

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Resolução da Assembleia da República n.º 5/2008

Deslocação do Presidente da República ao Rio de Janeiro

A Assembleia da República resolve, nos termos da alínea b) do artigo 163.º e do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, dar assentimento à visita de carácter oficial do Presidente da República ao Rio de Janeiro, de 6 a 10 do próximo mês de Março, a fim de participar, a convite do seu homólogo brasileiro, nas Comemorações dos 200 Anos da Chegada da Corte Portuguesa àquela cidade.

Aprovada em 22 de Fevereiro de 2008.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008

Os problemas de saúde mental constituem actualmente a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades.

De facto, as necessidades no âmbito da saúde mental são de tal magnitude que exigem respostas atempadas e criativas dos serviços de saúde, com o envolvimento de outras estruturas públicas e de instâncias da comunidade, no âmbito de uma política nacional clara, dinâmica e adaptada à exigência dos nossos dias.

Prevê-se para o futuro um incremento significativo da prevalência de doenças psiquiátricas, e em particular de casos de demência, a que não é alheio o aumento da esperança de vida e consequente envelhecimento da população. Prevê-se igualmente um impacte crescente na sociedade portuguesa de problemas directa ou indirectamente relacionados com a saúde mental, como sejam os problemas de violência doméstica, o abuso de álcool e drogas, ou a delinquência juvenil.

Por isso, a saúde mental é uma prioridade da política de saúde do XVII Governo Constitucional, respondendo, assim, ao objectivo de assegurar a todos os cidadãos o acesso a serviços de saúde mental modernos e de qualidade.

Em 2005, a Conferência Ministerial dos Estados Membros da região europeia da OMS realizada em Helsínquia produziu uma Declaração Final «Enfrentar os desafios, construir as soluções», subscrita pelo Governo Português, a que a Comissão Europeia respondeu com a publicação do Livro Verde «Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia», onde recomendam aos países uma atenção muito particular aos problemas de saúde mental e onde acentuam a necessidade de promover alterações substantivas nos modelos de intervenção neste domínio.

Foi este quadro que determinou a criação, pelo despacho n.º 11 411/2006, de 26 de Abril, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 101, de 25 de Maio de 2006, da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, a quem foram atribuídos os encargos de estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental a nível nacional e de propor um plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental.

O Plano Nacional de Saúde Mental, que resulta do trabalho da referida Comissão, tem como objectivos fundamentais:

Assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental no País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;

Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;

Reduzir o impacte 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, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Trata-se de um instrumento que apela à intersectorialidade, prevendo a articulação com outros ministérios, com destaque para o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, no âmbito dos cuidados continuados integrados, com cuja Rede Nacional o Plano se deverá articular, os Ministérios da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, nos campos da promoção e da prevenção e da investigação científica, o Ministério da Defesa Nacional, no âmbito do apoio aos militares e ex-militares portadores de perturbação psicológica crónica resultantes de exposições a factores traumáticos de *stress* durante a vida militar e para o Ministério da Justiça, particularmente no que respeita à prestação de cuidados de saúde mental a doentes inimputáveis e a reclusos.

No âmbito da organização dos serviços o Plano Nacional de Saúde Mental prevê necessidades de intervenção ao nível nacional, regional e local, no âmbito da melhoria da rede de serviços locais de saúde mental, da reabilitação e da desinstitucionalização dos doentes mentais graves, dos serviços regionais de saúde mental e dos hospitais psiquiátricos.

Os serviços de saúde mental da infância e da adolescência, bem como a relação da saúde mental com os cuidados primários e a articulação intersectorial, são objecto de atenção particular.

Os aspectos relacionados com a legislação, financiamento e gestão, sistema de informação, melhoria da qualidade, recursos humanos, articulação com ordens religiosas e investigação são também individualmente analisados, tendo em conta o seu papel na dinâmica global, prevendo-se acções concretas, entidades a responsabilizar, o calendário e os indicadores de monitorização.

O Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) apresenta-se, portanto, como o instrumento de gestão adequado que permite responder às necessidades identificadas na área da saúde mental.

Assim:

Nos termos da alínea g) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

Aprovar o Plano Nacional de Saúde Mental, adiante designado por Plano, para o período de 2007 a 2016, que consta em anexo à presente resolução e da qual faz parte integrante.

Determinar que as acções do Plano são aplicadas em estreita articulação com a Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados e com as políticas sectoriais pertinentes, nomeadamente nas áreas da defesa nacional, justiça, trabalho e solidariedade social, ciência, tecnologia e ensino superior e educação.

Definir que a coordenação do Plano cabe ao Alto-Comissariado da Saúde, através de um coordenador nacional, cuja forma de nomeação, remuneração e competências se encontram definidas no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 218/2007, de 29 de Maio, que aprovou a Lei Orgânica do Alto Comissariado da Saúde.

Incumbir o Alto-Comissariado da Saúde de apresentar anualmente à tutela relatório de progresso relativo à execução do Plano.

Criar a Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, presidida pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde Mental, e da qual fazem ainda parte:

O coordenador nacional do Plano;

Quatro membros a designar pelo alto-comissário da Saúde, de entre pessoas titulares de relação jurídica de emprego público;

Os coordenadores dos gabinetes técnicos de saúde mental, previstos no n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro;

Um representante da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados;

Um representante da Presidência do Conselho de Ministros;

Um representante do Ministério da Defesa Nacional;

Um representante do Ministério da Administração Interna;

Um representante do Ministério da Justiça;

Um representante do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social;

Um representante do Ministério da Educação;

Um representante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Estabelecer que as competências e as regras de funcionamento da comissão referida no número anterior são definidas por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Determinar que a presente resolução produz efeitos a partir da data da sua aprovação.

Presidência do Conselho de Ministros, 24 de Janeiro de 2008. — O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)

I — Introdução:

1 — Saúde mental: uma prioridade de saúde pública. — Os estudos epidemiológicos realizados nos últimos 15 anos demonstram 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, de acordo com o Relatório Mundial de Saúde de 2001, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31 % dos anos vividos com incapacidade, chegando a índices próximos dos 40 % na Europa. 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 pre-

matura, situações como as perturbações depressivas e as doenças cardiovasculares estão rapidamente a substituir as doenças infecto-contagiosas como as principais causas da carga das doenças. 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 carga resultante das doenças em geral, a nível mundial, deve-se a estas perturbações (este número cresce para 24 % na Europa). Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas.

Também, segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar. 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», ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica mas estão também em sofrimento e deveriam beneficiar de intervenções.

Diversos estudos mostram que a maioria das crianças com perturbações psiquiátricas não recebe tratamento especializado. 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.

Os enormes avanços científicos registados nas últimas décadas permitiram o desenvolvimento de um amplo leque de intervenções altamente efectivas no tratamento e reabilitação da maioria das perturbações psiquiátricas. Permitiram também substituir progressivamente os serviços baseados nos antigos hospitais psiquiátricos por serviços baseados nos hospitais gerais e na comunidade e mais integrados no sistema geral de saúde. Todos os estudos, comparando estes novos serviços com os tradicionais serviços de base hospitalar, demonstraram que os serviços comunitários são mais efectivos e preferidos pelos pacientes e suas famílias. 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:

Garantir a acessibilidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental;

Assumir a responsabilidade de um sector geodemográfico 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.

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 permitissem 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.

Na sequência da Lei n.º 2118/63, de 3 de Abril, nos anos 70 e 80 criaram-se centros de saúde mental de âmbito 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 do Porto, Coimbra e Lisboa. A criação destes serviços, apesar da insuficiência de recursos de que sempre sofreram, permitiu ainda assim lançar algumas primeiras experiências de intervenção sistemática na comunidade e desenvolver múltiplas experiências de trabalho em conjunto entre os médicos hospitalares e os clínicos gerais.

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. No entanto, a impossibilidade de desenvolver estratégias consistentes de transferência dos recursos humanos dos hospitais psiquiátricos para os novos serviços levou a que muitos deles se tenham confrontado, desde a sua origem, com uma escassez muito grande desses meios, não podendo assim responder de uma forma minimamente satisfatória às necessidades das populações.

Em 1992, dá-se a integração de todos os centros de saúde mental em hospitais gerais. Esta integração trouxe, por um lado, contribuições positivas para a integração no sistema geral de saúde, mas, por outro, não promoveu o desenvolvimento de serviços na comunidade.

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 cui-

dados 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 n.º 36/98, de 24 de Julho), bem como do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, 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. Definiu também a orientação legal sobre a organização de serviços de acordo com os princípios internacionalmente aceites nesta matéria. No entanto, no que se refere aos serviços, à aprovação da lei não se seguiu o indispensável processo de planeamento e implementação das reformas propostas.

Na sequência da aprovação da referida lei, registaram-se contudo, alguns desenvolvimentos importantes. O despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, 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 n.º 348-A/98, de 18 de Junho, que permitiu a criação de empresas sociais, tiveram um impacte significativo no desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial para pessoas com problemas de saúde mental. Os investimentos feitos com o apoio dos Fundos Estruturais da União Europeia, ao abrigo do Programa Operacional Saúde XXI, que vigorou entre 2000 e 2006, por seu lado, permitiram promover melhorias de relevo nas instalações de alguns departamentos de psiquiatria e saúde mental dos hospitais gerais.

Em 2005, a Direcção-Geral da Saúde definiu e 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 2004-2010, nomeadamente nas áreas da depressão, problemas relacionados com o abuso de álcool e o stress pós-traumático.

3 — Serviços de saúde mental em Portugal — caracterização. — Em Portugal as estruturas de saúde mental mais significativas pertencem ou ao sector público ou ao sector social e convencionado.

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, sedeados 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. Integram ainda o sector público os serviços de psiquiatria dos cinco hospitais militares: Hospital da Marinha em Lisboa, três Hospitais do Exército (Hospital Militar Principal em Lisboa, Hospital Regional n.º 1 no Porto e Hospital Militar Regional n.º 2 em Coimbra) e o Hospital da Força Aérea, também em Lisboa.

O sector público dispõe de 2742 camas, das quais 1364 ocupadas por situações de evolução prolongada, e o sector social e convencionado de 3320 camas, na quase totalidade com utentes de evolução prolongada.

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.

Os dados existentes e a análise dos resultados dos estudos efectuados demonstram que os serviços de saúde mental sofrem de importantes insuficiências, ao nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados. Com efeito:

O número de pessoas em contacto com os serviços públicos (168 389 em 2005), mostra que apenas na pequena parte das que têm problemas de saúde mental têm acesso aos serviços públicos especializados de saúde mental. Mesmo assumindo que apenas os cidadãos com doenças mentais de alguma gravidade procuram os serviços de saúde, o número de contactos, 1,7% da população, é ainda assim extremamente baixo em relação ao expectável, já que, em cada ano, pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade.

A cobertura psiquiátrica em recursos humanos especializados, em particular médicos (incluindo internos) é assimétrica. A distribuição de psiquiatras entre hospitais psiquiátricos e departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais é de 2,6 e 1,1 médicos por 25 000 habitantes, respectivamente. Com os distritos do Porto, Coimbra e Lisboa a registarem, pela mesma ordem, 2,0, 4,5 e 2,2 psiquiatras por 25 000 habitantes, enquanto a média nacional se situa em 1,5.

Assiste-se a uma concentração de médicos pedopsiquiatras nos hospitais especializados de Lisboa, Porto e Coimbra, com um rácio de 2 especialistas por 66 000 habitantes, enquanto nos restantes hospitais esta relação não ultrapassa os 0,3.

Na região do Algarve verifica-se a total ausência de cobertura pedopsiquiátrica e para toda a região do Alentejo existe um único profissional.

De uma maneira geral 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.

Os recursos financeiros disponíveis para a saúde mental situam-se num nível baixo, considerando a contribuição real das doenças mentais para a carga global das doenças. A análise dos dados disponíveis mostra ainda que os recursos financeiros 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 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, entre outros.

O recurso preferencial aos serviços de urgência e as dificuldades de marcação de consultas, reportadas pelo estudo realizado pela Comissão Nacional de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental 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.

Uma análise da situação em Portugal não pode deixar de contemplar ainda outros pontos que suscitam uma preocupação 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, bem como a quase total ausência de programas de promoção/prevenção.

Na actualidade, no entanto, existem também algumas oportunidades que podem ajudar a superar muitas destas dificuldades. Em primeiro lugar, o programa de cuidados continuados integrados iniciado com a criação da Rede em 2006 pode trazer, finalmente, à saúde mental mecanismos que permitam criar, de uma forma programada, os serviços e programas intermediários de que há muito carecemos. Por outro lado, o desenvolvimento das unidades de saúde familiar (USF) 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. A construção de vários novos hospitais gerais, com unidade de psiquiatria e saúde mental, por seu turno, 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 numa área que é particularmente importante. Com efeito, 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.

4 — O papel das organizações não governamentais (ONG). — No contexto de uma 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 (ONG) um papel relevante na defesa dos seus direitos.

Em Portugal existe uma grande carência de respostas comunitárias adequadas, o que mantém a sobrecarga nas famílias que prestam apoio informal, em muitos casos 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.

Ainda assim, deram-se passos muito importantes com a criação de serviços de reabilitação na comunidade desenvolvidos pelas ONG e instituições particulares de soli-

dariedade social (IPSS), apoiadas pelo referido despacho conjunto n.º 407/98, resultante da articulação entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, que permitiu o financiamento das unidades de vida e dos fóruns sócio-ocupacionais.

A Rede Nacional de Apoio aos Militares e Ex-Militares Portugueses Portadores de Perturbação Psicológica Crónica resultante da Exposição a Factores Traumáticos de Stress Durante a Vida Militar (RNA) é composta pelas instituições e os serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema de Saúde Militar e, em articulação com os serviços públicos, as organizações não governamentais (artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 50/2000, de 7 de Abril). A cooperação entre os serviços públicos que integram a Rede Nacional de Apoio é definida por despachos conjuntos dos membros do Governo que detêm a respectiva tutela, concretamente os Ministros da Defesa Nacional e da Saúde, pelo despacho conjunto n.º 109/2001, de 5 de Fevereiro, depois alterado pelo despacho conjunto n.º 502/2004, de 5 de Agosto, dos Ministérios da Defesa Nacional, da Saúde e da Segurança Social e do Trabalho.

Na área da reabilitação profissional, desde o início dos anos 90, com o apoio dos fundos comunitários e do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), 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.

As ONG e as IPSS têm assim desenvolvido serviços que promovem a participação dos utentes na comunidade e concretizam o que está previsto na Lei n.º 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 grau de autonomia das pessoas.

De acordo com um inquérito incluído no Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, as acções mais frequentemente desenvolvidas pelas ONG e IPSS são:

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

O financiamento da actividade destas ONG e 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 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.

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 SOS, 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 (28) e os fóruns sócio-ocupacionais (27) devido à possibilidade de financiamento com base no despacho conjunto n.º 407/98.

Contudo, 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.

II — Visão, valores e princípios:

1 — Visão. — Assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas.

Valores e princípios. — O Plano orienta-se pelos valores e princípios seguintes:

Valores	Princípios
Saúde mental indivisível da saúde em geral.	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 . . .	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.	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.	Os serviços em cada área geodemográfica devem ser coordenados e integrados, de modo a facilitar a continuidade de cuidados.
Abrangência (<i>comprehensiveness</i> .)	Os serviços em cada área geodemográfica 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.	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 considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados de saúde mental, estimulados a participar nesta prestação e a receber o treino e a educação necessários.
Protecção dos grupos especialmente vulneráveis.	As necessidades específicas dos grupos especialmente vulneráveis, nomeadamente crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com incapacidade, devem ser tomadas em consideração.
Acessibilidade e equidade.	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> .)	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.

III — Objectivos:

O Plano visa prosseguir os seguintes 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 impacte 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 como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Áreas de acção estratégica:

Organização de serviços de saúde mental de adultos. — A Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, e o Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, descrevem de forma detalhada o modelo de organização de serviços de saúde mental em Portugal.

Neste contexto, entende-se 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 regionais de saúde mental (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 continuar concentrada no tratamento intra-hospitalar.

1.1 — Desenvolvimento e melhoria da Rede Nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM). — 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 um quarto da população, contudo, continua ainda 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.

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

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;

Uma estratégia destinada a promover o desenvolvimento, nestes serviços, de equipas ou unidades 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 equipas ou unidades de saúde mental comunitária (ESMC ou USMC), com as seguintes características:

Objectivos — prestar cuidados a um determinado sector geodemográfico, incluindo:

- 1) Programa integrado para doentes mentais graves, com gestão 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 com base em modelo de contratualização, que tome em consideração actividade e cobertura populacional, incluindo o estudo de novo modelo remuneratório dos profissionais, com respeito pelos princípios definidos no regime de vínculos, carreiras e remunerações.

Até 2016, todos os serviços locais de saúde mental passam a ser assegurados por DPSM de hospitais gerais. Para tal, os serviços locais que ainda hoje dependem dos hospitais psiquiátricos são progressivamente transferidos para hospitais gerais, de acordo com o faseamento e as medidas previstos para cada Região de Saúde, conforme consta da listagem de acções propostas por este Plano. Ao mesmo tempo, procede-se ao desenvolvimento das equipas/unidades de saúde mental comunitária nos diferentes serviços locais de saúde mental. Os DPSM actualmente existentes que, por insuficiência de recursos, não se encontram ainda a funcionar em pleno, são objecto de atenção particular e urgente de modo que possam desempenhar cabalmente as suas funções.

1.2 — Reabilitação psicossocial e desinstitucionalização dos doentes mentais graves. — As perturbações mentais graves dão frequentemente origem à perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional. Estas perdas podem ser compensadas através do processo de reabilitação, que incide, por um lado, na recuperação e aprendizagem de competências individuais e sociais, e, por outro, na criação

de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência dos doentes.

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 de forma permanente, em instituições psiquiátricas.

Durante muito tempo foi escasso o desenvolvimento em Portugal de serviços e programas vocacionados para a reabilitação psicossocial. Só a partir da inclusão, na década de 90, dos doentes psiquiátricos entre os beneficiários de programas de apoio ao emprego financiados pela União Europeia, foi possível desenvolver projectos de formação e reintegração profissional. E, só após a aprovação do despacho conjunto n.º 407/98, se abriu a possibilidade de obter apoios para programas residenciais e áreas de dia na comunidade. A avaliação do impacte das acções realizadas ao abrigo do referido despacho conjunto mostra que, apesar da escassez dos recursos envolvidos e da falta de planeamento, os resultados desta iniciativa foram notáveis.

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.

Todavia, como se disse anteriormente, o desenvolvimento recente da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados irá permitir o desenvolvimento de respostas específicas de cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental, a prever em diploma próprio.

Estas respostas, da responsabilidade conjunta dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, terão como objectivo geral 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, visando a sua reabilitação, integração social, participação e autonomia e a melhoria da qualidade de vida quer dos residentes na comunidade, quer dos residentes nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos de psiquiatria dos hospitais gerais.

As respostas específicas dos cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental constituem um segmento especializado da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, regendo-se pelos princípios aí definidos, com as devidas adaptações a definir no diploma próprio previsto para a área da saúde mental.

1.3 — Serviços regionais de saúde mental. — De acordo com o modelo de organização estabelecido em Portugal, devem ter âmbito regional os serviços de saúde mental 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 deve obedecer a um planeamento nacional, tem-se assistido, nos últimos anos, a uma proliferação desregrada 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, há que garantir, contudo, que o desenvolvimento destas unidades não venha comprometer a resposta às necessidades mais prementes, como,

por exemplo, os cuidados aos doentes mentais graves. Importa ainda assegurar que a criação de serviços mais especializados se efectua nos quadros institucionais mais adequados para a colaboração com outras especialidades, o ensino e a investigação.

Neste contexto, nos próximos cinco anos, são criados serviços regionais de internamento para doentes inimpugnáveis e para «doentes difíceis», nas seguintes instituições:

Hospital Júlio de Matos, Hospital Sobral Cid e Hospital Magalhães Lemos;

Três unidades de tratamento para perturbações do comportamento alimentar: em hospitais gerais a determinar nas regiões de Lisboa, Centro e Norte.

1.4 — 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.

Como se assinala na «Rede de referenciação de psiquiatria e saúde mental», publicada pela Direcção-Geral da 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 OMS, 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;
- 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 União Europeia comprometeram-se, entre outros pontos, 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 vão desenvolver. Para garantir uma implementação adequada

destas disposições legais, as actividades são desenvolvidas, de acordo com os seguintes princípios:

Os principais critérios a considerar nas estratégias de reestruturação dos hospitais psiquiátricos são:

- 1) As necessidades prioritárias de cuidados 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.

2 — Organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência. — A OMS e a Comissão Europeia emitiram recomendações no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência, sublinhando a importância de 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.

O Documento de Orientação em Políticas e Serviços de Saúde Mental: Política e Planos de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência da OMS aponta algumas fragilidades encontradas em diversos países, ao nível da organização dos serviços de saúde mental da infância e adolescência, que incluem:

- 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 diferentes níveis de actuação;
- Fraca colaboração intersectorial;
- Processos precários de melhoria da qualidade;
- Escassa distribuição de recursos para a saúde mental da criança e do adolescente.

Em Portugal verificam-se todas estas dificuldades, sendo urgente desenvolver serviços e programas que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, a nível da prevenção e do tratamento, de acordo com os seguintes objectivos:

Promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população, implementando os mecanismos necessários ao desenvolvimento da promoção da saúde mental e dos vários níveis de prevenção: primária, secundária e terciária;

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.

2.1 — Desenvolvimento e melhoria dos serviços. — De acordo com as recomendações da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 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 e serviços especializados de nível regional. As medidas específicas para cada um destes níveis, bem como outras medidas de âmbito mais geral, incluem:

A) Ao nível dos cuidados de saúde primários:

A prestação de cuidados a este nível é assegurada por grupos ou núcleos de apoio à saúde mental infantil, constituídos por profissionais dos centros de saúde e unidades de saúde familiar, com a consultoria de um psiquiatra da infância e adolescência do serviço especializado local, que têm as seguintes funções:

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 (CAT), projectos de intervenção psicossocial local);

B) Ao nível dos cuidados especializados de âmbito local:

Os cuidados de nível local, prestados pelos serviços/unidades especializados de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência integrados em hospitais gerais são desenvolvidos e melhorados através de acções que incluem:

Programação de 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;

Constituição de uma equipa multidisciplinar num prazo máximo de seis meses após a entrada do primeiro psiquiatra da infância e adolescência;

Participação do psiquiatra da infância, e adolescência, chefe de serviço/coordenador da unidade, no órgão directivo do centro de responsabilidade local;

Definição de espaços próprios, com condições de privacidade, para atendimento de crianças/adolescentes e suas famílias;

Desenvolvimento prioritário de intervenções de articulação com a comunidade;

C) Ao nível regional:

Os departamentos de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência de âmbito regional, localizados em Lisboa, Porto e Coimbra, asseguram, além do existente ao nível dos serviços locais, as seguintes valências:

Unidade de internamento em serviços próprios, com condições e recursos humanos adequados às necessidades específicas destes doentes;

Núcleos de intervenção em áreas específicas para patologias mais complexas e unidades especializadas para as faixas etárias da primeira infância e adolescência.

Área de investigação, em ligação com as universidades;
 Serviços para situações especiais;
 Programas de formação para professores/educadores.

2.2 — Outras medidas:

Cobertura pelos serviços de psiquiatria da infância e adolescência das necessidades da faixa etária dos 0 aos 18 anos em todas as áreas (ambulatório, urgência e internamento);

Promoção da formação em saúde mental infanto-juvenil dos técnicos de saúde, profissionais da educação, apoio social e serviços judiciais de menores;

Desenvolvimento da 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;

Implementação de programas de prevenção validados internacionalmente, direccionados para áreas e grupos de risco diversos;

Promoção da organização dos hospitais e áreas de dia em funcionamento e a criação de novas estruturas deste tipo nos serviços especializados;

Desenvolvimento das unidades de internamento já existentes, criando-se espaços independentes para internamento de crianças e de adolescentes;

Criação de estruturas residenciais comunitárias para crianças e adolescentes;

Criação, em colaboração com a justiça, a segurança social e outros departamentos governamentais, de estruturas de larga permanência que possam responder às necessidades de crianças e adolescentes com perturbações graves do comportamento e sem apoio familiar.

3 — 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. 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 referência para os cuidados psiquiátricos.

Na ausência de uma visão crítica global dos cuidados providenciados à população nos dois níveis, cuidados de saúde primários e cuidados psiquiátricos, reconhecem-se algumas evidências:

Em primeiro lugar, constata-se uma fragmentação da resposta, não suficientemente articulada entre os cuidados de saúde primários 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.

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: as necessidades formativas remetem também para a necessidade de uma melhoria da articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados psiquiátricos. Na verdade, por parte dos clínicos gerais, exige-se rápida intervenção de equipas comunitárias de saúde mental nos casos por 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 cuidados de saúde primários.

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

O desenvolvimento da articulação entre os cuidados psiquiátricos e os cuidados de saúde primários deve assentar no interesse efectivo e nas vantagens mútuas dos intervenientes, num plano de igualdade. Trata-se de processos faseados, sujeitos a avanços e recuos, reciprocidade e continuidade.

Independentemente das formas de articulação, deve ser definida com clareza:

a) A diferenciação do que é da responsabilidade dos cuidados de saúde primários 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) A criação de um projecto transversal, que percorra um conjunto essencial de áreas, adaptado às realidades e necessidades locais como, por exemplo:

Programa básico de preenchimento de necessidades formativas em exercício, que incluam contactos regulares interinstitucionais, designadamente sessões nos centros de saúde sobre áreas de reconhecido interesse ou carência, que facilitem a personalização de contactos e a actuação no terreno;

Qualidade da informação de referenciação e de retorno;

Formação em saúde mental comunitária, a nível do internato de especialidade de psiquiatria, em sectores com reconhecida experiência de articulação;

Programação departamental e institucionalmente apoiada de actividades regulares das equipas de psiquiatria e saúde mental no interface com os cuidados de saúde primários, revestindo formas de consultadoria ou de trabalho articulado face às necessidades na prestação de cuidados, incluindo os cuidados continuados;

A 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;

Criação e aplicação periódica de instrumentos de avaliação da satisfação dos utilizadores, designadamente criados com a participação de associações de utentes e familiares, bem como dos profissionais em diferentes contextos de articulação.

4 — Articulação intersectorial. — A Declaração sobre Saúde Mental para a Europa, subscrita em Helsínquia em 2005, por todos os Ministros da Saúde dos Estados membros da União Europeia, incluindo Portugal, define os seguintes objectivos a alcançar:

A promoção do bem estar mental;

A luta contra o estigma, a discriminação e a exclusão social;

A prevenção dos problemas de saúde mental;

A prestação de cuidados no quadro de serviços e de intervenções integrados na comunidade e eficazes, prevendo a participação dos utentes e dos cuidadores;

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, de modo a assegurar a coordenação e a clarificação de políticas e responsabilidades para o financiamento e a implementação dos serviços entre entidades governamentais e não governamentais.

4.1 — Em actividades de reabilitação psicossocial. — A legislação portuguesa afirma 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, integrados 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, da

Defesa Nacional, e do Trabalho e da Solidariedade Social, que possibilitou medidas importantes dirigidas especificamente aos doentes psiquiátricos, entre outros grupos-alvo em situação de dependência ou de desfavorecimento face ao mercado de trabalho, como:

O despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, 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 n.º 101/2006, de 6 de Junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, um instrumento muito importante para a articulação das medidas de apoio às pessoas com problemas de saúde mental;

A Portaria n.º 348-A/98, de 18 de Junho, que criou as empresas de inserção no âmbito do mercado social de emprego.

As respostas de cuidados continuados integrados são um instrumento importante para regular a participação conjunta das áreas da saúde e da segurança social, permitindo assegurar o apoio residencial e ocupacional aos doentes com patologias graves que originam incapacidade ou dependência. Importa articular esta nova rede com a Rede Nacional de Apoio aos Militares e Ex-Militares Portugueses Portadores de Perturbação Psicológica Crónica resultante da Exposição a Factores Traumáticos de Stress Durante a Vida Militar.

O acesso das pessoas com doenças mentais a respostas tradicionalmente dirigidas às pessoas com deficiência deve ser efectivamente potenciado, pois em certos domínios da reabilitação psicossocial os modelos que se aplicam podem ser idênticos.

As medidas de reabilitação profissional promovidas pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional, estão, desde o início dos anos 90, abertas à apresentação de projectos para pessoas com doenças mentais, sem que estejam expressamente referidas como grupo-alvo. Importa, no entanto, aproveitar a revisão das políticas de emprego activo em curso para desenvolver mecanismos que permitam promover o emprego apoiado de pessoas com doenças mentais como forma de as integrar no mercado de trabalho e de facilitar o processo de reabilitação profissional.

O apoio residencial em habitação independente, largamente referido pelas organizações de utentes e de famílias como solução mais adequada em inúmeras situações, exige negociações com o Instituto de Habitação e Reabilitação Urbana, as autarquias e respectivos serviços de habitação para disponibilizarem habitação de renda moderada, e deve ser conjugado com as unidades que prestam apoio domiciliário na área da saúde mental.

Na área da infância e da adolescência é indispensável promover a articulação entre os serviços de saúde e os serviços de segurança social. Actualmente, 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, promovendo a articulação entre a saúde e a segurança social, as comissões de protecção de crianças e jovens em risco, os serviços médico-legais e os tribunais de família. As problemáticas deste grupo são diferentes das dos adultos, pelo que se prevê criar um grupo de trabalho, envolvendo todos

os sectores implicados, para definir o tipo de estruturas e serviços necessários, bem como a responsabilidade de cada sector envolvido.

4.2 — Em actividades de prevenção e promoção. — Em 2006, a Comissão Europeia publicou um documento produzido pela Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais 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 minimizar o impacto da doença nas pessoas, nas famílias e nas sociedades.

Com base naquele documento, neste Plano Nacional de Saúde Mental são privilegiadas as seguintes estratégias de promoção e prevenção:

Programas para a primeira infância, que incluem aconselhamento pré-natal, intervenção precoce, formação parental, prevenção da violência doméstica e do abuso infantil, intervenções familiares e resolução de conflitos;

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 perturbações do comportamento alimentar;

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;

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;

Políticas de luta contra a pobreza e a exclusão social, medidas de apoio a famílias em risco social ou famílias multiproblemas, a pessoas sem abrigo, avaliação do impacto das políticas sociais na saúde mental, luta contra o estigma;

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.

4.3 — 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, sendo os seus determinantes em grande parte os mesmos que os das doenças mentais. Acresce que a comorbilidade entre doenças mentais e perturbações ligadas com o abuso de álcool e drogas é extremamente comum e que os serviços de saúde mental garantem frequentemente a prestação de cuidados a estas situações.

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. Tendo os centros regionais de alcoologia sido recentemente in-

tegrados no Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (IDT), subsiste, agora, a necessidade de articulação a nível local com os serviços de saúde mental, nomeadamente com aqueles em que existam unidades funcionais de intervenção alcoológica.

São, assim, tomadas as medidas necessárias para definir, a curto prazo, as responsabilidades dos diferentes intervenientes nesta matéria, bem como os princípios que deverão reger a cooperação entre os serviços de saúde mental e os serviços do IDT.

Neste âmbito, considerando a frequência com que as situações de urgência relacionadas com o abuso de álcool e muitas das relacionadas com as toxicodependências são atendidas nas urgências psiquiátricas, a escassez de psiquiatras nos serviços de saúde mental e a necessidade de racionalização da rede de atendimentos não programados nesta área, que deverá situar-se em serviços de urgência gerais, é promovida a participação dos psiquiatras do IDT na prestação de serviços de urgência psiquiátrica.

4.4 — A nível de cuidados a grupos vulneráveis (pessoas sem abrigo, vítimas de violência e 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, para além da situação já referida das crianças e dos idosos, os sem abrigo e as vítimas de violência.

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 disponíveis, sendo ainda vítimas frequentes de violência e de abusos de vários tipos.

Aproveitando as experiências já desenvolvidas entre nós, são desenvolvidos programas de saúde mental específicos para esta população nas equipas responsáveis pelos serviços locais onde vivem geralmente os sem abrigo. Numa primeira fase, prevê-se o desenvolvimento de um projecto piloto, susceptível de extensão após avaliação.

Quanto ao problema da violência doméstica, salienta-se a competência da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) para assegurar a coordenação interministerial necessária ao combate à violência doméstica, e promover a reflexão prospectiva e discussão pública deste tema, tomando iniciativas que reforcem o envolvimento das entidades públicas e da sociedade civil na prevenção do fenómeno.

Neste contexto, é reforçada a importância de uma ligação estreita com o sector da saúde nesta área. Entre outras medidas, destaca-se a importância de constituir um trabalho em rede entre todos os organismos públicos e privados que lidam com a violência doméstica, para que se estabeleçam regras mínimas de atendimento, tendo em vista uma melhor resposta no âmbito desta problemática. Para que se possam alcançar estes objectivos, projectos na área da violência doméstica, são progressivamente integrados nas actividades das equipas de saúde mental comunitária, a partir de experiências a desenvolver nas diferentes regiões.

4.5 — Com o Ministério da Justiça. — Um número significativo de problemas de saúde mental exigem intervenções que envolvem a participação dos serviços de saúde e 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.

Relativamente aos doentes inimputáveis, os cuidados psiquiátricos são assegurados por três serviços, 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 Justiça e da Saúde.

A prestação de cuidados de saúde mental às pessoas que se encontram em estabelecimentos prisionais está integrada nas negociações em curso entre os Ministérios da Justiça e da Saúde. 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 a 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.

Prestar cuidados por determinação judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens, é igualmente uma actividade referida como problemática pelos responsáveis dos serviços.

Para elaborar propostas de soluções para estes problemas, é criado um grupo de trabalho Saúde Mental/Justiça dedicado a:

- 1) Prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a doentes inimputáveis e a pessoas com doenças mentais que se encontram em estabelecimentos prisionais;
- 2) Elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas;
- 3) Prestação de cuidados por determinação judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens.

5 — 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.

Existe vasta evidência a nível internacional de que os direitos com mais frequência desrespeitados, principalmente no contexto dos hospitais psiquiátricos, mas também nas comunidades onde vivem, incluem o direito a serem tratados 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.

A necessidade de proteger os direitos das pessoas com doenças mentais foi o objecto de várias recomendações de organizações internacionais, com destaque para as Nações Unidas (*Principes pour la Protection des Personnes Atteintes de Maladie Mentale et pour l'Amélioration des Soins de Santé Mentale*, 1991), a OMS (World Health Report, 2001) e o Conselho da Europa (Recomendação do Comité de Ministros aos Estados membros, 2004).

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 das Nações Unidas de 1991, regulamentando o processo de internamento compulsivo, consagrando o modelo comunitário para a prestação de cuidados de saúde mental e prevendo a participação de organizações de utentes e familiares no Conselho Nacional de Saúde Mental. Para além disso, 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.

A legislação portuguesa 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 recentes: 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 quanto à gestão do património e das pensões das pessoas residentes nos hospitais psiquiátricos.

6 — Financiamento e gestão. — Os serviços de saúde mental em Portugal têm um sistema de gestão e financiamento desadequado e que não propicia o desenvolvimento dos cuidados na comunidade. A introdução de profundas mudanças no sistema de gestão e financiamento dos serviços de saúde mental é uma prioridade absoluta para o futuro.

O estabelecimento de um orçamento nacional para a saúde mental constitui uma medida fundamental para a implementação das reformas preconizadas neste Plano.

O estabelecimento de um modelo de financiamento baseado em princípios de contratualização é outra medida prioritária, passando, para isso, a ser assegurado um centro de responsabilidade/custos para os departamentos de psiquiatria e saúde mental. Este modelo de financiamento tem em consideração as especificidades dos cuidados de saúde mental, pelo que não é centrado apenas nas linhas de produção prevalentes nos hospitais gerais (internamento, consultas, hospital de dia e urgências), o qual é insuficiente para reflectir as actividades realmente desenvolvidas pelos serviços de saúde mental.

Tal como estabelece a lei, os departamentos de psiquiatria e saúde mental passam a constituir verdadeiros centros de responsabilidade com um orçamento associado a um programa contratualizado.

Finalmente, são desenvolvidas e avaliadas novas formas de gestão dos serviços, de modo a permitir uma maior participação e responsabilidade de diversos grupos de profissionais e de organizações não governamentais.

7 — Sistema de informação. — Numa sociedade que cada vez mais privilegia e necessita de informação, a existência nas organizações de sistemas adequados para a sua

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

Assim, tendo em linha de conta as vantagens que a informação traz para a tomada de decisões fundamentadas em domínios complexos que exigem padrões de qualidade cada vez mais elevados, é desenvolvido um sistema de informação que proporcione os meios mais adequados para suporte à tomada de decisão e à acção na área da saúde mental e o seu acompanhamento a nível político.

O sistema de informação serve, não só para as decisões, monitorização e avaliação das diversas acções e iniciativas, mas também para constituir a base para o estudo e o conhecimento da saúde mental em Portugal, com enfoque na doença e na pessoa doente.

8 — 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.

No entanto, nos serviços de psiquiatria portugueses é ainda muito escassa a aplicação de procedimentos de avaliação e garantia de qualidade. No estudo de avaliação de qualidade efectuado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em todos os serviços de psiquiatria da rede pública e ainda nas instituições geridas por ordens religiosas e pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, constatou-se que:

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;

As áreas mais críticas são os recursos humanos (dotação, distribuição, composição multidisciplinar das equipas) e a organização administrativa;

Existem claras assimetrias no território continental, com particular destaque para as deficiências particularmente significativas existentes nas Regiões do Alentejo e do Algarve em relação ao resto do país.

É, pois, necessário aumentar significativamente a expressão dos processos de implementação, de avaliação e garantia de qualidade nos serviços de psiquiatria e saúde mental do País.

Para se alcançar este objectivo é implementado um processo de avaliação de qualidade dos serviços de psiquiatria e saúde mental de acordo com os seguintes passos:

Identificação de políticas de melhoria da qualidade;
Elaboração de documentos informativos e 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;

Difusão das boas práticas.

O desenvolvimento deste processo toma em consideração os diversos níveis e agentes implicados no planeamento e prestação de cuidados, uma vez que não é possível avaliar a qualidade através de uma perspectiva única ou isolada.

Tomando em linha de conta a multiplicidade de níveis, dimensões e indicadores (estrutura, processo e resultados), o desenvolvimento e implementação do processo de avaliação de qualidade implica um conjunto de opções, tais como:

1) O modelo de avaliação — é simultaneamente desenvolvido um sistema de monitorização dos serviços, simples e flexível, e um sistema de avaliação de âmbito nacional;

2) O agente da avaliação — independentemente dos procedimentos que desejavelmente devem ser implementados como rotina, a avaliação é efectuada por agentes externos (acreditados para o efeito), tal como é, aliás, preconizado pela OMS;

3) O âmbito da avaliação — de acordo com os conhecimentos científicos actuais, a avaliação engloba 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) A selecção de indicadores — constitui uma das áreas mais sensíveis e problemáticas na avaliação de qualidade em saúde mental, devendo interligar-se com os sistemas de informação existentes nos serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde e nos organismos centrais e regionais do Ministério da Saúde;

5) A avaliação da satisfação de utentes e familiares — faz parte integrante de qualquer processo de avaliação de qualidade.

9 — Recursos humanos. — O investimento na área dos recursos humanos é decisivo para o êxito da reforma dos cuidados de saúde mental que agora se pretende iniciar com a aprovação deste Plano. A análise da situação actual neste domínio mostra que, no conjunto dos serviços públicos de saúde mental, os recursos humanos são escassos, encontram-se mal distribuídos e não tiveram, na maioria dos casos, formação suficiente nos modelos de intervenção mais usados actualmente na prestação de cuidados a nível da comunidade. O modelo de organização de trabalho na quase totalidade dos serviços continua excessivamente centrado no médico e nas intervenções intra-hospitalares. A participação de outros profissionais (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc.) tem vindo a aumentar, mas continua ainda muito longe do indispensável para um adequado funcionamento das modernas equipas de saúde mental.

Para superar estas dificuldades, são tomadas medidas para redefinir os rácios recomendados para cada grupo profissional, tomando em consideração as características do trabalho das equipas de saúde mental nos dias de hoje, que apontam para uma maior participação de enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outras profissões relevantes para a saúde mental.

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

São também accionadas medidas que, por um lado, facilitem a formação em serviço dos profissionais, e, por outro, promovam a introdução de mudanças na formação pré e pós-graduada das várias disciplinas, de modo a permitir 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. Fundamentalmente, importa interromper o ciclo criado no passado, em que se foram admitindo sem critério mais profissionais em alguns serviços do Porto, Coimbra e Lisboa. Para interromper este ciclo, são, por um lado, restringidas as entradas de novos profissionais no Porto, Coimbra e Lisboa aos casos em que estes novos profissionais fiquem claramente vinculados a equipas comunitárias dos serviços locais, e, por outro, são criados mecanismos que facilitem a fixação de profissionais nos serviços fora das três principais cidades do País. Para facilitar a fixação de profissionais nos locais onde existem maiores carências, recorre-se a diferentes estratégias. Para tornar mais atractivo o seu trabalho, são tomadas medidas que passam pela criação de incentivos financeiros e de boas condições de trabalho aos profissionais envolvidos. Por outro lado, é promovida a vinculação precoce de profissionais a estes serviços, na fase em que realizam o internato.

Para tornar mais atractivo o seu trabalho, são tomadas medidas que passam pela criação de incentivos financeiros e de boas condições de trabalho aos profissionais envolvidos, no quadro do regime dos vínculos, carreiras e remunerações. Por outro lado, é promovida a vinculação precoce de profissionais a estes serviços, na fase em que realizam o internato.

10 — 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 das respostas disponíveis. A sua articulação com os serviços do SNS está regulada por um acordo que vigora há mais de duas décadas e que deve ser actualizado.

Proceder-se-á, assim, a uma revisão daquele acordo, tendo em conta a legislação que enquadre os acordos com o sector social, nomeadamente o diploma que regulamente as respostas diferenciadas de cuidados continuados integrados de saúde mental, visando encontrar uma fórmula que se revele justa na retribuição dos serviços prestados, diferenciando mais claramente os cuidados na doença aguda dos de longa duração (cuidados continuados) e que torne mais claras as relações de cooperação assistencial, definindo regras de referência entre os serviços públicos e os estabelecimentos dependentes dos institutos das ordens religiosas.

O novo acordo definirá ainda um modelo de financiamento assente em programas concretos, ajustados ao tipo de doentes e de cuidados.

São igualmente criadas 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 desenvolvidos.

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.

São assim desenvolvidas as iniciativas necessárias para se 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 estas instituições.

11 — Investigação. — Apesar do notável incremento verificado nos últimos anos, decorrente da política de investimento de várias instituições, nomeadamente da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) em algumas áreas, como é o caso da psiquiatria e saúde mental, Portugal continua a ocupar uma posição frágil no contexto geral da investigação internacional, em particular no que se refere à saúde mental.

A contribuição da psiquiatria e saúde mental para a produção total de publicações indexadas na área da medicina clínica é muito escassa, o que revela uma actividade científica diminuta, pouco competitiva quer no âmbito nacional, quer no âmbito internacional.

Acresce que a escassez de informação, decorrente da pouca actividade de investigação nas áreas de epidemiologia e avaliação de programas, tem inviabilizado uma mais sólida fundamentação das opções estratégicas de desenvolvimento e avaliação de programas terapêuticos nas instituições psiquiátricas do nosso País.

Embora uma parte significativa da investigação seja realizada em ambiente académico, 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.

Para tal, são desenvolvidas acções a nível da divulgação regular da actividade científica, do financiamento de projectos de investigação, da formação em investigação clínica e avaliação de serviços, assim como da promoção de uma experiência de investigação durante a fase do internato da especialidade de psiquiatria.

V — Implementação e avaliação:

A experiência obtida, tanto em Portugal, como noutros 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 e afectação de recursos financeiros, entre outros.

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 execução do plano e que possua as competências técnicas indispensáveis, bem como a capacidade de decisão necessária para conduzir com êxito um processo de reforma que implica mudanças estruturais importantes.

A necessidade desta coordenação foi proposta pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, que incluiu entre as suas recomendações, a criação de uma unidade coordenadora da implementação do Plano de Saúde Mental, no âmbito do Ministério da Saúde e, igualmente, a existência, em cada administração regional de saúde, de uma unidade ou equipa com a competência técnica indispensável para a coordenação das acções de âmbito regional.

Assim, está previsto o desenvolvimento do Plano no âmbito do Alto-Comissariado da Saúde, bem como a nomeação de um coordenador nacional.

A divulgação e discussão do Plano entre todas as pessoas que, directa ou indirectamente, têm a ver com prestação de cuidados de saúde mental, em particular a partir do SNS, é essencial à promoção de uma ampla participação na

implementação do Plano, pelo que se prevê a organização de conferências e reuniões para este fim.

O êxito da implementação do Plano depende, também, da capacidade de liderança dos que têm a responsabilidade da organização dos cuidados a nível das ARS, I. P., e das direcções dos serviços e programas de saúde mental, pelo que se promoverá um programa nacional de formação de dirigentes em organização e melhoria dos cuidados de saúde mental, com a colaboração de centros de formação competentes neste domínio.

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

Em complemento da monitorização e avaliação interna, prevê-se uma avaliação externa da reforma, a executar com a colaboração da OMS, entre 2007 e 2012.

MINISTÉRIOS DO AMBIENTE, DO ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL E DA AGRICULTURA, DO DESENVOLVIMENTO RURAL E DAS PESCAS.

Portaria n.º 223/2008

de 6 de Março

Pela Portaria n.º 254-DG/96, de 15 de Julho, foi concessionada ao Clube de Caçadores dos Amigos de Cibões e Brufe e não Clube de Caça e Pesca e Ecologia dos Amigos de Cibões, Brufe e Gondoriz, como mencionado na respectiva portaria, a zona de caça associativa de Brufe (processo n.º 1914-DGRF), situada no município de Terras de Bouro, válida até 15 de Julho de 2008.

Entretanto, a entidade concessionária veio requerer a sua renovação tendo em simultâneo solicitado a correcção da área primitivamente concessionada de 750 ha para 629 ha, por exclusão das áreas sociais (terrenos não cinegéticos).

Cumpridos os preceitos legais, com fundamento no disposto no artigo 48.º, em conjugação com o estipulado na alínea a) do artigo 40.º, e no n.º 1 do artigo 118.º do Decreto-Lei n.º 202/2004, de 18 de Agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 201/2005, de 24 de Novembro, manda o Governo, pelos Ministros do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional e da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, o seguinte:

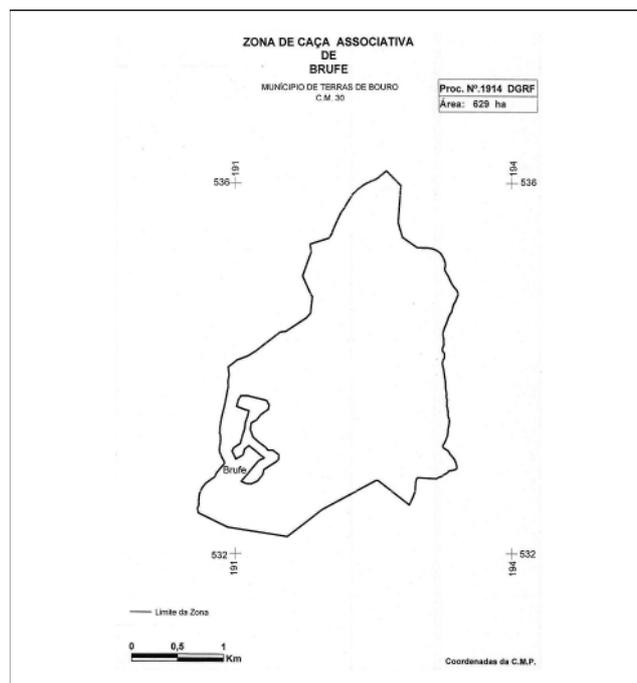
1.º Pela presente portaria é renovada, por um período de 12 anos, renovável automaticamente por um período de igual duração, a concessão desta zona de caça, abrangendo vários prédios rústicos cujos limites constam da planta anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante, sitos na freguesia de Brufe, município de Terras de Bouro, com a área de 629 ha.

2.º A concessão de alguns dos terrenos incluídos em áreas classificadas poderá terminar, sem direito a indemnização, sempre que sejam introduzidas novas condicionantes por planos especiais de ordenamento do território ou obtidos dados científicos que comprovem a incompatibilidade da

actividade cinegética com a conservação da natureza, até um máximo de 10 % da área total da zona de caça.

3.º A presente portaria produz efeitos a partir do dia 16 de Julho de 2008.

Pelo Ministro do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, *Humberto Delgado Ubach Chaves Rosa*, Secretário de Estado do Ambiente, em 13 de Fevereiro de 2008. — O Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Jaime de Jesus Lopes Silva*, em 21 de Fevereiro de 2008.



Portaria n.º 224/2008

de 6 de Março

Pela Portaria n.º 783/2006, de 10 de Agosto, foi criada a zona de caça municipal de Vila Chã da Braciososa (processo n.º 4352-DGRF), situada no município de Miranda do Douro, e transferida a sua gestão para a Associação de Caçadores de Vila Chã da Braciososa.

Veio agora a entidade titular requerer a anexação e a exclusão de outros prédios rústicos.

Assim:

Com fundamento no disposto nos artigos 11.º e 26.º, no n.º 2 do artigo 28.º e no n.º 1 do artigo 118.º do Decreto-Lei n.º 202/2004, de 18 de Agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 201/2005, de 24 de Novembro, e ouvido o Conselho Cinegético Municipal:

Manda o Governo, pelos Ministros do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional e da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, o seguinte:

1.º São anexados à presente zona de caça municipal vários prédios rústicos sitos na freguesia de Vila Chã da Braciososa, com a área de 742 ha, e excluídos outros na freguesia de Palaçoulo, com a área de 87 ha, todos sitos no município de Miranda do Douro.

2.º Após esta anexação e exclusão de terrenos a zona de caça fica com a área total de 1001 ha, conforme planta anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante.