



**Comissão Nacional para a Reestruturação
dos Serviços de Saúde Mental**

**Reestruturação e Desenvolvimento
dos
Serviços de Saúde Mental em Portugal**

**Plano de Acção
2007 - 2016**

Relatório da
Comissão Nacional para a Reestruturação
dos Serviços de Saúde Mental

(Nomeada por despacho do Ministro da Saúde publicado no D.R.II série, nº 101, de 25 de Maio de 2006)

12 de Abril de 2007

**Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços
de Saúde Mental (Despacho nº 143/2006)**

Núcleo Executivo

Prof. José Miguel Caldas de Almeida (Presidente)
Dr. António Leuschner
Enf. Henrique Duarte
Dra. Isabel Paixão
Dr. João Sennfelt
Dr.^a Maria João Heitor
Prof. Miguel Xavier

Corpo Técnico-Científico

Prof. Adriano Vaz Serra *
Dr. Idalmiro Carraça
Dr.^a Inês Guerreiro
Dra. Isabel Fazenda
Dr. Jaime Milheiro
Dr. Joaquim Fidalgo de Freitas
Prof. José Ornelas
Dr.^a Júlia Valério
Dr. Luís Gamito **
Dr. Luís Simões Ferreira
Enf. Lurdes Almeida e Costa
Prof. Mário Hipólito
Dr.^a Maria Clara Guterres
Dr. Ricardo França Jardim
Dr. Vítor Cotovio

* Até 22/Nov//2006

** Até 1/Fev/2007

A Comissão Nacional agradece às seguintes pessoas pela sua contribuição para a elaboração deste relatório:

1. Coordenadores Regionais (AIMS, Qualidade, Urgências)

Dr. João Redondo	Hospital de Sobral Cid
Dr. Joaquim Ramos	Hospital de Magalhães Lemos
Dr. ^a Lurdes Santos	Hospital Miguel Bombarda
Dr. ^a Ilda Maria da Costa Morais	Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Directores de Serviço dos Serviços e Departamentos de Psiquiatria e de Psiquiatria da Infância e Adolescência

3. Conselhos de Administração das ARS

Dr. Alcindo Maciel Barbosa	ARS Norte
Prof. Doutor Fernando Regateiro	ARS Centro
Dr. António Branco	ARS Lisboa e Vale do Tejo
Dr. ^a Rosa Valente de Matos Zorrinho	ARS Alentejo
Dr. Rui Lourenço	ARS Algarve

4. Focal-Points e colaboradores nos estudos (AIMS, Qualidade, Urgências)

Enf. Aida Simões	Centro Hospitalar de Setúbal
Dr. ^a Alexandra Isabel Almeida	Centro Regional de Alcoologia do Centro
Dr. ^a Ana Cristina Trindade	Hospital Distrital de Faro
D ^a Ana Maria Dourado	Hospital Psiquiátrico do Lorrão
Dr. ^a Ana Maria Silva	Centro Regional de Alcoologia do Sul
Dr. ^a Ana Maria Silva Araújo	Hospital de Sobral Cid
Dr. ^a Ana Reis	Hospital de Magalhães Lemos
Dr. ^a Ana Santa Clara	Casa de Saúde da Idanha
Dr. ^a Ana Sofia Cabral	Hospitais da Universidade de Coimbra
Dr. ^a Anabela Costa	Unidade de Missão dos Cuidados Continuados e Integrados de Saúde
Dr. ^a Andreia Norton	Hospital de São João
Dr. António Albuquerque	Hospital Dr. José Maria Grande
Dr. António Carvalho	Hospitais da Universidade de Coimbra
Dr. António Cepa	Hospital de S. Marcos
Dr. António Gamito	Hospital Fernando Fonseca
Dr. António Luengo	Hospital Fernando Fonseca
Dr. António Pissarra da Costa	Hospital de Sousa Martins
Dr. ^a Arlete Felício	Hospital Distrital de Faro
Dr. ^a Augusta Coelho	Hospital de São João
Dr. Augusto Damas dos Reis	Hospital Nossa Senhora do Rosário
Dra. Beatriz Pena	Centro Hospitalar de Coimbra
Dr. Bernardo Barahona Correa	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Dr. Bessa Peixoto	Hospital de S. Marcos
Dr. Bruno Trancas	Hospital Fernando Fonseca
Dr. Bruno Pereira	Hospital Fernando Fonseca

Dr. Carlos Vieira	Hospital Fernando Fonseca
Dr. Cassiano António P. Santos	Hospital de Nossa Senhora da Conceição
Dr. ^a Cassilda Costa	Hospital de São João
Dr. Catarino dos Santos	Hospital José Joaquim Fernandes
Dr. ^a Clarisse Torres	Hospital de São João
Dr. ^a Conceição Cardoso	Centro Hospitalar do Nordeste
Dr. Cortêz Pinto	Hospital Júlio de Matos
Dr. ^a Cristina Marques	Hospital D. Estefânia
Dr. David Esteves	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
Dr. ^a Elizabete Fradique	Hospital Garcia de Orta
Irmã Fernanda Ramos	Assumar - Portalegre
Dr. Fernando Santos	Hospital Fernando Fonseca
Dr. ^a Filipa Madeira	Hospitais da Universidade de Coimbra
Dr. Francisco Lima Buta	Hospital Garcia de Orta
Dr. ^a Georgina Maia	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Prof. ^a Graça Cardoso	Hospital Fernando Fonseca
Dr. Horácio Firmino	Hospitais da Universidade de Coimbra
Irmã Idília	Casa de Saúde da Idanha
Dr. ^a Isabel Almeida	Hospital Nossa Senhora do Rosário
Dr. ^a Isabel Brito	Hospital Garcia de Orta
Dr. ^a Isabel Domingues	Hospital de São João
Dr. ^a Isabel Martins	Hospital José Joaquim Fernandes
Irmã Isabel Morgado	Clínica Psiquiátrica de S. José
Dr. ^a Isaura Sim Sim	Hospital do Espírito Santo
Dr. Jacinto Azevedo	Hospital de São João
Dr. João Paulo Coelho da Silva	Hospital Padre Américo
Dr. Joaquim Alves da Silva	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Dr. Joaquim Barros Duarte	Hospital de S. Marcos
Dr. Jorge Alexandre Marques	Centro Regional de Alcoologia do Norte
Dr. Jorge Bouça	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
Dr. Jorge Martinho	Hospital Fernando Fonseca
Dr. José Alberto Garrido	Centro Hospitalar de Coimbra
Dr. José M. Silva Carvalhinho	Hospital de Santo André
Dr. José Palma Góis	Hospital do Espírito Santo
Dr. José Salgado	Hospital Distrital de Santarém
Dr. ^a Lara Condeço	Centro Hospitalar Médio Tejo
Enf. Luís Galhanas	Hospital Júlio de Matos
Dr. Luís Sardinha	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Dr. ^a Luísa Delgado	Centro Hospitalar Médio Tejo
Dr. ^a Luísa Ramos	Centro Hospitalar Conde Ferreira
Dr. Manuel António Sardinha	Hospital Dr. José Maria Grande
Dr. Manuel Araújo	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
Prof. Marco Paulino	Hospital de Santa Maria
Prof. Manuel Esteves	Hospital de São João
Dr. ^a Margarida Lopes	Hospital D. Estefânia, Clínica do Parque
Dr. ^a Margarida Neto	Casa de Saúde do Telhal
Dr. Maria Georgina Lopes	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
Prof. ^a Maria Luísa Figueira	Hospital de Santa Maria
Dr. ^a Maria Luísa Oliveira Rosa	Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes
Dr. ^a Maria Teresa Barbosa	Hospital Amato Lusitano
Dr. ^a Maria Teresa Cabral	Hospital de São Gonçalo

Prof. Mário Lourenço	Hospital da Senhora da Oliveira
Dr. ^a Marta Roque	Hospitais da Universidade de Coimbra
Enf. Miguel Narigão	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Dr. Miguel Viseu L.Carvalho	Centro Hospitalar de Vila Real
Dr. Nuno Pessoa Gil	Hospital de São Teotónio
Dr. ^a Paula Almeida Pina	Centro Hospitalar do Alto Minho
Dr. ^a Paula Cristina Pinheiro	Hospital Distrital de Santarém
Dr. Paulo Almeida	Hospital Distrital da Guarda
Dr. Pedro Monteiro	Hospital Central da Crianças Maria Pia
Dr. Pedro Pires	Hospital Garcia de Orta
Dr. ^a Raquel Correia	Hospital de São João
Enf. Raquel Rosa	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Dr. Ricardo Moreira	Hospital de São João
Dr. Rui Durval	Hospital Miguel Bombarda
Dr. Rui Malta	Hospital de São João
Dr. ^a Sandra Isabel Vicente Nunes	Hospital Infante D. Pedro
Dr. Sertório Timóteo	Hospital de São João
Dr. ^a Susana Fonseca	Hospital de São João
Dr. ^a Teresa Cepeda	Hospital de Santa Maria
Dr. ^a Teresa Maia Correia	Hospital Fernando Fonseca
Dr. Tiago Reis Marques	Hospitais da Universidade de Coimbra
Dr. ^a Vera Sousa	Hospital de São João
Dr. Victor Serra	Centro Hospitalar de Setúbal
Dr. Vítor Sainhas Oliveira	Centro Hospitalar Cova da Beira

Alunos da Faculdade de Ciências Médicas - UNL

Bruno Miguel Seabra Dinis	Lucas Francisco Almeida Manarte
Cláudia Elena Mihon Martins	Luís Filipe Pereira Madriga Costa
Dília Maria Rodrigues Valente	Maria João Fontes Morgadinho
Filipa Carlota Fernandes Marques	Paula Neto Janeira
Ivânia Alexandra Alves da Cruz	Rosa Maria Queiroz Cardiga
João Henrique Sousa Pereira	Rui Diogo da Rocha Fernandes
José Albano de Barros Lima	Vera Saldanha de Azevedo Teles
Liliana Isabel Gonçalves da Rocha	

5. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF)

Dr. ^a Fátima Sofia Barroso	IGIF
Sr. Francisco Gomes	IGIF
Eng. Luís Salavisa	IGIF

6. Secretariado no Ministério da Saúde

Helena Vidal	Gabinete da Sr. ^a Secretária de Estado Adjunta e da Saúde
Aurélia Martins	Gabinete da Sr. ^a Secretária de Estado Adjunta e da Saúde

Índice

Preâmbulo	9
I. Introdução	12
1. SAÚDE MENTAL: UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA	12
2. SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: NOVOS CONHECIMENTOS, NOVAS PERSPECTIVAS	12
II. Análise da situação em Portugal	17
1. PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL E NECESSIDADES DE CUIDADOS DAS POPULAÇÕES	17
2. POLÍTICAS, PLANOS E LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL: ANTECEDENTES E SITUAÇÃO ACTUAL	21
3. SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL	23
3.1. Estruturas	23
3.2. Recursos humanos	23
3.3. Recursos financeiros	27
3.4. Actividade assistencial	28
3.5. Componentes específicas	34
3.5.1. Serviços de infância e adolescência	34
3.5.2. Serviços prestados por ONG's	38
4. SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL: RESUMO CRÍTICO	48
III. Plano de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal	52
1. VISÃO	52
2. VALORES E PRINCÍPIOS	52
3. OBJECTIVOS	53
4. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS	54
4.1. Princípios gerais e sua aplicação em Portugal	54
4.2. Desenvolvimento e melhoria da rede nacional de serviços locais de saúde mental	57
4.2.1. Propostas de âmbito geral	57
4.2.2. Propostas de âmbito regional	61
4.2.2.1. Planeamento da Região Norte	61
4.2.2.2. Planeamento da Região Centro	67
4.2.2.3. Planeamento da Região de Lisboa e Vale do Tejo	72
4.2.2.4. Planeamento da Região do Alentejo	80
4.2.2.5. Planeamento da Região do Algarve	80
4.3. Reabilitação e desinstitucionalização dos doentes mentais graves	81
4.3.1. Reabilitação psicossocial	81
4.3.2. Necessidades dos utentes: Reabilitação e inclusão social	82
4.3.3. Necessidades das famílias	84

4.3.4. Respostas desejáveis e estratégias propostas	86
4.3.5. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental	87
4.4. Serviços regionais de saúde mental	90
4.5. Hospitais psiquiátricos	91
5. SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	95
6. SAÚDE MENTAL E CUIDADOS PRIMÁRIOS	106
7. ARTICULAÇÃO INTER-SECTORIAL	110
7.1. Em actividades de reabilitação psicossocial	110
7.2. Em actividades de prevenção e promoção	113
7.3. Na prevenção e tratamento de problemas associados ao abuso de álcool e drogas	114
7.4. Na prestação de cuidados de saúde mental a grupos vulneráveis (pessoas sem abrigo, vítimas de violência, outras)	115
7.5. Com o Ministério da Justiça	117
8. LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL	119
9. FINANCIAMENTO E GESTÃO	122
10. SISTEMA DE INFORMAÇÃO	123
11. MELHORIA DA QUALIDADE	126
12. RECURSOS HUMANOS	130
13. ARTICULAÇÃO COM AS ORDENS RELIGIOSAS	133
14. INVESTIGAÇÃO	134
IV. Recomendações sobre medidas de implementação	137
V. listagem de acções propostas	139
Referências bibliográficas	148
Anexos	
1. RELATÓRIO WHO-AIMS	
2. ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	
3. ESTUDO SOBRE A INTEGRAÇÃO DOS DPSM NOS HOSPITAIS GERAIS	
4. ESTUDO SOBRE O ACESSO A URGÊNCIAS	
5. ESTUDO SOBRE PUBLICAÇÕES PORTUGUESAS EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL	
6. RELATÓRIO SOBRE DESENVOLVIMENTO E IMPACTO DAS ESTRUTURAS CRIADAS AO ABRIGO DO DESPACHO CONJUNTO	
7. RECURSOS E ACTIVIDADES DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL	
8. LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS DE ENTIDADES INTERNACIONAIS	

PREÂMBULO

Por Despacho do Senhor Ministro da Saúde, de 26 de Abril de 2006, foi criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental com a missão de estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental a nível nacional, propor um plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental e apresentar recomendações quanto à sua implementação.

Neste Relatório apresenta-se o resultado dos trabalhos efectuados pela Comissão, de acordo com os objectivos para que foi mandatada

De modo a cumprir o primeiro objectivo da sua missão - estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental a nível nacional - a Comissão procurou colher o máximo de informação possível sobre as necessidades de cuidados de saúde mental em Portugal e sobre as respostas efectivamente disponíveis para cobrir estas necessidades.

Para tal, a Comissão seguiu três estratégias. Em primeiro lugar, colheu e analisou toda a informação relevante disponível em Portugal, quer a nível oficial (sobretudo do IGIF e da DGS), quer a partir das publicações científicas disponíveis e actualizadas.

Em segundo lugar, realizou uma série de estudos destinados a clarificar áreas especialmente importantes para o funcionamento dos serviços de saúde mental em Portugal e a elaborar um diagnóstico mais sistemático e completo da situação a nível nacional. Finalmente, levou a cabo um processo de auscultação das partes interessadas na prestação dos cuidados de saúde mental no nosso país.

Os estudos realizados incluíram um diagnóstico do sistema de saúde mental nacional com base em metodologia criada pela OMS (WHO-AIMS), um estudo sobre a qualidade dos serviços de saúde mental, um estudo sobre as vias de acesso aos serviços de urgência, um outro sobre a integração e funcionamento dos departamentos de psiquiatria e saúde mental nos hospitais gerais e ainda um levantamento sobre a produção científica na área da psiquiatria e saúde mental a nível nacional.

A recolha de informação para o Estudo WHO-AIMS foi liderada por um Grupo de coordenação nacional, o Grupo AIMS, constituído pela Dra. Lurdes Santos e os Drs. Ricardo França Jardim, João Redondo e Joaquim Ramos, e contou com participação de profissionais de todos os serviços de saúde mental do país, tanto públicos como das Ordens Religiosas, treinados para o efeito com a colaboração do Dr. António Lora, da OMS, Genebra.

O estudo sobre a qualidade dos serviços, com base em instrumentos da OMS, foi também coordenado pelo Grupo AIMS e realizado com a participação de profissionais de todos os serviços. O Dr. José Manuel Bertolote, da OMS, Genebra, orientou a formação dos participantes no estudo.

O estudo sobre as vias de acesso a serviços de urgência foi realizado em serviços das várias regiões do país, com a colaboração de equipas do Hospital de São João (Porto), do Serviço de Psiquiatria dos HUC (Coimbra), da Faculdade de Ciências Médicas, do Hospital Curry Cabral e do Hospital Fernando Fonseca (Lisboa).

Finalmente, o estudo sobre a integração e funcionamento dos departamentos de psiquiatria e saúde mental nos hospitais gerais foi efectuado através da aplicação de um questionário, criado para o efeito, a todos os directores de Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental em hospitais gerais.

O processo de auscultação e consulta pública incluiu a realização de reuniões com representantes de várias associações profissionais e científicas (Ordem dos Médicos, Ordem

dos Enfermeiros, Associação Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Associação Pró Ordem dos Psicólogos, Associação Portuguesa dos Internos de Psiquiatria, Associação Portuguesa dos Profissionais de Serviço Social, Associação Portuguesa dos Terapeutas Ocupacionais, Associação Portuguesa dos Psicopedagogos e Sociedade Portuguesa para o estudo da Saúde Mental), associações de utentes, associações de familiares, organizações não governamentais e responsáveis pelas instituições das Ordens Religiosas.

Todo este trabalho de recolha e análise de informação só foi possível através do empenhamento de um grande número de pessoas. No âmbito do Núcleo Executivo da Comissão, a Dra. Isabel Paixão e o Dr. António Leuschner coordenaram a colheita e análise de dados disponíveis a nível nacional, o Prof. Miguel Xavier coordenou os estudos realizados, o Prof. João Sennfelt e o Enfermeiro Henrique Duarte asseguraram a coordenação do processo de auscultação e consulta pública. No âmbito do Corpo Técnico-Científico da Comissão, o Dr. Idalmiro Carraça e o Prof. João Sennfelt coordenaram o sub-grupo de “Saúde mental e Cuidados Primários”, as Dras. Isabel Fazenda e Clara Guterres o sub-grupo de “Saúde mental e IPSS’s”, o Dr. Luís Simões Ferreira e a Dra. Beatriz Pena o sub-grupo de “Saúde mental da Infância e Adolescência”, o Dr. Victor Cotovio o sub-grupo de “Serviços de saúde mental e Ordens Religiosas”.

A elaboração do plano foi um processo iterativo que contou com contribuições de inúmeras pessoas e entidades, nomeadamente do Conselho Nacional de Saúde Mental, da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados de Saúde, da Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários, de Administrações das ARS’s, Direcção de Serviços de Saúde Mental da DGS, Directores de serviços de saúde mental, IGIF, ACSS, representantes de utentes, familiares e IPSS’s.

Para a redacção do plano foram fundamentais as contribuições dos Prof. Miguel Xavier, Dr. António Leuschner e Dra. Isabel Paixão. Contribuições importantes para a redacção do plano foram também dadas pela Dra. Isabel Fazenda, Dra. Clara Guterres, Dr. Luís Simões Ferreira, Dra. Margarida Marques, Dra. Teresa Cepeda, Dr. Idalmiro Carraça e Prof. João Sennfelt.

O Relatório tem quatro partes distintas. A primeira, de carácter introdutório, resume os dados sobre a magnitude e o impacto dos problemas de saúde mental nas sociedades actuais e identifica os conhecimentos e perspectivas actuais no campo da organização de serviços de saúde mental. A segunda, dedicada à análise da situação da saúde mental em Portugal, aborda os aspectos relacionados com as necessidades de cuidados, as políticas e leis de saúde mental e a prestação de serviços nesta área. Na terceira parte apresenta-se o plano nacional, nas suas diferentes componentes. A componente de organização de serviços merece naturalmente uma atenção especial, sendo abordadas em detalhe as questões relacionadas com o desenvolvimento de serviços locais de saúde mental, a reabilitação e desinstitucionalização, a criação de serviços regionais, a reconversão das respostas dos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de serviços de saúde mental da infância e adolescência. O plano inclui também propostas em várias outras áreas - legislação de saúde mental, financiamento e gestão, sistemas de informação, melhoria da qualidade, recursos humanos, articulação inter-sectorial e investigação - por se ter chegado à conclusão que não é possível reestruturar com êxito os serviços se, simultaneamente, não se implementarem estratégias consistentes nestas áreas. A quarta parte do relatório inclui as recomendações quanto à implementação do plano, bem como uma listagem das acções propostas nas diferentes áreas, incluída no relatório com o objectivo de oferecer ao leitor uma visão de conjunto de todas as propostas. Em anexo, apresentam-se os vários estudos realizados, os quadros mais detalhados da informação recolhida e vários documentos fundamentais para a

organização dos serviços de saúde mental em Portugal (por exemplo, a legislação portuguesa actual e a Declaração Europeia de Saúde Mental).

Este Relatório não se limita, pelas razões anteriormente explicadas, a recomendar mudanças na arquitectura da rede de serviços de saúde mental e muito menos a centrar as suas propostas numa simples perspectiva de encerrar/abrir serviços. Fiel ao mandato que recebeu do Senhor Ministro da Saúde, e de acordo as orientações da Organização Mundial da Saúde sobre a reforma dos cuidados de saúde mental, a Comissão procurou, acima de tudo, identificar as diferentes estratégias (desde a reorganização de serviços à promoção da investigação, passando pela articulação inter-sectorial) que são hoje indispensáveis para, de acordo com o conhecimento científico actual, assegurar uma verdadeira melhoria da qualidade dos cuidados de saúde mental e promover a saúde mental das populações, e desenhar um plano que permita implementar com êxito estas estratégias. O resultado, que agora se apresenta, constitui, assim, a base de um plano nacional de saúde mental. Uma base que, temos consciência, necessita ainda, além da indispensável aprovação do governo, de uma revisão que corrija insuficiências e erros que certamente existem e permita incorporar contributos que venham a surgir.

A finalizar estas palavras de introdução, gostaria de agradecer, em nome da Comissão, a todos aqueles que deram o seu contributo para a elaboração do Relatório, nomeadamente dirigentes e profissionais dos serviços, utentes, familiares, representantes de Ordens Religiosas, IPSS's, associações científicas e associações de profissionais. Não posso também deixar de agradecer ao Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde a excelente colaboração técnica dispensada ao longo de todo o projecto. Quero também exprimir o meu reconhecimento a Helena Vidal e Aurélia Martins, que asseguraram o apoio de secretariado à Comissão, pela eficiência e disponibilidade demonstradas ao longo de todo o período em que decorreu o nosso trabalho.

J.M. Caldas de Almeida

I. INTRODUÇÃO

1. SAÚDE MENTAL: UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Os estudos epidemiológicos realizados nos últimos 15 anos provam que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade, e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais. Em todo o mundo, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que chega a índices ao redor de 40% na Europa (WHO, 2001). Segundo o estudo “The Global Burden of Disease” realizado pela Organização Mundial de Saúde e por investigadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, utilizando como medida o número de anos perdidos por incapacidade ou morte prematura, situações como as perturbações depressivas e as doenças cardiovasculares estão rapidamente a substituir as doenças infecto-contagiosas. Esta “transição epidemiológica” tem vindo a ocorrer, na maioria das vezes, sem a devida consideração dos especialistas no planeamento de serviços e programas de saúde.

A carga das perturbações mentais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia, foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Embora as perturbações mentais causem pouco mais de 1% das mortes, mais de 12% da incapacidade por doenças em geral a nível mundial deve-se a estas perturbações (este número cresce para 24% na Europa). Das 10 principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas.

As previsões apontam para um aumento significativo das perturbações mentais no futuro. O envelhecimento da população tem levado a um aumento da frequência de quadros demenciais e da consequente procura de cuidados especializados. Por outro lado, a faixa etária economicamente activa sofre forte impacto de graves problemas sociais como o desemprego, violência, pobreza e desigualdade social, o que a torna muito mais vulnerável a quadros relacionados com o *stress*.

Apesar da alta prevalência das perturbações mentais os mitos sobre a doença mental e a estigmatização do doente continuam a persistir, mesmo entre profissionais da área de saúde, sendo ainda muito grande o desconhecimento sobre o progresso ocorrido nas últimas décadas quanto ao diagnóstico e, sobretudo, ao tratamento destas perturbações. Por esta razão, em muitos países, a saúde mental tem sido uma área muito negligenciada dentro do conjunto dos serviços de saúde e o doente mental ainda hoje continua a ser vítima de vários tipos de discriminação.

Incluir a saúde mental na agenda de saúde pública e assegurar a todas as populações o acesso a serviços de saúde mental modernos e de qualidade tornou-se, assim, nos dias de hoje, um objectivo inadiável em todo o mundo.

2. SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: NOVOS CONHECIMENTOS, NOVAS PERSPECTIVAS

No passado, os serviços de saúde mental estiveram durante muito tempo centrados em grandes instituições psiquiátricas, separadas do sistema geral de saúde. Os progressos

verificados a nível científico e o desenvolvimento crescente de movimentos a favor dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental vieram, contudo, pôr em causa este modelo a partir dos anos 60.

No que se refere aos avanços científicos, eles vieram, com efeito, possibilitar o desenvolvimento de um amplo leque de intervenções altamente efectivas no tratamento e reabilitação da maioria das perturbações psiquiátricas. Novos tratamentos psicofarmacológicos e psicoterapêuticos demonstraram amplamente a sua efectividade no tratamento das perturbações ansiosas e depressivas. As perturbações psicóticas, que no passado condenavam muitos doentes a longos períodos no hospital e a altos níveis de incapacidade, passaram, na maioria dos casos, a poder ser manejadas na comunidade, desde que os serviços assegurem intervenções psicossociais em combinação com o tratamento farmacológico. Programas de reabilitação psicossocial, incluindo treino de competências sociais, intervenções familiares psico-educacionais, apoios nas áreas residencial e do emprego, tornaram possível a reintegração social de muitas pessoas que sofrem de doenças mentais graves.

Os avanços no desenvolvimento de intervenções para a prevenção das doenças mentais e a promoção da saúde mental tem ocorrido com mais lentidão. Apesar disso, já existe um conjunto importante de intervenções de efectividade comprovada neste domínio: por exemplo, na prevenção do suicídio e do alcoolismo.

Em consequência de todos estes avanços, nos últimos 25 anos registaram-se esforços significativos em todo o mundo para substituir os serviços baseados no antigo modelo dos grandes hospitais psiquiátricos por serviços de base comunitária. As instituições psiquiátricas tradicionais dificilmente podem assegurar a prestação do conjunto de programas integrados hoje considerados essenciais para o tratamento das perturbações psiquiátricas, especialmente os que promovem a reabilitação e a reintegração social dos doentes. Por outro lado, a sua separação do sistema geral de saúde e o seu afastamento dos locais de residência das pessoas assistidas reforçam os estereótipos negativos associados aos tratamentos psiquiátricos e acentuam a exclusão e discriminação das pessoas com problemas de saúde mental.

Novos modelos de serviços de saúde mental, desenhados para assegurar cuidados integrados na comunidade, foram desenvolvidos e amplamente avaliados em muitos países. Todos os estudos comparando estes novos serviços com os tradicionais serviços de base hospitalar demonstraram que os serviços comunitários são mais efectivos e são largamente preferidos pelos pacientes e suas famílias (QUADRO 1).

QUADRO 1 - Evidência científica da efectividade de serviços comunitários

ESTUDOS	RESULTADOS	REFERÊNCIAS
Tratamento da esquizofrenia no hospital psiquiátrico (HP) versus tratamento no hospital geral (HG) - Estudos de Manchester sobre tratamento da esquizofrenia	HG mostrou internamentos mais curtos, menos sintomas e menos incapacidade aos 4 e 12 anos. Ajustamento social, emprego e carga familiar melhores no HG. Análise económica favoreceu o HG, especialmente no <i>follow-up</i> dos 12 anos	Goldberg D (1991) Cost effectiveness studies in the treatment of schizophrenia. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 17, 453-460
Desinstitucionalização de doentes mentais graves (estudo TAPS)	Ao fim de 5 anos: grupo de 235 doentes saídos do HP mostravam redução de sintomas negativos, melhor vida social, e satisfação com a saída em mais de 80%. Os doentes mais incapacitados puderam ser colocados em lares. Um pequeno grupo de doentes com situações clínicas especialmente graves teve que ficar no hospital. Os custos foram mais baixos na comunidade para as primeiras coortes transferidas do HP e mais altos nas últimas coortes. No conjunto, ligeiro aumento na comunidade.	Leff J. (1993). Evaluating the transfer of care from psychiatric hospitals to district-based services. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 162 (suppl. 19), 6. Leff J. (1996). Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. <i>Psych Services</i> , 47:62-67.
Colocação de doentes graves em residências na comunidade	Vários estudos provam que doentes graves podem ser colocados em residências na comunidade, mostrando mais autonomia, menos sinais de incapacidade e maior satisfação do que no hospital.	Wykes (1982). A hostel ward for new long stay patients: an evaluation of a ward in a house. <i>Psychological Medicine</i> monograph Supplement 2, pp 55-97 Goldberg DP, Bridges K et al (1985). Douglas house: a new type of hostel ward for chronic psychotic patients. <i>British J. Psychiatry</i> . 147; 383-388
Tratamento assertivo na comunidade de doentes mentais graves versus tratamento tradicional	Todos os estudos mostram melhores resultados clínicos e de ajustamento social no modelo comunitário. Resultados económicos mais favoráveis no modelo comunitário na maior parte dos estudos. Os resultados não se podem generalizar para casos em que há também toxicod dependência.	Stein L, Test M. (1980). Alternatives to mental hospital treatment, I. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 37: 392-397. Weisbrod B., Test M., Stein L. (1980). Alternative to mental hospital treatment II. Economic benefit-cost analysis. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 37:400-405. Bond GR, Drake R, Mueser K et al (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness. <i>Disease Management and Health Outcomes</i> 9: 141-159

A organização de serviços de saúde mental tornou-se assim, nos dias de hoje, uma matéria largamente consensual em todo o mundo. Com base na avaliação das reformas de saúde mental realizadas em inúmeros países e nos dados proporcionados pela larguíssima investigação realizada sobre a efectividade e os custos dos vários tipos de serviços, a OMS e outras organizações internacionais defendem que os serviços de saúde mental devem organizar-se de acordo com os seguintes princípios (Funk, 2005; Saraceno, 2001):

- **Ser acessíveis** a todas as pessoas com problemas de saúde mental
- **Ser responsáveis por um sector geo-demográfico específico**, com uma dimensão tal que seja possível assegurar os cuidados essenciais sem que as pessoas se tenham que afastar significativamente do seu local de residência (dimensão estimada entre 200,000 e 300,000 habitantes)
- **Integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral**, de modo a assegurar uma resposta efectiva às diferentes necessidades de cuidados das populações
- **Ter uma coordenação comum**
- **Envolver a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade**
- **Prestar contas da forma como cumprem os seus objectivos**
- **Estar estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde**
- **Colaborar com o sector social e organizações não governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves**

Como todos os estudos epidemiológicos têm mostrado, a maior parte dos cuidados de saúde mental são assegurados através de cuidados informais e através dos cuidados primários de saúde. Aos serviços de saúde mental especializados apenas chega uma pequena parte do total das pessoas com problemas de saúde mental. A articulação com os cuidados primários reveste-se, por esta razão, de uma importância crucial para o estabelecimento de princípios de referência de casos e a criação de esquemas operativos de colaboração em actividades de prevenção/promoção e de seguimento de casos.

Os serviços de saúde mental têm também que trabalhar em estreita colaboração com o sector social para assegurar uma resposta adequada às necessidades das pessoas com doenças mentais graves e de longa evolução, as quais requerem cuidados clínicos e apoio psicossocial durante largos períodos.

Os serviços de saúde mental nos dias de hoje têm assim duas características fundamentais. Primeiro, organizam-se em forma de uma rede, com base na comunidade, que inclui internamento no hospital geral e um conjunto variável de unidades de internamento parcial, atendimento no ambulatório e intervenções no domicílio. Segundo, esta rede, que deve ter uma coordenação comum, tem que estabelecer esquemas de cooperação estreita com os serviços dos cuidados primários (que resolvem a grande maioria dos casos de saúde mental e referenciam os casos mais graves), com o sector social e ainda com muitas outras agências da comunidade (educação, emprego, etc.).

A experiência obtida em muitos países demonstra que a melhor forma de responder às expectativas dos utentes e dos seus familiares é organizar os serviços com base em Equipas

de Saúde Mental Comunitária, equipas multidisciplinares que prestam os cuidados essenciais a uma população de 50.000 a 100.000 habitantes. As Equipas de Saúde Mental Comunitária, que apenas necessitam de uma pequena base na comunidade para funcionar, podem assegurar, às pessoas com doenças mentais graves, programas de tratamento individualizados que respondam às suas necessidades específicas. Além das consultas efectuadas em locais próximos dos locais de residência das pessoas, podem atender situações de crise, podem efectuar intervenções no domicílio, e podem ajudar as famílias a participar nos tratamentos, através de programas psico-educacionais de eficácia amplamente comprovada. Em colaboração com o sector social, as Equipas de Saúde Mental Comunitária podem oferecer programas de reabilitação, apoiar doentes colocados em residências e contribuir para o desenvolvimento de programas de reintegração profissional. Finalmente, as Equipas de Saúde Mental Comunitária podem estabelecer diversas formas de colaboração com as equipas de cuidados primários, que vão desde o estabelecimento de esquemas de ligação e supervisão no tratamento de doenças psiquiátricas, a realização de consultas nos Centros de Saúde, o desenvolvimento de programas colaborativos de prevenção/promoção (por exemplo, nas áreas da depressão, do suicídio ou da violência doméstica).

Um outro desenvolvimento importante é a crescente participação de utentes, familiares e organizações não governamentais na defesa dos direitos humanos das pessoas que sofrem de perturbações psiquiátricas e na prestação de cuidados de saúde mental. Contribuições valiosas têm sido especialmente evidentes na melhoria da qualidade dos cuidados através do desenvolvimento de grupos de auto-ajuda, o estabelecimento de uma abordagem mais participativa no planeamento dos cuidados de saúde mental e, em alguns casos, na criação de serviços e programas.

O novo conceito de recuperação (*recovery*) traduz bem a mudança radical ocorrida a nível da forma de encarar o papel e a participação das pessoas com doença mental no tratamento da sua doença e na sua integração na sociedade. De uma posição passiva e sem voz tem-se vindo a passar para uma posição activa e participativa dos utentes dos serviços, a quem se reconhece o direito de conquistar o máximo de autonomia possível e de assumir um papel crucial nas decisões que têm a ver com o controlo das suas vidas.

Os serviços de saúde mental devem organizar-se com base nesta perspectiva de recuperação (*recovery*), assegurando a participação dos utentes no planeamento dos cuidados e privilegiando as acções que facilitem a sua autonomia e integração social.

II. ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM PORTUGAL

1. PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL E NECESSIDADES DE CUIDADOS DAS POPULAÇÕES

Dado nunca ter sido efectuado um inquérito de morbilidade psiquiátrica, quer de âmbito nacional, quer de âmbito regional, não é conhecida a prevalência e a incidência da grande maioria das perturbações mentais em Portugal; por outro lado, como não se conhecem os índices epidemiológicos, não é possível estabelecer de uma forma cientificamente rigorosa a associação entre as perturbações psiquiátricas na população portuguesa e os seus eventuais determinantes, incluindo aqui factores socio-demográficos, económicos, comportamentais e de estilos de vida.

Nestas circunstâncias, para se caracterizarem os problemas e as necessidades de cuidados de saúde mental das populações tem de se recorrer a um conjunto heterogéneo de estudos, dos quais uma parte significativa corresponde a investigações parcelares, centradas em perturbações mentais específicas, frequentemente efectuadas em populações/amostras pouco numerosas e por vezes sem evidência sólida de representatividade estatística.

A. Estudos de morbilidade psiquiátrica geral - como foi referido, não existem estudos de morbilidade psiquiátrica geral, realizados a nível da população portuguesa, de contexto nacional ou mesmo regional. No que se refere à morbilidade a nível dos cuidados de saúde primários, estudos efectuados na Região Centro do país revelaram valores muito elevados de ‘casos’ (à volta de 40%) em indivíduos sem qualquer diagnóstico psiquiátrico prévio, particularmente no sexo feminino (Simões, 1996,1997). Resultados semelhantes já tinham sido encontrados em estudos conduzidos em enfermarias de hospitais gerais (Caldas de Almeida, 1992), nos quais, para além dos níveis elevados de morbilidade (68,5%), se constatou também a dificuldade de detecção da sintomatologia psiquiátrica por parte dos médicos hospitalares.

Mais recentemente, o estudo Eurobarometer (2003) permitiu lançar alguma luz sobre a associação entre morbilidade psiquiátrica geral e determinantes de saúde, ainda que utilizando uma amostra sem representatividade nacional. Através da aplicação do 5-item Mental Health Index (MHI-5) a uma população de 16.000 indivíduos residentes em 15 países europeus, encontrou-se uma prevalência de casos positivos em Portugal de 29,8% (média europeia - 23,4%), com uma associação estatisticamente significativa aos seguintes determinantes:

QUADRO 2 - Ocorrência de casos MHI-5 (%)

	Sexo femin	> 65 anos	Viuvez	Reforma	Baixo suporte social
Portugal	40,7	49,7	56,1	50,7	44,7
Europa	27,6	27,2	36,0	29,2	40,8

Fonte: Eurobarometer 2003

Relativamente à prevalência tratada, os dados mais relevantes foram obtidos a partir do censo de 2001, realizado pela Direcção Geral de Saúde a nível dos serviços de psiquiatria, envolvendo as áreas de ambulatório, internamento e urgência (Bento, 2003). Por ordem decrescente de frequência, evidenciaram-se as seguintes situações nosológicas:

- *Ambulatório* - perturbações depressivas (21,5%), perturbações neuróticas (12,4%), esquizofrenia (12,4%), reacções de ajustamento (10,5%);
- *Unidades de internamento* - esquizofrenia (36,2%), oligofrenia (28,1%), perturbações associadas ao álcool (7,0%), perturbações afectivas sem depressão (5,4%), síndromes demenciais (5,3%) e perturbações depressivas (4,9%);
- *Serviços de urgência* - perturbações associadas ao álcool (21,3%), perturbações depressivas (20,2%), perturbações neuróticas (12,2%), reacções de ajustamento (9,2%).

B. Perturbações psicóticas não-orgânicas - apesar de constituírem uma parcela muito importante dos indivíduos seguidos nos serviços de psiquiatria públicos, nomeadamente no que se refere a internamentos hospitalares, não existem dados epidemiológicos de base populacional sobre este grupo de perturbações. Na área dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia, estudos de avaliação de necessidades em que Portugal esteve envolvido demonstraram a existência de uma cobertura clínica semelhante à dos restantes países europeus, mas de um grau muito mais elevado de necessidades não-cobertas nas áreas de intervenção psicossocial, incluindo a reabilitação (Xavier, 2002; Kovess, 2006).

C. Perturbações afectivas - tal como no ponto anterior não existem dados de base populacional que permitam estabelecer com fiabilidade a prevalência dos vários tipos de perturbação depressiva em Portugal.

A um nível mais restrito, foram feitos estudos na área da depressão durante a gravidez e pós-parto (Augusto, 1996; Gorman, 2004), onde se encontraram prevalências relativamente elevadas de sintomatologia depressiva, e estudos de vinculação como factor preditivo de depressão em grávidas adolescentes (Figueiredo, 2006).

Existem vários estudos referenciados na literatura, mas com metodologias diferentes das consagradas internacionalmente para diagnóstico padronizado de perturbação depressiva. Três estudos utilizando o *Beck Depression Inventory* revelaram a existência de sintomas depressivos significativos em 16,9% -18,4% da população avaliada (Serra, 1987,1989; Seabra, 1991). A nível dos cuidados de saúde primários, uma investigação efectuada através da aplicação dos *Bedford College Criteria* em 927 utentes (Resina, 1989) detectou uma prevalência de 31,6% (12% a casos de depressão clínica e 19,6% a depressão sub-clínica). Ainda na área dos cuidados de saúde primários, está em curso um estudo multicêntrico efectuada através da entrevista CIDI, cujos resultados preliminares apontam para uma prevalência de depressão de 18% no sexo feminino e 7% no sexo masculino (King, 2006).

D. Suicídio - Portugal apresenta uma das mais baixas taxas de suicídio da União Europeia (5,1% em 2000), a que frequentemente se associa (ainda que sem evidência científica) um determinante de natureza religiosa (Skog, 1995), por analogia com as taxas igualmente baixas verificadas em outros países católicos, nomeadamente do Sul da Europa (OMS, 2003).

No entanto, alguns estudos mostram que entre 1955 e 1980 houve um crescimento da taxa de suicídio no género feminino, nomeadamente nas mulheres empregadas e residentes em áreas urbanas (Castro, 1988).

Relativamente à distribuição geográfica, verifica-se que a taxa de suicídio apresenta assimetrias regionais significativas (Bento, 1992), atingindo o seu valor mais alto em algumas regiões do Alentejo, com uma taxa não ajustada de 55,2/100.000.

Outros dados significativos são a existência de um padrão etário muito idoso (mediana de aproximadamente 64 anos), um decréscimo da taxa anual global durante a década de 90 (Veiga, 2006), com uma subida posterior até atingir a cifra de 7,49/100.000 para a população até aos 64 anos, e de 9,59/100.000 para a população total (WHO, 2006).

No que se refere ao parasuicídio, estudos efectuados na área de Coimbra revelaram uma incidência relativamente elevada (204/100.000), nomeadamente nas pessoas do sexo feminino com menos de 25 anos (600/100.000), surgindo ainda como eventuais determinantes, para além do sexo e idade, o divórcio recente (300/100.000) e o desemprego (Saraiva, 1996,1998).

À semelhança com os dados da literatura científica nesta área, encontrou-se igualmente uma associação significativa entre o parasuicídio e determinadas perturbações psiquiátricas, tais como depressão major, abuso de álcool, esquizofrenia e perturbação borderline da personalidade (Castro, 1998).

E. Perturbações do comportamento alimentar - estudos realizados na Ilha de S. Miguel (Azevedo, 1992) revelaram uma prevalência global (incluindo síndromes parciais) muito baixa (0,64%), enquanto que os estudos efectuados na Grande Lisboa (Carmo, 2001) evidenciaram resultados muito mais elevados (anorexia - 0,37%, síndromes parciais - 12,6%, perturbação da imagem corporal sem perda de peso - 7%, obesidade - 15,3%), com uma correlação fortemente positiva com as classes sociais mais altas.

F. Problemas relacionados com o álcool - embora o consumo de etanol (l/ano) na população esteja a diminuir ligeiramente (1965 - 13,9, 1990 - 12,9, 2000 - 10,8), Portugal continua a ser um dos países com consumo *per capita* mais elevado no mundo, o que constitui um dos mais graves problemas de saúde pública do país. A maioria dos jovens tem o primeiro contacto com bebidas alcoólicas cerca dos 11 anos, predominando até aos 25 anos o consumo de cerveja e bebidas destiladas, sendo de destacar que o consumo na faixa 15 - 17 anos está a aumentar desde 1996 (Dias, 2002).

Os resultados dos Inquérito Nacional de Saúde de 1996 e 1999 (disponíveis em www.ine.pt) mostram que a nível nacional o número de consumidores masculinos (82,2%) é muito superior ao número de consumidores femininos (45,8%): nos indivíduos com hábitos regulares, o consumo médio diário de etanol é também maior no sexo masculino (47,3 g) do que no sexo feminino (17,1 g), correspondendo os valores mais elevados à faixa entre 35 - 44 anos (em ambos os sexos).

G. Abuso de drogas - tal como o abuso de álcool, embora em menor escala, o consumo de drogas é também um problema de saúde pública em Portugal, com implicações não só nos sistemas de saúde, mas também nos sistema judicial e prisional, dada a criminalidade que frequentemente lhe está associada.

Relativamente às tendências mais recentes (EMCDDA, 2005), o *cannabis* é a substância com consumo mais difundido, verificando-se que a heroína continua a ser substância mais associada a problemas sanitários e judiciais graves; por outro lado, desde 2000 mantém-se o aumento dos casos de policonsumo, em que para lá da habitual associação heroína-cocaína (nível socio-económico e escolar mais baixo), surge também a associação entre *cannabis* e *ecstasy*, particularmente nos consumidores mais jovens e com melhor nível socio-económico.

O padrão de consumo de drogas em Portugal está relativamente bem caracterizado, tanto para a população geral como para alguns grupos especiais, incidindo geograficamente com maior intensidade nas áreas metropolitanas de Lisboa, Setúbal e Porto. No que se refere à população geral, estão estimados entre 2,7 e 10 casos problemáticos/ 1000 habitantes (16- 64 anos), correspondendo a 18-68.000 indivíduos consumidores de heroína, cocaína ou ambas (Negreiros, 2001). Relativamente à população estudantil, um inquérito realizado em 1999 (ESPAD, 2001) revelou aspectos muito preocupantes:

- uma subida da prevalência do consumo, comparativamente a 1995 (Rodrigues, 1996);
- uma idade média de início de consumo de drogas ilícitas aos 14 anos;
- uma prevalência global (*lifetime prevalence*) de consumo de drogas ilícitas de 12%, sendo o *cannabis* o mais frequente.

2. POLÍTICAS, PLANOS E LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL: ANTECEDENTES E SITUAÇÃO ACTUAL

Em Portugal, tal como na maioria dos outros países, nos últimos 30 anos verificaram-se esforços importantes no sentido de promover uma reestruturação dos serviços de saúde mental que permita substituir progressivamente os cuidados baseados no hospital psiquiátrico por cuidados mais modernos e diversificados, melhor integrados no sistema geral de saúde e mais próximos das populações (Caldas de Almeida, 1996, 1997).

Na sequência da primeira Lei de saúde mental, de 1963, nos anos 70 e 80 criaram-se Centros de Saúde Mental a nível distrital, facto que permitiu oferecer pela primeira vez cuidados de saúde mental a nível local a populações que até então apenas podiam recorrer aos hospitais psiquiátricos de Lisboa, Porto e Coimbra. A criação destes serviços, apesar da insuficiência de recursos de que sempre sofreram, permitiu ainda lançar algumas primeiras experiências de trabalho sistemático na comunidade (por exemplo, a excelente experiência de Viseu, que subsiste passados 30 anos) e desenvolver múltiplas experiências de trabalho em conjunto com os Clínicos Gerais.

No entanto, a extensão da rede de centros de saúde mental às áreas da grande Lisboa, e grande Porto deparou sempre com fortes obstáculos. Nos anos 80 e 90 registaram-se várias tentativas de criação de novos serviços descentralizados nos locais que continuavam dependentes dos hospitais psiquiátricos, de modo a progressivamente substituir estes hospitais por serviços locais baseados na comunidade. Na sequência dos primeiros programas de reestruturação dos cuidados de saúde mental, em 1985 e 1989, além de se reforçar a rede de centros de saúde mental a nível distrital, criaram-se então os primeiros centros de saúde mental nas áreas metropolitanas. Montou-se um sistema de informação nacional de saúde mental. Integrou-se uma área para a saúde mental no programa funcional dos novos centros de saúde. Fez-se também um esforço muito grande na criação de novos serviços de psiquiatria nos hospitais gerais, graças aos quais se criaram serviços com boas instalações num grande número de hospitais (por exemplo, em Aveiro, Barreiro, Amadora, Santarém, Setúbal, Almada, Tomar, Gaia, Guimarães, Garcia de Orta, etc.). No entanto, a impossibilidade de desenvolver estratégias consistentes de transferência dos recursos dos hospitais psiquiátricos para os novos serviços levou a que muitos deles se tenham desde a sua origem confrontado com uma escassez muito grande de recursos, não podendo assim responder de uma forma minimamente satisfatória às necessidades das populações.

Em 1992, foi decidida a integração de todos os Centros de Saúde Mental em hospitais gerais. A integração deu algumas contribuições positivas para a integração no sistema geral de saúde. No entanto, como se pode ver nos resultados de um estudo elaborado para o efeito (ver Anexos), a integração precipitada de serviços de saúde mental responsáveis por cuidados de base populacional em instituições que se regem por uma lógica puramente hospitalar, centrada no doente internado, levou a uma impossibilidade quase total de desenvolver serviços na comunidade, tanto mais que as poucas disposições para garantir alguma autonomia de gestão dos serviços de saúde mental nunca foram cumpridas.

Em 1994 foi constituída, no âmbito da Direcção Geral da Saúde, uma Comissão para o Estudo da Saúde Mental que, com a participação de um amplo leque de representantes dos vários sectores relevantes na prestação de cuidados de saúde, elaborou um documento que esteve

na base da Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1995. As propostas resultantes desta iniciativa tiveram uma importância especial, uma vez que constituíram a base fundamental da actual Lei de saúde mental (Lei nº 36/98), bem como do Decreto-Lei nº 35/99 que a regulamenta.

A nova legislação, por um lado, estabeleceu os princípios que regulamentam o internamento compulsivo e a defesa dos direitos das pessoas com doença mental, e, por outro, definiu os princípios de organização dos serviços de saúde mental. Graças à nova legislação acabou-se com a prática inaceitável de internamentos compulsivos sem qualquer base legal, o que foi um progresso relevante. Ficou-se também com uma orientação legal sobre a organização de serviços de acordo com os princípios internacionalmente aceites nesta matéria. O problema, mais uma vez, no que se refere aos serviços, foi que à aprovação da Lei não se seguiu o indispensável processo de planeamento e implementação das reformas propostas.

Na sequência da aprovação da nova lei, contudo, registaram-se alguns desenvolvimentos importantes. O despacho conjunto nº 407/98, que regulamentou o apoio articulado do sector social e da saúde na prestação de cuidados continuados a pessoas com problemas de dependência por doença mental e a Portaria nº 348-A/98, que permitiu a criação de empresas sociais, tiveram um impacto significativo no desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial para pessoas com problemas de saúde mental. Os investimentos feitos ao abrigo do Programa Saúde XXI, por seu lado, permitiram promover melhorias de relevo nas instalações de alguns departamentos de psiquiatria e saúde mental.

Em 2004, a Direcção Geral de Saúde publicou a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental e promoveu a organização da segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, realizações que vieram chamar a atenção para a necessidade de se colocar a saúde mental na agenda de saúde pública em Portugal e de se implementarem as mudanças preconizadas pela Lei de saúde mental. De referir, finalmente, a inclusão da saúde mental no Plano Nacional de Saúde, nomeadamente nas áreas da depressão, problemas relacionados com o abuso de álcool e o *stress* pós-traumático.

3. SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

Neste ponto de análise da situação, procurou-se retratar de forma sucinta, através de quadros resumo, os diferentes tipos de recursos disponíveis - humanos, materiais e financeiros -, bem como a actividade resultante da sua utilização. Optámos por apresentar no corpo principal do documento uma selecção da informação trabalhada, referente ao ano 2005, constando em anexo informação mais detalhada dos anos 2004 e 2005 e respectivas variações.

Relativamente à informação sobre recursos humanos, caracterização de doentes internados e resultados financeiros dos Hospitais Psiquiátricos, optou-se por considerar a respeitante ao ano 2006.

3.1. Estruturas

Em Portugal, as estruturas de saúde mental mais significativas pertencem ou ao sector público ou ao sector social.

Do primeiro fazem parte seis hospitais psiquiátricos - um no Porto, três em Coimbra e dois em Lisboa - três Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, sediados igualmente naquelas três cidades, e 30 Serviços Locais de Saúde Mental, quatro dos quais sem internamento próprio, integrados em Hospitais Gerais e disseminados por todo o País, nomeadamente nas capitais de Distrito.

Com diferentes níveis de recursos, como adiante se explica com maior detalhe, estes últimos são hoje responsáveis pela maioria dos actos assistenciais e também pelo maior volume de recursos.

A sua distribuição pelas várias regiões consta do **MAPA 1**, podendo ver-se no **QUADRO 3**, o número de camas existentes nas várias regiões do país.

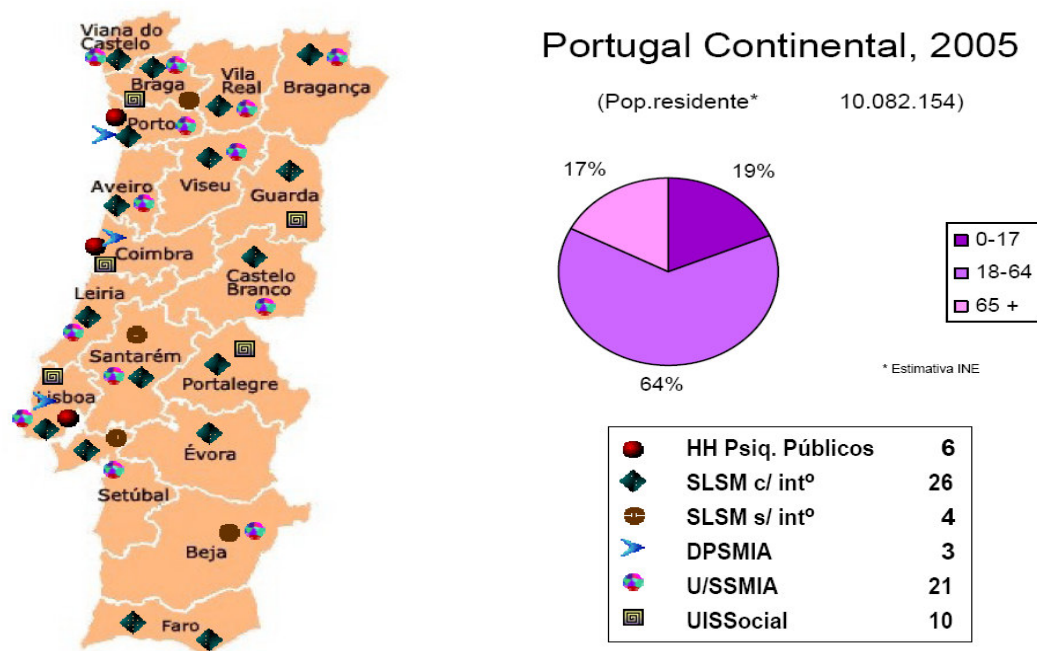
3.2. Recursos humanos

A consulta dos Planos de Desempenho dos hospitais para 2007, permitiu identificar claras assimetrias na distribuição dos recursos humanos especializados. (**QUADROS 4, 5 E 6**)

É notória a concentração de médicos psiquiatras nos distritos de Lisboa, Porto e Coimbra, com um rácio de psiquiatras por 25.000 habitantes de 2,0, 4,5 e 2,2, respectivamente, muito superiores à média nacional .

È igualmente clara a desigual distribuição destes especialistas entre hospitais psiquiátricos e hospitais gerais da RPSM, sendo a relação de 2,6 e 1,1 médicos por 25.000 habitantes, respectivamente.

MAPA 1



QUADRO 3

Recursos em camas de internamento	Público			Social *	TOTAL
	Agudos	Evol.Prol.	Total		
DISTRITO PORTO	283	47	330	352	682
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO NORTE	133	45	178	995	1.173
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	416	92	508	1.347	1.855
DISTRITO COIMBRA	224	532	756	355	1.111
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO CENTRO	183	50	233	165	398
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	407	582	989	520	1.509
DISTRITO LISBOA	413	584	997	1.333	2.330
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO LX E VALE DO TEJO	57	44	101	-	101
REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO	470	628	1.098	1.333	2.431
REGIÃO DO ALENTEJO	40	62	102	120	222
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	50	-	50	-	50
TOTAL CONTINENTE	1.383	1.364	2.747	3.320	6.067
TOTAL HHGERAIS DA RRPSM	755	255	1.010	-	1.010
TOTAL HH PSIQUIÁTRICOS PÚBLCOS	604	1.109	1.713	-	1.713
TOTAL HH ESPECIALIZADOS - PSIQ.INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	24	-	24	-	24
TOTAL SECTOR SOCIAL	-	-	-	3.320	3.320
TOTAL CONTINENTE	1.383	1.364	2.747	3.320	6.067

* Instituto das Irmãs Hospitalleiras do S C de Jesus, Instituto S João de Deus e H Conde Ferreira

Esta desigual distribuição é ainda reforçada pela importância que nos hospitais gerais assume o número de horas médicas (ordinárias+extraordinárias) afectas à cobertura do serviço de urgência, reduzindo assim significativamente a sua capacidade de resposta às necessidades assistenciais das populações.

QUADRO 4

Adultos	Medicos Psiquiatras					Horas afectas Urgencia	% Horas afectas Urgencia	POPULAÇÃO TOTAL *
	Quadro	Internos	Outros vinculos	Total Médicos	Total Horas			
DISTRITO DO PORTO	86	37	11	134	5.016	931	19%	1.781.836
OUTROS DISTRITOS DA REGIÃO NORTE	23	4	7	34	1.286	354	28%	1.454.253
TOTAL REGIÃO NORTE	109	41	18	168	6.302	1.285	20%	3.236.089
DISTRITO DE COIMBRA	56	27	3	86	3.357	1.144	34%	531.140
OUTROS DISTRITOS DA REGIÃO CENTRO	27	10	6	43	1.620	426	26%	1.866.014
TOTAL REGIÃO CENTRO	83	37	9	129	4.977	1.569	32%	2.397.154
DISTRITO DO LISBOA	114	50	21	185	6.615	1.667	25%	2.159.270
OUTROS DISTRITOS DA REGIÃO LVT	23	6	11	40	1.553	571	37%	1.245.835
TOTAL REGIÃO LVT	137	56	32	225	8.168	2.238	27%	3.405.105
TOTAL REGIÃO ALENTEJO	8	1	2	11	376	162	43%	435.777
TOTAL REGIÃO ALGARVE	7		2	9	355	193	54%	395.218
total RRPSM	344	135	63	542	20.178	5.447	27%	9.869.343
TOTAL OUTROS HOSPITAIS	6		8	14	313	12	4%	
TOTAL GERAL	350	135	71	556	20.491	5.459	27%	9.869.343
TOTAL HOSPITAIS GERAIS da RPSM	206	72	43	321	12.036	3.753	31%	7.646.725
TOTAL HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	138	63	20	221	8.142	1694	21%	2.222.618
TOTAL OUTROS HOSPITAIS	6		8	14	313	12	4%	
TOTAL GERAL	350	135	71	556	20.491	5.459	27%	9.869.343

No que se refere à cobertura psiquiátrica da populacional infantil e juvenil, idênticas conclusões poderão ser retiradas da leitura da informação do **QUADRO 5**:

Verifica-se uma concentração de médicos pedopsiquiatras nos hospitais especializados de Lisboa, Porto e Coimbra, com um rácio de 2 especialistas por 66.000 habitantes, enquanto que nos restantes hospitais esta relação não ultrapassa os 0,3.

A merecer particular atenção a total ausência de cobertura pedopsiquiátrica na região do Algarve e a existência de um único profissional em toda a região Alentejo.

Importa referir que a distribuição da população jovem até aos 18 anos é desigual, representando pouco mais de 17% na região Alentejo e perto de 22% na região Norte, segundo a estimativa do INE para 2005.

QUADRO 5

Crianças e jovens	Medicos Pedopsiquiatras					Horas afectas Urgencia	% Horas afectas Urgencia	POPULAÇÃO TOTAL
	Quadro	Internos	Outros vinculos	Total Médicos	Total Horas			
DISTRITO DO PORTO	17	14	6	37	1.498	0	0%	1.781.836
OUTROS DISTRITOS DA REGIÃO NORTE	3	0	2	5	189	7	4%	1.454.253
TOTAL REGIÃO NORTE	20	14	8	42	1.687	7	0%	3.236.089
DISTRITO DE COIMBRA	6	5	0	11	451	96	21%	531.140
OUTROS DISTRITOS DA REGIÃO CENTRO	2	0	0	2	77	23	30%	1.866.014
TOTAL REGIÃO CENTRO	8	5	0	13	528	119	23%	2.397.154
DISTRITO DO LISBOA	20	13	6	39	1.517	384	25%	2.159.270
OUTROS DISTRITOS DA REGIÃO LVT	5	0	3	8	311	68	22%	1.245.835
TOTAL REGIÃO LVT	25	13	9	47	1.828	452	25%	3.405.105
TOTAL REGIÃO ALENTEJO	1	0	0	1	42	0	0%	435.777
TOTAL REGIÃO ALGARVE	0	0	0	0	0	0		395.218
total RRPSM	54	32	17	103	4.085	578	14%	9.869.343
TOTAL OUTROS HOSPITAIS	0	0	0	0	0			
TOTAL GERAL	54	32	17	103	4.085	578	14%	9.869.343

Na impossibilidade de obtermos informação sobre outros técnicos de saúde mental, a nível dos hospitais gerais, não deixa, contudo, de ser importante referir que nos Hospitais Psiquiátricos existe:

- Enorme assimetria na distribuição, entre as três regiões, dos técnicos não médicos
- Disparidade na composição das equipas técnicas
- Forte correlação entre a dotação de enfermeiros e o número de camas, o que evidencia o predomínio da actividade do internamento no total da actividade assistencial

QUADRO 6

Recursos Humanos Outros técnicos	Enfermeiros	Psicólogos	Serviço Social	Outros Téc. Sup. Saúde	Terapeutas Ocupacionais
TOTAL REGIÃO NORTE	112	11	14	8	5
TOTAL REGIÃO CENTRO	227	9	13	9	3
TOTAL REGIÃO LVT	303	65	25	54	23
TOTAL HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	642	85	52	71	31

FONTE
Planos de Desempenho dos Hospitais para 2007

NOTA
Técnicos em tempo completo - 35 horas

3.3. Recursos financeiros

Independentemente da existência de deficiências no processo de afectação dos custos operacionais hospitalares às diferentes linhas de produção, torna-se evidente que o modelo de prestação de cuidados de saúde mental é claramente intra hospitalar, centrando a sua actividade no internamento.

No ano de 2005, da totalidade dos recursos financeiros utilizados na prestação de cuidados de saúde mental, cerca de 83% foram consumidos no internamento. Para o mesmo ano, os custos com o internamento hospitalar no SNS representaram, nos custos totais, cerca de 56%. (QUADRO 7)

QUADRO 7

un: euros

ano de 2005	Internamento	Hospital de Dia	Urgência	Consulta *	Custos Totais
Serviço Nacional de Saúde	2.447.934.878 56,0%	352.125.843 8,1%	734.175.399 16,8%	839.220.646 19,2%	4.373.456.766
Saúde mental **	190.126.934 82,9%	7.723.491 3,4%	1.245.575 0,5%	30.284.765 13,2%	229.380.764

Fonte

IGIF, Contabilidade Analítica dos Hospitais

Notas

** O INTERNAMENTO inclui custos com as Ordens Religiosas e Hospital Conde Ferreira.

Não inclui os Centros Regionais de Alcoologia do Norte, Centro e Sul.

O quadro seguinte permite-nos identificar os recursos financeiros consumidos nos diferentes grupos prestadores de cuidados de saúde mental. Os Hospitais Gerais, responsáveis por uma área geo-demográfica correspondente a 77% do total nacional, foram responsáveis por 55% do total dos custos com a saúde mental.

QUADRO 8

un: euros

ano de 2005	Internamento	Hospital de Dia	Urgência	Consulta *	Custos Totais
Saúde mental	190.126.934	7.723.491	1.245.575	30.284.765	229.380.764
Hospitais Gerais	102.180.213 53,7%	4.194.778 54,3%	1.245.575 100,0%	19.006.437 62,8%	126.627.003 55,2%
Hospitais Psiquiátricos **	54.124.400 28,5%	3.528.712 45,7%		11.278.328 37,2%	68.931.440 30,1%
Ordens Religiosas	30.315.084 15,9%				30.315.084 13,2%
Hospital Conde Ferreira	3.507.237 1,8%				3.507.237 1,5%

Fonte

IGIF, Contabilidade Analítica dos Hospitais

Nota

Não inclui os Centros Regionais de Alcoologia do Norte, Centro e Sul.

Tarefa importante seria calcular a parcela do financiamento do Serviço Nacional de Saúde atribuída à saúde mental. Tal missão revelou-se impossível de realizar com rigor, desde logo porque, contrariamente ao enquadramento legal dado pela Lei de Saúde Mental, os departamentos de psiquiatria e saúde mental dos hospitais gerais não estão organizados como centros de responsabilidade.

Ainda assim, conhecendo o financiamento dos hospitais psiquiátricos e os custos com o sector convencionado - Ordens Religiosas e Santa Casa da Misericórdia do Porto - e assumindo como pressuposto “grosseiro” que há uma relação directa entre volumes de financiamento e de custos, foi possível chegar a um valor que nos permite, a título indicativo, afirmar que o

financiamento público, directo, da saúde mental não deverá exceder os 3,5% do orçamento do SNS.

Portugal no contexto europeu situa-se no grupo de países que dedica menor esforço orçamental ao tratamento da doença mental (mais de metade destes países afectam uma percentagem do seu orçamento superior a 5%).

Considerando que a reorganização dos serviços de saúde mental se deverá traduzir em ganhos de eficiência interna e sinergias múltiplas, com tradução em poupanças financeiras, ainda assim pensamos que a dimensão das necessidades não satisfeitas pressionará, necessariamente, os orçamentos destes serviços.

3.4. Actividade assistencial

Neste ponto analisam-se os dados correspondentes à produção assistencial dos serviços públicos de psiquiatria e saúde mental durante o ano de 2005, encontrando-se em anexo mapas mais detalhados de 2004 e 2005 e respectivas variações.

O quadro resumo de actividade global mostra que:

- O total de utilizadores (168.369) dos serviços públicos de saúde mental situa-se em 1,7% da população continental, um valor indicativo de uma baixa acessibilidade ao sistema público de saúde. Do total de utilizadores dos serviços, 24% foram atendidos nos Hospitais Psiquiátricos.
- Em média, a cada utilizador foram prestadas cerca de 3 consultas/ano e menos de uma sessão em hospital de dia.
- A actividade do conjunto de Hospitais de Dia, incluindo as estruturas reabilitativas, no ano de 2005 (ver anexo hospital de dia 2005), traduziu-se em 4.972 doentes em sessões, dos quais 72% foram atendidos em serviços/departamentos dos Hospitais Gerais, correspondendo a 13 doentes por sessão, enquanto nos hospitais psiquiátricos a média de doentes por sessão, no mesmo período, foi de 56.

TOTAL HOSP GERAIS RPSM	7.646.725	118.838	332.162	1.677	0.676	7.306	82.360
TOTAL HOSP PSIQUIÁTRICOS	2.222.618	39.929	157.248	8.250	70.417	8.250	19.191
TOTAL HOSP ESPECIALIZADOS - PSIQ. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA		9.869.343	168.389	527.030	19.191	122.156	64.122
TOTAL OUTROS HOSPITAIS			1.677	7.306			
TOTAL GERAL		9.869.343	168.389	527.030	19.191	122.156	64.122

Aplicação informática SONHO.
HUC E H.STA. MARIA informação proveniente do próprio hospital e do plano de desempenho.

QUADRO 9

Actividade global	2005	POPULAÇÃO TOTAL	Doentes Total	Total Consultas	Total Internamentos	Total Sessões H Dia	Total Urgencias
DISTRITO PORTO		1.781.836	48.517	146.610	4.788	34.649	4.182
RENTANTES DISTRITOS DA REGIÃO NORTE		1.454.253	25.086	46.595	2.197	3.607	11.212
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE		3.236.089	73.603	193.205	6.985	38.256	15.394
DISTRITO COIMBRA		531.140	11.235	46.136	2.380	28.187	3.768
RENTANTES DISTRITOS DA REGIÃO CENTRO		1.866.014	18.125	51.110	2.842	6.744	9.828
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO		2.397.154	29.360	97.246	5.222	34.931	13.596
DISTRITO LISBOA		2.159.270	31.612	146.145	4.949	35.608	22.811
RENTANTES DISTRITOS DA REGIÃO LX E VALE DO TEJO		1.245.835	18.922	48.472	924	10.448	9.016
REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO		3.405.105	50.534	194.617	5.873	46.056	31.827
REGIÃO DO ALENTEJO		435.777	7.448	20.871	482	1.422	728
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE		395.218	5.767	13.785	629	1.491	2.550
TOTAL RPSM		9.869.343	166.712	519.724	19.191	122.156	64.095
TOTAL OUTROS HOSPITAIS			1.677	7.306			27
TOTAL GERAL		9.869.343	168.389	527.030	19.191	122.156	64.122
TOTAL HOSP GERAIS da RPSM		7.646.725	118.838	332.162	10.676	48.124	62.360
TOTAL HOSP PSIQUIÁTRICOS		2.222.618	39.929	157.248	8.250	70.417	19.191
TOTAL HOSP ESPECIALIZADOS - PSIQ. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA			9.869.343	168.389	527.030	19.191	122.156
TOTAL OUTROS HOSPITAIS			1.677	7.306			27
TOTAL GERAL		9.869.343	168.389	527.030	19.191	122.156	64.122

FONTE

INE Censo 2001

Aplicação informática SONHO.

C.PSIQ.R.ARNES e H.EIRIA informação proveniente da ARS Centro e plano de desempenho.

HUC E H.STA. MARIA informação proveniente do próprio hospital e do plano de desempenho.

HOSPITAL D. ESTEFÂNIA informação extraída do plano de desempenho.

HOSPITAL FERNANDO FONSECA informação proveniente do próprio hospital.

NOTA

(1) Total de doentes não inclui os HUC, H leiria, CPR Ames, H Sta Maria, H Amadora Sintra e H D estefânia

No **QUADRO 10** procura-se traduzir a actividade da consulta de psiquiatria de adultos, psiquiatria da infância e adolescência e de outros profissionais não médicos. As de adultos representam quase 80% do total e, destas, 71% são realizadas nos hospitais gerais.

A actividade de consulta externa, relacionada com o volume de horas de profissionais, pode fornecer-nos informação importante sobre a produtividade dos recursos humanos. Este exercício aplicado às consultas de psiquiatria quer de adultos, quer da infância e da adolescência, permite-nos identificar variabilidade significativa entre distritos e entre regiões.

QUADRO 10

CONSULTA EXTERNA - GLOBAL 2005	POPULAÇÃO TOTAL	Total de Consultas	Consultas Psiquiatria adultos	Consultas Pedopsiquiatria	Consultas Outras Especialidades	Consultas Outros Contactos
DISTRITO PORTO	1.781.836	146.610	113.092	21.971	536	11.011
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO NORTE	1.454.253	46.595	39.074	6.879	0	642
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	3.236.089	193.205	152.166	28.850	536	11.653
DISTRITO COIMBRA	531.140	46.136	40.088	3.096	0	2.952
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO CENTRO	1.866.014	51.110	43.668	3.637	0	3.805
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	2.397.154	97.246	83.756	6.733	0	6.757
DISTRITO LISBOA	2.159.270	146.145	107.150	17.382	2.912	37.474
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO LX E VALE DO TEJO	1.245.835	48.472	36.189	7.520	0	4.763
REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO	3.405.105	194.617	143.339	24.902	2.912	42.237
REGIÃO DO ALENTEJO	435.777	20.871	16.133	2.197	0	2.541
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	395.218	13.785	9.313	90	0	4.382
TOTAL RPSM	9.869.343	519.724	404.707	62.772	3.448	67.570
TOTAL OUTROS HOSPITAIS		7.306	4.725	763	0	1.818
TOTAL GERAL	9.869.343	527.030	409.432	63.535	3.448	69.388
TOTAL HOSP GERAIS do RPSM	7.646.725	332.163	290.693	34.266	0	25.977
TOTAL HOSP PSIQUIÁTRICOS	2.222.618	157.247	114.014		3.448	39.785
TOTAL HOSP ESPECIALIZADOS - PSIQ. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA		30.314		28.506		1.808
TOTAL OUTROS HOSPITAIS		7.306	4.725	763	0	1.818
TOTAL GERAL	9.869.343	527.030	409.432	63.535	3.448	69.388

FONTE

INE Censo 2001

Aplicação informática SONHO.

C.PSIQ.RARNES e H.EIRIA informação proveniente da ARS Centro e plano de desempenho.

HUC e H.STA. MARIA informação proveniente do próprio hospital e do plano de desempenho.

HOSPITAL D. ESTEFÂNIA informação extraída do plano de desempenho.

O rácio de primeiras consultas correlacionado com o número total de utilizadores, no mesmo período, parece-nos merecer atenção particular quando pretendemos “medir” níveis de acessibilidade e de cobertura.

A deficiente acessibilidade aos serviços de saúde mental, medida pela percentagem de atendimentos fora da área de influencia do respectivo hospital vem, no caso particular da consulta externa, mostrar que cerca de 50% dos atendimentos efectuados nos hospitais dos distritos de Coimbra e Lisboa são provenientes de outras áreas de influencia (**QUADRO 11**).

QUADRO 11

CONSULTA EXTERNA ADULTOS 2005	POPULAÇ. TOTAL	ACTIVIDADE			ÁREA DE INFLUÊNCIA	
		Total de Consultas	% das Primeiras Consultas	N.º Doentes em Consulta	% Doentes da Área	% Doentes Fora da Área
DISTRITO PORTO	1.781.836	113.092	11%	43.748	80%	20%
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO NORTE	1.454.253	39.074	18%	17.857	96%	4%
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	3.236.089	152.166	13%	61.605	84%	16%
DISTRITO COIMBRA	531.140	40.088	11%	7.507	32%	68%
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO CENTRO	1.866.014	43.668	12%	17.158	98%	2%
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	2.397.154	83.756	11%	24.665	66%	34%
DISTRITO LISBOA	2.159.270	107.150	8%	25.501	56%	44%
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO LX E VALE DO TEJO	1.245.835	36.189	10%	13.415	95%	5%
REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO	3.405.105	143.339	8%	38.916	67%	33%
REGIÃO DO ALENTEJO	435.777	16.133	9%	5.993	94%	6%
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	395.218	9.313	17%	4.226	98%	2%
TOTAL RPSM	9.869.343	404.707	11%	135.405	75%	25%
TOTAL OUTROS HOSPITAIS		4.725	16%	1.927		
TOTAL GERAL	9.869.343	409.432	11%	137.332	75%	25%
TOTAL HOSPITAIS GERAIS da RPSM	7.646.725	290.693	11%	96.046	92%	8%
TOTAL HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	2.222.618	114.014	9%	39.359	77%	23%
TOTAL OUTROS HOSPITAIS		4.725	16%	1.927		
TOTAL GERAL	9.869.343	409.432	11%	137.332	75%	25%

FONTE

INE Censo 2001
 Aplicação informática SONHO.
 C.PSQUI.R.ARNES e H.LEIRIA informação proveniente da ARS Centro e plano de desempenho.
 HUC e H.STA. MARIA informação proveniente do próprio hospital e do plano de desempenho.
 HOSPITAL D. ESTEFÂNIA informação extraída do plano de desempenho.
 HOSPITAL FERNANDO FONSECA informação proveniente do próprio hospital.

NOTA

(1) Total de doentes não inclui os HUC, H.Leiria, CPR Arnês, H Sta Maria, H Amadora Sintra e H D estefânia

A tabela com a actividade de internamento traduz uma melhor rentabilização da lotação nos hospitais gerais, com taxas de ocupação da ordem dos 80%. A demora média de internamento de doentes agudos, inferior nos hospitais psiquiátricos, é resultante da existência de uma unidade de doentes em trânsito no Hospital de Magalhães Lemos, com uma demora média de 4,3 dias e envolvendo 1003 doentes. A não consideração desta unidade traduz-se numa demora média nos hospitais psiquiátricos de 20,5 dias. (QUADRO 12)

QUADRO 12

INTERNAMENTO GERAL 2005	Doentes agudos				Doentes evol. prol.			Doentes transitados
	Lotação	Doentes Saldos	Demora Média (d.saldos)	Taxa de Ocupação	Lotação	Doentes Saldos	Taxa de Ocupação	
DISTRITO PORTO	283	4.779	15,1	69,7%	47	9	96,9%	196
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO NORTE	133	2.157	16,2	72,1%	45	40	95,8%	286
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	416	6.936	15,4	70,5%	92	49	96,4%	482
DISTRITO COIMBRA	224	2.297	23,3	65,4%	532	83	72,0%	363
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO CENTRO	183	2.830	19,3	81,9%	50	12	97,8%	102
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	407	5.127	21,1	72,8%	582	95	74,3%	465
DISTRITO LISBOA	413	5.264	20,0	70,0%	584	242	85,8%	714
RESTANTES DISTRITOS DA REGIÃO LX E VALE DO TEJO	57	916	20,0	88,0%	44	8	88,6%	101
REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO	470	6.180	20,0	72,2%	628	250	86,0%	815
REGIÃO DO ALENTEJO	40	470	21,1	67,8%	62	12	69,5%	73
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	50	629	27,5	94,8%	0	0		12
TOTAL RPSM	1.383	19.342	18,9	72,6%	1364	406	80,9%	1847
TOTAL OUTROS HOSPITAIS								
TOTAL GERAL	1.383	19.342	18,9	72,6%	1364	406	80,9%	1847
TOTAL HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	604	7.961	17,4	62,8%	1109	289	79,3%	692
TOTAL HOSP ESPECIALIZADOS - PSIQ. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	24	265	16,8	50,9%	0	0		1150
TOTAL HOSPITAIS GERAIS da RPSM	755	11.116	20,1	81,0%	255	117	88,0%	5
TOTAL OUTROS HOSPITAIS								
TOTAL GERAL	1.383	19.342	18,9	72,6%	1364	406	80,9%	1847

FONTE

Estatística do Movimento Assistencial de 2004, do IGIF
Aplicação informática SONHO.
Planhos de desempenho dos hospitais

No **QUADRO 13** apresenta-se o número de doentes internados nos Departamentos de Psiquiatria e Saúde mental dos Hospitais Gerais, nos Hospitais Psiquiátricos e nas Instituições do Sector Social convencionado, em 31 de Dezembro de 2006, por intervalos de duração de internamento. Verifica-se que, dos 4.585 doentes existentes naquela data, apenas 41,3% estavam internados no sector público, 74,6% tinham tempos de internamento superiores a 1 ano, valor que atingia 90,0% quando considerado apenas o sector convencionado

Estes números permitem estimar com algum rigor a dimensão das necessidades em camas de cuidados continuados para reconversão das respostas, previsão que deverá contemplar as situações, quer do sector público, quer do social.

QUADRO 13

DOENTES EXISTENTES (31 DEZEMBRO 2006)	TEMPOS DE INTERNAMENTO (dias)					TOTAL
	< 20	20 - 89	90 - 179	180 - 364	365 ou +	
	Número de doentes					
DISTRITO DO PORTO	90	68	6	16	53	233
REstantes DISTRITOS DA REGIÃO NORTE	63	15	2	6	192	278
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	153	83	8	22	245	511
DISTRITO DE COIMBRA	30	43	8	19	253	353
REstantes DISTRITOS DA REGIÃO CENTRO	75	32	0	0	3	110
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	105	75	8	19	256	463
DISTRITO DE LISBOA	126	91	37	41	415	710
REstantes DISTRITOS DA REGIÃO Lx VALE TEJO	36	17	1	1	44	99
REGIÃO DE SAÚDE DE Lx VALE TEJO	162	108	38	42	459	809
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	15	10	2	0	34	61
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	24	16	3	0	7	50
TOTAL RRPSM	459	292	59	83	1.001	1.894
HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	189	144	45	71	675	1.124
TOTAL HOSP ESPECIALIZADOS - PSIQ. INFANCIA E ADOLESCÊNCIA	5	8	1	0	1	15
HOSPITAIS GERAIS RRPSM	265	140	13	12	325	755
SECTOR SOCIAL CONVENCIONADO	62	86	51	71	2.421	2.691
TOTAL GERAL	521	378	110	154	3.422	4.585

FONTE:

Aplicação informática SONHO
H Conde Ferreira, Instituto S João de Deus e Instituto das Irmãs Hospitalteiras do S C Jesus

NOTA

Não inclui o H Fernando Fonseca, H Sta. Maria, C Psiq. R.Arnês, HUC e H Leiria

3.5. Componentes específicas

3.5.1. Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (AACAP) e a OMS-Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e esta proporção tende a aumentar (AACAP,1999). Destas, cerca de metade têm uma perturbação psiquiátrica.

Assim, para além dos que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitos têm problemas de saúde mental que podem ser considerados “subliminares” (não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica) mas estão também em sofrimento e beneficiariam de intervenções (WHO,2005).

Diversos estudos mostram que a maioria das crianças com perturbações psiquiátricas não recebe tratamento especializado (Angold et al.1998; Costello et al.1996; Zwaanswijk et al. 2003, citados em Remschmidt, 2004).

As perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência trazem grandes encargos à sociedade, quer em termos humanos quer financeiros. Muitas delas são recorrentes e crónicas e podem ser precursoras de perturbações muito incapacitantes na idade adulta (WHO,2001; WHO,2005).

Existem três razões para o desenvolvimento de intervenções eficazes para crianças e adolescentes (WHO,2005):

- 1) As perturbações mentais específicas ocorrem em certas fases do desenvolvimento da criança e do adolescente, pelo que programas e intervenções para tais perturbações podem ser direccionados para a fase na qual existe a maior probabilidade da sua ocorrência;
- 2) Considerando que há um grau elevado de continuidade entre as perturbações da infância e da adolescência e as da idade adulta, a intervenção precoce pode prevenir ou reduzir a probabilidade de incapacidade a longo prazo;
- 3) Intervenções eficazes reduzem o custo das perturbações de saúde mental para o indivíduo e sua família, reduzindo os custos para os sistemas de saúde e as comunidades.

O investimento na saúde mental das crianças e adolescentes é pois a acção com melhor relação custo/eficácia que pode ser tomada para contrariar o aumento contínuo dos problemas mentais em todos os grupos etários a que assistimos actualmente (Comissão Europeia,2004).

É fundamental reconhecer a saúde mental da criança e do adolescente como uma prioridade a nível nacional, no contexto da promoção da saúde global da população (DGS,2004). O diagnóstico precoce de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias terapêuticas deve transformar-se num objectivo fundamental do Plano Nacional de Saúde Mental.

Situação em Portugal

Problemas de saúde mental da infância e adolescência

Não existem em Portugal estudos epidemiológicos que forneçam dados relevantes para o planeamento de serviços de saúde mental nesta área. Foram realizados trabalhos sobre problemáticas específicas como o autismo, comportamentos de risco na adolescência, cuidados materno-infantis na primeira infância e idade pré-escolar, porém não são estudos suficientemente abrangentes para serem referidos neste âmbito.

No entanto, constatamos que se tem verificado nos últimos anos quer o aumento da frequência de certos problemas, quer um acréscimo da visibilidade social e mediática de outros, os quais, na sua globalidade, criam uma situação de alarme e de maior consciência social face a estes casos. São de referir, nomeadamente os maus tratos extremos, os abusos sexuais, a violência e as perturbações do comportamento em crianças cada vez mais novas, os comportamentos auto-agressivos, as depressões e os comportamentos aditivos (Simões Ferreira, 2006).

A exigência social de resposta a estas situações tem vindo a criar uma pressão crescente nos serviços de saúde mental infanto-juvenil, tornando imprescindível uma reavaliação das necessidades destes últimos.

Prestação de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância

Os serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência em Portugal incluem actualmente (dados de 2005):

- 3 Departamentos regionais (Lisboa, Porto, Coimbra), com actividades de consulta externa, hospital de dia, serviço de urgência e pedopsiquiatria de ligação. Apenas 2 deles (Lisboa e Porto) possuem unidades de internamento.
- 2 serviços em Hospitais Gerais (com actividades de consulta externa, hospital de dia e pedopsiquiatria de ligação)
- 19 Unidades em Serviços ou Departamentos de Hospitais Gerais (com actividades de consulta externa e pedopsiquiatria de ligação. Alguns dispõem de pequenas áreas de dia, funcionando em tempo parcial).

Em termos de Recursos Humanos (IGIF, 2006), o sector público conta com:

- 109 médicos, dos quais:
 - o 60 Especialistas do quadro
 - o 14 especialistas com outros vínculos
 - o 35 Internos da especialidade
- 40 Psicólogos
- 44 Enfermeiros
- 20 Técnicos do Serviço Social
- 11 Terapeutas Ocupacionais
- 12 Terapeutas da Fala
- 8 Educadores

- 5 Professores do Ensino Especial

A prestação de serviços inclui:

- Consulta Externa: 56.984 consultas médicas (cerca de 15% são 1^{as} consultas)
- Hospital de Dia: 120 doentes (3.615 sessões)
- Internamento: 24 camas; 271 doentes internados
- Urgência: 1423 doentes atendidos; 1735 atendimentos realizados

De sublinhar que as intervenções de promoção da saúde mental e prevenção não têm sido implementadas de uma forma organizada e continuada.

Em relação à reabilitação não existem unidades residenciais para crianças e adolescentes com perturbações mentais. Existem apenas instituições de reabilitação psicopedagógica para crianças e adolescentes com deficiência mental, algumas delas com camas de internamento.

Não é possível estimar os recursos financeiros atribuídos, uma vez que estes não estão especificados nos orçamentos dos Hospitais gerais.

Resumo da situação actual

Apesar de nos últimos anos se ter verificado um assinalável desenvolvimento dos serviços de saúde mental da infância e adolescência, estes continuam a ser insuficientes para dar resposta às necessidades das populações que têm a seu cargo. Tal deve-se à incompleta cobertura do território português pelos serviços existentes (existem ainda múltiplos distritos e unidades hospitalares que não dispõem de serviços de saúde mental infantil e juvenil) e ao baixo número e à limitada diversidade profissional dos técnicos que os constituem.

Esta situação é particularmente grave nas regiões centro e sul do país, onde não existem unidades de psiquiatria da infância e da adolescência em vários hospitais distritais (Castelo Branco, Guarda, Portalegre, Évora, Faro, Portimão). Mesmo nos distritos onde foram criadas pequenas unidades hospitalares de psiquiatria da infância e adolescência a falta de estruturas e recursos humanos nos cuidados de saúde primários dificulta o acesso a uma prestação de cuidados de saúde mental infantil e juvenil adequada e com continuidade.

Existem apenas:

- 4 hospitais de dia a nível nacional
- pequenas áreas de dia em alguns hospitais
- 2 unidades de internamento (e 3 camas de internamento em Serviços de Psiquiatria de adultos)

Estes serviços funcionam de forma precária, abrangendo apenas um número limitado de crianças/adolescentes.

Não existem unidades residenciais para crianças e adolescentes com perturbações mentais graves e crónicas, impossíveis de gerir e tratar em ambulatório e sem indicação para internamento em unidades para doentes com patologia aguda.

Muitos destes casos são integrados em instituições de cariz sócio-pedagógico que não possuem um *setting* terapêutico necessário à contenção destas situações, colocando-se a si próprios e aos outros em situação de risco.

O número de psiquiatras da infância e adolescência e de outros técnicos de saúde mental encontra-se claramente abaixo do rácio preconizado pela Direcção-Geral da Saúde (DGS, 1995). Em 2006 existiam no sector público 74 Psiquiatras da Infância e Adolescência, alcançando, deste modo e apenas, um rácio de 0,74/100.000 habitantes. De acordo com os rácios acima referidos teriam que existir 150 Psiquiatras da Infância e Adolescência no sector público. No entanto, estes números estão desactualizados face às necessidades actuais das populações, uma vez que os problemas e as perturbações mentais têm vindo a aumentar (Comissão Europeia, 2004). Os rácios actualmente aconselhados em outros países europeus são muito superiores.

A multidisciplinaridade dos serviços/unidades preconizada pelo Decreto-Lei 35/99 não se verifica em muitos dos serviços existentes actualmente.

As intervenções de **promoção da saúde mental e prevenção** são poucas e os programas de prevenção validados internacionalmente são quase inexistentes.

Os dados estatísticos disponíveis são incompletos e frequentemente incorrectos, não reflectindo a realidade do trabalho realizado devido a falhas graves na informatização dos serviços. Muitas intervenções terapêuticas e de articulação com a comunidade não são contabilizadas nem facturadas, com reflexos negativos nomeadamente ao nível dos orçamentos atribuídos à saúde mental da infância e da adolescência.

A nível da formação verifica-se que:

- Nos internatos das especialidades de Pediatria e de Clínica Geral e Medicina Familiar não há uma formação organizada nesta área.
- A formação na área da saúde mental infantil e juvenil no ensino pré e pós graduado de profissionais de saúde, educação, serviços sociais, direito, entre outros, é insuficiente
- Os incentivos à formação contínua dos técnicos dos serviços especializados não existem.

Embora seja reconhecida como uma área de grande importância, face à escassez de recursos materiais e humanos, a investigação não tem sido investida de forma consistente.

A situação actual caracteriza-se também por alguns aspectos positivos e por algumas oportunidades que importam realçar.

Os primeiros incluem:

- A existência de uma especialidade autónoma de Psiquiatria da Infância e Adolescência, com internato médico hospitalar desde 1983.
- A existência de legislação e normas orientadoras favoráveis, nomeadamente o Decreto-Lei 35/99, a Circular Normativa nº 6/DSPSM, da Direcção Geral de Saúde, de 17/06/2005, a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção Geral da Saúde (DGS, 2004).
- A existência de um modelo organizacional estruturado dos serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência a nível nacional, com equipas multidisciplinares, nas quais se privilegia uma abordagem global e integrada da criança.

- As famílias de crianças com doença/deficiência mental têm desenvolvido esforços para se organizarem em associações, promotoras da criação de novos recursos, podendo constituir também grupos de pressão para a defesa dos direitos destas crianças e adolescentes.

As oportunidades actuais incluem:

- A ratificação por Portugal da Convenção dos Direitos da Criança em 21 de Outubro de 1990, colocando a criança como uma prioridade em todas as políticas nacionais.
- Possibilidade de elaborar este Plano de Saúde Mental.
- Acréscimo da visibilidade social e mediática de certas problemáticas, como os abusos sexuais institucionais e a violência nos meios familiar e escolar.

3.5.2. Actividades das Organizações não governamentais (ONG's)

A reflexão sobre a mudança de paradigma do hospital para a comunidade revela que foram introduzidas mudanças de longo alcance em vários países, no sentido da desinstitucionalização, do desenvolvimento da reabilitação e da criação de alternativas na comunidade. Mas o desenvolvimento da reabilitação comunitária ainda enfrenta muitos problemas operacionais que se devem ao facto de não haver políticas claras e efectivas, assim como à falta de preparação dos profissionais para aceitar as mudanças dos seus papéis.

Em Portugal existe uma grande carência de respostas comunitárias adequadas que mantém a sobrecarga nas famílias que prestam apoio informal, às vezes durante a vida inteira. Até agora não se concretizou ainda uma política eficaz de desinstitucionalização, enquanto internacionalmente se evoluiu para alternativas na comunidade, quer em termos residenciais quer profissionais e sociais, que promovem a autonomia e a integração social.

No entanto, mesmo neste cenário de indefinição de políticas, deram-se passos muito importantes com a criação de serviços de reabilitação na comunidade desenvolvidos pelas ONG/IPSS, e com a articulação entre o Ministério da Saúde e a Segurança Social através do Despacho Conjunto 407/98, que permitiu o financiamento das Unidades de Vida e dos Fóruns Sócio-ocupacionais. Na área da reabilitação profissional, desde o início dos anos 90, com a cooperação dos fundos comunitários e do Instituto de Emprego e Formação Profissional, surgiram projectos de formação profissional, emprego protegido, emprego apoiado e empresas de inserção que abriram definitivamente as portas para a reabilitação profissional das pessoas com doenças mentais.

PAPEL DAS ONG NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

No contexto duma política integrada e transversal para a reabilitação e integração social das pessoas com doenças mentais, é determinante o papel da sociedade civil em cooperação com o Estado, contando com a participação das pessoas com doenças mentais e das suas famílias ou representantes na definição e desenvolvimento das políticas que se devem constituir como uma prioridade, assumindo, nesta perspectiva, as organizações não governamentais um papel relevante na defesa dos seus direitos.

Nas últimas décadas a reabilitação psiquiátrica em Portugal teve um desenvolvimento extraordinário, graças à iniciativa e empenhamento das ONG e dos profissionais de saúde mental que tiveram a percepção da necessidade urgente de investir nesta área. O desenvolvimento de novas estruturas deveu-se por um lado a um movimento emergente em vários grupos profissionais, e também de utentes e famílias, deram origem à criação de associações com estatuto de IPSS, em contraponto com o reduzido investimento do Estado neste campo.

Algumas destas organizações estão mais vocacionadas para a prestação de serviços, outras mais dirigidas à defesa de direitos, advocacia social e luta contra o estigma. Os Institutos das Ordens Religiosas, que já tinham um papel extremamente relevante no tratamento de doentes mentais no nosso país, também alargaram o seu campo de acção para incluir a reabilitação psicossocial, tanto na vertente profissional como na residencial. Devido ao seu carácter específico, a actividade destas IPSS será analisada noutro capítulo.

Foi certamente decisiva a influência do movimento da reabilitação noutros países, nomeadamente através das trocas de experiências proporcionadas pela Iniciativa Comunitária “Horizon”, no início da década de 90. No final desta década deu-se um novo passo com o aparecimento de Federações, que revela já uma notável capacidade de organização e articulação das ONG entre si, e que têm tido um papel importante na representação dos interesses das suas associadas e na participação em vários órgãos consultivos no campo da saúde mental, concretizando assim o que a Lei de Saúde Mental e a Lei de Bases da Reabilitação prevêem como forma de envolvimento nas políticas de utentes, famílias e profissionais.

Esta representação das ONG é da maior importância pois constitui uma forma de participação que permite influir nas instâncias decisórias no sentido de adequar cada vez mais os planos, os programas e as medidas na área da Reabilitação Psicossocial às necessidades reais das pessoas que têm problemas de saúde mental e corporiza também um exercício da cidadania que leva ao aumento do poder de intervenção da sociedade civil nas questões da saúde mental no nosso país.

Em Portugal, a participação dos utentes e familiares neste movimento associativo foi mais tardia e menos intensa do que a dos profissionais, mas a demonstração do aumento do espírito participativo nos últimos 5 anos bem como a organização das IPSS em Federações como forma de representação dos seus interesses nas políticas e no planeamento dos serviços representa um aspecto, desde já, muito positivo. Esta participação traduz-se na presença de representantes das IPSS, dos utentes e dos familiares em diversos órgãos consultivos, nomeadamente no Conselho Nacional de Saúde Mental e na Comissão Conselho Nacional de Saúde Mental, Comissão Permanente de Acompanhamento das ONG da saúde mental do SNRIPD.

A reabilitação é uma das fases do *continuum* de serviços necessários para que as pessoas com perturbações mentais possam, não só ultrapassar os sintomas patológicos, como também recuperar a sua dignidade e alcançar um nível de funcionamento que lhes permita participar na comunidade onde vivem. O objectivo deste processo, numa perspectiva holística, consiste em proporcionar uma resposta às necessidades globais da pessoa, quer no aspecto físico e

psicológico, como familiar, profissional, educacional, económico e cultural, de modo a favorecer o máximo de autonomia e integração social.

As ONG/IPSS têm desenvolvido serviços que dão resposta a estas necessidades, promovem a participação dos utentes na comunidade e concretizam o que está previsto na Lei 36/98, que afirma que a reabilitação psicossocial deve ser assegurada em estruturas residenciais, centros de dia, unidades de inserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao seu grau de autonomia.

Os serviços mais frequentemente desenvolvidos pelas ONG/IPSS são:

- Apoio residencial e ocupacional
- Formação profissional
- Empresas de inserção
- Grupos de ajuda mútua
- Centros comunitários
- Emprego apoiado e emprego protegido

SITUAÇÃO ACTUAL DA INTERVENÇÃO DAS ONG/IPSS

O questionário WHO-AIMS da OMS foi objecto de uma adaptação à realidade das ONG em Portugal, feita por um grupo de trabalho desta Comissão, com a colaboração de um representante da FNERDM e de um representante da FNAFSAM, e foi enviado a 62 organizações para recolha de dados acerca das suas características e formas de intervenção, do ponto de vista do prestador de serviços.

Deste universo responderam 38 organizações, o que significa uma percentagem de 61% de respostas. Neste momento foram tratados apenas os dados referentes aos itens mais significativos dada a extensão da informação recolhida. Em tempo oportuno poderá ser feita uma análise mais completa desta informação.

A análise das respostas revela em primeiro lugar um extraordinário incremento da criação destas organizações a partir do início da década de 90, a maioria com estatuto de IPSS, e apenas duas Federações, verificando-se a sua concentração na região de Lisboa e Vale do Tejo, com 25 ONG nesta região, 7 na região Norte, 4 na região Centro e apenas 1 no Alentejo e 1 no Algarve.

QUADRO 14 - Distribuição por região

REGIÕES	NÚMERO DE ORGANIZAÇÕES	%
NORTE	7	18,4%
CENTRO	4	10,5%
LISBOA E VALE DO TEJO	25	65,7%
ALENTEJO	1	2,6%
ALGARVE	1	2,6%

O tipo de organização predominante é mista ou constituída apenas por profissionais. São minoritárias as organizações exclusivamente compostas por utentes e familiares.

QUADRO 15 - Distribuição por tipologia

TIPO DE ORGANIZAÇÃO	NÚMERO DE ORGANIZAÇÕES	%
DE UTENTES	1	2,6%
DE FAMÍLIAS	5	13%
DE PROFISSIONAIS	11	28,9%
MISTA	20	52,6%

O financiamento da actividade destas ONG/IPSS é fundamentalmente assegurado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e por fundos próprios das organizações, como quotas de sócios e angariação de fundos. O Ministério da Saúde financia apenas 5 das organizações que responderam ao nosso inquérito.

QUADRO 16 - Origem dos recursos financeiros

RECURSOS FINANCEIROS	NÚMERO DE ORGANIZAÇÕES	%
PRÓPRIOS	36	94,7%
MTSSOCIAL	27	71%
MSAÚDE	5	13%

As actividades de carácter geral desenvolvidas são as referidas como a participação ao nível político, a defesa dos direitos, a representação dos interesses dos associados e a sensibilização da comunidade e de cooperação com outros sectores.

QUADRO 17 - Actividades desenvolvidas

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ORGANIZAÇÕES	%
ENVOLVIMENTO NAS POLÍTICAS	16	42%
DEFESA DOS DIREITOS	29	76%
REPRESENTAÇÃO DE INTERESSES	28	73,6%
SENSIBILIZAÇÃO/DIVULGAÇÃO	26	68,4%
COOPERAÇÃO/PARCEIRIAS	30	78%

É interessante verificar que o trabalho em rede e parceria com outros serviços e grupos da comunidade tem uma grande relevância, visto que 78% das organizações referiram utilizar esta metodologia. A defesa dos direitos e a representação dos interesses dos associados está presente em grande percentagem das respostas. As actividades de divulgação e sensibilização da sociedade têm uma boa expressão numérica mas muito poucos dos inquiridos referem a designação ou o grupo-alvo das campanhas. Estas actividades não são financiadas por nenhum fundo estatal, o que quer dizer que são desenvolvidas através dos recursos próprios das organizações.

Além destas actividades de carácter social em geral, as ONG/IPSS desenvolvem um conjunto de intervenções de natureza psicossocial estritamente dirigidas aos utentes e às famílias.

QUADRO 18 - Intervenções psicossociais

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS	NÚMERO DE ORGANIZAÇÕES	%
APOIO SOCIAL	22	57,8%
ACONSELHAMENTO/APOIO INDIV.	25	65,7%
GRUPOS DE FAMÍLIAS	19	50%
GRUPOS PSICOEDUCACIONAIS	15	39,4%
REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	14	36,8%
APOIO NA PROCURA DE EMPREGO	22	57,8%
ACOMP. PÓS-COLOCAÇÃO	17	44,7%
EMPREGO PROTEGIDO	4	10,5%
EMPREGO APOIADO	6	15,7%
EMPRESA DE INSERÇÃO	5	13%
ORIENTAÇÃO VOCACIONAL	6	15,7%
APOIO EDUCACIONAL	7	18,4%
TREINO DE COMPETÊNCIAS	22	57,8%
APOIO DOMICILIÁRIO	8	21%
ACTIVIDADES OCUPACIONAIS	27	71%
TREINO GESTÃO MEDICAÇÃO	19	50%
TREINO GESTÃO DINHEIRO	19	50%
LINHA S.O.S.	5	13%
APOIO JURÍDICO	7	18,4%
GRUPOS DE AJUDA MÚTUA	14	36,8%

O início da colaboração do IEFP com a área da saúde mental nos anos 90, financiando os programas de formação profissional, emprego protegido, empresas de inserção e emprego apoiado, desenvolvidos pelas IPSS, contribuiu para a predominância destas intervenções no seu conjunto (76% das respostas).

Outras intervenções surgem bastante representadas, como o apoio social, aconselhamento e apoio individualizado, grupos de famílias, apoio na procura de emprego, treino de competências sociais e actividades ocupacionais e de lazer. As menos representadas são o apoio jurídico, as linhas de apoio S.O.S., as empresas de inserção, o emprego protegido, o emprego apoiado e o apoio domiciliário.

A partir de 1998, surgem novas estruturas como as Unidades de Vida (12 estruturas) e os Fóruns Sócio-ocupacionais (14 estruturas) devido à possibilidade de financiamento através do Despacho Conjunto 407/98. O número de lugares existentes nestas estruturas, de acordo com as respostas a este inquérito, são os seguintes:

QUADRO 19 - LUGARES EM ESTRUTURAS NA COMUNIDADE

TIPO DE ESTRUTURA	LUGARES	LISTA DE ESPERA
UNIDADE DE VIDA APOIADA	48	66
UNIDADE DE VIDA PROTEGIDA	92	135
UNIDADE DE VIDA AUTÓNOMA	14	-
FORUM SOCIO-OCUPACIONAL	469	56

O número de utentes em lista de espera é significativo, nomeadamente para as Unidades de Vida Protegida, o que significa que os lugares existentes não cobrem as necessidades. Dos 66 utentes em lista de espera para Unidades de Vida Apoiada, 56 são da região do Algarve, o que, como hipótese, se relaciona com a intenção de desinstitucionalizar doentes de evolução prolongada do Departamento de Saúde Mental do Hospital de Faro. A ser verdadeira esta interpretação é curioso não se encontrar a mesma necessidade nas outras regiões.

Os recursos humanos mais frequentemente utilizados pelas ONG/IPSS são os voluntários (118 voluntários), os formadores (111), os ajudantes de lar (74) e os psicólogos (63). Os outros grupos profissionais estão distribuídos em percentagens mais pequenas e é de notar que existe uma colaboração dos Serviços de Saúde Mental que assegura 94 profissionais em tempos parciais diversos. Este dado demonstra que existe uma efectiva articulação entre boa parte das ONG/IPSS e os Serviços Locais de Saúde Mental, embora possa indiciar alguma dependência das organizações em termos de recursos humanos face aos serviços do Estado.

QUADRO 20 - RECURSOS HUMANOS

GRUPOS PROFISSIONAIS	DAS ORGANIZAÇÕES	COLABORAÇÃO SERVIÇOS SAÚDE MENTAL
PSIQUIATRAS	14	
ENFERMEIROS	4	
PSICÓLOGOS	63	
ASSISTENTES SOCIAIS	27	
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS	12	
TÉCNICOS POLÍTICA SOCIAL	6	
ANIMADORES SOCIAIS	15	
PSICOPEDAGOGOS	18	
SOCIÓLOGOS	5	
VOLUNTÁRIOS	118	
AJUDANTES DE LAR	74	
FORMADORES	111	
OUTROS	80	
TOTAL	547	94

Uma grande percentagem de organizações promove formação dos seus recursos humanos, e faz monitorização do trabalho realizado, mas apenas uma pequena parte está envolvida em projectos de investigação.

QUADRO 21 - FORMAÇÃO, MONITORIZAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

	NÚMERO DE ORGANIZAÇÕES	PERCENTAGEM DO TOTAL DE ORGANIZAÇÕES
FORMAÇÃO	30	78%
MONITORIZAÇÃO	27	71%
INVESTIGAÇÃO	13	34%

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DAS ESTRUTURAS FINANCIADAS PELO DESPACHO CONJUNTO 407/98***Estruturas**

Como já foi referido as respostas de prevenção terciária/cuidados comunitários em saúde mental foram criadas através do Despacho Conjunto 407/98, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Segurança Social. Neste contexto, implementaram-se as seguintes respostas de reabilitação:

- Reabilitação sócio - ocupacional: fórum sócio ocupacional;
- Reabilitação residencial: unidades de vida apoiada, protegida e autónoma;
- Grupos de ajuda-mútua.

Em Portugal Continental foram criados, até ao ano de 2001, 44 programas e 754 lugares, o que foi alargado em 2006 para 54 programas e 992 lugares, conforme se assinala no quadro 22. Estes Programas são todos financiados pelo Estado, através de um protocolo escrito entre o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, da Saúde e Instituições Particulares de Solidariedade Social, onde se definem obrigações e direitos de cada sector.

* Para uma análise mais detalhada destes dados consultar os Anexos

QUADRO 22

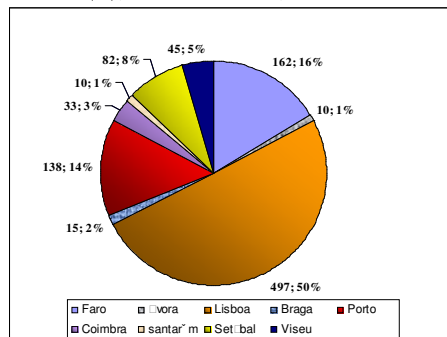
DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ESTRUTURAS E LUGARES EXISTENTES EM IPSS QUE DESENVOLVEM RESPOSTAS SOCIAIS, POR DISTRITO, EM 2006

DISTRITOS	TIPO DE ESTRUTURAS	NÚMERO DE PROGRAMAS	NÚMERO DE LUGARES POR DISTRITO	TOTAL DE LUGARES POR DISTRITO
BRAGA	Fórum Sócio-Ocupacional	1	15	15
COIMBRA	Unidade de Vida Apoiada	2	18	33
	Fórum Sócio-Ocupacional	2	15	
ÉVORA	Fórum Sócio-Ocupacional	1	10	10
FARO	Unidade de Vida Apoiada	2	40	162
	Fórum Sócio-Ocupacional	3	122	
LISBOA	Unidade de Vida Apoiada	3	36	497
	Unidade de Vida Protegida	10	69	
	Unidade de Vida Autónoma	3	21	
	Fórum Sócio-Ocupacional	10	260	
	Grupo de Ajuda Mútua	3	111	
PORTO	Unidade de Vida Protegida	2	16	138
	Unidade de Vida Autónoma	1	5	
	Fórum Sócio-Ocupacional	2	67	
	Grupo de Ajuda Mútua	1	50	
SANTARÉM	Fórum Sócio-Ocupacional	1	10	10
SETÚBAL	Unidade de Vida Protegida	2	14	82
	Unidade de Vida Autónoma	1	3	
	Fórum Sócio-Ocupacional	3	65	
UISEU	Fórum Sócio-Ocupacional	1	45	45
Total Nacional		54		992

Fonte: ISS, IP (2006)

GRÁFICO 1

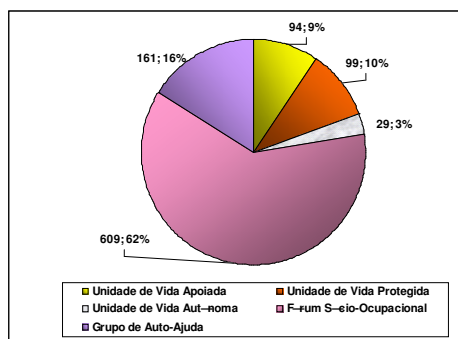
DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE LUGARES EM ONG QUE DESENVOLVEM CUIDADOS COMUNITÁRIOS (%), POR DISTRITO, EM 2006



Como se observa, o Distrito de Lisboa é o que aderiu mais à implementação de respostas reabilitativas. Foram criadas, até ao final do ano de 2006, 497 lugares ao nível deste Distrito. Os distritos mais carenciados são os de Coimbra, Santarém, Viseu e Évora.

GRÁFICO 2

**DISTRIBUIÇÃO DA TIPOLOGIA DOS PROGRAMAS DESENVOLVIDOS POR ONG
(%), POR DISTRITO EM 2006**



O programa mais implementado no País é o Fórum Sócio-Ocupacional, seguido do grupo de Ajuda-Mútua. O programa que teve menos adesão foi o da Unidade de Vida Autónoma. Verifica-se que existem, ao nível do país, 222 lugares em Unidades de Vida, distribuídos da seguinte forma: Unidades de Vida Apoiada - 94 lugares; Unidades de Vida Protegida - 99 lugares e Unidades de Vida Autónoma 29 lugares. O número médio de pessoas por residência é de 6, ao nível do país.

Recursos humanos

Na avaliação efectuada na Região de Lisboa e Vale do Tejo em 2001 verificou-se que nos 29 programas existentes (que abrangeram 473 clientes) a maioria do pessoal contratado era pessoal técnico (59%), 24% era pessoal não técnico e 17% pessoal de saúde que prestava cuidados a estas pessoas.

A formação académica dos técnicos que trabalhavam com os utilizadores destes programas era na sua maioria constituída por psicólogos (36%), seguindo-se-lhe os técnicos da área social (30%), os assistentes sociais (12%) e, por último, os médicos e enfermeiros (10% em cada) para além de 2% de outros profissionais.

Importa, ainda, referir que no Distrito de Lisboa a maior parte das IPSS dispõe de pessoal técnico durante as 24 horas do dia nas Unidades de Vida Apoiada e Protegida alegando, porém, a ausência de formação específica do seu pessoal auxiliar para poder prestar serviço capaz durante as mesmas horas (esta situação encarece a resposta).

As orientações apontam para programas com a finalidade da autonomização dos utentes que são treinados para desenvolverem um conjunto de competências a vários níveis: preparação e confecção de alimentos, gestão do dinheiro, gestão de medicamentos, gestão do tempo, utilização de transportes públicos, entre outros. Assim, os trabalhadores não técnicos deveriam ser constituídos por monitores treinados para dar apoio aos utentes nas actividades da vida diária não existindo, contudo, em Portugal pessoas com esta formação. Dentro destas as que mais se aproximavam em perícias e competências seriam os terapeutas ocupacionais mas, como apontado pelas próprias IPSS, a dificuldade na sua contratação deriva da actual escassez deste tipo de profissionais no mercado de emprego.

Financiamento

Actualmente, as várias estruturas existentes são comparticipadas financeiramente, para o investimento e funcionamento, pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, cabendo ao ministério da Saúde, através das suas estruturas locais, assegurar os cuidados de saúde, designadamente os do foro Médico e de Enfermagem. Por outro lado, foram fixadas as verbas de referência necessárias para o funcionamento das actividades de apoio social, a saber:

QUADRO 23

TIPO DE ESTRUTURA E VALOR DE REFERÊNCIA DA COMPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DA SEGURANÇA SOCIAL EM 2006

Tipo de Estrutura	Comparticipação Financeira Máxima
Unidade de Vida Apoiada	443,70€/Utente/Mês
Unidade de Vida Protegida	579,09€/Utente/Mês
Unidade de Vida Autónoma	142,74€/Utente/Mês
Fórum - Sócio-Ocupacional	315,35€/Utente/Mês

4. SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL: RESUMO CRÍTICO

Os dados sobre a prevalência dos problemas de saúde mental em Portugal são escassos. No entanto, os dados existentes sugerem que esta provavelmente não se afastará muito da encontrada em países europeus com características semelhantes, embora os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres, idosos) pareçam apresentar um risco mais elevado que no resto da Europa.

A análise do sistema de saúde mental em Portugal mostra alguns aspectos positivos na evolução dos cuidados de saúde mental nas últimas décadas. Entre estes, destaca-se a legislação de saúde mental. Portugal foi um dos primeiros países europeus a adoptar uma lei nacional de acordo com os princípios da sectorização e da descentralização de cuidados. A lei de saúde mental de 1963, uma lei inequivocamente progressiva para a época, permitiu a criação de centros de saúde mental em todos os distritos e contribuiu para o aparecimento de vários movimentos importantes no país. Entre estes, cumpre destacar o movimento da psiquiatria social que levou às primeiras experiências de saída das equipas dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, o movimento de ligação aos cuidados primários, que teve em Portugal um desenvolvimento muito significativo, e, mais recentemente, a criação de serviços e programas integrados na comunidade para doentes mentais graves. Todos estes desenvolvimentos representaram avanços importantes para a qualidade dos cuidados de saúde mental em Portugal, representando um capital indiscutivelmente valioso para o futuro.

A nova legislação de saúde mental, aprovada nos anos 90 (a Lei nº 36/98 e o Decreto Lei nº 35/99) reforçou este capital. Trata-se de uma legislação concordante, no essencial, com os princípios actualmente recomendados pelos organismos internacionais preocupados com a organização dos serviços e com a defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental. É indiscutivelmente uma boa lei, cujo único problema é nunca ter sido implementada de uma forma organizada.

A criação de serviços descentralizados - primeiro, através dos centros de saúde mental, e mais tarde através dos novos departamentos de psiquiatria e saúde mental nos hospitais gerais - foi um outro desenvolvimento com um impacto muito positivo para a melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados. Apesar das fragilidades que adiante abordaremos estes novos serviços, ao permitirem respostas muito mais próximas das populações e uma articulação muito maior com centros de saúde e agências da comunidade, representaram um progresso enorme na prestação de cuidados de saúde mental para muitas populações no país. O processo de criação de novos serviços tem sido um processo atribulado, com avanços, paragens e recuos. Devido a estas vicissitudes, a cobertura do território nacional por estes serviços ainda é muito incompleta, mas comparando a situação actual com a situação há 30 anos, verifica-se que se deram passos importantes.

Um outro aspecto positivo foi o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial, criados a partir do final dos anos 90, ao abrigo do Programa *Horizon* da CE, do Despacho 407/98 e da legislação de apoio ao emprego. Embora com um âmbito limitado, estes programas representaram uma ruptura significativa com a situação anterior, na qual estruturas como residências na comunidade e empresas sociais para doentes mentais graves eram totalmente inexistentes em Portugal.

Apesar destes aspectos inegavelmente positivos a falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria dos serviços de saúde mental levaram a que Portugal se tenha atrasado significativamente neste campo em relação a outros países europeus (Kovess, 2005).

Os dados existentes e a análise dos resultados dos estudos incluídos neste relatório não deixam margem para dúvidas: os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves, a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados. Com efeito:

- O número de pessoas em contacto com os serviços públicos (168.389 pessoas em 2005) mostra que apenas uma pequena parte das que têm problemas de saúde mental têm acesso aos serviços públicos especializados de saúde mental. Mesmo assumindo que apenas as pessoas com doenças mentais de alguma gravidade procuram os serviços de saúde mental - o que consideramos e sabemos não corresponder à verdade -, o número de contactos (1,7% da população) é ainda assim extremamente baixo em relação ao que seria de esperar (pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano).
- A maior parte dos recursos continua concentrada em Lisboa, Porto e Coimbra. Serviços criados em vários pontos do país, com excelentes instalações, funcionam apenas parcialmente e, nalguns casos, têm unidades por abrir, por não ter sido possível fixar profissionais, que se têm acumulado nos hospitais dos grandes centros.
- A distribuição de psiquiatras entre hospitais psiquiátricos e departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais continua a ser extremamente assimétrica (2,6 e 1,1 médicos por 25.000 habitantes, respectivamente). Situação tanto mais difícil de justificar quanto apenas 24% do total de utilizadores dos serviços foram atendidos nos Hospitais Psiquiátricos e 71% das consultas foram realizadas nos hospitais gerais.
- O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efectivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias. Uma consequência inevitável desta distribuição de recursos é o reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade registado em Portugal. Muitos serviços locais de saúde mental continuam reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia, não dispondo de Equipas de saúde mental comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise, trabalho com as famílias, etc (Caldas de Almeida, 1997; Gonçalves Pereira, 2006).
- O recurso preferencial aos serviços de urgência e as dificuldades reportadas de marcação de consultas, encontradas no estudo realizado sobre o acesso às urgências (ver anexos), indiciam a existência de problemas de acessibilidade aos cuidados especializados. Por sua vez, o intervalo entre a alta e a consulta subsequente, associada à proporção de reinternamentos ocorridos sem qualquer contacto em ambulatório, também encontrada no mesmo estudo, sugere a existência de problemas de continuidade de cuidados.
- As equipas de saúde mental continuam a contar com um escasso número de psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros

profissionais não médicos, mantendo a maior parte das equipas o padrão tradicional dos serviços de internamento psiquiátrico em vez do padrão hoje seguido nos serviços modernos de saúde mental.

- A qualidade dos serviços, de acordo com a avaliação efectuada com a participação dos profissionais (ver anexos), encontra-se na faixa inferior do razoável. O nível de qualidade dos serviços de ambulatório é inferior ao das unidades de internamento, num momento em que a tendência é cada vez maior no sentido inverso.
- As áreas mais críticas de incumprimento de critérios e padrões de qualidade são as que dizem respeito aos recursos humanos (dotação, distribuição, composição interdisciplinar do *staff*) e à organização administrativa.

O nível modesto de recursos disponíveis para a saúde mental em Portugal é certamente um dos factores que tem dificultado o desenvolvimento e a melhoria dos serviços neste sector. A saúde mental nunca foi uma prioridade para os ministérios da saúde no passado. Ao contrário do que sucede noutros países, os grupos de utentes e familiares nunca tiveram uma voz activa na sociedade portuguesa. A perspectiva de saúde pública e a cultura de avaliação de serviços sempre foram frágeis na área da saúde mental em Portugal. Resultado: os recursos alocados à saúde mental são indiscutivelmente baixos se atendermos à contribuição real das doenças mentais para a carga global das doenças.

Os recursos, porém, não têm sido apenas reduzidos. Têm sido também mal distribuído e mal geridos. A análise dos dados disponíveis mostra que, tanto os recursos financeiros, como os recursos humanos, se encontram distribuídos de uma forma muito assimétrica entre as várias regiões do país, entre os hospitais psiquiátricos e os departamentos de hospitais gerais, entre o internamento e o ambulatório.

O modelo de gestão e financiamento dos serviços tem constituído outro constrangimento fundamental na evolução dos serviços de saúde mental. Como mostra o estudo efectuada sobre a integração e funcionamento dos departamentos/serviços nos hospitais gerais (ver anexos), com o grau de autonomia e o poder de decisão de que dispõem os directores destes departamentos/serviços, não há existe a mínima possibilidade de se coordenar uma rede de cuidados na comunidade, e muito menos de a criar.

Por outras palavras, ao colocar-se o centro dos serviços locais nos hospitais gerais, e ao não cumprir a determinação de os transformar em centros de responsabilidade, impediu-se, na prática, qualquer tentativa consistente de desenvolvimento das redes de cuidados na comunidade que os outros países europeus têm vindo a desenvolver de há trinta anos para cá. Os hospitais psiquiátricos, por seu lado, na ausência de qualquer plano nacional ou regional, e de um modelo de contratualização claro, têm podido funcionar sem qualquer obrigatoriedade de atender aos objectivos que lhes estão atribuídos pela lei de saúde mental. No que se refere às instituições das Ordens Religiosas, tem prevalecido um modelo de articulação e de compensação financeira que não é claro nem racional. Em resumo, o modelo de gestão e financiamento existente é um modelo totalmente anacrónico, que fomenta o disfuncionamento do sistema e impede qualquer tentativa de desenvolvimento dos serviços de acordo com os objectivos que, em princípio, se pretendem alcançar.

Uma análise da situação em Portugal não pode deixar de se debruçar sobre outros pontos que merecem uma referência especial:

- A reduzida participação de utentes e familiares
- A escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental
- A limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis
- A quase total ausência de programas de promoção/prevenção.

As dificuldades e insuficiências são, portanto, muitas, e devem ser tomadas em devida consideração. Na actualidade, no entanto, existem também algumas oportunidades que podem ajudar a superar muitas destas dificuldades. Em primeiro lugar, o programa de cuidados continuados e integrados pode trazer finalmente à saúde mental mecanismos que permitam criar, de uma forma programada, os serviços e programas intermediários de que há muito carecemos. Do ponto de vista conceptual e operacional trata-se sem dúvida de uma contribuição importante que deve ser aproveitada. O desenvolvimento das unidades de saúde familiar possibilitam novas oportunidades para a melhoria da articulação das equipas de saúde mental com os cuidados primários, ao mesmo tempo que permite testar novos modelos de gestão e financiamento que se podem revelar particularmente adequados à realidade das equipas de saúde mental comunitária. Também a criação de vários novos hospitais gerais, com unidade de psiquiatria e saúde mental, constitui uma excelente oportunidade para o desenvolvimento dos serviços locais de saúde mental.

Algumas medidas facilitadoras da investigação, no nosso país, previstas para os próximos anos, podem também ajudar a superar as dificuldades registadas a este nível. Este ponto é particularmente importante: o aumento da capacidade de investigação em psiquiatria e saúde mental, em particular da investigação epidemiológica e de serviços, tem mostrado ser um factor extremamente eficaz para o desenvolvimento de uma cultura de saúde pública e de avaliação, e para a constituição de uma massa crítica que é essencial para a melhoria dos cuidados de saúde mental.

Finalmente, não devemos menosprezar as oportunidades oferecidas pela cooperação internacional. A OMS, que já deu uma contribuição valiosa para a elaboração deste relatório, certamente disponibilizará a sua cooperação técnica no futuro, se solicitada para tal. A União Europeia, por seu turno, na sequência da aprovação da Declaração de Helsínquia e do *Green Paper* sobre saúde mental, poderá certamente aportar contributos importantes para as reformas a desenvolver e ajudar a integrar Portugal no movimento de modernização dos serviços de saúde mental actualmente em curso a nível europeu.

III. PLANO NACIONAL

1. Visão

Assegurar a toda a população de Portugal o acesso a serviços habilitados a promover a saúde mental das populações, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com problemas de saúde mental.

2. VALORES E PRINCÍPIOS

QUADRO 24

VALORES	PRINCÍPIOS
Saúde mental indivisível da saúde em geral	<ul style="list-style-type: none"> - Os serviços de saúde mental devem estar integrados no sistema geral de saúde - As pessoas com perturbações mentais que necessitam de internamento hospitalar devem ser internadas em hospitais gerais
Direitos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - As pessoas com perturbações mentais devem ver respeitados todos os seus direitos, incluindo o direito a cuidados adequados, residência e emprego, assim como protecção contra todos os tipos de discriminação
Cuidados na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Os cuidados a pessoas com perturbações mentais devem ser prestados no meio menos restritivo possível - A decisão de internamento só deve ser tomada quando esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade
Coordenação e integração de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Os serviços em cada área geo-demográfica devem ser coordenados e integrados, de modo a facilitar a continuidade de cuidados
Abrangência (<i>comprehensiveness</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Os serviços em cada área geo-demográfica devem incluir um leque diversificado de dispositivos e programas, de modo a poder responder ao conjunto de necessidades essenciais de cuidados de saúde mental das populações
Participação comunitária	<ul style="list-style-type: none"> - As pessoas com perturbações mentais devem ser envolvidas e participar no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam - Os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser consideradas como parceiros importantes na prestação de cuidados de saúde mental, estimuladas a participar nesta prestação e a receber o treino e educação necessários
Protecção dos grupos especialmente vulneráveis	<ul style="list-style-type: none"> - As necessidades específicas dos grupos especialmente vulneráveis, nomeadamente, crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com incapacidade, devem ser tomadas em consideração
Acessibilidade e equidade	<ul style="list-style-type: none"> - Os serviços devem ser acessíveis a todas as pessoas, independentemente do seu local de residência, situação social e económica, género ou raça
Recuperação (<i>recovery</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a auto determinação e a procura de um caminho pessoal das pessoas com problemas de saúde mental

3. OBJECTIVOS

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do país, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

4. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE ADULTOS

4.1. Princípios gerais e sua aplicação em Portugal

A Lei nº 36/98 de 24 de Julho e o Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de Fevereiro descrevem de forma detalhada o modelo de organização de serviços de saúde mental em Portugal. Como se pode ver na CAIXA 1, os princípios gerais de política de saúde mental estabelecidos na referida lei respeitam totalmente as linhas de orientação defendidas pela OMS e preconizadas na Declaração Europeia de Saúde Mental.

Caixa 1 - Princípios gerais de política de saúde mental (Lei nº 36/98)

- 1 - Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, devem observar-se os seguintes princípios gerais:
 - a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;
 - b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível;
 - c) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais;
 - d) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.
- 2 - Nos casos previstos na alínea d) do número anterior, os encargos com os serviços prestados no âmbito da reabilitação e inserção social, apoio residencial e reinserção profissional, são comparticipados em termos a definir pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego.
- 3 - A prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspectos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

Os serviços de saúde mental, de acordo com o Decreto-Lei nº 35/99, dividem-se em serviços locais de saúde mental (SLSM) e serviços regionais de saúde mental (SRSM), constituindo os primeiros a base do sistema nacional de saúde mental. Na Caixa 2 podem ver-se as atribuições de cada um dos tipos de serviços, bem como a forma de organização dos serviços locais.

A análise dos princípios estabelecidos pela legislação portuguesa mostra, em primeiro lugar, que não há qualquer desfasamento entre estes princípios e os defendidos a nível internacional. Pode-se até dizer que a legislação portuguesa, ao colocar como componente essencial dos SLSM a prestação de “consulta externa e intervenção na comunidade, nomeadamente apoio domiciliário e desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção da doença, a assegurar, em cada sector geo-demográfico com cerca de 80,000 habitantes, por equipas multiprofissionais” antecipou algo que alguns países europeus vieram a privilegiar nos últimos anos (ver, por exemplo, o plano de saúde mental da Irlanda intitulado “*Vision for a Change*”, de 2005).

CAIXA 2 - Serviços locais e regionais de saúde mental (Decreto-Lei nº 35/99)

Serviços locais

1. Aos serviços locais de saúde mental compete assegurar a prestação de cuidados globais essenciais de saúde mental, quer a nível ambulatorio, quer de internamento.
2. A rede de serviços locais de saúde mental integra, designadamente, as seguintes áreas funcionais:
 - a) Consulta externa e intervenção na comunidade, nomeadamente apoio domiciliário e desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção da doença, a assegurar, em cada sector geo-demográfico com cerca de 80 000 habitantes, por equipas multiprofissionais;
 - b) Internamento completo de doentes agudos, preferencialmente em hospitais gerais;
 - c) Internamento parcial;
 - d) Atendimento permanente das situações de urgência psiquiátrica, em serviços de urgência de hospitais gerais ou no âmbito de estruturas de intervenção na crise;
 - e) Prestação de cuidados especializados a doentes internados em ligação com outras especialidades.
3. A consulta externa e a intervenção na comunidade desenvolvem-se quer através de estruturas próprias, quer em articulação com os centros de saúde e respectivos profissionais, designadamente os médicos de família, e, no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência, também em articulação com os estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário.
4. A prestação de cuidados de saúde mental faz-se ainda em unidades de reabilitação psicossocial, designadamente centros sócio-ocupacionais, estruturas residenciais para doentes de evolução prolongada e estruturas para treino e reinserção profissional.
5. A prestação de cuidados prevista no número anterior, quando se trate de unidades não inseridas no Serviço Nacional de Saúde, faz-se nos termos que forem definidos por portaria conjunta dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.

Forma de organização

1. Os serviços locais de saúde mental organizam-se sob a forma de departamento ou de serviço de hospital geral, de acordo com o seguinte:
 - a) Departamento, pelo menos um em cada sub-região de saúde e em cada hospital geral com área de influência de cerca de 250 000 habitantes;
 - b) Serviço, por hospital geral com área de influência de cerca de 120 000 habitantes.
2. Os serviços de saúde mental organizam-se em centros de responsabilidade, dotados de orçamentos-programa próprios, nos termos da lei.
3. Os cuidados de saúde mental da criança e do adolescente são assegurados através de equipas multiprofissionais específicas, organizadas sob a forma de serviço ou de unidade funcional, de acordo com a dimensão da população alvo, e sob a responsabilidade de um psiquiatra da infância e da adolescência.

Coordenação dos serviços locais

1. A coordenação dos serviços locais de saúde mental compete ao director do departamento ou do serviço referidos nº.1 do artigo anterior.
2. A nomeação do director do departamento ou do serviço faz-se nos termos da lei, de entre médicos psiquiatras ou psiquiatras da infância e da adolescência.
3. O coordenador dos serviços locais de saúde mental é coadjuvado por um enfermeiro-supervisor e por um administrador hospitalar, designados, sob sua proposta, pelo conselho de administração do hospital.

Serviços de âmbito regional

1. Têm âmbito regional os serviços de saúde mental que, pelo elevado grau de especialização das respectivas valências ou pela racionalidade de distribuição de recursos, não seja possível ou justificável dispor a nível local, nomeadamente no âmbito da psiquiatria e saúde mental da infância e da adolescência, da alcoologia e da psiquiatria forense.
2. Aos serviços de âmbito regional compete prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais de saúde mental das regiões de saúde, de acordo com o planeamento definido a nível nacional para o sector.
3. A criação, alteração ou extinção de serviços regionais de saúde mental, bem como a definição da respectiva área geográfica e sede, fazem-se por portaria do Ministro da Saúde ou, no caso da criação de organismos autónomos, por decreto regulamentar.

Um aspecto em que o modelo português se afasta do modelo seguido na maioria dos outros países diz respeito ao órgão de coordenação dos serviços locais de saúde mental. Enquanto nos outros países a coordenação é geralmente assegurada por um órgão específico com autonomia técnica, administrativa e financeira (em Inglaterra, os chamados “Mental Health Trusts”), a lei portuguesa estabelece que a coordenação dos SLSM deve estar baseada num Departamento ou Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de um hospital geral. Esta dependência dos SLSM relativamente aos hospitais gerais, resultante da integração dos Centros de Saúde mental nos hospitais gerais em 1992, teve a vantagem de promover a integração dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde.

Infelizmente, como mostram os resultados do estudo “Integração e Funcionamento dos DPSM”, incluído nos Anexos, as determinações da lei quanto à autonomia financeira e administrativa dos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental dos hospitais gerais (a lei estabelece que devem ser centros de responsabilidade) nunca foram cumpridas, o que fez com que estes departamentos tenham experimentado sempre grandes dificuldades na implementação e desenvolvimento de cuidados na comunidade.

Integrados sem qualquer preparação em instituições com uma lógica totalmente hospitalocêntrica, e desprovidos de qualquer autonomia, os DPSM têm-se visto, na prática, totalmente impossibilitados de desenvolver uma rede de cuidados para a comunidade.

A Comissão considera que a superação deste problema é vital para o sucesso de qualquer projecto de melhoria dos cuidados de saúde mental em Portugal.

Ponderadas as várias hipóteses possíveis, e reconhecendo as óbvias dificuldades de criar, no contexto actual da reorganização dos serviços públicos portugueses, novos serviços totalmente autónomos responsáveis pelos serviços locais de saúde mental, a Comissão concluiu que estes deverão continuar a ser prestados e coordenados pelos DPSM de hospitais gerais, tal como estabelecido pela lei.

A Comissão considera, contudo, que a manutenção deste figurino organizacional só será viável se os DPSM tiverem condições para assegurar uma gestão efectiva da rede de cuidados na comunidade que, como estabelece a lei, são obrigados a prestar às populações por que são responsáveis. Tal pressupõe que, tal como estabelecido na lei, os DPSM dos hospitais gerais se organizem em centros de responsabilidade (ver capítulo dedicado a gestão).

Relativamente ao modelo de organização de serviços de saúde mental proposto pela lei, ele está conforme com o que a evidência científica tem mostrado ser a melhor forma de assegurar cuidados de qualidade. O problema é que, passados quase 10 anos, pouco se avançou na implementação da organização proposta. Na ausência de um plano de saúde mental, os serviços têm evoluído sem uma direcção clara, por vezes até no sentido contrário ao que se propõe na Lei.

Neste contexto, a Comissão entende que, em relação à organização de serviços, importa sobretudo definir as estratégias que promovam a concretização da organização proposta pela lei.

Esta concretização coloca quatro grandes desafios:

- Completar a rede nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e promover a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços
- Desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de Doentes Mentais Graves (DMG)
- Desenvolver os serviços de âmbito regional (SRSM) necessários para complementar os Serviços locais em áreas específicas
- Coordenar a reestruturação dos hospitais psiquiátricos à medida que as respostas por eles asseguradas forem sendo transferidas para outros serviços

Estas diferentes componentes estão naturalmente dependentes umas das outras, pelo que as estratégias para a sua implementação deverão ser consideradas em conjunto. Não adianta completar a rede nacional de serviços locais se não se promover ao mesmo tempo a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços, ajudando-os a desenvolver programas integrados na comunidade. Não é possível desenvolver a reabilitação e a desinstitucionalização se não existirem na comunidade equipas que apoiem os doentes e as famílias. Finalmente, não é possível desenvolver novos serviços mais próximos das pessoas se a maior parte dos recursos continuarem concentrados no tratamento intra-hospitalar.

Apesar desta inter-dependência, cada uma das componentes será apresentada separadamente por maior facilidade de exposição .

4.2. Desenvolvimento e melhoria da Rede nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM)

4.2.1. Propostas de âmbito geral

Actualmente, a maior parte da população portuguesa já tem cuidados de saúde mental assegurados por departamentos ou serviços de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais (DPSM). Cerca de ¼ da população, contudo, continua a depender dos cuidados prestados por equipas de hospitais psiquiátricos.

Completar a rede nacional de serviços locais, de acordo com o estabelecido pela Lei, é um passo essencial para se assegurar um acesso mais fácil e equitativo das populações aos cuidados de saúde mental.

Para tal, é necessário, em primeiro lugar, criar condições para que os DPSM já existentes possam efectivamente desempenhar as suas funções. Todos eles sofrem dos graves problemas a nível da gestão atrás assinalados. Muitos deles debatem-se também com problemas sérios de falta de pessoal. Apesar das melhorias verificadas nos últimos anos a nível das instalações de muitos departamentos, com o apoio do Programa Saúde XXI, é indispensável resolver ainda alguns problemas importantes a este nível. Finalmente, e este é um problema crucial, a

maioria dos serviços continua a não ter equipas de saúde mental comunitária habilitadas a prestar os cuidados de proximidade que importa garantir às populações. Estas equipas começam a existir em alguns serviços, noutros desenvolve-se um trabalho importante de ligação aos cuidados primários e de realização de consultas de saúde mental nos Centros de Saúde. No entanto, neste domínio, muito continua por fazer.

Em segundo lugar, importa criar condições para que as equipas dos hospitais psiquiátricos possam progressivamente sair para a comunidade e preparar-se para, progressivamente, se transferirem para os DPSM de hospitais gerais a criar nos próximos anos. Trata-se de um processo complexo, que terá que incluir redefinições de áreas de influência, transferências de responsabilidades assistenciais e criação de novos serviços em hospitais gerais.

A Comissão considera que a grande aposta da reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal passa sobretudo pela diferenciação e melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos serviços locais de saúde mental.

A prestação de cuidados comunitários assertivos e integrados para doentes mentais graves - o tipo de cuidados que, de acordo com a evidência científica disponível, melhor assegura a prevenção de recaídas e a reintegração dos doentes - continua a estar ausente na generalidade dos serviços. O mesmo ocorre com os programas integrados de gestão da depressão ou de prevenção do suicídio, em colaboração com os cuidados primários - programas que têm demonstrado ser especialmente efectivos na diminuição da carga associada às doenças mentais. Na generalidade dos casos, os serviços continuam predominantemente centrados na prestação de cuidados dentro dos hospitais, sendo muito escassas as intervenções de tipo comunitário.

Urge, assim, promover medidas que facilitem a constituição de equipas comunitárias habilitadas a desenvolver programas integrados para Doentes Mentais Graves e a trabalhar em conjunto com os Cuidados Primários no desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental, prevenção e tratamento das doenças psiquiátricas.

De acordo com o estabelecido pela Lei de saúde mental, os serviços locais devem ser predominantemente prestados por equipas multidisciplinares, responsáveis por um sector geográfico. A experiência demonstra que estas equipas de saúde mental comunitária dificilmente podem cumprir a sua missão se não dispuserem de um local na comunidade onde possam desenvolver as suas actividades. Este local é essencial para a realização de consultas e intervenções psicossociais, bem como para a coordenação das intervenções domiciliárias e das acções comunitárias.

Em Portugal, ao contrário dos outros países, esta realidade óbvia tem sido geralmente ignorada: as poucas equipas que trabalham regularmente na comunidade dependem, na maior parte dos casos, de um ou outro gabinete cedido pelos Centros de Saúde. O trabalho destas equipas nos Centros de Saúde tem inúmeras vantagens, mas o desenvolvimento da saúde mental comunitária em Portugal não pode ficar dependente de arranjos muitas vezes precários e insuficientes.

Por esta razão, a Comissão considera que, quando não seja possível negociar com os Centros de Saúde a utilização de um espaço adequado para o funcionamento das equipas de saúde mental comunitária, os serviços devem investir na criação de Unidades de saúde

mental comunitária (USMC), localizadas próximo do local de residência das populações assistidas onde as equipas possam ter a sua base. Os casos em que foi possível criar unidades com estas características (por exemplo, a Unidade Cintra do HMB) mostram que se trata de uma estratégia que permite atingir excelentes resultados.

A reestruturação dos serviços, neste capítulo específico dos serviços locais de saúde mental, requer, assim, o desenvolvimento de duas estratégias articuladas entre si:

1. uma estratégia destinada a transferir para novos DPSM de hospitais gerais os cuidados ainda dependentes dos hospitais psiquiátricos, de modo a que se possa completar a rede nacional de serviços locais de saúde mental;
2. uma estratégia destinada a promover o desenvolvimento, nestes serviços, de equipas de saúde mental comunitária.

Esta estratégia deve incluir o desenvolvimento e avaliação de experiências piloto nas várias regiões do país, destinadas a testar a efectividade de USMC, com as seguintes características:

- **Objectivos:** prestar cuidados a um sector geo-demográfico determinado, incluindo: 1- Programa integrado para Doentes Mentais Graves, com manejo de casos por terapeutas de referência; 2- Programa de ligação com a Saúde Familiar e apoio a perturbações mentais comuns; 3- Programa de apoio a doentes idosos; 4 -Programa de prevenção nas áreas da depressão e suicídio.
- **Composição e funcionamento:** equipas multidisciplinares, com forte participação de enfermeiros e outros técnicos não médicos.
- **Financiamento e modelos de remuneração:** financiamento de acordo com contratualização que tome em consideração actividade e cobertura populacional. Possibilidade de adopção de novo modelo remuneratório dos profissionais que inclua, além de uma remuneração base, suplementos relacionados com a produtividade, bem como prémios relacionados com a complexidade e qualidade do trabalho desenvolvido.

O desenvolvimento destas estratégias exige a adopção de medidas de âmbito geral e medidas de âmbito regional. Estas últimas são apresentadas separadamente, em maior detalhe.

QUADRO 25 - ACÇÕES PROPOSTAS DE ÂMBITO GERAL

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Definição dos princípios orientadores do funcionamento das Unidades e Equipas de Saúde Mental Comunitária (USMC) e dos requisitos estruturais e humanos indispensáveis para o seu desenvolvimento.	Coordenação Nacional da Implementação do Plano de Saúde Mental (CNIPSAME)	31/12/07	Documento técnico terminado
Desenvolvimento e avaliação de experiências piloto nas várias regiões do país, destinadas a testar a efectividade de USMC, que prestem cuidados a um sector geo-demográfico determinado e incluam: 1- Programa integrado para Doentes Mentais Graves, com manejo de casos por terapeutas de referência; 2- Programa de ligação com a Saúde Familiar e apoio a perturbações mentais comuns; 3- Programa de apoio a doentes idosos; 4-Programa de prevenção nas áreas da depressão e suicídio	Coordenação Nacional da Implementação do Plano de Saúde Mental (CNIPSAME) + ARS's	31/12/2010	Número de experiências a funcionar Dados de actividade e custos
Organização progressiva nos SLSM de Unidades ou Equipas de Saúde Mental Comunitária (USMC), responsáveis pelos cuidados prestados a sectores de cerca de 80,000 habitantes, de acordo com o número 2- a) do Decreto-Lei 35/99	Coordenação Nacional da Implementação do Plano de Saúde Mental (CNIPSAME) + ARS's	Entrada em funcionamento de 5 USMC até final de 2008. Criação de pelo menos uma USMC em todos os SLSM até final de 2012. Cobertura total até 2016	Unidades criadas

4.2.2. PROPOSTAS DE AMBITO REGIONAL

4.2.2.1. Planeamento da Região Norte

Os Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Região Norte encontram-se organizados, desde há anos, numa base geo-demográfica.

Por outro lado, a devolução, em 2002, da gestão do Hospital do Conde de Ferreira, responsável, até então, pela assistência a parte significativa da região do Grande Porto, à Santa Casa da Misericórdia do Porto, veio reduzir o parque de camas públicas de Psiquiatria na Região, em especial as destinadas a doentes de evolução prolongada.

Assim, a reconfiguração do sistema de saúde mental nesta região está facilitada, faltando apenas, para que a rede de serviços locais de saúde mental se estenda a todo o território, a criação, nos Hospitais Gerais da área do Hospital de Magalhães Lemos que ainda os não possuem, de serviços de psiquiatria e saúde mental e, no distrito de Braga, a afectação de parte da área assistencial do Hospital de S. Marcos ao Centro Hospitalar do Médio Ave.

Tais acções poderão desenrolar-se até ao final do próximo ano, havendo que contar com a colaboração das administrações dos respectivos Hospitais, existindo o constrangimento da escassez de recursos humanos, designadamente de médicos psiquiatras, tendo em conta que em relação aos outros grupos profissionais a oferta é significativa.

Importância fundamental terá também o desenvolvimento de respostas de cuidados continuados, integradoras da rede nacional, que permitirá substituir parte significativa dos internamentos de longa duração que ainda se verificam, quer nos serviços públicos, quer nos do sector social.

Do conjunto destas acções resultarão necessariamente alterações na estrutura e papel do Hospital de Magalhães Lemos, cada vez mais orientado para funções de âmbito regional, mormente em áreas em que os serviços locais se revelem inadequados ou insuficientes ou por motivo de optimização de meios.

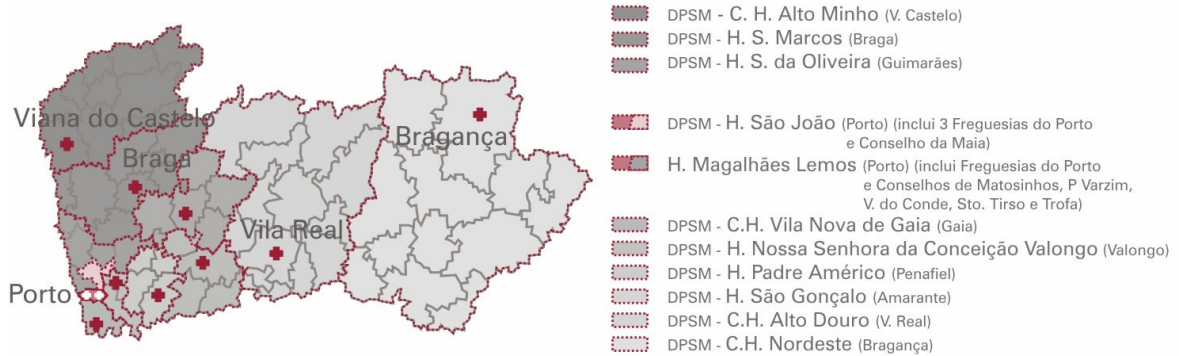
Cabe aqui uma referência à anunciada alteração dos limites da Região de Saúde do Norte, que passará a corresponder, geograficamente, à designada NUT II NORTE, o que trará como consequência - a partir da data em que tal se concretize - um aumento da população abrangida, nomeadamente a residente nos concelhos de Arouca, Castelo de Paiva, Oliveira de Azeméis, Santa Maria da Feira, São João da Madeira e Vale de Cambra (do distrito de Aveiro); Armamar, Cinfães, Moimenta da Beira, Penedono, Resende, São João da Pesqueira, Sernancelhe, Tabuaço e Tarouca (do distrito de Viseu) e ainda Vila Nova de Foz Côa (do distrito da Guarda), correspondendo a uma população total de 389.422 habitantes, que serão distribuídos por serviços actualmente existentes ou, no caso dos do distrito de Aveiro, atribuídos à responsabilidade do Hospital de S. Sebastião (Santa Maria da Feira), no qual deverá vir a ser criado o respectivo Serviço Local.



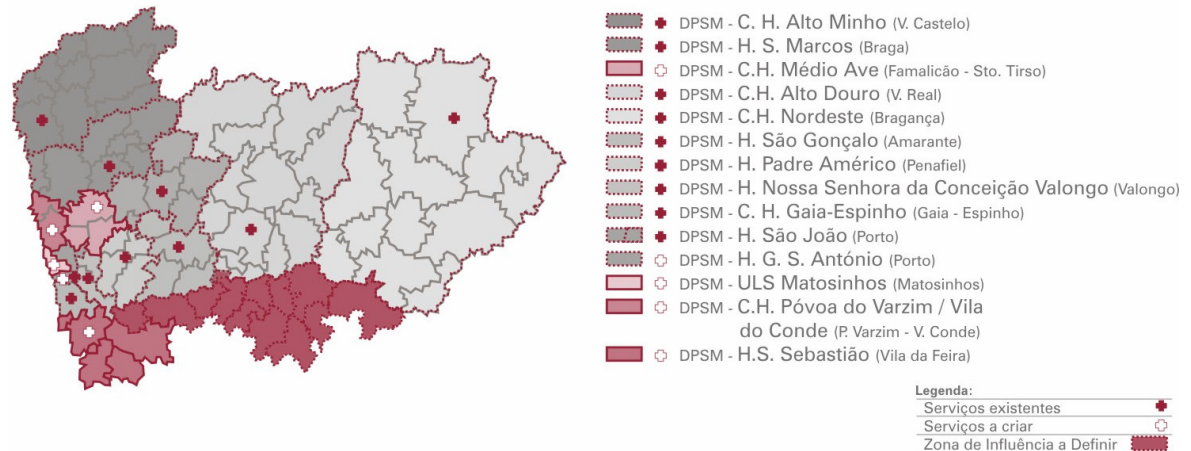
MAPAS 2 E 3

REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE

Região de Saúde do Norte - Configuração da Região e Área de Influência dos Serviços Locais de Saúde Mental em 2006



Região de Saúde do Norte - Configuração da Região e Área de Influência dos Serviços Locais de Saúde Mental em 2016



DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

QUADRO26-Desenvolvimento da Rede de Serviços Locais de Saúde Mental da R. Norte (até final de 2008)

Situação em 2007	Acções propostas	Situação em final de 2008
<p><u>H.Magalhães Lemos (HML)</u> Concelho do Porto - todas as freguesias, excepto Bonfim, Campanhã e Paranhos Concelhos de Matosinhos, Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Santo Tirso e Trofa</p>	<p>Funcionamento com plano de actividades próprio e dotação de orçamento privativo às Equipas Comunitárias de Matosinhos, Porto, Póvoa/V.Conde e Santo Tirso/Trofa, do HML. Preparação da sua transferência para os hospitais de Santo António, Unidade Local de Saúde de Matosinhos e para os Centros Hospitalares de Póvoa de Varzim/Vila do Conde e do Médio Ave</p> <p>Criação dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental naqueles hospitais visando a transferência de responsabilidades</p> <p>Manutenção do internamento destas áreas no H.M. Lemos, até que seja viável a sua instalação naqueles Hospitais</p> <p>Desenvolvimento de serviços de âmbito regional no Hospital de Magalhães Lemos</p> <p>Lançamento de Unidades Piloto de Cuidados Continuados nas diferentes áreas assistenciais</p>	<p><u>H.G.S.António (SPSM-HSA)</u> Concelho do Porto - todas as freguesias, excepto Bonfim, Campanhã e Paranhos</p> <p><u>U.L.S.Matosinhos (SPSM-Matosinhos)</u> Concelho de Matosinhos</p> <p><u>C.H.Póvoa de Varzim/V.do Conde (SPSM-Póvoa/V.Conde)</u> Concelhos de Póvoa de Varzim e Vila do Conde</p> <p><u>C.H.Médio Ave (SPSM Médio Ave)</u> Concelhos de Sano Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão</p>
<p><u>H.S.João (SPSM-HSJ)</u> Concelho do Porto -freguesias, de Bonfim, Campanhã e Paranhos - e Concelho da Maia</p>		<p><u>H.S.João (SPSM-HSJ)</u> Sem alterações</p>
<p><u>C.H.Vila Nova de Gaia (DPSM-VNG)</u> Concelho de Vila Nova de Gaia</p>		<p><u>C.H.Vila Nova de Gaia-Espinho (DPSM-VNG)</u> Concelhos de Vila Nova de Gaia e Espinho</p>
<p><u>H.N.S.Conceição de Valongo (DPSM-VLG)</u> Concelhos de Valongo e Gondomar</p>		<p><u>H.N.S.Conceição de Valongo (DPSM-VLG)</u> Sem alterações</p>

<p><u>H.Padre Américo (DPSM-VS)</u> Concelhos de Lousada, Paços de Ferreira, Paredes e Penafiel</p> <p><u>H.S.Gonçalo (DPSM-Amarante)</u> Concelhos de Amarante, Baião, Felgueiras e Marco de Canavezes</p> <p><u>H.S.Marcos (DPSM-Braga)</u> Concelhos de Amares, Braga, P. Lanhoso, Terras Bouro, Vieira do Minho, Vila Verde, V. N. Famalicão, Barcelos e Esposende</p> <p><u>H. S^a da Oliveira (DPSM-Guimarães)</u> Concelhos de Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Fafe, Guimarães e Vizela</p> <p><u>C.H.Alto Minho (DPSM Viana)</u> Todos os concelhos do Distrito de Viana do Castelo</p> <p><u>C.H.Alto Douro (DPSM-Vila Real)</u> Todos os concelhos do Distrito de Vila Real</p> <p><u>C.H.Nordeste (DPSM-Bragança)</u> Todos os concelhos do Distrito de Bragança</p>		<p><u>H.Padre Américo (DPSM-VS)</u> Sem alterações</p> <p><u>H.S.Gonçalo (DPSM-Amarante)</u> Sem alterações</p> <p><u>H.S.Marcos (DPSM-Braga)</u> Sem alterações</p> <p><u>H. S^a da Oliveira (DPSM-Guimarães)</u> Sem alterações</p> <p><u>C.H.Alto Minho (DPSM Viana)</u> Sem alterações</p> <p><u>C.H.Alto Douro (DPSM-Vila Real)</u> Todos os concelhos do Distrito de Vila Real e concelho de Lamego</p> <p><u>C.H.Nordeste (DPSM-Bragança)</u> Sem alterações</p>
--	--	--

QUADRO27-Desenvolvimento da Rede de Serviços Locais de Saúde Mental da R. Centro/Norte (até final de 2008)

Situação em 2007	Acções propostas	Situação em final de 2008
<p>A definir: Concelhos de Arouca, Santa Maria da Feira, Oliveira de Azeméis, São João da Madeira, e Vale de Cambra DPSM Aveiro</p> <p>Concelhos de Castelo de Paiva, Cinfães e Resende DPSM Aveiro/Viseu</p>	<p>NOTA: Dependendo do alargamento da área da ARS Norte até aos limites da NUT II Norte, as áreas a sul do Douro transitarão para SLSM da Região e poderá ser criado o DPSM do Hospital de S. Sebastião (Feira)</p>	<p>A criar: <u>H.S.Sebastião (DPSM-Feira)</u></p> <p>A definir: Concelhos de Castelo de Paiva, Cinfães e Resende H.P. Américo?</p>

Concelhos de Armamar, Moimenta da Beira, Penedono, São João da Pesqueira, Sernancelhe, Tabuaço e Tarouca DPSM Viseu		Concelhos de Armamar, Moimenta da Beira, Penedono, São João da Pesqueira, Sernancelhe, Tabuaço e Tarouca C.H.A. Douro?
Concelho de V.N.Foz Côa DPSM Guarda		Concelho de V.N.Foz Côa C.H. Nordeste?

Quadro 28 - Desenvolvimento da Rede de Serviços Locais de Saúde Mental da R. Norte até final de 2016

Situação no final de 2008	Acções propostas	Situação em 2016
<p><u>H.G.S.António (SPSM-HSA)</u> Concelho do Porto - todas as freguesias, excepto Bonfim, Campanhã e Paranhos</p> <p><u>U.L.S.Matosinhos (SPSM-Matosinhos)</u> Concelho de Matosinhos</p> <p><u>C.H.Póvoa de Varzim/V.do Conde (SPSM-Póvoa/V.Conde)</u> Concelhos de Póvoa de Varzim e Vila do Conde</p> <p><u>C.H.Médio Ave (SPSM Médio Ave)</u> Concelhos de Sano Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão</p> <p><u>H.S.João (SPSM-HSJ)</u> Sem alterações</p> <p><u>C.H.Vila Nova de Gaia-Espinho (DPSM-VNG)</u> Concelhos de Vila Nova de Gaia e Espinho</p> <p><u>H.N.S.Conceição de Valongo (DPSM-VLG)</u> Concelhos de Valongo e Gondomar</p> <p><u>H.Padre Américo (DPSM-VS)</u> Concelhos de Lousada, Paços de Ferreira, Paredes e Penafiel</p>	<p>Consolidação das medidas tomadas no período anterior, mormente com o desenvolvimento de diversas respostas na comunidade nas diferentes áreas assistenciais.</p>	<p><u>Idêntica distribuição de recursos de natureza institucional</u></p> <p><u>H.G.S.António (SPSM-HSA)</u> Sem alterações</p> <p><u>U.L.S.Matosinhos (SPSM-Matosinhos)</u> Sem alterações</p> <p><u>C.H.Póvoa de Varzim/V.do Conde (SPSM-Póvoa/V.Conde)</u> Sem alterações</p> <p><u>C.H.Médio Ave (SPSM Médio Ave)</u> Sem alterações</p> <p><u>H.S.João (SPSM-HSJ)</u> Sem alterações</p> <p><u>C.H.Vila Nova de Gaia-Espinho (DPSM-VNG)</u> Sem alterações</p> <p><u>H.N.S.Conceição de Valongo (DPSM-VLG)</u> Sem alterações</p> <p><u>H.Padre Américo (DPSM-VS)</u> Sem alterações</p>

<p><u>H.S.Gonçalo (DPSM-Amarante)</u> Concelhos de Amarante, Baião, Felgueiras e Marco de Canavezes</p> <p><u>H.S.Marcos (DPSM-Braga)</u> Concelhos de Amares, Braga, P. Lanhoso, Terras Bouro, Vieira do Minho, Vila Verde, Barcelos e Esposende</p> <p><u>H. S^a da Oliveira (DPSM-Guimarães)</u> Concelhos de Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Fafe, Guimarães e Vizela</p> <p><u>C.H.Alto Minho (DPSM Viana)</u> Todos os concelhos do Distrito de Viana do Castelo</p> <p><u>C.H.Alto Douro (DPSM-Vila Real)</u> Todos os concelhos do Distrito de Vila Real e Lamego</p> <p><u>C.H.Nordeste (DPSM-Bragança)</u> Todos os concelhos do Distrito de Bragança</p> <p><u>H.S.Sebastião (DPSM-Feira)</u> Concelhos de Arouca, Santa Maria da Feira, Oliveira de Azeméis, São João da Madeira e Vale de Cambra</p> <p>A definir: Concelhos de Castelo de Paiva, Cinfães e Resende</p> <p>Concelhos de Armamar, Moimenta da Beira, Penedono, São João da Pesqueira, Sernancelhe, Tabuaço e Tarouca</p> <p>Concelho de V.N.Foz Côa</p>	<p><u>H.S.Gonçalo (DPSM-Amarante)</u> Sem alterações</p> <p><u>H.S.Marcos (DPSM-Braga)</u> Concelhos de Amares, Braga, P. Lanhoso, Terras Bouro, Vieira do Minho, Vila Verde, Barcelos e Esposende</p> <p><u>H. S^a da Oliveira (DPSM-Guimarães)</u> Concelhos de Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Fafe, Guimarães e Vizela</p> <p><u>C.H.Alto Minho (DPSM Viana)</u> Sem alterações</p> <p><u>C.H.Alto Douro (DPSM-Vila Real)</u> Sem alterações</p> <p><u>C.H.Nordeste (DPSM-Bragança)</u> Sem alterações</p> <p><u>DPSM H.S.Sebastião</u></p> <p><u>DPSM H.P.Américo?</u></p> <p><u>DPSM Alto Douro ?</u></p> <p><u>DPSM Nordeste ?</u></p>
---	---

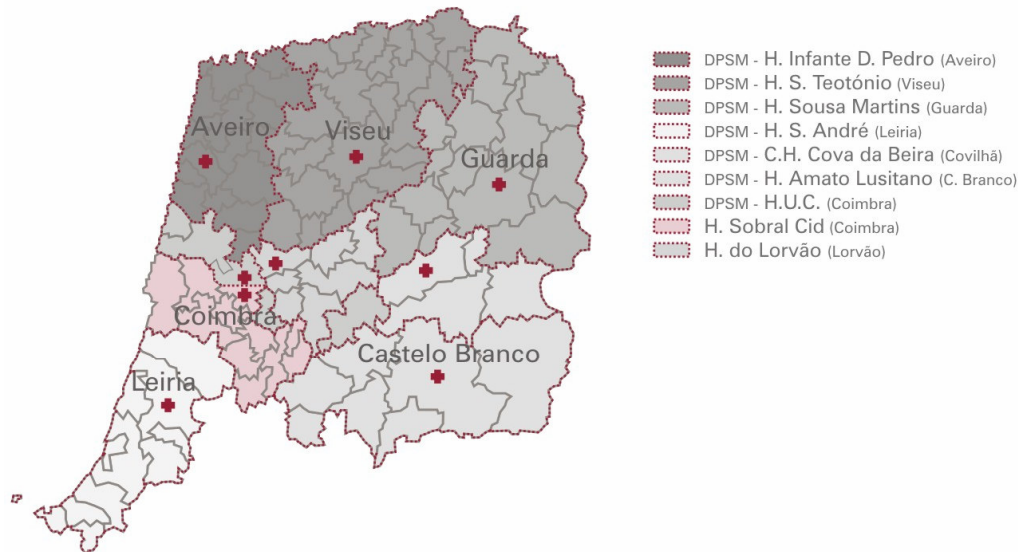
4.2.2.2. Planeamento da Região Centro

Como se pode ver nos Mapas 4 e 5, estão previstas mudanças significativas na configuração da região Centro num futuro próximo. Graças a estas mudanças, as áreas de influência dos DPSM de Aveiro, Leiria e Viseu sofrerão reduções importantes, ficando com uma dimensão mais próxima daquilo que se pode considerar uma dimensão óptima.

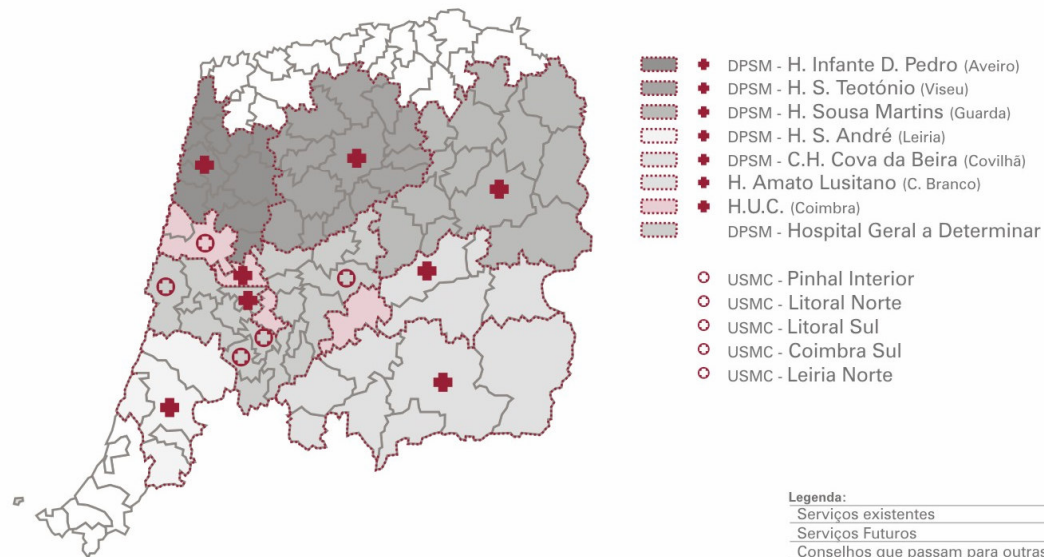
MAPAS 4 E 5

REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO

Região de Saúde do Centro - Configuração da Região e Área de Influência dos Serviços Locais de Saúde Mental em 2006



Região de Saúde do Centro - Configuração da Região e Área de Influência dos Serviços Locais de Saúde Mental em 2016



DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
USMC - Unidade de Saúde Mental Comunitária

Através dos serviços prestados por estes DPSM, em conjunto com os de Castelo Branco, Covilhã e Guarda, e o Serviço de Psiquiatria dos HUC, os cuidados de saúde mental de uma parte importante da Região já são assegurados por serviços baseados em hospitais gerais.

No que se refere ao desenvolvimento da rede de serviços locais nos próximos anos, será necessário começar por racionalizar a utilização dos recursos concentrados nos hospitais Sobral Cid (HSC), Lorvão (HL) e Arnes (constituindo-se um Centro Hospitalar a partir destes hospitais), e promover uma transferência progressiva dos cuidados para a comunidade. Numa primeira fase, deverá efectuar-se a transferência do internamento de agudos e dos cuidados ambulatoriais do Hospital do Lorvão para o Hospital Sobral Cid (QUADROS 28 e 29). A fim de assegurar uma melhor acessibilidade e qualidade dos cuidados às populações actualmente assistidas pelo HL, propõe-se também o desenvolvimento de uma Unidade de Saúde Mental Comunitária numa das localidades dessa zona (Unidade de Saúde Mental Comunitária de Pinhal Interior). Através deste projecto pioneiro, será possível aproximar os cuidados das populações e promover uma colaboração mais estreita com os cuidados primários. Projectos semelhantes são propostos, nesta primeira fase, para outros dois sectores das áreas assistidas pelos hospitais psiquiátricos de Coimbra e pelos HUC - as Unidades de Saúde Mental Comunitária de Litoral Sul e a de Litoral Norte. Simultaneamente, deverá iniciar-se a sectorização da restante área do Centro Hospitalar, criando-se as Equipas de Saúde Mental Comunitária de Leiria Norte e Coimbra Sul, destinadas a evoluir para Unidades de Saúde Mental Comunitária num tempo posterior. Outra prioridade importante nesta primeira fase é a reorganização do atendimento das urgências psiquiátricas. No distrito de Coimbra propõe-se que este atendimento se passe a fazer num único local (de preferência nos HUC). Nos outros distritos deverão também encontrar-se formas de colaboração que permitam assegurar um atendimento de qualidade às situações de urgência nas 24 horas, objectivo que é actualmente impossível de alcançar com os recursos médicos disponíveis.

Quadro 29 - Desenvolvimento da Rede de Serviços Locais de Saúde Mental da R. Centro até final de 2008

Situação em 2007	Acções propostas	Situação no final de 2008
<p><u>H. Sobral Cid (HSC)</u> Freguesias de Coimbra a sul do Mondego, Montemor o Velho, Soure, Condeixa a Nova, Penela e Figueira da Foz + Ansião, Figueiró dos Vinhos, Castanheira da Pêra, Pedrogão Grande e Alvaiázere (Dist. Leiria)</p>	<p>Acerto das áreas de influência dos vários serviços de acordo com a nova configuração da região Centro</p> <p>Criação de Centro Hospitalar de PSM Sobral Cid juntando o H. Sobral Cid, o H. Lorvão e CPR Arnes, com sede no HSC</p>	<p><u>Centro Hospitalar de PSM Sobral Cid (CHSC)</u> <u>Unidade de SMC de Pinhal Interior</u> Penacova, Góis, Poiares, Lousã, Arganil, Tábua, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra</p> <p><u>Unidade de SMC do Litoral Sul</u> Figueira da Foz, Montemor o Velho, Soure (parcial)</p>
<p><u>H. Lorvão (HL)</u> Penacova, V. N. Poiares, Lousã, Góis, Arganil, Tábua, Oliveira do Hospital</p>	<p>Transferência dos serviços locais da área afecta ao H do Lorvão para o HSC e integração das Unidades de Agudos de ambos no HSC</p> <p>Criação das Unidades de Saúde Mental Comunitária de Pinhal Interior e Litoral Sul, afectas ao Centro</p>	<p><u>Equipa de SMC de Leiria Norte</u> Ansião, Figueiró dos Vinhos, Castanheira da Pêra, Pedrogão Grande e Alvaiázere, Pombal (norte)</p> <p><u>Equipa de SMC de Coimbra Sul</u> Coimbra (parte sul), Soure (parcial), Condeixa, Penela, Montemor-o-Velho (sul)</p>

<p><u>S. Psiquiatria dos HUC (SPSM - HUC)</u> Coimbra (parte norte), Mira, Cantanhede, Miranda do Corvo, Pampilhosa da Serra + Anadia e Mealhada (Distrito de Aveiro)</p> <p><u>DPSM do C. H. Cova da Beira (Covilhã)</u> Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor</p> <p><u>DPSM do H. Amato Lusitano (Castelo Branco)</u> Castelo Branco, Oleiros, Sertã, Vila de Rei, Idanha-a-Nova, Vila Velha de Ródão, Proença-a-Nova</p> <p><u>DPSM do H. São Teotónio (Viseu)</u> Viseu, Cinfães, Resende, Lamego, Armamar, Tabuaço, S. João da Pesqueira, Moimenta da Beira, Penedono, Sernancelhe, Tarouca, Castro Daire, Vila Nova de Paiva, Sátão, Penalva do Castelo, Vouzela, Tondela, Mangualde, São Pedro do Sul, Oliveira de Frades, Santa Comba Dão e Carregal do Sal,</p> <p><u>DPSM do H. Santo André (Leiria)</u> Leiria, Batalha, Porto de Mós, Marinha Grande, Nazaré, Alcobaça, Óbidos, Caldas da Rainha, Bombarral, Peniche, Pombal . (Ansião, Figueiró dos Vinhos, Castanheira da Pêra, Pedrogão Grande e Alvaiázere são assistidos pelo HSC, embora pertençam ao Distrito de Leiria)</p> <p><u>DPSM do H. Infante D. Pedro (Aveiro)</u> Aveiro, Espinho, Ílhavo, Sever do Vouga, Oliveira de Azeméis, Murtosa, Ovar, Estarreja, Oliveira do Bairro, Águeda, Albergaria-a-Velha, S. João da Madeira, Santa Maria da Feira, Castelo de Paiva, Arouca, Vagos, Vale de Cambra</p>	<p>Hospitalar de PSM Sobral Cid</p> <p>Criação da Unidade de Saúde Mental Comunitária do Litoral Norte, afecta aos HUC</p> <p>Reorganização do atendimento das urgências de Coimbra</p> <p>Medidas para reabilitação e desinstitucionalização de doentes residentes nos hospitais e DPSM's (ver 4.3.)</p>	<p><u>S. Psiquiatria dos HUC (SPSM - HUC)</u> Coimbra (parte norte), Miranda do Corvo, Anadia e Mealhada + <u>Unidade de SMC do Litoral Norte</u> Cantanhede, Mira</p> <p><u>DPSM do C. H. Cova da Beira (Covilhã)</u> Sem alterações</p> <p><u>DPSM do H. Amato Lusitano (Castelo Branco)</u> Sem alterações</p> <p><u>DPSM do H. São Teotónio (Viseu)</u> Viseu, Castro Daire, Vila Nova de Paiva, Sátão, Penalva do Castelo, Vouzela, Tondela, Mangualde, São Pedro do Sul, Oliveira de Frades, Santa Comba Dão e Carregal do Sal,</p> <p><u>DPSM do H. Santo André (Leiria)</u> Leiria, Batalha, Porto de Mós, Marinha Grande, Nazaré, Alcobaça, e Pombal .</p> <p><u>DPSM do H. Infante D. Pedro (Aveiro)</u> Aveiro, Ílhavo, Sever do Vouga, Murtosa, Ovar, Estarreja, Oliveira do Bairro, Águeda, Albergaria-a-Velha, Vagos, Anadia, Mealhada</p>
---	---	---

<p><u>DPSM do H. Sousa Martins (Guarda)</u></p> <p>Guarda, Aguiar da Beira, Fornos de Algodres, Almeida, Figueira de Castelo Rodrigo, Vila Nova de Foz Côa, Sabugal, Manteigas, Gouveia, Seia, Celorico da Beira, Trancoso, Meda, Almeida e Pinhel.</p>		<p><u>DPSM do H. Sousa Martins (Guarda)</u></p> <p>Guarda, Aguiar da Beira, Fornos de Algodres, Almeida, Figueira de Castelo Rodrigo, Sabugal, Manteigas, Gouveia, Seia, Celorico da Beira, Trancoso, Meda, Almeida e Pinhel.</p>
--	--	--

Quadro 30 - Desenvolvimento da Rede de Serviços Locais de Saúde Mental da R. Centro até final de 2016

Situação no final de 2008	Acções propostas	Situação em 2016
<p><u>H. Sobral Cid (HSC)</u></p> <p><u>Unidade de SMC de Pinhal Interior</u> Penacova, Góis, Poiares, Lousã, Arganil, Tábua, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra</p> <p><u>Unidade de SMC do Litoral Sul</u> Figueira da Foz, Montemor o Velho, Soure (parcial)</p> <p><u>Equipa de SMC de Leiria Norte</u> Ansião, Figueiró dos Vinhos, Castanheira da Pêra, Pedrogão Grande e Alvaíazere, Pombal (norte)</p> <p><u>Equipa de SMC de CoimbraSul</u> Coimbra (parte sul), Soure (parcial), Condeixa, Penela, Montemor-o-Velho (sul)</p> <p><u>S. Psiquiatria dos HUC (SPSM - HUC)</u></p> <p>Coimbra (parte norte), Miranda do Corvo, Anadia e Mealhada +</p> <p><u>Unidade de SMC do Litoral Norte</u> Cantanhede, Mira</p> <p><u>DPSM do C. H. Cova da Beira (Covilhã)</u></p> <p>Covilhã, Fundão, Belmonte, Penamacor,</p> <p><u>DPSM do H. Amato Lusitano (Castelo Branco)</u></p> <p>Castelo Branco, Oleiros, Sertã, Vila de Rei, Idanha-a-Nova, Vila Velha de Ródão, Proença- a- Nova</p>	<p>Transferência do internamento de agudos do CHPSM Sobral Cid para hospital geral</p> <p>Desenvolvimento das Unidades de Saúde Mental Comunitária de Pinhal Sul e Coimbra Norte</p> <p>Medidas para reabilitação e desinstitucionalização de doentes residentes nos hospitais e DPSM's (ver 4.3.)</p>	<p><u>SLSM de Coimbra Sul</u></p> <p><u>Unidade de SMC de Pinhal Interior</u> Penacova, Poiares, Lousã, Góis, Arganil, Tábua, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra</p> <p><u>Unidade de SMC do Litoral Sul</u> Figueira da Foz, Montemor o Velho, Soure (parcial)</p> <p><u>Unidade de SMC de Leiria Norte</u> Ansião, Figueiró dos Vinhos, Castanheira da Pêra, Pedrogão Grande e Alvaíazere, Pombal (norte)</p> <p><u>Unidade de SMC de Coimbra Sul</u> Coimbra (parte sul), Condeixa, Penela, Montemor-o-Velho (sul), Soure (parcial)</p> <p><u>DPSM dos HUC</u></p> <p>Coimbra (parte norte), Miranda do Corvo , Anadia e Mealhada +</p> <p><u>Unidade de SMC do Litoral Norte</u> Cantanhede, Mira</p> <p><u>DPSM do C. H. Cova da Beira (Covilhã)</u></p> <p>Sem alterações</p> <p><u>DPSM do H. Amato Lusitano (Castelo Branco)</u></p> <p>Sem alterações</p>

<p><u>DPSM do H. São Teotónio (Viseu)</u> Viseu, Castro Daire, Vila Nova de Paiva, Sátão, Penalva do Castelo, Vouzela, Tondela, Mangualde, São Pedro do Sul, Oliveira de Frades, Santa Comba Dão, Carregal do Sal</p> <p><u>DPSM do H. Santo André (Leiria)</u> Leiria, Batalha, Porto de Mós, Marinha Grande, Nazaré, Alcobaça, Pombal .</p> <p><u>DPSM do H. Infante D. Pedro (Aveiro)</u> Aveiro, Ílhavo, Sever do Vouga, Murtosa, Ovar, Estarreja, Oliveira do Bairro, Águeda, Albergaria-a-Velha, Vagos, Anadia, Mealhada</p> <p><u>DPSM do H. Sousa Martins (Guarda)</u> Guarda, Aguiar da Beira, Fornos de Algodres, Almeida, Figueira de Castelo Rodrigo, Sabugal, Manteigas, Gouveia, Seia, Celorico da Beira, Trancoso, Meda, Almeida, Pinhel</p>		<p><u>DPSM do H. São Teotónio (Viseu)</u> Sem alterações</p> <p><u>DPSM do H. Santo André (Leiria)</u> Sem alterações</p> <p><u>DPSM do H. Infante D. Pedro (Aveiro)</u> Sem alterações</p> <p><u>DPSM do H. Sousa Martins (Guarda)</u> Sem alterações</p>
---	--	--

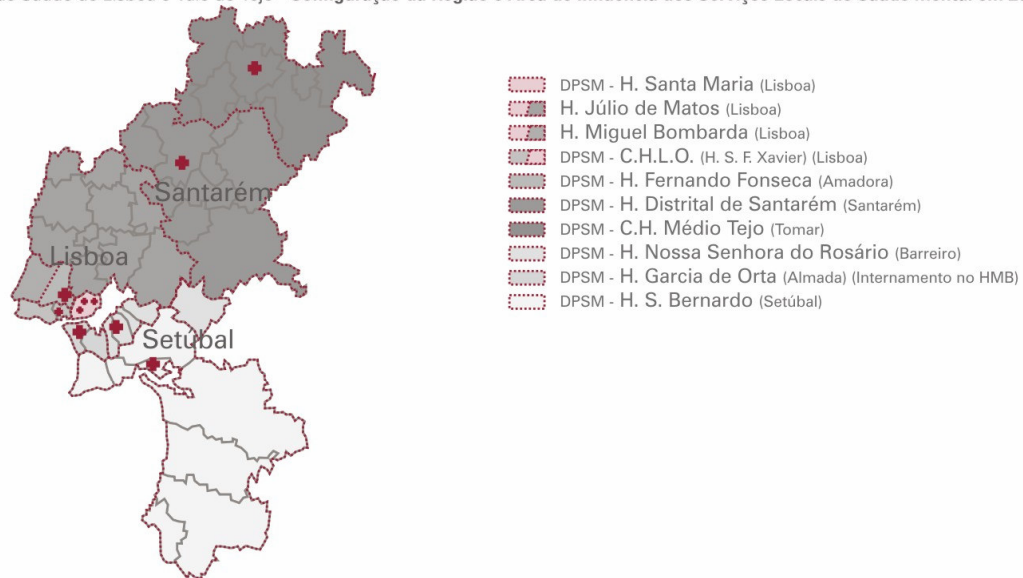
4.2.2.3. Planeamento da Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT)

Nos MAPAS 6 e 7 podem ver-se os limites desta região no momento actual e tal qual ficarão no futuro. Prevê-se que o concelho de Mação passe para a região Centro, enquanto os concelhos de Peniche, Bombarral, Óbidos e Caldas da Rainha deverão seguir o caminho inverso. Os

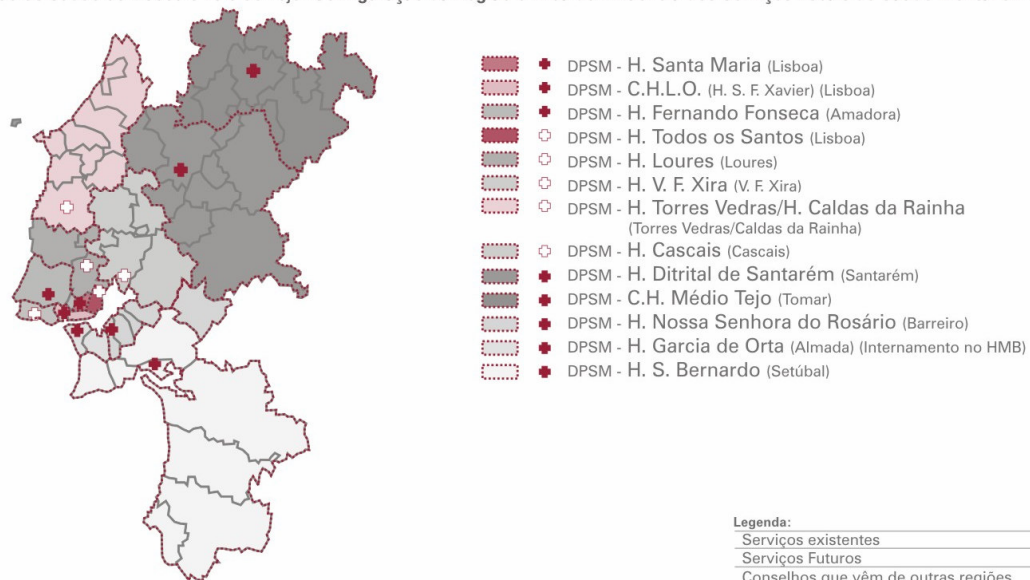
MAPAS 6 E 7

REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Configuração da Região e Área de Influência dos Serviços Locais de Saúde Mental em 2006



Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Configuração da Região e Área de Influência dos Serviços Locais de Saúde Mental em 2016



DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines passam a constituir o Litoral Alentejano, mas em termos de cuidados de saúde esta mudança não terá em princípio impacto a nível organizacional.

A situação actual no que respeita à organização dos serviços locais na RLVT pode-se ver no Quadro 30. Uma parte significativa destes serviços já é assegurada por DPSM de hospitais gerais (HSM, HFF, CHLO, HNSR, HSB, H. de Santarém, H. Garcia de Orta, C.H. de Médio Tejo. Os dois últimos, por razões relacionadas com falta de pessoal, funcionam apenas parcialmente, não prestando cuidados de internamento. As populações que não se encontram nas áreas de influência dos hospitais gerais atrás referidos continuam a depender de equipas do HMB e do HJM.

Até 2016, a responsabilidade pela assistência a estas populações deverá passar para DPSM de hospitais gerais, completando-se assim a criação da rede de SLSM na Região de LVT.

Através da criação de novos hospitais gerais prevista para a Região nos próximos anos (Cascais, Loures, Todos os Santos, Vila Franca de Xira, extensão do HFF em Sintra), todas as áreas geo-demográficas onde ainda não existem departamentos de psiquiatria e saúde mental, com excepção de Torres Vedras/Caldas da Rainha, passarão a ter um departamento com capacidade para assegurar os respectivos serviços locais de saúde mental. No caso de Torres Vedras/ Caldas da Rainha terá que se definir qual o melhor local onde criar o DPSM que ficará responsável por esta área.

Nos Quadros 30 e 31 encontram-se descritos os objectivos a atingir a curto prazo (finais de 2008) e a longo prazo (finais de 2016), bem como as acções propostas para se alcançarem estes objectivos. **De notar que nestes Quadros, ao contrário do que ocorre em relação às Regiões do Norte e do Centro, tomam-se como referência as áreas afectas aos Centros de Saúde e não as freguesias e concelhos.** Numa primeira fase, destacam-se as medidas destinadas a assegurar, por um lado, o funcionamento dos DPSM's já existentes, e, por outro, o funcionamento das Equipas Comunitárias dos hospitais psiquiátricos com plano de actividades próprio e orçamento privativo, bem como a preparação da sua passagem futura para os novos hospitais gerais.

A criação de condições para o funcionamento pleno do DPSM do H. Garcia da Orta e do DPSM do C.H. Médio Tejo é uma prioridade absoluta. Ambos têm boas instalações que estão desaproveitadas, sendo inaceitável que as populações servidas por estes hospitais tenham que continuar a depender dos hospitais psiquiátricos de Lisboa.

A criação de novas instalações para o DPSM do CHLO é outra prioridade. Ao contrario do que chegou a estar previsto, a construção do novo edifício do H. S. Francisco Xavier não levou à criação de um serviço psiquiatria nas instalações daquele hospital. Entretanto, as instalações existentes na Ajuda chegaram a um estado de degradação tal que, não sendo possível a criação de um novo serviço de psiquiatria nos espaços actuais dos hospitais que integram o CHLO, a construção de novas instalações junto de um destes hospitais não só se justifica tecnicamente, como é sem dúvida a solução mais racional do ponto de vista financeiro. A reconversão das actuais instalações da Ajuda para outro fim que não o dos cuidados psiquiátricos pode gerar recursos financeiros significativos. Esta possibilidade deve ser explorada, como forma de assegurar o financiamento necessário para a construção de novas instalações do DPSM junto a um dos hospitais do CHLO e a melhoria dos dispositivos na comunidade. Recomenda-se que, até ao final de 2007, o projecto a desenvolver para a

criação das novas instalações seja definido por um grupo de trabalho incluindo a CNIPSAME, o CHLO e a ARS.

De modo a permitir uma gestão mais racional dos recursos do HJM e HMB, a Comissão considera que se deverá criar um Centro Hospitalar juntando estes dois hospitais.

Recomenda-se também a adopção de medidas que permitam uma gestão mais eficiente do Parque de Saúde de Lisboa, bem como a definição de princípios relativos à utilização de espaços deste Parque por entidades não ligadas à saúde mental.

Com efeito, as instalações inicialmente afectas ao Hospital Júlio de Matos, compostas por diversas edificações e terrenos circundantes têm vindo a ser cedidas por via legislativa a outras entidades. Alguns edifícios foram cedidos a entidades públicas e privadas, tendo por base protocolos celebrados com o HJM e sempre homologados por membros do Governo.

Por despacho do Ministro da Saúde, foi determinado que os imóveis afectos ao HJM passassem a “constituir um espaço integrado destinado a instalar instituições da área da saúde, com a designação de Parque de Saúde de Lisboa”. Foi ainda, autorizado o Hospital a “mediante protocolo, facultar a utilização dos imóveis desocupados às entidades que estejam interessadas em instalar no PSL os seus serviços.” O mesmo despacho nomeou o Hospital entidade gestora de todo o Parque, com competência para emitir regulamentos, nomeadamente sobre a segurança e a vigilância. Os protocolos estabelecem ainda a obrigação do HJM, assegurar as prestações de serviços comuns do Parque mediante contraprestação da outra entidade contratante.

Parece-nos imperioso que se defina e designe um Órgão, na dependência directa do HJM, com competências próprias de gestão do PSL, cujo âmbito de actuação se circunscreva a:

Criação de regulamentação sobre a gestão dos espaços comuns;

Gestão de orçamento próprio, constituído por receitas provenientes das entidades aí sedeadas;

Avaliar propostas de afectação de instalações a instituições do SNS;

Providenciar pela regularização da situação jurídica dos imóveis bem como, através da Direcção Geral do Património proceder ao apuramento das imobilizações dos edifícios cedidos e construídos.

A autonomização e responsabilização das Equipas Comunitárias dos Hospitais Psiquiátricos, através da elaboração de um plano de actividades e a atribuição de um orçamento próprio, são propostas pela Comissão como forma de promover a saída destas equipas para a comunidade e de facilitar a preparação da sua transferência futura para os novos hospitais gerais. .

A integração de um Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental no Hospital de Todos os Santos (HTS) é um processo que se reveste de alguns aspectos particulares, decorrentes da ligação universitária prevista para este hospital (o H. de Todos os Santos terá funções de ensino e investigação, em ligação com a Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa) e do facto

da organização assistencial do mesmo ser coordenada a partir do Centro Hospitalar de Lisboa, Zona Central (antigos Hospitais Cívicos de Lisboa). Deste modo, há todas as vantagens em que a organização da equipa que, dentro de cerca de 6 anos, irá constituir a base do DPSM do HTS se integre, desde já, na organização geral do novo hospital coordenada a partir do Centro Hospitalar de Lisboa, Zona Central, com a colaboração da FCML. Para tal, propõe-se a criação, a curto prazo, de um DPSM no Centro Hospitalar de Lisboa, Zona Central, com a área de influência da actual equipa de Lisboa do HMB. Numa segunda fase, quando se verificar a entrada em funcionamento do HTS, este DPSM acompanhará os outros serviços na transferência do Centro Hospitalar de Lisboa, Zona Central para o novo hospital, tomando em consideração a dimensão de ensino e investigação prevista para o mesmo.

A reestruturação do atendimento das urgências é também obrigatória, não só por causa da desactivação prevista do H. Curry Cabral, mas também porque, com os recursos humanos disponíveis em termos de psiquiatras, é impossível manter uma urgência de 24 horas em todos os DPSM.

A solução mais correcta, em princípio, passa por concentrar o atendimento das urgências em cinco pontos: HSM, Centro Hospitalar de Lisboa, Zona Central, CHLO, HGO e H.D. de Santarém. Esta questão carece, no entanto, de uma negociação com as instituições envolvidas, pelo que se propõe a constituição de um grupo de trabalho para levar a bom termo esta reestruturação até 31 de Julho do corrente ano.

No entender da Comissão, justifica-se ainda que os psiquiatras do IDT passem a participar nas escalas dos serviços de urgência psiquiátrica, uma vez que é nestes que são atendidas as situações de urgência relacionadas com as dependências de álcool e de outras drogas.

Numa segunda fase, há que acertar as áreas de influência dos vários serviços de saúde mental da Região, de acordo com as novas áreas de influência dos hospitais gerais. Há também que assegurar a criação de unidades de PSM nos novos hospitais gerais a construir na RLVT, de acordo com as necessidades das populações das áreas de influência respectivas. Uma vez criados os novos DPSM dos hospitais de Cascais, Loures, Vila Franca de Xira e Todos os Santos, estes poderão substituir os hospitais psiquiátricos na prestação dos serviços locais de saúde mental às populações das respectivas áreas de influência. Com a inclusão de mais camas psiquiátricas no HFF, permitida pela construção da extensão de Sintra deste hospital, será possível ao DPSM do HFF passar a assegurar os serviços locais de saúde mental às populações do concelho da Amadora e de Sintra (actualmente, devido ao reduzido número de camas apenas abrange a Amadora e Queluz). Relativamente a Torres Vedras/ Caldas da Rainha, será necessário criar uma unidade de psiquiatria no hospital de Torres Vedras ou no de Caldas da Rainha.

QUADRO 31 - Desenvolvimento da rede de Serviços Locais de Saúde Mental da RLVT até final de 2008

Situação em 2007	Acções propostas	Situação em final de 2008
<p><u>HMB</u></p> <p>EQUIPA DE ALMADA (parcial) Almada, Costa da Caparica, Cova da Piedade, Seixal, Amora, Corroios.</p> <p>EQUIPA DE SINTRA - Algueirão, Cacém, Pêro Pinheiro, Rio de Mouro, Sintra</p> <p>EQUIPA DE LISBOA - Graça, Lapa, Luz Soriano, Penha de França, Coração de Jesus, S. Mamede, Sta. Isabel</p>	<p>Abertura do internamento do H. Garcia de Orta e transferência da responsabilidade assistencial plena da área de Almada/Seixal para o DPSM deste hospital</p> <p>Constituição de um Centro Hospitalar juntando o HJM e o HMB</p> <p>Criação de órgão gestor do Parque de Saúde de Lisboa, dependente do Centro Hospitalar</p>	<p><u>DPSM - H. GARCIA DE ORTA</u></p> <p>Almada, Seixal, Amora, Corroios</p>
<p><u>SPSM - HFF (Amadora)</u></p> <p>Amadora, Queluz, Reboleira, Venda Nova</p>	<p>Funcionamento com plano de actividades próprio e orçamento privativo da Equipa Comunitária de Sintra do HMB e preparação da sua transferência para o HFF</p>	<p><u>DPSM - HFF (Amadora)</u></p> <p>Amadora, Queluz, Reboleira, Venda Nova</p>
<p><u>HJM</u></p> <p>EQUIPA DE LOURES - Loures, Odivelas, Pontinha, Sacavém</p> <p>EQUIPA DE V. F. XIRA - Alenquer, Alhandra, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, V. F. Xira, Póvoa Sta. Iria</p> <p>EQUIPA DE LISBOA - Alameda, Marvila, Olivais, S. João</p> <p>EQUIPA DE TORRES VEDRAS - Cadaval, Mafra, Lourinhã, Sobral de Monte Agraço, Torres Vedras</p>	<p>Criação de DPSM no CH de Lisboa, Zona Central, de modo a integrar desde já a valência de saúde mental na preparação em curso do futuro H. Todos os Santos</p> <p>Funcionamento com plano de actividades próprio e dotação de orçamento privativo da Equipa Comunitária de Loures do HJM e início de preparação da sua transferência para o novo hospital de Loures</p>	<p><u>DPSM C.H. LISBOA, ZONA CENTRAL</u></p> <p>Graça, Lapa, Luz Soriano, Penha de França, Coração de Jesus, S. Mamede, Sta. Isabel</p> <p><u>DPSM - HFF (Amadora)</u></p> <p>Amadora, Queluz, Reboleira, Venda Nova</p> <p><u>HJM</u></p> <p>EQUIPA DE LOURES (c/ plano de actividade e orçamento próprios) - Loures, Odivelas, Pontinha, Sacavém</p> <p>EQUIPA TORRES VEDRAS (c/ plano de actividade e orçamento próprios) - Cadaval, Mafra, Lourinhã, Sobral de Monte Agraço, Torres Vedras</p> <p>EQUIPA DE LISBOA (c/ plano de actividades e orçamento próprios) - Alameda, Marvila, Olivais, S. João</p> <p>EQUIPA DE VILA FRANCA DE XIRA (c/ plano de actividades e orçamento próprios) - Alenquer, Alhandra, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, V. F. Xira, Póvoa Sta. Iria</p>

<p><u>DPSM - HSM</u> Alvalade, Benfica, Lumiar, Sete Rios</p> <p><u>DPSM - CHLO</u> Ajuda, Alcântara, Carnaxide, Oeiras, Cascais, Parede</p> <p><u>DPSM - H. N.S. ROSÁRIO (BARREIRO)</u> Alcochete, Baixa da Banheira, Barreiro, Moita, Montijo, Quinta da Lomba</p> <p><u>DPSM - H. S. BERNARDO (SETUBAL)</u> Alcácer do sal, Bonfim, Grândola, Palmela, S. Sebastião, Sesimbra, Setúbal, Sines, Santiago do Cacém</p> <p><u>DPSM - H. D. SANTARÉM</u> Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior, Salvaterra de Magos, Santarém</p> <p><u>DPSM - C. H. Médio Tejo (Tomar)</u> Alcanena, Entroncamento, Fátima, Ourém, Torres Novas, Abrantes, Constância, Ferreira do Zêzere, Sardoal, Tomar, Vila Nova da Barquinha, Golegã</p>	<p>Funcionamento com plano de actividades próprio e dotação de orçamento privativo da Equipa Comunitária de Torres Vedras do HJM e início de planeamento da criação do DPSM de Torres Vedras/Caldas da Rainha</p> <p>Funcionamento com plano de actividades próprio e dotação de orçamento privativo da Equipa Comunitária de Vila Franca de Xira e início de planeamento da criação do DPSM do H. Vila Franca de Xira</p> <p>Criação de novas instalações para o DPSM do CHLO (projecto a definir até ao final de 2007)</p> <p>Reestruturação das urgências psiquiátricas de LVT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentração do atendimento das urgências em 5 pontos: HSM, HCL, CHLO, HGO e HD Santarém. ▪ Inclusão dos psiquiatras do IDT nas escalas dos serviços de urgência psiquiátrica <p>Contratação de mais pessoal no C. Hospitalar Médio Tejo - Tomar, de modo a assegurar o funcionamento do internamento</p> <p>Medidas para reabilitação e desinstitucionalização de doentes residentes nos hospitais e DPSM's (ver 4.3.)</p>	<p><u>SPSM - HSM</u> Alvalade, Benfica, Lumiar, Sete Rios</p> <p><u>DPSM - CHLO</u> Ajuda, Alcântara, Carnaxide, Oeiras, Cascais, Parede</p> <p><u>DPSM - H. N. S. ROSÁRIO (BARREIRO)</u> Alcochete, Baixa da Banheira, Barreiro, Moita, Montijo, Quinta da Lomba</p> <p><u>DPSM - H. S. BERNARDO (SETÚBAL)</u> Alcácer do Sal, Bonfim, Grândola, Palmela, S. Sebastião, Sesimbra, Setúbal, Sines, Santiago do Cacém</p> <p><u>DPSM - H. D. SANTARÉM</u> Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior, Salvaterra de Magos, Santarém</p> <p><u>DPSM - C. H. Médio Tejo (Tomar)</u> Alcanena, Entroncamento, Fátima, Ourém, Torres Novas, Abrantes, Constância, Ferreira do Zêzere, Sardoal, Tomar, Vila Nova da Barquinha, Golegã</p>
---	---	--

QUADRO 32- Desenvolvimento da rede de Serviços Locais de Saúde Mental da RLVT até final de 2016

Situação no final de 2008	Acções propostas	Situação em 2016
<p><u>DPSM - H. GARCIA DE ORTA</u> Almada, Seixal, Amora, Corroios</p> <p><u>DPSM C.H. LISBOA, ZONA CENTRAL</u> Graça, Lapa, Luz Soriano, Penha de França, Coração de Jesus, S. Mamede, Sta. Isabel</p> <p><u>HMB</u> EQUIPA DE SINTRA (c/ plano de actividades e orçamento próprios) - Algueirão, Cacém, Pêro Pinheiro, Rio de Mouro, Sintra</p> <p><u>DPSM - HFF (Amadora)</u> Amadora, Queluz, Reboleira, Venda Nova</p> <p><u>HJM</u> EQUIPA DE LOURES (c/ plano de actividade e orçamento próprios) - Loures, Odivelas, Pontinha, Sacavém EQUIPA TORRES VEDRAS (c/ plano de actividade e orçamento próprios) - Cadaval, Mafra, Lourinhã, Sobral de Monte Agraço, Torres Vedras EQUIPA DE LISBOA (c/ plano de actividades e orçamento próprios) - Alameda, Marvila, Olivais, S. João EQUIPA DE VILA FRANCA DE XIRA (c/ plano de actividades e orçamento próprios) - Alenquer, Alhandra, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, V. F. Xira, Póvoa Sta. Iria</p>	<p>Acerto das áreas de influência dos vários serviços de saúde mental da Região, de acordo com as novas áreas de influência dos hospitais gerais</p> <p>Aumento do número de camas do internamento do DPSM do HFF</p> <p>Transferência dos cuidados de saúde mental da área de Sintra para o DPSM - HFF</p> <p>Criação dos DPSM dos H. de Cascais, , Loures, Vila Franca de Xira, Todos os Santos e Torres Vedras/ Caldas da Rainha</p> <p>Transferência dos cuidados de saúde mental das áreas de influência dos H. de Cascais, Loures, Vila Franca de Xira, Todos os Santos e Torres Vedras/ Caldas da Rainha para os DPSM nestes hospitais</p> <p>Realização das obras necessárias para a criação do DPSM deTorres Vedras/ Caldas da Rainha</p> <p>Medidas para reabilitação e desinstitucionalização de doentes residentes nos hospitais e DPSM's (ver 4.3.)</p>	<p><u>DPSM - H. GARCIA DE ORTA</u> Sem alterações</p> <p><u>DPSM - H. TODOS OS SANTOS</u> Graça, Penha de França, S. João, Olivais, Marvila, Alameda</p> <p><u>DPSM - HFF (AMADORA)</u> Amadora, Queluz, Reboleira, Venda Nova, Algueirão, Cacém, Pêro Pinheiro, Rio de Mouro, Sintra</p> <p><u>DPSM - H. LOURES</u> Loures, Odivelas, Pontinha, Sacavém</p> <p><u>DPSM - H. TORRES VEDRAS/ CALDAS DA RAINHA</u> Cadaval, Mafra, Lourinhã, Sobral de Monte Agraço, Torres Vedras, Óbidos, Bombarral, Peniche e Caldas da Rainha</p> <p><u>DPSM - H. V.F. XIRA</u> Alenquer, Alhandra, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, V. F. Xira, Póvoa Sta. Iria</p>

<p><u>SPSM - HSM</u> Alvalade, Benfica, Lumiar, Sete Rios</p> <p><u>DPSM - CHLO</u> Ajuda, Alcântara, Carnaxide, Oeiras, Cascais, Parede</p> <p><u>DPSM - H. N. S. ROSÁRIO (BARREIRO)</u> Alcochete, Baixa da Banheira, Barreiro, Moita, Montijo</p> <p><u>DPSM - H. S. BERNARDO (SETÚBAL)</u> Alcácer do Sal, Bonfim, Grândola, Palmela, S. Sebastião, Sesimbra, Setúbal, Sines, Santiago do Cacém</p> <p><u>DPSM - H. D. SANTARÉM</u> Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior, Salvaterra de Magos, Santarém</p> <p><u>DPSM - C. H. Médio Tejo (Tomar)</u> Alcanena, Entroncamento, Fátima, Ourém, Torres Novas, Abrantes, Constância, Ferreira do Zêzere, Sardoal, Tomar, Vila Nova da Barquinha, Golegã</p>		<p><u>DPSM - HSM</u> Freguesias centro/norte de Lisboa</p> <p><u>DPSM - CHLO</u> Freguesias Ocidentais de Lisboa, Oeiras</p> <p><u>DPSM - H. CASCAIS</u> Cascais, Parede</p> <p><u>DPSM - H. N. S. ROSÁRIO (BARREIRO)</u> Alcochete, Baixa da Banheira, Barreiro, Moita, Montijo</p> <p><u>DPSM - H. S. BERNARDO (SETÚBAL)</u> Sem alterações</p> <p><u>DPSM - H. SANTARÉM</u> Sem alterações</p> <p><u>DPSM - C. H. MÉDIO TEJO</u> Sem alterações</p>
---	--	---

4.2.2.4. Planeamento da Região do Alentejo

Na Região do Alentejo os serviços locais de saúde mental são assegurados pelos DPSM dos H. Espírito Santo (Évora), José Maria Grande (Portalegre) e J. Joaquim Fernandes (Beja). Todos se debatem com insuficiências de pessoal, em especial o de Beja. Em termos de instalações, a situação mais grave é também a de Beja, dado não possuir unidade de internamento, tendo os doentes que ser internados em Lisboa, no HMB. Em Portalegre existe também uma situação delicada nas instalações da unidade onde se encontram os doentes de evolução prolongada.

No entender da Comissão, importa atender sobretudo às seguintes prioridades:

- Solução dos problemas existentes em Beja
 - Desenvolvimento de um programa que permita assegurar a continuidade dos cuidados essenciais às populações do distrito através do reforço da equipa de saúde mental, compensando, se necessário, a falta de médicos, através da contratação de outros profissionais e o desenvolvimento de mecanismos de supervisão dos mesmos. Este programa deverá ser um projecto piloto, a desenvolver com carácter de urgência
 - Assegurar a criação de unidade de internamento
- Solução do problema da unidade de doentes de evolução prolongada de Portalegre (Realização de uma avaliação da situação existente e apresentação de um plano com as alternativas possíveis até ao final de Outubro de 2007)
- Assegurar a criação de um novo internamento de agudos integrado no edifício do hospital geral
- Melhorar o atendimento das urgências nos vários distritos, explorando a possibilidade de estabelecer formas de cooperação entre eles.

4.2.2.5. Planeamento da Região do Algarve

Os cuidados de saúde mental no Algarve são assegurados pelos DPSM dos Hospitais de Faro e do Barlavento. Os principais problemas destes departamentos prendem-se com a falta de pessoal, problema que se tem vindo a agudizar face ao aumento crescente da população no Algarve. De sublinhar que, apesar da escassez de pessoal, se realizam consultas de psiquiatria em múltiplos locais da região. Os progressos registados na criação de respostas no âmbito da reabilitação psicossocial na região merecem também uma menção especial.

Para superar os problemas principais da região, importa:

- Garantir a inclusão de um novo departamento de PSM no novo hospital central do Algarve
- Desenvolver um projecto de Unidade ou Equipa de saúde mental comunitária, até final de 2008
- Reorganizar o atendimento das urgências

4.3. Reabilitação psicossocial e desinstitucionalização dos doentes mentais graves

4.3.1. Reabilitação psicossocial

Muitas vezes as perturbações mentais mais graves dão origem à perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional, que podem ser compensadas através do processo de reabilitação, que incide por um lado na recuperação e aprendizagem de competências individuais e sociais, por outro na criação de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência dos doentes.

A OMS, no seu Relatório Anual de 2001, define a **reabilitação psicossocial** como “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais”. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial. Os objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria das competências sociais e individuais e a criação de um sistema de suporte de longa duração.

A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos permanentemente, em instituições psiquiátricas.

O objectivo da nova política de saúde mental é ajudar a pessoa a recuperar plenamente a sua vida na comunidade, com apoio especializado quando necessário, garantir o acesso aos cuidados de saúde mental a todas as pessoas que deles necessitem, fora das grandes instituições e na proximidade dos locais onde as pessoas vivem e promover a reabilitação e a integração na sociedade, em articulação com outros serviços da comunidade.

O tratamento e a reabilitação, nesta perspectiva holística, são interdependentes, interagindo um sobre o outro. A combinação dos dois pode ser simultânea, sequencial ou intermitente, conforme as necessidades da pessoa, mas existem diferenças entre os métodos utilizados e as metas a longo e a curto prazo. O tratamento pretende limitar a sintomatologia, diminuir pensamentos bizarros e sentimentos de ansiedade e angústia e normalizar o comportamento. A reabilitação pretende capacitar a pessoa disfuncional para atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restritivo possível.

A transição para a vida independente e o auto-cuidado é outra consideração importante, que requer técnicas específicas que podem facilitar a passagem de um meio protegido para um ambiente aberto, pela aprendizagem das competências para desempenhar novos papéis, tomar novas decisões e encetar novos relacionamentos. Alguns serviços optam por criar unidades de dia, residências de transição, ou outros dispositivos, que, apesar de se enquadrarem no âmbito dos serviços de saúde mental hospitalares, têm em vista preparar as pessoas para a vida na comunidade.

A partir dos anos 90 desenvolveu-se uma nova visão da reabilitação que dá uma grande importância à experiência das próprias pessoas com doença mental, às suas necessidades e aspirações, e ao seu percurso pessoal para a recuperação (*recovery*). O conhecimento destas necessidades e aspirações, através dos relatos das pessoas com experiência de doença mental, permite organizar sistemas de suporte comunitário que constituem uma rede para responder às necessidades destas pessoas vulneráveis, sem serem necessariamente isoladas ou excluídas da comunidade.

O processo de *recovery* é descrito como uma mudança de atitudes, valores, significações e objectivos, empreendida pela própria pessoa, de forma a ultrapassar os efeitos catastróficos não só da doença mental, mas também do isolamento, do estigma, da perda do emprego e dos vínculos sociais, construindo para si um novo projecto de vida. Não é uma forma de intervenção técnica feita pelos profissionais, é um percurso pessoal para a emancipação e para uma vida satisfatória. No entanto a percepção desta visão permite aos profissionais incluir na avaliação dos resultados dos seus programas, as dimensões da auto-estima, realização pessoal, *empowerment* e autonomia das pessoas com doença mental, como indicadores de uma intervenção correcta que respeita os seus direitos.

4.3.2. Necessidades dos utentes: Reabilitação e inclusão social

De acordo com um Relatório da FNERDM (Federação Nacional das Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais), resultante de consulta às suas associadas, é necessário, por um lado adequar melhor as respostas existentes para a reabilitação psicossocial, por outro criar novas respostas. “Dada a diversidade da situação de vida das pessoas com problemas de saúde mental (grau de dependência, rendimentos, idade, suporte familiar e social) as respostas de reabilitação devem ser renovadas, de modo a permitir maior individualização e flexibilidade, com o intuito de se adaptarem às características individuais de autonomia e funcionamento da pessoa.”

É preciso então diversificar os apoios para a **formação e integração profissional**, e adequar os critérios de concepção e financiamento a contextos mais integrados e integradores (ex: emprego apoiado, empresas de inserção, estágios profissionais em empresas, trabalho a tempo parcial, apoios pós-contratação mais flexíveis, etc.)

Na área do **apoio residencial e ocupacional**, verifica-se uma insuficiência de recursos apesar do grande avanço que se fez desde 1998, e os equipamentos financiados através do Despacho Conjunto Saúde / Segurança Social n.º 407/98, localizam-se predominantemente nas áreas de Lisboa. Apesar de ter havido uma actualização dos acordos de cooperação em 2005, o financiamento atribuído aos projectos de reabilitação psicossocial é insuficiente para o eficaz cumprimento dos seus objectivos.

O **apoio domiciliário** é uma necessidade premente, principalmente para as pessoas com doença mental prolongada que vivem sós, e que poderão manter-se no seu domicílio com esse tipo de apoio, evitando novas institucionalizações. Mais uma vez deve esta resposta ser adaptada às necessidades deste público, diferentes das dos idosos. Deve proporcionar o reforço da autonomia e a manutenção das redes sociais, além da aprendizagem das

actividades da vida diária e da gestão doméstica, quer em casa, quer na comunidade, e o apoio na gestão dos recursos financeiros.

A **habitação apoiada**, como solução individualizada, adequa-se melhor às necessidades de autonomia, proporcionando uma plena participação na vida social, e simultaneamente assegurando um suporte à integração por uma equipa qualificada.

Os **centros comunitários**, quer numa vertente mais ocupacional, quer na promoção da integração e participação na vida social e cultural, são indispensáveis para combater o isolamento, a perda dos laços de pertença, a deterioração das capacidades, que conduzem tantas vezes, paulatinamente, a situações de exclusão social.

Os **grupos de ajuda mútua** são um instrumento precioso para a criação de solidariedades horizontais, a valorização das capacidades, partilha de experiências, consciencialização dos direitos e mobilização dos recursos individuais e colectivos. Embora tenham como objectivo a autonomia de funcionamento em relação aos técnicos e às organizações, necessitam na fase inicial de que lhes sejam disponibilizadas informação, condições e suporte para reunião, organização interna e participação cívica em contextos sociais mais alargados.

As **associações representativas** de utentes e famílias sentem também a necessidade de serem auscultadas e participarem na revisão e desenvolvimento dos instrumentos legais e dos programas e políticas da saúde mental. Outra necessidade referida diz respeito à “implementação de um sistema de avaliação coerente da qualidade das respostas existentes, para planear e definir com maior rigor as políticas de reabilitação em saúde mental.” (FNERDM, 2005).

Também a Rede Nacional de Pessoas com Doença Mental apresentou no dia 10 de Outubro de 2006 um documento elaborado unicamente por pessoas com experiência de doença mental de todo o país, que traduz os direitos e necessidades que desejam ver concretizados, cujos tópicos se transcrevem no **QUADRO 33**.

QUADRO 33

DIREITOS E NECESSIDADES DE ACORDO COM A REDE NACIONAL DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

1. Integração na comunidade
2. Não haver discriminação, direito à igualdade
3. Empregos para todos
4. Uma casa para todos
5. Formação dos profissionais de saúde
6. Cidadania para a educação nas escolas normais
7. Espiritualidade e *recovery*, respeito pela diversidade
8. Cidadania para todos
9. Devemos ter uma visão positiva de tudo na vida e levarmos os nossos projectos até ao fim
10. Actividades saudáveis, contacto com a natureza
11. Pretendemos uma maior independência em relação aos nossos familiares/técnicos
12. Mais ajuda mútua e inter-pares
13. Melhor relacionamento entre os membros da família

4.3.3. Necessidades das famílias

De um documento elaborado pela FNAFSAM (Federação Nacional da Associações de Famílias Pró Saúde Mental) foram extraídas as seguintes considerações:

A redução de camas nos hospitais psiquiátricos, o encurtamento das estadias, a orientação de não facilitar novos internamentos, o acrescido relevo do ambulatório, a limitada implementação de respostas de natureza comunitária (incluindo as residenciais), concorrem para que os doentes regressem ou permaneçam nos seus domicílios, quer autónomos quer no das famílias de origem, o que é mais vulgar entre nós.

Num caso ou noutro, ocorre o inevitável envolvimento e sobrecarga para as famílias, quer na vertente subjectiva de desgaste emocional, sentimentos de impotência e desespero, angústia e insegurança em relação ao futuro do seu familiar com doença mental, quer no aspecto mais objectivo das tarefas que se impõem no dia a dia, desde o apoio para os cuidados pessoais, a toma da medicação, a procura dos serviços necessários para o tratamento e a reabilitação, até aos encargos financeiros.

Na área da saúde mental é de particular interesse para as próprias famílias que estas se disponham a uma atitude pró-activa. Porque tal postura corresponde também aos interesses das instâncias oficiais responsáveis pelos serviços, as famílias foram, por direito próprio, pelo menos teoricamente, promovidas à condição de “parceiros” do sistema, de acordo com as orientações internacionais. A forma mais imediata e geral de participação é a de prestação informal de cuidados no domicílio. A evidência de múltiplos estudos revela que o envolvimento adequado das famílias é de facto de extrema importância para a evolução mais favorável e facilitada do processo terapêutico e reabilitativo do seu familiar. Os estudos demonstram também que melhorias na gestão de caso, no cuidado e nos resultados gerais

ocorrem quando as famílias recebem informação, educação, treino e outro apoio. Pela própria vocação natural de família (as relações afectivas, a protecção, a ajuda, a solidariedade na adversidade), é de crer que uma família, devidamente informada e esclarecida, queira, desde que possa, ter actuação apropriada. Esta coincidirá então com os melhores interesses do doente, nas suas necessidades de tratamento, reabilitação e reinserção social, que passam a ser também prioridades das famílias.

A situação das famílias é diversificada e na mesma família pode variar no tempo. Um factor diferencial é aquele que o sistema pode experimentar, conforme o doente é pai ou mãe, um filho/a, um irmão/ã ou outro elemento. Daí podem decorrer necessidades individualizadas. Do exercício de gestão de caso no seio da família e da prestação informal de cuidados decorrem para as famílias necessidades especiais inerentes a tal missão. É forçoso ser inequívoco e destacar que sem uma postura de efectiva responsabilidade das devidas instâncias do Estado na consideração de tais necessidades e na implementação dos instrumentos requeridos para as satisfazer, a generalidade das famílias que recorrem aos serviços oficiais não pode, pura e simplesmente, assegurar tal papel. E não se lhes pode exigir uma missão impossível.

O facto de defender que os cuidadores familiares devem ser tidos como parceiros dos profissionais não impede a EUFAMI ¹ de também acrescentar, como “princípio”, que *“carers need support in their own right, and have independent needs which must be recognized and respected”*. Vários autores emitem uma nota de aviso a propósito de programas de educação e psico-educação para famílias: *estes programas não podem implicar que as famílias “are to be responsible for the care of mentally ill relatives”*. As famílias podem apoiar, mas, não só não podem substituir a assistência médica, como não podem assegurar a reabilitação psicossocial, que é um processo complexo, continuado no tempo, multidisciplinar, caro... mas essencial.

As intervenções de profissionais dirigidas às famílias, para que estas possam melhor conviver com a doença, para a sua formação e treino e assim, complementarmente, adquirirem reforçada competência para o seu papel de parceiros, podem sintetizar-se nos tópicos da informação, educação, psicoeducação, consultoria, aconselhamento, psicoterapia. Há outra área de ajuda em que a intervenção dominante é das próprias famílias, através do fenómeno associativo (especialmente grupos de suporte, grupos de ajuda mútua, grupos de auto ajuda, actividades ou grupos de “advocacy”). As associações oferecem normalmente cómoda oportunidade para estas formas de apoio. Seja qual for a forma de intervenção de profissionais, a relação entre estes e as famílias é questão nuclear. Requer-se uma boa inter-relação de utentes, familiares e profissionais. Pede-se a estes atitude sistemática de atenção, compreensão, respeito e equilibrada disponibilidade, postura capaz de estimular a comunicação e cimentar uma verdadeira aliança empática, de confiança, de respeito mútuo, de esperança e comunhão de objectivos.

Ligada com este tema está outra necessidade primária das famílias, a da informação. Salienta-se porque é elevada a frequência com que as famílias se queixam de franco défice

¹ European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness. (Cf. Eufami’s principles, na contra capa de *Working Together*, que é o boletim quadrimestral da Federação).

em tal área, onde podem ocorrer problemas de efectiva delicadeza. Os efeitos devastadores de patologias como a esquizofrenia, a doença bipolar ou a depressão major são bom exemplo da extrema confusão e desorientação, em que muitos familiares se sentiram perdidos, durante apreciável lapso de tempo. Com alguma frequência interrogam-se se o percurso passado das suas vidas e dos seus doentes não poderiam ter sido bem diferentes caso, oportunamente, tivessem tido acesso a informação apropriada.

4.3.4. Respostas desejáveis e estratégias propostas

As respostas desejáveis para a reabilitação psicossocial na comunidade podem variar de país para país, mas existe um consenso acerca do essencial, como:

- a. Residências protegidas, situadas em edifícios de habitação comum, de pequena dimensão (5 a 7 pessoas) de forma a criar um ambiente semelhante ao meio familiar;
- b. Centros comunitários para socialização, treino de competências sociais, e promoção da integração social;
- c. Serviços de orientação, formação e reabilitação profissional;
- d. Sistemas de emprego apoiado e apoios à contratação no mercado de trabalho;
- e. Cooperativas ou empresas de inserção;
- f. Serviços de apoio domiciliário associados a respostas habitacionais independentes e individualizadas;
- g. Grupos de auto-ajuda para promoção de autonomia e *empowerment*;
- h. Grupos psico-educacionais para doentes e famílias;
- i. Organizações de utentes ou de famílias para defesa dos interesses próprios e representação nas instâncias de decisão, planeamento e avaliação dos serviços;
- j. Linhas telefónicas S.O.S.
- k. Promoção da participação activa através da educação para a cidadania e *empowerment*;
- l. Apoio às ONG que operam na área da reabilitação psicossocial, defesa de direitos e representação de utentes e famílias.

O objectivo deste leque diversificado de serviços é promover a inclusão social e prevenir a exclusão das pessoas com problemas de saúde mental do acesso à educação, formação, emprego, habitação condigna, protecção social, cultura, justiça, e favorecer a sua integração nas comunidades naturais, e a igualdade de oportunidades em todos os contextos.

A um nível mais abrangente é necessária uma campanha de sensibilização e de educação do público, bem planeada, que possa reduzir o estigma e a discriminação em relação às pessoas com doença mental e respectivas famílias, que constitui uma barreira invisível na sociedade, impedindo o exercício dos seus direitos de cidadania. Neste sentido os meios de comunicação desempenham um importante papel, pelo que qualquer acção contra o estigma face à doença mental tem que contar com o apoio deste meio para combater a desinformação e as falsas ideias.

4.3.5. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

A reabilitação psicossocial teve, durante muito tempo, escasso desenvolvimento em Portugal. Só a partir da inclusão, na década de 90, dos doentes psiquiátricos entre os beneficiários de programas de apoio ao emprego financiados pela Comissão Europeia foi possível desenvolver projectos de formação e reintegração profissional. E só depois do Despacho conjunto 407/98, se abriu a possibilidade de obter apoios para programas residenciais e áreas de dia na comunidade. A avaliação do impacto do Despacho conjunto mostra que, apesar da escassez dos recursos envolvidos e da falta de planeamento, os resultados desta iniciativa foram notáveis, por várias razões: pelo número de pessoas que acabaram por beneficiar dos novos programas, pelos resultados qualitativos obtidos, e, acima de tudo, pela prova de que, ao contrário do que alguns vaticinavam, em Portugal é possível oferecer condições de vida mais digna aos doentes mentais na comunidade, se se disponibilizarem os apoios necessários para tal e se se aproveitar a capacidade de iniciativa existente na sociedade.

Apesar destes progressos, os mecanismos disponíveis até agora têm um alcance muito limitado, sendo manifestamente insuficientes para enfrentar os problemas colocados pela reabilitação e desinstitucionalização dos doentes psiquiátricos do país.

No entanto, o desenvolvimento recente do Programa de Cuidados Continuados Integrados de Saúde veio abrir perspectivas muito encorajadoras neste domínio. De modo a explorar o potencial existente na utilização dos mecanismos criados no âmbito do Programa de Cuidados Continuados Integrados de Saúde para a reabilitação e desinstitucionalização dos doentes psiquiátricos, a Comissão desenvolveu um trabalho conjunto com a Unidade de Missão dos Cuidados Continuados e Integrados de Saúde do qual resultou um projecto de diploma que cria um Programa específico de cuidados continuados para doentes psiquiátricos.

De acordo com o projecto de diploma, será criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RNCCISM), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde mental e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os serviços locais de saúde mental, os centros de saúde, os serviços distritais e locais de segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais. A Rede organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local.

Constitui objectivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental a pessoas com perturbações mentais graves e ou incapacidade psicossocial, que se encontrem em situação de dependência. Constituem ainda objectivos específicos da Rede:

- A reabilitação, integração social, participação e autonomia das pessoas com perturbações mentais graves e ou incapacidade psicossocial, residentes na comunidade e sem suporte familiar e social adequado;
- A melhoria da qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais graves e ou incapacidade psicossocial, actualmente residentes nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos de psiquiatria dos hospitais gerais;

- O aumento e a manutenção das competências e capacidades e a prevenção do risco de perda destas por parte das pessoas com perturbações mentais graves e ou incapacidade psicossocial;
- O apoio e o acompanhamento tecnicamente adequados à respectiva situação;
- A integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbações mentais graves e ou incapacidade psicossocial;
- A promoção e o reforço das capacidades das famílias de pessoas com perturbações mentais graves e ou incapacidade psicossocial, em lidar com as situações daí decorrentes, facilitando o acompanhamento familiar, promovendo o seu envolvimento e participação na prestação de cuidados;
- O apoio aos familiares ou cuidadores informais, quer na respectiva preparação e qualificação, quer na prestação dos cuidados;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde mental e de apoio social;
- A articulação e coordenação em rede, dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades em matéria de cuidados continuados integrados de saúde mental.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde mental e ou de apoio social e assenta nas seguintes bases de funcionamento:

- Articulação com os Serviços Locais de Saúde Mental e com os serviços do sistema de segurança social;
- Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efectivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e a optimização dos recursos locais;
- Intervenção baseada no Plano Individual de Cuidados e no cumprimento dos objectivos programados.

A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local. A coordenação da Rede a nível nacional é definida, em termos de constituição e competências, por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

A prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental será assegurada por vários tipos de serviços:

- a. Unidades de convalescença
- b. unidades residenciais
 - Unidades de média duração e reabilitação

- Unidades de longa duração e manutenção
 - De apoio máximo
 - De apoio intermédio
 - De apoio mínimo
- c. Unidades de integração social (fórum sócio-ocupacional)
- d. Unidades de apoio domiciliário

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RNCCISM) será um instrumento fundamental para responder aos problemas de reabilitação/desinstitucionalização de quatro populações diferentes:

- 1 - Pessoas com doenças psiquiátricas não institucionalizadas;
- 2 - Pessoas residentes nos hospitais psiquiátricos e DPSM públicos;
- 3 - Pessoas que vivem em instituições das Ordens Religiosas e H. Conde Ferreira;
- 4 - Pessoas em risco acrescido por perda de cuidadores familiares.

Cada um destes grupos apresenta especificidades próprias, que se devem tomar em consideração no planeamento da rede.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Aprovação do Diploma sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RNCCISM)	Ministros da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social	30 de Junho de 2007	Diploma aprovado
Nomeação do Grupo Coordenador da Rede a nível nacional	Ministros da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social	31 de Julho de 2007	Nomeação efectuada
Elaboração do Plano de Acção da Rede	Grupo Coordenador da Rede a nível nacional	31 de Dezembro de 2007	Plano elaborado
Lançamento de experiências piloto	Grupo Coordenador da Rede a nível nacional	31 de Março de 2008	Experiências iniciadas
Desenvolvimento do projecto nacional de desinstitucionalização	Grupo Coordenador da Rede a nível nacional	31 de Dezembro de 2007	Projecto elaborado

4.4. Serviços regionais de saúde mental

De acordo com o modelo de organização de serviços de saúde mental estabelecido em Portugal, deverão ter um âmbito regional alguns serviços que, pela elevada especialização ou pela racionalidade de distribuição de recursos, não é possível assegurar a nível local. Embora a lei determine que o planeamento destes serviços deverá obedecer a um planeamento nacional, tem-se assistido, nos últimos anos, a uma proliferação anárquica de serviços especializados, nem sempre atendendo às necessidades prioritárias das populações. A criação de unidades ou serviços especializados tem obviamente aspectos positivos, uma vez que pode contribuir para a melhoria dos cuidados, da formação e da investigação. Num contexto de escassez de recursos, no entanto, há que garantir que o desenvolvimento destas unidades não vem comprometer a resposta às necessidades mais prementes (por exemplo, os cuidados aos doentes mentais graves). Importa ainda assegurar que a criação de serviços mais especializados se efectua nos *settings* institucionais mais adequados para a colaboração com outras especialidades, o ensino e a investigação.

A Comissão, considerando que importa definir com um mínimo de rigor quais os serviços regionais que é fundamental assegurar, recomenda que, para os próximos cinco anos, se considerem como essenciais os seguintes serviços:

- Serviços de internamento para doentes inimputáveis - 3 serviços no país: no HJM, HSC e HML
- Serviços de Internamento para “Doentes Díficeis” (exigindo condições especiais de segurança, programas específicos e maior rácio de profissionais/doentes) - 3 serviços no país - no HJM, HSC e HML
- Unidades de tratamento para perturbações do comportamento alimentar - 3 no país, em hospitais gerais a determinar
- Unidades de internamento psiquiátrico para Idosos - 3 no país: no HJM, HSC e HML.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Definição dos princípios orientadores do desenvolvimento e funcionamento das unidades para doentes inimputáveis	Ministérios da Saúde e da Justiça	31 Dezembro 2007	Documento terminado
Definição dos princípios orientadores do desenvolvimento e funcionamento das unidades para “doentes díficeis”, para perturbações do comportamento alimentar e de internamento para idoso	CNIPSAME	31 de Julho de 2008	Documento terminado
Elaboração do plano de desenvolvimento das unidades regionais	CNIPSAME	31 de Julho de 2008	Plano terminado

4.5. Hospitais psiquiátricos

O papel dos hospitais psiquiátricos no sistema prestador de cuidados de saúde mental tem vindo a sofrer alterações muito significativas em todo o mundo. Com o avanço dos meios terapêuticos disponíveis, o tratamento dos doentes psiquiátricos passou a ser cada vez mais efectuado na comunidade. O próprio internamento de doentes agudos passou a ser preferencialmente efectuado em unidades de psiquiatria nos hospitais gerais, opção que garante um melhor apoio de outras especialidades e diminui o estigma associado às instituições psiquiátricas. Por outro lado, o desenvolvimento da reabilitação psicossocial, a preocupação crescente com a defesa dos direitos humanos dos doentes mentais e a disseminação da perspectiva da sua recuperação e integração social, levou a uma progressiva transferência dos doentes graves para residências e outras estruturas comunitárias.

Toda a evidência científica disponível veio mostrar que a transição de hospitais psiquiátricos para uma rede de serviços com base na comunidade é a estratégia de desenvolvimento de serviços que melhor garante a melhoria da qualidade de cuidados de saúde mental.

Por todas estas razões, as organizações internacionais com competência na matéria têm vindo, nos últimos anos, a insistir com os governos para que implementem reformas que assegurem a transição atrás referida. Como se refere na “Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental”, publicada pela Direcção Geral de Saúde em 2004, “a tendência internacional, em particular nos países da União Europeia e da América do Norte, tem sido para a redução dos hospitais psiquiátricos, através da diminuição das suas lotações e do seu progressivo encerramento ou reconversão para outras áreas de saúde ou sociais”. A O.M.S., no Relatório Mundial de Saúde, de 2001, dedicado à saúde mental, insta os países desenvolvidos a : 1- encerrar os hospitais psiquiátricos; 2 - desenvolver residências alternativas; 3 - desenvolver serviços na comunidade; e 4 - prestar cuidados individualizados na comunidade para doentes mentais graves. Na Declaração Europeia de Saúde Mental, assinada pelo governo português, em Helsínquia, em 2005, por seu turno, os ministros da saúde da Europa comprometeram-se, entre outras coisas, a “desenvolver serviços baseados na comunidade que substituam os cuidados prestados em grandes instituições a pessoas com problemas de saúde mental graves.”

A legislação de saúde mental portuguesa inclui disposições claras sobre o papel dos hospitais psiquiátricos na fase de transição durante a qual os novos serviços se irão desenvolver. Com efeito, o Decreto-Lei nº 35/99 define como atribuições dos hospitais psiquiátricos:

- a) Continuar a assegurar os cuidados de nível local nas áreas geodemográficas pelas quais são responsáveis, enquanto nestas áreas não forem criados serviços locais de saúde mental;
- b) Disponibilizar respostas de âmbito regional em valências que exijam intervenções predominantemente institucionais;
- c) Assegurar os cuidados exigidos pelos doentes de evolução prolongada que neles se encontram institucionalizados e promover a humanização e melhoria das suas condições de vida, desenvolvendo programas de reabilitação adaptados às suas necessidades específicas e apoiando a sua reinserção na comunidade.

Estas transformações constituem um processo de alguma complexidade, que exige capacidade de planeamento e implementação em diversas áreas (por exemplo, financeira, recursos humanos, formação, avaliação, etc.). Este planeamento, no entanto, continua em grande parte por fazer no nosso país. Graças aos novos recursos terapêuticos, o número de doentes institucionalizados tem vindo a diminuir de forma significativa; graças à abertura de departamentos em hospitais gerais, a área de influência dos hospitais psiquiátricos tem também vindo a diminuir de uma forma significativa. No entanto, apesar destas mudanças, não existe um plano estratégico que permita adaptar o desenvolvimento destas instituições às funções que lhes estão atribuídas, facto, que naturalmente, acaba por ter custos elevados para o país.

É importante frisar, contudo, que, nos últimos anos, se tem vindo a consolidar um consenso cada vez maior em torno da necessidade de se desenvolver um plano estratégico que responda a este problema. Na “Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental”, acima mencionada, por exemplo, propõe-se que “para cada uma das três áreas geográficas - Norte, Centro e Sul - só deverá existir um hospital psiquiátrico, após a criação de novos serviços ou departamentos em hospitais gerais e de estruturas comunitárias alternativas ao hospital psiquiátrico”. Esta ideia é retomada num documento de trabalho, elaborado, em 2006, pela ARS de Lisboa e Vale do Tejo, com a colaboração de responsáveis pela direcção dos hospitais psiquiátricos de Lisboa, no qual se propõe o encerramento do Hospital Miguel Bombarda.

Após analisar em profundidade esta questão, a Comissão considera fundamental uma definição estratégica nesta matéria, parecendo-lhe ainda que a estratégia a adoptar deverá tomar em consideração os princípios e objectivos que a seguir se descrevem.

Princípios:

- Os principais critérios a considerar nas estratégias de reestruturação dos hospitais psiquiátricos devem ser: 1- as necessidades de cuidados prioritárias das populações; 2- a evidência científica disponível quanto à efectividade dos diferentes modelos de intervenção; 3 - a defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental
- As mudanças a efectuar devem facilitar a criação de serviços locais de saúde mental com base na comunidade e internamento em hospitais gerais, bem como a integração psicossocial das pessoas com problemas de saúde mental
- Nenhum serviço poderá ser desactivado até ao momento em que esteja criado o serviço que o substitui
- Os doentes e familiares devem ser envolvidos nas mudanças a efectuar desde o início.

Objectivos:

- A curto prazo (até final de 2008):
 - Promover o desenvolvimento dos serviços locais de saúde mental assegurados pelos HP, reforçando a intervenção comunitária
 - Concentrar o internamento de doentes agudos em hospitais psiquiátricos de Coimbra no HSC

- Preparar a saída dos primeiros doentes a desinstitucionalizar durante este período
- A médio prazo (até 2012):
 - Transferir para os novos hospitais gerais entretanto criados os serviços locais das respectivas áreas de influência
 - Preparar a saída de doentes a desinstitucionalizar durante este período
 - Concentrar as respostas prestadas por HP em Lisboa, Porto e Coimbra num único hospital (sendo o HJM, HML e HSC os que parecem reunir melhores condições para o efeito)
- A longo prazo (até 2016):
 - Transferir todos os serviços locais de saúde mental ainda dependentes de HP para DPSM com base em hospitais gerais
 - Completar o processo de desinstitucionalização em todos os HP's
 - Reorganizar os espaços e reconverter os recursos dos HJM, HML e HSC, de modo a assegurar o funcionamento dos serviços regionais de saúde mental de base institucional previstos em Lisboa, Porto e Coimbra.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Desenvolver os serviços locais de saúde mental assegurados pelos HP's' reforçando a intervenção comunitária	Administrações dos HP's	Início imediato. Todas as Equipas com orçamento próprio em 2008	Número de equipas com orçamento próprio.
Concentrar o internamento de doentes agudos em hospitais psiquiátricos de Coimbra no HSC	Administração do C.H. PSM Sobral Cid	Até 31/12/2008	Número de doentes internados nos HP's de Coimbra
Transferir para os novos hospitais gerais os serviços locais das respectivas áreas de influência	CNIPSAME, Administrações dos HP's, Administrações dos novos H. gerais	À medida que forem sendo criados	DPSM's criados
Concentrar as respostas prestadas por HP's em Lisboa, Porto e Coimbra num único hospital em cada cidade (HJM, HML e HSC)	CNIPSAME, Administrações dos HP's	Até 31/12/2012	Número de HP's em Lisboa e Coimbra
Transferir todos os serviços locais de saúde mental ainda dependentes de HP's para DPSM com base em hospitais gerais	CNIPSAME, Administrações dos HP's, Administrações dos novos H. gerais	31/12/2016	DPSM's criados

Reorganizar os espaços e reconverter os recursos dos HJM, HML e HSC, de modo a assegurar o funcionamento dos serviços regionais de saúde mental de base institucional previstos em Lisboa, Porto e Coimbra.	Administrações dos HP's, CNIPSAME	Progressivamente, até 31/12/2016	Serviços regionais criados
Preparar a saída dos doentes	Coordenação da Rede de	De acordo com o	Número de doentes

a desinstitucionalizar	cuidados Continuados de saúde mental	ritmo de criação de estruturas dos cuidados continuados	desinstitucionalizados
------------------------	--------------------------------------	---	------------------------

5. Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

5.1. Organização de serviços de PSM da Infância e Adolescência: evidência científica, lições aprendidas a nível nacional e internacional

A OMS-Região europeia, Comissão Europeia e Ministério da Saúde do Luxemburgo emitiram algumas recomendações no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência (Comissão Europeia, 2004), sublinhando a importância de dar prioridade e disponibilizar fundos apropriados para a saúde mental de bebés, crianças e adolescentes, incluindo estas medidas nos planos nacionais como parte das políticas de saúde pública (WHO, 2005).

O Pacote de Orientação em Políticas e Serviços de Saúde Mental: Política e Planos de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência aponta algumas fragilidades encontradas em diversos países, ao nível da organização dos Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência, que incluem (WHO, 2005):

- Sistemas de informação inadequados
- Trabalhadores de saúde mental com fraca formação em saúde mental da criança e do adolescente
- Pouca percepção da importância das questões de saúde mental da criança e do adolescente (por exemplo, da depressão) comparada a outras questões de saúde (mortalidade infantil)
- Coordenação deficiente entre os níveis diferentes de actuação
- Fraca colaboração intersectorial
- Processos precários de melhoria da qualidade
- Escassa distribuição de recursos para a saúde mental da criança e do adolescente

A nível europeu existem múltiplas estruturas de atendimento e tratamento para crianças e adolescentes com problemas na área da saúde mental (tabela 2) (Remschmidt, 2004).

<p>Tipos de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes disponíveis na maioria dos países europeus</p>

Serviços de Ambulatório

Departamentos/serviços hospitalares com Consulta Externa
 Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência em serviços de saúde pública
 serviços de aconselhamento familiar
 Centros de intervenção precoce
 serviços sociais de apoio a crianças
 Psiquiatras da Infância e Adolescência em serviços privados
 Psicoterapeutas de orientação psicanalítica em serviços privados

Hospitais de Dia

Hospitais de Dia
 Hospitais de noite

Serviços de Internamento

Serviços de Internamento em Hospitais universitários

Serviços de Internamento em Hospitais psiquiátricos públicos

Serviços de Internamento em Hospitais gerais ou Hospitais pediátricos

Serviços Complementares

Serviços de reabilitação para grupos especiais (por ex. crianças com lesões cerebrais graves, epilepsia)

Diferentes tipos de residências

Grupos residenciais para adolescentes

A organização dos serviços de saúde mental infantil e juvenil no Reino Unido defende uma estratificação dos cuidados em 4 níveis, dando grande relevo à criação de equipas/unidades de saúde mental infantil comunitárias, constituídas por técnicos dos cuidados de saúde primários, sob a supervisão de um psiquiatra da infância e adolescência do serviço especializado da área (Williams,2006).

Em Portugal, a escassa autonomia dos serviços/unidades de Psiquiatria da Infância e Adolescência tem determinado dificuldades a vários níveis, nomeadamente no desenvolvimento de políticas promotoras da saúde mental infanto-juvenil, coarctando desta forma o crescimento e melhoria do funcionamento dos serviços.

O já citado Pacote de Orientação em Políticas e Serviços de Saúde Mental: Política e Planos de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência, da OMS, sublinha a necessidade desta autonomia dos serviços:

“Em muitos países, os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes são considerados como um subconjunto de serviços de saúde mental ou de saúde infantil, ou como uma extensão secundária destes serviços. A maioria dos recursos para serviços de saúde mental é destinado ao atendimento a adultos, o que torna difícil desenvolver serviços apropriados de saúde mental para crianças e adolescentes.

Se os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes fossem vistos como uma categoria distinta dos cuidados de saúde com exigências únicas, a obtenção de recursos específicos e o desenvolvimento de políticas seriam facilitados.” (WHO,2005).

Existe ampla evidência sobre a importância das estratégias de promoção, prevenção e intervenção precoces na área da saúde mental da infância e adolescência.

Múltiplos estudos apontam a intervenção preventiva precoce, dirigida prioritariamente a grupos de risco (tais como famílias de meios adversos com crianças pequenas, promovendo uma boa parentalização e uma vinculação segura pais-bebé), como o meio mais eficaz e barato de aumentar a resiliência e reduzir os problemas de saúde mental das populações (Rutter,2005).

Uma vez que os primeiros anos de vida são determinantes para um desenvolvimento equilibrado, promover a saúde mental na **primeira infância** torna-se fundamental.

Assim, nesta faixa etária, têm sido implementadas com êxito algumas estratégias de intervenção em projectos comunitários, com os objectivos de (Comissão Europeia,2005; Jané-Llopis,2005):

- detectar e tratar precocemente a depressão pós-parto das mães, intervindo simultaneamente ao nível da relação mãe-criança.
- melhorar as competências parentais e intervir na interacção mãe-bebé, principalmente em famílias de risco. Programas de visitação domiciliária por enfermeiras (com formação nesta área de intervenção) para prestar apoio a mães durante a gravidez e nos dois primeiros anos de vida do bebé, têm permitido intervenções de sucesso em situações de risco (Olds et al, 1986, 1997, citado por Remschmidt,2004).
- facilitar o acesso a um ensino pré-escolar de qualidade, para todas as crianças em geral e particularmente para crianças de famílias de risco.
- prevenir a gravidez na adolescência (através de programas de educação e de acesso à contracepção).

Na segunda infância e adolescência:

As **escolas** são os locais onde as crianças e os jovens passam grande parte dos seus dias e podem ser importantes meios de promoção e prevenção da saúde mental.

Um bom ambiente escolar e o sucesso na aprendizagem, contribuem para a saúde mental das crianças e dos adolescentes.

Uma abordagem escolar global contribui para aumentar as competências sociais, melhorar a resiliência e reduzir o risco de perturbações mentais (Comissão Europeia,2005; Jané-Llopis,2005).

Um envolvimento activo dos alunos, dos professores e dos pais é necessário para que esta finalidade seja atingida. Alguns dos objectivos a atingir seriam:

- implementação de programas validados internacionalmente para promover a saúde mental infanto-juvenil (Jané-Llopis,2005).
- detectar precocemente casos de crianças e adolescentes com risco de desenvolver perturbações mentais (Jané-Llopis,2005).
- sinalizar e orientar casos de crianças e adolescentes com psicopatologia.

Em Portugal, as intervenções na área da prevenção têm sido pontuais e a maioria não é elaborada a partir de programas validados internacionalmente. Não têm também sido promovidos de forma sistemática estudos de avaliação controlados e cientificamente validados em termos de efeitos e potencial eficácia das medidas implementadas.

5.2 Plano de Acção

5.2.1. Objectivos

Objectivos Gerais

- 1 - Promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população geral, implementando os mecanismos necessários ao desenvolvimento da promoção da saúde mental e dos vários níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (DGS,2004).
- 2 - Melhorar a prestação de cuidados, favorecendo e implementando a articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil e outras estruturas ligadas à saúde, educação, serviços sociais e direito de menores e família.

Objectivos Específicos

- 1 - Melhorar o diagnóstico da situação a nível nacional através do levantamento das necessidades e problemas da saúde mental (DGS,2004).
- 2 - Informatização dos serviços de saúde mental infantil e juvenil de forma a permitir a avaliação das necessidades e planeamento de serviços.
- 3 - Uniformizar o sistema de classificação diagnóstica das doenças mentais na criança e adolescente com base na CID-10 e DC 0-3 (para o grupo etário dos 0 aos 3 anos).
- 4 - Promover a formação em saúde mental infanto-juvenil junto dos técnicos de saúde, profissionais da educação, segurança social e serviços judiciais de menores (DGS,2004).
- 5 - Promover uma maior articulação entre os serviços de saúde mental infantil e juvenil e outros serviços (hospitalares e comunitários).
- 6 - Desenvolver as já existentes Unidades/Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência e provê-los dos recursos humanos indispensáveis ao seu funcionamento (DGS,2004).
- 7 - Programar novas Unidades/Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência em todos os hospitais centrais e distritais (DGS,2004).
- 8 - Criação de pequenas Equipas Comunitárias de Saúde Mental infanto-juvenil ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

5.2.2. Organização de Serviços

A Comissão considera que a organização dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência deve permitir a prestação de cuidados a três níveis:

- Cuidados de Saúde Primários
- Serviços especializados de nível local
- Serviços especializados de nível regional

Cuidados de Saúde Primários

A prestação de cuidados a este nível deve ser assegurada por Grupos ou Núcleos de Apoio à Saúde Mental Infantil. A área de atendimento de cada uma destes Grupos ou Núcleos deverá ser pequena .

Os casos deverão ser avaliados em primeira linha por estes Núcleos (*staff* recomendado: psicólogo, enfermeiro, assistente social), com a consultoria de um Psiquiatra da Infância e Adolescência do serviço especializado local. As equipas devem funcionar integradas nos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiares, utilizando os recursos destas estruturas.

As suas funções deverão incluir:

- triagem, avaliação e atendimento de casos menos graves (crianças/famílias de risco ou com psicopatologia ligeira).
- articulação e parceria com outras estruturas da comunidade (por exemplo, serviços sociais, escolas e jardins de infância, Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, Equipas de Intervenção Precoce, Instituições de Acolhimento para crianças em risco, Centros de Atendimento a Toxicodependentes, Projectos de Intervenção Psicossocial local).

Uma ligação eficiente com os serviços hospitalares de Psiquiatria da Infância e Adolescência da área deverá ser assegurada, de modo a permitir a supervisão de alguns casos e o encaminhamento para estes serviços de situações com psicopatologia mais complexa. O planeamento de estratégias de intervenção conjuntas (por exemplo, ao nível da prevenção primária e cuidados continuados) deverá ser também um objectivo importante.

As equipas têm que ser constituídas por profissionais experientes, pelo que, não apenas a supervisão, mas principalmente a formação dos seus técnicos em Saúde Mental Infantil tem que ser uma prioridade e alvo de forte investimento.

Para além da supervisão directa de alguns casos, deve também ser implementada uma linha telefónica de consultoria com o Psiquiatra da Infância e Adolescência responsável, para os técnicos das equipas.

Existem já 7 equipas (equipas GASMI - Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil) em funcionamento em vários Centros de Saúde da região do Algarve, ao abrigo de um protocolo de articulação entre a ARS do Algarve e o Hospital Dona Estefânia (HDE). Estas equipas são constituídas por um ou mais psicólogos e vários outros profissionais dos Cuidados de Saúde Primários (estes últimos integram a equipa em tempo parcial), assim como técnicos de estruturas que funcionam em parceria com os Centros de Saúde, com supervisão regular de Psiquiatras da Infância e Adolescência do HDE. Os bons resultados desta experiência levam-nos a recomendar a criação e desenvolvimento deste tipo de equipas.

Estas equipas poderão, eventualmente, colaborar no desenvolvimento de programas de prevenção e promoção, apoiadas pelo pedopsiquiatra dos serviços locais e por outras agências interessadas. A criação destas equipas permitirá uma utilização mais racional dos serviços, libertando os serviços especializados do seguimento dos casos menos graves. A sua criação

reveste-se ainda de importância pelo facto de tornar este tipo de serviços mais acessíveis às populações.

Estas equipas podem, finalmente, tornar possível o desenvolvimento de programas de prevenção e promoção. Os programas comunitários de prevenção têm sido repetidamente apontados como os meios mais eficazes e baratos para diminuir a prevalência das perturbações psiquiátricas das populações (Rutter, 2005; Shonkoff, 2000).

De entre estes, os programas de prevenção precoce, dirigidos a famílias de risco com crianças pequenas, utilizando a visita domiciliária e focalizados na promoção das competências parentais (estabelecimento de relações afectivas próximas, estáveis e consistentes entre os pais/substitutos e a criança), têm-se mostrado particularmente úteis.

No entanto, para serem eficazes, estes programas têm de cumprir determinados requisitos, tais como:

- Duração e intensidade de intervenção suficientes.
- Ser relevante (sentido pelas famílias como importante, envolvente, necessário, aliciante).
- Ser sensível e respeitar as necessidades individuais e familiares e os valores culturais das populações alvo.
- Investir na formação, competência e compensação adequada dos profissionais envolvidos.
- Avaliar os resultados tendo em conta que estes podem ser limitados e apenas visíveis a médio ou a longo prazo.
- Assegurar a cooperação e uma boa comunicação entre as várias agências e serviços (serviços sociais, educação, saúde - incluindo a saúde mental, entre outros).
-

Neste contexto os serviços de saúde mental infantil e juvenil devem promover parcerias com as instituições e agências capazes de organizar programas de intervenção comunitária precoces. O seu papel deve centrar-se essencialmente em três áreas:

- Colaboração na organização dos programas.
- Garantir a qualidade dos mesmos, nomeadamente respeitando as características acima mencionadas.
- Formação e consultoria aos técnicos envolvidos.

Serviços a nível local

Consistem nos serviços/unidades especializados de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência integrados em Hospitais Gerais. Na maior parte dos casos, estas unidades, até agora, têm tido recursos humanos muito limitados (em alguns casos existe apenas um Pedopsiquiatra). A Comissão considera que, no futuro, há que assegurar a constituição de equipas multidisciplinares, que possam assegurar:

Consultas externas, para onde devem ser enviados os pedidos a partir das Unidades comunitárias de saúde mental infantil.

Intervenção em crise destinadas a responder com a celeridade adequada e garantia de qualidade em situações de crise tais como: acidentes traumáticos, violência, abuso ou desastres ambientais.

Unidades de Dia organizadas para dar resposta a situações graves e complicadas (por exemplo, perturbações globais do desenvolvimento ou perturbações psicóticas), que exigem uma intervenção mais intensiva, especializada e diversificada, mantendo no entanto a criança/adolescente integrado no seu meio familiar e comunitário.

Intervenção em áreas específicas conforme as necessidades, condições e características da população infanto-juvenil atendida, os recursos ou formação dos técnicos do serviço ou outras condicionantes (por exemplo sectores de atendimento para uma dada faixa etária, certo tipo de patologia ou uma determinada modalidade de intervenção terapêutica).

Interface com outros serviços:

- **Ligação com os serviços de pediatria e obstetrícia** do Hospital onde estão inseridos e eventualmente com outros serviços onde estejam internadas crianças e adolescentes.
- **Articulação com os serviços de psiquiatria de adultos**, nomeadamente em duas áreas:
 - Tratamento dos pais com patologia psiquiátrica de forma a minimizar o seu efeito negativo sobre a criança/adolescente.
 - Continuidade dos cuidados nos jovens com perturbações mentais de evolução crónica que necessitam de transitar para os serviços de adultos. Esta passagem é um momento sensível que exige uma cooperação estreita entre os dois serviços.
- **Colaboração com serviços de alcoologia e toxicodependência** devido à elevada comorbilidade destas situações.
- **Articulação com os serviços judiciais** que suscitam cada vez com maior frequência (e nem sempre de forma justificada) a colaboração dos serviços de psiquiatria da infância e da adolescência, nomeadamente para a realização de exames médico-legais. É essencial desenvolver uma cooperação mais próxima entre estes serviços para melhorar a qualidade do trabalho conjunto (por exemplo definir critérios para a realização de exames médico-legais, reduzindo assim o seu número e aumentando a celeridade da resposta nos casos em que esta de facto se justifica).

Para garantir a qualidade dos cuidados prestados:

- é imprescindível a constituição de uma equipa multidisciplinar num prazo máximo de 6 meses após a entrada do primeiro Psiquiatra da Infância e Adolescência. Colocar um Psiquiatra da Infância e Adolescência isolado num Hospital é uma medida ineficaz e ilusória, uma vez que a resposta às necessidades das populações não fica minimamente assegurada.
- o Psiquiatra da Infância e Adolescência, chefe de Serviço/coordenador da Unidade, deve fazer parte do órgão directivo do Centro de Responsabilidade local.

- devem ser definidos espaços próprios, com condições de privacidade, para atendimento de crianças/adolescentes e suas famílias.
- as intervenções e a articulação com a comunidade têm que ser privilegiadas.
- Devem ser assegurados tempos mínimos para a realização dos vários tipos de intervenções terapêuticas.
- O número de primeiras consultas/ano não deve exceder a capacidade de resposta do Serviço/Unidade, de forma a garantir também a continuidade das intervenções terapêuticas.

Serviços a nível regional

São constituídos pelos 3 Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, de Lisboa, Porto e Coimbra.

Além das áreas mencionadas para os serviços a nível local, estes Departamentos devem incluir:

- **Serviço de Urgência**
- **Unidade de Internamento**

Embora sejam limitadas as situações do foro pedopsiquiátrico a necessitar de uma intervenção nestas condições, existem casos em que tal é necessário e fundamental para controlar a situação, como por exemplo em certos casos de perturbações do comportamento alimentar, perturbações psicóticas, perturbações depressivas ou outras. Nestes casos o internamento deve ocorrer em serviços próprios, com condições e recursos humanos adequados às necessidades específicas destes doentes.

▪ Núcleos de intervenção em áreas específicas

Estes Núcleos devem estar aptos a dar resposta a patologias mais complexas e ter um leque de intervenções mais abrangente do que o disponível nos serviços de nível local. Devem também existir unidades especializadas para as faixas etárias da primeira infância e adolescência.

- **Área de investigação**

Perante os limitados recursos humanos e técnicos existentes no âmbito da saúde mental infantil e juvenil no nosso país, o investimento dos serviços nesta área tem sido limitado. No entanto é fundamental considerar a investigação como uma prioridade entre as várias actividades desenvolvidas. Neste âmbito a ligação às Universidades constitui interface importante a implementar e desenvolver.

Serviços para situações especiais

- Organizar acções de formação para professores/educadores visando facilitar: 1) o reconhecimento precoce de crianças que apresentam perturbações de comportamento disruptivo, deficiência mental e outras perturbações mentais, e 2) implementação nas escolas de intervenções apropriadas para estas crianças (WHO,2005).

- Implementar programas de formação contínua para os técnicos das diversas áreas dos serviços especializados.

Recomendações

- 1 - Os Serviços de Psiquiatria da infância e adolescência devem cobrir a **faixa etária dos zero aos 18 anos** em todas as áreas (ambulatório, urgência e internamento), devendo para tal serem asseguradas as necessidades já mencionadas a nível das estruturas e recursos humanos.
- 2 - Melhorar o **diagnóstico da situação** a nível nacional através do levantamento das necessidades e problemas da saúde mental nas várias faixas etárias da população infanto-juvenil e da identificação de populações com necessidades especiais nesta área.
- 3 - **Informatização dos serviços** de saúde mental infantil e juvenil de forma a construir bases de dados que permitam um acesso permanente e actualizado aos dados epidemiológicos nesta área, imprescindíveis a uma correcta avaliação das necessidades e planeamento de serviços.
- 4 - **Promover a formação em saúde mental infanto-juvenil** dos técnicos de saúde, profissionais da educação, segurança social e serviços judiciais de menores.
- 5 - Promover uma **maior articulação entre os serviços** de saúde mental infanto-juvenil e:
 - Serviços de saúde comunitários / Centros de saúde
 - Serviços de pediatria
 - Serviços de psiquiatria geral, alcoologia e apoio a toxicodependentes.
 - Serviços ligados à educação
 - Serviços sociais
 - Serviços judiciais de menores e família
- 6 - Implementar **Programas de Prevenção** validados internacionalmente, direccionados para áreas e grupos de risco diversos. Sugere-se, numa fase inicial, a implementação do Programa de Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - European Early Promotion Project.
- 7 - Criação de **Núcleos de Saúde Mental infanto-juvenil** ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. A criação e divulgação de um manual de recomendações para a prática clínica é também útil neste contexto.
- 8 **Desenvolver as já existentes Unidades/Serviços de Psiquiatria da infância e adolescência** e provê-los dos recursos humanos indispensáveis ao seu funcionamento.. O espaço físico da Unidade/Serviço deve ser independente do contexto reservado aos serviços de adultos.
- 9 - **Programar novas Unidades/Serviços** de Psiquiatria da infância e adolescência em todos os hospitais centrais e distritais, incluindo os novos hospitais em fase de planeamento e construção, por forma a cobrirem toda a área geográfica do país (Circular Normativa nº 6/DSPSM, da Direcção Geral de Saúde, de 17/06/2005) (2):
 - Criação de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência sempre que a área de influência seja igual ou superior a 250.000 habitantes

- Nos casos em que a área de influência seja inferior a 250.000 habitantes devem ser criadas Unidades Funcionais de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência.
 - 10 - Promover a organização dos **Hospitais e Áreas de Dia** em funcionamento e a criação de novas estruturas deste tipo nos serviços especializados.
 - 11 - As **Unidades de Internamento** já existentes devem ser desenvolvidas, nomeadamente:
 - Alargar a faixa etária até aos 18 anos.
 - Criar espaços independentes para internamento de crianças e de adolescentes.
- Deve ser criada uma unidade de internamento no Departamento do CHC - Hospital Pediátrico.
- 12- Criar **estruturas residenciais comunitárias** para crianças e adolescentes.
- 13 - **Planeamento de Serviços - 2008/2016 (ver tabela 3):**

- O número de especialistas a formar deverá contribuir para:
 - Criação de novas Unidades/Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência
 - Reforçar Unidades/Serviços existentes
 - Compensar perdas de Psiquiatras da Infância e Adolescência (por aposentação, saída para os novos hospitais privados, doença/morte).
- O número de Psiquiatras da Infância e Adolescência nos Departamentos deve ser o previsto para cobrir as necessidades da área assistencial, acrescido do número de profissionais necessários para assegurar o funcionamento de valências específicas e de nível regional (Unidades da Primeira Infância/Adolescência e outras áreas específicas de intervenção, Unidade de Internamento, Hospitais de Dia, Serviço de Urgência, actividades formativas de médicos internos da especialidade e de outros técnicos, actividades de consultoria).
- Necessidade de recorrer ao preenchimento de vagas protocoladas não opcionais para responder às necessidades das regiões do Alentejo (Évora, Portalegre) e do Algarve (Faro, Portimão). Deverão ser reactivadas com a maior brevidade (2008) quatro vagas, uma para cada um destes hospitais, através deste ou de outros mecanismos.
- Necessidade de aumentar a capacidade formativa do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência de Coimbra para dois internos da especialidade por ano.
- Poderá ser concedida idoneidade parcial para a formação de internos a alguns serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência que apresentem as requeridas condições para formação.

Quadro 34 - Planeamento de Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência

	2008 - 2009			2013	2016
Novas Unidades/ Serviços	R. S. .L..V.Tejo	R. S. Centro	R. S. Norte	<ul style="list-style-type: none"> • Alentejo 2 unidades (Portalegre, Évora) • Algarve 2 unidades (Faro, Portimão) 	<p>Nos novos hospitais a serem criados de acordo com as necessidades locais</p> <p>A ponderar: Matosinhos Valongo</p>
	4 unid./serv. <ul style="list-style-type: none"> • 2008 - 3 unid(*) • 2009 - 1 unid ➢ Amadora ➢ Sintra ➢ Vila Franca Xira ➢ Torres Vedras 	2 unid./serv. <ul style="list-style-type: none"> • 2008 - 1 unid • 2009 - 1 unid ➢ Guarda ➢ Castelo Branco 	3 unid/serv. <ul style="list-style-type: none"> ➢ P.Varzim/V.do Conde ➢ C.H. Médio-Ave ➢ Guimarães 		
Formação de especialistas	(Número máximo previsto entre 2008 e 2012)				(Máximo das capacidades formativas entre 2014 e 2016)
➢ Lisboa	➔	12 (+ 2) (**)	➔	6	➔ 18
➢ Coimbra	➔	5	➔	1	➔ 3
➢ Porto	➔	10	➔	3	➔ 9
Abertura de vagas protocoladas não opcionais	Total = 5 vagas <ul style="list-style-type: none"> • Portalegre • Évora • Faro • Portimão • Açores 				
Unidade Internamento	Abertura de 1 Unidade no Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência de Coimbra			Expansão eventual das Unidades dos Departamentos de Lisboa e Porto	
Programas de Prevenção	Programa de Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - European Early Promotion Project				
Equipas Comunitárias de Saúde Mental Infanto - Juvenil	Criação de 10 Equipas-piloto			Criação de novas Equipas	Criação de novas Equipas
Estruturas residenciais comunitárias	Criação de 1 unidade-piloto			Criação de 1 unidade	Criação de 1 unidade

(*) Se possível uma delas ainda em 2007

(**) 2 internos com saída possível para região autónoma da Madeira e Espanha

6. Saúde Mental e Cuidados de Saúde Primários

As políticas de Saúde Mental orientadas para a comunidade pressupõem uma articulação privilegiada com os cuidados de saúde primários (CSP). Os clínicos gerais, de acordo com o seu perfil de funções, prestam cuidados a indivíduos e famílias, de forma personalizada e com carácter de continuidade e globalidade, características estas que se mantêm quando derivam a sua acção, de uma lista de utentes, para um grupo populacional, no seio de uma equipa. Desta forma acompanham o desenvolvimento individual e familiar desde o nascimento até à morte e assistem assim ao eclodir da grande maioria dos distúrbios mentais nas suas fases mais incipientes, quer se trate de simples reacções adaptativas, em fases críticas do ciclo de vida, ou de descompensações psicóticas inaugurais a reclamar rápida referenciação para os cuidados psiquiátricos.

Problemática

A prevalência dos distúrbios mentais na comunidade influencia a organização dos recursos nos vários níveis de intervenção. Contudo não existem estudos epidemiológicos que tracem o quadro geral da distribuição dos distúrbios mentais no território nacional. Escasseiam dados sobre a incidência e a prevalência dos distúrbios mentais na comunidade e os que existem são estimativas com base em amostragens.

Estudos em países europeus revelam que as prevalências destes distúrbios se situam entre os 30 e os 40%, sendo superiores nos países do Sul (Goldberg,1970; Vaz Serra,1976;Hoeper,1979;Goldberg,1980; Skuse,1984; Vaz Serra,1987; Vaz Serra,1989; Seabra, 1991; Gusmão,2005; King,2006).

Em Portugal, as taxas estimadas de prevalência global de distúrbios mentais têm oscilado, consoante os autores e as patologias consideradas (Sampaio Faria,1981).

Na área específica dos CSP os dados disponíveis apontam para uma prevalência global de distúrbios mentais entre os 19 e os 58,6% , dependendo das metodologias utilizadas (Pio Abreu,1984; Caldas de Almeida,1993; Oliveira,1994; Simões,1996; Simões,1997; Carraça,1999; Gusmão,2005). O distúrbio depressivo tem sido o mais estudado, oscilando a prevalência estimada entre os 8 e os 33% (Gusmão,2005; Resina,1989; Gonçalves,2004).

Na ausência duma visão crítica global dos cuidados providenciados à população nos dois níveis, CSP e Cuidados Psiquiátricos, reconhecem-se algumas evidências:

Em primeiro lugar constata-se uma fragmentação da resposta, não suficientemente articulada entre os CSP e os Cuidados Psiquiátricos, com perda da eficiência global; e em segundo lugar persistem indefinições na aplicação das políticas de saúde mental coexistindo, quando existem, diferentes modelos de articulação que, frequentemente, por superficiais , inconsistentes, ou mal desempenhadas não resistem à prova do tempo.

Papel dos CSP

É por demais conhecido que os problemas de saúde mental constituem motivo relevante de consulta nos CSP, oscilando entre o segundo e o quarto motivo de procura em vários estudos (Carraça, 1994; Jordão, 1995).

Os cuidados médicos globais que os clínicos gerais desenvolvem, enquanto médicos de família, implicam intervenções holísticas na doença física e nas diferentes componentes psicológicas e sociais da família, isto é, na matriz da saúde mental dos seus utentes.

Assim e reconhecendo-se o papel fulcral que os CSP desempenham enquanto primeiro filtro na abordagem dos distúrbios mentais, também se reconhece, em termos práticos, a necessidade de continuamente se reforçar a melhoria das capacidades de actuação dos clínicos gerais, na área da saúde mental:

1. na detecção e tratamento adequado de quadros depressivos / situações de risco de suicídio, pela importância que revestem numa área altamente prioritária e de sua responsabilidade (tratamento / referência);
2. na abordagem e detecção de quadros psicóticos de início insidioso, cuja complexidade aconselha clarificação de critérios para rápido diagnóstico e mais rápido encaminhamento;
3. na efectiva *prise en charge* de doentes com quadros mais leves de natureza neurótica, nomeadamente, ansiedade, depressão, abuso / dependência de substâncias.

Dificuldades reconhecidas dos clínicos gerais nestas áreas colocam a questão de saber se, na sua raiz, estão carências formativas, falta de sensibilização ou predisposições negativas para lidar com este tipo de doentes. Na verdade, a esmagadora maioria dos distúrbios mentais são deste tipo e reconhece-se consensualmente que o clínico geral é o agente melhor posicionado, e frequentemente o único, para uma correcta abordagem diagnóstica e terapêutica. Tomar a seu cargo a grande maioria destes doentes e proceder à referência criteriosa duma minoria verdadeiramente necessitada de cuidados mais especializados, é uma necessidade objectiva. Em alternativa, e como consequência perversa, resulta o congestionamento e saturação das estruturas psiquiátricas que perdem capacidade de resposta na sua verdadeira área de responsabilidade.

Estratégia de Melhoria

A solução, para uma progressiva melhoria da resposta dos clínicos gerais nesta área, passa por:

1. Satisfação de Necessidades Formativas.

A especificidade da saúde mental, atendendo à plasticidade dos distúrbios, e a experiência que só se adquire com a prática clínica, no seu conjunto, sugerem que essas necessidades formativas se reportam e requerem acções ao longo da vida profissional, melhorando ou estabilizando a capacidade dos clínicos gerais em patamares progressivamente mais elevados.

2. Melhoria da Articulação de Cuidados

Estas necessidades formativas remetem também para a necessidade de uma melhoria da articulação entre os CSP e os Cuidados Psiquiátricos. Na verdade, por parte dos clínicos gerais, exige-se rápida intervenção de equipas comunitárias de saúde mental nos casos por si sinalizados, e informação de retorno que responda às suas necessidades para a gestão clínica do doente devolvido ou em co-seguimento.

Por parte dos Cuidados Psiquiátricos espera-se do clínico geral uma correcta discriminação dos doentes a referenciar, com informação clínica essencial para a triagem, a detecção e rápida referenciação dos casos prioritários, o seu maior envolvimento no acompanhamento dos doentes com quadros mais leves, manejáveis no âmbito dos CSP (Sennfelt, 1992).

De ambos os lados a necessidade comum da criação dum relacionamento mais próximo e de formação conjunta para as distintas realidades.

Das experiências de articulação que floresceram entre nós, na última vintena de anos, num movimento de aproximação de equipas de saúde mental em direcção aos centros de saúde, pode sintetizar-se um conjunto de reflexões:

Mais de metade dos serviços de psiquiatria desenvolvem programas / projectos de articulação com os CSP, incluindo realização de consultas nos centros de saúde (15 a 30%) (DGS, 2003).

Tais experiências, revestindo diferentes formas de consultadoria, umas mais assentes na intervenção pontual (consultas), outras na formação e aprendizagem, tipo grupos *Balint*, com supervisão centrada no médico que tem a seu cargo o doente. mostraram diferentes evoluções. A noção que se tem é a de que, para o sucesso continuado de tais experiências, mais importante que o vínculo institucional é o clima de confiança e proximidade que, em cada caso, se constrói, influenciando o grau de aceitação dos clínicos gerais. Quer as características individuais dos clínicos gerais, pelo seu interesse variável pela área da saúde mental, quer as características do psiquiatra / elementos da equipa de saúde mental, nomeadamente as capacidades de comunicação e de formação, têm papel quase vital na estruturação do relacionamento.

O desenvolvimento da articulação entre os Cuidados Psiquiátricos e os CSP deve assentar no interesse efectivo e nas vantagens mútuas dos intervenientes, num plano de igualdade. Tratam-se de processos faseados, sujeitos a avanços e recuos, reciprocidade e continuidade.

Recomendações

Independentemente das formas de articulação, deverá ser definido com clareza

A - a diferenciação, amadurecida no terreno, do que é da responsabilidade dos CSP e do que é essencialmente da responsabilidade dos Cuidados Psiquiátricos, nomeadamente as descompensações psicóticas, os quadros graves de depressão com risco de suicídio, os quadros severos de ansiedade refractários ao tratamento, as toxicodependências (drogas pesadas, alcoolismo grave, manifestações psicóticas) e as perturbações da personalidade.

B - criação de um projecto mínimo transversal, que percorra um conjunto essencial de áreas, adaptado às realidades e necessidades locais, p. ex.:

1. Programa básico de preenchimento de necessidades formativas em exercício, que incluam contactos regulares inter-institucionais, designadamente sessões nos Centros de Saúde sobre áreas de reconhecido interesse ou carência, que facilitem a personalização de contactos e a actuação no terreno;
2. Qualidade da informação de referenciação e de retorno;
3. Formação em saúde mental comunitária, a nível do internato complementar de psiquiatria, em sectores com reconhecida experiência de articulação;
4. Programação departamental e institucionalmente apoiada de actividades regulares das equipas de psiquiatria e saúde mental no interface com os CSP, revestindo formas de consultadoria ou de trabalho articulado face às necessidades na prestação de cuidados incluindo os cuidados continuados;
5. Criação / dinamização de entidade que proceda à monitorização periódica de um conjunto de indicadores pertinentes à caracterização da saúde mental das populações, a nível nacional , regional e mesmo local, nomeadamente nos padrões de prescrição de medicamentos psicotrópicos, taxa de suicídios, taxa de internamentos e de reinternamentos, demora média, casos sócio-psiquiátricos recorrentes, etc, com partilha e discussão conjunta de dados;
6. Criação e aplicação periódica de instrumentos de avaliação da satisfação dos utilizadores, designadamente criados com a participação de associações de utentes e familiares de utentes bem como dos profissionais em diferentes contextos de articulação.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Promover Acções de Formação / Sensibilização dos CG na área da SM nos Centros Saúde	Unidades Locais de S Mental (em articulação com os vários Centros de Saúde da área geográfica)	Anual, de 2007 em diante	Nº de sessões / ano / Unidade SM => 3
Promover a Articulação com os CSP	Dupla. 1. Unidades Locais de S Mental 2. Direcção dos Centros de Saúde	Anual, de 2007 em diante	Nº de Reuniões / ano / Unidade SM => 2 (por cada conjunto de 4 CS envolvidos)
Promover a Melhoria da Informação de Referenciação e de Retorno	Dupla. 1. Unidades Locais de S Mental 2. Direcção dos Centros de Saúde	Anual, de 2008 em diante	Relatório anual com análise crítica e propostas de melhoria / Unidade de SM
Promover a Divulgação e Partilha de Informação sobre indicadores de SM na população a cargo	Dupla. 1. Unidades Locais de S Mental 2. Direcção dos Centros de Saúde	2008 em diante	Relatório anual / Unidade de SM: Indicadores base de Monitorização da Procura, Tx Internamentos, Nosologia, etc)

7. ARTICULAÇÃO INTER-SECTORIAL

A “Declaração sobre Saúde Mental para a Europa”, subscrita em Helsínquia por todos os Ministros da Saúde dos Estados Membros da União Europeia em 2005, incluindo Portugal, define os objectivos a alcançar:

1. A promoção do bem-estar mental;
2. A luta contra o estigma, a discriminação e a exclusão social;
3. A prevenção dos problemas de saúde mental;
4. A prestação de cuidados no quadro de serviços e de intervenções integradas na comunidade e eficazes, prevendo a participação dos utentes e dos cuidadores;
5. A reabilitação e a integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves.

Para que seja possível concretizar estes objectivos é necessária uma **perspectiva transversal de cooperação entre os diversos sectores das políticas e da sociedade**. “Tem que haver coordenação e clarificação de políticas e responsabilidades para o financiamento e a implementação dos serviços, entre agências governamentais e não governamentais. Os utentes e suas famílias devem ser envolvidos, sempre que possível, nos processos de prevenção, planeamento, tratamento e reabilitação (...), a responsabilidade pelas decisões e o controle do processo de reabilitação devem ser partilhadas entre utentes, famílias e profissionais” (Schulman,1985)

7.1. Em actividades de reabilitação psicossocial

É necessário definir qual é a parte da reabilitação que cabe aos serviços de saúde mental, e qual é a que implica uma abordagem mais ampla e deve ser levada a cabo com a cooperação dos sectores da segurança social, do emprego, da educação, da justiça, da cultura.

Nos Serviços Locais de Saúde Mental e nos Hospitais Psiquiátricos deve ser iniciado precocemente o processo de reabilitação, que inclui a avaliação e o treino e recuperação das competências individuais, nos aspectos dos cuidados pessoais e higiene, gestão da medicação, actividades da vida diária, relação interpessoal, projecto de vida e reconstrução da identidade e da auto-estima, e eventualmente treino residencial de transição para a comunidade. Deve também ser promovida a participação das famílias no processo de reabilitação, através de abordagens psico-educacionais, grupos de formação, etc. Estes serviços devem ser prestados no âmbito das Unidades de Dia de Reabilitação, Hospitais de Dia, Unidades de Convalescença, ou outros serviços de transição para a comunidade.

Por outro lado deve ser garantida a continuidade do tratamento, quer em ambulatório, intervenção na crise, internamento de curta duração, urgência e articulação com os Cuidados Primários e com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde Mental.

A Lei de Saúde Mental (Lei 36/98, de 24 Julho) e o Decreto-lei que a regulamenta (Dec. Lei 35/99, de Fevereiro), afirmam claramente, de acordo com as orientações da OMS, que aos doentes que careçam de reabilitação psicossocial, esta deve ser assegurada em estruturas residenciais, centros de dia, unidades de inserção profissional, inseridos na comunidade, e adaptados ao seu grau de autonomia.

Assim, as vertentes da **reabilitação profissional** (orientação vocacional, formação profissional, emprego apoiado, emprego protegido, empresas de inserção), de **reabilitação residencial** (actividades da vida diária, relações de grupo, gestão do dinheiro e do orçamento doméstico), e da **participação social** (utilização de recursos da comunidade, actividades culturais e de lazer, *empowerment*, grupos de auto-ajuda, quer de utentes quer de famílias, suportes sociais no domicílio) têm necessariamente que ser desenvolvidas fora dos serviços de saúde e integradas na comunidade. Exigem por isso outros recursos e metodologias, e pressupõem uma partilha das responsabilidades entre a saúde mental e os outros sectores.

Esta partilha de responsabilidades tem que ser **negociada** entre os intervenientes. Em Portugal existe já uma convergência de esforços entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, que possibilitou medidas importantes que se dirigem especificamente aos doentes psiquiátricos, entre outros grupos-alvo em situação de dependência ou de desfavorecimento face ao mercado de trabalho, como:

- O Despacho Conjunto 407/98 que permitiu financiar unidades residenciais (**Unidades de Vida Apoiada, Protegida e Autónoma**), centros comunitários (**Fóruns Sócio-ocupacionais**) e grupos de ajuda mútua.
- O Decreto-Lei nº101/06, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que é um instrumento muito importante para a articulação das medidas de apoio às pessoas com problemas de saúde mental, através da **Rede de Cuidados Continuados Integrados para a Saúde Mental**.
- A Portaria 348-A/98 que cria as **empresas de inserção** no âmbito do Mercado Social de Emprego

A partir de agora, a Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental será um instrumento precioso para regulamentar a participação financeira das áreas da saúde e da segurança social, permitindo assegurar o **apoio residencial, ocupacional e domiciliário** aos doentes com patologias graves que originam incapacidade ou dependência.

Além destas medidas que se aplicam expressamente às pessoas com doenças mentais, existem diversos programas dirigidos às pessoas com deficiência, nos quais não está expressa a inclusão deste grupo-alvo. A falta de clarificação sobre a inclusão das pessoas com doenças mentais na designação de pessoas com deficiência, leva a que surjam dúvidas na aplicação da legislação e das medidas dirigidas às pessoas com deficiência às pessoas com doenças mentais, criando situações de exclusão do acesso a programas e financiamentos, que afectam as organizações ou projectos que se destinam a este grupo-alvo.

São excepção as medidas de reabilitação profissional promovidas pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional, que, desde o início dos anos 90, estão abertas à apresentação de projectos para pessoas com doenças mentais, sem que estejam expressamente referidas como grupo-alvo. Falta no entanto regulamentar e financiar o **emprego apoiado** como forma de integração no mercado de trabalho que assegura o acompanhamento de todo o percurso da reabilitação profissional, e implica a sensibilização das empresas para cooperar nesta medida.

A possibilidade de **acumulação de rendimentos** de pensões de invalidez parcial com trabalho a tempo parcial, recentemente legislada, deverá aplicar-se às pessoas com doenças mentais, que muitas vezes têm dificuldades em suportar um horário de trabalho completo, mas têm capacidades para o fazer a tempo parcial.

O **apoio residencial em habitação independente**, largamente referido pelas organizações de utentes e de famílias como solução mais adequada em inúmeras situações, exigirá negociações com o Instituto Nacional de Habitação, as Autarquias e respectivos serviços de habitação para disponibilizarem habitação de renda moderada, e deverá ser conjugado com as Unidades de Apoio Domiciliário da Rede de Cuidados Continuados Integrados para a Saúde Mental.

Na área da infância e da adolescência a articulação com os serviços de segurança social ainda não deu os primeiros passos. Existe uma total ausência de respostas sociais adequadas a crianças e jovens com perturbações psiquiátricas graves, que muitas vezes estão em situações de abandono ou negligência por parte de famílias desorganizadas ou disfuncionais, e constituem uma problemática social grave que urge enfrentar, em articulação com a Segurança Social, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, os Tribunais de Família. As problemáticas deste grupo são diferentes das dos adultos, e merecem uma atenção específica para se compreender qual é o tipo de estruturas e serviços necessários e qual é a responsabilidade de cada sector envolvido. A articulação com os estabelecimentos de ensino, e de apoio social, escolas, creches, infantários é indispensável, não só como forma de prevenção, mas também para evitar que a criança ou o jovem seja marginalizado do percurso educativo regular, pondo em causa a sua futura integração social.

No que se refere ao financiamento existe uma orientação geral definida pela Lei 36/98 que refere no seu Artigo 3º, " 2 - ...os encargos com os serviços prestados no âmbito da reabilitação e inserção social, apoio residencial e reinserção profissional são comparticipados em termos a definir pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego." Mas esta orientação geral carece de ser concretizada e regulamentada, sem o que não produzirá quaisquer efeitos reais.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Regulamentação e financiamento do emprego apoiado	CNIPSAME, Instituto do Emprego e Formação Profissional, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	2008-2010	Publicação de diploma legal
Regulamentação e financiamento da habitação apoiada	CNIPSAME, Instituto Nacional de Habitação	2008-2016	Parcerias com as Autarquias
Cooperação com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco	CNIPSAME, Ministérios da Educação e do Trabalho e Solidariedade Social, e da Justiça	2008-2016	

Articulação com a Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental	CNIPSAME, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Ministério da Saúde	2008-2010	3 Projectos-piloto em implementação
Aumento dos financiamentos às ONG que representam utentes e famílias, e aos grupos de auto-ajuda	CNIPSAME, Instituto Nacional para a Reabilitação, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	2008-2010	Assegurar a actividade das Federações que agregam associações, e das associações de utentes ou de famílias

As **ONG** que têm um papel representativo dos interesses de utentes e famílias mas que não prestam serviços, não têm qualquer fonte de financiamento regular que permita a sua sobrevivência e a sua participação ao nível das políticas. Apenas uma Federação que agrega outras ONG (a FNERDM), beneficia de um escasso apoio financeiro através do Instituto Nacional para a Reabilitação. A participação destas organizações na formulação das políticas é uma das formas de garantir que a visão dos utilizadores dos serviços é tida em conta, contribuindo para o melhor conhecimento das necessidades e para a criação de serviços adequados e acessíveis. Constitui também uma estratégia de articulação entre o Estado e a sociedade civil.

7.2. Em actividades de prevenção e promoção

Em **2006**, a Comissão das Comunidades Europeias publicou um documento produzido pela **Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais** (European Communities, 2006) que chama a atenção para a necessidade de intervir nestas duas áreas, com o objectivo de reduzir os factores de risco e promover os factores de protecção, diminuir a incidência e a prevalência das doenças mentais, e também minimizar o impacto da doença nas pessoas, nas famílias e nas sociedades.

Este documento refere como estratégias principais de **promoção e prevenção**:

1. Programas para a primeira infância, que incluem aconselhamento pré-natal, intervenção precoce, formação parental, prevenção da violência doméstica e do abuso infantil, intervenções familiares, resolução de conflitos.
2. Programas de educação sobre saúde mental na idade escolar, sensibilização de professores, prevenção da violência juvenil, aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, prevenção do abuso de drogas, programas de desenvolvimento pessoal e social, prevenção do suicídio e das desordens alimentares.
3. Políticas de emprego e de promoção da saúde mental nos locais de trabalho, redução e gestão dos factores de stress ligados ao trabalho e ao desemprego, redução do absentismo por doença psíquica.
4. Programas de prevenção da depressão (segunda causa de incapacidade na União Europeia) da ansiedade e do suicídio, linhas telefónicas de apoio para pessoas isoladas, restrição do acesso aos meios de suicídio, como armas, medicamentos e venenos, melhoria da estabilidade social e dos estilos de vida, e do acesso aos serviços de emergência psiquiátrica.
5. Políticas de luta contra a pobreza e a exclusão social, medidas de apoio a famílias em risco social ou famílias multi-problemas, a pessoas sem-abrigo,

avaliação do impacto das políticas sociais na saúde mental, luta contra o estigma.

6. Sensibilização e informação em diversos sectores, como os cuidados primários, as escolas, centros recreativos, locais de trabalho, serviços abertos à população, programas na televisão e Internet, comunicação social em geral.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Cooperação entre os diversos sectores das políticas	CNIPSAME, Ministérios da Saúde, da Educação, do Trabalho e Solidariedade Social	2008-2016	Plataforma de Acção para a Prevenção em Saúde Mental
Prevenção do suicídio e da depressão	CNIPSAME, Ministério da Saúde, Cuidados Primários de Saúde	2008-2016	Plano Nacional de Prevenção do Suicídio
Prevenção do abuso do álcool e das drogas	CNIPSAME, Instituto da Droga e Toxicodependências	2008-2016	Cooperação com o IDT
Prevenção da violência doméstica e do abuso infantil	CNIPSAME, Ministérios da Educação e do Trabalho e Solidariedade Social, ONG	2008-2016	Cooperação com as ONG e a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres
Luta contra o estigma	CNIPSAME, comunicação social, ONG, utentes e famílias	2008-2010	Campanha Nacional Anti-estigma
Apoio a grupos vulneráveis ou em risco social	CNIPSAME, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social	2008-2016	Cooperação com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco
Luta contra a exclusão social dos sem-abrigo	CNIPSAME, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, Autarquias	2008-2010	Parceria com a Câmara Municipal de Lisboa

7.3. Na prevenção e tratamento dos problemas associados ao abuso de álcool e drogas

Os problemas relacionados com o abuso e a dependência de álcool e drogas constituem importantes problemas de saúde pública com múltiplas associações com as perturbações de saúde mental. Os determinantes destas situações são em grande parte os mesmos que os das doenças mentais. A comorbilidade entre doenças mentais e perturbações ligadas com o abuso de álcool e drogas é extremamente frequente. Os cuidados a problemas relacionados com o abuso e a dependência de álcool e drogas são muitas vezes prestados a nível dos serviços de saúde mental.

Por estas razões, em muitos países, saúde mental, álcool e drogas são áreas associadas a nível da prestação de serviços, ou pelo menos da sua organização. Em Portugal, a área do álcool esteve sempre muito ligada à saúde mental, existindo unidades especificamente dedicadas ao alcoolismo em muitos serviços de saúde mental e tendo os Centros Regionais de Alcoolismo estado sob a tutela da Direcção de Serviços de Saúde Mental até muito recentemente.

Com a integração destes Centros Regionais de Alcoologia no Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) criou-se uma nova situação que urge clarificar, uma vez que, a

partir de agora, os cuidados a nível regional dependem do IDT, mas a nível local não é claro a quem cabe a responsabilidade de assegurar às populações cuidados na área do alcoolismo.

A Comissão, após discutir estes problemas com a Direcção do IDT, considera ser indispensável definir, a curto prazo, as responsabilidades dos diferentes intervenientes nesta matéria, bem como os princípios que devem reger a cooperação entre os serviços de saúde mental e os serviços do IDT. Recomenda-se ainda a participação dos psiquiatras do IDT na prestação de serviços de urgência psiquiátrica. Esta medida justifica-se por três razões: a) as situações de urgência relacionadas com o abuso de álcool e muitas das relacionadas com as toxicodependências são de facto atendidas nas urgências psiquiátricas; b) não se afigura possível o IDT assumir isoladamente o atendimento das situações de urgência nas áreas de álcool e drogas; c) a escassez actual de psiquiatras nos serviços de saúde mental.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADORES
Definição dos princípios de colaboração entre os serviços de saúde mental e os serviços do IDT	CNIPSAME , IDT	31 de Dezembro de 2007	Documento com princípios acordados
Participação de médicos psiquiatras do IDT na prestação de serviços de urgência psiquiátrica	CNIPSAME , IDT	Acordo negociado até 31 de Dezembro de 2007 Início da participação até 31 de Março de 2008	Documento com acordo, proporção de psiquiatras do IDT incluídos nas escalas de urgência

7.4. Na prestação de cuidados a grupos vulneráveis (pessoas sem abrigo, vítimas de violência, outras)

A necessidade de assegurar cuidados específicos de saúde mental a alguns grupos especialmente vulneráveis é hoje aceite em todo o mundo. Entre estes grupos destacam-se as crianças, os idosos, os sem abrigo (SA) e as vítimas de violência. As respostas propostas para os dois primeiros grupos encontram-se mencionadas noutras partes do Plano (ver 5. e Quadro 25, respectivamente).

No que se refere às pessoas sem abrigo, trata-se de um grupo que comprovadamente apresenta uma elevada prevalência de doenças mentais e que requer programas especialmente desenhados para as suas necessidades específicas. Além de apresentarem uma morbilidade geral muito mais alta do que a população em geral, deparam em regra com inúmeras barreiras no acesso aos cuidados prestados pelos serviços de saúde habitualmente disponíveis, sendo ainda vítimas frequentes de violência e de abusos de vários tipos. Em Portugal, não foi ainda realizado nenhum estudo de morbilidade psiquiátrica com instrumentos standardizados de diagnóstico, única forma de conhecer com rigor a verdadeira prevalência de doenças psiquiátricas. No entanto, um estudo realizado numa amostra de 511 SA da capital (Bento, 1999) com base numa avaliação clínica, aponta para valores elevados de prevalência (cerca de 90%).

No que se refere especificamente aos cuidados de saúde mental, está abundantemente comprovada a incapacidade dos serviços psiquiátricos tradicionais em responder as necessidades de cuidados dos SA. A excelente revisão dos tratamentos para os SA publicada pela WHO (2005), mostra que tanto a literatura Europeia como a Norte Americana são unânimes quanto à necessidade de assegurar a existência de programas baseados num “case management” activo, que garanta continuidade de cuidados e uma articulação adequada entre os cuidados psiquiátricos e os serviços sociais. Em Portugal, deram-se já alguns passos importantes no desenvolvimento de respostas específicas às necessidades de cuidados de saúde mental dos SA. É o caso da experiência da “equipa de rua” pluridisciplinar (Psiquiatra, assistente social e psicólogo), da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que entre 1994 e 2002 observou mais de 1000 casos. Destacam-se dos seus objectivos o apoio aos SA na resolução dos seus problemas de saúde, o apoio na prospecção e integração no alojamento, e a facilitação da ligação, articulação e cooperação com outros serviços (Bento,1992).

A Comissão considera que importa aproveitar e desenvolver estas experiências, integrando nas equipas responsáveis pelas áreas onde vivem geralmente os SA programas mais sistematizados para estes doentes. Numa primeira fase, sugere-se o desenvolvimento de um projecto piloto, susceptível de extensão após avaliação.

No que se refere ao problema da Violência Doméstica (VD), em Portugal, cabe à *Estrutura de Missão contra a Violência Doméstica* (EMCVD) “assegurar a coordenação interministerial necessária ao combate à violência doméstica, nomeadamente através da implementação do... Plano Nacional contra a Violência Doméstica e promover a reflexão prospectiva e discussão pública do tema da violência doméstica, tomando iniciativas que reforcem o envolvimento das entidades públicas e da sociedade civil na prevenção do fenómeno”

(ler mais em <http://www.emcviolenciadomestica.com/html/index.asp>).

Visando cumprir este plano, a EMCVD reforça a importância de uma ligação estreita com a Saúde. Entre outras medidas, neste âmbito, salienta-se o desejo da criação de uma rede entre todos os organismos públicos e privados que lidam com a VD, para que se estabeleçam regras mínimas de atendimento, tendo em vista uma melhor resposta no âmbito desta problemática. A EMCVD e o Alto Comissariado da Saúde organizaram em 6 de Junho de 2006 o encontro “*Profissionais de Saúde e Violência Doméstica*”. O objectivo que presidiu a este evento foi o de encontrar formas de prevenir e diagnosticar situações de violência doméstica e, simultaneamente, delinear estratégias de intervenção ao nível local, a partir de experiências de boas práticas das Administrações Regionais de Saúde (ARS) do nosso País, a par com a consequente discussão sobre as formas de articulação entre a Saúde e outros sectores para apoio a vítimas de VD, sobre a formação específica dos profissionais de saúde para a detecção e encaminhamento de situações deste tipo. O projecto apresentado pela ARS Centro (“*Grupo Violência: Informação, Intervenção, Investigação*” / *Serviço de Violência Familiar no Hospital Sobral Cid*) mereceram da parte dos técnicos presentes uma apreciação muito positiva. Foi pontuada, relativamente ao Grupo Violência, a importância da aposta numa política efectiva de parcerias e iniciativas conjuntas de prevenção e sensibilização, tendo a criação do Serviço de Violência Familiar, no Hospital Sobral Cid (iniciativa do *Grupo Violência*) sido considerado um exemplo de boas práticas.

A Comissão considera que experiências como esta devem ser divulgadas e progressivamente integradas nas actividades comunitárias dos serviços locais de saúde mental.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de um projecto piloto para tratamento de pessoas Sem Abrigo	CNIPSAME	Projecto elaborado até 31/12/2008 e iniciado até 31/12/2010	Projecto elaborado; número de projectos iniciados
Integração de projectos na área da violência doméstica em equipas de saúde mental comunitária	CNIPSAME, direcções de serviços de saúde mental	Pelo menos 1 projecto em cada região até 31/12/2008	Número de projectos

7.5. Com o Ministério da Justiça

Um número significativo de problemas de saúde mental exigem intervenções que envolvem a participação de serviços de saúde e de serviços da justiça. Nesta interface, registam-se actualmente problemas complexos que importa resolver com urgência. Entre estes, destacam-se os seguintes:

- Prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a doentes inimputáveis
- Prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a pessoas com doenças mentais que se encontram em estabelecimentos prisionais
- Elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas
- Prestação de cuidados mandatados por decisão judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens

Em 31 de Dezembro de 2006 existiam em Portugal 260 doentes inimputáveis internados (85 em estabelecimentos prisionais e 175 em estabelecimentos psiquiátricos). Alguns dos serviços onde estão internados estes doentes têm condições muito deficientes, prevendo-se o encerramento, por esta razão, das instalações em StªCruz do Bispo. A Comissão considera necessário assegurar a existência de três serviços no país para estes doentes, localizados em Lisboa, Porto e Coimbra, devendo o seu desenvolvimento e funcionamento futuros ser definidos no âmbito das negociações em curso entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, com o objectivo de estudar a possível passagem dos serviços de saúde do Ministério da Justiça para o Ministério da Saúde.

A prestação de cuidados de saúde mental às pessoas que se encontram em estabelecimentos prisionais tem igualmente que ser envolvida nas negociações em curso entre Justiça e Saúde. Embora faça sentido os serviços locais prestarem estes cuidados, a verdade é que, com a escassez de recursos da maioria destes serviços, não se afigura possível que eles possam assumir esta responsabilidade.

A elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas tem vindo a tornar-se um problema cada vez mais complicado para os serviços de saúde mental. Face a um aumento crescente de solicitações nesta área, o tempo associado a estas actividades assume já uma proporção muito significativa do trabalho de psiquiatras, tudo levando a crer que esta tendência se

venha agravar no futuro. Alguns serviços começam a ter dificuldades em manter o apoio a consultas e outras actividades clínicas, tanto mais que as actividades médico-legais, com as idas a tribunais, interferem com o planeamento do trabalho clínico.

Relativamente à prestação de cuidados mandatados por decisão judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens, trata-se igualmente de uma questão referida pelos responsáveis dos serviços como um problema que exige ser tomado em consideração.

A Comissão considera que se torna assim, indispensável, iniciar um processo de discussão com o Ministério da Justiça, de modo a que se possam encontrar soluções para estes problemas.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Criação de grupo de trabalho Saúde Mental - Justiça para elaborar propostas que respondam aos problemas relacionados com: 1- a prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a doentes inimputáveis e a pessoas com doenças mentais que se encontram em estabelecimentos prisionais; 2 - a elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas; 3 - a prestação de cuidados mandatados por decisão judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens	CNIPSAME, Ministério da Justiça	Grupo criado até 31/03/2008. Propostas apresentadas até 31/12/08	Propostas apresentadas

8. Legislação de saúde mental e direitos humanos

As pessoas que sofrem de perturbações mentais, em virtude da sua vulnerabilidade psicológica e da situação de desvantagem social em que muitas vezes se encontram, são frequentemente vítimas de violações sistemáticas dos direitos e liberdades fundamentais, tais como tratamento cruel e desumano ou sujeição a condições de vida degradantes e indignas. Além do sofrimento devido à sua doença, têm ainda que enfrentar o estigma e a discriminação da sociedade.

Este estigma manifesta-se por estereótipos, medo e rejeição, exclusão social e negação dos direitos e liberdades básicas, dos direitos civis, políticos, económicos e sociais, e ainda por restrições no acesso a cuidados de saúde, a protecção social, a oportunidades de emprego.

Existe vasta evidência a nível internacional de que os direitos mais frequentemente desrespeitados, principalmente no contexto dos hospitais psiquiátricos, mas também nas comunidades onde vivem, incluem o direito a ser tratado com humanidade e respeito, o direito à admissão voluntária numa instituição psiquiátrica, o direito à privacidade, a liberdade de comunicação com o exterior quando internado, o direito de votar, o direito a receber tratamento na comunidade e a dar consentimento informado ao tratamento, o direito a garantias judiciais, o direito ao trabalho, à educação, a habitação independente ou protegida, à protecção social, entre outros.

Apesar de a importância dos direitos humanos ter sido progressivamente reconhecida pela comunidade internacional nos últimos 50 anos, a partir da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), não existe até ao presente nenhuma declaração vinculativa referente aos direitos das pessoas com problemas mentais. Devido ao fenómeno da invisibilidade que está relacionado com o estigma que acompanha a doença mental, este assunto foi ignorado durante várias décadas.

Em 1991 as Nações Unidas pronunciam-se sobre a necessidade de proteger as pessoas com doenças mentais em relação à violação dos direitos humanos, definindo os “Principes pour la Protection des Personnes Atteintes de Maladie Mentale et pour l’Amélioration des Soins de Santé Mentale” (1991). Estes princípios não são vinculativos, mas serviram de inspiração à elaboração de legislação em muitos países, entre os quais Portugal. De facto estabelecem, pela primeira vez, uma série de direitos que devem não só ser reconhecidos como assegurados pelos governos de todos os países, tais como:

- Direito a tratamento individualizado, prestado por profissionais qualificados, adaptado às necessidades de cada doente e respeitando a escolha do interessado;
- Direito à reabilitação e reforço da autonomia - todos os tratamentos devem visar o aumento das capacidades do doente;
- Direito à independência, integração social e participação na comunidade;
- Direito a ser tratado em serviços localizados na sua comunidade de residência, e da forma menos restritiva possível;
- Direito ao consentimento informado e à recusa dos tratamentos;
- Direito à protecção da sua dignidade nos serviços onde é tratado, o que inclui a privacidade, higiene, comunicação com o exterior, confidencialidade, visitas, alimentação e instalações adequadas, actividades ocupacionais;

- Direito à não discriminação em matérias legais, isto é, a não ser privado dos seus direitos legais e civis, a não ser quando a sua incapacidade para os exercer seja declarada por um perito, através de um processo legal;
- Direito a ser protegido de tratamentos cruéis ou degradantes, ou de experiências médicas ou científicas realizadas sem o seu consentimento, livre de qualquer coacção.

Em 2001 verificou-se um extraordinário alargamento do interesse internacional pela saúde mental, que resultou de diversos factores, tal como o reconhecimento do impacto das doenças mentais na sociedade, o desenvolvimento de novas formas de tratamento e intervenção psicossocial, e ainda a crescente participação dos doentes e suas famílias. A OMS afirma: “As políticas e programas de saúde mental devem promover os seguintes direitos: igualdade e não discriminação; o direito à privacidade; autonomia individual; integridade física; direito à informação e participação; liberdade de religião, reunião e movimento.” (WHO,2001). Afirmar ainda que a legislação sobre saúde mental de todos os países deve garantir que a dignidade dos doentes seja preservada e os seus direitos fundamentais sejam protegidos.

Em 2004 é publicada pelo Conselho da Europa uma Recomendação do Comité de Ministros, relativa à protecção dos direitos do homem e da dignidade das pessoas atingidas por perturbações mentais, que define orientações para os Estados Membros para assegurar o respeito por esses direitos.

Em Portugal, a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98) trouxe avanços significativos nesta área, definindo os direitos dos utentes dos serviços de saúde mental de acordo com os Princípios de 1991 e regulamentando o processo de internamento compulsivo. Também consagra o modelo comunitário para a prestação de cuidados de saúde mental, tal como esses Princípios consideram, como um direito das pessoas com doenças mentais, e prevê a participação de organizações de utentes e familiares no Conselho Nacional de Saúde Mental.

A legislação é um instrumento de importância fulcral para a defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental e para a diminuição do estigma. Sem legislação específica que permita combater os efeitos da discriminação, estas pessoas dificilmente poderão aceder ao estatuto de cidadania a que justamente aspiram. A legislação portuguesa para a saúde mental criada na última década mantém-se perfeitamente actualizada, já que contempla a generalidade das questões mais relevantes na área da saúde mental, e respeita no essencial as recomendações internacionais mais actualizadas.

Não parece, portanto, justificar-se para já, a elaboração de uma nova lei de saúde mental, mas sim regulamentar alguns aspectos da sua aplicação. Nomeadamente, é urgente encontrar solução para algumas questões que se arrastam há muito tempo, como a da gestão do património e das pensões das pessoas residentes nos hospitais psiquiátricos. Por outro lado é o momento oportuno para promover legislação transversal, implicando diversos sectores das políticas, para assegurar a articulação intersectorial tal como foi referida no capítulo anterior.

A inclusão das pessoas com doenças mentais nos grupos-alvo de legislação dirigida às pessoas com deficiência, nomeadamente a Lei 46/2006 dita da não discriminação, não está garantida, devendo ser objecto de uma adenda legal que salvaguarde os direitos dessas pessoas.

O facto de Portugal ter assinado muito recentemente a Convenção Internacional dos Direitos Humanos significa um compromisso assumido para fazer respeitar e promover os direitos de todos os grupos que são objecto de discriminação, que não pode excluir as pessoas que têm problemas de saúde mental.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Criação de um Grupo de Trabalho sobre Direitos Humanos e Saúde Mental	CNIPSAME, Ministério da Justiça, Conselho Nacional de Saúde Mental e Associações de Utentes e Familiares	31 de Dezembro de 2007	Proposta finalizada
Proposta de adenda legal à Lei 46/2006 como forma de discriminação positiva	CNIPSAME, Instituto Nacional para a Reabilitação	31 de Julho de 2008	Proposta finalizada

9. Financiamento e gestão

Os serviços de saúde mental em Portugal têm um sistema de gestão e financiamento profundamente disfuncional e constrangedor do desenvolvimento de cuidados na comunidade.

Os DPSM, não só não têm qualquer autonomia, capacidade de decisão e participação, como, na maioria dos casos, não dispõem de um orçamento próprio previamente definido e contratualizado. Como mostra a experiência de 15 anos, com este sistema de gestão é totalmente impossível cumprirem as funções que lhes estão atribuídas. Os Hospitais psiquiátricos, por seu lado, têm funcionado sem obedecer a qualquer linha orientadora, acabando por se desenvolver de uma forma que em muitos casos nada tem a ver com a sua verdadeira missão.

A introdução de profundas mudanças no sistema de gestão e funcionamento dos serviços de saúde mental é assim uma prioridade absoluta no momento presente.

O estabelecimento de um orçamento nacional para a saúde mental constitui uma medida fundamental para a implementação das reformas que se propõem neste plano. Sem este instrumento, será muito difícil promover mudanças significativas num sistema com as características e a história do sistema de saúde mental.

O estabelecimento de um modelo de financiamento baseado em princípios de contratualização é outra prioridade, sendo necessário assegurar um orçamento sectorial para os DPSM. Este modelo de financiamento deverá tomar em consideração as especificidades dos cuidados de saúde mental. Não é possível manter um modelo centrado apenas nas linha de produção de internamento, consultas e urgências que prevalece nos hospitais gerais e que está longe de reflectir as actividades realmente desenvolvidas pelos serviços de saúde mental.

Tal como estabelece a lei, os DPSM devem passar a constituir verdadeiros Centros de Responsabilidade

Finalmente, a Comissão considera que importa desenvolver e avaliar novas formas de gestão dos serviços que permitam uma maior participação e responsabilidade de grupos de profissionais e de organizações não governamentais.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Estabelecer um orçamento nacional para a saúde mental	Ministério da Saúde	A partir de 2008	Orçamento
Passagem dos DPSM a Centros de Responsabilidade	CNIPSAME, Administrações dos hospitais, direcções dos DPSM's	3 a 5 experiências piloto até final de 2008. Passagem em 50% dos DPSM's em 31/12/2010 Passagem completada em 31/12/2012	Número de Centros criados
Desenvolvimento de projectos inovadores de gestão de serviços por grupos de profissionais ou organizações não governamentais	CNIPSAME, ACSS	3 a 5 experiências até 31/12/2008	Número de projectos lançados

10. Sistema de Informação

O processo de recolha de informação, necessária à caracterização dos serviços de saúde mental, revelou-se tarefa de enorme dificuldade e de fiabilidade nem sempre comprovada.

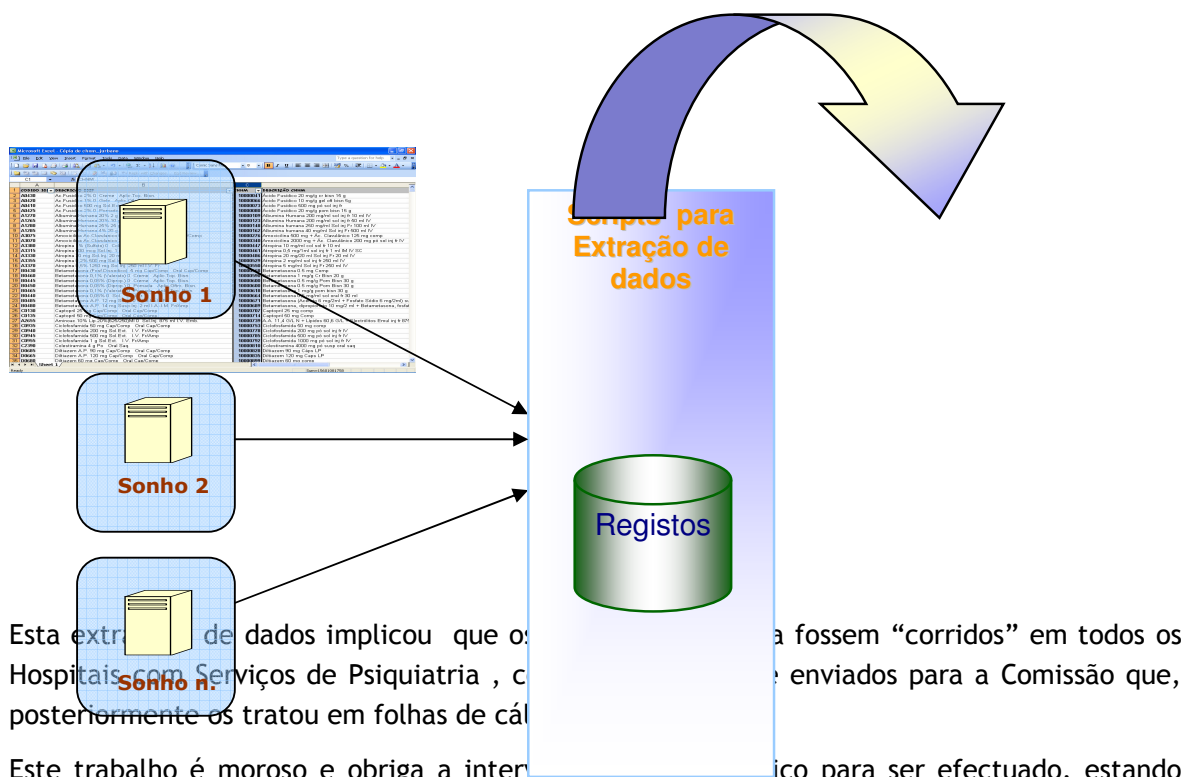
Desde logo porque a informação de produção prestada pelos hospitais, em particular os gerais, quer ao IGIF quer às ARS's, no âmbito do processo de contratualização, não permite que se conheça a actividade realizada por técnicos não médicos, identificar o internamento de evolução prolongada, o volume de urgências psiquiátricas, a referenciação dos utentes e o seu encaminhamento após alta e, de particular importância, o número de utilizadores das estruturas de saúde mental.

Esta circunstância veio confirmar os problemas que se colocam a uma gestão diferenciada área da actividade dos serviços gerais, reforçando a convicção de que deverão ser procurados mecanismos de gestão intermédia que permitam, não só dar visibilidade, mas também operacionalizar, o aproveitamento dos recursos.

Neste contexto de dificuldade foi-nos possível aceder a alguma informação dos hospitais que possuem a aplicação SONHO, no entanto de recolha morosa e nem sempre suficientemente identificada.

Em face disto, solicitámos a colaboração do IGIF no sentido de nos ajudar a elaborar uma proposta um sistema que permita recolher de forma eficaz a informação necessária, , sem ignorar as potencialidades das ferramentas já existentes..

A Comissão solicitou ao IGIF a extracção de dados dos vários Serviços de Psiquiatria dos Hospitais do SNS, conforme esquema indicado.

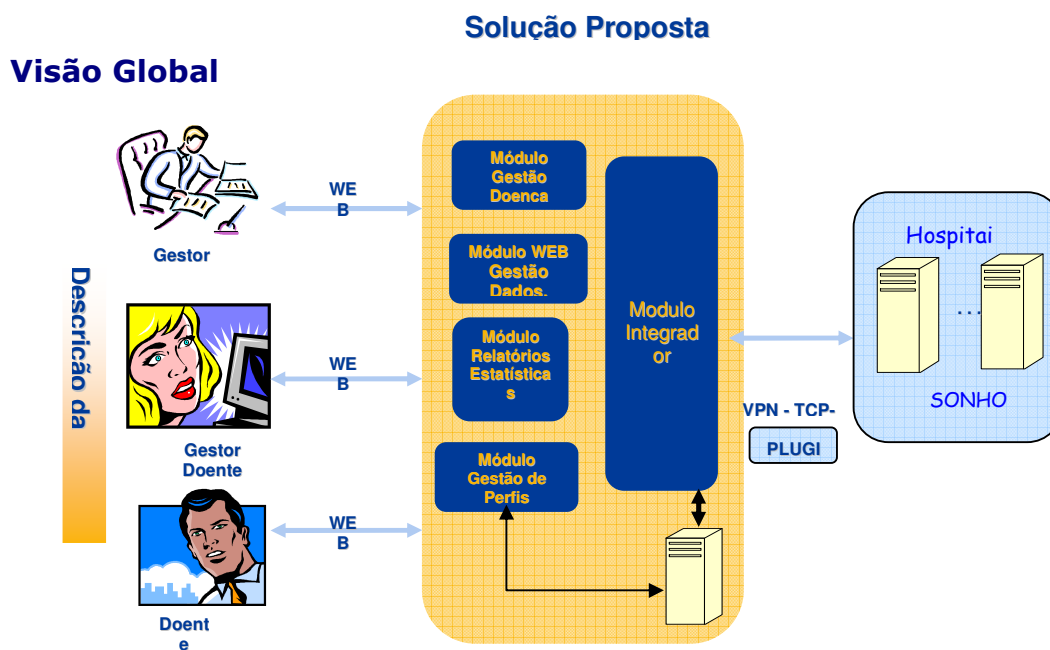


Este trabalho é moroso e obriga a intervenção de um técnico para ser efectuada, estando sempre condicionado a grandes alterações, devido às diferentes agregações de dados que a Comissão necessita para atingir os seus objectivos.

Numa Sociedade que cada vez mais privilegia a informação como uma das suas preocupações mais dominantes, a necessidade de existir numa organização a infra-estrutura adequada para

a sua recolha, armazenamento, processamento, representação e distribuição faz com que uma parcela apreciável do esforço da organização seja tomada por estas preocupações.

Assim e face às constantes solicitações da Comissão e tendo em linha de conta que a informação para o indivíduo traz vantagens para as organizações, pois a sua complexidade implica a coordenação e interacção de um conjunto de indivíduos e, a resposta a solicitações que lhes são exteriores, com a exigência de padrões de qualidade cada vez mais elevados, propõe-se a criação de um sistema de informação que proporcione os meios mais adequados, para suporte à tomada de decisão e à acção da CNIPSAME para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, conforme esquema discriminado



A informação torna-se conhecimento quando é contextualizada, relevante, autêntica, e relacionável com a experiência.

Com base neste pensamento e baseado no esquema anterior pode-se criar um Sistema de Informação que sirva não só os intuitos da Comissão, mas também serem lançadas as bases para o estudo e o conhecimento da Saúde Mental em Portugal com enfoque não só na doença mas, também no Doente.

Breve Descrição do Sistema:

❖ Módulo Interface WEB

- Tem por objectivo fornecer interfaces gráficas para permitir aos utilizadores interagirem com o sistema
- Fornece uma interface de autenticação, para que os utilizadores possam ser categorizados pelos seu perfil
- Apresenta uma visão diferente da informação presente no sistema dependendo do perfil de utilizador que está a aceder ao sistema. (Exemplo: Um gestor de doença

vê informação estatística e relatórios sobre a doença. O gestor do doente apenas vê a informação respeitante aos doentes que estão presentes na unidade de saúde a que pertence. etc.)

- Terá o tipo de interface comum nas interfaces WEB de forma a minimizar a formação dos utilizadores numa nova tecnologia.

❖ **Módulo Integração**

- É responsável por integrar com sistemas externos que possuam informação relevante para a gestão integrada da doença
- Faz uso de uma tecnologia de *plugins* por forma a permitir minimizar o esforço de integração com novos sistemas. Existe um modelo de dados (ontologia) no sistema que estrutura e condiciona os dados a serem importados
- Abstrai as diversidades de comunicação e modelos de dados presentes nas entidades a integrar
- É considerada, para todas as entidades, a possibilidade de elas poderem ser inseridas manualmente ou serem importadas a partir de sistemas externos

❖ **Módulo Gestão de Perfis**

- Permite fazer a gestão dos perfis que irão aceder ao sistema
- A gestão dos perfis inclui a configuração da autorização, autenticação e acesso dos utilizadores, condicionando a informação disponível ao perfil do utilizador
 - ☞ Exemplo: O Gestor do Doente é o responsável por uma unidade de saúde onde o doente está a ser tratado, por isso, só terá acesso à informação da sua unidade e aos doentes que se encontram associados à mesma

❖ **Módulo Gestão Doença**

- Tem por objectivo fornecer uma visão agregada da gestão da doença e permite a actualização de um modelo de dados genérico com as entidades de informação da doença
- Outro objectivo deste módulo é maximizar a reutilização das funcionalidades dos restantes módulos numa perspectiva futura de evolução da plataforma, tornando a arquitectura modular e maximizando assim o retorno do investimento

11. Melhoria da Qualidade

O conceito de qualidade e as suas dimensões associadas (avaliação de qualidade, garantia de qualidade, melhoria contínua de qualidade) ocupam actualmente um lugar estratégico na planificação dos serviços de saúde em geral, e dos serviços de psiquiatria e saúde mental em particular.

Têm sido vários os organismos e instituições a debruçarem-se sobre esta temática, merecendo particular destaque a OMS (OMS,2003), o STAKES (Comissão Europeia,2001) e a OECD, os quais têm desenvolvido um trabalho relevante no desenvolvimento de metodologias de avaliação e na selecção de sistemas de indicadores específicos para a área da saúde mental. No nosso país, merece particular destaque a contribuição do Conselho Nacional de Saúde Mental, consubstanciada num documento intitulado ‘Qualidade em Saúde Mental: Promoção e Avaliação’, de 2005, para o qual a Comissão remete os eventuais interessados nesta matéria.

De acordo com a OMS (2003), a implementação de um procedimento de avaliação de qualidade em saúde mental pode ser decomposta em seis passos sucessivos:

- Identificação de políticas de melhoria da qualidade
- Elaboração de documentos normativos
- Desenvolvimento de procedimentos de acreditação (avaliação por agentes externos)
- Monitorização dos serviços de saúde mental (avaliação por agentes internos)
- Integração dos procedimentos de avaliação e garantia de qualidade na rotina dos serviços.
- Revisão constante dos mecanismos de qualidade

O desenvolvimento de um processo desta natureza deve em primeiro lugar fundamentar-se nos diversos níveis e agentes implicados no planeamento e prestação de cuidados, uma vez que não é possível avaliar qualidade através de uma perspectiva única ou isolada. O quadro em baixo ilustra de forma esquemática os elementos envolvidos num sistema de avaliação de qualidade.

Níveis de avaliação de qualidade

Elementos-chave	Dimensões em avaliação
Decisores políticos	Legislação, normas e regulamentação
População	Recursos disponíveis Acessibilidade aos serviços Estado de saúde mental (morbilidade geral)
Serviços de psiquiatria	Recursos e adequação às necessidades Infra-estruturas
Profissionais (staff)	Competência técnica Perícias de comunicação
Doentes e familiares	Cobertura das necessidades Envolvimento no processo terapêutico <i>Outcome</i> clínico e funcional Apoio aos familiares Satisfação com os serviços

Do ponto de vista metodológico, a avaliação de qualidade baseia-se num ciclo contínuo em que se comparam resultados obtidos com resultados esperados, introduzindo modificações, e reavaliando o impacto das mesmas. Este processo implica a existência prévia de normas, critérios, padrões e indicadores, e deve envolver dentro do possível todos os elementos participantes no processo assistencial, sob pena de não ser efectivo (Xavier,2006).

Esta necessidade de envolvimento aplica-se de forma muito clara aos utentes, cuja relação com o sistema de saúde tem conhecido uma significativa transformação nas últimas duas décadas, evoluindo de um papel passivo e expectante para uma postura em que o doente/familiar tem cada vez mais informação, pede cada vez maior rapidez no atendimento e reclama um protagonismo crescente no planeamento e condução do processo terapêutico. Neste novo contexto de prestação de cuidados a satisfação do utente/familiar é um elemento central, nomeadamente na criação e manutenção de alianças terapêuticas, pelo que é fundamental conhecer as características e especificidades do processo assistencial que são consideradas chave pelos utentes.

Apesar das potencialidades do conceito de satisfação na avaliação de qualidade, quer como indicador de resultados (reflexo de expectativas, experiências anteriores, tipo de cuidados prestados pelos serviços, etc.) quer como factor independente (e.g., influenciando a adesão ao projecto terapêutico), a sua utilização na área da psiquiatria e saúde mental foi alvo de alguma controvérsia no início da década de 90 (Sheppard,1993), hoje em dia plenamente ultrapassada pela demonstração em inúmeros estudos da capacidade discriminativa dos indivíduos com perturbações psiquiátricas graves acerca do seu próprio processo terapêutico (Ruggeri,1996).

Tomando em linha de conta a multiplicidade de níveis, dimensões e indicadores (estrutura, processo e resultados), é óbvio que o desenvolvimento e implementação de um processo de avaliação de qualidade que possa funcionar a nível nacional obriga a um conjunto de opções por parte dos decisores, tais como:

1. Modelo de avaliação - tem de ser simultaneamente desenvolvido um sistema de monitorização dos serviços, simples e flexível, e um sistema de avaliação de âmbito nacional.
2. Agente da avaliação - independentemente dos procedimentos que desejavelmente deverão ser implementados na rotina, é necessária a existência de procedimentos de avaliação efectuados por agentes externos (creditados para o efeito), tal como é aliás preconizado pela OMS.
3. Âmbito da avaliação - de acordo com os conhecimentos científicos actuais, a avaliação deve englobar não só as variáveis de estrutura e de processo, como também de resultados. Isto implica a utilização de metodologias e instrumentos de colheita de dados comuns nos diversos serviços do país.
4. Selecção de indicadores - constitui uma das áreas mais sensíveis e problemáticas na avaliação de qualidade em saúde mental, estando entre outras coisas dependente da própria qualidade dos sistemas de informação existentes nos serviços de saúde e nos organismos de gestão do Ministério da Saúde.

5. A avaliação da satisfação de utentes e familiares deve fazer parte integrante de qualquer processo de avaliação de qualidade.

No decurso da elaboração deste Plano, a Comissão desenhou um estudo em que foi efectuada uma avaliação de qualidade (estrutura e processo) em todos os serviços de psiquiatria da rede pública existentes no território continental, e ainda das Instituições geridas por Ordens Religiosas e pela Misericórdia do Porto (ver descrição mais detalhada em Anexos-Avaliação de Qualidade dos Serviços de Saúde Mental). Utilizando um instrumento da OMS (1994), que pelo facto de ter sido concebido para aplicação em contextos socio-económicos díspares apresenta um nível de exigência de padrões pouco elevado, as principais conclusões do estudo foram as seguintes:

- O nível médio de qualidade dos serviços/departamentos do sector público encontra-se na faixa inferior do razoável.
- O nível de qualidade nos dispositivos de ambulatório é inferior ao das unidades de internamento, isto num momento em que a tendência de prestação de cuidados é cada vez mais a inversa.
- As áreas mais críticas de incumprimento de critérios e padrões de qualidade são as de recursos humanos (dotação, distribuição, composição multidisciplinar do staff) e de organização administrativa.
- Existem claras assimetrias no território continental, com particular destaque para as dificuldades e deficiências existentes na Região do Alentejo.

Para além do valor intrínseco destes resultados, e do seu potencial como ponto de partida para a implementação de procedimentos de melhoria de qualidade, um dos aspectos mais importantes deste estudo foi a demonstração da exequibilidade de um processo de avaliação de qualidade à escala nacional, com custos insignificantes, e levado a cabo maioritariamente através das contribuições dos próprios profissionais das Instituições.

Nestas circunstâncias, levando em linha de conta i. a importância da implementação de métodos de avaliação, garantia e melhoria de qualidade nos serviços de psiquiatria e saúde mental, ii. a pouca expressão que tais métodos têm na realidade portuguesa, iii. a existência de instrumentos de avaliação abrangentes e efectivos e iv. a demonstração da sua exequibilidade e baixo custo, a Comissão sugere as seguintes linhas de acção:

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de uma política de avaliação e garantia de qualidade (metodologia, selecção de indicadores, processo de implementação, recurso a entidades externas de avaliação)	CNIPSAME	Até Junho de 2008	Documento pronto
Avaliação de qualidade dos serviços nacionais, abrangendo os vários dispositivos de prestação de cuidados e a área de cumprimento de direitos dos doentes (através do recurso a instrumentos da OMS)	Unidades Locais de Saúde Mental Entidade externa de avaliação	Até Dezembro de 2008	Proporção de Unidades em que o processo foi finalizado
Avaliação dos níveis de satisfação dos utentes dos serviços de psiquiatria, englobando elementos quantitativos e qualitativos.	CNIPSAME - desenho do modelo de avaliação. Unidades Locais de Saúde Mental - implementação	Aplicação deverá ser de rotina. Análise deverá ser pelo menos anual.	Nível médio de satisfação dos utentes dos serviços de psiquiatria (diferenciando os vários dispositivos).
Implementação de normas de tipo organizativo na actividade de rotina em todos os serviços do país (e.g. protocolo de recepção e acolhimento, direitos e deveres de utentes, informação genérica sobre os processos terapêuticos)	CNIPSAME (coordenação da elaboração das normas e <i>guidelines</i>) Unidades Locais de Saúde Mental (implementação)	Até Junho de 2008	Proporção de serviços que têm um sistema de normas organizativas implementado.
Elaboração e implementação de normas sobre programas terapêuticos integrados para doentes com perturbações psiquiátricas graves, incluindo reabilitação, de acordo com a evidência científica	CNIPSAME	Até Junho de 2008 Até Dezembro de 2008	Normas produzidas e difundidas pelas Unidades. Proporção de Unidades com normas implementadas

12. Recursos Humanos

O investimento na área de recursos humanos é decisivo para o êxito da reforma dos cuidados de saúde mental. A análise da situação actual neste domínio mostra que, no conjunto dos serviços públicos de saúde mental, os recursos humanos são escassos, sobretudo em alguns grupos profissionais, encontram-se mal distribuídos, e não tiveram, na maioria dos casos, formação suficiente nas técnicas e nos modelos de intervenção mais usados actualmente na prestação de cuidados a nível da comunidade. O modelo de organização de trabalho na maioria dos serviços continua excessivamente centrado no médico e nas intervenções intra-hospitalares. A participação de outros profissionais, como sejam psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, tem vindo a aumentar pouco a pouco, mas continua ainda muito longe daquilo que a experiência demonstrou ser indispensável nas equipas modernas de saúde mental. Uma maior participação destes profissionais e uma melhor partilha de responsabilidades nas equipas de saúde mental podem promover uma eficiência muito maior no trabalho destas equipas e, além disso, minorar os efeitos da escassez de psiquiatras.

Para superar estas dificuldades, importa, em primeiro lugar, redefinir os rácios recomendados para cada grupo profissional, tomando em consideração as características do trabalho das equipas de saúde mental nos dias de hoje. Os rácios utilizados nos últimos anos (DGS, 1995) não são aplicáveis em todo o país relativamente a alguns grupos profissionais (sobretudo psiquiatras e pedo-psiquiatras), por causa da escassez de profissionais existentes nestas categorias. Pelo contrario, relativamente a outros técnicos (por exemplo, enfermeiros e psicólogos) em que não há escassez de profissionais, será possível e desejável aumentar significativamente a sua participação nas equipas de saúde mental. Recomenda-se assim que se tomem em consideração os rácios definidos em 1995 como orientação geral na organização dos serviços, mas com as adaptações impostas pelas tendências mais recentes que apontam para uma maior participação de enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outras novas profissões relevantes para a saúde mental.

Importa, de seguida, estimar com rigor as necessidades futuras nos vários grupos profissionais, com base nestes rácios. Só com base nesta estimativa se poderá planear a formação e as estratégias de contratação dos profissionais das várias disciplinas.

A formação e o treino são essenciais para que os serviços disponham de profissionais cada vez mais habilitados a prestar cuidados de qualidade e a desenvolver os programas e as intervenções que melhor respondem às necessidades clínicas e psicossociais das pessoas com problemas de saúde mental. Neste capítulo, serão necessárias, por um lado, medidas que facilitem a formação em serviço dos profissionais que terão um papel importante no desenvolvimento de novos serviços, e, por outro, acções que promovam a introdução de mudanças na formação pré e pós graduada das várias disciplinas, que permitam uma melhor preparação dos profissionais em aspectos essenciais dos cuidados de saúde mental do futuro.

Uma distribuição mais equitativa dos recursos humanos disponíveis entre os grandes centros e a periferia só se poderá atingir através da combinação de vários tipos de medidas. Importa, fundamentalmente, interromper o ciclo criado no passado, em que constantemente se foram admitindo mais profissionais em alguns serviços de Lisboa, Porto e Coimbra, com a

justificação de que estes serviços têm que compensar as insuficiências dos serviços das outras regiões do país, impedindo-se assim que estes últimos pudessem atrair alguns profissionais e superar as suas insuficiências. Para interromper este ciclo, há que, por um lado, restringir as entradas de novos profissionais em Lisboa, Porto e Coimbra aos casos em que estes novos profissionais fiquem claramente vinculados a Equipas Comunitárias dos Serviços Locais descentralizados, e, por outro lado, criar mecanismos que facilitem a fixação de profissionais nos serviços fora das três principais cidades. Neste ponto, é preciso ter a coragem de reconhecer que, com os recursos disponíveis nos próximos anos, é forçoso fazer opções. Ou se interrompe a acumulação indefinida de profissionais nos serviços de Lisboa, Porto e Coimbra, e se promove a fixação progressiva de profissionais em serviços de outras cidades, ou os novos serviços de saúde mental descentralizados não terão qualquer possibilidade de funcionar em pleno. Este problema é especialmente grave no caso dos psiquiatras, grupo profissional onde há uma maior escassez. Noutros grupos, nomeadamente psicólogos e enfermeiros, a situação é muito mais fácil, dado o número considerável de profissionais destes grupos que poderão estar interessados em obter um trabalho em serviços de saúde mental fora dos grandes centros.

Para facilitar a fixação de profissionais nos locais onde existem maiores carências, podem-se usar diferentes estratégias. Por um lado, tornar mais atractivo este trabalho, o que pode ser conseguido através de incentivos financeiros e da garantia de boas condições de trabalho. Por outro lado, através da vinculação precoce de profissionais a estes serviços, na fase em que realizam o internato. É o que interessará fazer-se, no caso dos médicos aquando da colocação no internato, assegurando vinculação a um serviço descentralizado sem prejuízo de se formalizar um compromisso de formação com um serviço central que pode realizar alguns dos estágios do programa de formação do internato.

O tratamento destas e outras questões relativas aos recursos humanos não dispensam a articulação com a ACSS e as ARS.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADE	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Levantamento, por estabelecimento de saúde, dos profissionais que estão a trabalhar em serviços de saúde mental ou com intervenção em saúde mental.	ACSS com a colaboração da CNIPSAME	Até 31 de Julho de 2007	Documento com levantamento
Definir o modelo de funcionamento das equipas dos serviços de saúde mental e as atribuições dos diferentes profissionais que integram estas equipas. Redefinir os rácios recomendados para cada grupo profissional	CNIPSAME em colaboração com a ACSS	31 de Dezembro de 2007	Documentos técnicos

Estimar as necessidades previsíveis de profissionais de saúde mental nos próximos 10 anos	Equipa de trabalho constituída pela CNIPSAME, a ACSS e as ARS's, com colaboração da Missão para os Cuidados Primários e da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados	31 de Dezembro de 2007	Documento técnico
Elaborar e implementar um plano de formação em serviço para profissionais chave no desenvolvimento de novos serviços de saúde mental	CNIPSAME com a colaboração da OMS, instituições de ensino do país com especial competência na matéria e ACSS	Entre 1/10/07 e 30/06/09	Documento técnico
Acordar com as autoridades com competência na matéria, a introdução de mudanças na formação pós graduada dos diferentes grupos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde mental que facilitem uma participação mais eficiente destes profissionais em serviços e programas de base comunitária	CNIPSAME e ACSS, em colaboração com as Ordens dos Médicos e dos Enfermeiros, a Associação Pró Ordem dos Psicólogos, etc.	Acordo celebrado até 31 de Dezembro de 2007	Documento com acordos alcançados
Elaboração de um plano de vagas de Internato de Psiquiatria e Pedo psiquiatria que tome em consideração a necessidade de se facilitar a fixação de médicos aos serviços menos centralizados, e, ao mesmo tempo, garantir uma formação sólida dos novos psiquiatras.	ACSS em colaboração com CNIPSAME e ARS's.	31 de Julho de 2007	Documento técnico
Restringir os novos contratos de profissionais nos serviços de Lisboa, Porto e Coimbra a contratos explicitamente vinculados a Equipas de Saúde Mental Comunitária (ESMC)	ACSS, ARS's e C. Administração dos HP e Hospitais gerais de Lisboa, Porto e Coimbra	A partir de 1 de Maio de 2007	Contratos efectuados
Reforçar os recursos humanos dos Serviços Locais de Saúde Mental mais periféricos, utilizando quando necessário os mecanismos de mobilidade actualmente existentes	ACSS, C. Administração de HP e de hospitais gerais de Lisboa, Porto e Coimbra, C de Administração dos serviços periféricos em questão	Até 31 de Dezembro de 2008	Número de profissionais
Elaborar um novo modelo remuneratório dos profissionais das ESMC, que inclua, além de uma remuneração base, suplementos relacionados com a produtividade, bem como prémios relacionados com a complexidade e qualidade do trabalho desenvolvido.	ACSS, CNIPSAME	Até 31 de Dezembro de 2007	Documento técnico

13. Articulação com as Ordens Religiosas e Misericórdias

As Ordens Religiosas têm representado, no conjunto do sistema prestador de cuidados de saúde mental em Portugal, uma parte muito significativa. A sua articulação com os serviços do SNS está regulada por um acordo que vigora há mais de duas décadas, o qual se revela, naturalmente, obsoleto.

Ao longo dos últimos anos, tem havido, da parte destas Instituições do sector social um esforço de mudança e de aproveitamento das oportunidades, escassas, que a legislação tem proporcionado, no sentido da reformulação do modelo assistencial vigente.

Urge pois rever aquele acordo, visando encontrar uma fórmula que, por um lado, se revele mais justa na retribuição dos serviços prestados, diferenciando mais claramente os cuidados na doença aguda dos de longa duração (cuidados continuados) e, por outro, seja mais claro na forma de estabelecimento de relações de cooperação assistencial, importando definir regras de referenciação entre os serviços públicos e os estabelecimentos dependentes dos Institutos das Ordens Religiosas.

Nesse sentido, há que definir um modelo de financiamento que assente em programas concretos, ajustados ao tipo de doentes e de cuidados a que se apliquem e não em meras diárias ou capacidade instalada.

Será igualmente necessário criar condições para que estas Instituições se possam integrar no processo de reconfiguração do modelo assistencial, garantindo-lhes o acesso aos programas de desinstitucionalização que venham a ser criados.

Com esse objectivo, propõe-se a constituição de um grupo de trabalho que, num prazo limitado, apresente uma proposta concreta de revisão do acordo de 1983.

Além das Ordens Religiosas, também a Santa Casa da Misericórdia do Porto, que retomou há cinco anos atrás a gestão do Hospital do Conde de Ferreira, dando continuidade a perto de um século de actividade, tem sido um parceiro nesta área da prestação de cuidados.

Haverá, pois, que encontrar um novo modelo de protocolo que obedeça aos mesmos princípios definidos para as Ordens Religiosas e que enquadre a cooperação que tem existido com esta Instituição.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Constituição de um grupo de trabalho misto para elaborar uma proposta concreta de revisão do acordo de 1983.	CNIPSAME	Proposta apresentada até 31 de Dezembro de 2007	Documento c/proposta
Definição de um protocolo de cooperação com as Ordens Religiosas	CNIPSAME	Até 31 de Março de 2008	Protocolo acordado
Definição de um protocolo de cooperação com a Misericórdia do Porto	CNIPSAME	Até 31 de Março de 2008	Protocolo acordado

14. Investigação

Para além do seu papel como ordenador estruturante do processo de pensamento científico, a investigação em saúde tem como propósito último fornecer a informação necessária para conhecer realidades, testar hipóteses e fundamentar opções, sejam elas de natureza experimental, clínica ou organizativa.

Apesar do notável incremento verificado nos últimos anos, decorrente da política de investimento de vários organismos, nomeadamente da Fundação de Ciência e Tecnologia, Portugal continua a ocupar uma posição extremamente frágil no contexto geral da investigação internacional (Xavier, 2002).

No campo das Ciências da Saúde, a consulta dos indicadores bibliométricos nacionais (<http://www.oces.mctes.pt>) evidencia de forma cabal que a produtividade científica (eg. número de publicações, número de citações) é muito mais expressiva na área das ciências biomédicas básicas do que na área clínica, a qual apresenta um número relativamente escasso de publicações em revistas com *peer-review*.

Neste contexto, dificilmente a psiquiatria e saúde mental poderiam ter uma posição de grande destaque no panorama da investigação científica em Portugal.

O problema é que mesmo dentro do contexto muito mais restrito da investigação em Medicina Clínica, **a contribuição da psiquiatria e saúde mental para a produção total de publicações indexadas nesta área é muito escassa** (Quadro 36), o que revela uma actividade científica diminuta, ideia reforçada pelo facto da análise evolutiva dos indicadores não revelar qualquer tendência incremental robusta nos últimos cinco anos.

Naturalmente, basear uma avaliação da actividade científica exclusivamente na análise de indicadores bibliométricos pode ser considerado redutor, uma vez que exclui à partida toda a produção que não está incluída no sistema ISI. No entanto, é este o modelo de avaliação e comparação de actividade científica mais seguido em todo o mundo, pelo que mesmo correndo riscos de não contabilizar determinados trabalhos científicos (a denominada 'literatura cinzenta'), a constatação obrigatória é que **a investigação científica portuguesa na área da psiquiatria e saúde mental é pouco competitiva quer no âmbito nacional, quer no âmbito internacional.**

Quadro 36 - Publicações indexadas em Psiquiatria e na área global de Medicina Clínica

	2000	2001	2002	2003	2004	2005*	Total
Psiquiatria	14	8	10	20	26	14	92
Medicina Clínica	528	516	744	780	806	798	4172
% produção total	2,7	1,6	1,3	2,6	3,2	1,8	3,2

Fonte- OCES - Produção Científica Portuguesa 1990-2005: Séries Estatísticas
http://www.oces.mctes.pt/docs/ficheiros/seriesestatisticas90_05vfd.pdf

*- valores provisórios, até Outubro de 2005

Dentro da análise do sistema de serviços de psiquiatria e saúde mental efectuado neste relatório através da aplicação do instrumento WHO-AIMS, a pesquisa das publicações

científicas de investigadores/centros/unidades portuguesas que constam no PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>), referente ao período entre 2000 e 2006, permitiu identificar 132 publicações (ver Anexo - Publicações).

Este achado confirma os dados fornecidos pelo Observatório da Ciência e Ensino Superior, e é bem revelador da situação actual que enfrenta a actividade de investigação (dimensão, competitividade, qualidade) na área da psiquiatria e saúde mental em Portugal na sua generalidade, isto apesar da existência de um número reduzido de Instituições com um nível de publicações de alta qualidade em termos de factores de impacto.

Mas, mais importante ainda, a escassez de informação decorrente da pouca actividade de investigação nas áreas de epidemiologia e avaliação de programas **não tem contribuído para uma mais sólida fundamentação das opções estratégicas de desenvolvimento e avaliação de programas terapêuticos nas instituições psiquiátricas portuguesas.**

Esta realidade está em franco contraste com a da maioria dos outros países ocidentais industrializados, em que a investigação epidemiológica e clínica está significativamente mais avançada que em Portugal, e com as recomendações sobre investigação que constam do *World Health Report 2001* (WHO, 2001)

Dentro dos determinantes para esta situação encontram-se factores de diferente natureza, como a escassez de recursos humanos e consequente falta de tempo disponível para a investigação, a insuficiente formação em metodologias de investigação, a pouca expressão numérica de redes de investigação inter-institucionais e, num outro plano, o reduzido financiamento directo.

Embora uma parte significativa da investigação seja realizada em ambiente académico, com projectos seleccionados e desenvolvidos de forma obviamente autónoma, com recurso a bolsas, a Comissão considera que a prática de investigação é uma área que deve ser fomentada, alargada a contextos não-académicos e difundida/disponibilizada ao maior número possível de profissionais de psiquiatria e saúde mental.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Levantamento regular e divulgação efectiva da produção científica na área da psiquiatria e saúde mental (e.g, website), realizada em Portugal ou com a participação de profissionais portugueses	Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental	Levantamento efectuado durante os 3 primeiros meses de cada ano	Apresentação da produção científica (indexada) de 2007 em website até 30 de Abril de 2008. A partir daí, manter com regularidade anual
Criação de uma linha de financiamento para investigação em epidemiologia e em avaliação de programas de intervenção integrada em psiquiatria e saúde mental.	CNIPSAME e FCT	Negociação a ser efectuada até 31 de Março de 2008	Acordo firmado

Organização de dois cursos modulares de curta duração (na área de investigação clínica e na área de avaliação de programas e serviços), que possam ser efectuados em diversos pontos do país, nomeadamente fora dos grandes centros urbanos, com dois objectivos: i. melhorar as competências em metodologia de investigação e ii. fomentar a criação informal de redes de investigação entre diversos centros com interesses similares.	Promoção a cargo da CNIPSAME, com colaboração de profissionais/serviços/departamentos com experiência científica reconhecida	Organização dos módulos até 31 de Março de 2008	Módulos disponíveis até 31 de Março de 2008 Início dos cursos em 2008
Implementação de 3 a 5 projectos-piloto de avaliação de serviços ou de efectividade de programas de intervenção integrada (eg, perturbações psicóticas, ligação aos cuidados primários de saúde, suicídio, psiquiatria da infância e adolescência, etc).	Promoção e selecção dos projectos (mediante candidatura) a cargo da CNIPSAME, com financiamento público (ver tb. quadro 25)	Elaboração e selecção até Junho de 2008	Seleccção dos projectos terminada em 30/6/2008 Início dos projectos em Julho de 2008
Estimular a prática de investigação durante os Internatos Médicos (psiquiatria, psiquiatria da infância e adolescência), através da criação de um estágio obrigatório de investigação, realizado em instituição credenciada em Portugal ou no estrangeiro, com a duração mínima de 3 meses.	Colégios das Especialidades da Ordem dos Médicos, em colaboração com os Departamentos Universitários de Psiquiatria e Saúde Mental.	Até final de 2007	Início em 2008, ou, se estatutariamente impossível, na momento legalmente consignado para a revisão dos conteúdos dos Internatos.

IV. Recomendações sobre medidas de implementação

A experiência obtida, tanto em Portugal, como em outros países, mostra que a principal razão pela qual muitos dos processos de melhoria dos cuidados de saúde mental não conseguem alcançar os objectivos pretendidos tem a ver com dificuldades de implementação. Na verdade, a implementação das reformas dos serviços de saúde mental é, hoje em dia, um processo complexo, que envolve mudanças importantes a nível de instalações, distribuição e formação dos recursos humanos, desenvolvimento de novos métodos de trabalho, afectação de recursos financeiros, etc. Sem uma base técnica forte e sem um apoio político decidido não é possível levar a bom termo estas mudanças.

De acordo com as recomendações da OMS nesta matéria, importa assegurar, em primeiro lugar, a existência de uma entidade que assuma a responsabilidade da coordenação da implementação do plano. Não importa tanto o nome que venha a ter esta entidade, mas sim que tenha as competências técnicas indispensáveis e possua o poder de decisão necessário para efectivamente conduzir um processo de reforma que implica mudanças estruturais importantes.

A Comissão considera, assim, que a criação de uma unidade, no âmbito do Ministério da Saúde, que coordene a implementação do plano de saúde mental em Portugal, a nível nacional, é uma medida fundamental. Esta unidade, provisoriamente designada **“Coordenação Nacional da Implementação do Plano de Saúde Mental”** (CNIPSAME), deverá ter os meios necessários para implementar o plano, com base num orçamento nacional de saúde mental. Por outro lado, cada Administração Regional de Saúde deverá ter uma unidade ou equipa com a competência técnica indispensável para a coordenação das acções de âmbito regional.

A divulgação do plano entre todas as pessoas que, directa ou indirectamente, têm a ver com prestação de cuidados de saúde mental é essencial para promover uma ampla participação na implementação do plano. Para este efeito, deverá proceder-se a uma larga distribuição do plano, entre profissionais, utentes, familiares, ONG's e outras entidades da comunidade. De modo a permitir a discussão do plano, deverão organizar-se reuniões dedicadas a este fim nos vários serviços de saúde mental. Sugere-se também a organização de uma conferência nacional sobre o plano, com a participação de representantes das várias associações profissionais e científicas de psiquiatria e saúde mental do país, bem como de peritos da OMS. Uma reunião deste tipo poderia certamente contribuir para promover a discussão dos aspectos científicos e de saúde pública do plano, aspectos importantes que, no passado, não têm recebido a atenção que merecem.

O êxito da implementação do plano depende, em grande parte, da capacidade de liderança dos que têm a responsabilidade da organização dos cuidados a nível das ARS's, das direcções dos serviços e programas de saúde mental. A Comissão propõe, assim, que o Ministério da Saúde promova um programa nacional de formação de dirigentes em organização e melhoria dos cuidados de saúde mental, com a colaboração dos centros de formação com mais competências neste domínio.

O desenvolvimento de experiências de demonstração é outra estratégia de eficácia comprovada na implementação de reformas de serviços. Importa, assim, promover experiências deste tipo nas áreas de maior inovação: por exemplo, projectos de equipas e unidades de saúde mental comunitária e projectos de cuidados continuados.

Há que considerar, finalmente, como assegurar o acompanhamento e avaliação da implementação do plano. Para além da monitorização regular do plano pela CNIPSAM, e do acompanhamento que o Conselho Nacional de Saúde Mental deverá fazer, no âmbito das suas atribuições, a Comissão recomenda que se solicite à OMS cooperação técnica na avaliação da implementação do plano, pelo menos nos primeiros anos. A cooperação da OMS não só permitiria uma visão exterior e independente, como poderia ajudar a desenvolver entre nós metodologias actuais de avaliação de reformas de saúde mental.

ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Criação da Coordenação Nacional da Implementação do Plano de Saúde Mental” (CNIPSAME),	Ministério da Saúde	30 de Junho de 2007	Entidade criada
Divulgação do plano entre profissionais, utentes, familiares, ONG's e outras entidades da comunidade	CNIPSAME	31 de Julho de 2007	Número de actividades de divulgação realizadas
Organização de reuniões dedicadas à discussão do plano nos vários dispositivos de saúde mental do país	CNIPSAME	Entre 1/10/07 e 31/04/08	Número de reuniões realizadas
Organização de uma conferência nacional sobre o plano, com a participação de representantes das várias associações profissionais e científicas de psiquiatria e saúde mental do país, bem como de peritos da OMS.	CNIPSAME	Entre 15/09/07 e 30 11/07	Conferência realizada
Desenvolvimento de Programa nacional de formação de dirigentes em organização e melhoria de serviços de saúde mental	CNIPSAME, com a colaboração de universidades	Entre 1/10/07 e 30/06/09	Número de actividades de formação
Desenvolvimento de experiências de demonstração (projectos de equipas e unidades de saúde mental comunitária e projectos de cuidados continuados)	CNIPSAME e serviços de saúde mental a determinar	A partir de 1/10/07	Número de projectos
Avaliação exterior da implementação do plano pela OMS	Ministério da Saúde	Entre 1/10/07 e 30/09/12	Protocolo de cooperação com OMS, relatórios de avaliação

V. LISTAGEM DE ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de serviços locais de saúde mental - Medidas gerais			
Definição dos princípios orientadores do funcionamento das Unidades e Equipas de Saúde Mental Comunitária (USMC) e dos requisitos estruturais e humanos indispensáveis para o seu desenvolvimento.	Coordenação da Implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (CNIPSAME)	31/12/07	Documento técnico terminado
Desenvolvimento e avaliação de experiências piloto nas várias regiões do país, destinadas a testar a efectividade de USMC, que prestem cuidados a um sector geo-demográfico determinado e incluam: 1- Programa integrado para Doentes Mentais Graves, com manejo de casos por terapeutas de referência; 2- Programa de ligação com a Saúde Familiar e apoio a perturbações mentais comuns; 3- Programa de apoio a doentes idosos; 4-Programa de prevenção nas áreas da depressão e suicídio	Coordenação da Implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (CNIPSAME) + ARS's	31/12/2010	Número de experiências a funcionar Dados de actividade e custos
Organização progressiva nos SLSM de Unidades ou Equipas de Saúde Mental Comunitária (USMC), responsáveis pelos cuidados prestados a sectores de cerca de 80,000 habitantes, de acordo com o número 2- a) do Decreto-Lei 35/99	Coordenação da Implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (CNIPSAME) + ARS's	Entrada em funcionamento de 5 USMC até final de 2008. Criação de pelo menos uma USMC em todos os SLSM até final de 2012. Cobertura total até 2016	Unidades criadas
Desenvolvimento de serviços locais de saúde mental - Planeamento Regional			
Ver Quadros 27 a 31.			
Reabilitação e desinstitucionalização			
Aprovação do Diploma sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RNCCISM)	Ministros da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social	30 de Junho de 2007	Diploma aprovado
Nomeação do Grupo Coordenador da Rede a nível nacional	Ministros da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social	31 de Julho de 2007	Nomeação efectuada
Elaboração do Plano de Acção da Rede	Grupo Coordenador da Rede a nível nacional	31 de Dezembro de 2007	Plano elaborado
Lançamento de experiências piloto	Grupo Coordenador da Rede a nível nacional	31 de Março de 2008	Experiências iniciadas

LISTAGEM DE ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de Serviços Regionais			
Definição dos princípios orientadores do desenvolvimento e funcionamento das unidades para doentes inimputáveis	Ministérios da Saúde e da Justiça	31 Dezembro 2007	Documento terminado
Definição dos princípios orientadores do desenvolvimento e funcionamento das unidades para “doentes difíceis”, para perturbações do comportamento alimentar e de internamento para idosos.	CNIPSAME	31 de Julho de 2008	Documento terminado
Elaboração do plano de desenvolvimento das unidades regionais	CNIPSAME	31 de Julho de 2008	Plano terminado
Hospitais Psiquiátricos			
Desenvolver os serviços locais de saúde mental assegurados pelos HP's's, reforçando a intervenção comunitária	Administrações dos HP's	Início imediato. Todas as Equipas com orçamento próprio em 2008	Número de equipas com orçamento próprio. Actividades assistenciais.
Concentrar o internamento de doentes agudos em hospitais psiquiátricos de Coimbra no HSC	Administração do C.H. PSM Sobral Cid	Até 31/12/2008	Número de doentes internados nos HP's de Coimbra
Transferir para os novos hospitais gerais os serviços locais das respectivas áreas de influência	CNIPSAME, Administrações dos HP, Administrações dos novos HP	À medida que forem sendo criados	DPSM's criados
Concentrar as respostas prestadas por HP's em Lisboa, Porto e Coimbra num único hospital em cada cidade (HJM, HML e HSC)	CNIPSAME, Administrações dos HP's	Até 31/12/2012	Número de HP's em Lisboa e Coimbra
Transferir todos os serviços locais de saúde mental ainda dependentes de HP's para DPSM com base em hospitais gerais	CNIPSAME, Administrações dos HP's, Administrações dos novos HP	31/12/2016	DPSM's criados
Reorganizar os espaços e reconverter os recursos dos HJM, HML e HSC, de modo a assegurar o funcionamento dos serviços regionais de saúde mental de base institucional previstos em Lisboa, Porto e Coimbra.	Administrações dos HP's, CNIPSAME	Progressivamente, até 31/12/2016	Serviços regionais criados
Preparar a saída dos doentes a desinstitucionalizar	Coordenação da Rede de cuidados Continuados de saúde mental	De acordo com o ritmo de criação de estruturas dos cuidados continuados	Número de doentes desinstitucionalizados

LISTAGEM DE ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Saúde mental e Cuidados Primários			
Promover Acções de Formação / Sensibilização dos CG na área da SM Nos Centros Saúde	Departamentos de Psiquiatria / Unidades Locais de S Mental (em articulação com os vários Centros de Saúde da área geográfica)	Anual, de 2007 em diante	Nº de sessões / ano / Unidade SM => 3
Promover a Articulação com os CSP	Dupla. 1. Departamentos de Psiquiatria / Unidades Locais de S Mental 2. Direcção dos Centros de Saúde	Anual, de 2007 em diante	Nº de Reuniões / ano / Unidade SM=> 2 (por cada conjunto de 4 CS envolvidos)
Promover a Melhoria da Informação de Referenciação e de Retorno	Dupla. 1. Departamentos de Psiquiatria / Unidades Locais de S Mental 2. Direcção dos Centros de Saúde	Anual, de 2008 em diante	Relatório anual com análise crítica e propostas de melhoria / Unidade de SM
Promover a Divulgação e Partilha de Informação sobre indicadores de SM na população a cargo	Dupla. 1. Departamentos de Psiquiatria / Unidades Locais de S Mental 2. Direcção dos Centros de Saúde	2008 em diante	Relatório anual / Unidade de SM: Indicadores base de Monitorização da Procura, Tx Internamentos, Nosologia, etc)
Articulação inter-sectorial na área da Reabilitação e Integração social			
Regulamentação e financiamento do emprego apoiado	CNIPSAME, Instituto do Emprego e Formação Profissional, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	2008-2010	Publicação de diploma legal
Regulamentação e financiamento da habitação apoiada	CNIPSAME, Instituto Nacional de Habitação	2008-2016	Parcerias com as Autarquias
Cooperação com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco	CNIPSAME, Ministérios da Educação e do Trabalho e Solidariedade Social, e da Justiça	2008-2016	
Articulação com a Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental	CNIPSAME, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Ministério da Saúde	2008-2010	3 Projectos-piloto em implementação
Aumento dos financiamentos às ONG que representam utentes e famílias, e aos grupos de auto-ajuda	CNIPSAME, Instituto Nacional para a Reabilitação, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	2008-2010	Assegurar a actividade das Federações que agregam associações, e das associações de utentes ou de famílias

LISTAGEM DE ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Articulação intersectorial na área da Prevenção/Promoção			
Cooperação entre os diversos sectores das políticas	CNIPSAME, Ministérios da Saúde, da Educação, do Trabalho e Solidariedade Social	2008-2016	Plataforma de Acção para a Prevenção em Saúde Mental
Prevenção do suicídio e da depressão	CNIPSAME, Ministério da Saúde, Cuidados Primários de Saúde	2008-2016	Plano Nacional de Prevenção do Suicídio
Prevenção do abuso do álcool e das drogas	CNIPSAME, Instituto da Droga e Toxicodependências	2008-2016	Cooperação com o IDT
Prevenção da violência doméstica e do abuso infantil	CNIPSAME, Ministérios da Educação e do Trabalho e Solidariedade Social, ONG	2008-2016	Cooperação com as ONG e a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres
Luta contra o estigma	CNIPSAME, comunicação social, ONG, utentes e famílias	2008-2010	Campanha Nacional Anti-estigma
Apoio a grupos vulneráveis ou em risco social	CNIPSAME, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social	2008-2016	Cooperação com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco
Luta contra a exclusão social dos sem-abrigo	CNIPSAME, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, Autarquias	2008-2010	Parceria com a Câmara Municipal de Lisboa
Articulação com o IDT			
Definição dos princípios de colaboração entre os serviços de saúde mental e os serviços do IDT	CNIPSAME , IDT	31 de Dezembro de 2007	Documento com princípios acordados
Participação de médicos psiquiatras do IDT na prestação de serviços de urgência psiquiátrica	CNIPSAME , IDT		Documento com acordo, proporção de psiquiatras do IDT incluídos nas escalas de urgência
Cuidados para os Sem Abrigo e Vítimas de violência doméstica			
Desenvolvimento de um projecto piloto para tratamento de pessoas Sem Abrigo	CNIPSAME	Projecto elaborado até 31/12/2008 e iniciado até 31/12/2010	Projecto elaborado; número de projectos iniciados
Integração de projectos na área da violência doméstica em equipas de saúde mental comunitária	CNIPSAME, direcções de serviços de saúde mental	Pelo menos 1 projecto em cada região até 31/12/2008	Número de projectos

LISTAGEM DE ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Articulação com a Justiça			
Criação de grupo de trabalho Saúde mental - Justiça para elaborar propostas que respondam aos problemas relacionados com: 1- a prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a doentes inimputáveis e a pessoas com doenças mentais que se encontram em estabelecimentos prisionais; 2 - a elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas; 3 - a prestação de cuidados mandatados por decisão judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens	CNIPSAME, Ministério da Justiça	Grupo criado até 31/03/2008. Propostas apresentadas até 31/12/08	Propostas apresentadas
Legislação e direitos humanos			
Criação de um Grupo de Trabalho sobre Direitos Humanos e Saúde Mental	CNIPSAME, Ministério da Justiça, Conselho Nacional de Saúde Mental e Associações de Utentes e Familiares	31 de Dezembro de 2007	Proposta finalizada
Proposta de adenda legal à Lei 46/2006 como forma de discriminação positiva	CNIPSAME, Instituto Nacional para a Reabilitação	31 de Julho de 2008	Proposta finalizada
Financiamento e gestão			
Estabelecer um orçamento nacional para a saúde mental	Ministério da Saúde	A partir de 2008	Orçamento
Passagem dos DPSM a Centros de Responsabilidade	CNIPSAME, Administrações dos hospitais, direcções dos DPSM's	3 a 5 experiências piloto até final de 2008. Passagem em 50% dos DPSM's em 31/12/2010 Passagem completada em 31/12/2012	Número de Centros criados
Desenvolvimento de projectos inovadores de gestão de serviços por grupos de profissionais ou organizações não governamentais	CNIPSAME, ACSS	3 a 5 experiências até 31/12/2008	Número de projectos lançados

LISTAGEM DE ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Melhoria da Qualidade			
Desenvolvimento de uma política de avaliação e garantia de qualidade (metodologia, selecção de indicadores, processo de implementação, recurso a entidades externas de avaliação)	CNIPSAME	Até Junho de 2008	Documento pronto
Avaliação de qualidade dos serviços nacionais, abrangendo os vários dispositivos de prestação de cuidados e a área de cumprimento de direitos dos doentes (através do recurso a instrumentos da OMS)	Unidades Locais de Saúde Mental Entidade externa de avaliação	Até Dezembro de 2008	Proporção de Unidades em que o processo foi finalizado
Avaliação dos níveis de satisfação dos utentes dos serviços de psiquiatria, englobando elementos quantitativos e qualitativos.	CNIPSAME - desenho do modelo de avaliação. Unidades Locais de Saúde Mental - implementação	Aplicação deverá ser de rotina. Análise deverá ser pelo menos anual.	Nível médio de satisfação dos utentes dos serviços de psiquiatria (diferenciando os vários dispositivos).
Implementação de normas de tipo organizativo na actividade de rotina em todos os serviços do país (eg, protocolo de recepção e acolhimento, direitos e deveres de utentes, informação genérica sobre os processos terapêuticos)	CNIPSAME (coordenação da elaboração das normas e guidelines) Unidades Locais de Saúde Mental (implementação)	Até Junho de 2008	Proporção de serviços que têm um sistema de normas organizativas implementado.
Elaboração e implementação de normas sobre programas terapêuticos integrados para doentes com perturbações psiquiátricas graves, incluindo reabilitação, de acordo com a evidência científica		Até Junho de 2008 Até Dezembro de 2008	Normas produzidas e difundidas pelas Unidades. Proporção de Unidades com normas implementadas
Recursos humanos			
Levantamento, por estabelecimento de saúde, dos profissionais que estão a trabalhar em serviços de saúde mental ou com intervenção em saúde mental.	ACSS com a colaboração da CNIPSAME	Até 31 de Julho de 2007	
Definir o modelo de funcionamento das equipas dos serviços de saúde mental e as atribuições dos diferentes profissionais que integram estas equipas. Redefinir os rácios recomendados para cada grupo profissional	CNIPSAME em colaboração com a ACSS	31 de Dezembro de 2007	
Estimar as necessidades previsíveis de profissionais de saúde mental nos próximos 10 anos	Equipa de trabalho constituída pela CNIPSAME, a ACSS e as ARS's, com colaboração da Missão para os Cuidados Primários e da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados	31 de Dezembro de 2007	
Elaborar e implementar um plano de formação em serviço para profissionais chave no desenvolvimento de novos serviços de saúde mental	CNIPSAME com a colaboração da OMS, instituições de ensino do país com especial competência na matéria e ACSS	Entre 1/10/07 e 30/06/09	

LISTAGEM DE ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de serviços locais de saúde mental - Medidas gerais			
Acordar com as autoridades com competência na matéria, a introdução de mudanças na formação pós graduada dos diferentes grupos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde mental que facilitem uma participação mais eficiente destes profissionais em serviços e programas de base comunitária	CNIPSAME e ACSS, em colaboração com as Ordens dos Médicos e dos Enfermeiros, a Associação Pró Ordem dos Psicólogos, etc.	Acordo celebrado até 31 de Dezembro de 2007	
Elaboração de um plano de vagas de Internato de Psiquiatria e Pedo psiquiatria que tome em consideração a necessidade de se facilitar a fixação de médicos aos serviços menos centralizados, e, ao mesmo tempo, garantir uma formação sólida dos novos psiquiatras.	ACSS em colaboração com CNIPSAME e ARS's.	31 de JULHO DE 2007	
Restringir os novos contratos de profissionais nos serviços de Lisboa, Porto e Coimbra a contratos explicitamente vinculados a Equipas de Saúde Mental Comunitária (ESMC)	ACSS, ARS's e C. Administração dos HP e Hospitais gerais de Lisboa, Porto e Coimbra	A partir de 1 de Maio de 2007	
Reforçar os recursos humanos dos Serviços Locais de Saúde Mental mais periféricos, utilizando quando necessário os mecanismos de mobilidade actualmente existentes	ACSS, C. Administração de HP e de hospitais gerais de Lisboa, Porto e Coimbra, C de Administração dos serviços periféricos em questão	Até 31 de Dezembro de 2008	
Elaborar um novo modelo remuneratório dos profissionais das ESMC, que inclua, além de uma remuneração base, suplementos relacionados com a produtividade, bem como prémios relacionados com a complexidade e qualidade do trabalho desenvolvido.	ACSS, CNIPSAME	Até 31 de Dezembro de 2007	
Articulação com as Ordens Religiosas e Misericórdia do Porto			
Constituição de um grupo de trabalho misto para elaborar uma proposta concreta de revisão do acordo de 1983 com as Ordens Religiosas.	CNIPSAME	Proposta apresentada até 31 de Dezembro de 2007	Documento c/proposta
Definição de um protocolo de cooperação com as Ordens Religiosas	CNIPSAME	Até 31 de Março de 2008	Protocolo acordado
Definição de um protocolo de cooperação com a Misericórdia do Porto	CNIPSAME	Até 31 de Março de 2008	Protocolo acordado

LISTAGEM DE ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Investigação			
Levantamento regular e divulgação efectiva da produção científica na área da psiquiatria e saúde mental (eg, website), realizada em Portugal ou com a participação de profissionais portugueses	Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental	Levantamento efectuado durante os 3 primeiros meses de cada ano	Apresentação da produção científica (indexada) de 2007 em website até 30 de Abril de 2008. A partir daí, manter com regularidade anual
Criação de uma linha de financiamento para investigação em epidemiologia e em avaliação de programas de intervenção integrada em psiquiatria e saúde mental.	CNIPSAME e FCT	Negociação a ser efectuada até 31 de Março de 2008	Acordo firmado
Organização de dois cursos modulares de curta duração (na área de investigação clínica e na área de avaliação de programas e serviços), que possam ser efectuados em diversos pontos do país, nomeadamente fora dos grandes centros urbanos, com dois objectivos: i. melhorar as competências em metodologia de investigação e ii. fomentar a criação informal de redes de investigação entre diversos centros com interesses similares.	Promoção a cargo da CNIPSAME, com colaboração de profissionais/serviços/departamentos com experiência científica reconhecida	Organização dos módulos até 31 de Março de 2008	Módulos disponíveis até 31 de Março de 2008 Início dos cursos em 2008
Implementação de 3 a 5 projectos-piloto de avaliação de serviços ou de efectividade de programas de intervenção integrada (eg, perturbações psicóticas, ligação aos cuidados primários de saúde, suicídio, psiquiatria da infância e adolescência, etc).	Promoção e selecção dos projectos (mediante candidatura) a cargo da CNIPSAME, com financiamento público (ver tb. quadro 25)	Elaboração e selecção até Junho de 2008	Seleção dos projectos terminada em 30/6/2008 Início dos projectos em Julho de 2008
Estimular a prática de investigação durante os Internatos Médicos (psiquiatria, psiquiatria da infância e adolescência), através da criação de um estágio obrigatório de investigação, realizado em instituição credenciada em Portugal ou no estrangeiro, com a duração mínima de 3 meses.	Colégios das Especialidades da Ordem dos Médicos, em colaboração com os Departamentos Universitários de Psiquiatria e Saúde Mental.	Até final de 2007	Início em 2008, ou, se estatutariamente impossível, na momento legalmente consignado para a revisão dos conteúdos dos Internatos.

LISTAGEM DE ACÇÕES PROPOSTAS

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Implementação e avaliação do plano de saúde mental			
Criação da Coordenação Nacional da Implementação do Plano de Saúde Mental” (CNIPSAME),	Ministério da Saúde	30 de Junho de 2007	Entidade criada
Divulgação do plano entre profissionais, utentes, familiares, ONG’s e outras entidades da comunidade	CNIPSAME	31 de Julho de 2007	Número de actividades de divulgação realizadas
Organização de reuniões dedicadas à discussão do plano nos vários dispositivos de saúde mental do país	CNIPSAME	Entre 1/10/07 e 31/04/08	Número de reuniões realizadas
Organização de uma conferência nacional sobre o plano, com a participação de representantes das várias associações profissionais e científicas de psiquiatria e saúde mental do país, bem como de peritos da OMS.	CNIPSAME	Entre 15/09/07 e 30/11/07	Conferência realizada
Desenvolvimento de Programa nacional de formação de dirigentes em organização e melhoria de serviços de saúde mental	CNIPSAME, com a colaboração de universidades	Entre 1/10/07 e 30/06/09	Número de actividades de formação
Desenvolvimento de experiências de demonstração (projectos de equipas e unidades de saúde mental comunitária e projectos de cuidados continuados)	CNIPSAME e serviços de saúde mental a determinar	A partir de 1/10/07	Número de projectos
Avaliação exterior da implementação do plano pela OMS	Ministério da Saúde	Entre 1/10/07 e 30/09/12	Protocolo de cooperação com OMS, relatórios de avaliação

REFERÊNCIAS

AACAP (Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência). “Mental Health: a Report of de Surgeon General”, 1999.

Anthony W. Recovery from Mental Illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993

Augusto A, Kumar R, Calheiros Jm, Figueiredo E. Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med*. 1996, 26(1): 135-141

Azevedo MH; Ferreira CP . Anorexia nervosa and bulimia: a prevalence study. *Acta Psychiatr Scand* , 1992, 86 (6):432-436.

Bento A et al. Quatro anos de uma equipa de rua da Stª Casa da Misericórdia. *Psiquiatria na Prática Médica*, 12(5),1999

Bento A, Barreto E. Sem amor, sem abrigo. Climepsi, 2002.

Bento A, Carreira M, Heitor MJ et al: Censo Psiquiátrico de 2001. Síntese dos Resultados Preliminares. *Saúde em Números*, 2003; 16(1):12.

Bond GR, Drake R, Mueser K et al . Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Disease Management and Health Outcomes*, 2001 ; 9: 141-159

Caldas de Almeida J. Morbilidade psiquiátrica em Clínica Geral. *Rev Portuguesa de Saúde Pública*, 1993, 337-43

Caldas de Almeida JM. Community Psychiatry in Portugal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 5,2, 92-95, 1996

Caldas de Almeida JM, Xavier M. Perspectivas Actuais do Tratamento da Esquizofrenia na Comunidade. *Acta Médica Portuguesa*, 1997;12:885-862.

Carraça IR 1994. *Grandes Utilizadores - contributo dos factores psicológicos e relacionais* (monografia: prémio Medinfar). 1994, Lisboa.

Carraça I. Distúrbios Mentais em Cuidados de Saúde Primários - Inquérito de Um Dia à população utilizadora dos Centros de Saúde do distrito de Lisboa. Monografia da Sub Região de Saúde de Lisboa, Divisão de Cuidados de Saúde, 1999, Lisboa

Carmo I, Reis D, Varandas P, Bouça D, Santo D, Neves A, Andre I, Sampaio D, Galvão-Teles A. Epidemiologia da anorexia nervosa. Prevalência da anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setubal. *Acta Med Port*, 2001, 14(3):301-316.

Castro E, Pimenta F, Martins I. Female independence in Portugal: effect on suicide rates. *Acta Psychiatr Scand* , 1988, 78(2):147-155.

Castro E, Cunha M et al. Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* , 1998, 97(1):25-31.

Comissão Europeia. *Minimum Data Set of European Mental Health Indicators*. 2001. Disponível em: www.stakes.fi/verkojulk/pdf/minimum.pdf

Comissão Europeia. *The Mental Health of Children and Adolescents*, Luxemburgo, 2004. OMS-Europa, Ministério da Saúde do Luxemburgo.

Comissão Europeia. Green Paper. Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Comissão das Comunidades Europeias, Bruxelas, 2005

Conselho Nacional de Saúde Mental. *‘Qualidade em Saúde Mental: Promoção e Avaliação’* - Recomendações. CNSM, 2005, doc. policopiado.

Dias C, Silva AV, Neto D . Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal Continental: dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e 1999. Documento policopiado, Ed. CRAS.Lisboa. 2002.

DGS. Conferência de Saúde Mental: Saúde Mental - Proposta para a Mudança, 1995. Lisboa

DGS. Inquérito sobre Articulação dos Serviços de Saúde Mental com os Cuidados de Saúde Primários. Monografia da DGS. 2003, Lisboa

DGS. Plano Nacional de Saúde - 2004/2010. Volume II - Orientações estratégicas. Direcção Geral da Saúde, 2004.

DGS. Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental. DGS, 2004, Lisboa.

EMCDDA National Report. *Portugal - New developments, Trends and in-depth information on selected issues*, 2005. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>

ESPAD. Disponível em <http://www.drogas.pt/id.asp?id=p2p69p608>. 2001

Eurobarometer: *The Mental Health Status of the European Population*. Research Directorate General Health and Consumer's Protection, 2003. EU, Bruxelas.

European Communities. *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. 2006, Bruxelas

Figueiredo B, Bifulco A, Pacheco A, Costa R, Magarinho R. Teenage pregnancy, attachment style, and depression: a comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attach Hum Dev* 2006; Jun;8(2):123-38.

FNERDM. Relatório das Entidades de Reabilitação em Saúde Mental para a Comissão Permanente de Acompanhamento - Saúde Mental do SNRIPD - documento interno, 2005.

Funk M, Drew N, Saraceno B, Caldas de Almeida JM, Agossou T, Wang X, Taylor J. A framework for mental health policy, legislation and service development: addressing needs and improving services. *Harvard Health Policy Review*, Vol. 6 (2), Fall 2005: 57-69.

Goldberg, DP; Blackwell, B. 1970: Psychiatric illness in General Practice. *Br Med J* 1: 439-443

Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the Community: the pathway to psychiatric care*. Tavistock, 1980. London

Goldberg DP, Bridges K et al. Douglas house: a new type of hostel ward for chronic psychotic patients. *British J Psychiatry*, 1985; 147; 383-388

- Goldberg D. Cost effectiveness studies in the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1991. 17, 453 -460
- Gonçalves B, Fagulha T. Prevalência e diagnóstico da depressão em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*, 2004, 20(Jan/Fev):13-27
- Gonçalves Pereira M, Xavier M, Neves A, Correa B, Fadden G Intervenções Familiares na Esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal.. *Acta Médica Portuguesa*, 2006; 19:1-8
- Gorman LL, O'Hara MW, Figueiredo B, Hayes S, Jacquemain F, Kammerer MH, Klier CM, Rosi S, Seneviratne G, Sutter-Dallay AL; TCS-PND Group. Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *Br J Psychiatry Suppl*. 2004 Feb;46:s17-23.
- Gusmão R. *Depressão, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários* (Dissertação de doutoramento). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2005. Lisboa.
- Gusmão R, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Caldas de Almeida JM. O peso das Perturbações Depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal.. *Acta Médica Portuguesa*, 2005; Mar-Abr, 18:129-146.
- Hoeper, EW et al, 1979: Estimated prevalence of mental disorder in primary medical care. *International Journal of Mental Health*, 1979, 10: 6-15.
- Jané-Llopis E, Anderson, P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radoud University Nijmegen. 2005
- Jordão JG. *A Medicina Geral e Familiar: Caracterização da prática e sua influência no ensino pré graduado* (Dissertação de doutoramento). Faculdade Medicina de Lisboa. Universidade Clássica de Lisboa, 1995. Lisboa.
- Kovess V, Caldas de Almeida Jose M, Carta M, Dubuis J, Lacalmontie E, Pellet J, Roelandt JL, Moreno Kustner B, Walsh D, Wiersma. Professional team's choices of intervention towards problems and needs of patients suffering from schizophrenia across six European countries. *Eur Psychiatry* 2005 Dec; 2005 (8):521-8.
- Kovess V, Wiersma D, Xavier M, Caldas de Almeida JM, Carta M, Dubuis J, Lacalmontie E, Pellet J, Roelandt JL, Torres-Gonzalez F, Moreno Kustner B, Walsh D. (2006) Needs for Care of Patients with Schizophrenia in seven European Countries: A One-Year Follow-Up Study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2006, Sep 11;2:22
- King M, Weich S, Torres F, Švab I, Maaroos H, Neeleman J, Xavier M et al. Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study.. *BMC Public Health*, 2006; Jan 12;6(1):6.
- Leff J. Evaluating the transfer of care from psychiatric hospitals to district-based services. *British Journal of Psychiatry*, 1993; 162 (suppl. 19), 6.
- LEFF J. Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatric Services*, 1996; 47: 62-67.
- Negreiros J . Prevalence and patterns of problem drug use in Portugal. *Interim Report*, IPDT, Lisbon. 2001.

OECD . *Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health System Level in OECD Countries*, 2004. OECD Health Technical Papers.

Oliveira MH. A Depressão nos Cuidados Saúde Primários (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina Porto, 1994. Porto.

Pio Abreu J, Teixeira J. O caso psiquiátrico. Limites e detecção. *Psiquiatr Clin*, 1984, 5(2):99-105

Remschmidt H, Belfer M, Goodyear P. Facilitating Pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health. Springer Verlag, 2004. Berlin

Resina T, Pinhão A, Neto L, Leitão A, Martins J, Augusto M: Depressão e ansiedade na consulta de clínica geral/médico de família. *Acta Med Port* ,1989; 2(1):7-10.

Rodrigues LM et al. Estudos em Meio Escolar - 3º ciclo - GPCCD, Lisboa. 1996.

Ruggeri M. Satisfaction with psychiatric services. In Thornicroft G., Tansella M. (Eds.), *Mental Health Outcome Measures*, 1996; Springer , Heidelberg.

Rutter M. Resilience Reconsidered: Conceptual considerations and empirical findings. In J. Schonkof & S. Meisels, ed. *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge University Press, 2005, pp. 651-682

Sampaio Faria J. Serviços de Clínica Geral e Cuidados Psiquiátricos. *Jornal do Médico*, 1981, 467-74

Saraceno B, Caldas de Almeida JM. 2001, a special year for mental health in the world. *Panamerican Journal of Public Health*. 2001 Apr; 9(4): 209-10.

Saraiva CB, Veiga FA et al. Epidemiologia do Parasuicídio no Concelho de Coimbra. *Psiquiatria Clínica*, 1996, 17(4):291-296.

Saraiva CB, Veiga FA et al. Epidemiologia do Para-suicídio no Concelho de Coimbra. Anos 1994-1997. *Psiquiatria Clínica*, 1997, 19(4): 283-288.

Schulman E. *Rehabilitation of the Mentally Ill: An International Perspective*, 1985. The President's Committee on Employment of the Handicapped, Washington

Seabra D, Cruz J. Estudo da prevalência dos sintomas depressivos na população algarvia. *Rev Port Saúde Pública*, 1991, 9(2):29-35.

Sennfelt J. Mental health care in primary health settings - The portuguese experience. *Rev Port Saúde Pública*,1992, 10 1):29-33.

Sheppard M. Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. *Journal of Advanced Nursing* , 1993; 18: 246-259.

Shonkoff J. From neurons to neighborhoods - the science of early childhood development. Washington, D.C. 2000, National Academy Press

Simões Ferreira L. Patologias emergentes em Pedopsiquiatria., *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, nº 21, 2006, págs. 45-56.

Simões J, Mendes M, Andrino I et al. Doença Psiquiátrica nos Cuidados Primários de Saúde - estudo epidemiológico no Centro de Saúde Góis". *Psiquiatria Clínica*, 1996, 17 (4): 297-307.

Simões J. Aplicação da Escala de Rastreio em Saúde Mental-ER80 a uma amostra de utilizadores da consulta sem diagnóstico de perturbação mental. *Psiquiatria Clínica*, 1997, 18 (2): 141-148.

Skog O, Teixeira Z et al. Alcohol and suicide - the Portuguese experience. *Addiction*, 1995; 90(8):1053-1061.

Skuse D, Williams P. Screening for psychiatric disorder in general practice. *Psycho Med.*, 1984, 14: 365-377

Solomon P. Moving from psycho-education to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatric Services*, Dec. 1996, vol. 47, nº 12, p.1370.

Stein L, Test M. (1980). Alternatives to mental hospital treatment, I. *Archives of General Psychiatry*, 37: 392-397.

Xavier M, Caldas de Almeida JM, Martins E, Corrêa B, Kovess V. Avaliação das Necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal - Estudo comparativo multicêntrico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2002, 20:5-17.

Xavier M. Porque fazemos tão pouca investigação clínica? *Nova Medicina*, Nov., 2002: 4-5.

Xavier M. Comparing Mental Health Services across Europe - From Evaluation to Quality Assurance . In: Herrmann P, Sapouna L (Eds), *Knowledge in Mental Health: Reclaiming the Social*, 2006, pp.119-142. Nova Science Publishers, New York.

Vaz Serra A.1976: Experiência crítica de um trabalho de campo. I Congresso Nacional de Psiquiatria Social. Lisboa

Vaz Serra A et al. Autoconceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatr Clin*, 1987, (2): 97-102

Vaz Serra A, Firmino A, 1989 - Estados de tensão emocional, solidão e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatr Clin*, 1989,10 (3): 149-55

Veiga FA. Epidemiologia e Metodologias de Investigação dos Comportamentos Suicidários. In: Bessa Peixoto, Carlos Braz Saraiva & Daniel Sampaio (Eds): *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Ed. Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006, Coimbra.

Weisbrod B., Test M., Stein L. (1980). Alternative to mental hospital treatment II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37:400-405.

WHO. Mental health: new understanding, new hope. *World Health Report 2001*. Geneva: World Health Organization.

WHO. Suicide prevention. 2003. Disponível em:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

WHO. *Quality improvement for mental health*. World Health Organization, 2003. Genebra, Suíça

WHO. How can health care systems effectively deal with major health care needs of homeless people ? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. Jan, 2005.

WHO. Módulo de Orientação em Políticas e Serviços de Saúde Mental: Política e Planos de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência. WHO, Geneve, 2005

WHO, Mental Health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference, 2005.

WHO. SDR, suicide and self-inflicted injury 2006. <http://data.euro.who.int/hfad/>

Williams R & Kerfoot M. Child and Adolescent Mental Health Services - Strategy, planning, delivery and evaluation. Oxford University Press, 2005.

Wykes T. A hostel ward for new long stay patients: an evaluation of a ward in a house. *Psychological Medicine* monograph, 1982; Supplement 2, pp 55-97

