um total de 280 utentes; “Projetos Locais de intervenção comunitária” em 3 entidades, dando 2 delas resposta a 301 utentes; e “Outras Respostas Comunitárias” referidos por 2 entidades, uma delas dando resposta a 8 utentes (SAPA) e outra, sem identificar o número de utentes, referindo-se ao projeto “Apoio ao Empreendedorismo - DLBC - Desenvolvimento Local de Base Comunitária (Rural e Costeira)” desenvolvido em protocolo com o IEFP (como equipa técnica) de apoio à criação e consolidação de projetos para pessoas desempregadas criarem o próprio emprego.

Nas “Respostas na Saúde” são identificadas “Consultas / Especialidades” por 8 entidades, totalizando 6 delas, consultas a 23.023 utentes (integra as consultas realizadas na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano a 22.861 utentes).

Para além da tipologia de repostas proposta no Questionário B foram identificadas os seguintes “Outro tipo de repostas”: “Centro de Dia” identificada por 20 entidades que respondem a 729 utentes; “Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI)” identificadas por 8 entidades que respondem a 795 utentes; “Associação de Paralisia Cerebral” identificada por 2 entidades que referem a resposta a um total de 7 utentes; “Creche/ Jardim de Infância/ ATL” identificada por 6 entidades que respondem a um total de 319 crianças e jovens; “UCCI – Santa Casa da Misericórdia” que responde a 65 utentes; “Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)” identificada por 3 entidades que respondem a 241 utentes; “Centro e Alojamento” identificada por uma entidade que responde a 20 utentes; “Promoção de Competências Parentais” identificada por uma entidade sem que fosse referido o número de utentes envolvidos; “Residência Jorge Marques” que dá resposta a 44 utentes; “Acompanhamento de Beneficiários do RSI” identificada por 3 entidades que acompanham 681 beneficiários; “Centro de Convívio” identificado por uma entidade de responde a 15 utentes; “Lar Residencial” identificada por 2 entidades que respondem a 31 utentes; “Universidade Sénior” identificada por uma entidade que responde a 15 idosos; “Cantina Social” identificada por 2 entidades que dão resposta a 25 utentes; “ULDGM” que dá resposta a 20 utentes; “IAOE” que dá resposta a 2 utentes; “Centro de Acolhimento Temporário” identificado por uma entidade que dá resposta a 21 utentes; “Loja Social” identificada por uma entidade e “Centro Infantil” identificada também por uma entidade, ambas sem referência ao número de utentes.

As tipologias de reposta presentes num maior número de entidades respondentes do Alentejo Litoral são o “Apoio Domiciliário” (26 entidades) e o “Centro de Dia” (20 entidades).

As tipologias de resposta que afetam um maior número de utentes são, por ordem decrescente: as “Consultas/ Especialidades” (23.023 utentes), as “Ações de Divulgação/ Sensibilização” (2.119 utentes), o “Serviço de Atendimento, Avaliação” (1.808 utentes) e o “Apoio à Colocação” no âmbito do “Apoio à Integração no Mercado de Trabalho” (1.608 utentes). Surgem de seguida o “Apoio Domiciliário” com 1.120 utentes, as Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) com 795 utentes e o “Centro de Dia” com 729 utentes.

As áreas de intervenção consideradas de maior prioridade no âmbito da Promoção da Saúde Mental são: a área da “Saúde” e a área da “Ação Social”. Com relevância também nos dados temos as áreas da “Formação” e da “Educação” se as considerarmos em conjunto. Para além das áreas prioritárias previstas no questionário, foram propostas, por 5 entidades, “Outras” áreas prioritárias a ser consideradas no âmbito da Promoção da Saúde Mental. Uma das entidades indicou a área “Reabilitação” considerando-a como “A mais prioritária”; outra indicou o “Lazer” considerando-o “A menos prioritária”. A área “Atividades Ocupacionais” foi ainda indicada por 3 entidades, considerando-a duas delas com “Prioritária” e uma com “A mais prioritária”.

Quanto aos **grupos-alvo** considerados de maior prioridade para intervenção de promoção de saúde mental aparece, em primeiro lugar, o das “Pessoas Idosas” seguindo-se-lhe o das “Crianças e Jovens” e dos “Grupos Vulneráveis”. Foram sugeridos como “Outro(s)” grupo(s)-alvo prioritário(s) a considerar: “Famílias”, referida por 3 entidades, atribuindo-lhe uma delas o grau de “A menos prioritária”, outra a de “Prioritária” e a outra de “A mais prioritária”; “Pais e outros familiares”, referida por uma entidade, que lhe atribuiu o grau de “Prioritária”; “Colaboradores da Instituição”, referida por uma entidade, que lhe atribuiu o grau de “Prioritária”; e “Profissionais que trabalham com a população idosa”, referida por uma entidade, que lhe atribuiu o grau de “A mais prioritária”.

Entre os recursos tidos por mais necessários para a intervenção na Promoção de Saúde Mental surgem, à cabeça, os **Recursos Humanos** (RH), com destaque para os “Psiquiatras” (considerados como “muito necessários” por 55 entidades e como “necessários” por 6 entidades), os “Psicólogos” (considerados como “muito necessários” por 53 entidades e como “necessários” por 7 entidades), e os “Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” (considerados como “muito necessários” por 49 entidades e como “necessários” por 9 entidades).

Seguem-se os **Recursos Financeiros** (RF) com a “Alocação de Verbas do Estado” (considerada como “muito necessária” por 47 entidades e como “necessária” por 10 entidades), os “Recursos Financeiros” (considerados como “muito necessários” por 42 entidades e como “necessário” por 14 entidades), e a “Candidatura a Projetos Específicos” (considerada como “muito necessária” por 37 entidades, como “necessária” por 17 entidades mas igualmente como “desnecessária” por 5 entidades).

Os **Recursos Materiais** (RM) surgem depois sendo de entre estes tidos como mais necessários os “Recursos Materiais” (considerados como “muito necessários” por 24 entidades e “necessários” por 32 entidades), “Equipamentos Clínicos” (considerados como “muito necessários” por 29 entidades e como

“necessários” por 23 entidades), e “Instalações Físicas” (consideradas como “muito necessárias” por 23 entidades e como “necessárias” por 33 entidades).

“Trabalhar em Equipa”, “Identificar Necessidades / Sinais de alerta”, “Conhecer os Princípios da Promoção da Saúde Mental” e “Encaminhar para as respostas existentes”, foram as **competências** tidas por mais necessárias para a Promoção em Saúde Mental. O Perfil de competências mais necessário para a abordagem em Promoção da Saúde Mental remete assim, por um lado, para um profissional habilitado para o trabalho em equipa e em rede, e, por outro, para alguém capaz de identificar e diagnosticar necessidades e problemas em Saúde Mental bem como proceder ao seu encaminhamento para respostas existentes.

No universo das entidades respondentes, quanto à **pertença a redes**, 5 pertencem à RNCCI, 4 pertence à RCE e uma pertence à RCS.

Quanto à RNCCI o ponto forte que reúne mais consenso é o da possibilidade e valor do Trabalho de equipa multiprofissional e interprofissional. Saliente-se quanto aos pontos fracos da RNCCI a falta / insuficiente reposta da Rede, quer numa perspetiva de acesso / ingresso (tempos de espera), quer nas respostas de continuidade na Rede.

Quanto à forma como a articulação na RNCCI e na RCE funciona numa perspetiva de Promoção da Saúde Mental, 3 das cinco entidades que integram a RNCCI consideram que sim, que a articulação nesta rede funciona numa perspetiva de Promoção da Saúde Mental e 2 entidades consideram que não. Relativamente à RCE, das 4 entidades que pertencem à rede uma não respondeu a esta questão, duas consideram a articulação na rede não funciona numa perspetiva de Promoção da Saúde Mental e uma considera que sim.

Relativamente à Rede Social e considerando as 65 entidades respondentes aos questionários A e B, 40 considera que a articulação na Rede Social funciona numa perspetiva de Promoção da Saúde Mental, 19 entidades consideram que não e 6 entidades não responderam a esta questão.

Relativamente aos **pontos fortes e fracos** do funcionamento a Rede Social no Concelho, saliente-se como pontos fortes que reuniram maior consenso: a “Articulação interinstitucional” (11) e a “Parceira” (10), cuja importância ser reconhece ao nível da “Partilha de informação” (8), do “Diagnóstico participativo / atualizado do Concelho” (9), do “Planeamento / Trabalho em rede” (6) e da “Partilha / Disponibilidade/ Rentabilização de recursos” (6). Se, por um lado, são considerados também como pontos fortes da Rede Social a “Proximidade entre as Instituições” (6) e sua “Participação” na rede (6) e “Dinamismo” da Rede (6), por outro, de entre os pontos fracos, o que foi mais referido foi o da “pouca participação das entidades” (8). A “Extensão do território” (5), a “Falta de Recursos Financeiros” (5), os “Recursos Humanos escassos / Falta de técnicos especializados” (5) estão entre outros dos pontos fracos da Rede Social mais referidos, assim como a “falta de articulação / intercomunicação / envolvimento dos

parceiros” (4). Notamos, ainda com referência a pontos fracos da Rede Social a “ausência de respostas em determinadas áreas” (1), a “inexistência de respostas em saúde mental” (3) e a “falta de priorização de problemáticas de saúde mental” (1).

Quanto à existência de **articulação com o Setor da Saúde**, 56 das entidades inquiridas indicaram que sim (86,2%), 5 indicaram que não (7,7%) e 4 não responderam (6%).

Os “Centros de Saúde”, as “Instituições Particulares de Solidariedade Social IPSSs”, os “Hospitais” e as “Misericórdias” estão entre as instituições do Setor da Saúde com as quais as entidades respondentes do Alentejo Litoral interagem mais.

Da análise das respostas fornecidas em cada concelho, constata-se a existência dos seguintes projetos na área da Saúde Mental:

- Projetos Terapêuticos de Grupo – Do universo de 60 entidades respondente ao questionário B, 23 entidades (38%) não responderam a esta questão, 28 entidades (47%) referiram não ter nenhum projeto de grupo. Foram identificadas 9 entidades (15%) com Projetos Terapêuticos de Grupo, compreendendo estas, referência a um total de 14 projetos, onde se incluem os seguintes: Projeto(s) desenvolvido(s) na(s) área(s) da ansiedade, depressão, consumos; Projeto desenvolvido em parceria com a unidade de cuidados na comunidade no domínio da Reabilitação Cognitiva e Física; Fórum Ocupacional; Grupo Terapêutico; Oficina de Reabilitação Cognitiva; Terapia Snoezelen de grupo e individual; Projeto desenvolvido em parceria com a Universidade Sénior; Hidroginástica; Movimento Geriátrico; Programa de Educação Sexual; Programa de Educação Social; Reabilitação Psicomotora; Grupo de Expressão Dramática; Grupo de auto-representantes; Psicodrama.
- Projetos Terapêuticos Dirigidos à Pessoa com Deficiência Intelectual - Do universo de 60 entidades respondente ao questionário B, 37 entidades (62%) não responderam a esta questão, 16 entidades (26%) referiram não ter nenhum projeto. Foram identificadas 7 entidades (12%) com Projetos Terapêuticos Dirigidos à Pessoa com Deficiência Intelectual, compreendendo estas, referência a um total de 17 projetos, onde se incluem os seguintes: “Juntos aprendemos”; Arteterapia; Emprego Acompanhado; Hidroginástica; Movimento Geriátrico; Programa de Educação Sexual; Reabilitação Psicomotora; Grupo de auto-representantes; grupo de expressão dramática; Programa de educação social; Programas de desenvolvimento pessoal e social para pessoas portadoras de deficiência - "Eu e os outros" e "Ser...+"; “Trissomia 21”; “Paralisia Cerebral”; para além dos Projetos Individuais.
- Projetos Para Pessoas Portadoras de Doença Mental Grave - Do universo de 60 entidades respondente ao questionário B, 37 entidades (62%) não responderam a esta questão, 18 entidades (30%) referiram não ter nenhum projeto. Foram identificadas 5 entidades (8%) com Projetos para pessoas portadoras de doença mental grave, compreendendo estas, referência a um total de 10 projetos, onde se incluem os

seguintes: Hidroginástica; Movimento Geriátrico; Programa de Educação Sexual; Programa de educação social; Reabilitação Psicomotora; Grupo de auto-representantes; grupo de expressão dramática; Projeto no âmbito da Prevenção do Suicídio; Prevenção do suicídio num projeto europeu ("*I fight depression*").

Foram identificados ainda os seguintes "Outros Projetos": o projeto "Proativa-te" dirigido a jovens; o projeto "Localidades"; o projeto "Rede Continuada" de dimensão nacional da Liga dos Combatentes; projeto de Apoio Judicial, Social e Psicológico aos Combatentes; o projeto de construção de um complexo social para Idosos; Estrutura Residencial para Idosos; "Horta Terapêutica"; Parceria com APF Alentejo - sessões de aconselhamento saúde sexual reprodutiva, rastreios (VIH), distribuição material contraceção; a parceria da(s) Autarquia(s) com o Projeto EUTIMIA; projetos na área do Consumo de Substâncias e na área das Demências (em fase de implementação); "Unidade Móvel" dirigido a idosos isolados; "Unidade Móvel" dirigida ao acompanhamento de pessoas com doença mental após alta; "A vida em Relíquias"; "Notícias de nossa casa"; "Uma mão Amiga". Das entidades que pertencem à RNCCI, uma identificou projetos/iniciativas que foram desenvolvidas pela organização - Voluntariado, Musicoterapia, Comemoração de datas festivas, Passeios, Elaboração de exposições temáticas, Atividades de estimulação em grupo, Jogos tradicionais, Horta pedagógica e Próbem - Programa de promoção do bem-estar na 3ª idade.

No âmbito das **necessidades e respostas em falta** nos territórios as entidades referiram, no global, como principais problemas: o défice de recursos humanos sobretudo especializados na área da Saúde Mental; ausência e/ou carência de respostas sociais e em saúde específicas/especializadas em Saúde Mental, quer a nível de internamento, quer no ambulatório, apoio domiciliário ou ocupacional. É feita ainda referência a necessidades específicas na área da Pedopsiquiatria; A implementação do Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro, que cria a rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, é apontada por uma entidade, como medida potencialmente favorecedora à suplantação da carência de respostas de apoio domiciliário, sócio – ocupacionais e de internamento / unidades residenciais em Saúde Mental.

Entre as necessidades mais referidas por estas entidades, estão: as decorrentes da ausência / carência de respostas específicas, sociais e em saúde, na Área de Saúde Mental; a necessidade de estruturas / recursos em saúde mental que garantam uma cobertura, local, nas 24 horas; a necessidade de reforço no acompanhamento e apoio à pessoa e família da pessoa com doença / perturbação mental; a necessidade de estruturas / equipas que permitam o melhor acompanhamento, ocupação e inserção da pessoa com patologia / alteração do foro mental.

D. Discussão dos resultados

Sobre a amostra

A amostra final tem 86 entidades - 67 entidades concelhias (A e B) e 19 entidades transversais - estando registadas 132. As entidades A responderam 100%, e eram as entidades que assumiram a difusão e realização do projeto em cada concelho. Das entidades B obtivemos 62% de respostas e estas eram o foco do diagnóstico, enquanto organizações parceiras na Rede Social e que estão implantadas nos concelhos, conhecendo a realidade local. Das entidades C, transversais por serem nacionais, com implantação no concelho, obtiveram-se 70%. Assim, no global dos cinco concelhos, resposta de 65,15% (com variação concelhia entre 84,3% e 45,14%).

Procurou-se atenuar as dificuldades de resposta, recorrendo ao envio digitalizado do questionário e dos formulários de consentimento bem como abrindo uma fase final, após a reunião dos resultados, para receber outros questionários, o que veio a revelar-se significativo, no global. Foi referido que o instrumento de colheita de dados B era dissuasor, por ser longo, mesmo deixando questões por responder se não aplicáveis.

No global das respostas, considerando a própria dimensão da Rede Social e os números habituais de devolução de questionários, o total de 65,5% considera-se relevante, especialmente por existirem na Rede Social muitas entidades que não têm ou não consideram ter ação na área da saúde mental. Não é claro, na perceção coletiva, que atividades com os idosos e com as crianças possam ser colocadas sob a égide da promoção ou proteção da saúde mental, quando a sua finalidade imediata parece ser ocupacional.

Nesta primeira análise geral, considere-se ainda que os resultados decorrem de se terem superado dificuldades de adesão, se terem realizado diversas estratégias de contacto nos concelhos, entre os interlocutores da Rede e as entidades.

Sobre as respostas na generalidade

Pese embora se registem algumas faltas nas áreas da saúde e educação, que impedem de se considerar a totalidade numa dada esfera de intervenção, os concelhos estão e consideraram-se representados nos resultados apresentados.

No que diz respeito a dados sobre respostas existentes, existe clara assimetria entre os concelhos, quanto ao número de entidades e utentes (ver relatórios dos territórios), sendo que **Odemira**, **Sines** e **Grândola** se destacam quanto a número de entidades nas respostas. A compreensão dos concelhos sobre a sua realidade e da importância de dar voz aos problemas e necessidades pode ter estado na base de totais de 84,3% em **Odemira**, concelho que fez parte da 1ª fase e existiam fortes convicções sobre as insuficiências de resposta na área da saúde mental. Sendo de aplicação da 2ª fase, **Sines** atingiu os 76,4%, com 100% de respostas das entidades transversais, o que também aconteceu em **Grândola**.

Alcácer do Sal apresenta a devolução mais baixa de respostas - com 45% -, seguindo-se o **Santiago do Cacém**, com taxa de respostas de 60% no final dos envios posteriores à reunião (cf. as listas de entidades em cada concelho, anexas a cada relatório).

Uma das conclusões do estudo, do ponto de vista da compreensão da Rede, é necessariamente relativa às diferenças na organização da Rede e às características próprias de cada concelho, com diferentes graus de proximidade e coesão. Outro aspeto que emergiu em diversos concelhos foi a baixa resposta das Escolas, que tinham aderido fortemente ao Projeto EUTHIMIA (promoção da Literacia em Saúde Mental) e, aparente possibilidade de confusão dos dois projetos pela contemporaneidade e proximidade da área temática.

Súmula dos resultados parciais quanto a necessidades e respostas em falta

Alcácer do Sal é o segundo maior município do país em extensão territorial, o menos populoso e com menor densidade populacional do Alentejo Litoral, com característica de ocupação marcada por uma distribuição heterogénea da população que determinam particulares desafios ao nível do acesso e cobertura de serviços e respostas na região. O potencial isolamento em áreas de menor acessibilidade e maior distância dos centros urbanos merece especial atenção, sobretudo se fizermos a leitura articulada com a marcada tendência de envelhecimento desta população (índice de envelhecimento crescente e superior ao registado a nível regional e nacional), o decréscimo contínuo do número estimado de residentes (desde 2009) e os elevados índices de dependência total e de dependência de idosos (os mais elevados do Alentejo Litoral e com valores superiores ao registado a nível nacional).

A baixa Taxa Bruta da Natalidade que se inscreve numa tendência decrescente e de valores globalmente inferiores aos registados na região e no país é o outro lado desta realidade que acentua as perspetivas de envelhecimento da população do concelho. Alcácer do Sal apresentava, no último censo, a terceira maior taxa de população inativa do Alentejo Litoral, com uma taxa de desemprego total de 11,1%. Em 2013 residiam no concelho 5250 pensionistas o que representava 41,6% da população residente. Note-se ainda que, de acordo com o censo de 2011, cerca de 23% dos núcleos familiares do concelho eram famílias unipessoais e destas, 62% constituídas por idosos (a viver sozinhos).

A tendência de envelhecimento registada nos últimos anos orienta-nos para uma eventual sobreposição ou aumento relativos destes valores (ainda não disponíveis) e interpelam-nos sobre a relação entre as reais e potenciais necessidades sociais e de saúde no concelho (especialmente na área da saúde mental) e a dotação de estruturas e recursos acessíveis para resposta.

A média de 2,7 enfermeiros e de 0,9 médicos por cada 1000 habitantes do concelho, registada em 2015 (INE), muito inferior ao registado na Região do Alentejo Litoral e no País, constitui um indicador objetivo da ausência / carência de recursos humanos da saúde locais, que a par da carência de estruturas, remetem a população de Alcácer do Sal para a procura de respostas exteriores ao concelho, distantes, (Santiago do

Cacém – Hospital do Litoral Alentejano; Setúbal – Centro Hospitalar de Setúbal ou outro) de acordo com a política/modelo de referenciação. Esta realidade acentua-se quando pensamos a Saúde Mental em particular.

As entidades participantes deste estudo deram-nos conta disso mesmo quando, de entre as necessidades identificadas em particular na área da saúde mental, encontramos a ausência, ou carência de respostas específicas (em saúde mental), sociais e em saúde e a insuficiente dotação de estruturas, equipamento e profissionais, que garantam repostas em saúde mental de continuidade e uma cobertura, local, nas 24 horas. Em virtude desta insuficiência / ausência de respostas foram identificadas dificuldades na assistência à pessoa com problemas do foro mental, em situação aguda, ou no âmbito do acompanhamento da pessoa e família em situações crónicas, muitas vezes associadas à dependência e vulnerabilidade social. Esta escassez de respostas faz especial apelo à rede local, na construção das soluções possíveis, nem sempre capazes de atender todos os casos / necessidades.

Na reunião com as entidades da Rede, de apresentação e discussão dos resultados preliminares deste estudo no concelho, foram debatidos algumas destas dificuldades / casos e a forma como as entidades articulam, encaminham e supervisionam as situações. Foi salientado: estados de *stress* e *burnout* vivido em algumas das entidades do concelho em virtude da subdotação de recursos e sobrelotação de utentes / necessidades de respostas bem como a forma como isso interfere na capacidade de resposta na/da rede local; a importância das relações de proximidade local na identificação, abordagem, encaminhamento e acompanhamento diário de pessoas e familiares de pessoa com problemas do foro mental; foi feita referência à importância de projetos levados a cabo pela Guarda Nacional Republicana no concelho como o “Escola Segura” e o “Idosos em Segurança” (projeto dirigido a pessoas com idades superiores a 65 anos, principalmente para os que vivem mais afastados ou isolados dos centros populacionais), pela sua relevância do ponto de vista da segurança mas igualmente enquadrável no âmbito do apoio social que à Guarda é cometida, dentro de um nova filosofia do servir socialmente; a existência atual de dois psiquiatras no Hospital Litoral Alentejano e acesso a uma consulta de pedopsiquiatria em Grândola (por via de um apoio dado pelo Hospital do Espírito Santo de Évora).

Na sequência do exposto e recordando alguns dos dados da síntese previamente realizada, gostaríamos de sublinhar a consistência encontrada entre os desafios colocados no concelho, com relevância para a saúde mental e as respostas dadas pelo universo de entidades respondentes. Os dados convergem para a relevância da população idosa e sua abordagem a nível social e de saúde. Os desafios de saúde mental e as respostas em saúde mental em Alcácer do Sal não se esgotam neste público-alvo, mas sendo o mais referido e por um maior número de entidades assume, neste estudo, uma relevância incontornável.

Os resultados deste estudo no concelho de Alcácer do Sal, resultam da resposta de 45,2% das entidades identificadas. Revelam-nos uma realidade que poderá não representar a globalidade das entidades do concelho, mas cujo valor da participação se reconhece, quer no processo, quer no resultado. Cremos que este relatório poderá constituir-se num contributo relevante para consciencializar presente e pensar futuro.

O concelho de **Grândola** apresenta uma densidade populacional de 18.00 habitantes por km², um pouco superior aos outros concelhos da região como Odemira (15.1 Hab/km²) e Alcácer do Sal (8.7 Hab/ km²) com características de ocupação semelhantes [Censos 2011], sendo relevante o progressivo aumento do índice de envelhecimento - o de Grândola é o segundo mais elevado do Alentejo Litoral, com 197,2% assim como é o segundo no índice de dependência de idosos. É também o 2º concelho com menor taxa de natalidade.

Grândola apresenta-se como o concelho do Litoral Alentejano com maior percentagem de população inativa, tem a taxa de criminalidade mais elevada e o segundo valor de registo de violência doméstica.

Em reunião com as entidades da Rede, foram apresentados e discutidos os resultados, sendo que participantes se revêem nos resultados apresentados, que evidenciam o défice de respostas em saúde mental no território. Foi salientado que existem, atualmente, dois psiquiatras no Hospital Litoral Alentejano e o acesso a consultas de Pedopsiquiatria (apoio do Hospital de Évora) ocorre quinzenalmente em Grândola. A viatura da unidade móvel pós-alta de psiquiatria é assegurada pela Equipa Comunitária de Saúde Mental. Na perspetiva social, ao desemprego e a inatividade (com reflexos na parentalidade) associa-se a falta de resposta promotoras de saúde mental.

Duas dimensões emergem como especialmente preocupantes: a distância às respostas e o apoio necessário para as pessoas recorrerem/ficarem perto dessas respostas. De acordo com a informação em reunião da Rede, das respostas existentes no Concelho disponibilizadas por entidades que não responderam³¹ ao questionário, existe um Núcleo de Multideficiência no Agrupamento de Escolas e o Ensino Especial articula com o Centro de Saúde (Saúde Escolar), tendo desenvolvido projetos na área do Bullying e dos afetos (ainda embrionário, prevê-se o desenvolvimento com as Escolas, a GNR e o Centro de Saúde, para a Promoção da Saúde Mental nos Afetos). Foi igualmente referida a elevada adesão das Escolas ao Projeto EUTHIMIA, para promover a Literacia em Saúde Mental, com replicação da formação, e aventada a possibilidade de, pela contemporaneidade e a mesma área temática, não terem distinguido o PReSaME como sendo outro projeto. Sobre a participação nas duas reuniões (de apresentação do projeto e de devolução de resultados) e a adesão nas respostas, o entendimento foi da existência de uma rede de entidades que, sendo poucos e tendo recursos diminutos, se articula para fazer face às necessidades da população.

O concelho de **Odemira**, em termos de área geográfica, constitui o maior concelho de Portugal, encontrando-se organizado segundo três faixas territoriais e económicas distintas (site CMO) - a faixa litoral, com 55 km de costa atlântica e 12 km de praias; a faixa central, com os principais aglomerados humanos, unidades comerciais e "parques de fixação de empresas" e a faixa interior do concelho, da "maior mancha florestal do país". O município é servido por uma rede viária de 571,4 km, dos quais 200 km constituem estradas nacionais (MOj, s.d.), sem ligações transversais do território, carência que se traduz no maior isolamento das populações e dificulta o acesso aos serviços de saúde, ao emprego ou à formação, inclusive o acesso das

³¹ No total, sete, incluindo 1 Associação Solidariedade Social, 3 Juntas de freguesia, 1 Agrupamento de escolas, 1 Escola Secundária e 1 Escola Profissional.

crianças e jovens à escola (CLASO, 2005). É um território de baixa densidade populacional (15,1 habitantes/km²), e a distribuição populacional é de 70% a residir na sede do concelho e costa litoral.

O índice de envelhecimento de Odemira é o mais elevado do Alentejo Litoral e muito superior à média nacional. Relewa-se o envelhecimento e isolamento da população que habita na serra, onde muitos idosos com idade superior a 75 anos permanecem - as freguesias de São Salvador e Santa Maria, São Teotónio e Vila Nova de Milfontes, no litoral, detêm um maior número populacional (INE, 2012).

Entre 1981 e 2014, ocorreu no concelho um decréscimo da taxa bruta de natalidade, verificando-se 10,7‰ e de 6,1‰, respetivamente

Comparativamente aos índices nacionais de dependência, Odemira ocupa o primeiro lugar no litoral alentejano com maior índice de dependência nos idosos (42,5), tem 19,7% de dependência de jovens e regista-se um índice de dependência total de 62,2 (PORDATA, 2016).

Tem uma taxa de desemprego de 15,9%, superior mas mulheres (19%) em relação aos homens (15,9). A 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos 1.295 desempregados (o que representa 8% da população residente entre os 15 e os 64 anos). É o concelho do Litoral Alentejano com segunda maior percentagem de população inativa e, ao mesmo tempo, é o concelho do distrito de Beja com maior presença de imigrantes que se dedicam ao trabalho agrícola, à plantação de regadio e a estufas.

Desde 2015, o Hospital do Litoral Alentejano (HLA) e o Centro de Saúde de Odemira, mediante acordo entre a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA) e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) para a área da Psiquiatria, disponibilizam consultas de psiquiatria (duas vezes por semana), por médicos psiquiatras do CHPL, nas atividades programadas e não programadas de consulta dessa especialidade. O Hospital do Espírito Santo de Évora tem uma área de influência de segunda linha, especificamente na pedopsiquiatria, que abrange toda a região do Alentejo, incluindo Odemira.

Odemira já teve o maior índice de suicídio, a nível nacional e europeu, em concreto na freguesia de Sabóia.. Em 2014, Odemira tem a segunda taxa de suicídio do Alentejo Litoral, com 3,7% (Alcácer do Sal, tem 3,9) (PORDATA, 2016). Em reunião com as entidades da Rede (novembro 2015) foram apresentados e discutidos os resultados. Valorizado o início das consultas de Psiquiatria (3 psiquiatras, alternadamente, uma vez por semana). Realçado o "FelizMente", projeto para os jovens e comunidade em geral, relativo ao estigma e violência no namoro, bem como o EUTHIMIA, em contexto escolar.

Foi salientado que a Unidade Móvel devia ter especialista de saúde mental, ampliando o espectro de ação que tem. Vincam-se a inexistência de respostas específicas para a saúde mental, a escassez de projetos terapêuticos e de respostas ocupacionais assim como a necessidade de equipas de apoio ou de estruturas residenciais dirigidas. Relewa-se a articulação entre as entidades e que importa reforçar a articulação e a formação.

O concelho de **Santiago do Cacém** é o mais populoso do Alentejo Litoral, não obstante o decréscimo relativo do número estimado de residentes desde 2012. A distribuição heterogénea da população numa extensa área territorial, contrasta aglomerados populacional da área urbana como Santiago do Cacém e Vila

Nova de Santo André, com áreas mais rurais de povoamento disperso e pequenos aglomerados. Estas características de ocupação, semelhantes a outros territórios da região, determinam particulares desafios ao nível do acesso e cobertura de serviços e respostas na região, sobretudo quando estes Serviços se concentram principalmente nos centros urbanos.

Em reunião com as entidades da Rede, dia 16 de maio de 2016, foi realizada a apresentação e discussão dos resultados preliminares do estudo no concelho de Santiago do Cacém. A então reduzida taxa de resposta colocava questões de representatividade dos resultados apurados. O alcance do estudo no concelho estaria dependente do aumento do número de respostas no universo das entidades identificadas. A elevada adesão de entidades, como os Agrupamentos de Escolas, a outros projetos na área da Saúde Mental contemporâneos do PReSaMe, como foi exemplo o projeto EUTHIMIA, aliado ao fato de alguns dos interlocutores das entidades envolvidas no concelho serem os mesmos para os diferentes projetos poderá ter estado na origem de alguma indistinção entre os projetos e conseqüente menor adesão e menor resposta ao PReSaMe (à data). O alargamento do período de submissão dos questionários, a clarificação sobre a natureza dos diferentes projetos a outras eventuais estratégias envidadas pelos interlocutores do projeto no território, resultaram numa maior adesão das entidades e elevação da taxa de resposta da Rede para 60%.

Cerca de 25% da população tem 65 ou mais anos tendo o índice de envelhecimento aumentado de forma contínua e progressiva desde 2011. Os Índices de dependência total e nos idosos encontram-se em linha com os da região e acima dos registados a nível nacional. O mesmo acontece com a taxa de população inativa.

Cerca de 25% das famílias são unipessoais e destas, 53% constituídas por idosos a viver sozinhos. Se a isto associarmos o risco de isolamento social, sobretudo nos que se encontram mais distantes e com menores acessos (e recursos) depressa reconheceremos mais um dos desafios Sociais e em Saúde. Recorde-se que a “Perda de Autonomia / Aumento do Grau Dependência”; o “Isolamento social / Apoio Social” e os “Problemas do foro Psicológico”, estão entre os motivos mais referidos para procura das entidades respondentes.

O fenómeno do desemprego em Santiago do Cacém, não sendo o mais elevado da região, tem relevância e deve ser lido de forma articulada com outras variáveis de natureza social como a elevada carência socioeconómica na população infantojuvenil em determinados núcleos do concelho. Segundo algumas das entidades respondentes, este fenómeno chega mesmo a representar, cerca de 50% de algumas comunidades escolares. Esta realidade converge com o referido elevado empenho e envolvimento da comunidade escolar em projetos ligados à Saúde Mental, nomeadamente no “Desenvolvimento de Programas em Escolas para a Promoção da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes” e integração do Projeto EUTHIMIA – Aliança Portuguesa Contra a Depressão em Portugal. A depressão e o suicídio, fenómenos prevalentes no Alentejo Litoral, e também com alguma expressão local, estão entre as preocupações na abordagem destes públicos. Os dados apurados junto das entidades respondentes a este estudo (de natureza eminentemente pública ou IPSSs) colocam a “comunidade em geral” e de forma específica, a “população idosa” e as “crianças e jovens” como especiais públicos-alvo das respostas no concelho.

Os desafios em Saúde Mental serão vários e de vária ordem, sendo a “Saúde” a “Ação Social”, mas também as áreas da “Formação” e da “Educação”, apontadas como prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental no concelho, sobretudo atendendo a públicos como os Idosos, as crianças e jovens e grupos considerados vulneráveis.

Estamos perante um território ao qual se associam múltiplas repostas em saúde mental, quer em diversidade, quer em quantidade de entidades que as promovem e utentes contemplados. Atendamos, contudo, ao facto de que múltiplas das estruturas sediadas no território respondem a utentes de outros concelho da região e do país. Ainda assim estamos perante o território com maior disponibilidade local de recursos em saúde e, desde outubro de 2015, de saúde mental em particular. Talvez também por isso, a articulação das entidades respondentes com o setor da saúde seja elevada, não só considerando estruturas de âmbito local e regional, mas também nacional, como a DGS e o INSA.

A carência de respostas sociais e em saúde específicas/especializadas em Saúde Mental, quer a nível de internamento, quer no ambulatório, apoio domiciliário ou ocupacional é referida como uma das necessidades percecionadas na região, que aponta a implementação do Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro (que cria a rede de cuidados continuados integrados de saúde mental), como medida potencialmente favorecedora à suplantação da carência de respostas de apoio domiciliário, sócio – ocupacionais e de internamento / unidades residenciais em Saúde Mental. É feita igualmente referência a necessidades específicas na área da Pedopsiquiatria.

O universo das entidades respondentes a este estudo atribui elevada importância à promoção da saúde mental e percebe, na sua grande maioria, o estado de saúde mental da população-alvo como “má saúde mental”. Este estudo, no Concelho de Santiago do Cacém, revela-nos uma realidade que poderá não representar a globalidade das entidades identificadas no Concelho, mas cujo valor se reconhece, podendo constituir-se num contributo relevante para a caracterização da realidade atual e planeamento futuro em termos de estruturas, recursos e repostas em saúde mental.

O concelho de **Sines** apresenta a densidade populacional mais elevada do Alentejo Litoral (18,2), se bem que a população tenha vindo a diminuir. Mais de metade da população (57,1%) tem entre 25 e 64 anos; cerca de um quarto (24,2%) da população tem menos de 24 anos (13,9% entre 0 e 14; 10,3% entre 15 e 24 anos); 18,8% tem 65 anos e mais. À semelhança do quadro demográfico nacional, a população de Sines está a envelhecer mas é um dos concelhos mais jovem da região do Alentejo. A % de população estrangeira com estatuto legal de residente é a segunda mais elevada do Alentejo Litoral (7,7 %), apenas superada por Odemira (13%), sendo 4,9% a média do Alentejo Litoral.

Não obstante a subida do índice de envelhecimento, apresenta valores ainda inferiores ao que se verifica a nível nacional. Comparativamente aos índices nacionais de dependência, Sines apresenta uma taxa de dependência total de 48,5. sendo 20,6% de dependência de jovens e 27,6 de dependência de idosos. Segundo o INE, entre 2001 e 2014, ocorreu no concelho um decréscimo da taxa bruta de natalidade, verificando-se 10,2‰ e de 8,7‰, respetivamente (PORDATA, 2015) – em Portugal foi 10,9 e 7,9

respetivamente. O concelho de Sines tem uma taxa de desemprego de 9,7% e foi o município a nível nacional onde se observou o maior agravamento do desemprego entre o ano 2011 e 2012 - o desemprego quase triplicou em relação ao ano de 2011 (Conselho Local de Ação Social, 2014). Em 2013, registo de 599 crimes, a maioria (22,3%) contra o património; em termos de violência doméstica, no concelho de Sines registaram-se 38 queixas, no mesmo ano (PORDATA), o que coloca Sines no 3º lugar no Alentejo Litoral (precedido por Santiago do Cacém (44) e Odemira (39)).

Em reunião com as entidades da Rede, dia 16 de maio de 2016, foram apresentados e discutidos os resultados existentes, patenteando-se a evidência de défice das respostas em saúde mental no território. De acordo com a informação em reunião da Rede, das respostas existentes no Concelho disponibilizadas por entidades que não responderam ao questionário mas estiveram na Reunião, existe uma Universidade Sénior (no Bairro 1º de Maio), alguns projetos na UCC que se articulam com a promoção da saúde mental (Curso Educar Para a Parentalidade, Encontros com a Juventude, Envelhecimento Ativo, Gabinete do Adolescente, Saúde Escolar, etc); foi apontada a Equipa dos Censos Sêniores (GNR) como uma forma de chegar às pessoas idosas e identificar melhor as necessidades. As entidades presentes à reunião reforçaram a escassez de respostas em situações de doença mental e carências de emprego.

Um foco especialmente preocupante é o dos jovens entre os 13 e os 18 anos, pois até aos 12 anos têm ATL mas a partir dos 13 e até aos 18 anos, há falhas em termos de respostas. A área do emprego apoiado tem tido oferta, sendo que a Cercisiago é Centro de Recursos do IEFP, na área da formação e da Intervenção Precoce. Foi salientado o "Viver + Sines", Contrato Local de Desenvolvimento Social, nos seus eixos de intervenção (Emprego, Formação e Qualificação; Intervenção familiar e parental, preventiva da pobreza infantil; Capacitação da comunidade e das instituições) e as atividades de inclusão e capacitação, designadamente no Bairro Municipal da Floresta. A Associação Caboverdiana de Sines e Santiago do Cacém desenvolve atividades ocupacionais em ligação ao Conselho Local de Apoio ao Imigrante.

Algumas iniciativas de 2015 foram centradas na Saúde Mental, como foi o caso da *Semana da Saúde Mental*, organizada pela Rede Social de Sines (entre 5 e 14 de outubro) e já em 2016, a *Sines em Rede* desenvolveu (em Maio) atividades de estimulação da memória com a população sénior da freguesia de Sines e de Porto Covo. Os Grupos de Ginástica Cognitiva foram desenvolvidos no âmbito da promoção do envelhecimento ativo e tiveram como principais objetivos a sensibilização para a prevenção do declínio cognitivo bem como o combate ao isolamento social através da estimulação e interação social.

No global

As necessidades e respostas em falta variam, naturalmente, conforme as características dos concelhos e se têm ou não têm respostas especializadas de saúde mental e psiquiatria, assim como a distância a que essas respostas se encontram, quer do ponto de vista da acessibilidade geográfica, de rede de transportes e de custos associados, quer da morosidade das respostas.

Entre os principais problemas apontados, estão

- o défice de recursos humanos sobretudo especializados na área da Saúde Mental;
- a ausência e/ou carência de respostas sociais e em saúde específicas/especializadas em Saúde Mental, quer a nível de internamento, quer no ambulatório, apoio domiciliário ou ocupacional, quer unidades residenciais em Saúde Mental. Foi feita referência a necessidades específicas na área da Pedopsiquiatria;
- a necessidade de implementação do Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro, que cria a rede de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Entre as necessidades mais referidas, estão:

- as decorrentes da ausência / carência de respostas específicas, sociais e em saúde, na Área de Saúde Mental;
- a de estruturas / recursos em saúde mental que garantam uma cobertura, local, nas 24 horas;
- a de reforço no acompanhamento e apoio à pessoa e família da pessoa com doença / perturbação mental
- a de estruturas / equipas que permitam o melhor acompanhamento, ocupação e inserção da pessoa com patologia / alteração do foro mental.

É genericamente unânime a referência à necessidade de mais apoio domiciliário, necessidade de suporte na realização de AVD's e de atendimento e acompanhamento especializado, com ampliação das respostas de consultas e da área ocupacional.

Sendo semelhantes nas lacunas, desafios diferentes se colocam aos concelhos, de acordo com as suas características, tal como explicitado acima e em cada um dos respectivos relatórios

São problemas relevantes dos cinco concelhos: o envelhecimento das populações, o isolamento, a necessidade de apoio aos cuidadores, bem como melhorar a articulação entre os setores (saúde, social, educação, trabalho), com maior interacção entre entidades privadas e públicas, melhor informação entre os serviços de psiquiatria, os recursos de saúde mental e as entidades na comunidade.

É hoje evidente uma preocupação generalizada com o fenómeno do envelhecimento demográfico que provoca, sem dúvida, impactos na sustentabilidade do país, em relação ao sistema de pensões mas também ao financiamento do sistema de saúde. Procuram-se novos modelos de resposta aos mais idosos uma vez que o envelhecimento se repercute num vasto conjunto de desafios e oportunidades às políticas sectoriais.

Os idosos do Alentejo Litoral vivem isolados, cuidam de idosos e carecem que os cuidados de saúde e de segurança, se desloquem até onde eles habitam - por isso, a mobilidade de equipas e de forças de segurança, indo até às habitações, constituem modelos de resposta mais eficaz.

Para novos modelos de resposta, promotores da saúde mental e dos factores de protecção, é vital a cooperação entre entidades, que possam desenvolver e empenhar-se na concretização de ações/atividades conjuntas, partilhando meios/recursos, competências e conhecimentos, com vista a alcançar objetivos comuns. Cooperação que pode estreitar-se em termos intra- mas também inter-municipais, quer pela

escassez de meios e recursos, quer pela complexidade dos problemas (como é o caso da saúde mental), potenciando-se resultados mais satisfatórios quando as entidades desenvolvem a sua atividade em partilha, parceria, trabalho em rede e cooperação.

Na área da proteção social foi referenciada a necessidade de acompanhamento e monitorização dos beneficiários de apoios assim como dos que podem integrar mercado de trabalho apoiado e a importância de serem planeadas e implementadas respostas específicas na saúde mental.

Os recursos humanos, as pessoas que trabalham na área da SM precisam de formação e apoio, pelo que é necessário investimento na área da formação (evidenciado pela diferença numérica entre os profissionais existentes nas entidades e os que têm formação) e desenvolvimento de estratégias de suporte.

Importa valorizar os projetos de promoção da saúde mental que têm como foco os grupos mais vulneráveis - e encontrar formas de compreender as atividades da dinâmica da infância e adolescência assim como da população idosa, desempregada, sem-abrigo e dependente, numa intencionalidade de promoção e proteção da saúde mental.

Os dados de caracterização das populações, quanto aos indicadores sociais e de saúde, podem potenciar um planeamento mais ajustado ao real e às previsões, quer quanto à evolução da população, da escolaridade, do nível de vida, e poderem constituir elementos adicionais de suporte ao desenvolvimento de projetos, prévios a uma intervenção na crise. Concelhos que se sabem com mais população idosa, maior longevidade, índices de envelhecimento mais altos colocam exigências de uma natureza diversa de concelhos com mais população jovem, mais crianças e adolescentes, da mesma forma, se existem comunidades de população estrangeira residente ou elevados índices de desemprego. Importa promover a comunicabilidade e a articulação de respostas, entre áreas como a saúde, a proteção social, o trabalho, a habitação, etc, na plena compreensão que a saúde mental é multifatorial e promover e proteger a saúde mental é um imperativo de desenvolvimento das populações da sub-região.

3. Resultados por território

3.1. ALCÁCER DO SAL

A. Caracterização geral



Território

O concelho de Alcácer do Sal, inserido no Litoral Alentejano, ocupa uma área geográfica de 1.479,94 Km², o que faz dele, em área, o segundo maior município do país.

Tem uma população residente de 12.266 habitantes (2015)³², que se distribui assimetricamente por quatro freguesias: Comporta³³, São Martinho³⁴, Torrão³⁵ e União das Freguesias de Alcácer do Sal (Santa Maria do Castelo e Santiago) e Santa Susana³⁶.

O concelho é limitado: a norte pelos municípios de Palmela, Vendas Novas e Montemor-o-Novo; a nordeste por Viana do Alentejo; a leste por Alvito; a sul, por Ferreira do Alentejo e Grândola; a oeste também por Grândola, através de um braço do estuário do Sado; e a noroeste, através do estuário do Sado, por Setúbal.

A poucos quilómetros da cidade de Alcácer, sede do concelho, seguindo o curso do rio

³² **Fontes de Dados:** Estimativas Anuais da População Residente – PORDATA. Última atualização: 2016-11-21.

³³ A **Comporta** tem 1.268 habitantes (fonte: INE – Carta Administrativa de Portugal 2012) e ocupa uma área de 154,8 km² entre a costa oceânica e o estuário do rio Sado. As principais atividades económicas da freguesia são a pesca, a agricultura (sobretudo a produção de arroz e vinho), hotelaria, comércio e restauração. Pertencem à Comporta as seguintes localidades: Carrasqueira, Brejos da Carregueira, Murta, Possanco, Torre e Figueiral.

³⁴ **São Martinho** tem 450 habitantes (fonte: INE – Carta Administrativa Oficial de Portugal 2012). A área ocupada por esta freguesia corresponde a 83,2 km² e a sede é a localidade de Casebres. As atividades económicas predominantes em São Martinho são a agricultura, pecuária, apicultura, extração de madeira, construção e serralharia civil.

³⁵ A **Freguesia do Torrão**, cuja designação tem origem na palavra torream, que significa “torre grande”, tem 372.763 km² e 2.295 habitantes (fonte: INE – Carta Administrativa Oficial de Portugal 2012). A principal acessibilidade é a EN2, que faz a ligação a Montemor-o-Novo e Ferreira do Alentejo. Situado na margem direita do rio Xarama (afluente do Sado), pertencem a esta freguesia as seguintes localidades: vila do Torrão, São Romão, Rio de Moinhos, Mil Brejos, Casa Branca e Bação.

³⁶ A **União das Freguesias de Alcácer do Sal (Santa Maria do Castelo e Santiago) e Santa Susana** tem uma área de 916 km² e uma população residente de 9.033 pessoas (dados Instituto Nacional de Estatística – Carta Administrativa Oficial de Portugal 2012). Esta nova freguesia engloba realidades bastante diversas, unindo a área urbana da cidade de Alcácer do Sal, onde vive a maior parte da população do concelho, a áreas rurais de povoamento disperso e pequenos aglomerados. Entre as atividades económicas salientam-se a agricultura e pecuária, hotelaria, comércio e serviços, pequenas e médias unidades industriais. Realce ainda para os setores de correaria e doçaria, com relevo no que toca à identidade da cidade, assim como a produção de mel (na área de Santa Susana), sal, arroz e pinhão e a extração de cortiça. Esta freguesia abrange igualmente extensas áreas de sapal, riquíssimas em avifauna, pertencentes à Reserva Natural do Estuário do Sado. Pertencem a esta freguesia as localidades de: Pinheiro; Palma; Quinta do Ouvidor; Monte Novo de Palma; Alberge; Montevil; Cachopos; Monte Novo do Sul; Batalha; Montalvo; Foros de Albergaria; Albergaria; Castelo Ventoso; Arêz; Vale de Guizo; Santa Catarina; Santa Susana; Barrancão; Foros Corte Pereiro; Pego do Altar e Vale de Figueiras.

<p>Distribuição populacional</p>	<p>Sado para jusante, encontra-se a Reserva Natural do Estuário do Sado, que se desenvolve ao longo de cerca de 23.160 hectares, a maior parte dos quais corresponde a zonas húmidas, nomeadamente canais, esteiros e sapais.</p> <p>Considerando a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), Alcácer do Sal pertence à Região do Alentejo (NUTS II) e ao Alentejo Litoral (NUTS III).</p> <p>O concelho de Alcácer do Sal é o menos populoso do Alentejo Litoral e regista desde 2009 um decréscimo contínuo do número estimado de residentes. Tal facto, aliado à sua extensa área geográfica, determina que seja igualmente o Concelho da região com menor densidade populacional (8,3 Hab/km²). A distribuição da população não é homogénea no território, contrastando com o aglomerado populacional da área urbana da cidade de Alcácer do Sal (onde vive a maior parte da população do concelho), áreas rurais de povoamento disperso e pequenos aglomerados. Estas características de ocupação, semelhantes a outros territórios da região, mas acentuadas no Concelho de Alcácer do Sal, determinam particulares desafios ao nível do acesso e cobertura de serviços e respostas na região.</p>
<p>Índice de envelhecimento</p>	<p>Mais de metade da população residente em 2015¹ (60,1%) encontrava-se situada na faixa etária do 15 e 64 anos; 12,3 % tinha menos de 14 anos e 27,6% tinha 65 anos e mais. Estes valores, bem como a sua evolução refletem a tendência demográfica nacional e estão, de uma forma geral, em linha com os dos demais territórios da região.</p> <p>O índice de envelhecimento no Concelho de Alcácer do Sal era, em 2015¹, de 224,3, acima do registado na região do Alentejo (201) e muito superior ao verificado a nível nacional (143,9). No Alentejo Litoral, só Odemira registou, em igual período, um índice de envelhecimento comparativamente superior (229,3). Refira-se que este índice de envelhecimento no concelho tem aumentado de forma contínua e progressiva desde 2001 (168,5) até 2015 (224,3), marcando a tendência de envelhecimento desta população e seus desafios.</p>
<p>Taxa bruta de natalidade</p>	<p>O Concelho de Alcácer do Sal é, na Região do Alentejo Litoral, dos que apresenta menores valores de Taxa Bruta de Natalidade, no período de 2001 (7,2‰) a 2015 (6,4‰). Embora a tendência decrescente não se tenha mantido continuamente em todo o período (verificando-se em 2010 e 2015 crescimentos relativos aos anos precedentes, com maior expressão em 2010) a Taxa Bruta de Natalidade foi, nesse período, globalmente inferior à registada, quer na região, quer a nível nacional.</p>
<p>Índice de dependência</p>	<p>Alcácer do Sal apresenta em 2015 o maior valor de Índice de Dependência Total (66,5%) do Alentejo Litoral, acima do registado na região do Alentejo (60,3%) e a nível nacional (53,2%). Isto foi igualmente verdade para o Índice de Dependência de Idosos (46%). Quanto ao Índice de Dependência de Jovens (20,5%) ele foi o segundo mais elevado no Alentejo Litoral e ficou abaixo do registado na região do Alentejo (20,9%) e no País (21,8%).</p>
<p>Situação socioeconómica</p>	<p>O concelho de Alcácer do Sal tem uma taxa de desemprego total de 11,1% (de acordo com o Censos de 2011³⁷), sendo de 10% nos homens e 12,4% nas mulheres. A 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos nos Centros de Emprego e de Formação Profissional 396 desempregados sendo a média anual nesse ano de 405,8 inscritos (que representa 5,5% da população residente entre os 15 e os 64 anos).</p> <p>De acordo com o Censos de 2011, o total de população ativa era de 5.951 (3.241 homens e 2.710 mulheres). A taxa de emprego foi de 46,6%, sendo de 53,5% nos homens e de 40,2% nas mulheres. O setor de atividade económica que, segundo o Censos de 2011, empregava a maior percentagem de sujeitos era o terciário (63,3%), seguindo-se os setores secundário (19,2%) e primário (17,5%). A preponderância do setor terciário foi transversal aos outros territórios do Alentejo Litoral, bem como a nível Nacional. Note-se, contudo, que, contrariamente ao registado a nível nacional e regional, o setor primário teve, em Alcácer do Sal, uma percentagem comparável ao setor secundário. Esta</p>

³⁷ Fontes: INE; PORDATA, última atualização 2015-06-26.

	<p>relevância da atividade económica do setor primário só é comparável, no Alentejo Litoral, a Odemira onde surge, depois do setor terciário, como a segunda área de atividade económica com maior relevância.</p> <p>Alcácer do Sal foi, de acordo com o Censos de 2011, o concelho do Alentejo Litoral com a terceira maior taxa de população inativa (41,5%), comparável ao registado na Região (Alentejo Litoral – 41,2%; Alentejo - 41,2%) e acima do registado, em 2011, a nível nacional (37,6%).</p>
Estruturas Familiares	<p>De acordo com o Censos de 2011 existiam em Alcácer do Sal 5.236 núcleos familiares. Destes, 1.187 (22,7%) eram famílias unipessoais, das quais 737 (62%) constituídas por idosos (a viver sozinhos).</p>
Proteção social	<p>São 214 os beneficiários do subsidio de desemprego, 238 os beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção (2,2% da população residente). Em 2013 existiam em Alcácer do Sal, 5252 pensionistas (41,6% da população residente em 2013), dos quais 2551 eram pensionistas por velhice, 317 pensionistas por invalidez e 1384 tinham pensão de sobrevivência.</p>
Registo de crimes	<p>Em 2015, registaram-se 363 crimes, sendo em maior número contra o património (194 crimes) seguido dos crimes contra pessoas (95 crimes). Foram identificados 20 crimes de violência doméstica.</p>
Organização dos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) "visa coordenar as ofertas e otimizar os recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários à comunidade que serve" (ARSA, site); - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, desde 1 de Novembro de 2012, por agregação do Hospital do Litoral Alentejano (HLA) e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL) faz a “gestão integrada dos cuidados primários, hospitalares e continuados da região do Alentejo Litoral, englobando a oferta dos prestadores de cuidados do SNS dos concelhos de Alcácer do Sal, Sines, Odemira, Grândola e Santiago do Cacém, para uma população global de cerca 100.000 habitantes” (CMS, 2014, p. 21). O HLA dista da cidade de Alcácer do Sal em cerca de 50 Km. - O Centro Hospitalar de Setúbal presta cuidados de saúde a uma grande área geográfica que ocupa a parte sudoeste litoral da Península de Setúbal e Litoral Alentejano, desenvolvendo a sua atividade, numa perspetiva de complementaridade, na área da Saúde Mental e Psiquiátrica com o ACES do Alentejo (Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira), existindo interface com a Equipa da Consulta Comunitária de Saúde Mental e o Departamento de Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal. - Hospital do Espírito Santo de Évora tem uma área de influência de segunda linha que abrange toda a região do Alentejo, incluindo Alcácer do Sal. - Ao nível das repostas em Cuidados de Saúde Primários, Alcácer do Sal conta com três Unidades Funcionais: uma Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP); uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e um Serviço de Urgência Básica (SUB) que funciona 24h00. A UCSP é constituída por oito extensões de saúde: Palma; Alcácer do Sal; Barrancão; Casebres; Comporta; Montevil; Santa Susana; Torrão³⁸. Estas Unidades Funcionais dão resposta 12.889 utentes inscritos (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E). <p>Encontram-se entre as áreas de trabalho da UCC: o apoio na Parentalidade; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ); Equipa Coordenadora Local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); Equipa Comunitária de Suporte dos Cuidados Paliativos (ECSCP); Equipa de Cuidados Continuados Integrados; Eu cuidador; Grupo de Intervenção em Saúde Comunitária (GISC); Núcleo Local de Inserção (NLI); Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR); Rede Social; Saúde Escolar; Visitação Domiciliária no Puerpério à mãe, recém-nascido e família⁸.</p>
Recursos Humanos na	<p>Segundo informação do PORDATA, em 2015, em Alcácer do Sal, havia 11 médicos, 33 enfermeiros, 2 dentistas, 5 farmacêuticos. Os dados indicam a inexistência de médicos</p>

³⁸ Fonte: sítio da ULSLA.EPE. <http://www.ulsia.min-saude.pt/>

Saúde | psiquiatras no concelho, e não nos fornecem informação sobre o número de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, psicólogos, ou outros profissionais da área da saúde mental. Segundo dados do INE de 2015, existem no Concelho de Alcácer do Sal, em média, 2,7 enfermeiros e 0,9 médicos para cada 1000 habitantes. Quando comparamos com a relação existente na região do Alentejo Litoral de 4,2 enfermeiros e 1,8 médicos por cada 1000 habitantes e no país de 6,5 enfermeiros e 4,7 médicos por cada 1000 habitantes percebemos o quão baixa é a dotação de Recursos Humanos da Saúde no Concelho.

Indicador (Ano) - Fonte	Alcácer do Sal	Alentejo Litoral	Portugal
População residente (nº) (2015) - a)	12 266	95 410	10 358 076
Densidade populacional (indivíduos/Km2) (2014) - a)	8,3	18,2	112,8
Jovens menos de 15 anos (%) (2015) - a)	12,3	12,5	14,2
População em idade ativa (15 aos 64 anos) (%) (2015) - a)	60,1	62,5	65,3
Idosos (65 e mais anos) (%) (2015) - a)	27,6	25	20,5
Índice de envelhecimento (idosos/100 jovens) (2015) - a)	224,3	201	143,9
Índice de Longevidade (%) (2015) - a)	52,9	53,7	49
Índice de dependência total (%) (2015) - a)	66,5	59,9	53,2
Índice de dependência de jovens (%) (2015) - a)	20,5	19,9	21,8
Índice de dependência de idosos (%) (2015) - a)	46	40	31,4
Taxa bruta de natalidade (‰) (2015) - a)	6,4	7,3	8,3
Taxa bruta de mortalidade (‰) (2015) - a)	15,9	14,3	10,5
Registo óbitos por suicídio (nº) (2014) - a)	7	33	1 216
Óbitos (nº) (2015) - a)	195	1 362	108 511
Taxa de desemprego (%) (2011) - b)	11,1	10,9	13,2
Pessoas inscritas nos centros de emprego (%) (dez 2015) - a)	5,5	7,2	8,3
Taxa de população inativa (%) (2011) - b)	41,5	41,2	37,6
Registo de crimes (nº) (2015) - a)	363	3 111	356 032
Crimes Registados por 1000 habitantes (‰) (2015) - a)	29,6	32,6	34,4
Crimes de Violência doméstica (nº) (2015) - a)	20	146	22 469
Número de médicos por 1000 habitantes (2015) - c)	0,9	1,8	4,7
Número de enfermeiro por 1000 habitantes (2015) - c)	2,7	4,2	6,5
Fontes de dados: a) PORDATA; b) Censos,2011; c) Anuário Estatístico, INE, 2016			

Quadro 1 - Indicadores selecionados do território

B. Respostas em Saúde Mental

Estavam identificadas 31 entidades [A - 1, B - 24 e C - 6]. Responderam ao respetivo questionário 15 entidades [A - 1, B - 10 e C - 3]. Obtivemos assim uma taxa de resposta de **45,2%**. Da aplicação destes questionários, decorrem os resultados que se apresentam e sua posterior discussão.

1. Qual a natureza das instituições que respondem na área da saúde mental, no concelho?

Quanto à natureza das entidades respondentes aos questionários A e B temos a seguinte distribuição:

Natureza das Instituições	Nº	%
Pública	3	27,3
IPSS	7	63,6
Privada	1	9,1
N	11	100%

Quadro 2- Natureza das instituições

A maioria das entidades respondentes são Instituições Particulares de Solidariedade Social, seguindo-se a entidades Públicas e somente uma entidade é Privada.

2. Quais os públicos-alvo a que as instituições dão resposta em saúde mental?

O público-alvo mais referido e por um maior número de entidades foi a “População Idosa”, seguindo-se as “Crianças e Jovens”.

Público – Alvo	Freq.
População Idosa	6
Crianças e Jovens	3
Pessoas dependentes	1
Populações a residir no perímetro geográfico da Herdade da Comporta	1
Reformados e Pensionistas	1
Comunidade em Geral	1
Famílias desfavorecidas / carenciadas	1

Quadro 3- Público-alvo das instituições por categorias

O público-alvo de cada instituição está naturalmente relacionado com a natureza e missão institucional. As referências de cariz local e regional não excluem, no perímetro geográfico a que se referem, respostas aos outros públicos-alvo considerados. A referência a “Reformados e Pensionistas” associa-se ao universo da “População idosa” bem como certamente alguns dos sujeitos considerados em “pessoas dependentes” reforçando-se assim a representação da População Idosa, como população-alvo, no universo das instituições deste concelho.

3. Para as diferentes tipologias de resposta, quantas instituições dão resposta para a saúde mental e número de utentes?

Seguindo a tipologia de Resposta em Saúde Mental do Questionário, identificam-se, no concelho, os seguintes resultados:

	Serviços/Respostas					Grupos de Autoajuda		Terapias				
	Serviço de Atendimento, Avaliação	Apoio domiciliário	Ações de Divulgação/Sensibilização	Formação para Técnicos	Intervenção precoce	Direcionados para os utilizadores	Direcionados para as famílias	Grupo para os Utentes	Grupo para os Familiares	Programa de reabilitação cognitiva	Programa de Recuperação Psicossocial	Apoio na integração social
Nº Entidades	2	6	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2
Nª Utes	123 (1)	146 (6)	-	-	54	-	-	-	-	-	60	24 (1)

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utes (Serviço / Respostas; Grupos de Autoajuda; Terapias)

Estruturas de base comunitária - Apoio Sócio Ocupacional e Residencial												
	Fórum sócio ocupacional	Unidade Vida Protegida	Unidade Vida Autónoma	Unidade Vida Apoiada	Residências de treino de autonomia	Residências autónomas de saúde mental	Residências de apoio máximo	Unidades sócio ocupacionais	Equipas de apoio domiciliário	Comunidade de inserção ¹	Comunidade terapêutica	Centro de atividades ocupacionais
Nº entidades	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-
Nº Utes	-	-	-	-	-	-	-	-	20 (2)	-	-	-

1 – Funcionárias de Apoio Domiciliário

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utes (Estruturas de base comunitária - Apoio Sócio Ocupacional e Residencial)

	Apoio à Integração no Mercado de Trabalho			Respostas comunitárias			Respostas na saúde
	Formação Profissional	Apoio à Colocação	Emprego Apoiado	Atendimento/Acompanhamento	Projetos Locais de intervenção comunitária	Outra	Consultas/Especialidades ¹
Nº entidades	1	2	-	1	-	-	1
Nº Utes	3	201 (2)	-	-	-	-	-

1 - Um médico e duas enfermeiras.

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utes (Apoio à integração no mercado de trabalho; Respostas Comunitárias e na Saúde)

Outro tipo de respostas					
	Centro de dia	Centro de alojamento	Promoção de competências parentais (grupo/individual)	Creche/ jardim-de-infância/ATL	Residência Jorge Marques
Nº entidades	5	1	1	2	1
Nº Utes	135 (5)	20	-	115 (2)	44

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utes (Outro tipo de respostas)

A tipologia de reposta presente num maior número de entidades respondentes do concelho (seis) é o “Apoio Domiciliário” seguido do “Centro de Dia” referido por 5 entidades.

As tipologias de respostas que afetam um maior número de utentes no concelho são, por ordem decrescente: o “Apoio à Colocação” no âmbito do “Apoio à Integração no Mercado de Trabalho” com 201 utentes, no total de duas das entidades respondentes; o “Apoio Domiciliário” com 146 utente, no total de seis entidades respondentes; o “Centro de Dia” com 135 utentes, no total de cinco entidades respondentes; o “Serviço de Atendimento, Avaliação” com 123 utentes, prestado por uma das duas entidades respondentes e, por fim, “Creche/ jardim-de-infância /ATL” com 115 utentes, no total de duas entidades respondentes.

Admitimos a possibilidade de um mesmo utente ter diferentes tipos de repostas, prestadas, por uma ou mais das entidades respondentes.

Não estão disponíveis dados sobre o número de utentes para algumas das tipologias de resposta identificadas e por algumas pelas entidades.

4. Áreas de intervenção e grupos-alvo considerados prioritários

A resposta requeria o estabelecimento de prioridades num universo de opções dadas, com pontuação 1 (mais prioritário), 2 (prioritário) e 3 (menos prioritário), bem como possibilidade de inclusão de outra(s) Áreas / Grupos Alvo, considerados prioritários, aos quais atribuiriam igualmente o respetivo grau de prioridade.

a. Quais as áreas consideradas mais prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental pelas entidades respondentes?

Constatamos pelos dados, graficamente apresentados, que as áreas de intervenção consideradas de maior prioridade no âmbito da Promoção da Saúde Mental são: a área da “Ação Social”; a área da “Educação”, com maior expressão se a considerarmos conjuntamente com a “Formação”; a área da “Saúde”; e a área do “Emprego”.

Relativamente à área da “Saúde”, não estando entre as referidas com maior frequência como a “A Mais Prioritária” é, ainda assim, referida como a “A Mais Prioritária” por 2 entidades e como “Prioritária” por outras duas entidades. No total, a sua elevada prioridade só é ultrapassada pela área da “Ação Social”.

Por fim, refira-se que uma das entidades inquiridas, indicou a área do “Lazer”, como “Outra” área a prioritária a ser considerada no âmbito da Promoção da Saúde Mental.

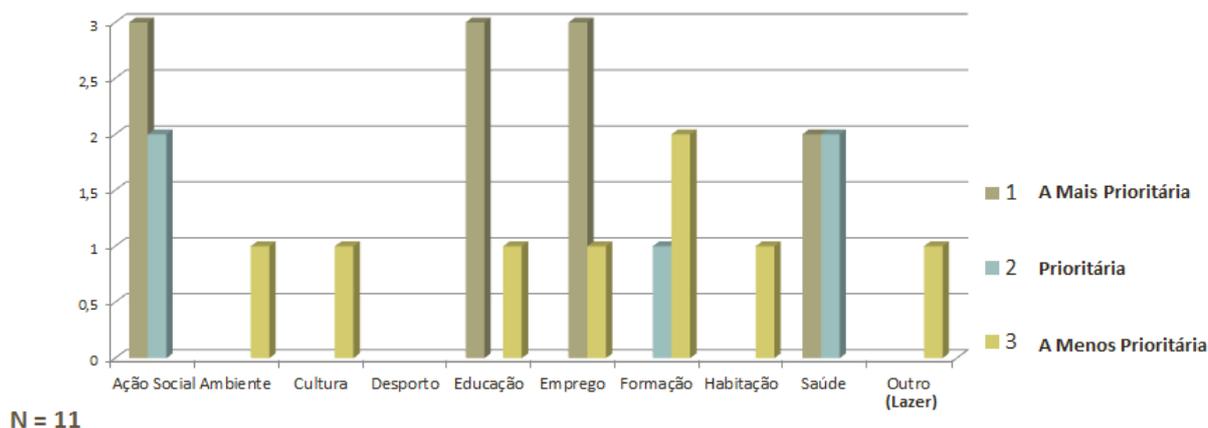


Figura 1 – Áreas prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental

b. Que grupos-alvo são considerados prioritários?

Quanto aos grupos-alvo considerados de maior prioridade para intervenção de promoção de saúde mental aparece, em primeiro lugar, o das “Crianças e Jovens”, seguindo-se-lhe o das “Pessoas Idosas”. As “Pessoas com Carências Socioeconómicas” e os “Desempregados de Longa Duração” estão também entre os alvos prioritários a considerar.

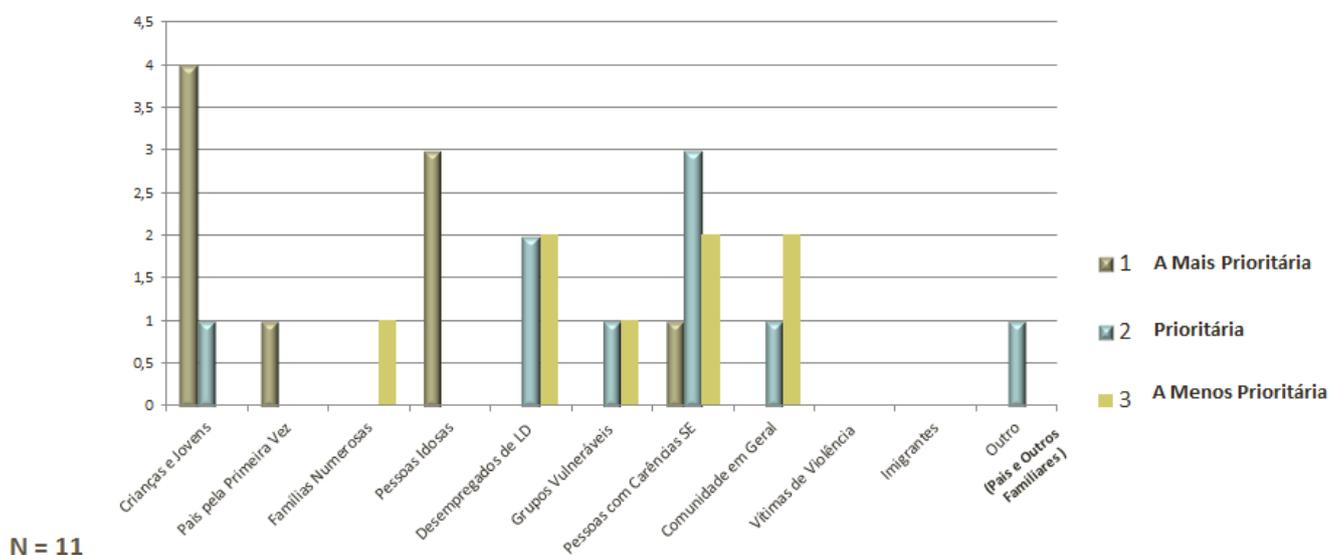


Figura 2 – Grupos-alvo prioritários no âmbito da promoção da saúde mental

5. Identificação dos recursos necessários considerados mais importantes para intervir na área da promoção da saúde mental

A questão apresentava-se sob a forma de um quadro de respostas, no qual, para cada item referente a Recursos Humanos, Recursos Materiais, ou Recursos Financeiros, a entidade inquirida dispunha de uma escala de *Likert*, de 4 pontos (muito necessário, necessário, desnecessário, muito desnecessário).

Também aqui se colocou a possibilidade de inclusão de outros recursos tidos por necessários, sobre os quais a entidade aplicaria igualmente a escala de *Likert*.

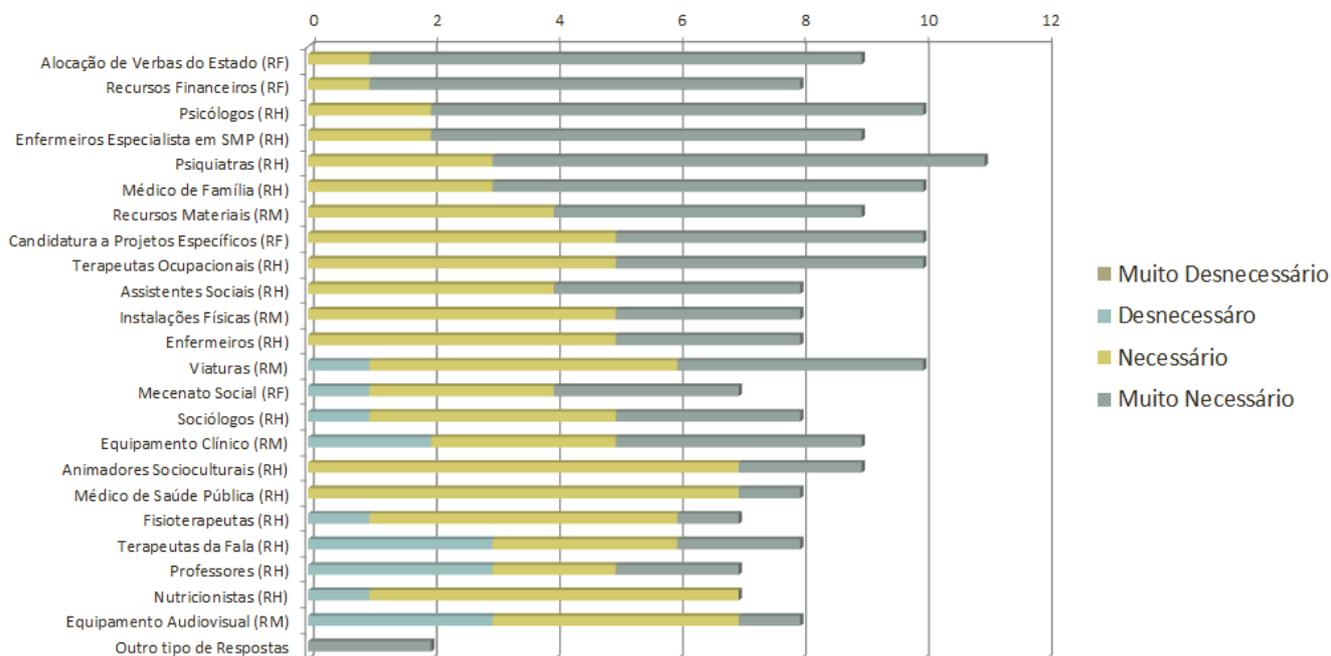


Figura 3 – Recursos considerados necessários para a promoção da saúde mental

Considerando os dados graficamente apresentados, constatamos que de entre os recursos tidos por mais necessários para a intervenção na Promoção de Saúde Mental surgem à cabeça os Recursos de ordem Financeira (RF) com destaque para a “Alocação de Verbas do Estado”, seguindo-se os Recursos Humanos (RH) com profissionais como “Psicólogo”; “Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”, “Psiquiatras” e “Médico de Família”. Os Recursos Materiais (RM) surgem depois sendo de entre estes, tidos como mais necessários, as “Instalações Físicas” e as “Viaturas”.

De referir ainda que a taxa de reposta foi diferente de item para item.

Quanto ao “Outro Tipo de Respostas” tida por muito necessária por duas instituições, referiam-se a recursos humanos, especificamente a “mediadores de conflitos” e “profissionais na área do exercício físico”.

6. Competências prioritárias na promoção da saúde mental

Esta questão apresentava-se também sob a forma de um quadro de respostas. Para cada um dos 21 itens referentes a afirmações de competência, a entidade inquirida dispunha de uma escala de *Likert*, de 4 pontos (nada necessária, pouco necessária, necessária, muito necessário).

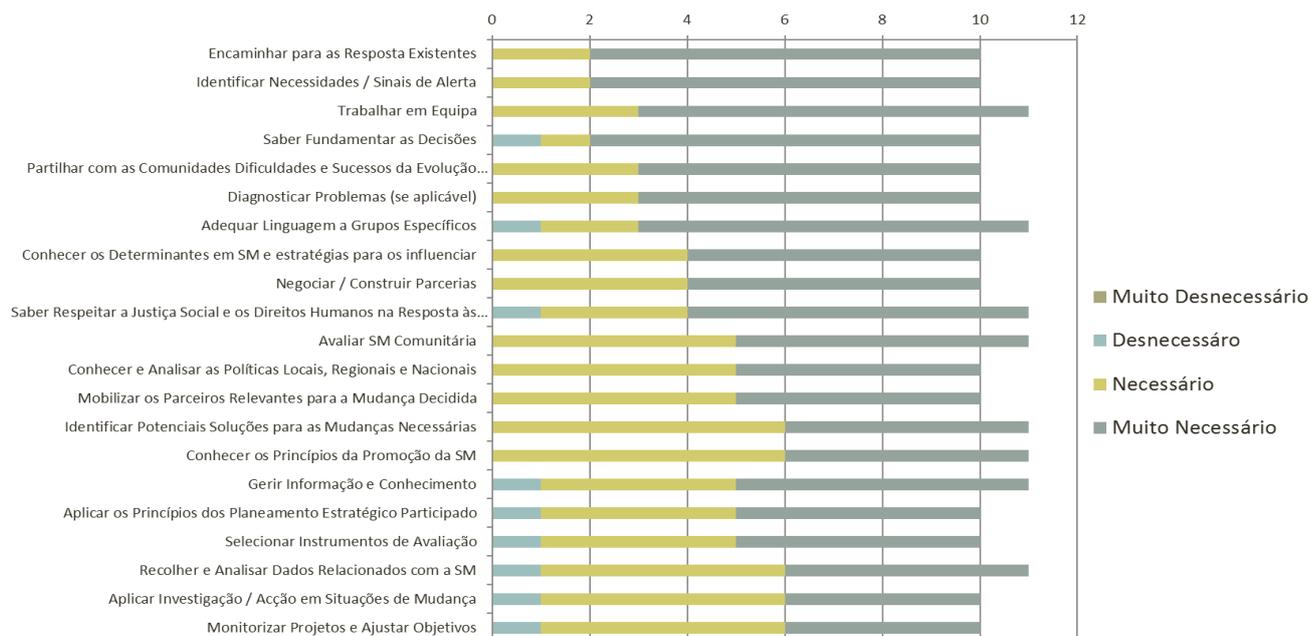


Figura 4 – Competências consideradas necessárias para a promoção da saúde mental

“Encaminhar para as respostas existentes” e “Identificar Necessidades / Sinais de Alerta” foram as competências tidas por mais necessárias para a Promoção em Saúde Mental. Logo de seguida o “Trabalhar em Equipa” e o “Saber Fundamental as Decisões”.

As respostas dadas quanto ao Perfil de competências necessário para a abordagem em Saúde Mental parecem remeter, em primeira instância, para um profissional capaz de identificar e diagnosticar necessidades e problemas de saúde mental, bem como proceder ao seu encaminhamento para as respostas existentes no sentido da sua resolução. Este Perfil orienta também para um profissional habilitado para o trabalho em equipa e em rede e para a construção / negociação de / em parcerias, sendo capaz de fundamentar as suas decisões.

7. Pertença a Redes

O questionário interrogava sobre a pertença a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Rede de Cidades Saudáveis (RCS), Rede de Cidades Educadoras (RCE) e Rede Social (RS) e se a articulação com a Rede Social funcionava ou não numa perspetiva de promoção da Saúde Mental. Em caso de pertencerem a uma Rede, solicitava-se a identificação de 3 pontos fortes e 3 pontos fracos dessa Rede.

De acordo com as respostas dadas, nenhuma das entidades respondentes pertence à RNCCI, à RCS, ou à RCE.

Das 11 entidades respondentes, 6 consideram que a articulação com a Rede Social funciona numa perspetiva de promoção da saúde mental, 3 consideram que não e 2 não respondem à questão.

Relativamente aos pontos fortes e fracos do funcionamento a Rede Social no Concelho, analisado o respetivo conteúdo, listam-se as unidades de significado e sua frequência de enumeração.

Pontos Fortes do Funcionamento da Rede Social no Concelho	Freq.
• Conhecimento do projeto	1
• Melhor conhecimento da realidade	2
• Identificação Problemas Comuns	2
• Diagnóstico atualizado do concelho	3
• Quebra Isolamento	1
• Parcerias	3
• Grupo de trabalho multidisciplinar	2
• Forte articulação entre serviços/parceiros para resolução de problemas	5
• Base de dados	1
• Facilidade na transição de informação	1
• Forma de divulgação de projetos de parcerias locais e supramunicipais	1
• Banco de voluntariado	1
• Disponibilidade de Recursos	1

Quadro 5 – Pontos fortes do funcionamento da Rede Social no Concelho

Pontos Fracos do Funcionamento da Rede Social no Concelho	Freq.
• Fraca adesão dos parceiros	2
• Funcionamento deficiente da rede, por absentismo dos parceiros.	1
• Pouca participação ativa	1
• Falta de intercomunicação entre parceiros	1
• Trabalho individualizado das instituições	1
• Falta de atividades em prol do público-alvo	1
• Falta de dinamismo e liderança (especialmente da administração central)	1
• As entidades não vêm o CLAS como um organismo potenciador ao seu desenvolvimento	1
• Fraca divulgação	1
• Resistência à mudança	1
• Adaptação horária	1
• Falta de técnicos especializados suficientes	2
• Falta de Recursos Financeiros	2

Quadro 6 – Pontos fracos do funcionamento da Rede Social no Concelho

8. Articulação com o setor da saúde

A questão da articulação com o Setor da Saúde, além de inquirir sobre a existência ou não de articulação, solicitava resposta quanto ao grau de interação, com uma lista definida de estruturas do Setor da Saúde.

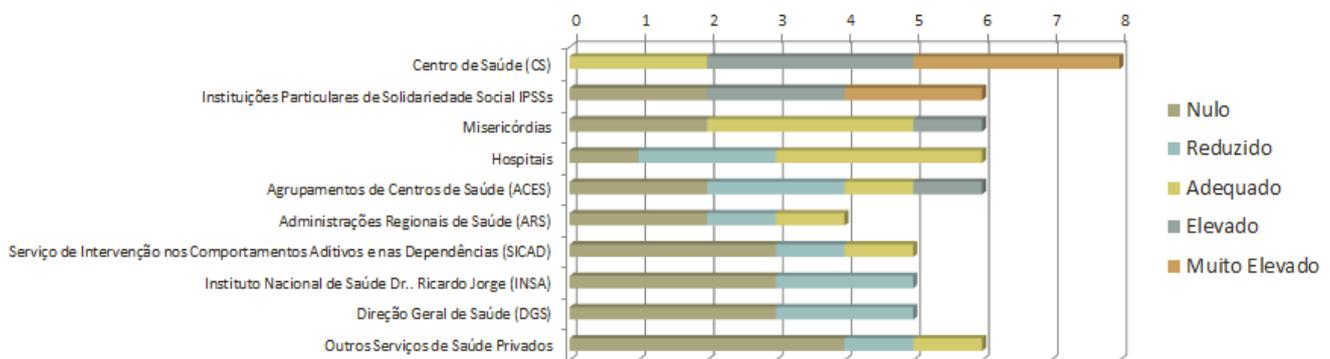
a. Há articulação com o setor da saúde?

Quanto à existência de articulação das entidades inquiridas com o setor da saúde, 8 indicaram que sim, 2 indicaram que não e uma, não respondeu.

b. Grau de Interação com estruturas do Setor da Saúde?

Todas entidades inquiridas assinalaram interação com o Centro de Saúde e na sua grande maioria, em grau “elevado” ou “muito elevado”.

As Instituições Particulares de Solidariedade Social IPSSs do setor da Saúde são aquelas com as quais as entidades inquiridas, de uma forma global, mais interagem a seguir ao Centro de Saúde e também em grau “elevado” ou “muito elevado”. Seguem-se a estas, por ordem decrescente de interação, as Instituições da Misericórdia, os Hospitais, os Agrupamentos de Centro de Saúde, a Administrações Regionais de Saúde (ARS), o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), a Direção Geral de Saúde (DGS) e por fim outros Serviços de Saúde Privados.



N = 8

Figura 5 – Grau de Interação com estruturas do Setor da Saúde

9. Projetos existentes em saúde mental

Da análise das respostas fornecidas nos questionários, constata-se a inexistência de referências de “Projetos Terapêuticos de Grupo”, de “Projetos terapêuticos Individuais” em Saúde Mental, de “Projetos para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves”, ou de “Outros Projetos”.

Enquadráveis em “Projetos Dirigidos à Pessoa com Deficiência Intelectual” são enumerados três projetos e designados dois: “Trissomia 21” e “Paralisia Cerebral”.

10. Que entidades participam de forma transversal no processo de ajuda de pessoas com necessidades em saúde mental?

As entidades que participam de forma transversal no processo de ajuda às pessoas com necessidades em saúde mental, identificadas e respondentes foram: Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de Alcácer do Sal; RSI - Centro Cultural dos Bairros de São João e Olival Queimado; Instituto da Segurança Social.

Respostas disponíveis [entidades transversais]			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	n
Respostas de saúde	Centro de Saúde	“Está disponível a resposta dada pelo Centro de saúde”	3
		“Centro de Saúde e respostas que esse poderá disponibilizar”	
		“No caso da saúde mental temos unicamente o apoio do centro de saúde”	
Respostas sociais	Segurança Social	“No âmbito do atendimento / acompanhamento social (...) na articulação com outros organismos públicos e privados no âmbito do acompanhamento social efetuado aos públicos referidos (público em situação e vulnerabilidade e exclusão social).”	1
	Cantina Social	“Cantina Social”	1

Quadro 7 – Respostas disponíveis

11. Necessidades em saúde mental identificadas pelas entidades

No global das referências a necessidades na área da Saúde Mental, contam-se a ausência e carência de respostas específicas, sociais e em saúde e a dotação de estruturas, equipamento e profissionais, que garantam repostas em saúde mental de continuidade e uma cobertura, local, nas 24 horas.

Em virtude da insuficiência / ausência destas respostas, são identificadas dificuldades na assistência à pessoa com problemas do foro mental, em situação aguda, ou no âmbito do acompanhamento da pessoa e família em situações crónicas, muitas vezes associadas à dependência e vulnerabilidade social.

Respostas que faltam [n=14]			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	n
Respostas que faltam	Recursos Humanos (Psicólogos e Psiquiatras)	“Mais Psicólogos, mais Psiquiatras (no SNS, neste concelho temos 1 psicólogo colocado no centro de saúde”.	1
	Internamentos na área de Saúde Mental	“As respostas que não existem e seriam necessárias passam por respostas de internamento (...)” “Internamentos, quer pontuais, quer de longa duração”	2
	Consultas na área da Saúde Mental	“Consultas na área da Saúde Mental”	1
	Saúde Ocupacional	“As respostas que não existem e seriam necessárias passam (...) também ao nível ocupacional.”	1
Necessidades	Respostas 24 horas	“Necessidade urgente de uma resposta 24 horas” “Dificuldade no acompanhamento permanente e noturno” “Dificuldade de resposta do Serviço de apoio domiciliário - resposta Insuficiente à noite”	3
	Lar	“O lar é sem dúvida uma necessidade emergente de resposta social”	1
	Respostas Específicas na área da Saúde Mental	“(…) não há respostas disponíveis (...) específicas para a saúde mental, o mesmo acontece para as respostas sociais, No Concelho as respostas sociais que existem são para o público em geral”.	1

Quadro 8 – Respostas que faltam

Para além dos dados até aqui apresentados segundo o modelo de análise definido juntam-se outros, em Anexo 2, referentes à Caracterização sumária das entidades - responsabilidades, recursos e respostas.

C. Síntese dos resultados

A maioria das entidades respondentes aos questionários A e B são Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSSs), seguindo-se as entidades Públicas.

Os públicos-alvo mais referidos e por um maior número de entidades foram a “População Idosa” e as “Crianças e Jovens”.

Das diferentes tipologias de resposta em saúde mental consideradas no questionário B identificam-se as seguintes no Concelho de Alcácer o Sal:

Serviços / Respostas: “Serviço de Atendimento, Avaliação” - identificado por 2 entidades, dando uma delas resposta a 123 utentes; “Apoio domiciliário” identificado por 6 entidades, dando resposta a um total de 146 utentes; “Intervenção Precoce” - identificado numa das entidades que dá resposta a 54 utentes.

Terapias: “Programa de recuperação psicossocial” - identificado numa das entidades que dá resposta a 60 utentes; “Apoio na Integração Social” - identificado por 2 entidades, dando uma delas resposta a 24 utentes.

Estruturas de Base Comunitária – Apoio Sócio Ocupacional e Residencial: “Equipas de apoio domiciliário” - identificado por 2 entidades, dando resposta a um total de 20 utentes; “Comunidade de inserção” identificada por uma das entidades como sendo “funcionárias de apoio domiciliário” e sem referência ao número de utentes ao qual respondem.

Apoio a Integração no Mercado de Trabalho: “Formação profissional” - identificado por uma entidade que dá resposta a 3 utentes; “Apoio à colocação” - identificado por 2 entidades, que dão resposta a um total de 201 utentes.

Respostas Comunitárias: “Atendimento / Acompanhamento” – Identificada por uma entidade sem referência ao número de utentes ao qual responde.

Respostas na Saúde: “Consultas / Especialidades” - identificado por uma entidade como resposta dada por um médico e duas enfermeiras, sem referência ao número de utentes ao qual respondem.

Para além destas tipologias foram referidas os seguintes “Outro Tipo de Respostas”: “Centro de dia” - identificado por 5 entidades, dando estas resposta a um total de 135 utentes; “Centro de Alojamento” - identificado por uma entidade que dá resposta a 20 utentes; “Promoção de competências parentais (grupo / individual)” – Identificada por uma entidade sem referência ao número de utentes ao qual responde; “Creche/ jardim-de-infância/ATL” - identificado por 2 entidades, dando resposta a um total de 115 utentes; “Residência Jorge Marques” que dá resposta a 44 utentes.

As tipologias de respostas presentes num maior número de entidades respondentes do Concelho são o “Apoio Domiciliário” (6 entidades) e o “Centro de dia” (5 entidades). As tipologias de respostas

identificadas que afetam um maior número de utentes no concelho são, por ordem decrescente, o “Apoio à Colocação” (201 utentes), o “Apoio Domiciliário” (146 utente), o “Centro de Dia” (135 utentes), o “Serviço de Atendimento, Avaliação” (123 utentes) e a “Creche/ jardim-de-infância /ATL” com 115 utentes.

As áreas de intervenção consideradas de maior prioridade no âmbito da promoção da saúde mental são: a área da “Ação Social”; a área da “Educação”, com maior expressão se a considerarmos conjuntamente com a da “Formação”; a área da “Saúde” e a área do “Emprego”.

Quanto aos grupos-alvo considerados de maior prioridade para intervenção de promoção de saúde mental aparece, em primeiro lugar, o das “Crianças e Jovens”, seguindo-se-lhe o das “Pessoas Idosas”. As “Pessoas com Carências Socioeconómicas” e os “Desempregados de Longa Duração” estão também entre os alvos prioritários a considerar.

Quanto aos Recursos tidos por mais necessários para intervenção na promoção da saúde mental surgem em primeiro lugar os Recursos de ordem Financeira (RF) com destaque para a “Alocação de Verbas do Estado”, seguindo-se os Recursos Humanos (RH) com profissionais como “Psicólogo”; “Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”, “Psiquiatras” e “Médico de Família”. O Recursos Materiais (RM) aparecem depois sendo de entre estes, tidos como mais necessários, as “Instalações Físicas” e as “Viaturas”.

De entre as competências consideradas mais necessária para intervir na promoção da saúde mental surgem: “Encaminhar para as respostas existentes” e “Identificar Necessidades / Sinais de Alerta” seguindo-se as de “Trabalhar em Equipa” e “Saber Fundamentar as Decisões”. O Perfil de competências mais necessário para a abordagem em Saúde Mental, remete, em primeira instância, para um profissional capaz de identificar e diagnosticar necessidades e problemas de saúde mental e proceder ao seu encaminhamento para as respostas existentes, bem como para um profissional habilitado para o trabalho em equipa e em rede, para a construção / negociação de / em parcerias e capaz de fundamentar as suas decisões.

De acordo com os dados, nenhuma das entidades respondentes pertence à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), à Rede de Cidades Saudáveis (RCS), ou à Rede de Cidades Educadoras (RCE).

Relativamente à articulação com a Rede Social, das 11 entidades inquiridas, 6 consideram que funciona numa perspetiva de promoção da saúde mental, 3 consideram que não e 2 não respondem à questão.

Salientam-se de entre os pontos fortes do funcionamento a Rede Social no concelho, pelo seu maior consenso: “Forte articulação entre serviços/parceiros para resolução de problemas” (5); “Parcerias” (3); “Diagnóstico atualizado do concelho” (3); “Melhor conhecimento da realidade” (2); “Identificação Problemas Comuns” (2); “Grupo de trabalho multidisciplinar” (2).

De entre os pontos fracos do funcionamento a Rede Social no concelho foram referidos com maior frequência: “Fracá adesão dos parceiros” (2); “Falta de técnicos especializados suficientes” (2); “Falta de Recursos Financeiros” (2).

A maioria das entidades respondentes articula com instituições do setor da saúde, sendo a interação com o “Centro de Saúde” a que está presente em todos os casos e na sua maioria em grau “elevado” ou “muito

elevado”. A interação com as Instituições Particulares de Solidariedade Social IPSSs do setor da Saúde está também muito presente e igualmente em grau “elevado” ou “muito elevado”. Seguem-se, no grau de interação, as Instituições da Misericórdia, os Hospitais e os Agrupamentos de Centro de Saúde. O menor grau de interação identificado no universo das entidades respondentes foi com outros Serviços de Saúde Privados.

No âmbito dos Projetos Existentes em Saúde Mental no concelho, constata-se a inexistência de referências a “Projetos Terapêuticos de Grupo”, de “Projetos terapêuticos Individuais” em Saúde Mental, de “Projetos para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves”, ou de “Outros Projetos”. Enquadráveis em “Projetos Dirigidos à Pessoa com Deficiência Intelectual” são enumerados 3 projetos e designados 2: “Trissomia 21” e “Paralisia Cerebral”.

No global das referências a necessidades na área da saúde mental, consta-se a ausência, ou carência de respostas específicas, sociais e em saúde e a dotação de estruturas, equipamento e profissionais, que garantam repostas em saúde mental de continuidade e uma cobertura, local, nas 24 horas. Em virtude da insuficiência / ausência destas respostas, são identificadas dificuldades na assistência à pessoa com problemas do foro mental, em situação aguda, ou no âmbito do acompanhamento da pessoa e família em situações crónicas, muitas vezes associadas à dependência e vulnerabilidade social.

Dos principais motivos de recurso às entidades respondentes (Anexo 2) destacam-se: “Perda de Autonomia / Falta de Capacidade para realização de Tarefas da Vida Diária (alimentação, higiene pessoal e habitacional, tratamento da roupa, etc)” (5 referências); “Dificuldades Socioeconómicas” (2 referências); “Ingresso em creche, ATL e jardim-de-infância” (2 referências).

A perceção das entidades respondentes quanto ao estado de saúde mental da população-alvo divide-se entre a perceção de “Má saúde mental” (4 entidades) e a perceção de “Boa saúde mental” (4 entidades). Os argumentos mobilizados na fundamentação da perceção de “Boa saúde mental” são sobretudo da ordem da relação / proporção entre o reduzido número de casos existentes e a população assistida. Reconhecem-se, todavia, desafios existentes à saúde mental no concelho e apontam-se convicções sobre fatores protetores. Quanto à fundamentação da “Má saúde mental”, os argumentos assentam: em características da população que a tornarão mais vulnerável em termos de saúde mental; na existência de caso em número significativo; no desequilíbrio entre desafios e necessidades e os insuficientes recursos / repostas em saúde mental no concelho (Anexo 2).

A maioria das entidades considera a promoção da saúde mental “Importante” (Anexo 2).

Da análise realizadas, por entidade, sobre a relação entre o número de técnicos com formação em saúde mental e o número de técnico referidos como fazendo intervenção em saúde mental, constatamos um diferencial entre os recursos técnicos existentes com formação e a sua disponibilidade em termos de repostas em saúde mental. O número de técnicos com formação em saúde mental é, em alguns casos, superior ao daqueles que realizam intervenção em saúde mental (Anexo 2).

A maioria das entidades refere inexistência de diagnóstico de saúde mental na sua organização e nenhuma das entidades respondentes têm orçamento específico consignado para projetos de promoção de saúde mental (Anexo 2).

D. Discussão dos resultados

Partindo da caracterização geral do concelho de Alcácer do Sal, de acordo com os indicadores selecionados e sua comparação em termos regionais e nacional, podemos prever alguns desafios em termos de Saúde Mental bem, como de cobertura de serviços e repostas sociais e de saúde.

Alcácer do Sal é o segundo maior município do país em extensão territorial, com característica de ocupação marcada por uma distribuição heterogénea da população, que faz contrastar aglomerados populacionais urbanos (como a cidade de Alcácer do Sal onde reside maior parte da população do concelho) com áreas rurais de povoamento disperso. Estas características de ocupação, semelhantes a outros territórios da região, mas acentuadas no Concelho de Alcácer do Sal (o menos populoso e com menor densidade populacional do Alentejo Litoral), determinam particulares desafios ao nível do acesso e cobertura de serviços e respostas na região. O potencial isolamento em áreas de menor acessibilidade e maior distância dos centros urbanos merece especial atenção, sobretudo se fizermos a leitura articulada com a marcada tendência de envelhecimento desta população (índice de envelhecimento crescente e superior ao registado a nível regional e nacional), o decréscimo contínuo do número estimado de residentes (desde 2009) e os elevados índices de dependência total e de dependência de idosos (os mais elevados do Alentejo Litoral e com valores superiores ao registado a nível nacional).

A baixa Taxa Bruta da Natalidade que se inscreve numa tendência decrescente e de valores globalmente inferiores aos registados na região e no país é o outro lado desta realidade que acentua as perspetivas de envelhecimento da população do concelho.

Alcácer do Sal apresentava, no último censo, a terceira maior taxa de população inativa do Alentejo Litoral, com uma taxa de desemprego total de 11,1%. Em 2013 residiam no concelho 5250 pensionista o que representava 41,6% da população residente.

Note-se ainda que, de acordo com o censo de 2011, cerca de 23% dos núcleos familiares do concelho eram famílias unipessoais e destas, 62% constituídas por idosos (a viver sozinhos).

A tendência de envelhecimento registada nos últimos anos orienta-nos para uma eventual sobreposição ou aumento relativos destes valores (ainda não disponíveis) e interpelam-nos sobre a relação entre as reais e potenciais necessidades sociais e de saúde no concelho (especialmente na área da saúde mental) e a dotação de estruturas e recursos acessíveis para resposta.

A média de 2,7 enfermeiros e de 0,9 médicos por cada 1000 habitantes do concelho, registada em 2015 (INE), muito inferior ao registado na Região do Alentejo Litoral e no País, constitui um indicador objetivo da ausência / carência de recursos humanos da saúde locais, que a par da carência de estruturas, remetem a população de Alcácer do Sal para a procura de respostas exteriores ao concelho, distantes, (Santiago do

Cacém – Hospital do Litoral Alentejano; Setúbal – Centro Hospitalar de Setúbal ou outro) de acordo com a política/modelo de referenciação. Esta realidade acentua-se quando pensamos a Saúde Mental em particular.

As entidades participantes deste estudo deram-nos conta disso mesmo quando, de entre as necessidades identificadas em particular na área da saúde mental, encontramos a ausência, ou carência de respostas específicas (em saúde mental), sociais e em saúde e a insuficiente dotação de estruturas, equipamento e profissionais, que garantam repostas em saúde mental de continuidade e uma cobertura, local, nas 24 horas. Em virtude desta insuficiência / ausência de respostas foram identificadas dificuldades na assistência à pessoa com problemas do foro mental, em situação aguda, ou no âmbito do acompanhamento da pessoa e família em situações crónicas, muitas vezes associadas à dependência e vulnerabilidade social.

Esta escassez de respostas faz especial apelo à rede local, na construção das soluções possíveis, nem sempre capazes de atender todos os casos / necessidades.

Em reunião com as entidades da Rede, de apresentação e discussão dos resultados preliminares deste estudo no concelho (realizada a 10 de maio de 2016), foram debatidos algumas destas dificuldades / casos e a forma como as entidades articulam, encaminham e supervisionam as situações. Foi salientado: estados de *stress* e *burnout* vivido em algumas das entidades do concelho em virtude da subdotação de recursos e sobrelotação de utentes / necessidades de respostas bem como a forma como isso interfere na capacidade de resposta na/da rede local; a importância das relações de proximidade local na identificação, abordagem, encaminhamento e acompanhamento diário de pessoas e familiares de pessoa com problemas do foro mental; foi feita referência à importância de projetos levados a cabo pela Guarda Nacional Republicana no concelho como o “Escola Segura” e o “Idosos em Segurança” (projeto dirigido a pessoas com idades superiores a 65 anos, principalmente para os que vivem mais afastados ou isolados dos centros populacionais), pela sua relevância do ponto de vista da segurança mas igualmente enquadrável no âmbito do apoio social que à Guarda é cometida, dentro de um nova filosofia do servir socialmente; a existência atual de dois psiquiatras no Hospital Litoral Alentejano e acesso a uma consulta de pedopsiquiatria em Grândola (por via de um apoio dado pelo Hospital do Espírito Santo de Évora).

Na sequência do exposto e recordando alguns dos dados da síntese previamente realizada, gostaríamos de sublinhar a consistência encontrada entre os desafios colocados no concelho, com relevância para a saúde mental e as respostas dadas pelo universo de entidades respondentes. Os dados convergem para a relevância da população idosa e sua abordagem a nível social e de saúde. Os desafios de saúde mental e as respostas em saúde mental em Alcácer do Sal não se esgotam neste público-alvo, mas sendo o mais referido e por um maior número de entidades assume, neste estudo, uma relevância incontornável.

Os resultados deste estudo no concelho de Alcácer do Sal, resultam da resposta de 45,2% das entidades identificadas. Revelam-nos uma realidade que poderá não representar a globalidade das entidades do concelho, mas cujo valor da participação se reconhece, quer no processo, quer no resultado. Cremos que este relatório poderá constituir-se num contributo relevante para consciencializar presente e pensar futuro.

ANEXO 1. Lista das entidades respondentes

Alcácer do Sal				
Questionários	A	B	C	Total
N (Lista)	1	24	6	31
Devolvidos	1	10	3	14
				45,2%

- A** Câmara Municipal de Alcácer do Sal
- B** AURPICAS - Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos do Concelho de Alcácer do Sal
 Junta de Freguesia da Comporta
 Associação de Apoio Social de Casebres
 Associação para o Desenvolvimento do Torrão
 Fundação Herdade da Comporta
 Centro Social de Santa Susana
 Centro Social Rio Moinhos Sado
 Centro Cultural dos Bairros São João e Olival Queimado
 Agrupamento de Escolas de Alcácer do Sal
 Casa do Povo de Azinheira dos Barros
- C** Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Alcácer do Sal (CPCJ)
 Instituto da Segurança Social IP – Centro Distrital de Setúbal
 RSI - Centro Cultural dos Bairros de São João e Olival Queimado

ANEXO 2. Caracterização sumária das entidades - responsabilidades, recursos e respostas

Qual o estado de saúde mental da população-alvo percecionado pelas instituições?

Nos Questionários A e B, foi solicitada resposta a cada Instituição quanto à perceção do Estado de Saúde Mental (SM) da sua População-Alvo. Utilizou-se para tal uma escala de *Likert* com 4 pontos (Muito Má SM; Má SM; Boa SM; Muito Boa SM) e solicitou-se em alínea seguinte a sua fundamentação.

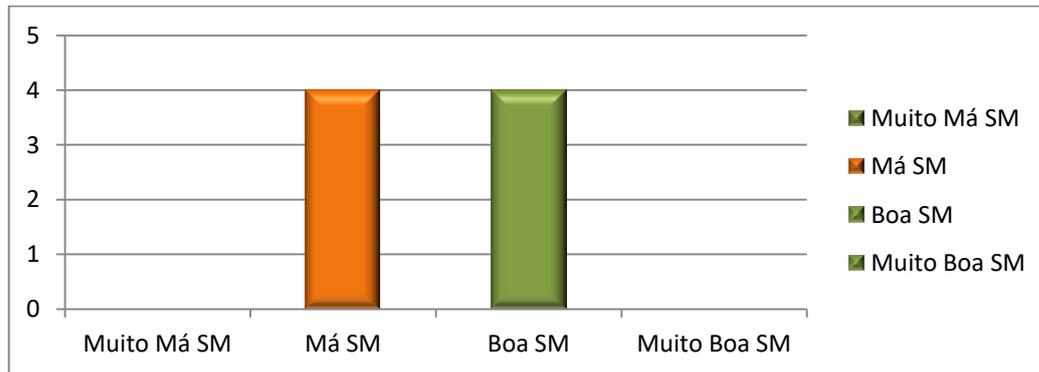


Figura 6 – Perceção das instituições sobre o estado de saúde mental

Das 11 entidades inquiridas, 8 responderam a esta questão. Destas, 4 tem a perceção de que o seu público-alvo tem boa saúde mental e 4 tem a perceção de que o seu público-alvo tem má saúde mental.

Os argumentos mobilizados na fundamentação da perceção de “Boa SM” são sobretudo da ordem da relação / proporção entre o número de casos existentes e a população assistida: *“Em 1200 alunos temos 90 sinalizados”; “Apesar de alguns casos críticos que são difíceis de gerir (que são a minoria), globalmente, os utentes, nas várias faixas etárias, têm uma boa saúde mental”; “Os nossos utentes não têm tido, pelo menos diagnosticados, problemas de saúde mental. Tivemos duas utentes diagnosticadas e acompanhadas pelo Sistema Nacional de Saúde. Sempre controladas e apoiadas”; “(...) de uma maneira geral, a saúde mental dos utentes (...) não pode ser considerada má. São mais situações de apoio do que de tratamento”.*

Reconhecem-se desafios existentes a saúde mental: *“Apesar das carências existentes (geradoras de stress) e dos baixos níveis socioculturais (geradores de conflito) (...)”,* e apontam-se convicções sobre fatores protetores: *“É uma população que vive num meio rural onde há proximidade familiar não existindo isolamento (...)”.*

Quanto à fundamentação da “Má SM”, os argumentos assentam em características da população que a tornarão mais vulnerável em termos de saúde mental; *“População envelhecida, sofrendo de isolamento (aldeia rural), acompanhando por vezes o desaparecimento de filhos por falecimento. Alto nível de consanguinidade entre famílias. Falta de ocupação no dia-a-dia pela desertificação da aldeia, tanto em serviços, como em ocupações (...)”;* na existência de caso em número significativo: *“Depressão geral”; “São cada vez mais diagnosticados problemas de saúde mental”; “Temos conhecimento de algumas situações que encaminhamos para as consultas de psiquiatria”* e no desequilíbrio entre estes desafios e necessidades e os

insuficientes recursos / respostas em saúde mental no concelho: *“Inexistência de respostas adequadas a questões relacionadas com a saúde mental”; “ (...) Contudo, o concelho não tem meios e recursos de resposta”; “Quando os problemas são diagnosticados por vezes já estão numa fase bastante avançada da doença”.*

Que importância atribuem as entidades à promoção da saúde mental?

Quando questionadas sobre a importância atribuída à saúde mental, com recurso a uma escala tipo *likert* com 4 pontos (nada importante; pouco importante; importante; muito importante), obtivemos as seguintes respostas:

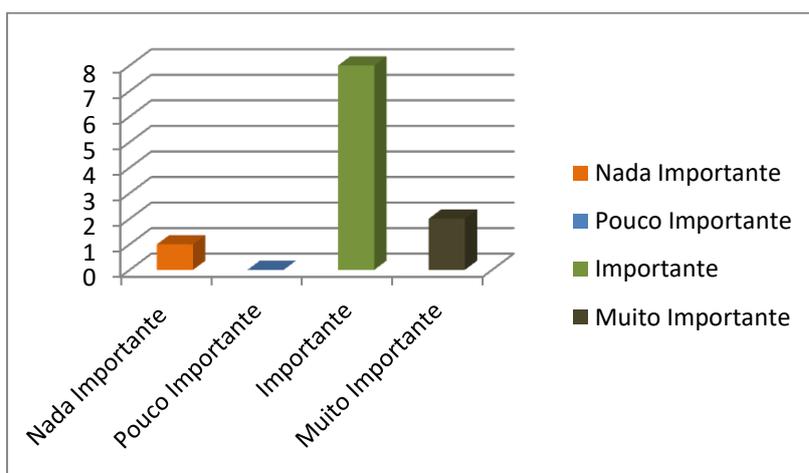


Figura 7 – Percepção das instituições sobre a importância da saúde mental

Todas as 11 entidades responderam a esta questão. A grande maioria (8) considera “Importante” a promoção da saúde mental, e 2 entidades consideram “Muito Importante”. Apenas uma entidade considera “nada importante” a Promoção da Saúde Mental.

A instituição apresenta quantos técnicos com formação na área de saúde mental? Quantos técnicos fazem intervenção em saúde mental?

Das 10 entidades inquiridas, 7 responderam a esta questão. Verificamos a inexistência de técnicos com formação e a intervir em saúde mental em 3 das sete entidades respondentes.

Da relação entre o número de técnicos com formação em SM e o número de técnico referidos como fazendo intervenção em saúde mental, apresentada em tabela, constatamos um diferencial entre os recursos técnicos existentes e a sua disponibilidade em termos de repostas em saúde mental nas entidades.

O número de técnicos com formação em saúde mental é, em alguns casos, superior ao daqueles que realizam intervenção em saúde mental.

Entidade	Número de técnicos com formação em SM	Número de técnico que fazem intervenção em SM
A	0	0
B	1	0
C	1	1
D	0	0
E	0	0
F	7	4
G	3	0

Quadro 9 – Relação número de Técnicos com Formação em SM com número de funcionários que intervêm em SM por entidade

Existe diagnóstico de saúde mental na instituição?

Das 10 entidades inquiridas a maioria refere inexistência de diagnóstico de saúde mental na organização.

Diagnóstico de Saúde Mental	
	Nº
Não	8
Sim	2

N=10

Quadro 10 – Diagnóstico de Saúde Mental

Descrição da população de utentes da instituição

Das 10 entidades inquiridas obtivemos dados de 7 cuja caracterização da população de utentes se apresenta em tabela.

Entidade	Utentes	Homens	Mulheres	[+ 65 anos]	[- 18 anos]	c/ Dça mental	Em Apoio Domiciliário
I	33	15	18	33	0	0	10
II	589	249	340	--	253	16	--
III	25	10	15	25	0	0	15
IV	31	12	19	28	0	8	0
V	99	--	--	0	99	0	0
VI	90	--	--	--	90	90	--
VII	123	60	63	55	31	3	37

N=10

Quadro 11 – Distribuição da população de utentes (Género; Faixa etária; Referenciados com doença mental; Com apoio Domiciliários)

Principais motivos de recurso à instituição?

Obtivemos dados de 7 das 10 entidades inquiridas.

Os principais motivos são Perda de Autonomia / Falta de Capacidade para realização de Tarefas da Vida Diária.

Principais Motivos de Recurso à Instituição (n=7)	
Perda de Autonomia / Falta de Capacidade para realização de Tarefas da Vida Diária (alimentação, higiene pessoal e habitacional, tratamento da roupa, etc.)	5
Acompanhamento psicológico e psicossocial.	1
Ingresso em creche, ATL e jardim-de-infância	2
ATAP: famílias com crianças e jovens que necessitem de ajuda para fazer mudanças com vista ao bem-estar da criança	1
GIP: colocação em emprego ou formação	1
Dificuldades Socioeconómicas;	2
Problemas de Saúde	1

Quadro 12 – Principais Motivos de Recurso à Instituição

Para que entidades são as situações mais frequentemente encaminhadas?

Obtivemos dados de 5 das 10 entidades inquiridas.

Encaminhamento (n=5)	n
Lar (ERPI)	2
RNCCI (Cuidados Continuados)	1
Para resposta proveniente da educação	1
Respostas sociais adequadas às necessidades demonstradas.	2

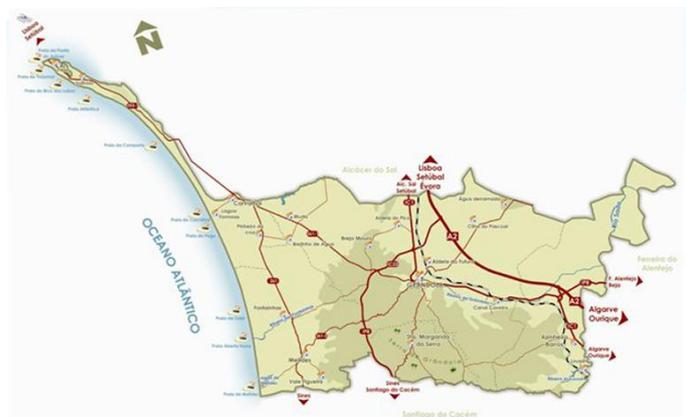
Quadro 13 – Encaminhamento da Instituição

Existem orçamentos disponibilizados para aplicação nos projetos de saúde mental?

Das 10 entidades inquiridas obtivemos resposta de 7 e nenhuma delas tem orçamento consignado para projetos de promoção de saúde mental. Das respostas obtidas: “Não existe” orçamento (2); “Sem Orçamento” (1); “Não se aplica” (1); “0,00€” (2); “Não Calculado” (1).

3.2. GRÂNDOLA

A. Caracterização geral



[mapa³⁹]

Território	<p>O Concelho de Grândola encontra-se inserido no Litoral Alentejano, com uma área aproximada de 814Km² e 14 826 habitantes (2011). Divide-se em quatro freguesias: Carvalhal⁴⁰, Melides⁴¹, União das freguesias de Grândola e Santa Margarida da Serra⁴², Azinheira de Barros e São Mamede de Sádão⁴³.</p>
	<p>Em termos de relevo, integra a serra de Grândola, a planície e uma extensa costa marítima, ou seja, divide-se em três áreas diferenciadas: a Bacia do Sado (planície), a Serra de Grândola e a Faixa Litoral, dotadas de diferentes formas relativamente ao relevo, clima e coberto vegetativo (Município de Grândola, 2015). Confina a norte com o concelho de Alcácer do Sal, a este com o de Ferreira do Alentejo, a sul com o de Santiago do Cacém, a oeste com o Oceano Atlântico, e a norte e noroeste com o rio Sado, que o separa do concelho de Setúbal. Região (NUTS II) do Alentejo e sub-região (NUTS III) do Alentejo Litoral.</p>
Distribuição populacional	<p>O concelho de Grândola apresenta uma densidade populacional de 18.00 habitantes por km², um pouco superior aos outros concelhos da região como Odemira (15.1 Hab/km²) e Alcácer do Sal (8.7 Hab/ km²) com características de ocupação semelhantes [Censos 2011], sendo que a população tem vindo a diminuir⁴⁴. Mais de metade da população (53,8%) tem entre 25 e 64 anos; cerca de um quarto da população tem menos de 24 anos (12,5 entre 0 e 14; 8,5% entre 15 e 24 anos); 25,2% tem 65 anos e mais.</p>

³⁹ <http://www.cm-grandola.pt>

⁴⁰ **Carvalhal**, área aproximada de 56.00 km², a mais recente freguesia do concelho de Grândola; orla costeira a rondar os 30 km, incluindo a península de Tróia. A população ronda os 1630 habitantes (Censos 2011), reforçada pela existência do Estabelecimento Prisional de Pinheiro da Cruz.

⁴¹ **Melides**, com 162.70 km², é a segunda maior do concelho. Do ponto de vista do relevo apresenta duas zonas distintas: no litoral predominam as charnecas, na restante área predomina a serra, ocupada por montados de sobro e algum pinhal.

⁴² **Grândola e Santa Margarida da Serra**, a maior freguesia do concelho, com 416,25 km² de área e 10 834 habitantes (Censos 2011). Densidade de 26 hab/km².

⁴³ **Azinheira dos Barros e São Mamede do Sádão** (172.52 km²) resulta da agregação de duas freguesias autónomas, em 2013. São Mamede tem aproximadamente 414,4 km², e a população ronda os 10834 habitantes (censos de 2011); a Azinheira dos Barros com área aproximada de 172,5 km², no extremo sudeste do Concelho, população, predominantemente idosa, ronda os 704 habitantes (censos de 2011). Densidade populacional de 4,1 hab/km² (2011).

⁴⁴ Em 1960 era de 25.7 Hab/ km² e em 2001 de 18.2 Hab/ km². De acordo com os Censos de 2011, a população residente era de 14.826 mil habitantes e em 2001 era 14.901 mil habitantes (INE, 2016).

Índice de envelhecimento	Em termos nacionais, o índice de envelhecimento era de 138.6 em 2014; no Concelho de Grândola, no mesmo ano, o índice era de 197.2, muito superior ao que se verifica a nível nacional.
Taxa bruta de natalidade	Segundo o INE, entre 2001 e 2013, ocorreu no concelho um decréscimo da Taxa bruta de natalidade, verificando-se 8,4‰ e de 7,3‰, respetivamente (PORDATA, 2015) – em Portugal foi 10,9 e 7,9 respetivamente.
Índice de dependência	Comparativamente aos índices nacionais de dependência, Grândola apresenta menos 2.5% nos jovens e mais 12.4% nos idosos (PORDATA, 2016). <u>Ocupa o segundo lugar no litoral alentejano com maior índice de dependência nos idosos</u> , a seguir a Odemira, e o terceiro lugar quanto ao índice de dependência de jovens.
Situação socio-económica	O concelho de Grândola tem uma taxa de desemprego de 11,1% e a 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos 434 desempregados (o que representa 6% da população residente entre os 15 e os 64 anos). A população em idade ativa são 6.305; taxa de emprego de 43,25%. A larga maioria (71,6%) desenvolve atividade no setor terciário, com um quinto no sector secundário (20,3%) e uma percentagem de 8,2% no sector primário. <u>É o concelho do Litoral Alentejano com maior percentagem de população inativa</u> , superando Odemira que em 2011 apresentava 43.7% de população inativa (PORDATA, 2016).
Estruturas Familiares	Existiam 4.497 núcleos familiares (2011), sendo 43,4% sem filhos e 14,2% monoparentais; 66,2% são famílias unipessoais constituídas por idosos (a viver sozinhos) e 43,7% é população idosa a viver exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos.
Proteção social	223 beneficiários do subsídio de desemprego, 198 beneficiários de RSI (1,3% da população), 389 beneficiários do Complemento Solidário para Idosos (10,4% da população com 65 ou mais anos). 25,6% da população residente é pensionista por velhice, 9,2% tem pensão de sobrevivência e 2,2% por invalidez.
Registo de crimes	Em 2013, registo de 735 crimes, a maioria contra o património; em termos de violência doméstica, no concelho de Grândola registaram-se 36 casos em 2014.
Organização dos serviços de saúde	- Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) "visa coordenar as ofertas e otimizar os recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários à comunidade que serve" (ARSA, site); - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, desde 1 de Novembro de 2012, por agregação do Hospital do Litoral Alentejano (HLA) e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL) faz a “gestão integrada dos cuidados primários, hospitalares e continuados da região do Alentejo Litoral, englobando a oferta dos prestadores de cuidados do SNS dos concelhos de Alcácer do Sal, Sines, Odemira, Grândola e Santiago do Cacém, para uma população global de cerca 100.000 habitantes” (CMS, 2014, p. 21). O HLA situa-se a cerca de 25 km de Grândola. (Portal da Saúde, 2015). - Centro Hospitalar de Setúbal presta cuidados de saúde a uma grande área geográfica que ocupa a parte sudoeste litoral da Península de Setúbal e Litoral Alentejano, desenvolvendo a sua atividade, numa perspetiva de complementaridade, na área da Saúde Mental e Psiquiátrica com o ACES do Alentejo (Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira), existindo interface com a Equipa da Consulta Comunitária de Saúde Mental e o Departamento de Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal. - Hospital do Espírito Santo de Évora tem uma área de influência de segunda linha que abrange toda a região do Alentejo, incluindo Grândola.

- Grândola tem uma Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP), subdividida em 5 extensões de Saúde (Grândola, Melides, Carvalhal, Azinheira de Barros e Lousal) e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Grândola que apresentam no total cerca de 14.641 utentes inscritos (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E, s.d.). Esta UCC integra "a educação para a saúde, redes de apoio à família e a dinamização da Unidade Móvel de Saúde, que percorre os 805 km² da área geográfica concelhia". A Unidade Móvel de Saúde visa a prestação de cuidados de saúde e apoio social a pessoas geográfica e socialmente isoladas, resulta de uma parceria entre ARS do Alentejo e a Câmara Municipal de Grândola, contando com uma equipa multidisciplinar composta por elementos do Município de Grândola e da Unidade de Cuidados na Comunidade "Serra e Mar": assistente social, enfermeiro e motorista, a que poderão juntar-se outros técnicos.

Recursos Humanos na Saúde

No ano de 2013 por cada 1000 habitantes existem 4,3 médicos em Portugal Continental, 1,6 no Alentejo Litoral e 0,9 em Grândola (INE, 2013). Em Portugal, no ano de 2013 existiam 6,3 enfermeiros por 10000 habitantes, sendo 3,9 no Litoral Alentejano e 2,2 em Grândola (INE, 2013). De acordo com o PORDATA, em 2014, em Grândola, havia 17 médicos 30 enfermeiros, 4 dentistas, 8 farmacêuticos.

[PORDATA, 2014], [Censos,2011], [Anuário Estatístico, INE, 2014], [INE, 2016]	Grândola 2014	Alentejo Litoral 2014	Portugal 2014
População residente	14.910	96.488	10.401.062
Densidade populacional	18,1	18,2	112,8
Jovens (%) menos de 15 anos	12,7	12,6	14,5
População em idade activa (%) 15 aos 64 anos	62,3	62,8	65,5
Idosos (%) 65 e mais anos	25	24,6	20,1
Índice de envelhecimento (idosos/100 jovens)	197,2	195,5	138,6
Índice de Longevidade	54,5	53,2	49,0
índice de dependência total (%)	60,6	59,2	52,8
índice de dependência de jovens (%)	20,4	20,0	22,1
índice de dependência de idosos (%)	40,1	39,2	30,7
Taxa bruta de natalidade (‰)	6.1 ‰	7.0 ‰	7.9 ‰
Taxa bruta de mortalidade (‰)	12,7‰	12,3 ‰	10,1 ‰
Registo óbitos por suicídio (nº)	6	33	1.217
Óbitos (nº)	91	643	82.367
Taxa de desemprego (%)	11,1	10,9	13,2 (2011)
Pessoas inscritas centro de desemprego (%)	6%	8,3%	9,4%
Taxa de população inativa (%)	47,9 (2011)	46,4 (2011)	42,2 (2011)
Registo de crimes (nº)	615	2924	356.032 (2015)
Taxa de criminalidade (‰)	49,0 ‰		33,9‰
Queixas de violência doméstica (nº)	36	167	22.965

Quadro 1 - Indicadores selecionados do território

B. Respostas em Saúde Mental

Estavam identificadas 22 entidades [A - 1, B - 17 e C - 4] tendo-se obtido 14 respondentes [A - 1, B - 9 e C - 4], atingindo-se **63,6%** de resposta.

Da aplicação dos questionários, decorrem os resultados que se apresentam.

1. Qual a natureza das instituições que respondem na área da saúde mental, no concelho?

A maioria das entidades respondentes (A e B) são IPSS, seguido de públicas.

Natureza das Instituições	Nº	%
Pública	3	27,3
IPSS	6	54,5
Cooperativa de Solidariedade Social	1	9,1

Quadro 2- Natureza das instituições

2. Quais os público-alvo a que as instituições dão resposta em saúde mental?

O público-alvo com frequência mais elevada diz respeito aos grupos de pessoas idosas e população em geral, seguindo-se pessoas carenciadas (sejam crianças, jovens, idosos, famílias).

Público – Alvo	Nº
Idosos	4
População em geral	3
Pessoas (crianças, jovens, idosos, famílias) carenciadas	2
Pessoas com comportamentos aditivos	2
Pessoas com deficiência	1
Crianças	1
Pessoas com necessidades/dependências sociais	1

Quadro 3- Público-alvo das instituições, por categorias

3. Para as diferentes tipologias de resposta, quantas instituições dão resposta para a saúde mental e número de utentes?

Seguindo a tipologia do questionário, os resultados das entidades respondentes, apontam:

- Serviços /Respostas - uma entidade com atendimento (4 utentes), quatro com apoio domiciliário (total de 316 utentes), oito entidades realizaram 92 ações de divulgação/sensibilização (para 2181 utentes), uma realizou formação para técnicos (59, ajudantes de lar) e duas realizam intervenção precoce (para um total de 165 utentes);
- Grupo de auto-ajuda, numa entidade, para 5 utilizadores e sem número definido quanto a famílias;
- no que respeita a Terapias, uma entidade tem apoio na integração social (6 utentes).

	Serviços/Respostas					Grupos de Auto-Ajuda		Terapias				
	Serviço de Atendimento, Avaliação	Apoio domiciliário	Ações de Divulgação/Sensibilização	Formação para Técnicos	Intervenção precoce	para os utilizadores	para as famílias	Grupo para os Utentes	Grupo para os Familiares	Programa de reabilitação cognitiva	Programa de Recuperação Psicossocial	Apoio na integração social
Nº Entidades	1	4	8	1	2	1	1	1	1			1
Nª Utentes	4	316	2181	59	165	5	NR	31	NR			6

Quadro 4 – Respostas disponibilizadas e numero de utentes (serviços/respostas; Grupos de auto-ajuda; terapias)

- quanto a estruturas de base comunitária, apoio Sócio-Ocupacional e Residencial, existe uma comunidade terapêutica (31 utentes) e um Centro de Atividades Ocupacionais (42 utentes);

Estruturas de base comunitária - Apoio Sócio-Ocupacional e Residencial												
	Forum sócio-ocupacional	Unidade Vida Protegida	Unidade Vida Autónoma	Unidade Vida Apoiada	Residências de treino de autonomia	Residências autónomas de saúde mental	Residências apoio máximo	Unidades sócio ocupacionais	Equipas apoio domiciliário	Comunidade de inserção	Comunidade terapêutica	Centro de atividades ocupacionais
Nº entidades											1	1
Nº Utentes											31	42

Quadro 5 – Respostas disponibilizadas e numero de utentes (estruturas de base comunitária – apoio sócio- ocupacional e residencial)

- no que se refere a apoio à integração no mercado de trabalho, uma entidade realiza apoio à colocação (6 pessoas) e outra emprego apoiado (3 pessoas);

- quanto a respostas comunitárias, uma entidade realizou atendimento/acompanhamento (112 utentes, Unidade Móvel de Saúde) e uma referiu projeto com toda a comunidade;

- resposta na saúde, uma entidade registou 20 consultas/especialidades (psicologia, psiquiatria).

	Apoio à Integração no Mercado de Trabalho			Respostas comunitárias			na saúde
	Formação Profissional	Apoio à Colocação	Emprego Apoiado	Atendimento/Acompanhamento	Projetos Locais de intervenção comunitária	Outra	Consultas/especialidades
Nº entidades		1	1	1	1		1
Nº Utentes		6	3	112	14347		20
				UMS	População		

Quadro 6 – Respostas disponibilizadas e numero de utentes (apoio à integração no mercado do trabalho, respostas comunitárias respostas na saúde)

- nos campos de outras respostas, foram apontados o acompanhamento de beneficiários de RSI (198 utentes), 1 entidade com Centro de convívio (15 utentes), quatro entidades com Centro de Dia, envelhecimento ativo, com um total de 328 utentes; um ERPI com 150 utentes, uma com Lar residencial (15

utentes), um ATL (38 utentes), Universidade Sénior (com 15 participantes), Cantina Social (25 utentes) e creche e jardim de infância (com 16 utentes).

	Outro tipo de respostas									
	Acomp. benefic. RSI	Centro de Convívio	Centro de Dia/ Env. ATivo	E.R.P.I.	Lar residencial	ATL	ULD MG	Universidade e Sénior	Cantina Social	Creche e Jardim Infância
Nº entidades	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1
Nº Utentes	198	15	328	150	15	38	20	15	25	16

Quadro 7– Outro tipo de respostas disponibilizadas e numero de utentes

4. Áreas de intervenção e grupos-alvo considerados prioritários

- a. Quais as áreas consideradas mais prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental pelas entidades respondentes?

A resposta requeria estabelecimento de prioridades, com pontuação 1 (mais prioritário), 2 (prioritário) e 3 (menos prioritário), sendo, de acordo com os dados, apontada a Ação Social como a mais prioritária, seguindo-se a Saúde, a educação e o emprego.

No item «Outros» foram adicionados Reabilitação e Psicologia, como muito necessários.

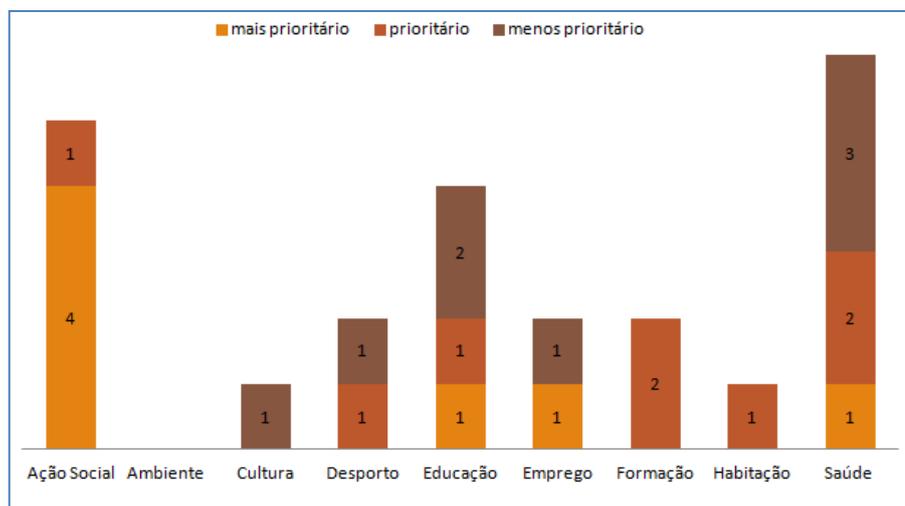


Figura 1- Áreas prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental

- b. Que grupos-alvo são considerados prioritários?

A resposta requeria estabelecimento de prioridades, com pontuação 1 (mais prioritário), 2 (prioritário) e 3 (menos prioritário), sendo apontadas as pessoas idosas, seguindo-se as pessoas com carências socioeconómicas e grupos vulneráveis.

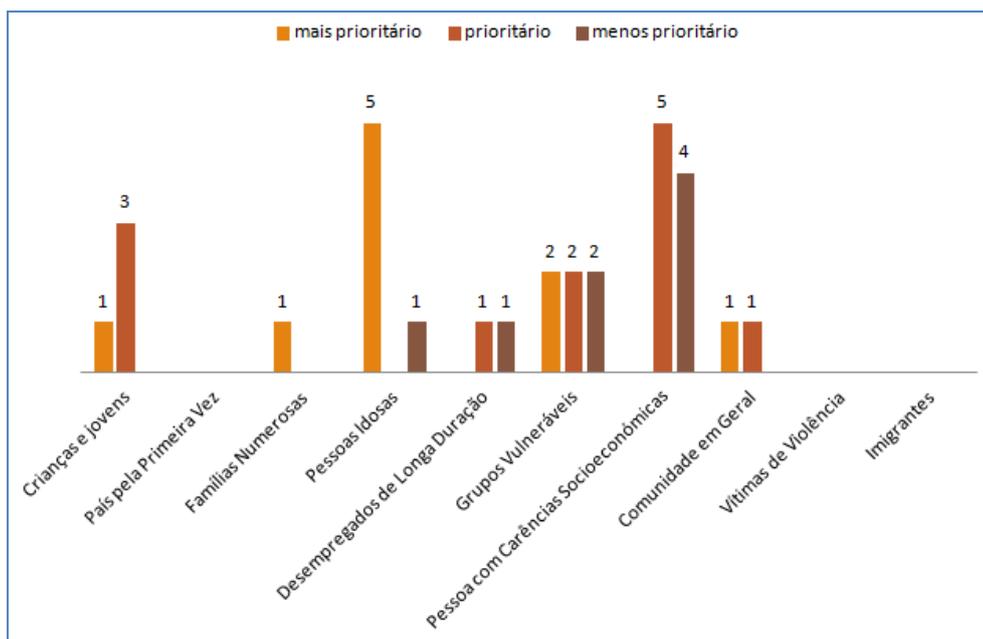


Figura 2 - Grupos alvo prioritários de intervenção na promoção da saúde mental

5. Identificação dos recursos necessários considerados mais importantes para intervir na área da saúde mental

A questão apresentava um quadro de respostas, com escala de Likert, de 3 pontos (muito necessário, necessário, desnecessário) com três grupos, relativos a recursos humanos, materiais e financeiros.

5a. De acordo com as entidades respondentes, os recursos humanos mais necessários são psiquiatras e psicólogos, seguindo-se enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, médicos de família e enfermeiros.

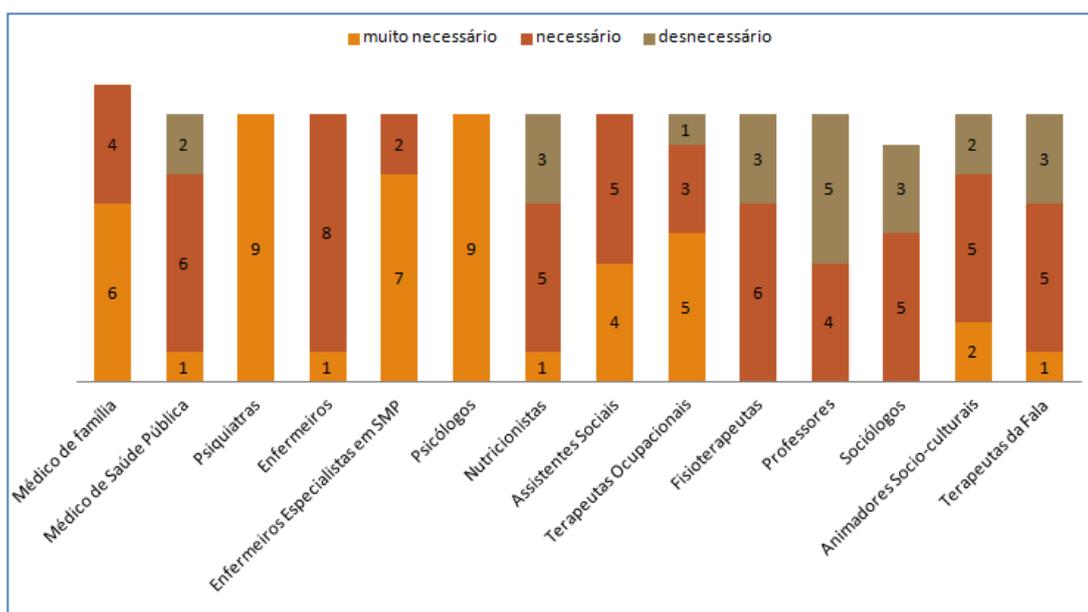


Figura 3 – Recursos humanos considerados mais necessários

5b. Quanto a recursos materiais, considerados predominantemente "necessários", releva-se equipamento clínico como o mais necessário, seguindo-se viaturas.

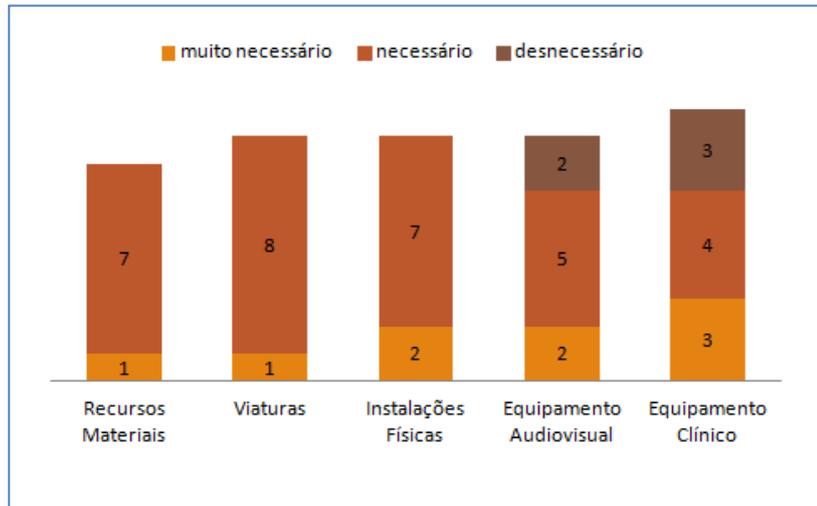


Figura 4 – Recursos materiais considerados mais necessários

5c. Quanto a recursos financeiros, considerados necessários (4) e muito necessários (3), releva-se como "muito necessário" a alocação de verbas do estado. Por uma entidade, foi acrescentado "Escolas".

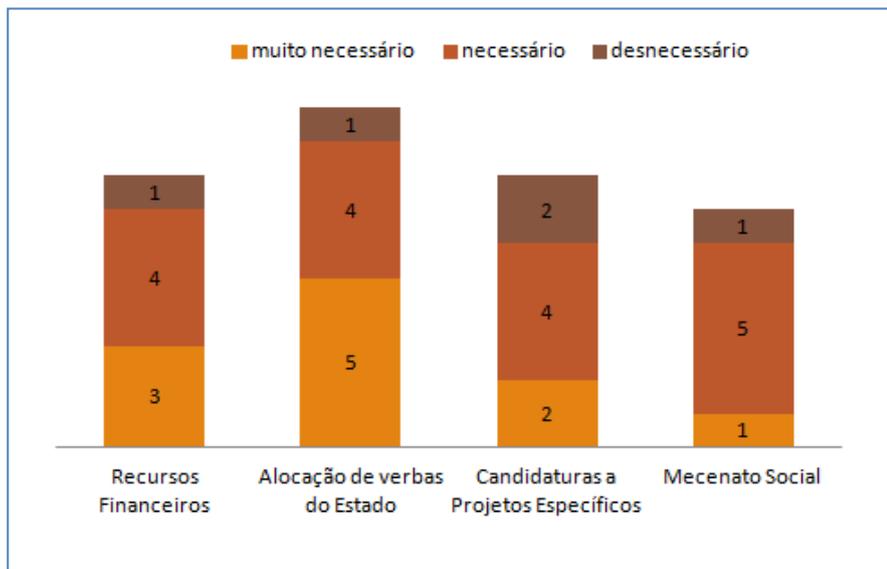


Figura 5 - Recursos financeiros considerados mais necessários

6. Competências prioritárias na promoção da saúde mental

A questão apresentava um quadro de respostas, com escala de Likert, de 3 pontos (muito necessário, necessário, desnecessário) associadas a 21 afirmações de competência.

Os dados obtidos contaram com a opinião de 8 entidades em todas as competências descritas.

As competências *conhecer os princípios da promoção da saúde mental e conhecer os determinantes da saúde mental e estratégias para os influenciar* são visualizadas com sendo as *muito necessárias*. Na

segunda linha de maior necessidade de competências a ser reunidas pelos profissionais na área de promoção de saúde mental surgem as competências *trabalhar em equipa, negociar/contruir parcerias, identificar necessidades/sinais de alerta e encaminhar para as respostas existentes*.

Importa salientar algumas competências que não sendo referidas como *muito necessária*, são no entanto classificadas como *necessárias* aos profissionais: *recolher e analisar dados relacionados com a saúde mental, mobilizar os parceiros relevantes para a mudança decidida e partilhar com as comunidades dificuldades e sucessos da evolução dos projetos*.

Cruzando as competências classificadas como *muito necessárias* e *necessárias* verifica-se que ter conhecimentos da área de intervenção, conhecer a comunidade a intervir, o trabalhar em equipa com os vários parceiros e incluir a multidisciplinariedade são pontos essenciais na intervenção na área da promoção da saúde mental. Por outro lado as competências consideradas como *nada necessárias* são *monitorizar projetos e ajustar objetivos, selecionar instrumentos de avaliação, aplicar investigação em situações de mudança, saber fundamentar as decisões e aplicar os princípios do planeamento estratégicos participado*.

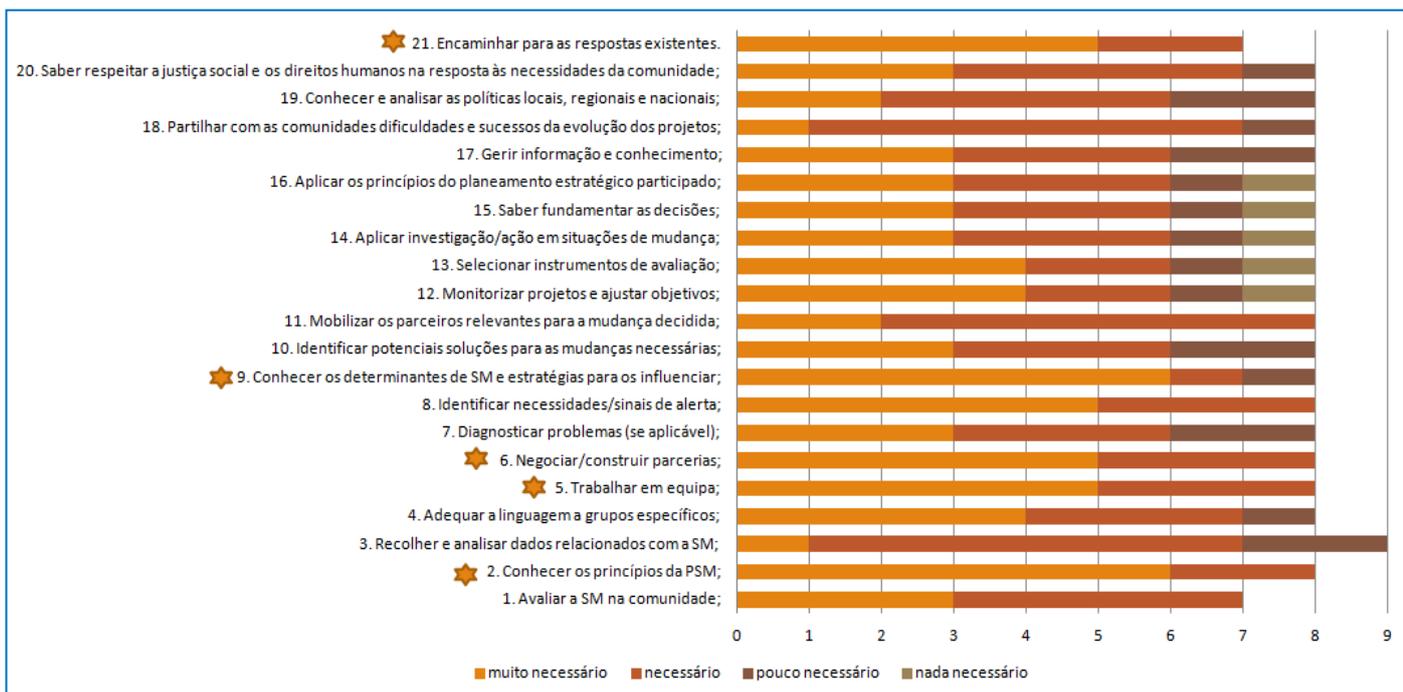


Figura 6 - Competências consideradas mais necessárias

7. Pertença a Redes

O questionário interrogava sobre a pertença a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Rede de Cidades Saudáveis (RCS), Rede de Cidades Educadoras (RCE) e Rede Social (RS) e se a articulação com a Rede Social funciona ou não numa perspetiva de promoção da Saúde Mental.

Em caso de pertencerem a uma Rede, solicitava-se a identificação de 3 pontos fortes e 3 pontos fracos dessa Rede.

Dos dados obtidos, uma entidade pertence à RNCCI e uma entidade pertence à RCE. Das 10 entidades, 8 consideram que a articulação com a Rede Social funciona numa perspetiva de promoção da saúde mental.

	Pontos fortes	Pontos fracos
RNCCI (n=1)	Multidisciplinaridade da equipa Equidade no acesso à RNCCI Prestação individualizada e humanizada de cuidados	Tempo de intervenção das técnicas Continuidade da prestação de cuidados no regresso ao domicílio/ restantes comunidades existentes, Tempo de espera para ingresso na RNCCI
RCE (n=1)	Partilha de experiências Trabalho de proximidade; Abordagem integrada e abrangente das questões.	Pouca divulgação do trabalho realizado; Rede muito fechada em si mesma; Frac Periocidade de formação e ação no tempo
RS (n=6)	Trabalho em Equipa [3] Partilha de informação [3] Forte articulação entre os parceiros [2] Colaboração interinstitucional/ Articulação entre instituições [2] Planeamento e diagnóstico participativos [2] Encaminhamento/ Reutilização de recursos/ equipamentos [2] Qualidade do Discurso Social e do Plano de Determinantes Sociais Recursos existentes na comunidade/qualidade da resposta Equipas multidisciplinares Motivação da equipa Melhor conhecimento sobre a realidade social	Recursos humanos escassos/ Falta de Técnicos Especializados [3] Frac participação de alguns parceiros [3] Falta de Recursos materiais/financeiros/apoio económico [2] Recursos existentes na comunidade Lacunas ao nível dos recursos e competências para o trabalho em rede Sentimento de pertença à rede ainda não generalizado Inexistência de Respostas de Saúde Mental; Reduzidos projetos para candidaturas e financiamentos e apoios Morosidade nas decisões Ausência de respostas em determinadas áreas

[nº] unidades de enumeração (frequência das respostas)

Quadro 8 – Pontos fortes e pontos fracos da pertença às Redes

8. Articulação com o setor da saúde

A questão da articulação com a saúde, além de inquirir sobre a existência de articulação (sim/não), solicitava resposta quanto ao grau de interação, com uma lista definida de entidades.

a. Há articulação com o setor da saúde?

Das entidades respondentes, a maioria (60%) articula com o setor da Saúde.

Articulação com setor da saúde	Nº	%
Sim	6	60
Não	1	10
Não responde	3	30

Quadro 9 – Articulação com o setor da Saúde

b. Com que estruturas e como é essa interação?

A maioria das entidades assinalou como muito elevado o grau de interação com Centro de Saúde, IPSS's e Hospitais, sendo mais elevada a frequência de nulo com entidades nacionais, como a DGS e o INSA. Também de grau elevado, a interação com ACES, SICAD, ARS e Misericórdias.

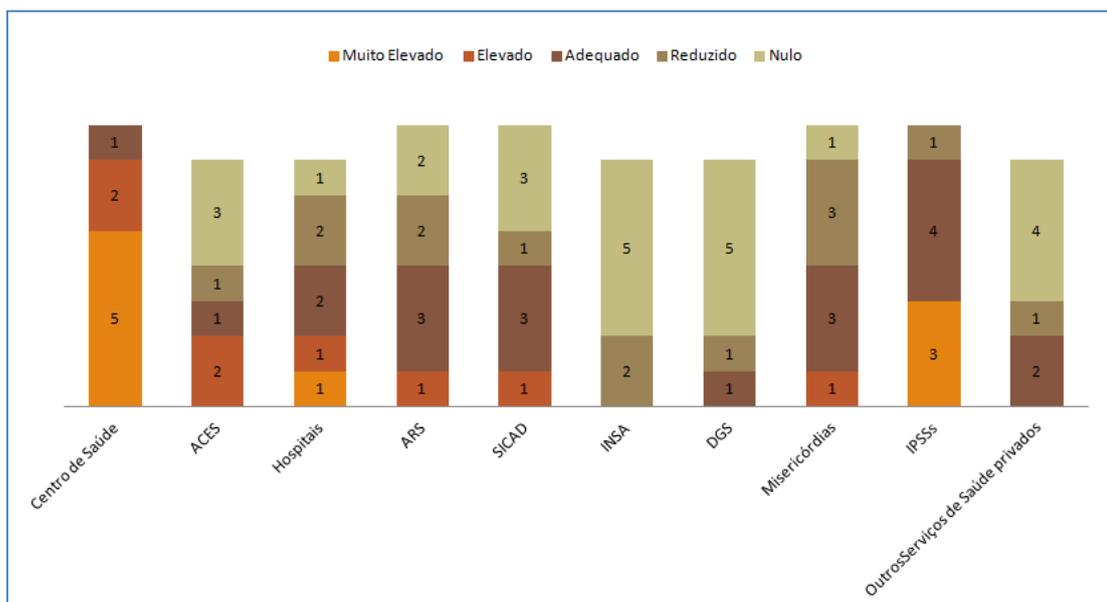


Figura 7 - Grau de interação com estruturas da Saúde

9. Projetos existentes em saúde mental

Com base na análise das respostas fornecidas pelos questionários, verifica-se que:

- Projetos Terapêuticos de Grupo - 1 das instituições referiu desenvolver projetos terapêuticos, 6 projetos com um total de 35 participantes;
- Projetos Individuais em Saúde Mental - existe 1 instituição com um total de 35 projetos;
- Projetos Terapêuticos Dirigidos à Pessoa com Deficiência Intelectual - existe 1 instituição que possui 1 programa de desenvolvimento pessoal e social para pessoas portadoras de deficiência (um anterior, “Eu e os Outros”, que evoluiu para “Ser...+”);
- nenhuma instituição referiu Projetos Para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves.

No tocante a *Outros Projetos*, foram apontados dois:

- a Unidade Móvel, sendo o público-alvo idosos isolados da região de Grândola (112 utentes);
- Unidade móvel para doentes em pós alta psiquiátrica (7 utentes).

10. Que entidades participam de forma transversal no processo de ajuda de pessoas com necessidades em saúde mental?

As entidades que participam de forma transversal no processo de ajuda às pessoas com necessidades em saúde mental, identificadas e respondentes foram: Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Grândola, GNR - Destacamento Territorial de Grândola, Rede Local Intervenção Social - SAAS (RLIS) e Serviços Locais da Segurança Social (NLI). Na área dos Comportamentos Aditivos, considerámos como transversal no concelho.

Respostas disponíveis [entidades transversais]			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	n
Respostas de saúde	Centro de Saúde	“Centro de saúde de Grândola”	2
	Psicologia e Psiquiatria	“Gabinete de Psicologia e Serviço de Psicologia e orientação do agrupamento” “Articulação com Unidade de psiquiatria da infância e adolescência do Hospital de Évora (Consulta em Grândola)”	2
Respostas sociais	Segurança Social	“A nível da segurança social estão disponíveis.”	1
	Câmara Municipal	“Acção Social do Município”	1
	Rede Local de Inserção Social	“Intervenção precoce RLIS, equipa de RSI” “Na RLIS as respostas existentes são as de atendimento e acompanhamento social”	2
	Santa Casa	“Santa Casa da Misericórdia”	1
	Tribunal	“Guarda Nacional Republicana”	1

Quadro 10 - Respostas disponíveis

11. Necessidades em saúde mental identificadas pelas entidades

No global, as entidades referiram como principais problemas o agravamento da situação clínica e social dos utentes, o que leva à necessidade de procura de outro tipo de respostas sociais que sejam adequadas, bem como a crescente dependência e impossibilidade dos utentes ficarem em casa própria. Outras necessidades referidas são: a inexistência de resposta na área da saúde mental, a falta de recursos e dificuldades no acompanhamento permanente (incluindo serviços de Apoio Domiciliário) a pessoas com necessidades em saúde mental.

À incapacidade de assegurar as necessidades básicas associa-se o isolamento e a indisponibilidade de famílias que trabalham para assegurar os cuidados básicos.

Respostas que faltam e necessidades [n=9]			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	n
Respostas que faltam	Nº Consultas/ Internamentos na área de Saúde Mental	“Consultas de Saúde mental”, “Internamentos quer pontuais quer de longa duração” “o reforço do número de consultas”; “Défice nas respostas em saúde mental.”	3
	Falta de técnicos	“Défice de profissionais”	2
	Escassez de Orçamento Social	“Os orçamentos são escassos a nível de apoio da segurança social”	1
Necessidades	Reforço do apoio familiar	“Falta de suporte familiar ”	1
	Acompanhamento	“Dificuldade no acompanhamento permanente e noturno”; “Dificuldade de resposta do SAD (serv. de Apoio Domiciliário)” “Aumento da capacidade de resposta nas valências da instituição”	2 1
	Económicas	“Cumprimento com os pagamentos dos apoios solicitados às instituições”	1

Quadro 11 - Respostas que faltam e necessidades

Os principais motivos de recurso às entidades transversais são as dificuldades sócioeconómicas e a incapacidade de assegurarem as suas necessidades básicas - adicionalmente, as pessoas recorrem por problemas de saúde incluindo dependência e tratamento de toxicodependências bem como falta de integração e acompanhamento a nível social e familiar.

C. Síntese dos resultados

A maioria das entidades respondentes (A e B) são IPSS, seguido de públicas. O público-alvo com frequência mais elevada diz respeito aos grupos de pessoas idosas e população em geral, seguindo-se pessoas carenciadas (sejam crianças, jovens, idosos, famílias).

Seguindo a tipologia das respostas presentes no questionário, os resultados apontam:

- Serviços /Respostas - uma entidade com atendimento (4 utentes), quatro com apoio domiciliário (total de 316 utentes), oito entidades realizaram 92 ações de divulgação/sensibilização (para 2181 utentes), uma realizou formação para técnicos (59, ajudantes de lar) e duas realizam intervenção precoce (para um total de 165 utentes);
- Grupos de auto-ajuda - numa entidade, para 5 utilizadores e sem número definido quanto a famílias;
- no que respeita a Terapias, uma entidade tem apoio na integração social (6 utentes);
- quanto a Estruturas de base comunitária, apoio Sócio-Ocupacional e Residencial, existe uma comunidade terapêutica (31 utentes) e um Centro de Atividades Ocupacionais (42 utentes);
- no que se refere a apoio à integração no mercado de trabalho, uma entidade realiza apoio à colocação (6 pessoas) e outra emprego apoiado (3 pessoas);
- quanto a respostas comunitárias, uma entidade realizou atendimento/accompanhamento (112 utentes) e uma referiu acompanhamento de toda a comunidade;
- resposta na saúde, uma entidade registou 20 consultas/especialidades (psicologia, psiquiatria).
- nos campos de outras respostas, foram apontados o acompanhamento de beneficiários de RSI (198 utentes), 1 entidade com Centro de convívio (15 utentes), quatro entidades com Centro de Dia, envelhecimento ativo, com um total de 328 utentes; um ERPI com 150 utentes, uma com Lar residencial (15 utentes), um ATL (38 utentes), Universidade Sénior (com 15 participantes), Cantina Social (25 utentes) e creche e jardim de infância (com 16 utentes).

As áreas de intervenção consideradas prioritárias são a Ação Social como a mais prioritária, seguindo-se a Saúde, a educação e o emprego.

Os grupos-alvo considerados prioritários são as pessoas idosas, seguindo-se as pessoas com carências socioeconómicas e grupos vulneráveis.

Quanto aos recursos necessários considerados mais importantes para intervir na área da saúde mental:

- recursos humanos - psiquiatras e psicólogos, seguindo-se enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, médicos de família e enfermeiros;
- recursos materiais - equipamento clínico como o mais necessário, seguindo-se viaturas;
- recursos financeiros - o considerado "muito necessário" a alocação de verbas do Estado.

De entre as competências consideradas mais necessárias para intervir na promoção da saúde mental, foram identificadas: *conhecer os princípios da promoção da saúde mental e conhecer os determinantes da saúde mental e estratégias para os influenciar* são visualizadas com sendo as *muito necessárias*. Na segunda linha de maior necessidade de competências a ser reunidas pelos profissionais na área de

promoção de saúde mental surgem as competências *trabalhar em equipa, negociar/contruir parcerias, identificar necessidades/sinais de alerta e encaminhar para as respostas existentes.*

Das dez entidades, uma entidade pertence à RNCCI, uma entidade pertence à RCE e oito consideram que a articulação com a Rede Social funciona numa perspetiva de promoção da saúde mental.

Quanto à Rede Social, salientam-se, como pontos fortes que recolhem mais consenso, Trabalho em Equipa [3] , Partilha de informação [3]. Forte articulação entre os parceiros [2] , Colaboração interinstitucional/ Articulação entre instituições [2] e Planeamento e diagnóstico participativos [2]; como pontos fracos, Recursos humanos escassos/ Falta de Técnicos Especializados [3], Fraca participação de alguns parceiros [3] e Falta de Recursos materiais/financeiros/apoio económico [2].

Das entidades respondentes, a maioria articula com o setor da Saúde, tendo a maioria das entidades assinalado como muito elevado o grau de interação com Centro de Saúde, IPSS's e Hospitais.

Quanto aos Projetos existentes em saúde mental, foram identificados Projetos Terapêuticos de Grupo (uma entidade, 6 projetos, 35 participantes), Projetos Individuais em Saúde Mental (uma entidade, 35 projetos), Projeto Terapêutico Dirigido à Pessoa com Deficiência Intelectual (1 entidade, 1 programa de desenvolvimento pessoal e social); nenhuma das instituições referiu existência de Projetos Para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves. No tocante a *Outros Projetos*, foram apontados dois: a Unidade Móvel, sendo o público-alvo idosos isolados da região de Grândola (112 utentes); e uma unidade móvel para doentes em pós alta psiquiátrica(7 utentes).

As entidades que participam de forma transversal no processo de ajuda às pessoas com necessidades em saúde mental, identificadas (e respondentes) 4 entidades: Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Grândola, GNR - Destacamento Territorial de Grândola, Rede Local Intervenção Social - SAAS (RLIS) e Serviços Locais da Segurança Social (NLI).

Quanto às Necessidades em saúde mental identificadas, no global, os principais problemas decorrem do agravamento da situação clínica e social dos utentes, o que leva à necessidade de procura de outro tipo de respostas sociais que sejam adequadas, bem como a crescente dependência e impossibilidade dos utentes ficarem em casa própria. Outras necessidades referidas são: a inexistência de resposta na área da saúde mental, a falta de recursos e dificuldades no acompanhamento permanente (incluindo serviços de Apoio Domiciliário) a pessoas com necessidades em saúde mental. À incapacidade de assegurar as necessidades básicas associa-se o isolamento e a indisponibilidade de famílias que trabalham para assegurar os cuidados básicos.

Os principais motivos de recurso às entidades transversais são as dificuldades sócioeconómicas e a incapacidade de assegurarem as suas necessidades básicas - adicionalmente, as pessoas recorrem por problemas de saúde incluindo dependência e tratamento de toxicodependências bem como falta de integração e acompanhamento a nível social e familiar.

Entre as respostas que faltam, identificado o insuficiente número de consultas/internamentos em Saúde Mental, a falta de profissionais, a escassez de orçamento social.

D. Discussão dos resultados

Em reunião com as entidades da Rede, foram apresentados e discutidos os resultados (10 de maio 2016). Os participantes revêem-se nos resultados apresentados, que evidenciam o défice de respostas em saúde mental no território.

Foi salientado que existem, atualmente, dois psiquiatras no Hospital Litoral Alentejano e o acesso a consultas de Pedopsiquiatria (apoio do Hospital de Évora) ocorre quinzenalmente em Grândola. A viatura da unidade móvel pós-alta de psiquiatria é assegurada pela Equipa Comunitária de Saúde Mental. Na perspetiva social, ao desemprego e a inatividade (com reflexos na parentalidade) associa-se a falta de resposta promotoras de saúde mental.

Duas dimensões emergem como especialmente preocupantes: a distância às respostas e o apoio necessário para as pessoas recorrerem/ficarem perto dessas respostas.

De acordo com a informação em reunião da Rede, das respostas existentes no Concelho disponibilizadas por entidades que não responderam⁴⁵ ao questionário, existe um Núcleo de Multideficiência no Agrupamento de Escolas e o Ensino Especial articula com o Centro de Saúde (Saúde Escolar), tendo desenvolvido projetos na área do Bullying e dos afetos (ainda embrionário, prevê-se o desenvolvimento com as Escolas, a GNR e o Centro de Saúde, para a Promoção da Saúde Mental nos Afetos).

Foi igualmente referida a elevada adesão das Escolas ao Projeto EUTHIMIA, para promover a Literacia em Saúde Mental, com replicação da formação, e aventada a possibilidade de, pela contemporaneidade e a mesma área temática, não terem distinguido o PReSaME como sendo outro projeto.

Sobre a participação nas duas reuniões (de apresentação do projeto e de devolução de resultados) e a adesão nas respostas (68% das entidades identificadas), o entendimento foi da existência de uma rede de entidades que, sendo poucos e tendo recursos diminutos, se articula para fazer face às necessidades da população.

⁴⁵ No total, sete, incluindo 1 Associação Solidariedade Social, 3 Juntas de freguesia, 1 Agrupamento de escolas, 1 Escola Secundária e 1 Escola Profissional.

ANEXO 1. Lista das entidades respondentes

Grândola	A	B	C	
N (Lista)	1	17	4	22
Devolvidos	1	9	4	14

63,6%

- A** | Câmara Municipal de Grândola
- B** | A Ponte - Comunidade Residencial de Apoio a Toxicodependentes
 AISGRA - Associação de Intervenção Social de Grândola
 Casa do Povo de Azinheira dos Barros
 Casa do Povo de Melides
 Centro Social do Carvalhal
 CERCI Grândola
 Junta de Freguesia de Melides
 Santa Casa da Misericórdia
 Unidade Local de Saúde Litoral ALentejano
- C** | Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Grândola (CPCJ)
 GNR - Destacamento Territorial de Grândola
 Rede Local Intervenção Social - SAAS (RLIS)
 Serviços Locais da Segurança Social (NLI)

ANEXO 2. Caracterização sumária das entidades - responsabilidades, recursos e respostas

Qual o estado de saúde mental da população-alvo percecionado pelas instituições?

Era solicitada resposta numa escala de Likert (Muito má, má, boa, muito boa) e a respetiva fundamentação. Das 10 entidades (A e B), 50% assinalou má e 50% assinalou boa.

Na fundamentação, ao considerar *má saúde*:

- "a demência tem incapacitado os idosos, levando à sua perda de independência, bem como da sua autonomia. Cada vez mais se nota a pouca mobilidade dos nossos idosos, são cada vez mais aqueles que se apresentam de forma depressiva";

- "Pessoas com desequilíbrios severos, patologia psiquiátrica associada, acompanhamento psiquiátrico e médico";

- "Não dispomos de dados estatísticos. Contudo é percecionado pelos diferentes serviços locais de ação social e saúde, um aumento de indivíduos/famílias em situação de vulnerabilidade e manifestam mal estar global/sofrimento emocional instalado, associado a isolamento habitacional e/ou económico; desinstitucionalização familiar; desgaste face à incapacidade de resposta dos serviços (emprego, saúde, ação social, etc). Registou-se também um aumento na procura de consultas de Psiquiatria do Gabinete de Psicologia do Município. De igual modo no que respeita ao consumo de antidepressivos e ansiolíticos";

- "na Intervenção precoce devido a necessitarem de acompanhamento regular e permanente"

Ao considerar *boa saúde*:

- "Apesar de alguns casos críticos que são difíceis de gerir (que são a minoria), globalmente, os utentes, nas várias faixas etárias, têm uma boa saúde mental";

- "Preenche as patologias características da população nacional com taxas de incidência expetáveis para uma população envelhecida e de baixa densidade; a população está sinalizada nesta matéria pelos serviços de saúde de Grândola e pela instituição casa do povo, assim como do Posto Médico Melides. Não se verificam casos alarmantes";

- "Utentes com problemas de saúde mental, ainda não são uma percentagem significativa. No entanto é uma realidade crescente na instituição."

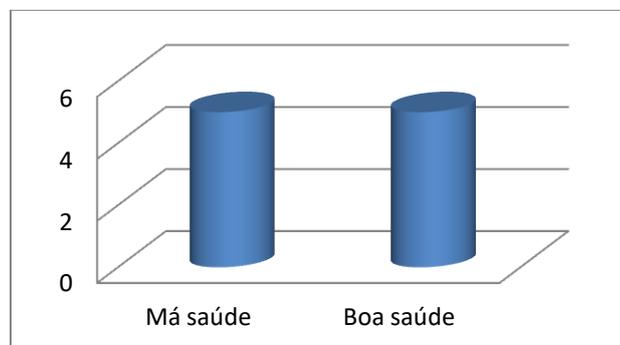


Figura 8 - Perceção das instituições sobre o estado de saúde mental

A instituição apresenta quantos técnicos com formação na área de saúde mental? Quantos técnicos fazem intervenção em saúde mental?

De acordo com os dados fornecidos pelas entidades, existem 15 técnicos com formação em saúde mental e 20 funcionários que intervêm em saúde mental.

O diferencial entre os que têm formação e os que intervêm (5) serve de indicador a necessidades de formação na área.

Existe diagnóstico de saúde mental na instituição?

Na maioria das entidades, é referida a inexistência de diagnóstico de saúde mental.

Diagnóstico de Saúde Mental		
	n	%
Não	6	60
Sim	2	20
Não responde	1	10

Quadro 12 - Distribuição da existência de diagnóstico de Saúde Mental

Que importância atribuem as entidades à participação da sua entidade na promoção da saúde mental?

Das entidades respondentes, 70% considera importante a sua participação na promoção da saúde mental, 20% muito importante e 10% pouco importante.

Descrição da população de utentes da instituição (distribuição por género e faixa etária, utentes referenciados com doença mental e com apoio domiciliário)

Utentes	Homens	Mulheres	[+ 65 anos]	[- 18 anos]	c/ Dça mental	Apoio Domic	
123	60	63	55	31	3	37	
72	36	36	47	22	0	15	
35	35	0	1	1	5	0	
190	87	103	177	0	17	130	
117	69	108	0	75	3	0	
14347	6928	7419	3991	2376	350	5	
150	57	93	145		4	0	
total	15034	7272	7822	4416	2505	382	187

Quadro 13 - Distribuição da população de utentes (género, faixa etária, referenciados com doença mental e com apoio domiciliário)

Principais motivos de recurso à instituição?

Entre os principais motivos de recurso está a dependência nas atividades de vida, a satisfação das necessidades básicas assim como situações de doença e dificuldades sociais e económicas.

Principais Motivos de Recurso à Instituição (n=9)	
Crescente dependência e impossibilidade dos utentes ficarem em casa própria; dependências várias; limitações físicas e de autonomia / Incapacidade de assegurar temporariamente ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades devida	5
Dificuldades socio-económicas	1
Doença: tratamento/reabilitação / problemas de saúde	2
Famílias que trabalham e não têm disponibilidade para assegurar os cuidados básicos	1
Vigilância: saúde infantil, materna, planeamento familiar	1
Integração e acompanhamento ao nível social e familiar	1
Tratamento da toxicodependência	2

Quadro 14 - Principais motivos de recurso à instituição

Para que entidades são as situações mais frequentemente encaminhadas?

As entidades referiram encaminhamento para equipamentos no concelho, para a Rede de Cuidados Continuados Integrados.

Encaminhamento (n=9)	n
Lar (ERPI) (equipamentos situados no Concelho de Grândola)	3
RNCCI (Cuidados Continuados) Unidades em Grândola, Santiago do Cacém e Odemira;	3
Se abandono, encaminhamento para CAT's se for por alta clínica regressam ao local de origem ou apartamento de reinserção	1

Quadro 15 - Entidades de encaminhamentos da instituição

Existem orçamentos disponibilizados para aplicação nos projetos de saúde mental?

Apenas uma entidade tem referência a uma percentagem do orçamento. Nas outras 9 entidades, maioritariamente não existe orçamento específico (3), não se aplica (2), não sabe (1) ou não-responde (2).

3.3. ODEMIRA

A. Caracterização geral



[<http://www.cm-odemira.pt>]

Território

O Concelho de Odemira, pertencente ao distrito de Beja, situa-se no sudoeste alentejano, na região do Baixo Alentejo e subregião do Alentejo-Litoral, distribuindo-se por uma área aproximada de 1.721 km², da qual 43% pertence à Rede Natura 2000 e Parque Natural do Sudoeste Alentejano e Costa Vicentina (MOa, s.d.; MOc, s.d.; MOg, s.d.). Em termos de área geográfica, Odemira constitui o maior concelho de Portugal, cuja sede é a cidade de Odemira e cuja divisão administrativa do território resultou em 13 freguesias: Boavista dos Pinheiros, Colos, Longueira/Almograve, Luzianes-Gare, Relíquias, Sabóia, Santa Clara-a- Velha, São Luís, São Martinho das Amoreiras, São Salvador e Santa Maria, São Teotónio, Vale Santiago e Vila Nova de Milfontes (MOF, s.d.). Encontra-se organizado segundo três faixas territoriais e económicas distintas (site CMO) - a faixa litoral, com 55 km de costa atlântica e 12 km de praias; a faixa central, com os principais aglomerados humanos, unidades comerciais e "parques de fixação de empresas"⁴⁶ e a faixa interior do concelho, da "maior mancha florestal do país"⁴⁷. Confina a norte com os concelhos de Sines e Santiago do Cacém, a sul por Aljezur e Monchique, a este por Ourique e a oeste pelo oceano Atlântico, fazendo fronteira com o município de Silves a sueste e a sudoeste com Aljezur, limite assinalado pela Ribeira de Seixe (MOg, s.d.).

O município é servido por uma rede viária de 571,4 km, dos quais 200 km constituem estradas nacionais (MOj, s.d.), sem ligações transversais do território, carência que se traduz no maior isolamento das populações e dificulta o acesso aos serviços de saúde, ao emprego ou à formação, inclusive o acesso das crianças e jovens à escola (CLASO, 2005).

⁴⁶ Cf. site do Município de Odemira

⁴⁷ Cf. site do Município - "A faixa interior do concelho, marcada por uma orografia bastante acidentada, é palco para a maior mancha florestal do país, seja ela autóctone (sobreiro e azinheira), seja ela exótica (como o eucalipto). Associado a essa mancha florestal, o setor agrícola e pecuário de sequeiro extensivo (bovinicultura, ovinicultura e caprinicultura) marcam a paisagem física e económica de uma grande área do concelho que é estruturada, a sul, pela barragem de Santa Clara-a-Velha e a norte pela integração na tradicional planície alentejana."

Distribuição populacional	<p>O concelho de Odemira é um território de <u>baixa densidade populacional</u> (15,1 habitantes/km²), contando com um total de 26.066 habitantes, dos quais 13.171 são do sexo masculino e 12.895 do feminino, de acordo com os dados definitivos do Censos 2011 (INE, 2012). A população tem vindo a diminuir⁴⁸ a distribuição populacional é de 70% a residir na sede do concelho e costa litoral.</p> <p>Quanto aos grandes grupos etários, 12,1% situa-se entre os 0 e 14 anos, 61,6% entre os 15 e 64 anos e 26,2% tem 65 e mais anos.</p>
Índice de envelhecimento	<p>Em termos nacionais, o índice de envelhecimento era de 138.6 em 2014; no Concelho de Odemira, no mesmo ano, o <u>índice era de 216.2</u>, muito superior ao que se verifica a nível nacional. Relewa-se o envelhecimento e isolamento da população que habita na serra, onde muitos idosos com idade superior a 75 anos permanecem (Quintas, 2011) - as freguesias de São Salvador e Santa Maria, São Teotónio e Vila Nova de Milfontes, no litoral, detêm um maior número populacional (INE, 2012).</p>
Taxa bruta de natalidade	<p>Entre 1981 e 2014, ocorreu no concelho um decréscimo da taxa bruta de natalidade, verificando-se 10,7‰ e de 6,1‰, respetivamente (PORDATA, 2015) – em Portugal foi 10,9 e 7,9 respetivamente.</p>
Índice de dependência	<p>Comparativamente aos índices nacionais de dependência, Odemira <u>ocupa o primeiro lugar no litoral alentejano com maior índice de dependência nos idosos</u> (42,5), tem 19,7% de dependência de jovens e regista-se um índice de <u>dependência total de 62,2</u> (PORDATA, 2016).</p>
Situação socio-económica	<p>O concelho de Odemira tem uma taxa de desemprego de 15,9%, superior mas mulheres (19%) em relação aos homens (15,9). A 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos 1.295 desempregados (o que representa 8% da população residente entre os 15 e os 64 anos). A maioria da população (58,3%) desenvolve atividade no setor terciário, com quase um quarto no sector secundário (22,9%) e uma percentagem de 18,8% no sector primário. O setor do turismo, do comércio e dos serviços teve maior crescimento e desenvolvimento, passando de um setor pouco significativo para setor imprescindível para a economia do concelho (CLASO, 2005; INE, 2012). <u>É o concelho do Litoral Alentejano com segunda maior percentagem de população inativa</u> (2011, 11403 pessoas, 43.7% (PORDATA, 2016). Ao mesmo tempo, é o concelho do distrito de Beja com <u>maior presença de imigrantes</u> que se dedicam ao trabalho agrícola, à plantação de regadio e a estufas. A taxa de desemprego tem sofrido um aumento constante, passando dos 6,7%, em 1991, para os 13,69%, em 2011, de acordo com os dados dos Censos de 2011 (INE, 2012).</p>
Estruturas Familiares	<p>Existiam 7.927 núcleos familiares (2015), sendo 42,2% sem filhos e 13,7% monoparentais; 67,6% são famílias unipessoais constituídas por idosos (a viver sozinhos) e 46,1% é população idosa a viver exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos. Estão registados 1.722 alojamentos com uma pessoa com 65 ou mais anos (INE, 2012).</p>
Proteção	<p>703 beneficiários do subsidio de desemprego, 178 beneficiários de RSI (0,8% da</p>

⁴⁸ Em 1960 era de 43.999 Habitantes, face aos 26.066 registados no Censos de 2011 (PORDATA, 2014). Ou seja, média de 25,6 pessoas/km² em 1960, estando registados 17,1 em 1980 e 15,2 em 2001.

social	população), 665 beneficiários do Complemento Solidário para Idosos (9,7% da população com 65 ou mais anos). 23,3% da população residente é pensionista por velhice, 8,3% tem pensão de sobrevivência e 2,5% por invalidez.
Registo de crimes	Em 2014, registo de 689 crimes, a maioria contra o património; em termos de violência doméstica, no concelho de Odemira registaram-se 23 casos em 2014.
Organização dos serviços de saúde	<p>- Administração Regional de Saúde do Alentejo (subregião de Beja)</p> <p>- Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, por agregação do Hospital do Litoral Alentejano (HLA) e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL) - o HLA situa-se a cerca de 60 km de Odemira.</p> <p>O Centro de Saúde de Odemira localiza-se na freguesia São Salvador e Santa Maria, sede de concelho, e inclui três unidades funcionais que funcionam em complementaridade: A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Unidade de Saúde Pública (USP).</p> <p>Para além da sede, a UCSP inclui 9 extensões de saúde e 1 sub-extensão, sendo que algumas, dada a escassez de recursos humanos, partilham médico e enfermeiro. A sede do Centro de saúde funciona das 8h00 às 20h00, mas o SUB encontra-se aberto 24 horas, sete dias por semana, a fim de responder às necessidades urgentes de saúde da população. A UCC localiza-se no edifício da sede do Centro de Saúde, tem como visão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, numa lógica de proximidade ao nível da educação, promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e palição, ao longo de todo o ciclo de vida.</p> <p>- Desde 2015, o Hospital do Litoral Alentejano (HLA) e o Centro de Saúde de Odemira, mediante acordo entre a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA) e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) para a área da Psiquiatria, disponibilizam consultas de psiquiatria (duas vezes por semana), por médicos psiquiatras do CHPL, nas atividades programadas e não programadas de consulta dessa especialidade.</p> <p>- Hospital do Espírito Santo de Évora tem uma área de influência de segunda linha, especificamente na pedopsiquiatria, que abrange toda a região do Alentejo, incluindo Odemira.</p>
Recursos Humanos na Saúde	Em 2013 por cada 1000 habitantes existem 4,3 médicos em Portugal Continental, 1,6 no Alentejo Litoral e 0,9 em Odemira (INE, 2013). Em Portugal, no ano de 2013 existiam 6,3 enfermeiros por 10000 habitantes, sendo 3,9 no Litoral Alentejano e 2,4 em Odemira (INE, 2013). De acordo com o PORDATA, em 2014, em Odemira, havia 24 médicos, 60 enfermeiros, 10 dentistas.
Mortalidade e causas de morte	Odemira teve o maior índice de suicídio, a nível nacional e europeu, em concreto na freguesia de Sabóia. Segundo dados do Observatório do Suicídio e Para-suicídio do Baixo Alentejo, em 2011 foram registados, no concelho de Odemira, 30,7 suicídios por 100 mil habitantes, contra 9,6 da média nacional, valor que subiu para 46,5, em 2010, com o maior foco na freguesia de Sabóia. Em 2014, Odemira tem a <u>segunda taxa de suicídio do Alentejo Litoral</u> , com 3,7% (Alcácer do Sal, tem 3,9) (PORDATA, 2016)

[PORDATA, 2014], [Censos,2011], [Anuário Estatístico, INE, 2014], [INE, 2016]	Odemira 2014	Alentejo Litoral 2014	Portugal 2014
População residente	26.066 [Censos] 25.431 [ISS, 2015]	96.488	10.401.062
Densidade populacional	15,1 [PORDATA] 14,8 [ISS, 2015]	18,2	112,8
Jovens (%) menos de 15 anos	8,7	12,6	14,5
População em idade activa (%)15-64 anos	62,3	62,8	65,5
Idosos (%) 65 e mais anos	25	24,6	20,1
Índice de envelhecimento (idosos/100 jovens)	227,2 (2015)	195,5	138,6
Índice de Longevidade	58,9	53,2	49,0
índice de dependência total (%)	63,3	59,2	52,8
índice de dependência de jovens (%)	19,3	20,0	22,1
índice de dependência de idosos (%)	43,9	39,2	30,7
Taxa bruta de natalidade (‰)	6,1 ‰	6,7 ‰	7,9 ‰
Taxa bruta de mortalidade (‰)	12,6 ‰	12,3 ‰	10,1 ‰
Registo óbitos por suicídio (n°)		33	1.217
Óbitos (n°)	91	643	82.367
Taxa de desemprego (%)	13,49 (2011)	10,9	13,2 (2011)
Pessoas inscritas centro de desemprego (%)	8% [1.295]	8,3%	9,4%
Taxa de população inativa (%)	47,9 (2011)	46,4 (2011)	42,2 (2011)
Registo de crimes (n°)	689	2924	356.032 (2015)
Taxa de criminalidade (‰)	49,0 ‰		33,9‰
Queixas de violência doméstica (n°)	23	167	22.965

Quadro 1 - Indicadores selecionados do território

B. Respostas em Saúde Mental

Estavam identificadas 32 entidades [A - 1, B - 25 e C - 6] tendo-se obtido 27 respondentes [A - 1, B - 21 e C - 5], atingindo-se **84,4%** de resposta.

Da aplicação dos questionários, decorrem os resultados que se apresentam.

1. Qual a natureza das instituições que respondem na área da saúde mental, no concelho?

A maioria das entidades respondentes (A e B) são IPSS, seguido de públicas.

Natureza das Instituições	Nº	%
Pública	7	
IPSS	11	
Privada	4	

Quadro 2- Natureza das instituições

2. Quais os público-alvo a que as instituições dão resposta em saúde mental?

O público-alvo com frequência mais elevada diz respeito aos grupos de pessoas idosas e população em geral, seguindo-se pessoas carenciadas (sejam crianças, jovens, idosos, famílias).

Público – Alvo	Nº
Idosos Idosos com dependência [1]	8
População em geral	6
Crianças e jovens	3
Pessoas com deficiência	3
Pessoas com comportamentos aditivos	1
Antigos combatentes e famílias	1

Quadro 3- Público-alvo das instituições, por categorias

3. Para as diferentes tipologias de resposta, quantas instituições dão resposta para a saúde mental e número de utentes?

Seguindo a tipologia do questionário, os resultados das entidades respondentes (n=20), apontam (dados solicitados de janeiro de 2015):

- Serviços /Respostas - 5 entidades com serviços de atendimento/avaliação (total de 203 utentes), 10 com apoio domiciliário (total de 536 utentes), 2 entidades realizaram ações de divulgação/sensibilização (para 85 utentes), 2 realizaram formação para técnicos (61) e duas realizam intervenção precoce (para um total de 85 utentes);
- Grupo de auto-ajuda, nenhuma entidade assinalou ter respostas nesta área;
- no que respeita a Terapias, uma entidade tem programa de reabilitação cognitiva e recuperação psicossocial (13 utentes) e uma realiza apoio na integração social (15 utentes).

	Serviços/Respostas					Grupos de Auto-Ajuda		Terapias				
	Serviço de Atendimento, Avaliação	Apoio domiciliário	Ações de Divulgação/Sensibilização	Formação para Técnicos	Intervenção precoce	para os utilizadores	para as famílias	Grupo para os Utentes	Grupo para os Familiares	Programa de reabilitação cognitiva	Programa de Recuperação Psicossocial	Apoio na integração social
Nº Entidades	5	10	2	2	2			2		1	1	1
Nº Utentes	203	536	85	61	85			88		13	13	15

Quadro 4 – Respostas disponibilizadas e numero de utentes (serviços/respostas; Grupos de auto-ajuda; terapias)

- quanto a estruturas de base comunitária, na área do apoio Sócio-Ocupacional e Residencial, existe uma entidade com Fórum socio-ocupacional (60 utentes), duas unidades de vida apoiada (com 1 e 6 utentes), duas com residência de apoio máximo (para 89 utentes), 1 entidade com unidade sócio-ocupacional (3 utentes), 4 entidades com equipas de apoio domiciliário (para 60 utentes) e três entidades com Centro de Atividades Ocupacionais (60 utentes);

Estruturas de base comunitária - Apoio Sócio-Ocupacional e Residencial												
	Forum sócio-ocupacional	Unidade Vida Protegida	Unidade Vida Autónoma	Unidade Vida Apoiada	Residências de treino de autonomia	Residências autónomas de saúde mental	Residências apoio máximo	Unidades sócio ocupacionais	Equipas apoio domiciliário	Comunidade de inserção	Comunidade terapêutica	Centro de atividades ocupacionais
Nº entidades	1		2				2	1	4			3
Nº Utentes	60		7				89	3	60			60

Quadro 5 – Respostas disponibilizadas e numero de utentes (estruturas de base comunitária – apoio sócio- ocupacional e residencial)

- no que se refere a apoio à integração no mercado de trabalho, 4 entidades realizam formação profissional (81 utentes no total, sendo 33 vocacional, 4 em geriatria, 26 higiene e segurança no trabalho), 3 entidades com apoio à colocação (6 pessoas) e emprego apoiado (3 pessoas);

- quanto a respostas comunitárias, uma entidade realizou atendimento/accompanhamento (110 utentes), uma referiu projetos locais de intervenção comunitária (300 utentes) e uma entidade não especificou SAPA (8 utentes);

- resposta na saúde, duas entidades registaram 63 consultas/especialidades (psicologia, psiquiatria).

	Apoio à Integração no Mercado de Trabalho			Respostas comunitárias			na saúde
	Formação Profissional	Apoio à Colocação	Emprego Apoiado	Atendimento ou Acompanhamento	Projetos Locais de intervenção comunitária	Outra	Consultas/especialidades
Nº entidades	4	3	3	1	1	1	2
Nº Utentes	55	29	9	110	300	8	63
		IEFP		CRI		(SAPA)	Psicol

Quadro 6 – Respostas disponibilizadas e numero de utentes (apoio à integração no mercado do trabalho, respostas comunitárias respostas na saúde)

- nos campos de outras respostas, foram apontados o acompanhamento de beneficiários de RSI (178 utentes), 3 entidades com Centro de Dia (121 utentes), 3 entidades com Lar residentes/ERPI (Equipamento residencial para Idosos), uma entidade com Centro de Recursos de Inclusão (70 utentes) e duas entidades sem especificarem a resposta (com 41 utentes).

	Outro tipo de respostas				
	Centro de dia	E.R.P.I. (Lar) /Lar Residencial	Centro de Recursos de Inclusão	Não especificada	Acomp. Benefic RSI
Nº entidades	6	3	1	2	1
Nº Utentes	121	122	70	9+32	178

Quadro 7– Outro tipo de respostas disponibilizadas e numero de utentes

4. Áreas de intervenção e grupos-alvo considerados prioritários

a. Quais as áreas consideradas mais prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental pelas entidades respondentes?

A resposta requeria estabelecimento de prioridades, com pontuação 1 (mais prioritário), 2 (prioritário) e 3 (menos prioritário), sendo, de acordo com os dados, foi apontada a Saúde como a mais prioritária, seguindo-se a Ação Social, a educação e o emprego.

No item «Outros» foram adicionadas Atividades Ocupacionais, como mais prioritárias.

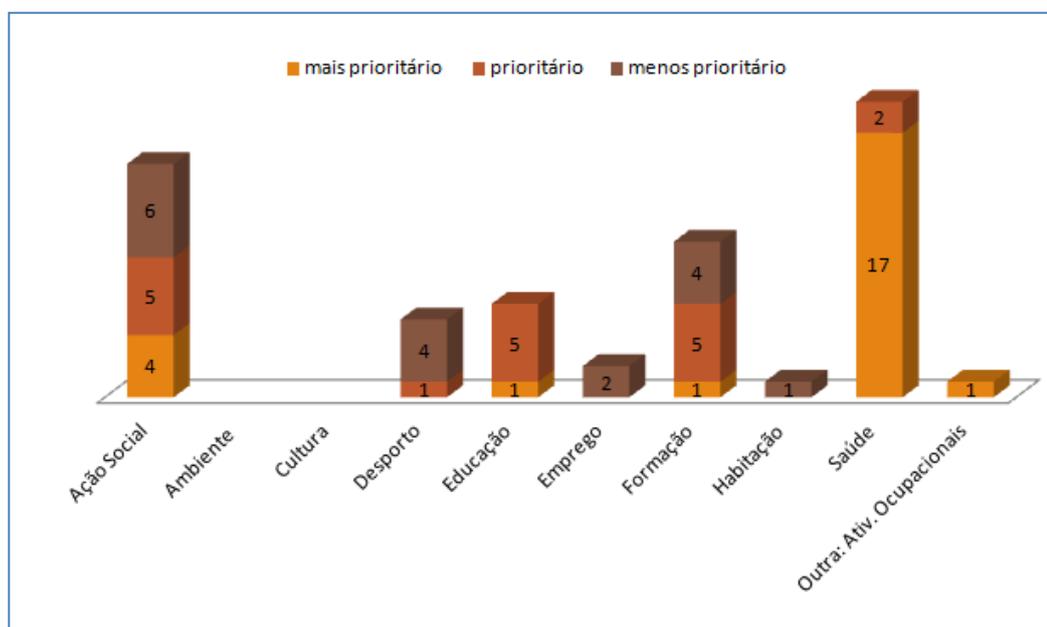


Figura 1- Áreas prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental

b. Que grupos-alvo são considerados prioritários?

A resposta requeria estabelecimento de prioridades, com pontuação 1 (mais prioritário), 2 (prioritário) e 3 (menos prioritário), sendo apontadas as pessoas idosas, seguindo-se os grupos vulneráveis e as

crianças e jovens. Foram adicionados outros como prioritários: colaboradores da entidade, famílias e profissionais que trabalham com idosos.

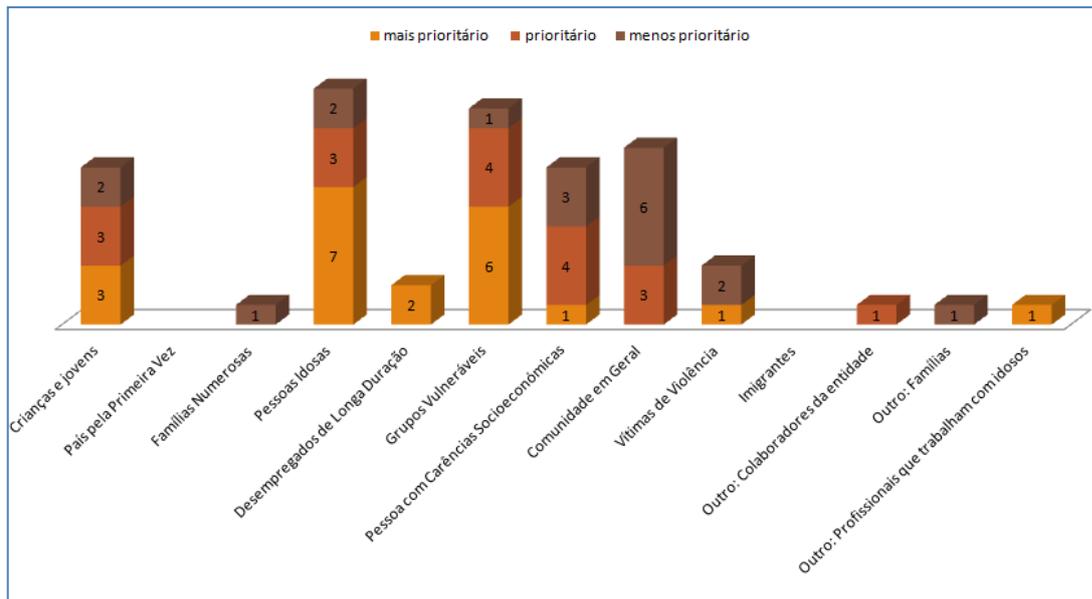


Figura 2 - Grupos alvo prioritários de intervenção na promoção da saúde mental

5. Identificação dos recursos necessários considerados mais importantes para intervir na área da saúde mental

A questão apresentava um quadro de respostas, com escala de Likert (muito necessário, necessário, desnecessário, muito desnecessário) com três grupos, relativos a recursos humanos, materiais e financeiros.

5a. De acordo com as entidades respondentes, os recursos humanos mais necessários são psiquiatras, em primeiro, seguindo-se psicólogos e enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, médicos de família e terapeutas ocupacionais.

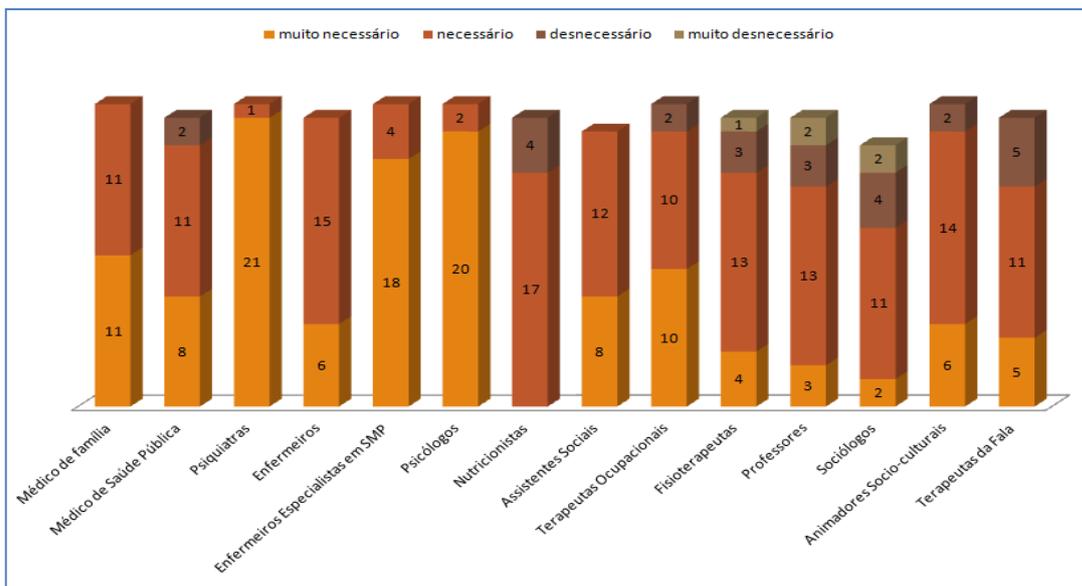


Figura 3 – Recursos humanos considerados mais necessários

5b. Quanto a recursos materiais, considerados predominantemente "necessários", releva-se equipamento clínico como o mais necessário, seguindo-se instalações físicas.

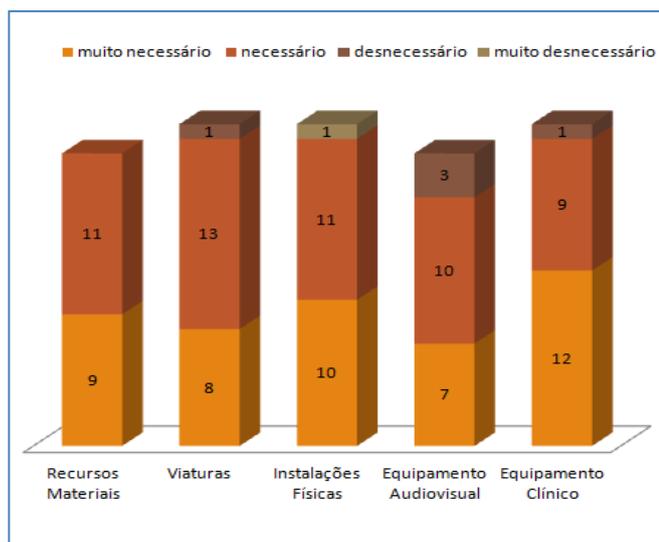


Figura 4 – Recursos materiais considerados mais necessários

5c. Quanto a recursos financeiros, considerados "muito necessários" (17), releva-se como "muito necessário" a alocação de verbas do estado.

Foram sugeridos outros recursos, designadamente testes psicológicos, programas de intervenção e material didático (todos como "muito necessários")

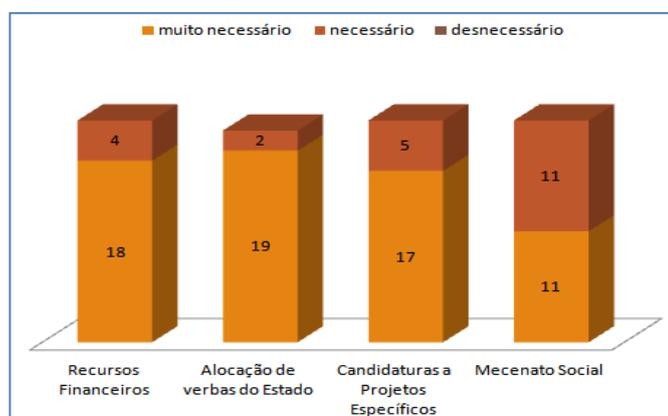


Figura 5 - Recursos financeiros considerados mais necessários

6. Competências prioritárias na promoção da saúde mental

A questão apresentava um quadro de respostas, com escala de Likert, de 3 pontos (muito necessário, necessário, desnecessário) associadas a 21 afirmações de competência.

Os dados obtidos contaram com a opinião das 22 entidades (A e B).

As competências *conhecer os princípios da promoção da saúde mental* e *conhecer os determinantes da saúde mental e estratégias para os influenciar*, obtiveram maior frequência como muito necessárias, seguidas de *identificar necessidades/sinais de alerta*, *trabalhar em equipa*, *encaminhar para as respostas existentes*. Na segunda linha de maior necessidade de competências a ser reunidas pelos

profissionais na área de promoção de saúde mental surgem as competências *mobilizar os parceiros relevantes para a mudança decidida e diagnosticar problemas (se aplicável)*.

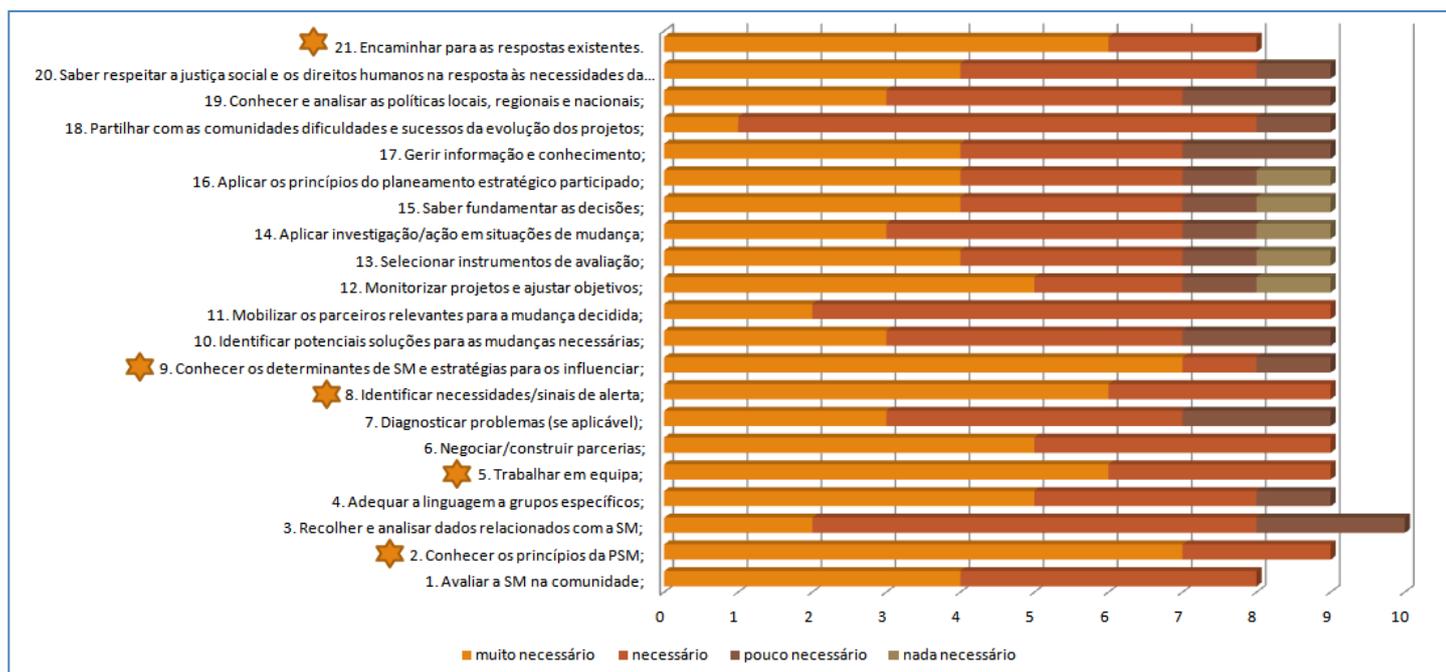


Figura 6 - Competências consideradas mais necessárias

7. Pertença a Redes

O questionário interrogava sobre a pertença a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Rede de Cidades Saudáveis (RCS), Rede de Cidades Educadoras (RCE) e Rede Social (RS) e se a articulação com a Social funciona ou não numa perspetiva de promoção da Saúde Mental. No caso de pertencerem a uma Rede, solicitava-se a identificação de 3 pontos fortes e 3 pontos fracos dessa Rede. Nos resultados, duas entidades pertencem Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), uma entidade pertence à Rede de Cidades Saudáveis (RCS), três à Rede de Cidades Educadoras (RCE) e treze à Rede Social (RS).

	Pontos fortes	Pontos fracos
RNCCI (n=2)	Trabalho de equipa multi e interdisciplinar Diferenciação de cuidados Aumento de respostas na Saúde Disponibilidade Próximidade com o utente família Parcerias	Escassez de Recursos Humanos Vagas insuficientes Ajudas Técnicas Insuficientes Insuficiência de respostas de continuidade Tempo de espera para ingresso na RNCC Processo de referenciação
RCE (n=3)	Responsabilidade Educativa Corresponsabilidade Confluência de Objetivos Homogeneização de estratégias Reunir cerca de 54 territórios Fomentar a participação cívica	Transportes inexistentes Articulação difícil Isolamento dos públicos

Quadro 8 – Pontos fortes e pontos fracos da pertença às Redes

A Rede de Cidades Saudáveis estava, na altura, em constituição.

Quanto à Rede Social, salientam-se, como pontos fortes que recolhem mais consenso, Trabalho em Equipa [10], Participação das Entidades [8] e Atividades concertadas/ Intervenção Integrada [7]; como pontos fracos, Extensão do território [6], Fraca participação [6] e Dificuldade nos transportes [4].

	Pontos fortes	Pontos fracos
RS (n=13)	Trabalho em Equipa/ em rede /Proximidade entre instituições/articulação positiva / Relação entre os parceiros/ Coesão/ Parcerias [10] Participação das Entidades / Juntar as entidades/ Sinergias / Rede ativa e motivada/ dinâmica dos parceiros [8] Concertação social/ Atividades concertadas/ Intervenção Integrada/ Medidas ativas / Contorno de obstáculos/ abrangência de atuação [7] Divulgação por todo o concelho [4] Partilha/Conhecimento de outras realidades / Comunicação Interna [3] A criação/dinâmica das Comissões Sociais de Freguesia [4] Metodologia concelhia/ Organização Local [2] Criação de grupos de trabalho específico Planeamento estratégico Desenvolvimento da comunidade	Extensão do território/ Grande dimensão do concelho [6] Fraca participação / Inacção/ Desinvestimento Pouca frequência reuniões [6] Dificuldade nos transportes [4] Isolamento [2] Mais atenção à problemática da saúde mental/ Formações sobre saúde mental [2] Elevado número de entidades/ parceiros [3] Escassez de recursos Falta de meios financeiros Igualdade de oportunidades entre interior e o litoral do concelho Multiplicidade de casos Diversidade dos problemas Descrédito Medidas que vão ao encontro das necessidades das instituições

[nº] unidades de enumeração (frequência das respostas)

Quadro 9 – Pontos fortes e pontos fracos da pertença à Rede Social

Face à questão sobre a relação da Rede com a promoção da saúde mental, as respostas foram:

		RNCCI	RCS	RCE	RS
A Rede tem funcionado numa perspetiva de promoção da saúde mental?	Sim		1		14
	Não			3	8
	NA/NR			18	
	n	2	1	21	22

Quadro 10 –Relação das Redes com a promoção da saúde mental

8. Articulação com o setor da saúde

A questão da articulação com a saúde, além de inquirir sobre a existência de articulação (sim/não), solicitava resposta quanto ao grau de interacção, com uma lista definida de entidades.

a. Há articulação com o setor da saúde?

Das entidades respondentes, quase todas (95%) articulam com o setor da Saúde.

	Nº	%
Sim	21	95,4
Não	1	4,6
	22	

Quadro 11 – Articulação com o setor da Saúde

c. Com que estruturas e com que grau de interação?

A maioria das entidades assinalou como muito elevado o grau de interação com IPSS's e Centro de Saúde, seguindo-se Hospitais e ARS, sendo mais elevada a frequência de nulo com entidades nacionais, como o INSA e a DGS.

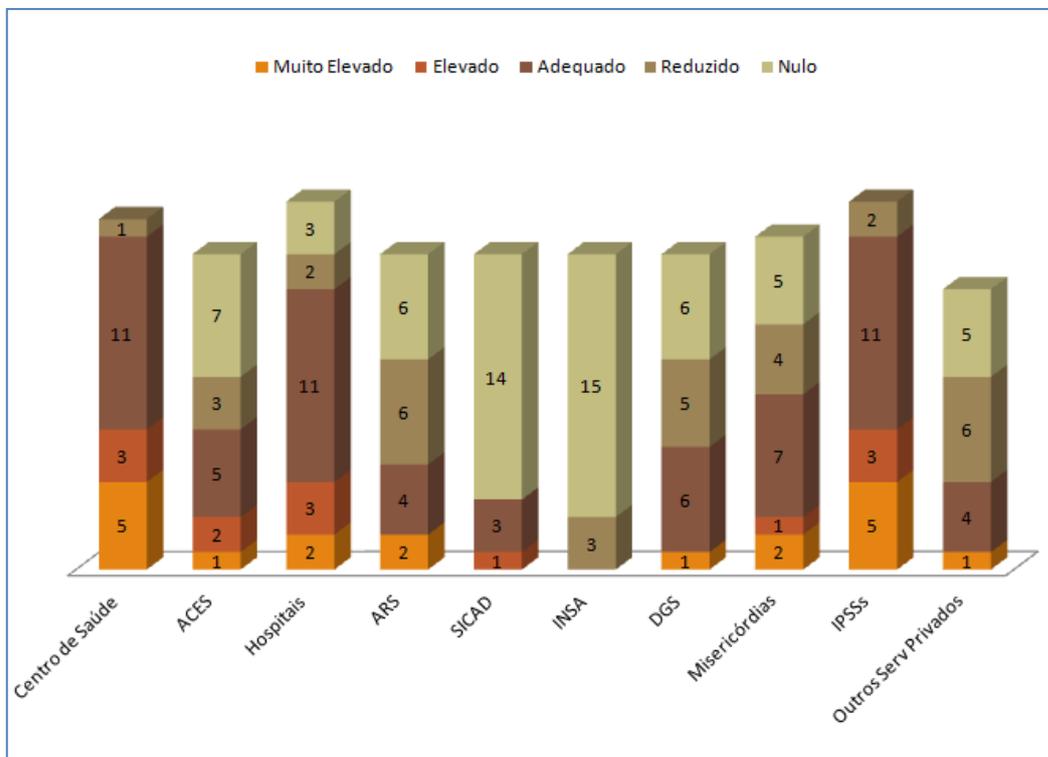


Figura 7 - Grau de interação com estruturas da Saúde

9. Projetos existentes em saúde mental

Com base na análise das respostas fornecidas pelos questionários, verifica-se que:

- Projetos Terapêuticos de Grupo - 1 das instituições referiu desenvolver 6 projetos terapêuticos, [Hidroginástica; Movimento Geriátrico; Programa de Educação Sexual; Reabilitação Psicomotora; Grupo de auto-representantes; grupo de expressão dramática - para 13 utentes]; uma entidade assinalou Fórum Ocupacional (30 utentes)

- Projetos Individuais em Saúde Mental - existem 2 instituições com um total de 43 projetos (13 numa e 30 noutra) e uma entidade que assinala um projeto individual "Juntos aprendemos", a criação de um espaço adaptado aos casos de necessidade;

- Projetos Terapêuticos Dirigidos à Pessoa com Deficiência Intelectual - os mesmos projetos registados no tópico de «projetos terapêuticos de grupo» de uma entidade para 13 utentes;

- nenhuma das entidades referiu existência de Projetos Para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves.

No tocante a *Outros Projetos*, foram apontados por duas entidades:

- Estrutura Residencial para Idosos (29 utentes)
- Construção do complexo social, para idosos (32 utentes); "A vida em Relíquias", dirigido à comunidade, com 300 utentes; "Notícias de nossa casa", projeto dirigido a idosos (100 utentes); "Uma mão Amiga", projeto dirigido a idosos (32 utentes).

Das entidades que pertencem à RNCCI, uma identificou os projetos/iniciativas que foram desenvolvidas pela organização - Voluntariado, Musicoterapia, Comemoração de datas festivas, Passeios, Elaboração de exposições temáticas, Atividades de estimulação em grupo, Jogos tradicionais, Horta pedagógica e Próbem - Programa de promoção do bem estar na 3ª idade.

Uma entidade não tem utentes, apoia outras entidades IPSS's em projetos de investimento, de formação, de criação de empresas (entidades que trabalham com pessoas idosas entre outras) e encaminha situações (de violência doméstica) para outras entidades (GAVA, Gabinete de Apoio à Vítima e ao Agressor).

10. Que entidades participam de forma transversal no processo de ajuda de pessoas com necessidades em saúde mental?

As entidades que participam de forma transversal no processo de ajuda às pessoas com necessidades em saúde mental, identificadas e respondentes foram: Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (Núcleo de Supervisão Técnica do distrito de Beja/ Equipa Local de Intervenção de Odemira), Centro Distrital Segurança Social de Beja (Unidade de Desenvolvimento Social e Programas), Núcleo Local de Inserção Social e Estabelecimento Prisional de Odemira.

A identificação das respostas existentes, na área da saúde incluem os Cuidados de Saúde Primários, Hospitalares, a RNCCI e acesso a consultas, e, na área social relevante, é relevada a participação de várias entidades, a Segurança Social, o Município e IPSS assim como respostas específicas e equipas multidisciplinares.

As respostas atualmente disponíveis no concelho de Odemira, identificadas por entidades cujo eixo de intervenção é transversal, têm como público-alvo crianças e jovens em risco, adultos, idosos, bem como pessoas com deficiência e pessoas desprovidas de liberdade em cumprimento de pena judicial.

Respostas disponíveis [referidas por entidades transversais]			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	n
Respostas de saúde	Centro de Saúde de Odemira	Serviço de Urgência Básica Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados USCP - Suporte Imediato de Vida UCSP/Estabelecimento Prisional de Odemira, apoio às reclusas	3
	UCC «Saúde na Mira»	Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade Unidade Móvel de Saúde (parceria entre a Administração Regional de Saúde, Câmara Municipal de Odemira e Santa Casa da Misericórdia)	3
	RNCCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade Equipa Comunitária de Suporte aos Cuidados Paliativos	2

		Unidade de Longa Duração e Manutenção Unidade de Média Duração e Reabilitação	
	Psiquiatria Infância e da Adolescência	Pedopsiquiatria em Setúbal Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência Beja	2
	Recursos Hospitalares	Hospital de Beja HLA - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco Hospital Prisional (Lisboa)	1 2 1
	Consultas de Psicologia e Psiquiatria	Psicólogo no Centro de Saúde de Odemira (consulta diária) Psiquiatra do Hospital de Santa Maria (adolescentes e adultos), (uma manhã de 15 em 15 dias) Psiquiatria em Sines	2
Respostas sociais	Segurança Social	Serviço Local de Ação Social de Odemira atendimento/Acompanhamento psico social Equipa de Acompanhamento a famílias beneficiárias de RSI (Associação Humanitária D.Ana Pacheco Protocolo com a segurança social) Acompanhamento psicológico - atribuição do Subsídio de Educação Especial Apoio à família nas valências de Creche, Jardim-de- infância, Atividades de Tempos Livres, Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Estrutura Residencial para Idosos.	2 1 1 2
	Respostas específicas	Centro Local de Apoio à Integração do Imigrante (CLAI) Gabinete de Apoio à Vítima e ao Agressor (GAVA) Lar Residencial para pessoas portadoras de deficiência Centro de Atividades Ocupacionais	3 3 1 1
	Projetos de Intervenção social	"A Vida Vale" - Associação Odemira+ "Odemira Solidária" apoio a famílias carenciadas	1 1
Social e saúde	Grupos específicos	Equipa Local de Intervenção Precoce Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco	1 1

Quadro 10 - Respostas disponíveis

11. Necessidades em saúde mental identificadas pelas entidades

As necessidades identificadas decorrem das características do território, da distribuição da população, dos recursos e dos problemas existentes.

O envelhecimento da população, o isolamento, a distância às respostas e aos recursos, assim como o seu custo económico, são elementos que contribuem para as dificuldades e que potenciam o sucesso de iniciativas "que vão às pessoas" onde elas estão, como a Unidade Móvel ou projetos de ação local.

Foram sugeridas:

- a criação de uma resposta de saúde mental específica, quer nas situações de urgência e doença, quer ao nível das especialidades médicas de psiquiatria e pedopsiquiatria, bem como no âmbito apoio psicológico e de terapia familiar;
- criação de respostas sociais de apoio à família e de ocupação dos tempos livres das crianças e jovens em risco do concelho, com necessidade de uma resposta local
- criação de equipas de saúde comunitárias de saúde mental.

Adicionalmente, foi referida a dificuldade em operacionalizar os encaminhamentos para a Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Espírito Santo em Évora devido à distância geográfica e aos custos financeiros inerentes às deslocações das famílias.

É reconhecida e valorizada a existência de uma Rede Social articulada, motivada, com envolvimento de entidades diversas para atenuarem os problemas existentes, sendo referida com maior incidência a falta

de recursos humanos especializados e a relação da saúde mental com outras polícias, como as sociais e urbanísticas.

Respostas que faltam [n=9]			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	n
Respostas que faltam	Respostas específicas locais	Médico na Unidade Móvel de Saúde	1
		Implantação de consultas de pedopsiquiatria em Odemira	1
		Necessidade de profissionais especializados na área da Saúde Mental Infantil	1
		Equipas de saúde comunitárias de saúde mental	1
	Falta de técnicos	Técnicos especializados da área da Saúde Mental nas respostas existentes	1
	Políticas	Políticas sociais e urbanísticas de modo a diminuir fatores de isolamento	1
Necessidades	Reforço do apoio familiar	Atendimento de proximidade e articulação da intervenção com os serviços de saúde mental, por forma a potenciar e melhor adequar o acompanhamento psicossocial e os apoios prestados aos indivíduos e famílias	1
		Criação de Gabinete de Apoio à Família	1
	Ocupação e Acompanhamento	Acompanhamento de proximidade das situações por equipas especializadas não só para prevenir agravamento da doença como de prevenção	1
		Respostas de Ocupação para utentes com patologia diagnosticada	1
		Acompanhamento de maior proximidade na área da Saúde Mental Infantil às crianças bem como as suas famílias	1
		Aumento da capacidade de respostas para a população idosa	1
	Económicas	Emprego protegido	1

Quadro 11 - Respostas que faltam

C. Síntese dos resultados

A maioria das entidades respondentes (A e B) são IPSS, seguido de públicas e privadas, respetivamente.

O público-alvo com frequência mais elevada diz respeito aos grupos de pessoas idosas e população em geral, seguindo-se crianças e jovens e pessoas com deficiência.

Seguindo a tipologia das respostas presentes no questionário, os resultados apontam:

- Serviços /Respostas - 5 entidades com serviços de atendimento/avaliação (total de 203 utentes), 10 com apoio domiciliário (total de 536 utentes), 2 entidades realizaram ações de divulgação/sensibilização (para 85 utentes), 2 realizaram formação para técnicos (61) e duas realizam intervenção precoce (para um total de 85 utentes);
- Grupo de auto-ajuda, nenhuma entidade assinalou
- no que respeita a Terapias, uma entidade tem programa de reabilitação cognitiva e recuperação psicossocial (13 utentes) e uma realiza apoio na integração social (15 utentes).
- quanto a estruturas de base comunitária, na área do apoio Sócio-Ocupacional e Residencial, existe uma entidade com Fórum socio-ocupacional (60 utentes), duas unidades de vida apoiada, 1 e 6 utentes), duas com residência de apoio máximo (para 89 utentes), 1 entidade com unidade sócio-ocupacional (3 utentes), 4 entidades com equipas de apoio domiciliário (60 utentes) e três entidades com Centro de Atividades Ocupacionais (60 utentes);

- no que se refere a apoio à integração no mercado de trabalho, 4 entidades realizam formação profissional (81 utentes no total, sendo 33 vocacional, 4 em geriatria, 26 higiene e segurança no trabalho), 3 entidades com apoio à colocação (6 pessoas) e emprego apoiado (3 pessoas);
- quanto a respostas comunitárias, uma entidade realizou atendimento/accompanhamento (110 utentes), uma referiu projetos locais de intervenção comunitária (300 utentes) e uma entidade não especificou SAPA (8 utentes);
- resposta na saúde, duas entidades registaram 63 consultas/especialidades (psicologia, psiquiatria).
- nos campos de outras respostas, foram apontados o acompanhamento de beneficiários de RSI (178 utentes), 3 entidades com Centro de Dia (121 utentes), 3 entidades com Lar residentes/ERPI (Equipamento residencial para Idosos), uma entidade com Centro de Recursos de Inclusão (70 utentes) e duas entidades sem especificarem a resposta (com 41 utentes).

As áreas de intervenção consideradas prioritárias são a Saúde como a mais prioritária, seguindo-se a Ação Social, a educação e o emprego.

Os grupos-alvo considerados prioritários são as pessoas idosas, seguindo-se os grupos vulneráveis.

Quanto aos recursos necessários considerados mais importantes para intervir na área da saúde mental:

- recursos humanos - psiquiatras, seguindo-se psicólogos, enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, médicos de família e terapeutas ocupacionais;
- recursos materiais - equipamento clínico como o mais necessário, seguindo-se instalações físicas;
- recursos financeiros - o considerado "muito necessário" a alocação de verbas do Estado.

De entre as competências consideradas mais necessárias para intervir na promoção da saúde mental, foram identificadas: *conhecer os princípios da promoção da saúde mental e conhecer os determinantes da saúde mental e estratégias para os influenciar* são visualizadas com sendo as *muito necessárias*. Na segunda linha de maior necessidade de competências a ser reunidas pelos profissionais na área de promoção de saúde mental surgem as competências *mobilizar os parceiros relevantes para a mudança decidida e diagnosticar problemas (se aplicável)*.

Das 22 entidades, duas entidades pertencem à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, três entidades pertencem à Rede de Cidades Educadoras, uma à Rede de Cidades Saudáveis e treze à Rede Social. consideram que a articulação com a Rede Social funciona numa perspetiva de promoção da saúde mental.

Quanto à Rede Social, salientam-se, como pontos fortes que recolhem mais consenso, Trabalho em Equipa [10], Participação das Entidades [8] e Atividades concertadas/ Intervenção Integrada [7]; como pontos fracos, Extensão do território [6], Fraca participação [6] e Dificuldade nos transportes [4].

Das entidades respondentes, 95% articula com o setor da Saúde, tendo a maioria das entidades assinalado como muito elevado o grau de interação com IPSS's, Centro de Saúde e Hospitais.

Quanto aos Projetos existentes em saúde mental, foram identificados Projetos Terapêuticos de Grupo - 1 entidade, 6 projetos terapêuticos, 13 utentes, que são também Projetos Terapêuticos Dirigidos à Pessoa com Deficiência Intelectual; outra entidade Fórum Ocupacional (30 utentes); Projetos Individuais em Saúde Mental (2 entidades com um total de 43 projetos). Nenhuma das entidades referiu existência de Projetos Para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves.

No tocante a *Outros Projetos*, foram apontados uma Estrutura Residencial para Idosos (29 utentes), a construção do complexo social, para idosos (32 utentes); e projetos dirigidos a idosos e à comunidade ("A vida em Relíquias", "Notícias de nossa casa", "Uma mão Amiga").

Das entidades que pertencem à RNCCI, uma identificou os projetos/iniciativas que foram desenvolvidas pela organização - Voluntariado, Musicoterapia, Comemoração de datas festivas, Passeios, Elaboração de exposições temáticas, Atividades de estimulação em grupo, Jogos tradicionais, Horta pedagógica e Próbem - Programa de promoção do bem estar na 3ª idade.

As entidades que participam de forma transversal no processo de ajuda às pessoas com necessidades em saúde mental, identificadas (e respondentes) 5 entidades: Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Grândola (CPCJ), Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, Equipa Local de Intervenção de Odemira, Centro Distrital Segurança Social de Beja, Núcleo Local de Inserção Social e Estabelecimento Prisional de Odemira.

Quanto às Necessidades em saúde mental identificadas, foram sugeridas a criação de uma resposta de saúde mental, de respostas sociais de apoio à família e de ocupação dos tempos livres das crianças e jovens em risco do concelho. assinalada a necessidade de uma resposta local a nível das especialidades médicas de psiquiatria e pedopsiquiatria, bem como no âmbito apoio psicológico e de terapia familiar, sendo sugerida a criação de equipas de saúde comunitárias de saúde mental. Adicionalmente, é referida a dificuldade em operacionalizar os encaminhamentos para a Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Espírito Santo em Évora devido à distância geográfica e aos custos financeiros inerentes às deslocações das famílias. Adicionalmente, o envelhecimento da população, o aumento de demências e a crescente dependência, o isolamento e as dificuldades sócioeconómicas suscitam a necessidade de respostas que articulem saúde e social.

D. Discussão dos resultados

Em reunião com as entidades da Rede (novembro 2015) foram apresentados e discutidos os resultados.

Valorizado o início das consultas de Psiquiatria (3 psiquiatras, alternadamente, uma vez por semana).

Realçado o "FelizMente" (Programa Sinergias Sociais/TAIPA), projeto para os jovens e comunidade em geral, relativo ao estigma e violência no namoro, bem como o projeto de Promoção da Saúde Mental EUTIMIA, em contexto escolar. (promovido pela CIMAL – Comunidade Intermunicipal do Alentejo Litoral).

Foi salientado que a Unidade Móvel devia ter especialista de saúde mental, ampliando o espectro de ação que tem. Vincam-se a inexistência de respostas específicas para a saúde mental, a escassez de projetos terapêuticos e de respostas ocupacionais assim como a necessidade de equipas de apoio ou de estruturas residenciais dirigidas.

Releva-se a articulação entre as entidades e que importa reforçar a formação, sendo visível o empenho das entidades em promover uma crescente literacia da comunidade em torno da saúde mental infantil e juvenil bem como do idoso e de processos de rede que permitam fazer face à escassez de respostas.

ANEXO 1. Lista das entidades respondentes

Odemira	A	B	C	
N (Lista)	1	25	6	32
Devolvidos	1	21	5	27

84,4%

- A** | Câmara Municipal de Odemira
- B** | Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Milfontes
 Agrupamento Vertical de Colos
 Agrupamento de Escolas de Saboia
 Associação de Paralisia Cerebral
 Associação de Reformados e Idosos de Vila Nova de Milfontes
 Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos da Freguesia de São Teotónio.
 Associação de Solidariedade Nossa Senhora do Mar
 Associação Humanitária D. Ana Pacheco
 Associação Odemira +
 Casa do Povo de Relíquias
 Casa do Povo de S. Luis
 Casa do Povo de São Martinho das Amoreiras
 Centro Escolar e Profissional do Litoral Alentejano
 CERCICOA
 CERCISIAGO
 CRI Litoral Alentejano / ARS Alentejo
 Núcleo Combatentes do Conselho Odemira
 Santa Casa da Misericórdia de Odemira
 TAIPA - Org. Cooperativa para o Desenvolvimento Integrado de Odemira
 UCC Odemira
 UCSP Odemira
- C** | Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Grândola (CPCJ)
 Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) - Núcleo de Supervisão Técnica do distrito de Beja/ Equipa Local de Intervenção de Odemira
 ISS,IP – Centro Distrital de Beja, Unidade de Desenvolvimento Social e Programas
 Núcleo Local de inserção Social
 Estabelecimento Prisional de Odemira

ANEXO 2. Caracterização sumária das entidades - responsabilidades, recursos e respostasQual o estado de saúde mental da população-alvo percecionado pelas instituições?

Era solicitada resposta numa escala de Likert (Muito má, má, boa, muito boa) e a respetiva fundamentação. Das 22 entidades (A e B), 56,5% assinalou "má" e 13% assinalou "muito má" (totalizando 69,5%). Um pouco mais de um quarto (26,1%) considerou "boa saúde".

Na fundamentação, apresentada para as respostas "*muito má*":

- "o território é conhecido Incidência elevada de suicídio, alcoolismo, outros consumos/adições (haxixe, heroína), assim como ausência de resposta profissional especializada (psiquiatra) dirigida a adultos (perturbações da personalidade; quadros demenciais) e/ou crianças e jovens (existe apenas 1 pedopsiquiatra no distrito);

- "ausência de respostas efetivas que sirvam a população. O Serviço de Psiquiatria do Hospital Litoral Alentejano não está dotado de clínico. O acesso fica limitado ao Hospital de Beja no caso das crianças e jovens e a uma consulta no Centro de Saúde de Sines para a população em geral. Em ambas as situações as distâncias que medeiam essas respostas, o número limitado de atendimentos e os custos que implicam estas deslocações, levam a que apenas uma ínfima parte da população seja assistida.";

- "Não existem os recursos necessários para atenuar os problemas de saúde mental por exemplo da população idosa que afetam também os familiares e cuidadores formais e informais":

Na fundamentação das respostas "estado de saúde mental *má*":

- "A maior parte dos idosos apresentam sinais de deteiorização cognitiva, depressão e em alguns casos demencias";

- "Existem doentes com graves problemas ao nível psiquiátrico e que muitas vezes nos vimos incapazes de dar resposta, por falta de estrutura física adequada";

- "Falta de recursos e técnicos especializados na área da saúde mental" (repetidas referências); "Há pessoas com problemas de saúde mental para os quais não há respostas locais. As respostas existentes fora do concelho exige grandes deslocações / despesas e o acompanhamento não é sistemático.";

- "Muitos utentes que frequentam a instituição não estão no seu pleno estado de saúde mental e a maioria tem diagnósticos médicos comprovativos da situação em causa";

- "O estado de saúde mental não é bom essencialmente porque a nossa instituição não tem técnicos especializados nem formação adequada para prestar cuidados especializados e individualizados aos diferentes casos que vão surgindo";

- "Os clientes apresentam situações clínicas instáveis e com elevado grau de dependência";

- "Os idosos (...) são pessoas com diversas dependências físicas e cognitivas sem um contexto familiar adequado vivendo com poucas condições de habitabilidade";

- "os utentes que integram a instituição apresentam cada vez mais dependências, tanto ao nível motor como psicológico/cognitivo (perda de autonomia, morte de familiares, saúde em declínio, isolamento, vasto leque de demências, sendo o mais comum Alzheimer)";

- "População envelhecida, isolada e com poucos recursos económicos, pouca formação/literacia"; "Todo o indivíduo que apresenta comportamentos aditivos problemáticos tem necessariamente problemas de saúde mental"; "Todos os utentes sofrem de stress traumático da guerra".

Na fundamentação "boa", encontramos referências aos "alunos até ao 8º ano que não apresentam patologia mental instalada", "a articulação com as estruturas de apoio psiquiátrico permite promover o equilíbrio bio-psico-social, embora nas situações de crise a nossa resposta não é eficaz pois não dispomos de pessoal das áreas da saúde nas equipas", os "casos de encaminhamento são reduzidos", a "População com Diagnóstico e Acompanhamento".

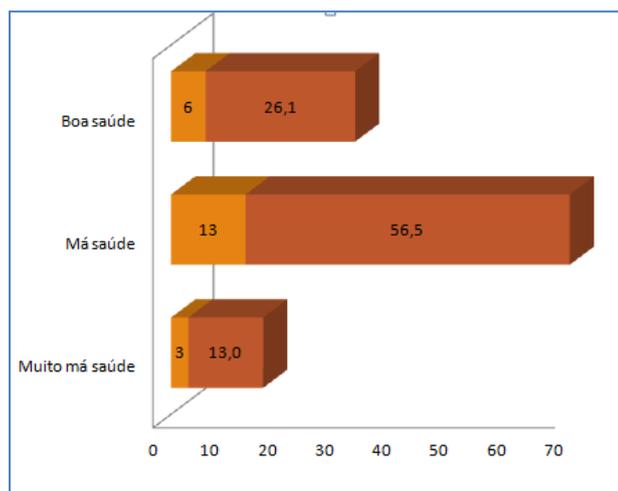


Figura 8 - Perceção das instituições sobre o estado de saúde mental

A instituição apresenta quantos técnicos com formação na área de saúde mental? Quantos técnicos fazem intervenção em saúde mental?

De acordo com os dados fornecidos pelas entidades, existem 55 técnicos com formação em saúde mental e 191 funcionários que intervêm em saúde mental. O diferencial entre os que têm formação e os que intervêm (136) serve de indicador a necessidades de formação na área.

Existe diagnóstico de saúde mental na instituição?

Na maioria das entidades, é referida a inexistência de diagnóstico de saúde mental.

Diagnóstico de Saúde Mental		
	n	%
Não	16	70
Sim	5	21,5
Não responde	2	8,5

Quadro 12 - Distribuição da existência de diagnóstico de Saúde Mental

Que importância atribuem as entidades à participação da sua entidade na promoção da saúde mental?

Das entidades respondentes, 7 entidades (30%) consideram importante a sua participação na promoção da saúde mental, 13 (56,5%) consideram muito importante e 3 não responderam.

Descrição da população de utentes da instituição (distribuição por género e faixa etária, utentes referenciados com doença mental e com apoio domiciliário)

Considerando todas as respostas, as entidades têm 2351 utentes, estando 274 identificadas com doença mental.

Utentes	Homens	Mulheres	[+ 65 anos]	[- 18 anos]	c/ Dça mental	Apoio Domic
13	11	2	1	3	5	0
291	113	178		108	62	
190	88	102	161		63	3
103	50	53	99		8	3
45	19	26	43		13	30
74	42	32	69		12	28
110	53	57	100		10	36
32	13	9	31		9	19
30	17	13	26			12
159	77	82	8		52	74
470			0	470	5	
295			0	295	12	
200	90	110	200	0	20	200
29	7	22	6	1	3	
310	150	160	0	250		
2351	730	846	744	1127	274	405

Quadro 13 - Distribuição da população de utentes (género, faixa etária, referenciados com doença mental e com apoio domiciliário)

Principais motivos de recurso à instituição?

Os principais motivos de recurso e respostas das entidades são:

- necessidades de serviços médicos e de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários;
- incapacidades e dependências total, crianças e jovens em contexto escolar, mulheres em contexto de penitenciárias, adultos e idosos isolados, com doença crónica;
- situação de crianças com alteração nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação ou em risco grave de desenvolvimento (entre 0-6 anos); alunos com necessidades de educação especial (6 - 18 anos); pessoas com deficiência com idade igual ou superior a 16 anos
- crianças, jovens e adultos com deficiências e incapacidades;
- acolhimento/ocupacional e profissional de pessoas com deficiência e incapacidade;
- situações de carência social e de saúde, assegurando o internamento de carácter temporário ou definitivo, bem como prestação de apoio ao nível das atividades de vida diária (alimentação, higiene pessoal e habitacional, animação socio-cultural)

- as situações que estão recorrentes ao próprio envelhecimento natural do ser humano; pessoas que vão ficando cada vez mais dependentes, com necessidades de apoio e orientação ao nível dos cuidados básicos, saúde;
- solidão, isolamento, ausência de apoio familiar, situações de dependência, exclusão social;
- situações de isolamento na 3ª idade; apoio nos cuidados de higiene, alimentação, higiene habitacional a idosos que não conseguem ter o apoio de familiares; situações de idosos com demência, doença de Alzheimer diagnosticada, que necessitam de acompanhamento a tempo inteiro; situações de isolamento social, pessoas com necessidade de apoio em AVD's, com necessidade de vigilância e supervisão permanente;
- dificuldade de apoio por parte dos familiares aos idosos, encaminhamento de saúde;
- situações de violência doméstica
- dependências a comportamentos aditivos.

Para que entidades são as situações mais frequentemente encaminhadas?

Encaminhamento (n=21)	n
Centro De Saúde De Odemira - Médico De Família, Técnica Serviço Social	9
Hospital de Referência - HLA (Santiago), CHS (Setúbal) E HJJF (Beja)	8
Segurança Social	8
Serviços Pedopsiquiatria, Psiquiatria, Consultas De Especialidade	2
UCC	3
Gabinete De Apoio À Vitima E Agressor	2
Consulta De Desabilitação Do CAT/CRI/Consulta Descentralizada De Odemira	2
Lares Residenciais	2
RNCCI	1
Ministério Público / Tribunal	1
Unidade De Desabilitação, Comunidades Terapêuticas	1
Psicóloga do Agrupamento	1
CPCJ	1
Casas Abrigo	1

Quadro 14 - Entidades de encaminhamentos da instituição

Existem orçamentos disponibilizados para aplicação nos projetos de saúde mental?

A larga maioria não tem orçamento específico (7), não sabe (1) não responde (2).

Uma entidade aponta 50.000, uma refere percentagem (20%) do orçamento geral.

Em três entidades, corresponde ao valor do salário dos profissionais da área.

3.4. SANTIAGO DO CACÉM

A. Caracterização geral



Território

O concelho de Santiago do Cacém, inserido no Litoral Alentejano, ocupa uma área geográfica de 1.054 Km². Tem uma população residente de 29.342 habitantes (2015)⁴⁹, que se distribui por onze freguesias: Abela⁵⁰, Alvalade⁵¹, Cercal do Alentejo⁵², Ermidas-Sado⁵³, União de Freguesias de Santiago do Cacém, Santa Cruz e São Bartolomeu da Serra⁵⁴, Santo André⁵⁵, União de Freguesias de São Domingos e Vale de Água⁵⁶, São Francisco da Serra⁵⁷.

⁴⁹ **Fontes de Dados:** Estimativas Anuais da População Residente – PORDATA. Última atualização: 2016-11-21.

⁵⁰ A freguesia de **Abela** tem cerca de 890 habitantes, que se distribuem numa área de 137,7 km² onde se situam as localidades de Arealão, Cova do Gato, Outeiro do Lobo, Boticos e Foros do Barão (Câmara Municipal de Santiago do Cacém, 2016).

⁵¹ A freguesia de **Alvalade** tem cerca de 2098 habitantes, que se distribuem numa área de 162 km². A vila e freguesia de Alvalade está situada no planalto que separa o vale do Sado do vale de Campilhas. Pertencem a Alvalade os lugares do Carapetal, Daroeira, Conqueiros, Mimosa, Vale de Lobo, Borbolegas, Fontainhas e outros pequenos pontos habitados (Câmara Municipal de Santiago do Cacém, 2016).

⁵² A freguesia de **Cercal do Alentejo** é a que se situa mais a sul no Concelho. Tem cerca de 3.362 habitantes, numa área de 137,45 km². Esta freguesia situa-se na serra da Guarita e é constituída pelos lugares de Sonega, Catifarras, Pouca Farinha, Aldeia do Cano, Chaparral, Espadanal, Casas Novas e Silveiras (Câmara Municipal de Santiago do Cacém, 2016).

⁵³ **Ermidas-Sado** é a freguesia mais recente do Concelho, tendo sido criada em 2001. Tem uma população de cerca de 2020 habitantes numa área de 88,4 km². Da freguesia fazem parte: Ermidas-Aldeia, Faleiros e Vale da Eira (Câmara Municipal de Santiago do Cacém, 2016).

⁵⁴ A **União de Freguesias de Santiago do Cacém, Santa Cruz e São Bartolomeu da Serra** totaliza uma área de 208,13 km² onde residem cerca de 8454 habitantes. A cidade de Santiago do Cacém é sede do Município onde se concentram a maioria dos Serviços Públicos do Município, incluindo o Hospital do Litoral Alentejano. Fazem parte desta União de Freguesias: Cumeadas, Escatelares, Cerro Vermelho, Vale Seco, Aldeia dos Chãos, Vale Verde, Relvas Verdes e Ortiga, Aldeia de Santa Cruz, Ademas, S. Bartolomeu da Serra, Mulinheta. Freguesia de Santa Cruz é a mais pequena no Concelho dista a 6 km de Santiago do Cacém e a maioria da sua população vive em montes dispersos pelo campo. A freguesia de São Bartolomeu da Serra, também próxima a Santiago do Cacém (cerca de 8km) caracteriza-se pelo seu solo acidentado, dedicando-se a sua população residente à agricultura, criação de gado à prestação e serviços (na cidade de Santiago do Cacém) (Câmara Municipal de Santiago do Cacém, 2016).

⁵⁵ A Freguesia de **Santo André** dista cerca de 12 km de Santiago do Cacém e ocupa 75,71 km² do território do município. Nela se situa a Aldeia de Santo André, sede de Freguesia. A Vila Nova de Santo André constitui o maior aglomerado populacional do Concelho tendo surgido como suporte ao complexo industrial de Sines. Pertencem também a esta freguesia as localidades de Costa de Santo André, Deixa-o-Resto, Azinhal, Giz e Brescos. A Freguesia de Santo André tem uma população de cerca de 10647 habitantes (Câmara Municipal de Santiago do Cacém, 2016).

⁵⁶ A **União de Freguesias de São Domingos e Vale de Água** totaliza uma área de 206,8 km² onde residem cerca de 1612 habitantes. Caracteriza-se pela sua extensa área fértil e culturas de regadio. Parte da Barragem de Campilhas está situada no território da Freguesia de Vale de Água que integra também os lugares de Foros do Corujo e Vale das Éguas (Câmara Municipal de Santiago do Cacém, 2016).

<p>Distribuição populacional</p>	<p>O município é limitado a norte pelo concelho de Grândola; a nordeste, por Ferreira do Alentejo; a leste, por Aljustrel; a sul, por Ourique e Odemira e a oeste, por Sines e pela faixa litoral.</p> <p>Considerando a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), Santiago do Cacém pertence à Região do Alentejo (NUTS II) e ao Alentejo Litoral (NUTS III).</p> <p>O concelho de Santiago do Cacém, com 29.342 habitantes, é o mais populoso do Alentejo Litoral. Não obstante e em linha com os demais territórios da região, tem registado, desde 2012, um decréscimo relativo do número estimado de residentes. A sua extensa área geográfica determina que, sendo o mais populoso não seja o território da região com maior densidade populacional (28 Hab/km²), cabendo a Sines essa posição (68,4 Hab/km²). A densidade populacional de Santiago do Cacém é ainda assim superior à registada no global da região do Alentejo Litoral (18,2 Hab/km²) e da Região do Alentejo (23,4 Hab/km²). A distribuição da população não é homogénea no território, contrastando aglomerados populacional da área urbana como Santiago do Cacém e Vila Nova de Santo André, com áreas mais rurais de povoamento disperso e pequenos aglomerados. Estas características de ocupação, semelhantes a outros territórios da região, determinam particulares desafios ao nível do acesso e cobertura de serviços e respostas na região, sobretudo quando estes se concentram principalmente nos centros urbanos.</p> <p>Mais de metade da população residente em 2015¹ (62,7%) encontrava-se situada na faixa etária do 15 e 64 anos; 12,4 % tinha menos de 14 anos e 24,9% tinha 65 anos e mais. Estes valores, bem como a sua evolução refletem a tendência demográfica nacional e estão, de uma forma geral, em linha com os dos demais territórios da região.</p>
<p>Índice de envelhecimento</p>	<p>O índice de envelhecimento no Concelho de Santiago do Cacém era, em 2015¹, de 201,2, em linha do registado na região do Alentejo (201) e superior ao verificado a nível nacional (143,9). Refira-se que este índice de envelhecimento no concelho tem aumentado de forma contínua e progressiva desde 2011 (190,3), marcando a tendência de envelhecimento desta população e seus desafios.</p>
<p>Taxa bruta de natalidade</p>	<p>O Concelho de Santiago do Cacém apresentou, em 2015, um valor de Taxa Bruta de Natalidade de 7,2‰, comparativamente superior ao registado em 2014 (6,6‰). Este aumento relativo da taxa bruta de natalidade em 2015 está em linha com o registado nos concelhos vizinhos de Grândola, Sines e Alcácer do Sal, assim com no global do Alentejo Litoral, e a nível nacional. Este aumento relativo é contrário a uma tendência de decréscimo na natalidade registada nos anos precedentes no concelho e na região, mas precisaremos de apurar os próximos anos para verificarmos se se trata de uma real inversão nessa tendência. A Taxa Bruta de Natalidade de Santiago do Cacém registada em 2015 (7,2‰), bem como a registada no global do Alentejo Litoral (7,3‰) são, ainda assim, inferiores ao registo nacional de 8,3‰.</p>
<p>Índice de dependência</p>	<p>Santiago do Cacém registou em 2015 o segundo menor valor de Índice de Dependência Total⁵⁸ (59,4%) do Alentejo Litoral, ainda assim, acima do verificado a nível nacional (53,2%). O mesmo se passou com o Índice de Dependência de Idosos (39,7%). Quanto ao Índice de Dependência de Jovens 19,7%, ele foi também o segundo menor valor registado no Alentejo Litoral, mas agora, inferior do registado o nível no país (21,8%).</p>

⁵⁷ A freguesia de **São Francisco da Serra** tem cerca de 809 habitantes, que se distribuem numa área de 51,42 km². Roncão e Cruz de João Mendes são lugares da freguesia onde se concentra grande parte da população (Câmara Municipal de Santiago do Cacém, 2016).

⁵⁸ O Índice de Dependência Total é o número de sujeitos menores de 15 anos e com 65 ou mais anos por 100 pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos).

<p>Situação Socioeconómica</p>	<p>O concelho de Santiago do Cacém registou uma taxa de desemprego total de 9,1% (de acordo com o Censos de 2011⁵⁹), sendo de 7,2% nos homens e 11,4% nas mulheres. A 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos nos Centros de Emprego e de Formação Profissional 1175 desempregados sendo a média anual nesse ano de 1244,2 inscritos (que representa 6,8 % da população residente entre os 15 e os 64 anos).</p> <p>De acordo com o Censos de 2011, o total de população ativa era de 14 210 (7 734 homens e 6 476 mulheres). A taxa de emprego foi de 49,5%, sendo de 56,6% nos homens e de 42,8% nas mulheres. O setor de atividade económica que, segundo o Censos de 2011, empregava a maior percentagem de sujeitos era o terciário (63,3%), seguindo-se os setores secundário (30,4%) e primário (6,3%). A preponderância do setor terciário é transversal aos outros territórios do Alentejo Litoral, bem como a nível Nacional.</p> <p>Santiago do Cacém foi, de acordo com o Censos de 2011, o concelho do Alentejo Litoral que teve a segunda menor taxa de população inativa (39,9%), ligeiramente abaixo do registado na região (Alentejo Litoral – 41,2%; Alentejo - 41,2%) e acima do registado a nível nacional (37,6%).</p>
<p>Estruturas Familiares</p>	<p>De acordo com o Censos de 2011 existiam em Santiago do Cacém 12 345 núcleos familiares. Destes, 3 120 (25,3%) eram famílias unipessoais, das quais 1647 (52,8%) constituídas por idosos (a viver sozinhos).</p>
<p>Proteção social</p>	<p>São 702 os beneficiários do subsidio de desemprego, 392 os beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção (1,5% da população residente). Em 2013 existiam em Santiago do Cacém, 9 439 pensionistas, dos quais 6 480 eram pensionistas por velhice, 682 pensionistas por invalidez e 2 277 tinham pensão de sobrevivência.</p>
<p>Registo de crimes</p>	<p>Em 2015, registaram-se 776 crimes, sendo em maior número contra o património (388 crimes) seguido dos crimes contra pessoas (170 crimes). Foram identificados 35 crimes de violência doméstica.</p>
<p>Organização dos serviços de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) "visa coordenar as ofertas e otimizar os recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários à comunidade que serve" (ARSA, site); - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, desde 1 de Novembro de 2012, por agregação do Hospital do Litoral Alentejano (HLA) e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL) faz a “gestão integrada dos cuidados primários, hospitalares e continuados da região do Alentejo Litoral, englobando a oferta dos prestadores de cuidados do SNS dos concelhos de Alcácer do Sal, Sines, Odemira, Grândola e Santiago do Cacém, para uma população global de cerca 100.000 habitantes” (CMS, 2014, p. 21). O Hospital do Litoral Alentejano situa-se no Concelho de Santiago do Cacém. - O Centro Hospitalar de Setúbal presta cuidados de saúde a uma grande área geográfica que ocupa a parte sudoeste litoral da Península de Setúbal e Litoral Alentejano, desenvolvendo a sua atividade, numa perspetiva de complementaridade, na área da Saúde Mental e Psiquiátrica com o ACES do Alentejo (Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira), existindo interface com a Equipa da Consulta Comunitária de Saúde Mental e o Departamento de Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal. - Hospital do Espírito Santo de Évora tem uma área de influência de segunda linha que abrange toda a região do Alentejo, incluindo Santiago do Cacém. - Ao nível das repostas em Cuidados de Saúde Primários, Santiago do Cacém conta com duas Unidades Funcionais: uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

⁵⁹ Fontes: INE; PORDATA, última atualização 2015-06-26.

A **UCC** presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atual ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados¹². Estão entre as áreas de trabalho desta UCC as seguintes: Envelhecimento Ativo; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP); Equipa de Coordenação Local (ECL) de Santiago do Cacém /Sines; Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); Formação a Cuidadores Formais e Informais; Preparação para a Maternidade e Paternidade; Programas em Parceria Comunitária: Recuperação Pós-parto; omissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ); Intervenção Precoce (IP); Núcleo Local de Inserção (NLI); Saúde Escolar; Troca de Seringas; Unidade Móvel de Saúde (UMS); Visita Domiciliária ao Recém-nascido (RN) e Puérpera.

- Situado no Piso do Hospital do Litoral Alentejano encontra-se uma **Unidade de Convalescença** integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI). Esta unidade destina-se ao utente que na sequência de um episódio agudo de doença, se encontram numa situação de dependência, com perda de autonomia que é potencialmente recuperável. Os cuidados prestados têm como objetivo a reabilitação funcional da pessoa. O período de internamento é de 30 dias. Assume como missão “Prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico”. (art.º 13.º DL n.º 101/2006). Integra uma equipa multidisciplinar constituída por médicos (Medicina Interna e Fisiatra), enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, técnica do serviço social, psicóloga, administrativa, dietista.

Recursos
Humanos na
Saúde

Segundo informação do PORDATA, em 2015, em Santiago do Cacém, havia 85 médicos, 245 enfermeiros, 10 dentistas, 29 farmacêuticos. Esta dotação de Recursos Humanos no Concelho, sem comparativos na região, deve-se às estruturas de saúde nele existentes, cujas respostas em saúde, embora de proximidade relevante, vão além do território de Santiago do Cacém. A exemplo disso temos o Hospital do Litoral Alentejano, integrado na Unidade Local de Saúde e na Rede de Resposta hospitalar.

Note-se que os dados do PORDATA de 2015 indicam a inexistência de médicos psiquiatras no concelho, e não nos fornecem informação sobre o número de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, psicólogos, ou outros profissionais da área da saúde mental. É, todavia, do conhecimento público que a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA) e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) estabeleceram, em outubro de 2015, o início de uma parceria para a assistência na área da Psiquiatria. Esta parceria envolve a prestação de cuidados de saúde, por dois médicos psiquiatras do CHPL, no Hospital do Litoral Alentejano, em Santiago do Cacém (dois dias por semana) e no Centro de Saúde de Odemira (um dia por semana). Esta parceria visa colmatar uma lacuna importante na assistência psiquiátrica na região.

Indicador (Ano) - Fonte	Santiago do Cacém	Alentejo Litoral	Portugal
População residente (nº) (2015) - a)	29 342	95 410	10 358 076
Densidade populacional (Hab/Km ²) (2014) – a)	28	18,2	112,8
Jovens menos de 15 anos (%) (2015) – a)	12,4	12,5	14,2
População em idade ativa (15 aos 64 anos) (%) (2015) – a)	62,7	62,5	65,3
Idosos (65 e mais anos) (%) (2015) – a)	24,9	25	20,5
Índice de envelhecimento (idosos/100 jovens) (2015) – a)	201,2	201	143,9
Índice de Longevidade (%) (2015) – a)	40,9	53,7	49
Índice de dependência total (%) (2015) – a)	59,4	59,9	53,2
Índice de dependência de jovens (%) (2015) – a)	19,7	19,9	21,8
Índice de dependência de idosos (%) (2015) – a)	39,7	40	31,4
Taxa bruta de natalidade (‰) (2015) – a)	7,2	7,3	8,3
Taxa bruta de mortalidade (‰) (2015) – a)	14,1	14,3	10,5
Registo óbitos por suicídio (nº) (2014) – a)	6	33	1 216
Óbitos (nº) (2015) – a)	415	1 362	108 511
Taxa de desemprego (%) (2011) – b)	9,1	10,9	13,2
Pessoas inscritas nos centros de emprego (%) (dez 2015) – a)	6,8	7,2	8,3
Taxa de população inativa (%) (2011) – b)	39,9	41,2	37,6
Registo de crimes (nº) (2015) – a)	776	3 111	356 032
Crimes Registados por 1000 habitantes (‰) (2015) – a)	26,4	32,6	34,4
Crimes de violência doméstica (nº) (2015) – a)	35	146	22 469
Número de médicos por 1000 habitantes (2015) – c)	2,9	1,8	4,7
Número de enfermeiro por 1000 habitantes (2015) – c)	8,4	4,2	6,5
<u>Fontes de dados:</u> a) PORDATA; b) Censos,2011; c) Anuário Estatístico, INE, 2016			

Quadro 1 - Indicadores selecionados do território

B. Respostas em Saúde Mental

Estavam identificadas 30 entidades [A - 1, B - 22 e C - 7]. Responderam ao respetivo questionário 18 entidades [A - 1, B - 14 e C - 3]. Obtivemos assim uma taxa de resposta de **60%**. Da aplicação destes questionários, decorrem os resultados que se apresentam e sua posterior discussão.

1. Qual a natureza das instituições que respondem na área da saúde mental, no concelho?

Quanto à natureza das entidades respondentes aos questionários A e B temos a seguinte distribuição:

Natureza das Instituições	Nº	%
Pública	7	46,7
IPSS	5	33,3
Privada	3	20
N	15	100%

Quadro 2- Natureza das instituições

As entidades públicas são as que se encontram mais representadas no universo das entidades respondentes no Concelho de Santiago do Cacém. Seguem-se as Instituições Particulares de Solidariedade Social e por fim, as entidades de cariz privado (3), todas elas, de acordo com os dados, sem fins lucrativos.

2. Quais os públicos-alvo a que as instituições dão resposta em saúde mental?

Questionadas sobre o(s) público(s)-alvo a que as entidades dão resposta obtivemos os seguintes dados, agregados em tabela de análise de frequência:

Público – Alvo	Freq.
Comunidade em Geral / População	8
População Idosa	3
Crianças e Jovens	2
Pessoas com Deficiência Ligeira, Moderada a Grave	1
Antigos Combatentes e Famílias	1
Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências	1
Organizações do Alentejo Litoral	1
Vítimas de Violência Doméstica	1
Mulheres com Cancro da Mama	1

Quadro 3- Público-alvo das instituições por categorias.

O público-alvo “Comunidade em Geral / População” é o mais referido entre as entidades estudadas, aliando-se à resposta a este público, em muitos casos, respostas a grupos / situações mais específicas. A “população idosa” é o público-alvo específico indicado com maior frequência (3), seguindo-se o das “Crianças e Jovens” (2) e depois, com a mesma frequência (1), os demais públicos específicos, relacionados (naturalmente) com a missão institucional das diferentes entidades participantes.

3. Para as diferentes tipologias de resposta, quantas instituições dão resposta para a saúde mental e número de utentes?

Seguindo a tipologia de Resposta em Saúde Mental do Questionário, identificam-se, no concelho, os seguintes resultados:

	Serviços / Respostas					Grupos de Autoajuda		Terapias				
	Serviço de Atendimento, Avaliação	Apoio domiciliário	Ações de Divulgação/Sensibilização	Formação para Técnicos	Intervenção precoce	Direcionados para os utilizadores	Direcionados para as famílias	Grupo para os Utentes	Grupo para os Familiares	Programa de reabilitação cognitiva	Programa de Recuperação Psicossocial	Apoio na integração social
Nº Entidades	5	5	3	2	--	--	1	3	2	3	4	4
Nº Utentes	1000 (5)	209 (4)	1381 (2)	516 (1)	--	--	180	92 (3)	10 (1)	101 (2)	117 (3)	62 (2)

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utentes (Serviço / Respostas; Grupos de Autoajuda; Terapias)

	Estruturas de base comunitária - Apoio Sócio Ocupacional e Residencial											
	Fórum sócio ocupacional	Unidade Vida Protegida	Unidade Vida Autónoma	Unidade Vida Apoiada	Residências de treino de autonomia	Residências autónomas de saúde mental	Residências de apoio máximo	Unidades sócio ocupacionais	Equipas de apoio domiciliário	Comunidade de inserção	Comunidade terapêutica	Centro de atividades ocupacionais
Nº entidades	1	--	--	--	--	--	--	1	2	--	1 ⁶⁰	3
Nº Utentes	60	--	--	--	--	--	--	5	48 (2)	--	--	131 (3)

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utentes (Estruturas de base comunitária - Apoio Sócio Ocupacional e Residencial)

	Apoio à integração no mercado de trabalho			Respostas comunitárias			Respostas na saúde
	Formação Profissional	Apoio à Colocação	Emprego Apoiado	Atendimento/Acompanhamento	Projetos Locais de intervenção comunitária	Outra ⁶¹	Consultas/Especialidades
Nº entidades	3	4	3	4	1	1	3
Nº Utentes	72 (3)	1359 (4)	24 (3)	170 (4)	1	-- ⁶²	22 940 ⁶³

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utentes (Apoio à integração no mercado de trabalho; Respostas Comunitárias e na Saúde)

⁶⁰ Existe a possibilidade de encaminhamento para comunidades terapêuticas.

⁶¹ Apoio ao Empreendedorismo - DLBC - Desenvolvimento Local de Base Comunitária (Rural e Costeira).

⁶² Protocolo com o IEFP como equipa técnica de apoio à criação e consolidação de projetos para pessoas desempregadas criarem o próprio emprego.

⁶³ Integra a Consultas realizadas na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano.

	Outro tipo de respostas					
	Centro de Dia	Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI)	Associação de Paralisia Cerebral (APC)	Creche e Pré-Escolar	UCCI - Santa Casa da Misericórdia	Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)
Nº entidades	4	3	1	1	1	1
Nº Utentes	145 (4)	298 (3)	4	50	65	108

Quadro 4 – Respostas Disponibilizadas e Número de Utentes (Outro tipo de respostas)

Identificamos no Concelho de Santiago do Cacém uma grande diversidade de respostas em Saúde Mental. Esta diversidade e o número de utentes a que respondem explicar-se-ão, em parte, pelo facto de existirem sediadas neste concelho várias estruturas cuja resposta é extensível a outras populações e concelhos do Alentejo Litoral.

As tipologias de resposta presentes num maior número de entidades respondentes do concelho (5 entidades) são o “Serviço de Atendimento, Avaliação” e o “Apoio Domiciliário”. Seguem-se, com 4 entidades cada, o “Programa de Recuperação Psicossocial”, o “Apoio na integração social”, o “Apoio à Colocação”, o “Atendimento / Acompanhamento”, e no âmbito do “Outro tipo de respostas” identificadas o “Centro de Dia”.

As tipologias de respostas que afetam um maior número de utentes são, por ordem decrescente: a “consultas/ especialidades” (onde três entidades respondem a 22 940 utentes), as “Ações de Divulgação/ Sensibilização” (onde duas das três entidades que indicaram esta tipologia respondem a 1 381 utentes), o “Apoio à Colocação” no âmbito do “Apoio à Integração no Mercado de Trabalho” (onde quatro entidades respondem a 1 359 utentes) e o “Serviço de Atendimento, Avaliação” (onde cinco entidades respondem a 1000 utentes).

Admitimos a possibilidade: do número de utentes identificados em algumas destas respostas incluírem cidadãos de outros concelhos que não o de Santiago do Cacém; de um mesmo utente poder ser identificado em diferentes tipologias de resposta, prestadas, por uma ou mais das entidades respondentes.

Não estão disponíveis dados sobre o número de utentes para algumas das tipologias de resposta identificadas, por algumas das entidades.

4. Áreas de intervenção e grupos-alvo considerados prioritários

A resposta requeria o estabelecimento de prioridades num universo de opções dadas, com pontuação 1 (mais prioritário), 2 (prioritário) e 3 (menos prioritário), bem como a possibilidade de inclusão de outra(s) Área(s) / Grupo(s)-Alvo, considerados prioritários, aos quais atribuíram igualmente o respetivo grau de prioridade.

- a. Quais as áreas consideradas mais prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental pelas entidades respondentes?

Constatamos pelos dados, graficamente apresentados, que as áreas de intervenção consideradas de maior prioridade no âmbito da Promoção da Saúde Mental são: a área da “Saúde” e a área da “Ação Social”,

mas também com relevância nos dados a da “Formação” e a da “Educação”, se as considerarmos em conjunto. Note-se que a área da “Saúde” foi a referida com maior frequência como “A Mais Prioritária” (4 entidades) e esteve, a par com a área da “Ação social”, entre as que mais vezes foi referida como “Prioritária” (3 entidades). Por fim, refira-se que uma das instituições inquiridas indicou a área do “Atividades Ocupacionais”, como “Outra” área prioritária a ser considerada no âmbito da Promoção da Saúde Mental.

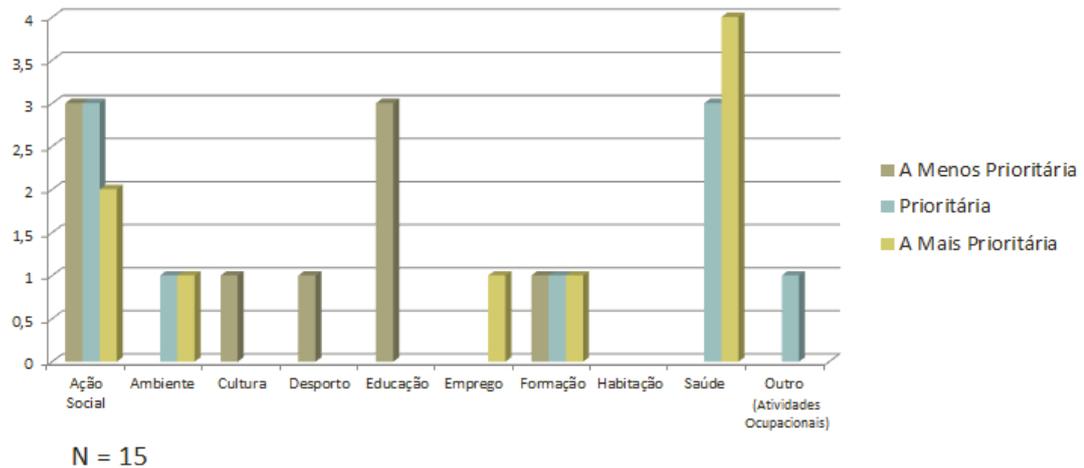


Figura 1 – Áreas prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental

b. Que grupos-alvo são considerados prioritários?

Quanto aos grupos-alvo considerados de maior prioridade para intervenção de promoção de saúde mental aparece, em primeiro lugar, o das “Pessoas Idosas” seguindo-se-lhe, em igual nível de prioridade, o das “Crianças e Jovens” e “Grupos Vulneráveis”.

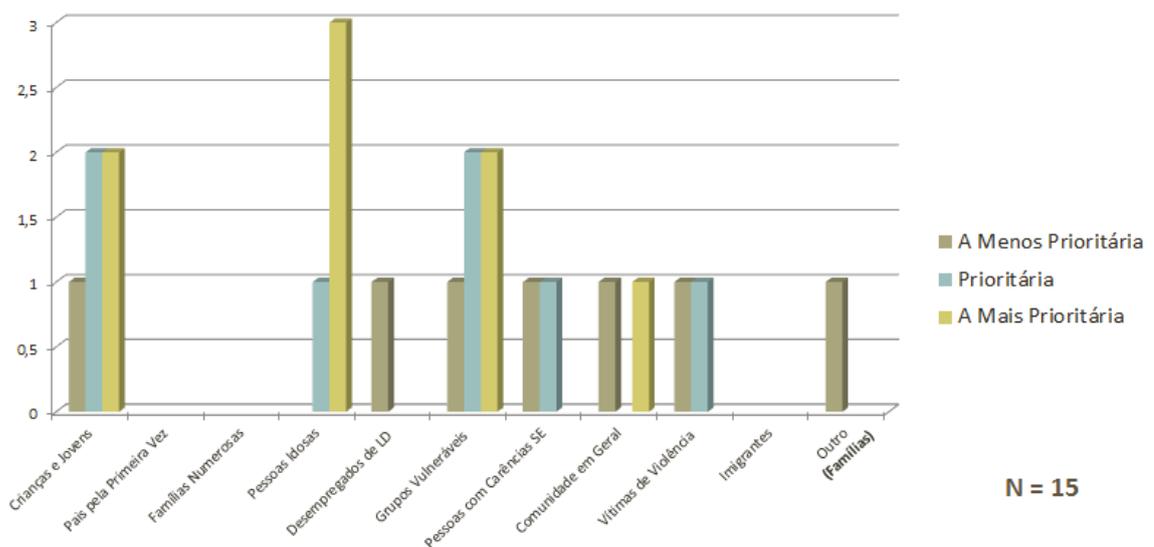


Figura 2 – Grupos-alvo prioritários no âmbito da promoção da saúde mental

5. Identificação dos recursos necessários considerados mais importantes para intervir na área da saúde mental

A questão apresentava-se sob a forma de um quadro de respostas, no qual, para cada item referente a Recursos Humanos, Recursos Materiais, ou Recursos Financeiros, a entidade inquirida dispunha de uma escala de *Likert*, de 4 pontos (muito necessário, necessário, desnecessário, muito desnecessário). Também aqui se colocou a possibilidade de inclusão de outros recursos tidos por necessários, sobre os quais a entidade aplicaria igualmente a escala de *Likert*.



Figura 3 – Recursos considerados necessários para a promoção da saúde mental

Considerando os dados graficamente apresentados, constatamos que de entre os recursos tidos por mais necessários para a intervenção na Promoção de Saúde Mental surgem, à cabeça, os Recursos Humanos (RH), com destaque para os “Enfermeiros Especialistas em ESMP”, “Psiquiatras” e “Psicólogos”. Seguem-se os Recursos Financeiros (RF) com a “Alocação de Verbas do Estado”, os “Recursos Financeiros” e “Candidatura a Projetos Específicos”. Os Recursos Materiais (RM) surgem depois sendo de entre estes tidos como mais necessários os “Recursos Materiais”, “Equipamentos Audiovisuais”, “Equipamentos Clínicos” e “Instalações Físicas”.

De referir ainda que a taxa de resposta foi diferente de item para item.

Quanto a “Outros” recursos tidos por “muito necessários” foram indicados os “Testes Psicológicos” e “Materiais Didáticos”.

6. Competências prioritárias na promoção da saúde mental

Esta questão apresentava-se também sob a forma de um quadro de respostas. Para cada um dos 21 itens referentes a afirmações de competência, a entidade inquirida dispunha de uma escala de *Likert*, de 4 pontos (nada necessária, pouco necessária, necessária, muito necessária).

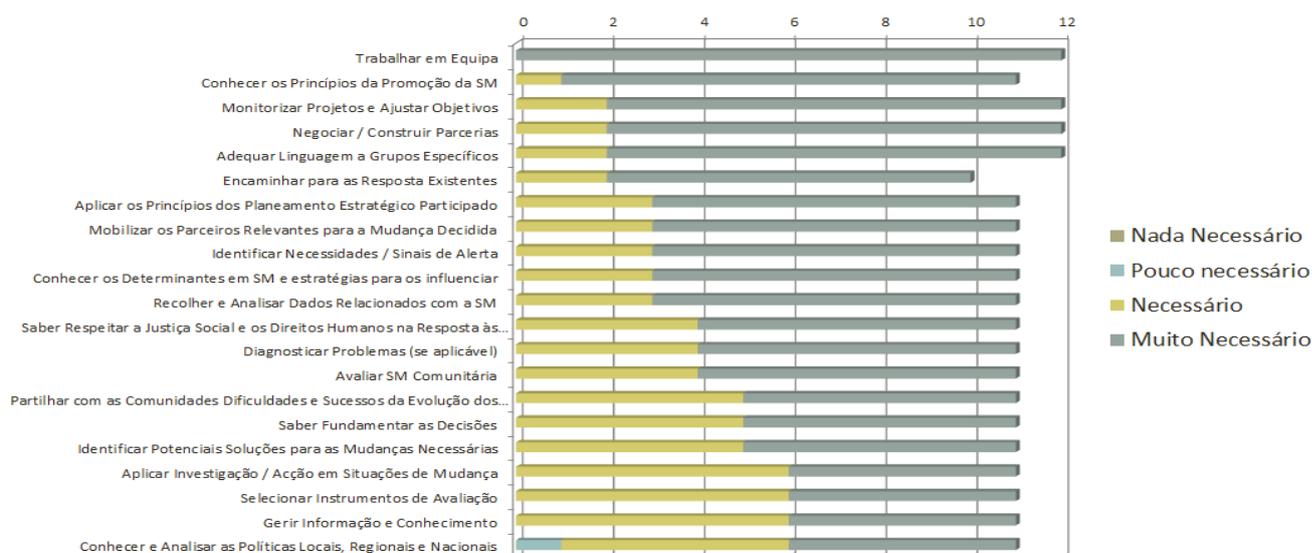


Figura 4 – Competências consideradas necessárias para a promoção da saúde mental

“Trabalhar em Equipa”, “Conhecer os Princípios da Promoção da Saúde Mental”, “Monitorizar Projetos e Ajustar Objetivos”, “Negociar / Construir Parcerias” e “Adequar Linguagem a Grupos Específicos” foram as competências tidas por mais necessárias para a Promoção em Saúde Mental.

O Perfil de competências mais necessário para a abordagem em Saúde Mental remete assim, em primeira instância, para um profissional habilitado para o trabalho de projeto, em equipa e em rede, bem como para a construção / negociação de / em parcerias

7. Pertença a Redes

O questionário interrogava sobre a pertença à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), à Rede de Cidades Saudáveis (RCS), à Rede de Cidades Educadoras (RCE) e à Rede Social (RS) e se a articulação com a Rede Social funcionaria ou não numa perspetiva de promoção da Saúde Mental. Em caso de pertencerem a uma Rede, solicitava-se a identificação de 3 pontos fortes e 3 pontos fracos dessa Rede.

De acordo com as respostas dadas, 2 entidades pertencem à RNCCI e nenhuma das 15 entidades inquiridas pertence à RCS, ou à RCE.

	Pontos fortes	Pontos fracos
RNCCI (n21)	<ul style="list-style-type: none"> • Respostas Eficazes • Qualidade dos Serviços Prestados • Apoio à Família 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de Respostas • Adequação das Sinalizações; • Tempo de Espera

Quadro 5 – Pontos fortes e pontos fracos da pertença às Redes

Das 15 entidades respondentes, 7 consideram que a articulação com a Rede Social funciona numa perspetiva de promoção da saúde mental, 7 consideram que não e, uma entidade, não respondeu à questão.

Relativamente aos pontos fortes e fracos do funcionamento a Rede Social no Concelho, analisado o respetivo conteúdo, listam-se as unidades de significado e sua frequência de enumeração.

Pontos Fortes do Funcionamento da Rede Social no Concelho	Freq.
• Articulação interinstitucional	3
• Planeamento em rede	3
• Parceira	3
• Rentabilização dos recursos	1
• Informação	1
• Promoção do desenvolvimento social local	1

Quadro 6 – Pontos fortes do funcionamento da Rede Social no Concelho

Pontos Fracos do Funcionamento da Rede Social no Concelho	Freq.
• Pouca participação das entidades	4
• Fraca adesão dos parceiros ao CLAS SC	2
• Capacidade / recursos / vagas inferior(es) às necessidades	2
• Falta de articulação entre parceiros	1
• Falta de priorização de problemáticas de saúde mental	1
• Sobrecarga de trabalho por parte dos representantes	1

Quadro 7 – Pontos fracos do funcionamento da Rede Social no Concelho

8. Articulação com o Setor da Saúde

Na questão da articulação com o Setor da Saúde, além de inquirir sobre a existência ou não de articulação, solicitava resposta quanto ao grau de interação da entidade, com uma lista definida de estruturas do Setor da Saúde.

c. Há articulação com o setor da saúde?

Quanto à existência de articulação das entidades inquiridas com o Setor da Saúde, 13 indicaram que sim, 1 indicou que não e 1 não respondeu.

b. Grau de Interação com estruturas do Setor da Saúde?

Os “Agrupamentos de Centros de Saúde” e “Centros de Saúde”, as “Misericórdias”, as “Instituições Particulares de Solidariedade Social IPSSs” e a “Hospitais” estão entre as instituições do Setor da Saúde com as quais as entidades respondentes deste Concelho interagem mais.

Note-se neste Concelho a interação em grau “elevado” e “muito elevado” com a “Direção Geral de Saúde - DGS” e com a “Administração Regional de Saúde – ARS”, bem como a interação em grau “muito elevado” com o “Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)” e com o “Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – INSA”.

A Interação com instituições privadas do Setor da Saúde tem neste concelho alguma relevância.

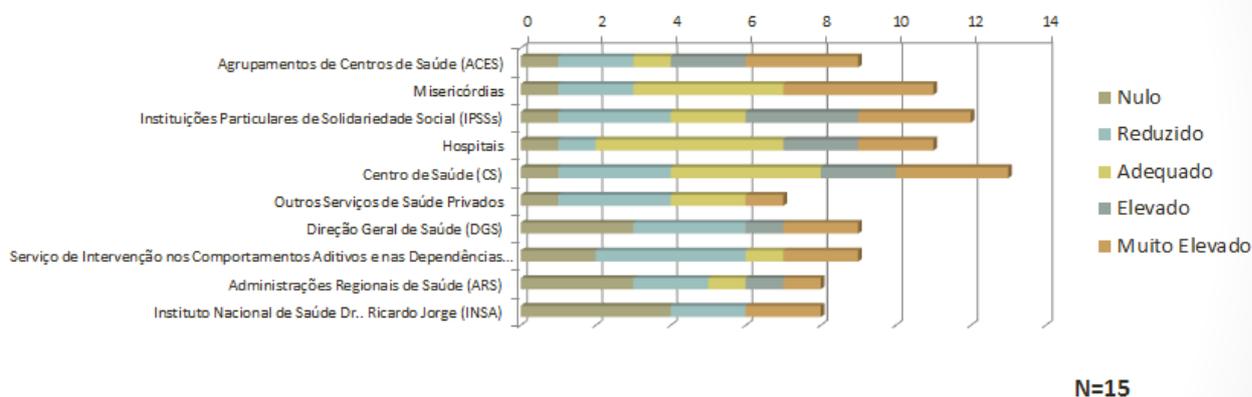


Figura 5 – Grau de Interação com estruturas do Setor da Saúde

9. Projetos existentes em saúde mental

Da análise das respostas fornecidas, constata-se a inexistência dos seguintes projetos:

- Oito “Projetos Terapêuticos de Grupo” oferecidos por 3 das entidades respondentes a um total de 82 utentes. São identificados os seguintes projetos terapêuticos de grupos: “Reabilitação Cognitiva e Física” desenvolvido no âmbito de uma parceria entre a Associação Bem-Estar Social da Freguesia de Santa Cruz com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); “Hidroginástica”; “Movimento Geriátrico”; “Programa de Educação Social”; “Reabilitação Psico-Motora”; “Grupo de auto representantes”; “Grupo de Expressão Dramática”.
- Trezentos e dezassete “Projetos terapêuticos Individuais” em Saúde Mental oferecidos por 4 das entidades respondentes.
- Quinze “Projetos dirigidos a pessoa com Deficiência Intelectual” oferecidos por 3 das entidades respondentes. São identificados os seguintes “Projetos dirigidos a pessoa com Deficiência Intelectual”: “Hidroginástica”; “Movimento Geriátrico”; “Programa de Educação Social”; “Reabilitação Psico-Motora”; “Grupo de auto representantes”; “Grupo de Expressão Dramática”; “Emprego Acompanhado”.
- Seis “Projetos para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves” oferecidos por uma das entidades respondentes. São identificados os seguintes “Projetos para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves”: “Hidroginástica”; “Movimento Geriátrico”; “Programa de Educação Social”; “Reabilitação Psico-Motora”; “Grupo de auto representantes”; “Grupo de Expressão Dramática”⁶⁴.
- No âmbito de “Outros Projetos” são referidos 5 projetos por duas das entidades inquiridas: o projeto “Proativa-te” dirigido a jovens; o projeto “Localidades”; o projeto promovido pela Entidade

⁶⁴ Note-se que os mesmos seguintes projetos: “Hidroginástica”; “Movimento Geriátrico”; “Programa de Educação Social”; “Reabilitação Psico-Motora”; “Grupo de auto representantes”; “Grupo de Expressão Dramática” são apontados, por uma das entidades respondentes, como “projetos terapêuticos de grupo”, dirigidos a “Pessoas com Deficiência Intelectual” e a “Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves”.

Coordenadora Local na parceria para a execução dos Contratos Locais de Desenvolvimento Social - CLDS 3G - no Município de Santiago do Cacém; o projeto “Rede Continuada” de dimensão nacional da Liga dos Combatentes e o Apoio Judicial, Social e Psicológico aos Combatentes.

10. Que entidades participam de forma transversal no processo de ajuda de pessoas com necessidades em saúde mental?

As entidades que participam de forma transversal no processo de ajuda às pessoas com necessidades em saúde mental, identificadas e respondentes no concelho de Santiago do Cacém foram: a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de Santiago do Cacém; o Instituto da Segurança Social – Centro Distrital de Setúbal e o Núcleo Local de Inserção de Santiago do Cacém.

Respostas disponíveis [entidades transversais]				
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	n	
Respostas de saúde	Centro de Saúde	“Centro de Saúde”	1	
	Hospital	“Hospital”	1	
	Clínicas Privadas	“Clínicas Privadas”	1	
	Consulta de psiquiatria	“existe apoio na área da psiquiatria apenas no Centro de Saúde (...) quinzenalmente”		2
		“Este apoio (consulta de psiquiatria) é prestado pelo departamento de psiquiatria de Setúbal, através da disponibilização de um médico e de uma técnica dos serviços sociais, quinzenalmente, para o concelho de Santiago do Cacém”		
Respostas sociais	Apoio Económico	“apoio económico às famílias para aquisição de medicação, transporte para hospitais de referência, pagamentos de consultas e tratamentos”	1	

Quadro 8 – Respostas disponíveis

11. Necessidades em saúde mental identificadas pelas entidades

No global das referências feitas à falta de respostas / necessidades identificadas na área da Saúde Mental verificamos a ausência e/ou carência de respostas sociais e em saúde específicas/especializadas em Saúde Mental, quer a nível de internamento, quer no ambulatório, apoio domiciliário ou ocupacional. É feita referência a necessidades específicas na área da Pedopsiquiatria.

A implementação do Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro, que cria a rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, é apontada por uma entidade, como medida potencialmente favorecedora à suplantação da carência de respostas de apoio domiciliário, sócio – ocupacionais e de internamento / unidades residenciais em Saúde Mental.

As múltiplas referências a necessidades de “apoios” de diferente ordem geraram a criação de uma subcategoria específica.

Refira-se por fim a indicação da necessidade de melhor articulação / colaboração entre as entidades da rede no concelho, bem com a de maior celeridade nas respostas da rede, nomeadamente da RNCCI.

Respostas que faltam [n=14]			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	n
Respostas que faltam	Pedopsiquiatria	“Particularmente (...) de um Serviço a nível de Pedopsiquiatria - avaliação e acompanhamento - localizado no Concelho.	
	Internamentos na área de Saúde Mental	“respostas (...) de internamento (...) que poderiam ser implementadas com o Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro, referente aos cuidados continuados integrados em saúde mental.” “ Considero que deveria existir nesta zona uma Unidade de Internamento para situações mais difíceis (...)”.	1
	Consultas na área de Saúde Mental	“Este apoio (consulta de psiquiatria) é prestado pelo departamento de psiquiatria de Setúbal, (...), quinzenalmente, para o concelho de Santiago do Cacém, o que manifestamente é insuficiente”	1
	Apoio domiciliários na área da Saúde Mental	“respostas (...) de serviço domiciliário (...) que poderiam ser implementadas com o Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro, referente aos cuidados continuados integrados em saúde mental. ”	1
	Saúde Ocupacional	“respostas ocupacionais (...) que poderiam ser implementadas com o Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro, referente aos cuidados continuados integrados em saúde mental. ”	1
Necessidades	Apoio(s)	“Apoio médico” “Apoio domiciliário” “A necessidade de respostas de emergência dirigidas (...) à pessoa idosa com dependência (...) sem suporte familiar ou outro (...)”. “Apoio na dependência” “Reabilitação”	7
	Públicos Vulneráveis	“Acompanhamento e intervenção com Públicos Vulneráveis (com défices de Competências Pessoais, Sociais e ou Profissionais)”.	2
	Reposta(s) da(s) REDE(s)	“Maior celeridade no internamento na Rede Solidária (...) e em algumas Unidades da Rede de Cuidados Continuados Integrados.” “Maior Colaboração das Instituições instaladas no Concelho”	2
	Respostas Específicas na área da Saúde Mental	“(…) não existem no concelho respostas específicas para a saúde mental, nem sociais nem de saúde. Existem respostas sociais que são para o público em geral, ligadas aos idosos e à deficiência”. “Criar uma resposta específica de apoio às pessoas com doença mental” “A necessidade de respostas de emergência dirigidas (...) (...) a doente do foro psiquiátrico, sem suporte familiar ou outro (...)”. “Houve necessidade de recorrer a serviços particulares, especializados, para avaliação clínica urgente uma vez que o Serviço Nacional de Saúde não dava resposta atempada”	4

Quadro 9 – Respostas que faltam

Para além dos dados até aqui apresentados, segundo o modelo de análise definido, juntam-se outros em Anexo 2, referentes à Caracterização sumária das entidades - responsabilidades, recursos e respostas.

C. Síntese dos resultados

As entidades públicas são as que se encontram mais representadas no universo das entidades respondentes no Concelho de Santiago do Cacém. Seguem-se as Instituições Particulares de Solidariedade Social e por fim, as entidades de cariz privado (todas elas sem fins lucrativos).

O público-alvo “Comunidade em Geral / População” é o mais referido entre as entidades estudadas, aliando-se à resposta a este público, em muitos casos, repostas a grupos / situações mais específicas. A “população idosa” é o público-alvo específico indicado com maior frequência, seguindo-se a das “Crianças e Jovens”.

Das diferentes tipologias de resposta em Saúde Mental consideradas no questionário B, identificam-se as seguintes no Concelho de Alcácer do Sal:

Serviços / Respostas: “Serviço de Atendimento, Avaliação” - identificado por 5 entidades que dão no seu conjunto resposta a um total de 1000 utentes; “Apoio domiciliário” - identificado por 5 entidades, dando quatro delas resposta a um total de 209 utentes; “Ações de Divulgação / Sensibilização” - identificado por 3 entidades, dando duas delas resposta a um total de 1381 utentes; “Formação para Técnicos” - identificado em 2 entidades, dando uma delas resposta a 516 utentes.

Grupo de Autoajuda: “Direcionados para as famílias” - identificado por uma das entidades que dá resposta a 180 utentes;

Terapias: “Grupo para os Utentes” - identificado por 3 entidades que dão no seu conjunto resposta a um total de 92 utentes; “Grupo para os Familiares” - identificado por 2 entidades, dando uma delas resposta a 10 utentes; “Programa de reabilitação cognitiva” - identificado por 3 entidades, dando duas delas resposta a um total de 101 utentes; “Programa de recuperação psicossocial” - identificado por 4 entidades, dando três delas resposta a 117 utentes; “Apoio na Integração Social” - identificado por 4 entidades, dando duas delas resposta a 62 utentes.

Estruturas de Base Comunitária – Apoio Sócio Ocupacional e Residencial: “Fórum sócio ocupacional” - - identificado por uma das entidades que dá resposta a 60 utentes; “Unidades sócio ocupacionais” identificado por uma das entidades que dá resposta a 5 utentes; “Equipas de apoio domiciliário” - identificado por 2 entidades, dando resposta a um total de 48 utentes; “Comunidade Terapêutica” – Uma das entidades refere a possibilidade de encaminhamento para comunidades terapêuticas; “Centro de atividades ocupacionais” - identificado por 3 entidades, dando resposta a um total de 131 utentes.

Apoio a Integração no Mercado de Trabalho: “Formação profissional” - identificado por 3 entidades que dão resposta a 72 utentes; “Apoio à colocação” - identificado por 4 entidades, que dão

resposta a um total de 1359 utentes; “Emprego Apoiado” - identificado por 3 entidades, que dão resposta a um total de 24 utentes.

Respostas Comunitárias: “Atendimento / Acompanhamento” – Identificada por 4 entidades que dão resposta a um total de 170 utentes; “Projetos Locais de intervenção comunitária” – Identificado por uma entidade que dá uma resposta; no âmbito de “Outras Respostas Comunitárias” é referido, por uma das entidades, um projeto de “Apoio ao Empreendedorismo - DLBC - Desenvolvimento Local de Base Comunitária (Rural e Costeira)” em protocolo com o IEFP (como equipa técnica) de apoio à criação e consolidação de projetos para pessoas desempregadas criarem o próprio emprego.

Respostas na Saúde: “Consultas / Especialidades” - identificado por 3 entidades que respondem a um total de 22 940 utentes (Integra as Consultas realizadas na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano).

Para além destas tipologias foram referidas os seguintes “Outro Tipo de Respostas”: “Centro de Dia”- identificado por 4 entidades que respondem no seu conjunto a um total de 145 utentes; “Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI)” – identificada por 3 entidades que respondem a 298 utentes; “Associação de Paralisia Cerebral (APC)” - Identificada por uma entidade que responde a 4 utentes; “Creche e Pré-Escolar” - Identificada por uma entidade que responde a 50 utentes; “UCCI - Santa Casa da Misericórdia” - Identificada por uma entidade que responde a 65 utentes; “Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)” - Identificada por uma entidade que responde a 108 utentes.

Identifica-se no concelho de Santiago do Cacém uma grande diversidade de respostas em Saúde Mental. Esta diversidade e o número de utentes a que respondem explicam-se, em parte, pelo facto de existirem sediadas neste concelho várias estruturas cuja resposta é extensível a outras populações e concelhos do Alentejo Litoral e não só.

As áreas de intervenção consideradas de maior prioridade no âmbito da Promoção da Saúde Mental são: a área da “Saúde” e a área da “Ação Social”, mas também com relevância nos dados a da “Formação” e a da “Educação” se as considerarmos em conjunto.

Quanto aos grupos-alvo considerados de maior prioridade para intervenção de promoção de saúde mental aparece, em primeiro lugar, o das “Pessoas Idosas” seguindo-se-lhe (com igual nível de prioridade) o das “Crianças e Jovens” e o dos “Grupos Vulneráveis”.

Quanto aos recursos tidos por mais necessários para a intervenção na Promoção de Saúde Mental surgem, em primeiro lugar, os Recursos Humanos, com destaque para os “Enfermeiros Especialistas em ESMP”, “Psiquiatras” e “Psicólogos”. Seguem-se os Recursos Financeiros com a “Alocação de Verbas do Estado”, os “Recursos Financeiros” e “Candidatura a Projetos Específicos”. Os Recursos Materiais surgem depois

sendo de entre estes tidos como mais necessários os “Recursos Materiais”; “Equipamentos Audiovisuais”; “Equipamentos Clínicos” e “Instalações Físicas”.

De entre as competências consideradas mais necessárias para intervir na promoção da saúde mental surgem em destaque: “Trabalhar em Equipa”, “Conhecer os Princípios da Promoção da Saúde Mental”, “Monitorizar Projetos e Ajustar Objetivos”, “Negociar / Construir Parcerias” e “Adequar Linguagem a Grupos Específicos”. O Perfil de competências mais necessário para a abordagem em Saúde Mental remete assim, em primeira instância, para um profissional habilitado para o trabalho de projeto, em equipa e em rede, bem como para a construção / negociação de / em parcerias.

De acordo com os dados, 2 entidades pertencem à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e nenhuma das entidades pertence à Rede de Cidades Saudáveis (RCS), ou à Rede de Cidades Educadoras (RCE).

Das 15 entidades respondentes, 7 consideram que a articulação com a Rede Social funciona numa perspetiva de promoção da saúde mental, 7 consideram que não e, uma entidade, não respondeu à questão.

Salientam-se de entre os pontos fortes do funcionamento a Rede Social no concelho, pelo seu maior consenso: a “Articulação interinstitucional” (3); o “Planeamento em rede” (3); e a “Parceira” (3)

De entre os pontos fracos do funcionamento a Rede Social no concelho foram referidos com maior frequência: a “Pouca participação das entidades” (4); a “Fracas adesão dos parceiros ao CLAS SC” (2); a “Capacidade / recurso(s) / vaga(s) inferior(es) às necessidades” (2).

Quanto à existência de articulação das entidades inquiridas com o setor da saúde, 13 entidades indicaram que sim, uma indicou que não e uma não respondeu. Os “Agrupamentos de Centros de Saúde” e “Centros de Saúde”, as “Misericórdias”, as “Instituições Particulares de Solidariedade Social IPSSs” e a “Hospitais” estão entre as instituições do setor da Saúde com as quais as entidades respondentes deste concelho interagem mais. Refira-se a existência neste concelho de entidades que interagem em grau “elevado” e “muito elevado” com a “Direção Geral de Saúde - DGS” e com a “Administração Regional de Saúde – ARS”, bem como em grau “muito elevado” com o “Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)” e com o “Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – INSA”. A interação com instituições privadas do setor da saúde tem neste concelho alguma relevância.

Quanto a projetos existentes em saúde mental foram identificados: “Projetos Terapêuticos de Grupo” oferecidos por 3 das entidades respondentes a um total de 82 utentes; trezentos e dezassete “Projetos terapêuticos Individuais” em saúde mental oferecidos por 4 das entidades respondentes; quinze “Projetos dirigidos a pessoa com Deficiência Intelectual” oferecidos por 3 das entidades respondentes; Seis “Projetos para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves” oferecidos por uma das entidades respondentes. Refira-se que os mesmos seguintes projetos: “Hidroginástica”; “Movimento Geriátrico”; “Programa de Educação Social”; “Reabilitação Psico-Motora”; “Grupo de auto representantes”; “Grupo de Expressão Dramática” foram apontados, por uma das entidades respondentes, como “projetos

terapêuticos de grupo”, dirigidos a “Pessoas com Deficiência Intelectual” e a “Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves”. No âmbito de “Outros Projetos” são referidos 5 projetos por duas das entidades inquiridas: o projeto “Proativa-te” dirigido a jovens; o projeto “Localidades”; o projeto promovido pela Entidade Coordenadora Local na parceria para a execução dos Contratos Locais de Desenvolvimento Social - CLDS 3G - no Município de Santiago do Cacém; o projeto “Rede Continuada” de dimensão nacional da Liga dos Combatentes e o Apoio Judicial, Social e Psicológico aos Combatentes. No global das referências feitas à falta de respostas / necessidades identificadas na área da Saúde Mental verificamos a ausência e/ou carência de respostas sociais e em saúde específicas/especializadas em Saúde Mental, quer a nível de internamento, quer no ambulatório, apoio domiciliário ou ocupacional. É feita referência a necessidades específicas na área da Pedopsiquiatria.

Dos principais motivos de recurso às entidades respondentes (Anexo 2) destacam-se: a “Perda de Autonomia / Aumento do Grau Dependência” (3 referências); o “Isolamento social / Apoio Social” (3 referências); “Problemas do foro Psicológico” (2 referências).

A perceção das entidades respondentes quanto ao estado de saúde mental da população-alvo divide-se entre a perceção de “Má saúde mental” (8 entidades) e a perceção de “Boa saúde mental” (3 entidades). Os argumentos mobilizados na fundamentação da perceção de “Boa saúde mental” são sobretudo da ordem da relação / proporção entre o reduzido número de casos existentes e a população assistida. São ainda assim reconhecidos por estas entidades públicos com maior vulnerabilidade e dificuldades na assistência e encaminhamento, sobretudo em situações de crise. Os argumentos mobilizados na fundamentação da perceção de “Má Saúde mental” assentam: na perceção de um elevado número de casos na população assistida; na prevalência de problemas de saúde mental (como “Perturbações da ansiedade”, “Depressão”, “Perturbações do Comportamento”, “Stress Pós-Traumático”, “Suicídio”); em características da população-alvo e perceção da sua relação com desafios em saúde mental; e na perceção do desequilíbrio entre os desafios / problemas em saúde mental e os insuficientes recursos / respostas no concelho (Anexo 2).

A maioria das entidades considera a promoção da saúde mental “muito importante” (7) ou “importante” (4) (Anexo 2).

Da análise realizadas, por entidade, sobre a relação entre o número de técnicos com formação em saúde mental e o número de técnico referidos como fazendo intervenção em saúde mental, constatamos um diferencial entre os recursos técnicos existentes com formação e a sua disponibilidade em termos de repostas em saúde mental. O número de técnicos com formação em saúde mental é, em alguns casos, muito inferior ao daqueles que realizam intervenção em saúde mental. Estes resultados orientam para a necessidade de formação na área da saúde mental (Anexo 2).

A maioria das entidades refere inexistência de diagnóstico de saúde mental na sua organização e nenhuma das entidades respondentes têm orçamento especifica consignados para projetos de promoção de saúde mental (Anexo 2).

D. Discussão dos resultados

Em reunião com as entidades da Rede, realizada no dia 16 de maio de 2016, foi realizada a apresentação e discussão dos resultados preliminares do estudo no concelho de Santiago do Cacém.

A então reduzida taxa de resposta colocava questões de representatividade dos resultados apurados. O alcance do estudo no concelho estaria dependente do aumento do número de respostas no universo das entidades identificadas.

A elevada adesão de entidades, como os Agrupamentos de Escolas, a outros projetos na área da Saúde Mental contemporâneos do PReSaMe, como foi exemplo o projeto EUTHIMIA, aliado ao fato de alguns dos interlocutores das entidades envolvidas no concelho serem os mesmos para os diferentes projetos poderá ter estado na origem de alguma indistinção entre os projetos e conseqüente menor adesão e menor resposta ao PReSaMe (à data).

O alargamento do período de submissão dos questionários, a clarificação sobre a natureza dos diferentes projetos a outras eventuais estratégias envidadas pelos interlocutores do projeto no território, resultaram numa maior adesão das entidades e elevação da taxa de resposta da Rede para 60%.

Santiago do Cacém é o concelho mais populoso do Alentejo Litoral, não obstante o decréscimo relativo do número estimado de residentes desde 2012. A distribuição heterogénea da população numa extensa área territorial, contrasta aglomerados populacional da área urbana como Santiago do Cacém e Vila Nova de Santo André, com áreas mais rurais de povoamento disperso e pequenos aglomerados. Estas características de ocupação, semelhantes a outros territórios da região, determinam particulares desafios ao nível do acesso e cobertura de serviços e respostas na região, sobretudo quando estes Serviços se concentram principalmente nos centros urbanos.

Cerca de 25% da população tem 65 ou mais anos tendo o índice de envelhecimento aumentado de forma contínua e progressiva desde 2011. Os Índices de dependência total e nos idosos encontram-se em linha com os da região e acima dos registados a nível nacional. O mesmo acontece com a taxa de população inativa.

Cerca de 25% das famílias são unipessoais e destas, 53% constituídas por idosos a viver sozinhos. Se a isto associarmos o risco de isolamento social, sobretudo nos que se encontram mais distantes e com menores acessos (e recursos) depressa reconheceremos mais um dos desafios Sociais e em Saúde. Recorde-se que a “Perda de Autonomia / Aumento do Grau Dependência”; o “Isolamento social / Apoio Social” e os “Problemas do foro Psicológico”, estão entre os motivos mais referidos para procura das entidades respondentes.

O fenómeno do desemprego em Santiago do Cacém, não sendo o mais elevado da região, tem relevância e deve ser lido de forma articulada com outras variáveis de natureza social como a elevada carência socioeconómica na população infantojuvenil em determinados núcleos do concelho. Segundo algumas das entidades respondentes, este fenómeno chega mesmo a representar, cerca de 50% de algumas comunidades escolares. Esta realidade converge com o referido elevado empenho e envolvimento da

comunidade escolar em projetos ligados à Saúde Mental, nomeadamente no “Desenvolvimento de Programas em Escolas para a Promoção da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes” e integração do Projeto EUTIMIA – Aliança Portuguesa Contra a Depressão em Portugal. A depressão e o suicídio, fenómenos prevalentes no Alentejo Litoral, e também com alguma expressão local, estão entre as preocupações na abordagem destes públicos.

Os dados apurados junto das entidades respondentes a este estudo (de natureza eminentemente pública ou IPSSs) colocam a “comunidade em geral” e de forma específica, a “população idosa” e as “crianças e jovens” como especiais públicos-alvo das respostas no concelho.

Os desafios em Saúde Mental serão vários e de várias ordens, sendo a “Saúde” a “Ação Social”, mas também as áreas da “Formação” e da “Educação”, apontadas como prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental no concelho, sobretudo atendendo a públicos como os idosos, as crianças e jovens e grupos considerados vulneráveis.

Estamos perante um território ao qual se associam múltiplas repostas em saúde mental, quer em diversidade, quer em quantidade de entidades que as promovem e utentes contemplados. Atendamos, contudo, ao facto de que múltiplas das estruturas sediadas no território respondem a utentes de outros concelhos da região e do país. Ainda assim estamos perante o território com maior disponibilidade local de recursos em saúde e, desde outubro de 2015, de saúde mental em particular. Talvez também por isso, a articulação das entidades respondentes com o setor da saúde seja elevada, não só considerando estruturas de âmbito local e regional, mas também nacional, como a DGS e o INSA.

A carência de respostas sociais e em saúde específicas/especializadas em Saúde Mental, quer a nível de internamento, quer no ambulatório, apoio domiciliário ou ocupacional é referida como uma das necessidades percecionadas na região, que aponta a implementação do Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro (que cria a rede de cuidados continuados integrados de saúde mental), como medida potencialmente favorecedora à suplantação da carência de respostas de apoio domiciliário, sócio – ocupacionais e de internamento / unidades residenciais em Saúde Mental. É feita igualmente referência a necessidades específicas na área da Pedopsiquiatria.

O universo das entidades respondentes a este estudo atribui elevada importância à promoção da saúde mental e perceciona, na sua grande maioria, o estado de saúde mental da população-alvo como “má saúde mental”.

Este estudo, no Concelho de Santiago do Cacém, revela-nos uma realidade que poderá não representar a globalidade das entidades identificadas no Concelho, mas cujo valor se reconhece, podendo constituir-se num contributo relevante para a caracterização da realidade atual e planeamento futuro em termos de estruturas, recursos e repostas em saúde mental.

ANEXO 1. Lista das entidades respondentes

Santiago do Cacém				
Questionários	A	B	C	Total
N (Lista)	1	22	7	30
Devolvidos	1	14	3	18
				60 %

- A** | Câmara Municipal de Santiago do Cacém
- B** | Casa do Povo de Alvalade
 Associação Bem-Estar Social da Freguesia de Santa Cruz
 Núcleo da Liga dos Combatentes de Vila Nova de Santo André
 CERCISIAGO
 Santa Casa da Misericórdia de Santiago do Cacém
 Junta de Freguesia de Cercal do Alentejo
 União de Freguesias de Santiago do Cacém, Santa Cruz e São Bartolomeu da Serra
 ADL - Associação de Desenvolvimento do Litoral Alentejano
 ARS Alentejo / CRI Litoral Alentejano - DICAD
 Associação Intervir
 Missão Coragem
 Casa do Povo da Abelha
 Junta de Freguesia de Sto. André
 Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano EPE
- C** | Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de Santiago o Cacém
 Instituto da Segurança Social IP – Centro Distrital de Setúbal
 Núcleo Local de Inserção de Santiago do Cacém

ANEXO 2. Caracterização sumária das entidades - responsabilidades, recursos e respostas

Qual o estado de saúde mental da população-alvo percecionado pelas instituições?

Nos Questionários A e B, foi solicitada resposta a cada Instituição quanto à percepção do Estado de Saúde Mental (SM) da sua População-Alvo. Utilizou-se para tal uma escala de *Likert* com 4 pontos (Muito Má SM; Má SM; Boa SM; Muito Boa SM) e solicitou-se em alínea seguinte a sua fundamentação.

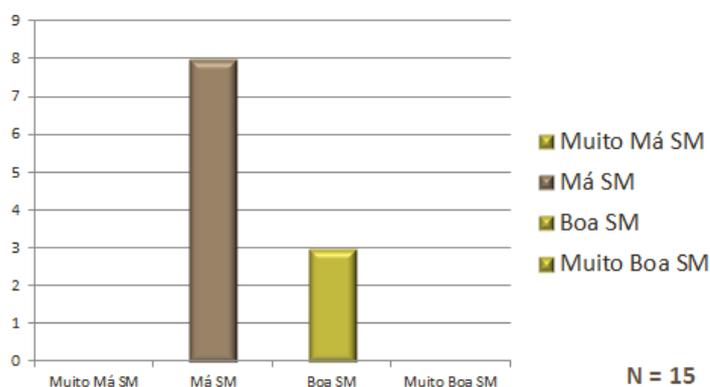


Figura 6 – Percepção das instituições sobre o estado de saúde mental

Das 15 entidades inquiridas, 11 responderam a esta questão. Destas, 3 tem a percepção de que o seu público-alvo tem boa saúde mental e 8 tem a percepção de que o seu público-alvo tem má saúde mental.

Os argumentos mobilizados na fundamentação da percepção de “Boa SM” são sobretudo da ordem da relação / proporção entre o número de casos existentes e a população assistida: “(...) *tem uma grande diversidade de públicos (empresas, Instituições, Pessoas desempregadas, etc) que não apresentam problemas de saúde mental*”; “*Apenas uma percentagem reduzida da população servida pela câmara manifesta diagnóstico de doença mental*”. Neste cenário de percepção de “Boa SM” são todavia reconhecidos públicos com maior vulnerabilidade: “*Entre o Público desempregado é que surgem alguns problemas nesta área*”, e dificuldades na assistência e encaminhamento sobretudo em situações de crise: “*No entanto este grupo tem poucas ou nenhuma respostas para encaminhamento, nomeadamente as crianças*”; “*A articulação com as estruturas de apoio psiquiátrico permite promover o equilíbrio biopsicossocial, embora nas situações de crise, a nossa resposta não é eficaz pois não dispomos de pessoal das áreas da saúde nas equipas e o HLA não tem equipa de psiquiatria*”.

Os argumentos mobilizados na fundamentação da perceção de “Má Saúde mental” assentam na perceção de um elevado número de casos na população assistida: “Num universo de cerca de 200 utentes temos cerca de 150 com problemas do foro mental, correspondendo a aproximadamente 75% (Alzheimer e outras demências e doenças do foro neurológico)”; “Grande parte dos nossos idosos tem demência”, em como em características da população-alvo e perceção da sua relação com desafios em saúde mental: “A classificação de má saúde resultado do envelhecimento natural - a média de idades é superior a 85 anos (homens e mulheres)”; “Devido ao Teatro de Operações onde estiveram inseridos, que desenvolveram situações de stress que envolve os antigos combatentes e por consequência os seus familiares”; “A existência frequente de co morbilidades na população servida por esta Instituição cria a necessidade de recurso a consultas de especialidade de psiquiatria, equipas de intervenção na comunidade, entre outras”. O argumento do desequilíbrio entre os desafios / problemas em saúde mental e os insuficientes recursos / respostas no concelho foi igualmente mobilizado: “Acesso a consultas demorado e/ou muito distante da residência; - Intervenção psiquiátrica desarticulada com cuidados comunitários dos agentes psicossociais envolvidos (Atos isolados sem continuidade)”; “Ausência de consultas pedopsiquiatria e de articulação com as equipas comunitárias; Recursos escassos para a área geodemográfica”; “Falta de Assistência. A resposta mais célere que se encontra é no privado e nem todas as pessoas têm condição financeira para procurar este tipo de resposta”. Constituiu igualmente fundamento de perceção de “Má SM” a identificação de problemas prevalentes na população: “Perturbações da ansiedade, Depressão, Suicídio, Perturbações do Comportamento, Stress Pós-Traumático”.

Que importância atribuem as entidades à promoção da saúde mental?

Quando questionadas sobre a importância atribuída à saúde mental, com recurso a uma escala tipo *likert* com 4 pontos (nada importante; pouco importante; importante; muito importante), obtivemos as seguintes repostas:

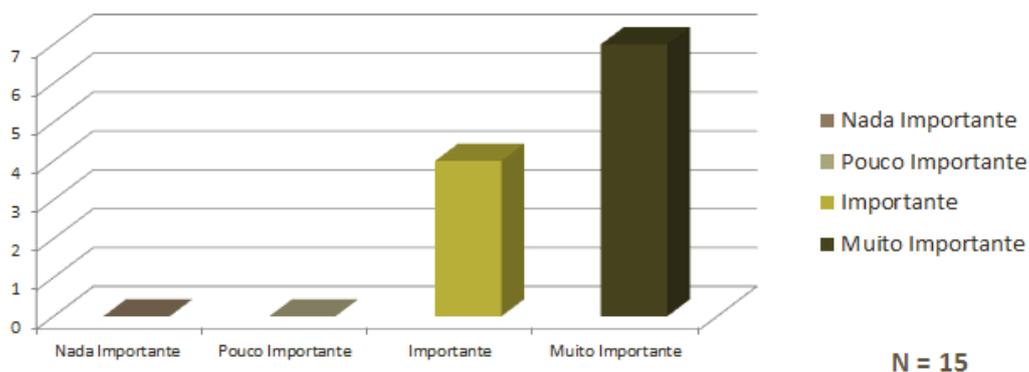


Figura 7 – Perceção das instituições sobre a importância da saúde mental

Das 15 entidades, 11 responderam a esta questão. É unanime a importância dada à Promoção da Saúde Mental. A maioria das entidades (7) considera “Muito Importante” a promoção da saúde mental, 4 entidades consideram-na “Importante”.

A instituição apresenta quantos técnicos com formação na área de saúde mental? Quantos técnicos fazem intervenção em saúde mental?

Das 14 entidades inquiridas, 10 responderam a esta questão. Verificamos a inexistência de técnicos com formação e a intervir em saúde mental em 4 das dez entidades respondentes.

Da relação entre o número de técnicos com formação em saúde mental e o número de funcionários que fazem intervenção em saúde mental, apresentada em tabela, constatamos: que em duas entidades existe igual número entre quem tem formação e quem intervém em saúde mental; que em três entidades existe um grande diferencial entre os recursos técnicos existentes e quem disponibiliza repostas em saúde mental, sendo que o número de técnico com formação é muito inferior; que uma entidade respondeu somente à questão sobre o número de técnicos com formação em Saúde Mental, não sabe ou não responde sobre o número e funcionários que intervém a este nível.

Entidade	Número de técnicos com formação em SM	Número de funcionários que fazem intervenção em SM
A	3	8
B	9	16
C	0	0
D	0	0
E	0	0
F	2	2
G	5	10
H	4	4
I	0	0
J	4	--

Quadro 10 – Relação número de Técnicos com Formação em SM com número de funcionários que intervém em SM por entidade

Estes resultados orientam para a necessidade de formação na área da saúde mental.

Existe diagnóstico de saúde mental na instituição?

Das 14 entidades inquiridas a grande maioria refere inexistência de diagnóstico de saúde mental na organização. Das 14 entidades 2 não responderam à questão.

Diagnóstico de Saúde Mental	
	Nº
Não	10
Sim	2
N=14	

Quadro 11 – Diagnóstico de Saúde Mental

Descrição da população de utentes da instituição

(distribuição por género e faixa etária, utentes referenciados com doença mental e com apoio domiciliário).

Das 14 entidades inquiridas obtivemos dados de 10 cuja caracterização da população de utentes se apresenta em tabela.

Entidade	Utentes	Homens	Mulheres	[+ 65 anos]	[- 18 anos]	c/ Dça mental	Em Apoio Domiciliário
I	243	95	148	225	--	64	75
II	70	20	50	69	0	0	17
III	3000	2500	500	2300	--	3000	490
IV	154	91	63	1	--	--	--
V	314	181	133	297	0	190	55
VI	1348	770	578	--	--	--	0
VII	244	204	40	3	2	--	0
VIII	102	13	89	3	18	8	0
IX	1400	--	--	--	--	0	0
X	104	--	--	104	0	50	46
N=14							

Quadro 12 – Distribuição da população de utentes (Género; Faixa etária; Referenciados com doença mental; Com apoio Domiciliários)

Principais motivos de recurso à instituição?

Obtivemos dados de 11 das 14 entidades inquiridas com o questionário B e das 3 entidades transversais que responderam ao questionário C.

Principais Motivos de Recurso à Instituição	Freq.
Perda de Autonomia / Aumento do Grau Dependência	3
Isolamento social / Apoio Social	3
Problemas do foro Psicológico	2
Apoio Psicossocial a famílias	1
Procura de emprego, formação e apoio ao empreendedorismo	1
Necessidades da pessoa com deficiência	1
Comportamentos Aditivos	1
Vítimas de Violência Doméstica	1
Atividades de tempos livres (ATL)	1
Situações de doença aguda, crónica, urgente/emergente	1

Crianças e Jovens em Risco

1

Quadro 13 – Principais Motivos de Recurso à Instituição

Para que entidades são as situações mais frequentemente encaminhadas?

Obtivemos dados de 6 das 14 entidades inquiridas com o questionário B e das 3 entidades transversais que responderam ao questionário C.

Encaminhamento	Freq.
Consulta / Avaliação de Psiquiatria	2
Para outros Hospitais	1
Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	1
Serviços de Apoio Domiciliário	1
Outros Serviços da Comunidade	1
Para Lares	1
ACES / Centro de Saúde / Unidades Funcionais (UCC)	2
Respostas de apoio Social e/ou Familiar	1
Serviços do Ministério Público	1

Quadro 14 – Encaminhamento da Instituição

Existem orçamentos disponibilizados para aplicação nos projetos de saúde mental?

Das 14 entidades inquiridas obtivemos resposta de 8 e nenhuma delas refere orçamento específico consignado para projetos de promoção de saúde mental. Das respostas obtidas: “Não está contemplado” (2); “Desconhecido” (1); “Não existe orçamento específico para esta área” (1); “Não está previsto concretamente para a saúde mental” (1); “Não existe Orçamento para tal” (1); “Tutelados e apoiados financeiramente pelo Ministério da Defesa Nacional” (sem referência específica) (1); “Não se aplica” (1).

3.5. SINES

A. Caracterização geral



Território

O Concelho de Sines encontra-se inserido no Litoral Alentejano, com uma área aproximada de 202,7 Km² e **14 238 habitantes** (Censos, 2011), com estimativa de 13.818 a 31 dezembro de 2014 (PORDATA), a maioria concentrada na cidade de Sines. É composto por duas freguesias⁶⁵, Sines e Porto Covo, que distam cerca de 13km uma da outra.

Em termos de relevo, divide-se em três unidades: a planície, a escarpa oriental e o relevo residual do maciço vulcânico de Sines; são também relevantes a costa arenosa norte, o cabo de Sines e a costa rochosa sul. O clima, embora com alguns dias de calor e frio intensos, regista as amplitudes térmicas mais baixas de Portugal, atenuadas junto ao litoral (Plano de Pormenor da Zona Poente de Sines, 2011).

Confina a sul com o concelho de Odemira e a norte e nordeste com o concelho de Santiago do Cacém. A zona sul do concelho (sul de São Torpes) encontra-se integrada no Parque Natural do Sudoeste Alentejano e Costa Vicentina. Uma pequena parte do norte do concelho faz parte da Reserva Natural da Lagoa de Santo André e da Sancha (CMS, 2007).

Distribuição populacional

O concelho de Sines apresenta uma densidade populacional de **68,4 habitantes** por km², a mais elevada do Alentejo Litoral (18,2), se bem que a população tenha vindo a diminuir⁶⁶. Mais de metade da população (57,1%) tem entre 25 e 64 anos; cerca de um quarto (24,2%) da população tem menos de 24 anos (13,9% entre 0 e 14; 10,3% entre 15 e 24 anos); 18,8% tem 65 anos e mais.

À semelhança do quadro demográfico nacional, a população de Sines está a

⁶⁵ A freguesia de Sines abrange uma área total de 151 km², com uma população residente de 13200 indivíduos (INE 2011). Enquanto a freguesia de Porto Corvo abrange uma área total de 51,67 km², com uma população residente de 1038 habitantes (Idem).

⁶⁶ E A evolução da população residente do concelho de Sines entre o ano de 2001 a 2011 aumentou cerca de 628 habitantes, no entanto, a partir de 2011 e até ao ano de 2014 a população diminuiu para 13.901 - esta diminuição acompanha os valores obtidos por Portugal uma vez que em 2011 existia uma população residente de 10.557,6 e em 2014 decresceu para 10.401,1 (PORDATA, 2016)

	<p>envelhecer mas é um dos concelhos mais jovem da região do Alentejo.</p> <p>A % de população estrangeira com estatuto legal de residente é a segunda mais elevada do Alentejo Litoral (7,7 %), apenas superada por Odemira (13%), sendo 4,9% a média do Alentejo Litoral.</p>
Índice de envelhecimento	<p>Em termos nacionais, o índice de envelhecimento era de 138.6 em 2014; no Concelho de Sines, em 2011, o índice era de 121,1, tendo subido em 2014 para 132,1, valores ainda inferiores ao que se verifica a nível nacional (PORDATA).</p>
Taxa bruta de natalidade	<p>Segundo o INE, entre 2001 e 2014, ocorreu no concelho um decréscimo da taxa bruta de natalidade, verificando-se 10,2‰ e de 8,7‰, respetivamente (PORDATA, 2015) – em Portugal foi 10,9 e 7,9 respetivamente.</p>
Índice de dependência	<p>Comparativamente aos índices nacionais de dependência, Sines apresenta uma taxa de dependência total de 48,5. sendo 20,6% de dependência de jovens e 27,6 de dependência de idosos.</p>
Situação socio-económica	<p>O concelho de Sines tem uma taxa de desemprego de 9,7%.</p> <p>A 31 de dezembro de 2015 estavam inscritos 1.108 desempregados (o que representa 12,2% da população residente entre os 15 e os 64 anos).</p> <p>Sines foi o município a nível nacional onde se observou o maior agravamento do desemprego entre o ano 2011 e 2012 - o desemprego quase triplicou em relação ao ano de 2011 (Conselho Local de Ação Social, 2014).</p> <p>A população em idade ativa são 7.247; taxa de emprego de 53,8%.</p> <p>A larga maioria (65%) desenvolve atividade no setor terciário, com um terço no sector secundário (31,4%) e uma percentagem de 3,6% no sector primário.</p>
Estruturas Familiares	<p>Existiam 4.378 núcleos familiares (2011), sendo 37,5% sem filhos e 14,5% monoparentais; 59% são famílias unipessoais constituídas por idosos (a viver sozinhos) e 39,8% é população idosa a viver exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos.</p>
Proteção social	<p>Em 2013, registavam-se 478 beneficiários do subsidio de desemprego, 305 beneficiários de RSI (1,3% da população), 244 beneficiários do Complemento Solidário para Idosos (9,4% da população com 65 ou mais anos).</p> <p>3520 pensionistas, dos quais 66% por velhice (2325), 25,6% tem pensão de sobrevivência (900) e 8,3% por invalidez (295) (PORDATA), representando respetivamente 17,1%, 6,6% e 1,8% de pensionistas em relação à população residente.</p>
Registo de crimes	<p>Em 2013, registo de 599 crimes, a maioria (22,3%) contra o património; em termos de violência doméstica, no concelho de Sines registaram-se 38 queixas, no mesmo ano (PORDATA), o que coloca Sines no 3º lugar no Alentejo Litoral (precedido por Santiago do Cacém (44) e Odemira (39).</p>
Organização dos serviços de saúde	<p>- Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA);</p> <p>- Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, desde 1 de Novembro de 2012, por agregação do Hospital do Litoral Alentejano (HLA) e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL) faz a “gestão integrada dos cuidados primários, hospitalares e continuados da região do Alentejo Litoral, englobando a oferta dos prestadores de cuidados do SNS dos concelhos de Alcácer do Sal, Sines, Odemira, Grândola e Santiago do Cacém, para uma população global de cerca 100.000 habitantes” (CMS, 2014, p. 21).</p> <p>O HLA situa-se a cerca de 16 km de Sines. (Portal da Saúde, 2015).</p> <p>- Centro de Saúde de Sines tem uma <u>Unidade de Cuidados Personalizados</u> (UCSP de Sines) e uma <u>Unidade de Cuidados na Comunidade</u> (UCC de Sines), que integra a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens; no total, nas duas unidades,</p>

Recursos
Humanos na
Saúde

14.976 utentes inscritos. Existe uma Extensão de Saúde em Porto Covo (pertencente ao Centro de Saúde de Sines), que funciona cerca de 3 dias por semana.

- Centro Hospitalar de Setúbal presta cuidados de saúde a uma grande área geográfica que ocupa a parte sudoeste litoral da Península de Setúbal e Litoral Alentejano, desenvolvendo a sua atividade, numa perspetiva de complementaridade, na área da Saúde Mental e Psiquiátrica com o ACES do Alentejo (Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira), existindo interface com a Equipa da Consulta Comunitária de Saúde Mental e o Departamento de Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal.

- Hospital do Espírito Santo de Évora tem uma área de influência de segunda linha que abrange toda a região do Alentejo, incluindo Sines, especificamente para a pedopsiquiatria.

No ano de 2013 por cada 1000 habitantes existem 4,3 médicos em Portugal Continental, 1,6 no Alentejo Litoral e 2,1 em Sines (INE, 2013). Em Portugal, no ano de 2013 existiam 6,3 enfermeiros por 10000 habitantes, sendo 3,9 no Litoral Alentejano e 2 em Sines (INE, 2013).

De acordo com o PORDATA, em 2014, em Sines, havia 36 médicos, 28 enfermeiros, 12 dentistas.

[PORDATA, 2014], [Censos,2011], [Anuário Estatístico, INE, 2014], [INE, 2016]	Sines	Alentejo Litoral	Portugal
	2014	2014	2014
População residente	13.818 14.238 (2011)	96.488	10.401.062
Densidade populacional	68,4	18,2	112,8
Jovens (%) menos de 15 anos	13,9	12,6	14,5
População em idade activa (%)15 aos 64 anos	67,4	62,8	65,5
Idosos (%) 65 e mais anos	18,8	24,6	20,1
Índice de envelhecimento (idosos/100 jovens)	132,1	195,5	138,6
Índice de Longevidade	42,6 46,8 (2011)	53,2	49,0
índice de dependência total (%)	48,5	59,2	52,8
índice de dependência de jovens (%)	21,4	20,0	22,1
índice de dependência de idosos (%)	25,9	39,2	30,7
Taxa bruta de natalidade (‰)	8,7	7,0 ‰	7,9 ‰
Taxa bruta de mortalidade (‰)	10,3	12,3 ‰	10,1 ‰
Registo óbitos por suicídio (nº)	2 (1,4%)	33	1.217
Óbitos (nº)	163 (2015)	643	82.367 108.511 (2015)
Taxa de desemprego (%)	9,7	10,9	13,2 (2011)
Pessoas inscritas centro de desemprego (%)	1.108	8,3%	9,4%
Taxa de população inativa (%)	67,9	46,4 (2011)	42,2 (2011)
Registo de crimes (nº)	599 (2013) 543 (2014)	2924	351.311 (2014) 356.032 (2015)
Taxa de criminalidade (‰)	42,8		33,9‰
Queixas de violência doméstica (nº)	38 (2013) 46 (2014)	167	22.965

Quadro 1 - Indicadores selecionados do território

B. Respostas em Saúde Mental

Estavam identificadas 17 entidades [A - 1, B - 12 e C - 4] tendo-se obtido 13 respondentes [A - 1, B - 8 e C - 4], obtendo-se **76,5 %** de resposta. Da aplicação dos questionários, decorrem os resultados que se apresentam.

1. Qual a natureza das instituições que respondem na área da saúde mental, no concelho?

A maioria das entidades respondentes (A e B) são IPSS, seguido de públicas. Na natureza da entidade, 33% com fins lucrativos (e 55,6% sem fins lucrativos).

Natureza das Instituições	Nº	%
Pública	4	44,4
IPSS	5	55,6
	9	

Quadro 2- Natureza das instituições

2. Quais os público-alvo a que as instituições dão resposta em saúde mental?

O público-alvo com frequência mais elevada diz respeito aos grupos crianças e jovens e pessoas em situação de vulnerabilidade, seguindo-se população em geral, e pessoas com deficiência.

Público – Alvo	Nº
Crianças e Jovens	3
Pessoas em situação de vulnerabilidade (idosos, mães solteiras, mulheres vítimas de maus tratos, crianças, bebés, jovens, desempregados) [imigrantes] [crianças, jovens, adultos e idosos]	3
População em geral	2
Pessoas com deficiência ligeira a grave	1

Quadro 3- Público-alvo das instituições, por categorias

3. Para as diferentes tipologias de resposta, quantas instituições dão resposta para a saúde mental e número de utentes?

Seguindo a tipologia do questionário, os resultados das entidades respondentes, apontam:

- Serviços /Respostas - quatro entidades assinalaram atendimento, uma delas sem número de utentes (total 325 utentes), uma assinalou apoio domiciliário (12 utentes), duas entidades realizaram ações de divulgação/sensibilização (uma com 500 utentes), uma realizou formação para técnicos e uma realiza intervenção precoce (102 utentes);
- Grupo de auto-ajuda, uma entidade assinalou para famílias;
- no que respeita a Terapias, duas entidades têm Terapias de grupo para utentes, uma para familiares, duas assinalaram programa de reabilitação cognitiva e recuperação psicossocial bem como uma entidade no apoio na integração social (51 utentes).

	Serviços/Respostas					Grupos de Auto-Ajuda		Terapias				
	Serviço de Atendimento, Avaliação	Apoio domiciliário	Ações de Divulgação/Sensibilização	Formação para Técnicos	Intervenção precoce	para os utilizadores	para as famílias	Grupo para os Utentes	Grupo para os Familiares	Programa de reabilitação cognitiva	Programa de Recuperação Psicossocial	Apoio na integração social
Nº Entidades	4	1	2	1	1		1	2	1	2	2	1
Nº Utentes	325	12	500		102		NR	30	NR	10	10 + 50	51
observ	1 NR		1 NR					1 NR		1 NR		em Lar

Quadro 4 – Respostas disponibilizadas e numero de utentes (serviços/respostas; Grupos de auto-ajuda; terapias)

- quanto a estruturas de base comunitária, apoio Sócio-Ocupacional e Residencial, existe uma Unidade de Vida Autónoma na área da deficiência (2 utentes), uma Unidade Sócio-Ocupacional (4 utentes) e um Centro de Atividades Ocupacionais (10 utentes);

Estruturas de base comunitária - Apoio Sócio-Ocupacional e Residencial												
	Forum sócio-ocupacional	Unidade Vida Protegida	Unidade Vida Autónoma	Unidade Vida Apoiada	Residências de treino de autonomia	Residências autónomas de saúde mental	Residências apoio máximo	Unidades sócio ocupacionais	Equipas apoio domiciliário	Comunidade de inserção	Comunidade terapêutica	Centro de atividades ocupacionais
Nº entidades			1					1				1
Nº Utentes			2					4				10

Quadro 5 – Respostas disponibilizadas e numero de utentes (estruturas de base comunitária – apoio sócio- ocupacional e residencial)

- no que se refere a apoio à integração no mercado de trabalho, duas entidades realizam formação profissional (107 utentes) e uma apoio à colocação (2 pessoas);

- quanto a respostas comunitárias, duas entidades realizam atendimento/accompanhamento (107 utentes), uma referiu CAFAP (Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parenteral "Porta Aberta") e outra ser entidade executora "Projeto 3G Viver + Sines"⁶⁷

- respostas na saúde, duas entidades registaram consultas/especialidades - uma, com 64971 consultas numa população de 22861 utentes, e outra entidade com consultas de Terapia da Fala e Fisioterapia (sem nº de utentes).

	Apoio à Integração no Mercado de Trabalho			Respostas comunitárias			na saúde	
	Formação Profissional	Apoio à Colocação	Emprego Apoiado	Atendimento/Acompanhamento	Projetos Locais de intervenção comunitária	Outra	Consultas/especialidades	Consultas de especial.
Nº entidades	2	1		1			1	1
Nº Utentes	7 + 100	2		famílias			64971	NR

Quadro 6 – Respostas disponibilizadas e numero de utentes (apoio à integração no mercado do trabalho, respostas comunitárias respostas na saúde)

⁶⁷ "Contrato Local de Desenvolvimento Social 3G Viver + Sines um projeto de intervenção que tem como objetivo promover a inclusão socioprofissional dos/das cidadãos/ãs residentes no concelho de Sines, (...) no desenvolvimento de ações para a capacitação e aumento de competências dos indivíduos e da comunidade, visando combater o desemprego e a pobreza, particularmente a infantil." (2015-2018)

- nos campos de outras respostas, foram apontados
 - acompanhamento de beneficiários de RSI (305 utentes),
 - uma entidade com Centro de dia para Idosos, ERPI (Estrutura Residencial Pessoas Idosas), Cantina Social, Loja Social "Sinergia Solidária", Lar de rapazes ("Âncora"), creche e infantário , Centro de Acolhimento Temporário de mulheres vítimas de maus tratos ("Porto d'Abrigo", 14 vagas), Centro de Apoio à Vida (acolhimento temporário de mães solteiras e grávidas até aos 25 anos, "Mãe Sol");
 - uma entidade disponibiliza Informação, Avaliação e Orientação Escolar (IAOE, 2 utentes) e APC (com 3 utentes);

	Outro tipo de respostas												
	Acomp. benefic. RSI	Centro Infantil	Centro de Dia	APC	Centro de Recursos Inclusão	IAOE	ERPI	Cantina Social	Loja Social	Lar Rapazes	Centro de Acolhimento Temporário	Creche e Jardim infância	
Nº entidades	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Nº Utentes	305			3	63	2	225			16	14 + 7	45 + 55	

Quadro 7– Outro tipo de respostas disponibilizadas e numero de utentes

4. Áreas de intervenção e grupos-alvo considerados prioritários

- a. Quais as áreas consideradas mais prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental pelas entidades respondentes?

A resposta requeria estabelecimento de prioridades, com pontuação 1 (mais prioritário), 2 (prioritário) e 3 (menos prioritário), tendo sido, de acordo com os dados, apontada a Ação Social como a mais prioritária, seguindo-se a Saúde, a Educação e o Emprego.

Uma das entidades apontou, em «outras», atribuindo a maior prioridade, a "Atividades Ocupacionais".

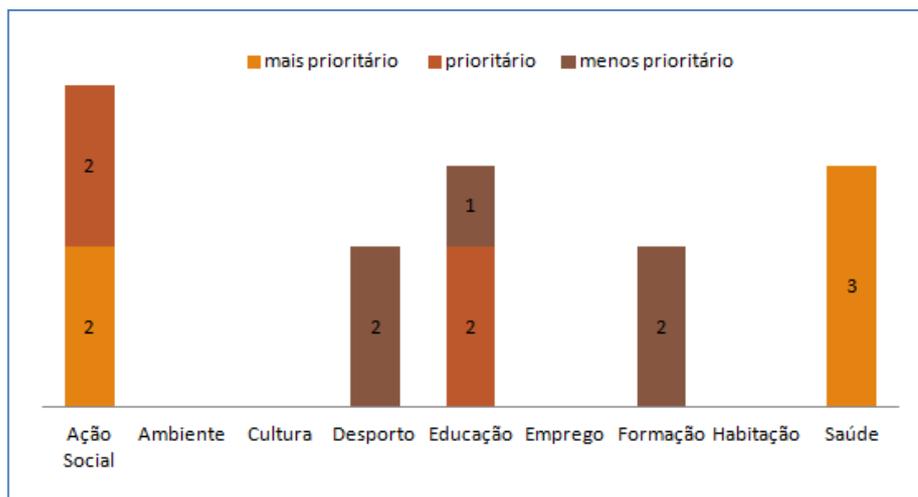


Figura 1- Áreas prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental

b. Que grupos-alvo são considerados prioritários?

A resposta requeria estabelecimento de prioridades, com pontuação 1 (mais prioritário), 2 (prioritário), e 3 (menos prioritário), sendo apontadas as crianças e jovens, seguindo-se grupos vulneráveis e as pessoas com carências socioeconómicas.

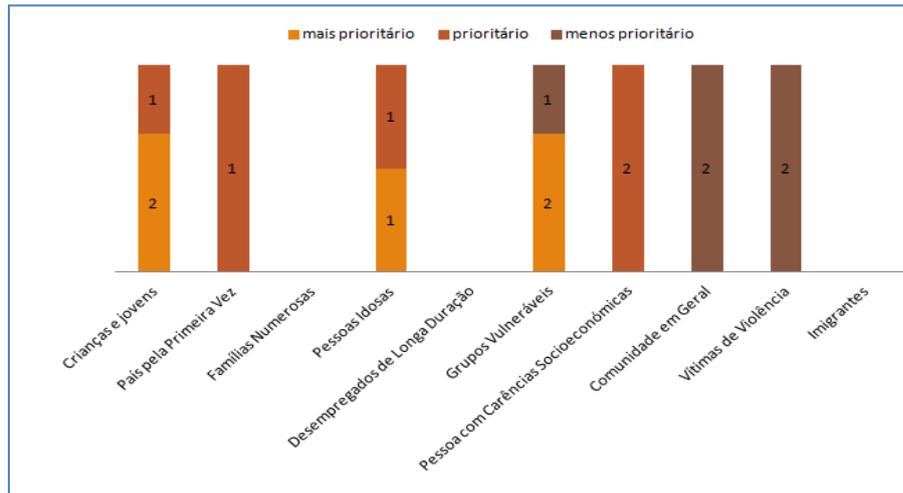


Figura 2 - Grupos alvo prioritários de intervenção na promoção da saúde mental

5. Identificação dos recursos necessários considerados mais importantes para intervir na área da saúde mental

A questão apresentava um quadro de respostas, com escala de Likert, com três grupos, relativos a recursos humanos, materiais e financeiros.

5a. De acordo com as entidades respondentes, os recursos humanos mais necessários são psiquiatras e enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, seguindo-se médicos de família e psicólogos.

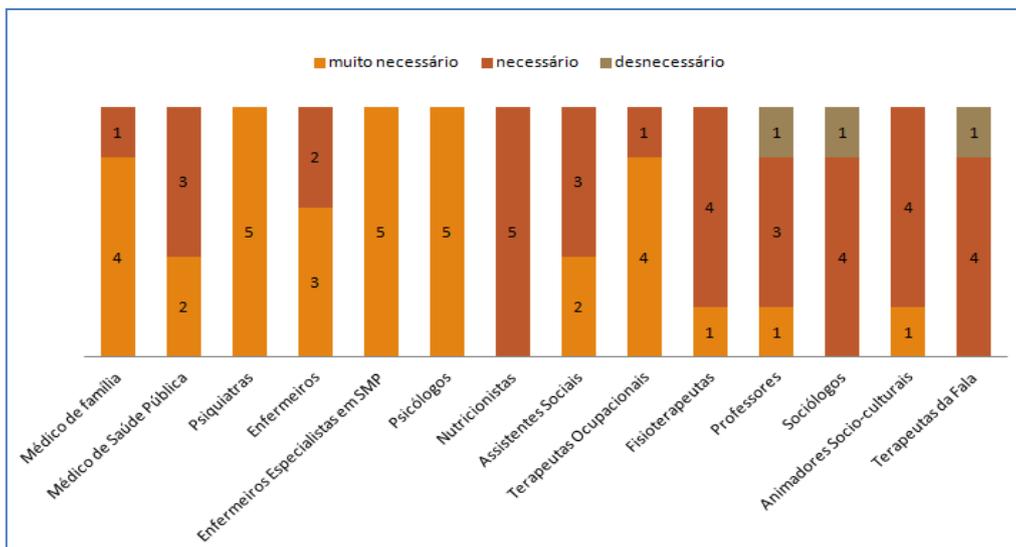


Figura 3 – Recursos humanos considerados mais necessários

5b. Quanto a recursos materiais, considerados predominantemente "muito necessários", releva-se equipamento clínico como o mais necessário, seguindo-se equipamento audiovisual.

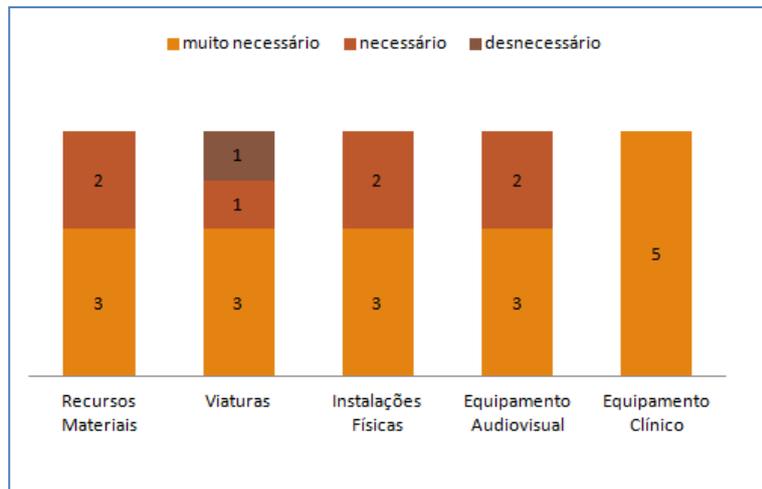


Figura 4 – Recursos materiais considerados mais necessários

5c. Quanto a recursos financeiros, considerados necessários (4) e muito necessários (3), releva-se como "muito necessário" a alocação de verbas do estado.

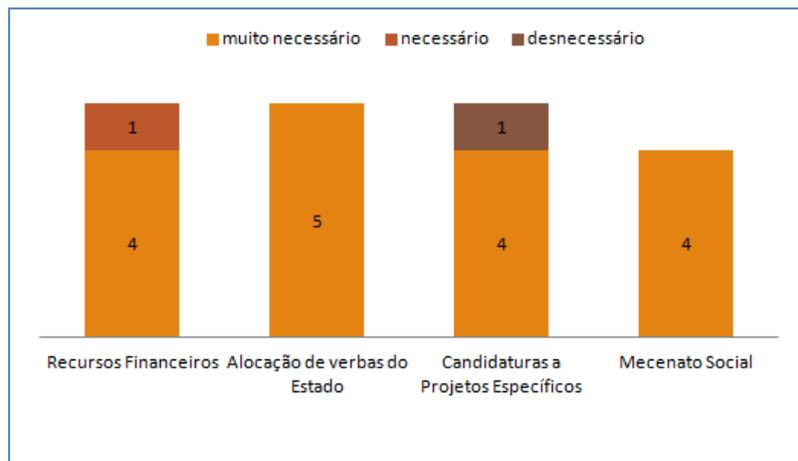


Figura 5 - Recursos financeiros considerados mais necessários

6. Competências prioritárias na promoção da saúde mental

A questão apresentava um quadro de respostas, com escala de Likert, de 3 pontos (muito necessário, necessário, desnecessário) associadas a 21 afirmações de competência.

Os dados obtidos contaram com a opinião das entidades em todas as competências descritas.

As competências *Trabalhar em equipa*; *Identificar necessidades/sinais de alerta* e *Selecionar instrumentos de avaliação* são visualizadas com sendo as de maior frequência em *muito necessárias*.

Na segunda linha de maior necessidade de competências a ser reunidas pelos profissionais na área de promoção de saúde mental surgem as competências relativas a *conhecer os princípios da promoção da saúde mental*, *Recolher e analisar dados relacionados com a SM*, *Negociar/construir parcerias*, *Diagnosticar problemas (se aplicável)*, *Conhecer os determinantes de SM e estratégias para os*

influenciar, Saber fundamentar as decisões, Gerir informação e conhecimento, Saber respeitar a justiça social e os direitos humanos na resposta às necessidades da comunidade e Encaminhar para as respostas existentes.

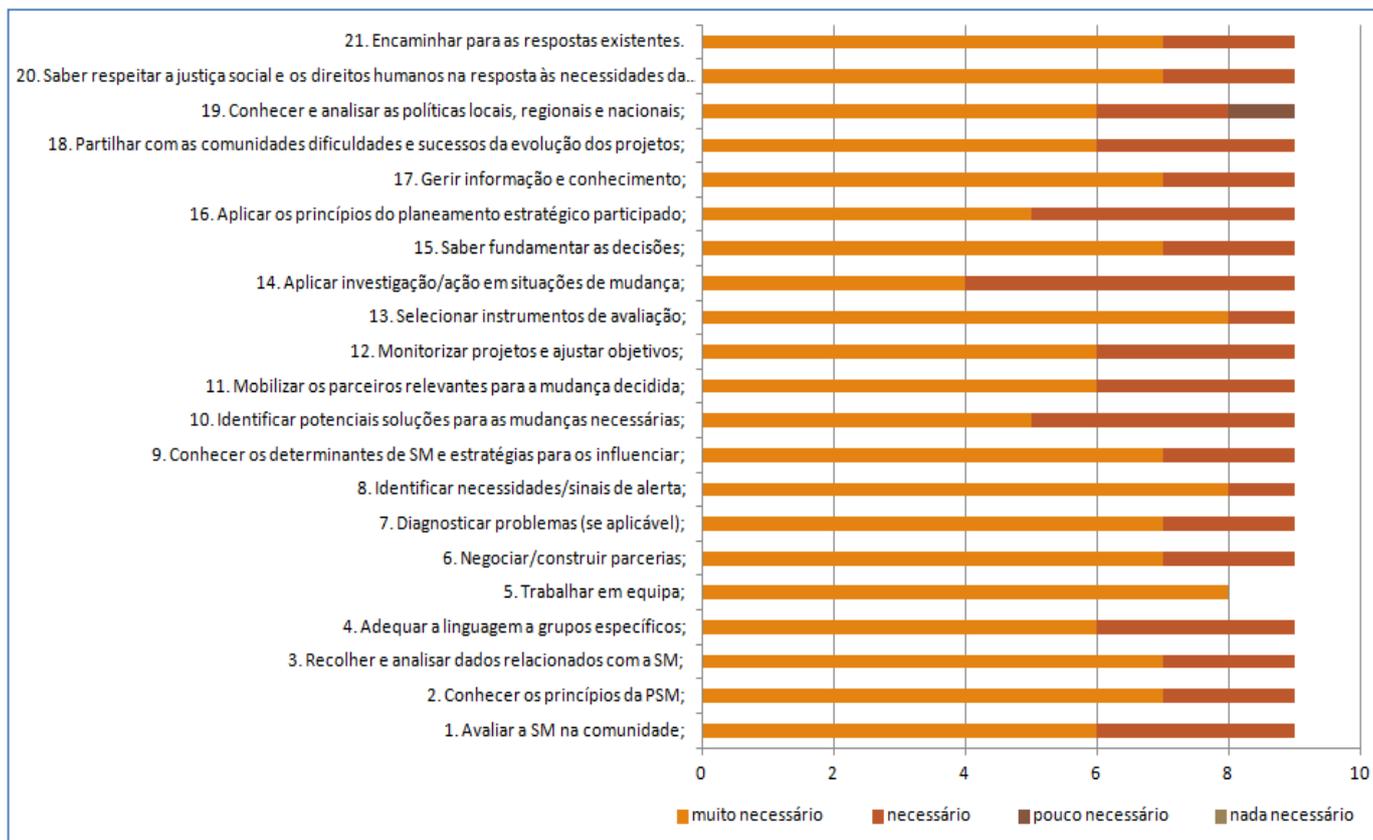


Figura 6 - Competências consideradas mais necessárias

7. Pertença a Redes

O questionário interrogava sobre a pertença a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Rede de Cidades Saudáveis (RCS), Rede de Cidades Educadoras (RCE) e Rede Social (RS) e se a articulação com a Rede Social funciona ou não numa perspetiva de promoção da Saúde Mental. Em caso de pertencerem a uma Rede, solicitava-se a identificação de 3 pontos fortes e 3 pontos fracos dessa Rede.

Dos dados obtidos, nenhuma entidade pertence à RNCCI, nem RCE, nem RCS.

Das 9 entidades, 7 consideram que a articulação com a Rede Social funciona numa perspetiva de promoção da saúde mental.

Os pontos fortes mais referidos são relacionados com parceira e partilha de projetos, bem como sinergia na resolução de problemas. Pontos fracos dizem respeito à falta de participação e envolvimento de alguns parceiros e de articulação sustentada.

	Pontos fortes	Pontos fracos
RS (n=6)	Estabelecimento de parcerias/ Partilha de projetos / trabalho de parceria alargada [5] Eficácia e eficiência na resolução dos problemas / Respostas rápidas / Dinâmica [3] Análise de problemas/ Discussão de pontos fundamentais [2] Articulação e gestão dos serviços/ Maior articulação [2] Criação de grupos de trabalho Planificação estratégica da intervenção social local Promoção do desenvolvimento social local Participação nas prioridades de SM Maior contacto Concertação de candidaturas	Falta de participação de alguns parceiros/ de envolvimento entre entidades / de articulação sustentada de algumas entidades [4] Constrangimentos na resolução de problemas, que excedam a capacidade de recursos do território Ausência de uma equipa da Rede (diversas áreas de intervenção), para resposta conjunta a situações de emergência social, com protocolo de atuação Sobrecarga de trabalho por parte dos representantes, que origina absentismo na participação das reuniões Falta de comunicação entre parceiros, Falta de respostas na área da saúde mental Fraca valorização do trabalho em rede Pouca disponibilidade dos técnicos

[Pontos fortes, n=6; Pontos fracos n=4]

Quadro 8 – Pontos fortes e pontos fracos da pertença às Redes

8. Articulação com o setor da saúde

A questão da articulação com a saúde, além de inquirir sobre a existência de articulação (sim/não), solicitava resposta quanto ao grau de interação, com uma lista definida de entidades.

a. Há articulação com o setor da saúde?

Das entidades respondentes, todas articulam com o setor da Saúde.

b. Com que estruturas e qual o grau de interação?

A maioria das entidades assinalou como muito elevado o grau de interação com Centro de Saúde, seguindo-se ACES e Hospitais, sendo mais elevada a frequência de nulo com entidades nacionais, como o INSA e a DGS. Também de grau elevado, a interação com SICAD, ARS e Misericórdias, com algumas entidades.

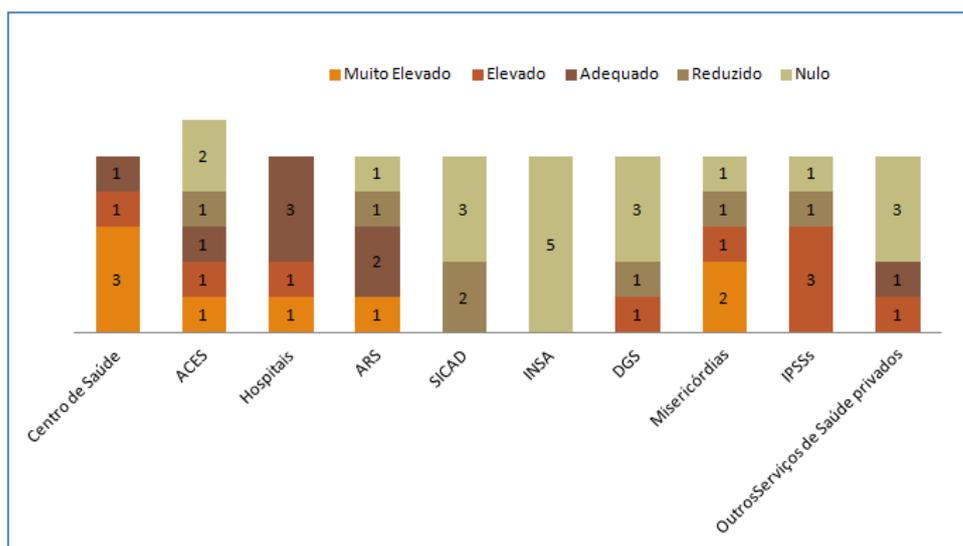


Figura 7 - Grau de interação com estruturas da Saúde

9. Projetos existentes em saúde mental

Com base na análise das respostas fornecidas pelos questionários, verifica-se que:

- Projetos Terapêuticos de Grupo - 3 entidades referem desenvolver projetos terapêuticos de grupo, num total de 13 projetos, sendo numa seis projetos (Hidroginástica, Movimento geriátrico, Programa de Educação Sexual, Reabilitação Psicomotora, Grupo de expressão dramática, Grupo auto-representantes), noutra quatro projetos Grupo Terapêutico, Oficina de Reabilitação cognitiva, Terapia Snoezelen em grupo e individual, Parceria com a Universidade Sénior) e noutra entidade três projetos (Área ansiedade, depressão, consumos);
- Projetos Individuais em Saúde Mental - existem duas entidades, com com um total de 16 projetos;
- Projetos Terapêuticos Dirigidos à Pessoa com Deficiência Intelectual - existe uma instituição que referiu 10 projetos, individuais.

Nenhuma instituição referiu existência de Projetos Para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves.

No tocante a *Outros Projetos*, foi apontado:

- parceria com APF Alentejo [sessões de aconselhamento saúde sexual reprodutiva, rastreios (VIH), distribuição de material de contraceção]
- a parceria da Autarquia no Projeto EUTIMIA, com as Escolas
- uma entidade, em fase implementação, prevê projetos na área dos consumos de substâncias e nas demências.

10. Que entidades participam de forma transversal no processo de ajuda de pessoas com necessidades em saúde mental?

As entidades que participam de forma transversal no processo de ajuda às pessoas com necessidades em saúde mental, identificadas e respondentes foram: Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Sines, Rede Local Intervenção Social - SAAS (RLIS) e Serviços Locais da Segurança Social (NLI).

Respostas disponíveis [entidades transversais]			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	n
Respostas de saúde	Encaminhamento	Para a ULSLA - Consulta de Psiquiatria e Psicologia	3
		Psiquiatras do CHS deslocam-se ao Centro de Saúde de Sines	1
			1
		"Pedopsiquiatria no Hospital de Évora"	1
Respostas sociais	Segurança Social	"A nível da segurança social estão disponíveis apoios para idosos e deficiência	1
		Acompanhamento social em RSI	1
	Câmara Municipal	Intervenção em contexto de emergência social	1
		"Ação Social do Município"	1
		Cercisiago "única resposta social"	2
		Encaminhamento	Cantina social
	Ministério Público - de acordo com a gravidade do caso	2	

Quadro 10 - Respostas disponíveis

11. Necessidades em saúde mental identificadas pelas entidades

No global, as entidades transversais referiram como principais problemas a escassez de recursos especializados, nomeadamente em termos de internamentos e consultas, bem como de respostas sociais e ocupacionais.

Outras necessidades referidas são: a falta de recursos e dificuldades no acompanhamento permanente (incluindo serviços de Apoio Domiciliário) a pessoas com necessidades em saúde mental. À incapacidade de assegurar as necessidades básicas associa-se a falta de apoio familiar e/ou de redes de vizinhança.

As entidades respondentes identificaram também a necessidade de respostas de emergência social dirigidas a pessoa sem-abrigo, a pessoa idosa com dependência a nível funcional, sem critério de internamento hospitalar; a doente do foro psiquiátrico, sem suporte familiar ou outro, com necessidade permanente de vigilância/apoio de terceira pessoa para a continuidade do tratamento; sendo necessária maior celeridade no internamento de doentes na Rede Solidária, internamentos mais atempados em algumas Unidades da Rede de Cuidados Continuados Integrados.

No global, as necessidades salientadas são da área da doença mental, das atividades ocupacionais e de recursos humanos especializados, bem como da formação aos que intervêm nas entidades (sendo que algumas dispõem de voluntários).

Assinalaram a expectativa de implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde Mental.

Respostas que faltam [n=9]			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	n
Respostas que faltam	Consultas/ Internamentos na área de Saúde Mental	"Faltam respostas de internamento"	3
		Falta psiquiatria no HLA	2
	Falta de técnicos	"absolutamente necessário mais um técnico de psicologia"	1
		Formação especializada de técnicos de intervenção social	1
	Ocupacionais	"inexistência de alternativas para ocupar os doentes no desempenho de tarefas adequadas ao seu perfil"	2
Necessidades	Insuficiência de apoio	"Falta de suporte familiar e/ou de redes de vizinhança "	1
		Ausência de rede de apoio domiciliário (garantir a toma da medicação e apoio nas atividades de vida diária)	1
	Económicas	"Dificuldades de acesso a consultas e/ou internamentos de psiquiatria"	1
	Respostas sociais	em integração da pessoa com doença mental; consumo de substâncias	1
		respostas de apoio social na área da doença mental	1
	Formação	De técnicos e voluntários em saúde mental	1

Quadro 11 - Respostas que faltam

C. Síntese dos resultados

A maioria das entidades respondentes (A e B) são IPSS, seguido de públicas.

O público-alvo com frequência mais elevada diz respeito aos grupos crianças e jovens e pessoas em situação de vulnerabilidade, seguindo-se população em geral, e pessoas com deficiência.

Seguindo a tipologia das respostas presentes no questionário, os resultados apontam:

- Serviços /Respostas - quatro entidades assinalaram atendimento, uma delas sem número de utentes (total 325 utentes), uma assinalou apoio domiciliário (12 utentes), duas entidades realizaram ações de divulgação/sensibilização (uma com 500 utentes), uma realizou formação para técnicos e uma realiza intervenção precoce (102 utentes);
- Grupo de auto-ajuda, uma entidade assinalou para famílias;
- no que respeita a Terapias, duas entidades têm Terapias de grupo para utentes, uma para familiares, duas assinalaram programa de reabilitação cognitiva e recuperação psicossocial bem como uma entidade no apoio na integração social (51 utentes).
- quanto a estruturas de base comunitária, apoio Sócio-Ocupacional e Residencial, existe uma Unidade de Vida Autónoma na área da deficiência (2 utentes), uma Unidade Sócio-Ocupacional (4 utentes) e um Centro de Atividades Ocupacionais (10 utentes);
- no que se refere a apoio à integração no mercado de trabalho, duas entidades realizam formação profissional (107 utentes) e uma apoio à colocação (2 pessoas);
- quanto a respostas comunitárias, duas entidades realizam atendimento/accompanhamento (107 utentes), uma referiu CAFAP (Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parenteral "Porta Aberta") e outra ser entidade executora do "Projeto 3G Viver + SInes";
- respostas na saúde, duas entidades registaram consultas/especialidades - uma, com 64971 consultas numa população de 22861 utentes, e outra entidade com consultas de Terapia da Fala e Fisioterapia (sem nº de utentes).
- nos campos de outras respostas - acompanhamento de beneficiários de RSI (305 utentes), uma entidade com Centro de dia para Idosos, ERPI (Estrutura Residencial Pessoas Idosas), Cantina Social, Loja Social "Sinergia Solidária", Lar de rapazes ("Âncora"), creche e infantário, Centro de Acolhimento Temporário de mulheres vítimas de maus tratos ("Porto d'Abrigo", 14 vagas), Centro de Apoio à Vida (acolhimento temporário de mães solteiras e grávidas até aos 25 anos, "Mãe Sol"); uma entidade disponibiliza Informação, Avaliação e Orientação Escolar (IAOE, 2 utentes) e APC (com 3 utentes);

As áreas de intervenção consideradas prioritárias são a Ação Social como a mais prioritária, seguindo-se a Saúde, a Educação e o Emprego.

Os grupos-alvo considerados prioritários são crianças e jovens, seguindo-se grupos vulneráveis e as pessoas com carências socioeconómicas.

Quanto aos recursos necessários considerados mais importantes para intervir na área da saúde mental:

- recursos humanos - psiquiatras e enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, seguindo-se médicos de família e psicólogos;
- recursos materiais - equipamento clínico como o mais necessário, seguindo-se equipamento audiovisual;
- recursos financeiros - o considerado "muito necessário" a alocação de verbas do Estado.

As competências Trabalhar em equipa; Identificar necessidades/sinais de alerta e Selecionar instrumentos de avaliação são visualizadas com sendo as de maior frequência em *muito necessárias*.

Das nove entidades, nenhuma pertence à RNCCI, RCE ou RCS. Sete consideram que a articulação com a Rede Social funciona numa perspetiva de promoção da saúde mental.

Quanto à Rede Social, salientam-se, como pontos fortes que recolhem mais consenso, Estabelecimento de parcerias/ Partilha de projetos [5], Eficácia e eficiência na resolução dos problemas [3], Análise de problemas/ Discussão de pontos fundamentais [2] e Articulação e gestão dos serviços [2]; como pontos fracos, Falta de participação/ envolvimento [4], Constrangimentos na resolução de problemas, que excedam a capacidade de recursos do território, Ausência de uma equipa da Rede.

Das entidades respondentes, todas articulam com o setor da Saúde, tendo a maioria das entidades assinalado como muito elevado o grau de interação com Centro de Saúde, ACES e Hospitais.

Quanto aos Projetos existentes em saúde mental, foram identificados Projetos Terapêuticos de Grupo (3 entidades referem desenvolver projetos terapêuticos de grupo, num total de 13 projetos), Projetos Individuais em Saúde Mental (duas entidades, 16 projetos), Projeto Terapêutico Dirigido à Pessoa com Deficiência Intelectual (1 entidade, 10 projetos). Nenhuma das instituições referiu existência de Projetos Para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais Graves.

No tocante a *Outros Projetos*, foram apontados: parceria com APF Alentejo [sessões de aconselhamento saúde sexual reprodutiva, rastreios (VIH), distribuição de material de contraceção] ; a parceria da Autarquia no Projeto EUTIMIA, com as Escolas, e uma entidade, em fase implementação, prevê projetos na área dos consumos de substâncias e nas demências.

As entidades que participam de forma transversal no processo de ajuda às pessoas com necessidades em saúde mental, respondentes: Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Rede Local Intervenção Social - SAAS (RLIS) , Serviços Locais da Segurança Social (NLI) e Guarda Nacional Republicana.

No global, as entidades transversais referiram como principais problemas a escassez de recursos especializados, nomeadamente em termos de internamentos e consultas, bem como de respostas sociais e ocupacionais. Outras necessidades referidas são: a falta de recursos e dificuldades no acompanhamento permanente (incluindo serviços de Apoio Domiciliário) a pessoas com necessidades em saúde mental. À incapacidade de assegurar as necessidades básicas associa-se a falta de apoio familiar e/ou de redes de vizinhança.

As entidades respondentes identificaram também a necessidade de respostas de emergência social dirigidas a pessoa sem-abrigo, a pessoa idosa com dependência a nível funcional, sem critério de internamento hospitalar; a doente do foro psiquiátrico, sem suporte familiar ou outro, com necessidade permanente de vigilância/apoio de terceira pessoa para a continuidade do tratamento; sendo necessária maior celeridade

no internamento de doentes na Rede Solidária, internamentos mais atempados em algumas Unidades da Rede de Cuidados Continuados Integrados. No global, as necessidades salientadas são da área da doença mental, das atividades ocupacionais e de recursos humanos especializados, bem como da formação aos que intervêm nas entidades (sendo que algumas dispõem de voluntários). Assinalaram a expectativa de implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde Mental.

Entre as respostas que faltam, identificado o insuficiente número de consultas/internamentos em Saúde Mental, a falta de profissionais, falta de respostas ocupacionais, insuficiência dos apoios familiares e formação em saúde mental. Existe uma vigilância, ou policiamento de proximidade, efetuado no âmbito de programas especiais (Núcleo Idosos em Segurança e Programa de Apoio a Pessoas com Deficiência), articulando as forças de autoridade com entidades públicas e privadas (Lares, Misericórdias, IPSS's), maioritariamente Segurança Social.

D. Discussão dos resultados

Em reunião com as entidades da Rede, dia 16 de maio de 2016, foram apresentados e discutidos os resultados existentes, patenteando-se a evidência de défice das respostas em saúde mental no território.

De acordo com a informação em reunião da Rede, das respostas existentes no Concelho disponibilizadas por entidades que não responderam⁶⁸ ao questionário mas estiveram na Reunião, existe uma Universidade Sénior (no Bairro 1º de Maio), alguns projetos na UCC que se articulam com a promoção da saúde mental (Curso Educar Para a Parentalidade, Encontros com a Juventude, Envelhecimento Ativo, Gabinete do Adolescente, Saúde Escolar, etc); foi apontada a Equipa dos Censos Sêniore (GNR) como uma forma de chegar às pessoas idosas e identificar melhor as necessidades.

As entidades presentes à reunião reforçaram a escassez de respostas em situações de doença mental e carências de emprego.

Um foco especialmente preocupante é o dos jovens entre os 13 e os 18 anos, pois até aos 12 anos têm ATL mas a partir dos 13 e até aos 18 anos, há falhas em termos de respostas.

A área do emprego apoiado tem tido oferta, sendo que a Cercisiago é Centro de Recursos do IEFP, na área da formação e da Intervenção Precoce.

Foi salientado o "Viver + Sines", Contrato Local de Desenvolvimento Social, nos seus eixos de intervenção (Emprego, Formação e Qualificação; Intervenção familiar e parental, preventiva da pobreza infantil; Capacitação da comunidade e das instituições) e as atividades de inclusão e capacitação, designadamente

⁶⁸ No total, quatro: Juntas de freguesia (Sines e Porto Covo), Associação "Prosas Projecto Sénior de Artes e Saberes de Sines" e "A Galha - Associação p/ o Desenvolvimento de Porto Covo". O Café Convívio de Sines, aparentemente desativado e incontactável, não integrou a amostra. Nas entidades C, a Guarda Nacional Republicana não respondeu.

no Bairro⁶⁹ Municipal da Floresta. A Associação Caboverdiana de Sines e Santiago do Cacém desenvolve atividades ocupacionais em ligação ao Conselho Local de Apoio ao Imigrante.

Algumas iniciativas de 2015 foram centradas na Saúde Mental, como foi o caso da *Semana da Saúde Mental*, organizada pela Rede Social de Sines (entre 5 e 14 de outubro) e já em 2016, a *Sines em Rede* desenvolveu (em Maio) atividades de estimulação da memória com a população sénior da freguesia de Sines e de Porto Covo. Os Grupos de Ginástica Cognitiva foram desenvolvidos no âmbito da promoção do envelhecimento ativo e tiveram como principais objetivos a sensibilização para a prevenção do declínio cognitivo bem como o combate ao isolamento social através da estimulação e interação social.

⁶⁹ Bairro Municipal da Floresta especificamente construído para realojamento da população que viva em barracas, caracteriza-se pela heterogeneidade cultural alojando populações africanas, ciganas, entre outras. "Representa a conclusão da primeira fase de um programa com o realojamento de 124 famílias (entre as quais estão algumas famílias de caboverdianos), abitado desde Março de 2005, por cerca de 400 pessoas, a ocupação deste novo bairro eliminou núcleos de barracas e casas degradadas no Bairro das Rulotes, Barbuda, Barradas de Cima, Brejos de Morgavel, Caminho Grande, Casas Novas, Costa do Norte, Currais Velhos, Dalda do Meio, Quinta dos Passarinhos, Quintal do Ameixa, Viveiros, entre outros. O Bairro é apoiado por um polidesportivo e um equipamento infantil e é servido por contentores enterrados e gás natural doméstico. A integração das famílias está a ser acompanhado por uma equipa de apoio do município." <http://acvsines.blogs.sapo.cv/2234.html>

ANEXO 1.

Lista das entidades respondentes

Sines	A	B	C	
N (Lista)	1	12	4	17
Devolvidos	1	8	4	13

76,5%

- A** | Câmara Municipal de Sines
- B** | Agrupamento de Escolas de Sines (AVES)
 Associação Caboverdiana de Sines e Santiago do Cacém
 CERCISIAGO - Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Sines e Santiago do Cacém, CRL
 Escola Secundária 3º CEB/ Poeta Al Berto, Sines
 Espiga - Cooperativa de solidariedade social
 Santa Casa da Misericórdia de Sines
 SER - Sines em Rede
 Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
- C** | Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)
 Segurança Social - Rede Local Intervenção Social (RLIS)
 Serviços Locais da Segurança Social (NLI)
 Guarda Nacional Republicana

APÊNDICE 2. Caracterização sumária das entidades - responsabilidades, recursos e respostas

Qual o estado de saúde mental da população-alvo percecionado pelas instituições?

Era solicitada resposta numa escala de Likert (Muito má, má, boa, muito boa) e a respetiva fundamentação.

Das 10 entidades (A e B), 9 responderam, tendo 55,6% selecionado "má saúde" e 44,4% "boa saúde".

Na fundamentação, ao considerar *má saúde*:

- "Pedidos de apoio para ocupação laboral; sem resposta adequada"; "Utentes do CAFAP - Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental - direcionada para avaliação e promoção da SM";
- "Aumento do nº utentes com patologias psiquiátricas e neurológicas",
- "Acesso a consultas demorado e/ou muito distante da residência",
- "Intervenção psiquiátrica desarticulada com cuidados comunitários dos agentes psicossociais envolvidos (Atos isolados sem continuidade, ausência de consultas pedopsiquiatria e de articulação com as equipas comunitárias ", "Recursos escassos para a área geodemográfica", "Utentes com perturbações psiquiátricas em estado avançado, nomeadamente de ansiedade, depressão, obsessiva compulsiva, consumo de substâncias".

Ao considerar *boa saúde*: "Articulação com as estruturas de apoio", "O nº de casos sinalizados é reduzido" , Pontualmente alguns casos de má saúde mental; casos isolados", Precisa-se de apoios para potenciar"

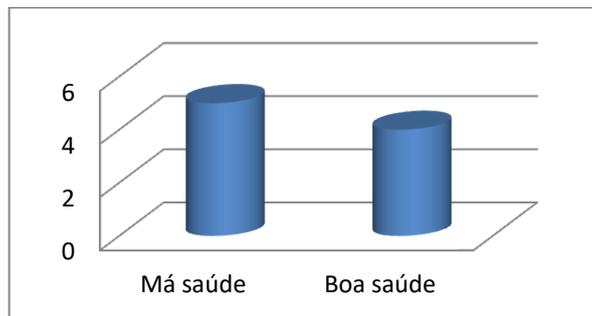


Figura 8 - Perceção das instituições sobre o estado de saúde mental

A instituição apresenta quantos técnicos com formação na área de saúde mental? Quantos técnicos fazem intervenção em saúde mental?

De acordo com os dados fornecidos pelas entidades, existem 21 técnicos com formação em saúde mental e 34 funcionários que intervêm em saúde mental. O diferencial entre os que têm formação e os que intervêm (13) serve de indicador a necessidades de formação na área.

Existe diagnóstico de saúde mental na instituição?

Na maioria das entidades, é referida a inexistência de diagnóstico de saúde mental. Duas entidades referem ter.

Que importância atribuem as entidades ao seu papel na promoção da saúde mental?

Das entidades respondentes, 55,6% atribui importância e 44,4% muita importância ao papel da entidade na promoção da saúde mental.



Figura 9 - Perceção das instituições sobre o estado de saúde mental

A entidade tem voluntários?

Das 8 entidades, três referem ter voluntários, totalizando 62 pessoas (25, 20, 17)

Descrição da população de utentes da instituição (distribuição por género e faixa etária, utentes referenciados com doença mental e com apoio domiciliário)

Utentes	Homens	Mulheres	[+ 65 anos]	[- 18 anos]	c/ Dça mental	Apoio Domic
153	97	56				
436	182	254	279	118	170	83
13	5	8	0	7	2	
1393	697	696		1393	20	
500				400	5	
22861						
total	25356	981	1014	279	1518	197
						83

Quadro 12 - Distribuição da população de utentes (género, faixa etária, referenciados com doença mental e com apoio domiciliário)

Principais motivos de recurso à instituição?

Principais Motivos de Recurso à Instituição	
Situações de carência socioeconómica e vulnerabilidades (idosos, mães solteira, mulheres vítimas de maus tratos)	2
Avaliação e acompanhamento de crianças e jovens com perturbações do desenvolvimento/ problemas cognitivos e emocionais	2
Doença: tratamento/reabilitação / problemas de saúde	1
Única instituição que responde às necessidades das pessoas com deficiências	1
Vigilância: saúde infantil, materna, planeamento familiar	1
Avaliação e psicoterapia a adultos com problemas psiquiátricos; terapia de casal e familiar	1
Integração/apoio social/ legalização imigrante	1

Quadro 13 - Principais motivos de recurso à instituição

Para que entidades são as situações mais frequentemente encaminhadas?

Encaminhamento	n
Centro de Saúde, Hospital Litoral Alentejano	3
Equipamentos situados no Concelho (ERPI, SAD, ..)	2
Segurança social / apoios sociais	2

Quadro 15 - Entidades de encaminhamentos da instituição

Existem orçamentos disponibilizados para aplicação nos projetos de saúde mental?

Nenhuma entidade assinalou orçamento. Ou «0» ou «não previsto».

APÊNDICES

Glossário estatístico

em relação aos indicadores selecionados e apresentados de cada concelho

Indicador	Descrição/ Definição	medida
Densidade populacional	intensidade do povoamento, calculada pela relação entre o número de habitantes e a superfície do território, expressa em habitantes por km ² (N.º médio de indivíduos por Km ²)	N.º
Índice de envelhecimento	Relação entre a população idosa e a população jovem; quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos	rácio %
Índice de Dependência Total	o número de menores de 15 anos (Jovens) e de pessoas com 65 anos ou mais (Idosos) por cada 100 pessoas em idade ativa	rácio %
Índice de Dependência de Jovens	Relação entre a população jovem e a população em idade ativa - o número de menores de 15 anos por cada 100 pessoas em idade activa, ou seja, com 15 a 64 anos	rácio %
Índice de Dependência de Idosos	Relação entre a população idosa e a população em idade ativa - o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade activa, ou seja, com 15 a 64 anos	rácio %
Índice de Longevidade	Relação entre a população mais idosa e a população idosa - quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos. Quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa.	proporção %
Jovem	indivíduos com menos de 15 anos	nº
Idoso	ndivíduos com 65 e mais anos	nº
População ativa	conjunto de indivíduos com idade mínima de 15 anos que, no período de referência, constituíam a mão-de-obra disponível para a produção de bens e serviços que entram no circuito económico	%
População inativa	população que, independentemente da sua idade, não podia ser considerada economicamente ativa, isto é, não estava empregada, nem desempregada (como é o caso da população estudantil, doméstica e reformada)	%
População residente	peçoas que, independentemente de estarem presentes ou ausentes num determinado momento e numa determinada unidade de alojamento, habitam nessa unidade a maior parte do ano com a família ou nessa unidade tenham a totalidade ou grande maioria dos seus haveres ⁷⁰	Nº
Taxa bruta de natalidade	Número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período de tempo (habitualmente, ano civil) referido à população média desse período (habitualmente	%

⁷⁰ Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA <http://www.pordata.pt/DB/Metadata.MetalInfoPage>

	expressa em número de nados-vivos por 1000 habitantes).	
Taxa bruta de mortalidade	Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo (normalmente um ano civil) referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de óbitos por 1000 habitantes).	Taxa ‰
Taxa de desemprego	Representa o número de desempregados por cada 100 ativos. Os ativos são a mão-de-obra disponível para trabalhar, incluindo-se na população ativa os trabalhadores que estão empregados e desempregados.	%
Taxa de criminalidade	Nº de factos descritos e declarados passíveis de pena criminal por lei anterior ao momento da sua prática, por 1000 habitantes	‰

Glossário de conceitos

Saúde e Saúde Mental	Saúde	"um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades". (OMS, 1947)
	Saúde Mental	<p>“o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere “. (OMS, <i>Investing in mental health. Evidence for action</i>, 2013)</p> <p>"é a base de um desenvolvimento equilibrado durante a vida, desempenhando um papel importante nas relações interpessoais, vida familiar e integração social. É um fator importante da inclusão social, bem como da plena participação comunitária e económica. Na verdade, a saúde mental é muito mais que a mera ausência de doença mental: é uma parte indissociável da base do bem-estar e funcionamento eficiente dos indivíduos. Refere-se à capacidade de adaptar-se a mudanças, enfrentar crises, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e descobrir um sentido para a vida." (Caldas de Almeida et al. <i>Relatório do Estudo nacional epidemiológico de saúde mental</i>, p. 9)</p>
	Literacia em saúde	o conjunto de "competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde (OMS, 1998).
	Comportamentos em saúde	Todo o comportamento que influencia a saúde de forma positiva ou negativa, podendo estar ou não diretamente relacionado com saúde (Gonzalez, Ribeiro, 2004).
	Determinantes de Saúde	Fatores de cariz social, económico, cultural, étnico/racial, psicológico e/ou comportamental, que desempenham um papel de influência sobre a incidência e ocorrência de problemas de saúde, bem como os seus fatores de risco para a sociedade (OMS, 2010).
	Empowerment	Processo no qual se promove o aumento de poder e controlo do próprio indivíduo sobre a sua saúde, capacitando-a para a sua participação e tomada de decisão na saúde (Sousa, 2009).
	Indicadores de Saúde	São instrumentos que refletem, de uma forma sumária, direta ou indiretamente, conteúdos importantes sobre atributos e dimensões de saúde diferentes mas também fatores que determinam a mesma (<i>Direção-Geral da Saúde</i> , 2011).
	Grupos vulneráveis	Grupos com elevado risco de desenvolverem transtorno mental, devido a fatores sociais e ambientais. Divergem de país para país, mas geralmente possuem algumas características em comum, como o seu status económico e social, apoios sociais e condições em que vivem, como por exemplo: Estigma e discriminação; Violência e abuso; Restrições no exercício dos direitos políticos e sociais; Exclusão social; Dificil acesso a serviços de saúde e sociais; Dificil acesso a serviços de emergência; Falta de oportunidades de educação; Falta de oportunidades de emprego (OMS, <i>Mental Health and Development, Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group</i> , 2010)

Conceitos associados e a distinguir

Exclusão Social	Processo progressivo em que existem um conjunto de problemas que levam ao isolamento de um individuo ou grupo da sociedade em que estão inseridos. A exclusão social é considerada um ponto máximo de marginalização (Damas, 2010).
Deficiência	Problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda (DGS, OMS, 2003, p.11).
Multideficiência	“o conjunto de duas ou mais deficiências, incapacidades, que diminuem a sua capacidade física, psíquica ou sensorial” (Nunes, C. 2001, p.16) "aplica-se a individuos com deficiência mental, com uma ou mais deficiências motoras e/ou sensoriais associadas e que requerem cuidados de saúde diferenciados. Normalmente as deficiências detectadas situam-se pelo menos três desvios-padrão abaixo do que seria esperado na mesma faixa etária (Orelove e Sobsey, 2004).
Intervenção Precoce	O conjunto de serviços, apoios e recursos que são necessários para dar resposta às necessidades, incluindo ações e oportunidades que procuram incentivar o desenvolvimento e aprendizagem do individuo e ainda os apoios e recursos que são necessários para que as suas famílias possam assim promover o desenvolvimento dos mesmos (Almeida, 2004)
Perturbações mentais	Perturbações mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. As perturbações mentais e comportamentais não são apenas variações dentro da escala do «normal», mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afectivo não significa em si mesmo a presença de perturbação mental ou comportamental. Para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida. (OMS, Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2002)
Doença Mental	Caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Resulta de factores biológicos, psicológicos e/ou sociais (WHO, 2002).
Adição	Doença crónica do foro bio-psico-social, caracterizada por uma dificuldade da pessoa em abster-se de consumos, reflectindo-se num descontrolo comportamental derivado exactamente da necessidade do uso compulsivo de determinada substância (American Society of Addiction, 2011).
Consumos aditivos	Qualquer actividade, substância, ou objecto ou comportamento que se torna o foco principal de atenção da vida de um individuo e que a exclui de outras actividades ou que a prejudica física, mental ou socialmente (Towsend, 2009).
Toxico dependência	Estado de intoxicação temporária ou crónica que é provocado pelo consumo de uma substância, droga, natural ou sintética, de forma autónoma (Pereira, 2013).

Política de Saúde Mental	Declaração oficial de um governo a definir a sua visão, organiza os seus valores, princípios, objetivos e áreas de ação para melhorar a saúde mental da população. (http://www.who.int/mental_health/policy/en/policy_plans_revision.pdf)
Serviços de Saúde Mental	Locais onde se realizam intervenções de saúde mental. A forma de organização dos serviços influencia grandemente a sua eficácia, incluindo normalmente serviços de ambulatório, unidades de dia para tratamentos, unidades hospitalares de psiquiatria, equipas de saúde mental e associações de apoio na comunidade e hospitais psiquiátricos. (http://www.who.int/mental_health/policy/services/4_organisation%20services_WEB_07.pdf)
Plano de Saúde Mental	Apresenta as estratégias, atividades, prazos e orçamentos que serão implementados para realizar a visão ditada pela Política de Saúde Mental definida por um governo e atingir os objetos da política de Saúde Mental. O sucesso da implementação do plano é determinado pela obtenção dos resultados esperados, mediante a definição de metas e indicadores de avaliação. (http://www.who.int/mental_health/policy/en/policy_plans_revision.pdf)
Indicadores de Saúde Mental	São descritos como aspetos e características dos indivíduos, familiar, serviços de saúde ou outras ações que visam promover a saúde mental, sendo ainda diferentes características sociais e ambientais da comunidade que se relacionam com o nível de saúde dos indivíduos (Stengard et al., 2008, p.43).
Promoção da Saúde Mental	Objetiva localizar e valorar os fatores que têm um efeito protetor na saúde mental e diminuir os fatores que a prejudicam. Para tal, é necessário trabalhar com as comunidades, grupos sociais e indivíduos, com recurso a diferentes estratégias e intervenções. A OMS identifica cinco estratégias fundamentais: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes benéficos, promoção de atividades comunitárias, promoção do desenvolvimento de competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde. (http://www.sppsm.org/cms/wp-content/uploads/2012/09/Manual-Construir-BoaSa%C3%BAde-Mental.pdf)
Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)	Instituições particulares, sem finalidade lucrativa, com o intuito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, sem ligação ao Estado ou a um corpo autárquico, com os objetivos: de apoio a crianças e jovens, apoio à família, proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho, promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, educação e formação profissional dos cidadãos, resolução dos problemas habitacionais das populações. (http://www4.seg-social.pt/ipss#)
Conselho Local de Ação Social (CLAS)	Órgão local de concertação e congregação de esforços que tem como fim a concretização dos objetivos do Programa da Rede Social, concebendo e avaliando a política social local, e, conseqüentemente, planejar estratégias e ações de promoção do desenvolvimento social do concelho. Tem regulamento interno próprio e é composto essencialmente por organismos públicos e entidades privadas sem fins lucrativos, podendo, no entanto, integrar organizações com fins lucrativos e personalidades individuais dispostas a contribuir, de forma relevante, para o desenvolvimento social local. (http://www.pgdilisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1667&tabela=leis)

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	<p>Modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. É formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. São um conjunto de novas respostas que promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. Os objetivos da RNCCI são a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os cuidados integrados nesta Rede estão centrados na recuperação global da pessoa, na promoção da sua autonomia e melhora da sua funcionalidade, de acordo com a situação de dependência em que se encontra.</p> <p>(http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx)</p>
Plataformas Supraconcelhias	<p>Plataformas Territoriais criadas, como órgão da Rede Social, para reforçar a organização dos recursos e o planeamento das respostas e equipamentos sociais disponíveis ao nível supraconcelhia, centrando-se na discussão e concertação exarada em torno dos diagnósticos sociais elaborados e dos problemas levantados pelos Conselhos Locais de Ação Social. (http://www4.seg-social.pt/plataformas-supraconcelhias-alentejo)</p>
Plataforma de Dados de Saúde	<p>Plataforma online que disponibiliza um sistema central de registo e partilha de informação clínica de acordo com os requisitos da Comissão Nacional de Proteção de Dados. A PDS permite o acesso a informação dos cidadãos que tenham número de utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aos profissionais de saúde em diversos pontos do SNS (hospitais, urgências, cuidados primários, rede nacional de cuidados continuados), sem comprometer a exportação de informação privada. Embora seja de acesso restrito, o acesso pode ser auditado e gerido pelo próprio utente através do Portal do Utente.</p> <p>(http://spms.min-saude.pt/blog/2013/11/01/pds-plataforma-de-dados-da-saude/)</p>
Rede Social	<p>Programa que incentiva os diferentes agentes da área social (setor público, instituições solidárias, entre outras) a conjugar esforços com vista à prevenção, atenuação e erradicação de situações de pobreza e exclusão social, bem como à promoção do desenvolvimento social local mediante o trabalho em parceria. A Rede Social possibilita maior adequação e qualidade dos serviços prestados, com especial destaque para as pessoas em situação de vulnerabilidade. Em cada comunidade, as autarquias e entidades públicas e privadas partilham uma visão dos problemas existentes, definem, conjuntamente, objetivos, prioridades, estratégias e ações, utilizando, de modo mais racional, os recursos disponíveis na sua área de intervenção. Ao nível das freguesias e concelhos são criadas plataformas de planeamento e coordenação da intervenção social designadas, respetivamente, Comissões Sociais de Freguesia e/ou Inter-freguesia (CSF/CSIF) e Conselhos Locais de Ação Social (CLAS).</p> <p>(http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1667&tabela=leis)</p>

Modelo de análise dos dados

1. Qual a natureza das instituições que respondem na área da saúde mental, no concelho?
2. Quais os público-alvo a que as instituições dão resposta em saúde mental?
3. Para as diferentes tipologias de resposta, quantas instituições dão resposta para a saúde mental e número de utentes (questão 11 - usar a mesma divisão da pergunta) ?
4. Áreas de intervenção e grupos-alvo considerados prioritários
 - a. Quais as áreas consideradas mais prioritárias no âmbito da promoção da saúde mental pelas instituições?
 - b. Que grupos-alvo são consideradas prioritários?
5. Iniciativas para promover a saúde mental - Existem programas de formação na área da saúde mental?
6. Identificação dos recursos necessários considerados mais importantes para intervir na área da saúde mental
7. Competências prioritárias na SM
8. Redes - RNCCI, RCS, RCE, RS
9. Articulação com o setor da saúde
 - a. Há articulação com o setor da saúde? Com que estruturas e como é essa interação?
10. Projetos existentes em saúde mental
 - a. Os que existem
 - b. Os que as instituições pretendem desenvolver
11. Que entidades participam de forma transversal no processo de ajuda de pessoas com necessidades em saúde mental?
12. Necessidades em saúde mental identificadas pelas entidades

Em cada relatório de concelho:

A. Caracterização geral

dados sobre o território (Localização e divisão administrativa [área geográfica, limites, freguesias]), distribuição populacional (Evolução demográfica, Distribuição por idade e sexo, Índice de envelhecimento, Relação de dependência jovens e idosos, Índice de dependência de idosos, Taxa de natalidade)

situação socioeconómica (atividade económica por setores, População ativa e inativa, Beneficiários do rendimento social de inserção, taxa de desemprego, inscritos nos centros de emprego, pensões),

Clima social / perfil jurídico criminal (registo de crimes, violência doméstica, taxa de criminalidade),

Recursos de Saúde e Proteção Social (Organização dos serviços de saúde [ARS, ACES, hospitais, ...],

Recursos Humanos - Médicos / 1000 habitantes; Enfermeiros/1000 habitantes; Psiquiatras, enfermeiros especialistas SMP, Farmácias/1000 habitantes;

ANEXO 1. Lista das entidades respondentes

ANEXO 2. Caracterização das entidades - responsabilidades, recursos e respostas

- Qual o estado de saúde mental da população-alvo percecionado pelas instituições?
- A instituição apresenta quantos técnicos com formação na área de saúde mental?
- Quantos técnicos fazem intervenção em saúde mental?
- Comparar o número de técnicos com formação na área da saúde mental com os que fazem intervenção nesta área.
- Existe diagnóstico de saúde mental na instituição?
- A instituição tem disponibilidade para apoio emocional, tanto a utentes como a funcionários?
- Descrição da população de utentes da instituição (distribuição por género e faixa etária)
- Percentagem de utentes referenciados com doença mental e agregados familiares com idosos e com pessoas com doença mental.
- Quais as situações a que as instituições apresentam respostas face à sua população-alvo? A que tipo de situações respondem?
- Para que entidades são as situações mais frequentemente encaminhadas?
- Existem orçamentos disponibilizados para aplicação nos projetos de saúde mental?

REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2014). *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Caldas de Almeida et al (2013) *Relatório do Estudo Epidemiológico nacional de Saúde Mental*.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudental.pdf>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo*. Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Disponível em <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>
- Dias, S., & Gama, A. (2014). Investigação participativa baseada na comunidade em saúde pública: potencialidades e desafios. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(2), 150-154.
- Direção Geral da Saúde (2015) *Saúde Mental em números*. Programa Nacional de Saúde Mental.
- Entidade Reguladora da Saude (2015) *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1518/Full_report_-_Mental_health.pdf
- Fortin, M-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- Gomes, J., & Loureiro, M. (2013). O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 32-48. doi: 10.1016/j.rpsp.2013.06.001
- Green, M.J., & Benzeval, M. (2011). Ageing, social class and common mental disorders: longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland. *Psychological Medicine*, 41, 565-574. doi:10.1017/S0033291710000851
- Howard, P. B. (1999). Aspectos de saúde mental. In Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*, p. 758-774. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Israel, B., Schulz, A.J., Parker, E.A., & Becker, A.B. (1998). Review of Community-Based Research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19(1), 173-202.
- Murcho, N. (2014). *Saúde mental comunitária: uma perspetiva de integração nos cuidados de saúde primários*. *Cadernos do GREI, número 14*. Faro, Portugal: GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares Giordano Bruno.
- Nunes, C. (2001). *Aprendizagem Activa na criança com Multideficiência - guia para educadores*. Lisboa: Ministério da Educação, Núcleo de Orientação Educativa e Educação Especial.
- Palha, João; Palha, Filipa (2016) «Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal» In *Gazeta Médica*, 2 (3) abril/junho, p. 6-12.
- Stacciarini, J-M., Shattell, M., Coady, M., & Wiens, B. (2011). Review: Community-Based Participatory Research approach to address mental health in minority populations. *Community Mental Health Journal*, 47(5), 489-497. doi:10.1007/s10597-010-9319-z
- Tandon, S. et al. (2007). A vision for progress in community health partnerships. *Progress in Community Health Partnership*, 1(1), 11-30. doi: 10.1353/cpr.0.0007

- Viswanathan, M. et al. (2004). Community-based participatory research: Assessing the evidence. *AHRQ Evidence Report Summaries*. Rockville, United States of America: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11852/>
- Xavier, M., & Almeida, J.M.C. (coord.) (2010). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1.º relatório*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Zimmerman, S., Tilly, J., Cohen, L., & Love, K. (2009). *A Manual for Community-Based Participatory Research: Using research to improve practice and inform policy in assisted living*. Oakton, United States of America: CEAL-UNC Collaborative. Disponível em <http://www.theceal.org/images/reports/002Manual-for-Community-Based-Participatory-Research.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). *Censos - Resultados Definitivos*
- INE, Pocket Books *Statistical Yearbook of Área Metropolitana de Lisboa – 2014*
- PORDATA. (2014).
- Portal da Saúde(2013). *Prestadores*
- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf