

## 1 – Enquadramento

Com base nos dados epidemiológicos recolhidos na última década, é hoje evidente que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, principalmente nos países ocidentais industrializados.

Através do estudo “The Global Burden of Disease” constatou-se que na Europa as perturbações psiquiátricas eram responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade, destacando-se claramente entre as 10 principais causas gerais de incapacidade (depressão, alcoolismo, esquizofrenia e doença bipolar). De acordo com a última revisão publicada deste estudo (2010), as perturbações depressivas eram já a 3ª causa de carga global de doença (1ª nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a 1ª causa a nível mundial em 2030, com agravamento plausível das taxas correlatas de suicídio e para-suicídio.

Para além da sua participação específica e direta para a carga global das doenças, as perturbações psiquiátricas têm também um efeito indireto no aumento desta carga, mediado pela existência de uma interação complexa com outras situações clínicas e de estilos de vida disfuncionais, tais como as doenças cardiovasculares, as doenças metabólicas, os consumos de substâncias, os acidentes de viação e os acidentes laborais. A magnitude deste impacto resulta não só da ampla prevalência das perturbações psiquiátricas, mas também do facto de uma significativa proporção dos indivíduos iniciar tarde o tratamento, ou não ter sequer acesso a cuidados adequados às suas necessidades.

Sabe-se hoje que os custos diretos e indiretos associados às perturbações psiquiátricas, decorrentes das despesas assistenciais e da diminuição da produtividade (eg., desemprego, absentismo, baixas por doença, apoio a familiar doente), têm um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde. Este facto, por si só, ilustra de forma inequívoca a

relevância que as políticas de saúde mental não podem deixar de assumir no contexto das políticas gerais de saúde dos países, em termos nacionais.

O reconhecimento desta situação levou à criação em 2006 da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, responsável pela elaboração de um novo plano nacional de saúde mental (Despacho n.º 10464/2008); após discussão pública, com larga participação de todos os sectores interessados, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM) foi aprovado em 24 de Janeiro de 2008, pela RCM n.º 49/2008, tendo sido criada uma Coordenação Nacional para a Saúde Mental, no âmbito do Alto Comissariado da Saúde, com a responsabilidade de coordenar a sua implementação.

O Estudo Nacional de Saúde Mental, recentemente realizado no âmbito do World Mental Health Survey Initiative, comprovou de forma inequívoca a importância do PNSM:

- a) Em Portugal existe uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa;
- b) Uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental;
- c) Muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial) hoje considerados essenciais.

Apesar de todas as dificuldades decorrentes da situação de crise económica vividas no país, o plano assegurou já progressos significativos:

- a) O número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos diminuiu 40%;
- b) Encerrou-se com sucesso o mais antigo hospital psiquiátrico do país, ao mesmo tempo que se deram passos importantes na desativação de outros;
- c) Prosseguiu a bom ritmo a criação de serviços de saúde mental nos hospitais gerais e concretizaram-se avanços significativos no lançamento de novos

serviços na comunidade e na formação de profissionais no desenvolvimento de programas integrados para doentes mentais graves;

- d) Lançaram-se as bases dos cuidados continuados integrados de saúde mental e criaram-se com sucesso os primeiros serviços e programas residenciais neste sector;
- e) No campo da saúde mental da infância e adolescência criaram-se novas unidades e elaborou-se uma nova rede de referênciação;
- f) Na cooperação intersectorial com os sectores social, da justiça, da educação e do emprego iniciaram-se vários programas inovadores que permitiram integrar a saúde mental na luta contra a violência doméstica, o apoio aos sem-abrigo e aos jovens com problemas de adaptação e inclusão social.

A maior parte dos cuidados de saúde mental passou a ser prestada em serviços locais de saúde mental integrados no sistema geral de saúde, que registaram um aumento considerável no número de intervenções a nível do ambulatório.

O presente sumário executivo recalendariza e atualiza o PNSM 2007-2016, sendo desenvolvido em relatório próprio.

## **2 - Objetivos**

Mau grado os múltiplos esforços desenvolvidos, continuam por resolver alguns problemas que constituem obstáculos poderosos e pertinazes ao progresso dos cuidados de saúde mental. Entre estes sobressaem os relativos a um sistema de financiamento que encoraja os cuidados institucionais e não permite incentivar os cuidados na comunidade, bem como os que resultam de um modelo de gestão dos serviços de saúde mental que continua a dificultar uma gestão racional e responsável dos recursos existentes.

O balanço, porém, é francamente positivo e explica a credibilidade alcançada pelo país a nível internacional na área da saúde mental. O relevo adquirido por Portugal nas mais importantes iniciativas da OMS neste âmbito nos últimos anos e a conquista recente da liderança da “Joint Action on Mental Health and Well-being” da União Europeia para 2012-2015, não teriam certamente sido possíveis sem a imagem de

inovação, rigor e competência conquistada pelo nosso país a nível das políticas de saúde mental.

Graças aos avanços registados na implementação do PNSM e ao respeito conquistado a nível internacional, existem neste momento em Portugal condições particularmente favoráveis para a concretização de novos passos importantes na melhoria dos serviços de saúde mental. A participação portuguesa na Joint Action poderá permitir o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização no âmbito de um amplo projecto de cooperação europeia, que poderá inclusivamente abrir o acesso a fundos estruturais da UE. A participação nos projetos da OMS no campo da monitorização de direitos humanos e de garantia de qualidade dos serviços podem dar ao país um protagonismo importante nestes sectores. Por outro lado, o facto de partir de Portugal a “Gulbenkian Global Mental Health Platform”, reconhecida como uma das principais iniciativas mundiais a nível das políticas e serviços de saúde mental, pode certamente assegurar o apoio da melhor expertise técnico-científica mundial a partes significativas do nosso Plano.

A continuação da implementação do PNSM representa, assim, uma necessidade absoluta para que efetivamente se possam ultrapassar as graves insuficiências do sistema de saúde mental no país, identificadas no Relatório da Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, comprovadas pelos resultados do Estudo Nacional de Saúde Mental e sublinhadas na avaliação da OMS.

A implementação do PNSM permitiu já alcançar objetivos importantes, nomeadamente nos processos de desativação e reestruturação dos hospitais psiquiátricos, formação de profissionais, desenvolvimento de novos serviços e programas na comunidade, lançamento das bases dos cuidados continuados de saúde mental e criação de respostas nos campos dos sem-abrigo e da violência doméstica. O PNSM, projetado para 9 anos, e iniciado com quase um ano de atraso em relação ao previsto, terá que ser continuado pelo menos até 2017.

A crise financeira que vivemos vai ter seguramente impactos muito significativos na saúde mental das populações. É plausível a ocorrência de um aumento da prevalência de algumas doenças mentais, assim como o aumento da taxa de suicídio em alguns

sectores da população. Neste contexto, será necessário que o PNSM tome em devida conta esta nova realidade, reforçando as medidas já previstas em relação ao desenvolvimento de serviços na comunidade, à promoção de programas de prevenção da depressão e do suicídio e ao desenvolvimento da capacidade de intervenção em crise.

A atual crise financeira tem ainda outras repercussões importantes a nível da saúde mental, que importa tomar em consideração. Por um lado, os constrangimentos financeiros existentes obrigam a encarar com rigor acrescido a premência de definir prioridades e de as ligar às situações associadas às necessidades dos mais vulneráveis, bem como às estratégias mais custo-efetivas; se o investimento no desenvolvimento dos serviços comunitários para doentes mentais graves já era uma prioridade antes da crise, é-o ainda mais agora. O mesmo se pode dizer das estratégias de articulação com os cuidados primários, baseadas em modelos colaborativos e de “task-shifting” e das estratégias que promovam a avaliação regular dos serviços e que permitam corrigir as desigualdades ainda existentes no nosso país na distribuição entre os vários serviços.

Os constrangimentos económicos atuais, no entanto, constituem também uma oportunidade para se proceder a reformas importantes, até agora de difícil implementação, tais como a adopção de guidelines para a prescrição racional de psicofármacos e o envolvimento de profissionais não-médicos em programas terapêuticos.

Há, finalmente, que encarar com a devida ponderação o problema da utilização dos recursos financeiros gerados pelo encerramento de hospitais psiquiátricos. Se as dificuldades vividas no nosso país podem justificar uma utilização de parte desses recursos para fins ligados a outros ramos da saúde, a não realocação de pelo menos parte desses recursos à criação de novos serviços de saúde mental viria não só impedir a substituição dos velhos serviços por serviços de melhor qualidade – o que constitui o principal objectivo da reforma de saúde mental – como viria agravar ainda mais a discriminação de que tem sido vítima a psiquiatria ao longo dos tempos. Este problema constitui, na verdade, um problema de direitos humanos de importância fulcral, que

pode inviabilizar, caso não sejam devidamente considerados, todos os esforços feitos na reforma de saúde mental em Portugal.

Tomando em consideração as consequências dos novos problemas de saúde mental ligados à crise, as recomendações da OMS e as condicionantes resultantes dos constrangimentos financeiros existentes em Portugal, parece essencial prosseguir com redobrado esforço a implementação do PNSM, dando especial ênfase às seguintes prioridades:

- a) Criação de um novo modelo de financiamento dos serviços de saúde mental de acordo com as recomendações da OMS, em estreita colaboração com entidades académicas da área da economia;

Indicador: Documento elaborado até Dezembro de 2012.

- b) Promoção de um novo modelo de gestão dos serviços de saúde mental, de acordo com as recomendações da OMS;

Indicador 1: Modelo elaborado até Junho de 2013.

Indicador 2: Modelo implementado em todo o país até Dezembro de 2016.

- c) Realocação dos recursos financeiros gerados através da alienação patrimonial de estruturas da psiquiatria, que permitam garantir a substituição dos cuidados prestados pelas instituições encerradas por cuidados de melhor qualidade;
- d) Renegociação dos contratos dos novos hospitais gerais PPP relativos à psiquiatria, de modo a coordenar o seu funcionamento com os princípios do PNSM 2007-2016;
- e) Criação dos novos serviços locais de saúde mental (SLSM) de Lisboa, Porto e Coimbra previstos no PNSM, de acordo com o calendário definido;

Indicador: número de unidades-serviços criados até 2016  
número de unidades-serviços previstos no PNSM 2007-2016

- f) Resolução dos problemas relacionados com a abertura de novas unidades e a criação de novas instalações anteriormente planeadas;

- g) Continuação do desenvolvimento dos serviços de saúde mental da infância e adolescência, de acordo com o PNSM;

Indicador: número de unidades-serviços criados até 2016  
número de unidades-serviços previstos no PNSM 2007-2016

- h) Lançamento de experiências-piloto, devidamente avaliadas, em áreas estratégicas que sejam capazes de contribuir para a melhoria e modernização dos nossos cuidados de saúde mental, nomeadamente experiências piloto de ‘stepped-care programs’ para o tratamento da depressão com base em modelos de “task-shifting”, programas integrados na comunidade para doentes mentais graves e programas de prevenção do suicídio;

- i) Relançamento da desinstitucionalização em Lisboa, Porto e Coimbra, por uma equipa de projecto com competências específicas na matéria, coordenada pelo PNSM e com o apoio da OMS e da UE, de modo a garantir a máxima qualidade técnica e a colocar este processo como um exemplo de boas práticas a nível internacional;

Indicador: Redução do número de doentes institucionalizados em hospitais públicos (meta – diminuição de pelo menos 80% relativamente ao quantitativo do PNSM 2007-2016).

- j) Aprofundamento dos cuidados continuados integrados de saúde mental, de acordo com um plano coerente, realista e eficiente, devidamente articulado com os projetos de desinstitucionalização;

Indicador: nº de respostas criadas (metas: 2012 – 18; até final de 2016 – 88)

- l) Iniciar o projeto de monitorização de direitos humanos e de promoção de qualidade de cuidados, a desenvolver em colaboração com a OMS;

Indicador: nº estruturas com monitorização implementada em 2016  
nº de unidades-serviços de saúde mental

- m) Desenvolver o Programa Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS);

Indicador 1: Relatório entregue até final de 2012.

Indicador 2: nº de estruturas com plano implementado em 2016  
nº de unidades-serviços de saúde mental

- n) Colaborar na reativação do Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, em particular no setor relativos às perturbações demenciais.

### **3. Estratégias**

- a) Criação de um novo modelo de financiamento dos serviços de saúde mental

O modelo de funcionamento dos serviços de saúde mental definido no PNSM assenta numa continuidade de cuidados entre os seus vários níveis, através de uma articulação com os cuidados primários, uma majoração das intervenções na comunidade, a garantia de cuidados de internamento nas situações agudas que dele careçam, preferencialmente em hospitais gerais, e uma monitorização das diferentes unidades de cuidados continuados de saúde mental.

Desse modelo decorre igualmente uma atividade multiprofissional, de geometria variável consoante os níveis considerados, e de peso diversificado nas várias linhas de produção assistencial, sendo determinante a ponderação destes diferentes fatores no modelo de financiamento a instituir.

Esta especificidade funcional implica necessariamente uma articulação dos recursos disponíveis, para o que se exige uma lógica de financiamento que ultrapasse os limites estreitos das instituições hospitalares e que se propague para todas as instâncias em que essa atividade se exerce.

À semelhança do que se verifica no modelo de financiamento das unidades locais de saúde, deverá ser tida em conta a necessidade de, por um lado, considerar a dimensão e as características da população assistida e, por outro, de garantir que os respetivos envelopes financeiros permitam suportar os custos das atividades, da comunidade às unidades de internamento, passando pelos cuidados continuados, considerando as diferentes participações profissionais com o seu peso específico.

Este trabalho deverá ser feito em estreita colaboração com entidades académicas da área da economia.

*b)* Promoção de um novo modelo de gestão dos serviços de saúde mental

A implementação do modelo de financiamento atrás sumariado implica, necessariamente, uma alteração do modelo de gestão dos serviços de saúde mental, que deverá assentar nos seguintes pressupostos:

- i* Revisão/atualização da produção a realizar em ambiente hospitalar;
  - ii* Definição da composição de equipas multidisciplinares;
  - iii* Identificação e quantificação dos cuidados de proximidade a serem prestados;
  - iv* Instituição e quantificação de programas de intervenção domiciliária que garantam uma resposta adequada às diferentes necessidades de cuidados das populações, essencial ao acompanhamento dos utentes e à prevenção de recaídas e consequentes reinternamentos;
  - v* Articulação com os Cuidados de Saúde Primários, incentivando intervenções conjuntas e privilegiando a sua prestação nos próprios Centros de Saúde ou em espaços sediados na comunidade;
  - vi* Articulação com o sector social, autarquias e organizações não governamentais, em particular no âmbito da reabilitação psicossocial e da prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves;
  - vii* Desenvolvimento, isoladamente e/ou em articulação com outras entidades, de programas de promoção da saúde mental e de prevenção da doença mental.
- c)* Realocação dos recursos financeiros gerados através da alienação de serviços de psiquiatria

A alienação de património afeto ao funcionamento de estruturas de psiquiatria, nomeadamente de hospitais psiquiátricos, deve constituir uma oportunidade de mobilização de recursos financeiros tendo em vista quer a criação dos novos serviços que lhe sucederão, quer a adequada modernização das estruturas já existentes, independentemente da sua localização geográfica.

O princípio definido no PNSM, de que nenhum serviço poderá ser desativado sem a criação prévia de alternativas de melhor qualidade, deve ser sistematicamente

acautelado, utilizando justamente os recursos financeiros libertos pela alienação de património afeto à psiquiatria.

d) Renegociação dos contractos referentes à área da saúde mental nos novos hospitais em PPP

A prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental prevista no atual modelo contratual dos novos hospitais em regime de PPP centra-se exclusivamente em atividade intra-hospitalar (episódio de internamento, consulta externa, sessão de hospital de dia), estimada/contratada numa base histórica, não permitindo configurar uma resposta assente no desenvolvimento de cuidados de proximidade, em contexto comunitário.

Considera-se prioritário rever este modelo, adequando-o às respostas que qualquer Serviço Local de Saúde Mental deve oferecer, integrando um conjunto diversificado e articulado de unidades e programas, que vão desde a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental, aos cuidados assistenciais de internamento e de ambulatório, passando pela reabilitação psicossocial.

Assim, a renegociação destes contratos deverá contemplar todos os parâmetros previstos no modelo de financiamento dos SLSM, como referido no ponto 1 e os pressupostos do sistema de gestão esquematizados no ponto 2.

e) Concretização dos novos SLSM em Lisboa, Porto e Coimbra previstos no PNSM

O planeamento considerado no PNSM, baseado nas áreas de referência dos Centros de Saúde, tem de ser adaptado às equivalentes dos ACeS, o que neste relatório não é viável concretizar.

Assim, e no que concerne à população adulta (a restante é considerada em capítulo à parte), passa a dar-se nota do ponto da situação referente às reformulações a verificar nas regiões de saúde que integram hospitais psiquiátricos, estruturas que, como planeado, deverão ter as suas áreas de intervenção progressivamente reduzidas, à medida que essa responsabilidade vá sendo assumida por SLSM sediados em hospitais gerais.

- i Região de Saúde do Norte: fruto de um persistente e articulado investimento, foram sendo criadas estruturas de ambulatório em hospitais gerais, nalguns casos já com internamento, através da fixação de psiquiatras em várias unidades hospitalares. Deste movimento de génese de serviços comunitários restam criar 4 unidades de internamento de DPSM, sendo as mais prioritárias as que se encontram mais distantes do Porto – CH do Médio Ave (Santo Tirso) e CH de Entre Douro e Vouga (St.ª Maria da Feira); as restantes são as do CH do Porto e da ULS de Matosinhos.
- ii Região de Saúde Centro: por motivos vários, a cidade de Coimbra e os concelhos envolventes resistiram a implementar a determinação da Lei n.º 36/98, que define a organização comunitária dos serviços de saúde mental, mantendo simultaneamente as maiores taxas de psiquiatras e de camas da especialidade por habitante. No entanto, com a publicação do PNSM foi possível humanizar e racionalizar significativamente as respostas hospitalares para doentes agudos bem como a unificação das equipas adstritas a urgências. Simultaneamente foi criada (Março 2011) a primeira Equipa Comunitária do H. Sobral Cid (Leiria Norte), perspectivando-se a criação sequencial das Equipas de Pinhal Interior, Litoral Sul e Coimbra Sul.
- iii Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo: enquanto persistir a indefinição quanto à construção do hospital da zona oriental de Lisboa (referenciado como de Todos-os-Santos) e, entretanto, da prevista criação no CHLC de uma unidade de psiquiatria e saúde mental, que integre profissionais oriundos do CHLO e do CHPL/HJM, manter-se-á a responsabilidade assistencial por parte de uma das Equipas do CHPL/HJM.

Quanto a Cascais, contrariamente ao programado, o início de funcionamento do novo hospital não desencadeou as alterações previstas – a responsabilidade assistencial da população do Concelho continua a ser do CHLO, desenvolvendo simultaneamente o serviço do novo hospital, de modo não articulado, atividade não comunitária de ambulatório, hospital de dia e internamento (sobre a questão subjacente ver o ponto 4 do presente capítulo).

Sobre o Hospital de Vila Franca de Xira: com a inauguração da nova estrutura, transitará do CHPL/HJM a responsabilidade assistencial, que neste momento é de internamento no HJM e de ambulatório numa unidade localizada na sede do concelho, a funcionar 5 dias por semana, incluindo consultas e uma unidade de reabilitação.

No que se refere ao CHLO, no PNSM considera-se que após deixar a responsabilidade de Cascais a sua atividade migre para freguesias ocidentais de Lisboa que para as outras especialidades médicas são da responsabilidade do CHLO; simultaneamente, como dito acima, alguns dos profissionais integrarão a estrutura a criar no CHLC, que será o embrião do serviço a existir no futuro hospital oriental de Lisboa.

Finalmente quanto ao CH Oeste Sul, o perspetivado DPSM do H. de Torres Vedras aguarda definição após a perspectiva de criação de um único CH para toda a Região Oeste. Entretanto funciona na malha urbana da cidade, a expensas do CHPL e em todos os dias úteis, uma unidade ambulatório.

- f) Resolução de problemas organizacionais/funcionais relacionados com a abertura de novos serviços já criados

Em alguns Serviços Locais verificam-se, por motivos vários, constrangimentos de várias naturezas, que interferem ou impedem a sua atividade plena:

i) ILS do Baixo Alentejo: a 1ª unidade de internamento do H. de Beja tem a inauguração prevista para Julho de 2012. Contudo, com a aposentação, em 2009, do último diretor do DPSM, não voltou a ter Psiquiatra residente, sendo a estrutura dirigida pela Psiquiatra da Infância e Adolescência, uma vez que os concursos promovidos não têm permitido a fixação de especialistas; transitoriamente tem-se verificado a prestação temporária de contratados, nem sempre com perfil adequado para um DPSM, que apresenta atividade comunitária muito eficiente baseada em não médicos.

- ii) CHON: é o exemplo de outra estrutura de saúde mental sem internamento, cujo DPSM, adstrito ao H. das Caldas da Rainha, foi criado em Maio 2011,

sendo integrado por profissionais que estruturaram, nos últimos 15 anos, as redes comunitárias de saúde mental com mais entrosamento do país. Atualmente realiza o internamento no CHLN/HSM, após migração do H. de Leiria resultante de igual movimento da ARS Centro para a de LVT. O constrangimento ocorre por o serviço de internamento se encontrar a 90 km de distância da sede do concelho.

- iii CHLO: o atual DPSM teve, de acordo com informação veiculada pela ARS em Dezembro de 2010, as suas instalações (propriedade da ARS) alienadas. Sediadas no antigo Sanatório da Ajuda do então IANT, depois e sequencialmente Anexo do HMB (final década de 70), Centro de Saúde Mental de Lisboa-Oeiras (1989/1992), DPSM do H. S. F. Xavier e, entretanto, do CHLO. Para além de ser uma das referências nacionais no modelo comunitário, é sede da Clínica Universitária de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNL. Embora com instalações projetadas para serem construídas de raiz no espaço circundante ao HSF, por dificuldades de financiamento o processo não avançou, aguardando-se uma alternativa consentânea com a atividade e a história da estrutura.

*g) Desenvolvimento dos serviços de saúde mental da infância e adolescência*

- i Serviços/Unidades/“Consultas”: no âmbito do PNSM 2007-2016 foram já criadas 11 estruturas de prestação de cuidados de saúde mental da infância e adolescência, consideradas como serviços ou unidades, consoante se tratem de estruturas de hospitais gerais com áreas de influência, respetivamente, superiores ou inferiores a 250.000 habitantes, assim como diversas “consultas”, quando correspondem a projetos de futuros serviços ou unidades, em locais onde a atividade da especialidade teve um início recente e apresenta um nível de implementação insuficiente.

De acordo com a Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, aprovada por Despacho Ministerial de 15/06/2011, devem ser desenvolvidos os seguintes Serviços/Unidades: (i) Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo no CH Oeste Norte, CH Oeste Sul, H. Cascais; (ii) Região de Saúde

- do Alentejo no H Litoral Alentejano e ULS Norte Alentejano; *(iii)* Região de Saúde do Algarve no CH Barlavento Algarvio
- ii Internamento: na prática da Psiquiatria da Infância e Adolescência os internamentos são tendencialmente raros, tendo-se optado pela sua localização nos 3 Departamentos da especialidade, sediados em hospitais pediátricos, com funções de serviços regionais. Para além das alterações na estrutura social em geral e na familiar em particular estarem a aumentar as necessidades deste tipo de resposta, a sua existência é indispensável na acreditação dos serviços com idoneidade total para a formação de médicos internos, situação particularmente sensível numa especialidade médica altamente carenciada, identificando-se como prioritárias neste contexto: *(i)* abertura da unidade de internamento do Departamento de Saúde Mental da Infância e da Adolescência (SMIA) do CH Universitário Coimbra, com uma lotação de 10 camas; *(ii)* aumento da lotação da unidade da Área de Pedopsiquiatria do CHLC/H D. Estefânia para 20 camas, viabilizando a existência de espaços distintos para crianças e adolescentes e o alargamento da idade de internamento até aos 17 anos e 364 dias (Despacho n.º 9871/2010), através da criação de uma unidade específica para adolescentes que integrasse várias valências médicas, incluindo a pedopsiquiatria; *(iii)* ampliar a lotação da unidade do Departamento do CH Porto para um mínimo de 12 camas.
- iii Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental: uma das originalidades muito saudadas no diploma que criou este projeto (D-L n.º 8/2010) foi a existência de tipologias para crianças e adolescentes, residenciais, sócio-ocupacionais e de apoio domiciliário, não apenas quando exista doença mental grave estabilizada mas também, no caso de uma das residenciais, quando a problemática seja predominantemente comportamental, por perturbação da personalidade. De facto, em Portugal há uma rarefação de quaisquer destas estruturas, sendo as situações de alterações graves de comportamento quer eventualmente sujeitas a internamentos, pouco efetivos e por vezes muito

prolongados por inexistência de alternativas mais adequadas, ou encaminhadas para respostas institucionais sem diferenciação reabilitativa psicossocial.

As experiências-piloto para crianças e adolescentes, protocoladas em Outubro de 2010 e formalizadas pelo Despacho nº 8677/2011, no contexto da Rede Nacional de CCISM, e que, como o restante projeto, aguarda disponibilidade financeira para implementação, são 1 Residência de Treino de Autonomia, subtipo A, para 12 utentes e 1 Unidade sócio-ocupacional, para 20 utentes, ambas na Região de LVT, e 1 Equipa de Apoio Domiciliário, comprometida a 8/visitas/dia, promovida pela ULS do Baixo Alentejo (Beja).

Sublinhe-se que, por falta de satisfatória experiência nacional neste contexto, se perspetivou que as tipologias para crianças e adolescentes terão um desenvolvimento mais lento, para permitir a formação adequada dos profissionais, além de que o total necessário é significativamente menor do que o previsto para adultos.

- iv Formação pós-graduada: face ao escasso número de Psiquiatras da Infância e da Adolescência, assim como do elevado número de saídas previsíveis por motivos de reforma, é prioritária a abertura anual de um mínimo de 13 a 15 vagas nos próximos 6 anos, de acordo com as estimativas de necessidades mencionadas na Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.
- v Estudo nacional de prevalência de morbilidade psiquiátrica: à semelhança do verificado para o escalão etário dos adultos, é premente a implementação de um direcionado para crianças e adolescentes.

*h)* Programas específicos de prestação de cuidados

O PNSM tem como objetivos *(i)* assegurar o acesso a serviços de saúde mental de qualidade; *(ii)* promover e proteger os direitos dos doentes; *(iii)* reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; *(iv)* promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir um melhor acesso e a participação das comunidades, utentes e famílias; *(v)* promover a

integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, quer a nível dos cuidados primários quer dos hospitais e dos cuidados continuados, de molde a diminuir a institucionalização dos doentes.

Para apoiar estes objetivos foi aprovada em 2009 a constituição de um programa vertical (Programa Inovador em Saúde Mental – PISM), estabelecendo uma linha de financiamento para ações ou projetos capazes de promoverem o desenvolvimento dos serviços de saúde mental a nível local, alicerçada nos princípios e valores da psiquiatria moderna. Através deste programa vertical foi possível apoiar 46 projetos cobrindo a maior parte dos serviços públicos de psiquiatria e saúde mental, os quais se encontram a decorrer com significativo sucesso. No seguimento deste processo, o próximo passo consiste no desenvolvimento e implementação de programas específicos e diferenciados, já assinalados no PNSM, que introduzam uma melhoria efetiva na prestação de cuidados às populações. Para o concretizar, à semelhança dos projetos PISM, é prioritário o lançamento de experiências piloto em áreas estratégicas, nomeadamente na área de programas “stepped-care” para o tratamento da depressão com base em modelos de “task-shifting”, de programas integrados para doentes mentais graves na comunidade e de programas de prevenção do suicídio. Como elementos comuns destacam-se a detecção precoce, a aplicação de estratégias psicoeducativas, a utilização de intervenções psicológicas simples, o aperfeiçoamento dos modelos de referenciação entre os vários níveis de cuidados e, no caso das doenças mentais graves, a generalização do modelo de terapeuta de referência.

*i) Programa de desinstitucionalização em Lisboa, Porto e Coimbra*

O esvaziamento progressivo dos hospitais psiquiátricos em todos os países desenvolvidos, fruto da maior eficácia terapêutica das perturbações psicóticas (farmacológica e psicossocial/psicoterapêutica), a maior proximidade dos serviços especializados dos locais em que vivem as pessoas, a sua integração nos hospitais gerais e a articulação com os cuidados continuados, têm contribuído para um acentuar daquela situação. Se uma parte significativa desses doentes vão poder ser integrados em tipologias dos CCISM, outros não terão condições, quer pela instabilidade psíquica, quer pela reduzida autonomia psicossocial que não evidencie potencial reabilitativo. O

remanescente poderá permanecer num hospital psiquiátrico, mais humanizado e mais apoiado, ou pode transitar para estruturas residenciais, comunitárias ou não, que em princípio terão um elemento comum – maior economia financeira por estas estruturas terem custos de exploração mais baixos que os grandes hospitais.

Para alcançar tal desiderato, dada a especificidade da função, surge a proposta de constituição de uma equipa de projeto com competências específicas na matéria, coordenada pelo Programa Nacional para a Saúde Mental e com o apoio da OMS e da UE, de modo a garantir a máxima qualidade técnica e a colocar este processo como um exemplo de boas práticas a nível internacional.

*j) Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM)*

De acordo com o levantamento promovido pela Equipa de Projecto para os Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (EPCCISM), em Agosto de 2010 existiam, em instituições públicas e do sector social, 3458 pessoas com internamento superior a 365 dias por motivo psiquiátrico, das quais cerca de 50% apresentavam grau elevado de incapacidade psicossocial, situando-se a maioria (43%) no intervalo etário 46-65 anos.

Os dados preliminares do 1º estudo epidemiológico nacional sobre prevalência de perturbações psiquiátricas apontam para 22.9% de prevalência anual, registando-se 6.3% de situações graves. De acordo com a generalidade dos estudos internacionais, entre as perturbações mentais graves as esquizofrénicas são as que causam maior incapacidade – com taxa de prevalência média variável entre 0,5% e 1,5%, cerca de 1/3 das pessoas afectadas apresentam um comprometimento acentuado das suas capacidades psicossociais, universo de população adulta que integra os potenciais candidatos a utentes para os CCISM.

Na área da infância e adolescência, segundo dados da American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 1999), 1 em cada 5 crianças apresenta evidência de problemas mentais, proporção que tende a aumentar, registando-se que entre as referenciadas apenas 1/5 recebe tratamento adequado.

Apenas por este conjunto de elementos se evidencia a necessidade de, sem prejuízo de outras medidas de natureza clínica, implementar respostas em cuidados

continuados de saúde mental, entendidas como tendo objetivos estritos de reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental grave estabilizada, como está consignado no DL n.º 8/2010, republicado pelo DL n.º 22/2011, que criou em Portugal, em articulação estruturada do Ministério da Saúde com o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, os CCISM, concretizando o estabelecido no Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016.

A EPCCISM, estrutura da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), dotada de autonomia técnica e funcionando em estreita articulação com a CNSM, é o órgão de coordenação nacional dos CCISM (Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2010, de 14 de Maio), Nomeada pelo Despacho n.º 15229/2010, integra 7 elementos indicados pelo MS e 3 pelo então MTSS (sendo 2 do ISS e 1 da DGSS), consensualizou, em função dos condicionalismos económicos oportunamente definidos pelas tutelas, as seguintes prioridades para o período de 2012 a 2016:

- i 1ª prioridade (2012): implementação das experiências-piloto de CCISM –15 tipologias para adultos e 3 para a infância e adolescência, distribuídas pelas 5 Regiões de Saúde;
- ii 2ª prioridade (2012-2014): reconversão das 50 respostas ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98;
- iii 3ª prioridade (2012-2016): desenvolvimento progressivo de tipologias, num total de 88 novas, quer de adultos quer de crianças e adolescentes, com ênfase para as Equipas de Apoio Domiciliário, em todos os distritos, de acordo com as necessidades identificadas e os profissionais potenciais disponíveis.

Em 2016, ano de termo do PNSM em vigor, perspetivou-se que os CCISM poderão estar implementados nas 5 Regiões de Saúde, com cumprimento do processo de reconversão das respostas criadas ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98 e a criação de novas tipologias, num total previsto de 156 unidades residenciais e equipas de apoio domiciliário para adultos e para a infância e adolescência.

A concretização destas prioridades requer, no imediato e face ao definido na legislação específica, o desenvolvimento das seguintes ações:

- iv Publicação de despacho de participação dos utentes, a elaborar pelo MSSS;
  - v Publicação de portaria de aprovação do Instrumento Único de Avaliação (IUA);
  - vi Regulamentação de instalações e equipamentos;
  - vii Definição dos termos de candidatura à contratualização de respostas de criação/reconversão de unidades e equipas;
  - viii Nomeação das Equipas Coordenadoras Regionais (ECRCCISM) e de Equipas Coordenadoras Locais de CCISM (ECLCCISM);
  - ix Organização do processo de contratualização e celebração de acordos;
  - x Desenvolvimento do sistema de informação e aplicação informática;
  - xi Formação para as ECRSM, ECLSM e entidades promotoras;
  - xii Promoção da avaliação da qualidade (definição de metodologia, avaliação e monitorização), através da avaliação de resultado da transição dos últimos utentes do H. Miguel Bombarda para a estrutura residencial comunitária, após 1 ano e da avaliação da implementação dos CCISM;
  - xiii Elaboração do plano de comunicação.
- l) Início do projeto de monitorização de direitos humanos e promoção de qualidade de cuidados a desenvolver em colaboração com a OMS

Verifica-se que, por todo o mundo, as pessoas com incapacidades mentais e psicossociais vivenciam uma variedade de violações dos seus direitos, incluindo experiências de estigma e discriminação. Por este motivo a OMS desenvolveu o projeto “QualidadeDireitos” que visa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a promoção dos direitos humanos nas instituições que prestam cuidados de saúde e suporte psicossocial nos sectores da saúde e social. Este projeto proporciona formação

e providencia um conjunto de instrumentos às diferentes partes interessadas, incluindo familiares e utentes, capacitando-as para que possam promover uma melhor prestação de cuidados nas referidas instituições, tendo por base o respeito pelos direitos humanos, nomeadamente os enunciados na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Os seus objetivos são: monitorizar e avaliar a qualidade e as condições de direitos humanos; documentar as avaliações e efetuar recomendações; encorajar e apoiar as instituições no desenvolvimento e implementação de planos de melhoria.

Estando já devidamente formados o núcleo executivo e a equipa de avaliação, resta constituir o núcleo consultivo e obter a autorização necessária (nomeação da Comissão Nacional para a Avaliação da Qualidade e dos Direitos Humanos em Saúde Mental) para poder implementar as visitas de avaliação e, posteriormente, emitir e divulgar os respetivos relatórios de avaliação. Na primeira fase prevê-se a avaliação de dois centros hospitalares psiquiátricos, um serviço de medicina interna de um hospital geral, três serviços locais de saúde mental integrados em hospitais gerais e respetivos serviços de medicina interna, e um centro hospitalar pertencente às Misericórdias e centro equiparado a nível da saúde.

*m) Programa Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS)*

Considerado no PNSM e perspectivado para ser estruturado em 2012, a sua acuidade foi amplificada após a comunicação social se fazer eco do eventual aumento da prevalência da taxa do suicídio em Portugal em consequência da grave crise económica em curso. Embora esta relação seja admitida como provável nos países atingidos pela crise, sobretudo entre os menos desenvolvidos, entre nós esbarra com um facto ineludível – não há fiabilidade nos registos, até por Portugal ter das taxas mais elevadas de mortes por causa não determinada (14%) que em revisão da DGS dos anos de 2001 a 2003 fez dobrar a taxa de mortes por suicídio. Para além de estar perspectivado pela DGS que com a desmaterialização dos certificados de óbito, a partir de 1/1/2013, através da implementação do programa SICO (Sistema de Informação de Certificação do Óbito), a fiabilidade dos registos passe a ser uma realidade, importa estruturar o PNPS, tarefa que se perspectiva esteja concluída no final de 2012.

n) Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI). Demências

A DGS, através da Circular Normativa n.º 13/DGCG, de 02/07/04, divulgou o PNSPI, aprovado por despacho do ministerial de 8/6/2004. A ser complementado por orientações técnicas, destinava-se a ser aplicado pelos profissionais das Redes de Centros de Saúde, Hospitalares e de Cuidados Continuados Integrados. Tendo transitado para o Alto Comissariado da Saúde foi entretanto suspenso mas com a extinção daquela entidade o PNSPI regressa à DGS, onde entretanto foi criado o Programa Nacional para a Saúde Mental. Neste, entre as áreas consignadas como de investimento particular estão os grupos populacionais mais vulneráveis, em que figuram os idosos, onde as perturbações demenciais e as depressivas são uma problemática relevante. Já em 2005 a então Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da DGS elaborou o relatório “Psiquiatria e saúde mental das pessoas idosas”, onde se registou que de 1991 a 2001 aumentou em 25% a população com idade igual ou superior a 65 anos, perfazendo cerca de 1,5 milhões, das quais pelo menos 60 mil serão portadores de demência, prevendo-se que mais de 100.000 apresentem depressão, em muitos casos provavelmente mal diagnosticadas e insuficientemente tratadas.

Para complementar a reduzida produção epidemiológica portuguesa neste contexto e tendo em conta o actual constrangimento económico, o PNSM estrutura, com a coordenação científica do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, um estudo de avaliação de necessidades de cuidados na demência, direcionado para quatro “clusters” de utentes: cuidados de saúde primários, consultas hospitalares de demências, cuidados continuados integrados e lares de idosos.

#### **4– Avaliação**

A avaliação da implementação do PNSM 2007-2016 foi considerada, desde o primeiro momento, como um dos elementos cruciais para o respetivo sucesso, dada a sua potencialidade na identificação e correção de eventuais erros e desvios ao programado. Para além das atividades de monitorização contínua, conduzidas regularmente pelos coordenadores e responsáveis de área, foi enriquecida pelos

diversos momentos de avaliação transversal conduzidas por entidades externas, com particular destaque para a Comissão Parlamentar da Saúde, a Direção Geral de Saúde e o Alto Comissariado da Saúde (por ocasião da avaliação em 2010 do Plano Nacional de Saúde) a nível nacional e, já no contexto internacional, para a Organização Mundial de Saúde.

Em termos genéricos, a avaliação formal do PNSM, efetuada no âmbito da avaliação do Plano Nacional de Saúde, permitiu destacar as seguintes dimensões:

- a) Plano construído com base numa análise crítica da situação, após colheita e análise exaustivas dos dados disponíveis;
- b) Plano construído tomando em consideração a evidência científica existente no campo das políticas e serviços de saúde mental, bem como auscultações exaustivas de todos os atores relevantes;
- c) Sustentação sólida do plano por todos os documentos internacionais neste domínio, assinados oficialmente por Governos do país (Declaração de Helsínquia, Green Paper da UE);
- d) Entidade responsável pela implementação do plano com grau de autonomia e decisão muito reduzidos, tomando em consideração a complexidade das mudanças a implementar;
- e) Definição pouco clara das responsabilidades da CNSM e de outras entidades na implementação do plano;
- f) Inexistência de um orçamento específico, estando a implementação dependente de financiamentos não especificados e provenientes de sectores diversos;
- g) Plano articulado a nível nacional com as outras reformas de saúde, nomeadamente com as desenvolvidas nos cuidados primários e no campo dos cuidados continuados, sendo possível criar sinergias importantes com estas reformas;

- h) Possibilidade de Portugal se poder harmonizar com as principais iniciativas promovidas no campo da saúde mental pela Organização Mundial de Saúde e pela União Europeia;
- i) Forte estigma associado às doenças mentais em Portugal;
- j) Reduzida autonomia dos centros de decisão a nível local (eg, departamentos de Hospitais Gerais), fazendo perigar o desenvolvimento dos serviços na comunidade;
- l) Falta de clareza na responsabilidade pelos cuidados continuados integrados de saúde mental.

A forma como estas dimensões se refletiram nos resultados da implementação do PNSM no terreno foi abordada em detalhe pela Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO-Regional Office for Europe), que procedeu a uma avaliação detalhada do PNSM em 2011, tendo identificado os seguintes desafios na sua implementação:

- a) “A disponibilização de serviços essenciais como serviços de intervenção na crise e serviços residenciais é inadequada, criando um bloqueio do sistema como um todo;
- b) Os elementos do sistema de saúde mental, que incorporam os cuidados de saúde primários, as equipas comunitárias, os hospitais e os cuidados residenciais de reabilitação, não são claros quanto às suas prioridades e carecem de coordenação;
- c) A menos que os cuidados de saúde primários consigam tratar a larga maioria de pessoas com ansiedade e depressão, os serviços especializados vão ficar paralisados com a procura e incapazes de se concentrarem nas pessoas com necessidades graves e permanentes;
- d) Não existem incentivos para aumentar as componentes médicas e não-médica dos serviços ativos na comunidade, resultando em ineficiências;
- e) Os dirigentes da saúde mental carecem de autoridade para implementar mudanças, determinando orçamentos da saúde mental;

- f) O sistema financeiro criou desincentivos não intencionais para o estabelecimento de serviços baseados na comunidade, recompensando as admissões hospitalares e as intervenções médicas”.

Para responder a estes desafios, a OMS emitiu as seguintes recomendações:

- a) Aumentar a capacidade e a competência para tratar e apoiar as pessoas com doenças mentais graves na comunidade, estabelecendo objetivos claros para as equipas comunitárias;
- b) Reduzir as (re)admissões através da disponibilização de acesso 24 horas por dia a serviços de urgência;
- c) Formar técnicos dos cuidados primários para identificar, diagnosticar e tratar pessoas com ansiedade e depressão;
- d) Aumentar o número de residências para pessoas com problemas de saúde mental de evolução prolongada, em parcerias entre os sectores social e da saúde, atribuindo responsabilidades de liderança a instituições específicas, de acordo com o Decreto-Lei 8/2010;
- e) Mudar as tabelas dos preços das atividades para criar incentivos para as intervenções comunitárias, por profissionais médicos e não-médicos, de modo a prevenir recaídas e desenvolver um sistema integrado de cuidados;
- f) Continuar o financiamento de projetos-piloto, que encorajou a inovação dos serviços, e assegurar a sua sustentabilidade;
- g) Ao nível regional, deve ser estabelecida a autoridade e a responsabilidade para a monitorização da implementação efetiva dos serviços e das parcerias ao longo do sistema, baseados em standards da qualidade”.

No que se refere à monitorização do presente PNSM, para além de a OMS se ter disponibilizado para dar sequência à mesma, em termos nacionais foram estabelecidos um conjunto de indicadores, explicitados no relatório que serve de base ao presente sumário executivo.