

Comissão Especializada para a Reabilitação Psicossocial

Conselho Nacional de Saúde Mental

RELATÓRIO

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE MENTAL:

SITUAÇÃO ACTUAL E RECOMENDAÇÕES

Lisboa, 1 de Setembro de 2005

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE MENTAL

SITUAÇÃO ACTUAL E RECOMENDAÇÕES

INTRODUÇÃO

I – SITUAÇÃO ACTUAL

II – NECESSIDADES IDENTIFICADAS

III – SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Questionário – Contributos para o Relatório da Comissão Especializada para a Reabilitação Psicossocial: Situação Actual e Perspectivas Futuras

Propostas – Exemplos de acções de Formação e Prevenção do Estigma da Doença Mental

INFORMAÇÃO TÉCNICA

2004/2005

Composição e Coordenação Técnica da Comissão Especializada para a Reabilitação Psicossocial do CNSM:

- **Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais**
Coordenação Técnica – Dra. Fátima Jorge-Monteiro e Dra. Marta Ferraz (conv.)
- **Instituto de Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus**
Irmã Isabel Morgado
- **Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental**
Sra. Lisette Canas
- **Instituto de S. João de Deus**
Dr. Vítor Cotovio
- **Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares**
Sr. Delfim Oliveira
- **Representante dos Psicólogos no CNSM**
Dra. Teresa Constantino
- **Representante dos Assistentes Sociais no CNSM**
Dra. Fátima Palma

INTRODUÇÃO

O presente relatório é o produto das reuniões realizadas pela Comissão Especializada para a Reabilitação Psicossocial – Situação Actual e Perspectivas Futuras.

Dada a composição desta Comissão, o âmbito do trabalho centrou-se nas questões ligadas à reabilitação psicossocial das pessoas com problemas de saúde mental por ser considerada uma prioridade fundamental tanto pelas famílias e pelos utentes, como pelos técnicos.

Assim, em primeiro lugar é intenção deste relatório fazer um balanço dos desenvolvimentos realizados na área da reabilitação e integração social das pessoas com doença mental nos últimos 3 anos, tendo como ponto de partida o anterior documento “Propostas e Recomendações” elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde Mental em Setembro de 2002.

Os participantes no grupo de trabalho consideraram que a evolução dos serviços nesta área não foi nem suficiente nem a esperada para colmatar as necessidades da população com problemas de saúde mental, nomeadamente em relação à implementação das respostas previstas no DC 407/98 de 18 de Junho.

Com o objectivo de fundamentar esta visão da realidade, para além da pesquisa documental, a Comissão realizou também um inquérito (anexo) dirigido às entidades de reabilitação e aos familiares e utentes representados pelas entidades participantes, no sentido de saber, em concreto, quais as necessidades sentidas e suas propostas para o futuro.

I – SITUAÇÃO ACTUAL

Para a análise da situação actual, embora de forma breve, considerou-se também relevante enunciar o enquadramento legislativo existente.

No início da década de 90, devido ao incentivo financeiro da União Europeia, os programas de reabilitação existentes estavam maioritariamente dirigidos para as vertentes da formação profissional e emprego, domínios que não serão objecto do presente relatório mas que considerou-se que deveriam merecer também uma reflexão futura na especialidade.

No que se refere ao âmbito das estruturas sócio-ocupacionais e residenciais de saúde mental, considerou-se que tanto a **Lei de Saúde Mental – 36/98 de 24/7** e o **DL 35/99 de 5/2**, ao definirem uma perspectiva comunitária da prestação de serviços e o **Despacho Conjunto 407/98 de 18/6**, permitiram o enquadramento legislativo para estes novos serviços dirigidos às pessoas com problemas de saúde mental e seus familiares.

Também relacionado com o âmbito das estruturas de reabilitação em saúde mental, o **DL 281/03 de 8/11** relativo aos Cuidados Continuados refere a substituição do Despacho Conjunto 407/98. Apesar de não dispor de informação acerca da evolução nem da perspectiva adoptada na referida regulamentação, a Comissão debateu este assunto e apresenta a respectiva visão acerca do referido futuro enquadramento.

1) Lei n.º 36/98 de 24 de Julho e Decreto-lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro

O desenvolvimento de programas de base comunitária encontra na Lei de Saúde Mental (L n.º 36/98), apesar de regulamentar principalmente o regime de internamento psiquiátrico, um conjunto de orientações que fundamentam a sua prossecução e implementação, a saber:

- a prestação de cuidados deve ser promovida prioritariamente a nível da comunidade;
- o contexto da prestação deve ser a menos restritiva possível (isto é, mais integrada possível);
- a reabilitação psicossocial é assegurada por estruturas sócio-ocupacionais, residenciais e de formação profissional;
- os encargos com a reabilitação e inserção social são da responsabilidade conjunta da Saúde, Segurança Social e Emprego.

Estas disposições da nossa legislação de Saúde Mental vão ao encontro das recomendações do Relatório Mundial da Saúde (2001:112) onde se refere que “os cuidados baseados na comunidade têm melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com doença mental (...) e respeita os direitos humanos. Os serviços comunitários permitem intervenções precoces e reduzem o estigma associado ao tratamento (...)” e são também clarificadoras face ao caminho a seguir e face à justeza das solicitações das famílias, utentes e profissionais de saúde mental que nos últimos anos sentem a necessidade que se avance com maior expressão para implementação do sistema de serviços de saúde mental comunitários.

Considera-se relevante divulgação do nível de implementação das respostas de reabilitação em saúde mental através do Serviço Nacional de Saúde, os seus objectivos, a sua orientação, localização e número de utentes abrangidos.

2) Despacho Conjunto 407/98

Este documento legal, veio a enquadrar o conjunto de respostas comunitárias em saúde mental de tipo sócio-ocupacional e residencial para as organizações que estão fora do Serviço Nacional de Saúde e prevê a articulação entre o Ministério da Segurança Social e o Ministério da Saúde.

Segundo C. Guterres (2004) em Portugal, ao abrigo do Despacho Conjunto, implementaram-se até ao final do ano de 2003, 44 estruturas deste âmbito que abrangem 769 utentes, com a seguinte distribuição: na Região Norte 4%, na Região Centro 10%, na Região de Lisboa e Vale do Tejo 63%, na Região do Alentejo 1% e na Região do Algarve 22%.

Apesar deste crescimento, considerou-se que ainda existem várias lacunas no apoio prestado às pessoas com problemas de saúde mental, tanto em relação à perspectiva adoptada nos programas de reabilitação dessas estruturas, a questões estruturais (espaços adequados e acessíveis) e contexto (intra-muros /comunidade) como de localização (concentração nos grandes centros urbanos) e de capacidade (reduzida face às necessidades da população).

Nota-se também dificuldade em obter informação acessível junto dos Centros Distritais e ARS que seja facilitadora da apresentação de projectos para Acordos de Cooperação por parte das entidades de reabilitação e de famílias.

II – NECESSIDADES IDENTIFICADAS

Para obter informação fiável em relação à situação da reabilitação psicossocial no nosso contexto nacional, foi implementada uma pesquisa junto das entidades de reabilitação, das famílias e utentes representados nesta Comissão, através do envio de um pequeno questionário especialmente elaborado para o efeito. Assim, para além da informação fornecida directamente dos participantes no grupo de trabalho, recebemos contributos de 8 (oito) entidades de reabilitação e de familiares de pessoas com doença mental (ARIA, AEIPS, ANARP, ADFP, ASSOL, AFUA, VIME, PERSONA).

A informação recebida foi então analisada no seu conteúdo e organizada de acordo com as categorias seguintes: a) adequação das respostas de reabilitação existentes, b) criação de novas respostas, c) legislação e financiamentos, d) levantamento de dados. A informação enviada revela um forte consenso em termos de necessidades e prioridades e permitiu fundamentar a percepção dos membros do grupo de trabalho.

1) ***Adequação das respostas de reabilitação existentes***

Globalmente existe um sentimento satisfação com a adequação do tipo de estruturas previstas na lei mas dada a diversidade da situação de vida das pessoas com doença mental (grau de dependência, rendimentos, idade, suporte familiar e social, ...) verifica-se a necessidade de rever alguns critérios de classificação e do financiamento das valências.

Os conteúdos dos programas também devem ser renovados, ou seja, de modo a permitir maior individualização e flexibilidade para se adaptarem aos interesses de cada um dos utentes.

Considera-se que a implementação de programas de reabilitação no país é muito fraca face às necessidades e está concentrada nos maiores centros urbanos (Lisboa e Porto).

As respostas existentes têm ainda potencialidades por explorar mas beneficiariam muito com uma melhor articulação entre elas, nomeadamente entre os fóruns e as residências.

As entidades de reabilitação e de famílias revelaram também preocupações em relação à área profissional, onde se verifica a necessidade de diversificação dos cursos disponíveis, mais apoios para a inserção de acordo com as necessidades e preferências da pessoa com doença mental, bem como do seu número.

Sente-se a necessidade de proceder à adequação dos critérios da concepção e financiamento da formação aos contextos mais integrados e integradores.

No âmbito do emprego, carece de adequação a este grupo populacional, o conjunto de apoios para a procura e manutenção (pós-contratação) do emprego.

2) Criação de respostas novas

O trabalho já efectuado pelas entidades de reabilitação psicossocial, tem permitido identificar a ausência de recursos para a prestação de apoios mais integrados e individualizados, nomeadamente:

- no contexto domiciliário ou familiar no sentido de evitar o isolamento em casa e proporcionar qualidade de vida (gestão de recursos financeiros, relacionamento interpessoal, manutenção da casa) e;

- participação na comunidade (isto é, maior informação e acesso aos recursos e serviços já existentes, bem como a implementação de um sistema de suporte comunitário em todo o país, ...).

Foram também enunciadas necessidades relacionadas com a inexistência de respostas não-hospitalares de prevenção e intervenção na crise e apoio pós-crise que contariam com uma equipa móvel e multidisciplinar.

Para o apetrechamento dos serviços de reabilitação são necessários também profissionais qualificados para estas funções, pelo que se considera importante a existência de formação específica para os diversos níveis de intervenção (técnicos, auxiliares, voluntários, famílias e pessoas com doença mental).

Em relação ao combate ao estigma e à discriminação, defende-se que os organismos com responsabilidade de âmbito nacional e regional deveriam manter de forma sistemática estratégias culturais e educativas que visem eliminar a discriminação das pessoas com doença mental junto de diferentes grupos populacionais (profissionais, estudantes, e população em geral).

Contudo, também se considera que este objectivo será melhor alcançado se, as respostas de reabilitação forem inseridas no contexto da comunidade de modo a facilitar a participação activa das pessoas com doença mental na vida familiar, na comunidade, escola e emprego. Ou seja, quanto mais acentuada for a desinstitucionalização menor é o afastamento e desconhecimento da comunidade.

3) *Legislação e Financiamentos*

Como foi referido anteriormente, nos anos recentes, ao crescimento do enquadramento legal não tem correspondido o suficiente crescimento das respostas previstas e prementes. As entidades referem dificuldades na obtenção de novos Acordos de Cooperação em diversos Distritos do país por alegadas dificuldades orçamentais, de articulação entre Centros Distritais e

ARS's ou até informações ambíguas quanto à possível suspensão do enquadramento legal, o que reforça a urgência de orientações claras por parte da Segurança Social e Saúde para os respectivos organismos na sua dependência.

Ainda dentro deste quadro, verifica-se que o financiamento atribuído aos programas de reabilitação psicossocial é manifestamente insuficiente para o funcionamento eficaz e realização dos objectivos programáticos.

Adicionalmente, para além da baixa participação pública para os programas de reabilitação, esta nunca é revista nem actualizada anualmente, pelo que, os financiamentos recebidos pelas entidades encontram-se fortemente abaixo dos custos mínimos tendo as valências déficas acentuados.

As entidades de reabilitação e de famílias, as quais têm já experiência adquirida no desenvolvimento das suas actividades, sentem necessidade de serem auscultadas e participarem com propostas concretas na revisão e desenvolvimento dos instrumentos legais que se relacionam com a política de saúde mental através da activação dos Conselhos Regionais.

Considera-se também relevante a avaliação e publicação dos resultados dos programas criados ao abrigo do DC 407/98 (que enquadra as respostas de reabilitação ligadas aos serviços de saúde).

As entidades de famílias pretendem também debater preceitos da Lei de Saúde Mental em relação ao tratamento, bem como às questões patrimoniais.

4) **Levantamento de dados**

Considera-se também que não existe informação sistematizada acessível relativamente, à população com doença mental na comunidade, às suas prioridades e à avaliação dos programas implementados.

Por outro lado, não existem critérios uniformizados para o registo e contabilização de resultados nem uma cultura de avaliação sistemática das intervenções.

A implementação de um sistema de avaliação coerente da qualidade das respostas existentes é considerado relevante para planear e definir com maior rigor as políticas de saúde mental.

Para além das estatísticas, é importante também a realização de investigação e estudos para identificar aspectos determinantes dos programas de reabilitação.

Sente-se também a necessidade de um sistema de informação e referenciação adequado às necessidades, tanto em termos da prestação de serviços como em termos de formação em reabilitação.

III – Sugestões e Recomendações

Face às necessidades enunciadas anteriormente esta Comissão para a Reabilitação apresenta as seguintes propostas:

1. avaliar e divulgar os resultados da implementação das respostas de reabilitação ao abrigo do DC 407/98 (acordos das IPSS) e do DL 35/99 de 5/2 (acordos das instituições de saúde);
2. implementar as orientações da Lei 36/98 fortalecendo o financiamento e aumentando o número de estruturas de reabilitação na comunidade através da transferência de verbas para esta área (ex. pela diminuição do número de camas para internamentos nos hospitais psiquiátricos), que dêem resposta à desinstitucionalização planeada;
3. rever com urgência os montantes e implementar a actualização anual das comparticipações do Acordo de Cooperação desde 1998;
4. promover a articulação entre os Ministérios da Saúde e da Segurança Social, que de acordo com a Lei de Saúde Mental, estão previstas para as respostas de reabilitação e integração psicossocial das pessoas com doença mental previstas no DC 407/98;
5. Criar um grupo de trabalho na DGS para definir e aprofundar a tipologia e os objectivos das respostas de reabilitação (as financiadas directamente pela Saúde - DL 35/99 de 5/2 - e as respostas financiadas pela Segurança Social - DL 407/98 -, para as IPSS com fins de saúde) adequando os critérios de classificação às diferentes realidades da diversidade da população com doença mental (ex.: respostas progressivas para doentes institucionalizados nos hospitais psiquiátricos,

- doentes idosos, doentes com múltiplo diagnóstico, entre outras necessidades);
6. incluir o apoio domiciliário e soluções de vida independente em termos habitacionais, nas respostas de reabilitação previstas, concretamente, a criação de unidades móveis que proporcionarão o suporte no contexto domiciliário e comunitário;
 7. prever a articulação entre as referidas respostas de reabilitação estabelecidas no DC 407/98 de 18 de Junho e as respostas previstas no diploma dos cuidados continuados de saúde (DL 281/03);
 8. desenvolver um projecto ou nomear um grupo de trabalho para a implementação de um sistema de avaliação da qualidade em função dos objectivos de cada tipologia de respostas de reabilitação;
 9. facultar maior individualização das intervenções através da renovação do conteúdo dos programas de reabilitação para ir de encontro aos interesses dos utentes (implica maior investimento nas equipas técnicas);
 10. criar respostas não-hospitalares (comunitárias) de prevenção e intervenção na crise e apoio pós-crise que, contariam com uma equipa móvel e multidisciplinar;
 11. apoiar a formação em reabilitação psicossocial dos profissionais de saúde mental;
 12. Adequar os programas para a formação e integração profissional de modo a responder aos critérios de:
 - a) oportunidades de escolha por parte das pessoas com doença mental (maior diversidade da oferta);
 - b) adequação às características individuais de autonomia e funcionamento;

- c) dar prioridade aos programas de formação mais integrada (dada em escolas ou em posto de trabalho);
- d) elegibilidade de custos mais adequados ao suporte para este grupo social (ex.: aluguer de salas para a formação em escolas);

13. Incentivar e divulgar programas de apoio à inserção e manutenção do emprego em meio competitivo;

14. dar visibilidade, através do Plano Nacional de Saúde, às prioridades relativas à reabilitação e integração psicossocial em saúde mental;

15. promover a participação das entidades de reabilitação, de famílias e de utentes nos Conselhos Regionais de Saúde Mental, em todo o país;

16. implementar uma campanha nacional sistemática para a eliminação do estigma da doença mental, nomeadamente junto da população escolar (prevenção primária), dos futuros profissionais e da população em geral;

17. realizar estudos estatísticos de âmbito nacional sobre as necessidades de serviços de reabilitação psicossocial e sobre a eficácia dos mesmos;

18. sensibilizar o Ministério da Educação para as necessidades das pessoas com doença mental: - acessibilidade e adequação dos programas educacionais a esta população; - possibilidade de beneficiar de apoios de ensino especial; - flexibilidade das condições de frequência no ensino superior; - incluir temas de saúde mental na formação contínua dos professores;

19. promover ainda a articulação entre a Saúde Mental e os sistemas de Acção Social, da Habitação, da Justiça (ex.: questões patrimoniais e de exercício de cidadania), do Emprego e das Autarquias.

Lisboa, 1 de Setembro de 2005

BIBLIOGRAFIA

Conselho Nacional de Saúde Mental (2002). *Propostas e Recomendações*.

Guterres C. (2002). *Suporte Social e Qualidade de Vida em Pessoas com Perturbações Mentais Crónicas Apoiadas por serviços Comunitários*, Lisboa: SNRIPD.

Guterres C. (no prelo). Programas de Reabilitação Psicossocial em Portugal: Estudo Comparativo do Suporte Social da População com Experiência de Doença Mental em Processo de Recovery. *In Actas da Conferência Internacional "Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*, Lisboa: AEIPS.

Organização Mundial de Saúde. *Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Consultado em 15 de Junho de 2005 através de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>

Lei n.º 36/98, de 24 de Julho.

Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro.

Decreto-Lei n.º 281/03, de 8 de Novembro.

Despacho Conjunto 407/98, de 18 de Junho.