

Relatório das Experiências-piloto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

2020

EQUIPA DE ACOMPANHAMENTO DAS EXPERIÊNCIAS PILOTO
DE CCISM



Relatório das Experiências- piloto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

**EQUIPA DE ACOMPANHAMENTO DAS EXPERIÊNCIAS
PILOTO DE CCISM**

Índice

CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS	13
SUMÁRIO EXECUTIVO	15
<i>PARTE I</i>	23
1.ENQUADRAMENTO DOS CCISM	25
2.EXPERIÊNCIAS PILOTO	26
<i>PARTE II</i>	29
1.CONTRATOS-PROGRAMA	31
2.COORDENAÇÕES REGIONAIS E LOCAIS	35
2.1 Equipas Coordenadoras Regionais.....	35
2.2 Equipas Coordenadoras Locais.....	36
2.3 Coordenação Nacional dos CCI.....	37
3.REFERENCIAÇÃO	38
3.1 Referenciação de utentes para as tipologias de adultos.....	38
3.2 Referenciação de utentes para as tipologias da infância e adolescência.....	40
3.3 Adaptação do sistema de informação da RNCCI.....	41
3.4 Articulação SLSM-UCCI	43
4.TIPOLOGIAS DE CCISM	45
4.1 Residências, unidades e equipas.....	45
4.2 Perfis profissionais e cargas horárias	54
4.3 Comparticipação dos utentes	55
4.4 Indicadores de desempenho das unidades.....	66
<i>PARTE III</i>	71
1.CAPACIDADE INSTALADA NO FINAL DAS EXPERIÊNCIAS PILOTO	73
2.ACORDOS	74
3.REFERENCIAÇÃO	75
3.1 Utes referenciados	75
3.2 Utes referenciados - estados.....	77
4.UTENTES ASSISTIDOS	80
5.CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES ASSISTIDOS	83
5.1 Idade e sexo	83
5.2 Estado civil.....	84
5.3 Escolaridade	84
6.DEMORA MÉDIA	87
7.TAXA DE OCUPAÇÃO	88

<i>PARTE IV</i>	91
DESENVOLVIMENTO DOS CCISM	93
MEDIDAS PROPOSTAS - RESUMO	95

Índice de Quadros

Quadro 1. Contratos-programa a 30 de junho de 2020	33
Quadro 2. Média dos valores médios diários e mensais pagos pelo utente e pelo ISS, IP, por tipologia	60
Quadro 3. Execução da aplicação das Grelhas de Acompanhamento às tipologias em funcionamento	65
Quadro 4. Respostas existentes no final das experiências-piloto	73
Quadro 5. Número de lugares contratados por titularidade	74
Quadro 6. Número de acordos por tipologia e região	74
Quadro 7. Acordos celebrados e entidades prestadoras	74
Quadro 8. Utentes referenciados em 2017	75
Quadro 9. Utentes referenciados em 2018	76
Quadro 10. Utentes referenciados em 2019	76
Quadro 11. Utentes referenciados no 1º semestre de 2020	77
Quadro 12. Utentes referenciados 2017 a 2020	77
Quadro 13. Utentes referenciados - % episódios cancelados	78
Quadro 14. Utentes referenciados que recusaram ingresso	78
Quadro 15. Utentes referenciados em avaliação	79
Quadro 16. Utentes referenciados - percentagem de admitidos em relação aos utentes a admitir	79
Quadro 17. Utentes assistidos em 2018, transitados de 2017 e % transitados em relação aos assistidos	80
Quadro 18. Utentes assistidos em 2019, transitados de 2018 e % transitados em relação aos assistidos	81
Quadro 19. Utentes assistidos em 2020, transitados de 2019 e % transitados em relação aos assistidos	81
Quadro 20. Grupo etário e sexo 2018 a 2020	83
Quadro 21. Demora média	87
Quadro 22. Taxa de ocupação	88

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Evolução do número de contratos entre 31 de setembro de 2017 a 30 de junho de 2020	34
Gráfico 2. Distribuição percentual de utentes por tipologia	56
Gráfico 3. Distribuição percentual de género por tipologia	57
Gráfico 4. Distribuição da média etária por tipologia	57
Gráfico 5. Distribuição do valor dia a pagar por utente	58
Gráfico 6. Distribuição do valor dia participado pelo ISS, IP, por utente	58
Gráfico 7. Distribuição do valor mensal a pagar por utente (31 dias)	59
Gráfico 8. Distribuição do valor mensal participado pelo ISS, IP, por utente	59
Gráfico 9. Comparação proporcional dos valores médios diários pagos pelo utente e pelo ISS, IP, por tipologia	60
Gráfico 10. USO-ASSOL: Comparação proporcional da participação mensal paga pelos utentes integrados no âmbito do Fórum Sócio Ocupacional e no âmbito da USO	62
Gráfico 11. USO-AFUA: Comparação proporcional da participação mensal paga pelos utentes integrados no âmbito do Fórum Sócio Ocupacional e no âmbito da USO	62
Gráfico 12. RAMo - AEIPS: Comparação proporcional da participação mensal paga pelos utentes integrados no âmbito da Unidade de Vida Apoiada e no âmbito da RAMo	63
Gráfico 13. RTA - ARIA: Comparação proporcional da participação mensal paga pelos utentes integrados no âmbito da Unidade de Vida Protegida e no âmbito da RTA	64
Gráfico 14. RA - CVP: Comparação proporcional da participação mensal paga pelos utentes integrados no âmbito da Unidade de Vida Autónoma e no âmbito da RA	64
Gráfico 15. Distribuição percentual dos lugares residenciais, ambulatório e domiciliários	73
Gráfico 16. Comparação % transitados em relação aos assistidos	82
Gráfico 17. Grupos etários - SM e Rede Geral	83
Gráfico 18. Estado civil - CCISM e Rede Geral	84
Gráfico 19. Escolaridade por região	85
Gráfico 20. Escolaridade - diferenças entre a Rede Geral e CCISM - valores nacionais	86
Gráfico 21. Evolução da taxa de ocupação, por tipologia, região e ano	89
Gráfico 22. Evolução da taxa de ocupação nacional, por tipologia e ano	90

Siglas

ACSS	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.
ARS	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE, I.P.
CCISM	CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE SAÚDE MENTAL
CDIST	CENTRO DISTRITAL DO ISS, I.P.
CNRCCI	COORDENADOR PARA A REFORMA DO SNS NA ÁREA DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
COMISSÃO	COMISSÃO NACIONAL DE COORDENAÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
CRSM	COORDENADOR REGIONAL DE SAÚDE MENTAL
DGS	DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DGSS	DIREÇÃO GERAL DA SEGURANÇA SOCIAL
EAD	EQUIPA DE APOIO DOMICILIÁRIO
ECL	EQUIPA COORDENADORA LOCAL DA RNCCI
ECR	EQUIPA COORDENADORA REGIONAL DA RNCCI
EPCCISM	EQUIPA DE PROJETO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE SAÚDE MENTAL
ESMC	EQUIPA/UNIDADE DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA
GAU	GRELHA DE ACOMPANHAMENTO DAS UNIDADES
GSES	GABINETE DA SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE
GT	EQUIPA DE ACOMPANHAMENTO DAS EXPERIÊNCIAS PILOTO DE CCISM
IA	INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
ISS	INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.
IUA	INSTRUMENTO ÚNICO DE AVALIAÇÃO
PF	PROGRAMA FUNCIONAL
PII	PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO
PNSM	PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL
RA	RESIDÊNCIA AUTÓNOMA
RAMA	RESIDÊNCIA DE APOIO MÁXIMO
RAMO	RESIDÊNCIA DE APOIO MODERADO
RNCCI	REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
RTA	RESIDÊNCIA DE TREINO DE AUTONOMIA
SI RNCCI	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
SLSM	SERVIÇO LOCAL DE SAÚDE MENTAL
SM	SAÚDE MENTAL
SMIA	SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

UCCI	UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
USO	UNIDADE SOCIO-OCUPACIONAL

Considerações prévias

Este relatório reporta o desenvolvimento das experiências piloto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM). O período em análise decorre de 07 de abril de 2017, data do primeiro contrato celebrado, a 30 de junho de 2020.

O Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro, identifica e autoriza os contratos-programa para as experiências piloto, até 31 de dezembro de 2018. Período correspondente à primeira fase da experiência piloto de CCISM. Terminado este período, cuja análise foi traduzida num relatório da equipa de acompanhamento das experiências piloto, constatou-se a necessidade de conclusão dos programas e atividades em desenvolvimento, pelo que o Despacho n.º 3236-A/2019, de 22 de março, procede à prorrogação dos contratos-programa autorizados através do Despacho referido e prorroga, igualmente, o período de experiências piloto por mais 18 meses, com efeito a 1 de janeiro de 2019.

Tratando-se de respostas com responsabilidade partilhada da saúde e da segurança social, a maior parte do trabalho de preparação e acompanhamento das experiências piloto de CCISM envolveu a Administração Central do Sistema de Saúde. IP (ACSS), nomeadamente o Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde, e os serviços da Segurança Social, mais precisamente o Instituto da Segurança Social (ISS) e a Direção Geral da Segurança Social (DGSS).

Corporizando esta responsabilidade partilhada, foi constituído pelo Sr. Professor Manuel Lopes, Coordenador para a Reforma do SNS na Área dos Cuidados Continuados Integrados (CNRCCI), em junho de 2016, um grupo de trabalho, designado equipa de acompanhamento das experiências piloto de CCISM (GT), com o objetivo de acompanhar as mesmas, e que integrou elementos dos serviços anteriormente referidos e da Direção-geral da Saúde (DGS)/Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM).

O GT inicial integrou: Álvaro de Carvalho (DGS/PNSM), coordenador do GT até final de 2017; Aura Duarte (ISS); Joaquim Abreu Nogueira (ACSS); Maria Luísa Matias (DGSS); Miguel Narigão (ACSS) coordenador do GT a partir de janeiro de 2018; Vanda Santos (ISS). O GT apresentou ao CNRCCI, em 1 de julho de 2016, uma proposta de plano de acompanhamento, que orientou o seu trabalho até dezembro de 2018.

Na segunda fase de acompanhamento o GT foi constituído por: Ana Catorze (ISS); Isabel Paixão (DGS/PNSM); Joaquim Abreu Nogueira (ACSS); Miguel Narigão (ACSS) coordenador do GT; Paula Domingos (DGS/PNSM); Rui Pinho (ISS).

Em 31 de dezembro de 2018, data prevista para o término das experiências piloto, o GT elaborou um relatório de análise, aprovado pela Senhora Secretária de Estado da Saúde (SES) em 16 de abril de 2019, que evidenciou a necessidade da prorrogação deste período, de modo a permitir a conclusão

dos programas e atividades em desenvolvimento. Assim sendo, o Despacho n.º 3236-A/2019, de 18 de março, procede à prorrogação dos contratos-programa autorizados através do Despacho n.º 1269/2017, de 26 de janeiro, e prorroga igualmente o período de experiências piloto por 18 meses, com efeito a 1 de janeiro de 2019, prevendo-se também o ajustamento da capacidade de resposta integrando tipologias ainda não implementadas e regiões de saúde não envolvidas.

A 4 de maio de 2020, o Despacho n.º 5142/2020, salienta a necessidade de monitorizar e avaliar todas as tipologias previstas no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, o que não sucedeu durante os períodos anteriores. Deste modo, determina a segunda prorrogação do período de avaliação até 31 de dezembro de 2020, de modo a possibilitar uma avaliação mais completa.

O presente relatório do GT que acompanhou as experiências piloto, atualiza a informação do relatório de 31 de dezembro de 2018, cumprindo a meta prevista para o período com conclusão a 30 de junho de 2020. Descreve e analisa o desenvolvimento dos CCISM, designadamente, o processo de referenciação, a preparação e organização dos serviços referenciadores, a integração dos elementos da saúde mental na cadeia de coordenação da RNCCI, a caracterização das tipologias implementadas e das suas equipas, o acompanhamento dos projetos reabilitativos, a adaptação do SI RNCCI e os indicadores de qualidade definidos para este projeto. Tratando-se de uma análise do projeto de CCISM, integra ainda recomendações para melhoria da resposta de cuidados continuados na valência de saúde mental.

Por solicitação do Gabinete da Senhora SES (ofício n.º 2077, de 30 de abril de 2019), foi elaborado um documento conjunto da CNC RNCCI e do PNSM, com a identificação dos problemas prioritários, respetiva proposta de resolução e atribuição de responsabilidades na promoção das ações necessárias para concretizar os objetivos pretendidos. Sendo este um documento estruturante, porquanto orientador na resolução de algumas dificuldades identificadas no desenvolvimento dos CCISM, tem uma atenção particular no capítulo dedicado à Comissão.

Sumário executivo

As experiências piloto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) tiveram início em 01 de janeiro de 2017 (Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro) e prolongam-se por três períodos de análise. O primeiro período decorre de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2018 (Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro), o segundo período de 01 de janeiro de 2019 a 30 de junho de 2020 (Despacho n.º 3236-A/2019, de 22 de março) e o terceiro até 31 de dezembro de 2020 (Despacho n.º 5142/2020, de 4 de maio). O presente relatório reporta a análise efetuada pela equipa de acompanhamento até ao final da primeira prorrogação, 30 de junho de 2020.

Durante este período de experiências piloto, estiveram em desenvolvimento três cenários com diferentes desafios de acompanhamento:

- Desenvolvimento de novas respostas para adultos;
- Desenvolvimento de novas respostas para crianças e jovens até aos 18 anos;
- Reversão de unidades criadas ao abrigo do Despacho-Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, ou equivalentes.

A equipa de acompanhamento teve por objetivos:

- Assegurar a integração dos elementos da saúde mental nas equipas de coordenação da RNCCI;
- Divulgar informação sobre os CCISM e apoiar as Equipas de Coordenação Regional (ECR) na preparação dos serviços referenciadores para o processo de referência;
- Analisar o processo de referência;
- Estimular a articulação entre Serviços e equipas de CCISM;
- Identificar os requisitos para a adaptação do SI RNCCI às necessidades de registo dos CCISM;
- Analisar as condições de funcionamento nas diferentes tipologias e a possibilidade de cumprimento dos princípios e objetivos dos CCISM;
- Propor medidas para resolução dos constrangimentos identificados.

A 30 de junho de 2020 encontram-se celebrados 25 contratos, distribuídos pelas 5 Administrações Regionais de Saúde (ARS), representando 314 lugares, mais 3 EAD com resposta a número variável de utentes.

Durante o período em análise foram referenciados 770 utentes, dos quais 3,6% recusaram o ingresso, 5,5% encontravam-se em avaliação do processo a 30 de junho de 2020 e 86,7% foram admitidos.

A demora média tem vindo a aumentar, atingindo valores superiores a 365 dias em várias unidades e a percentagem de utentes transitados tem igualmente aumentado desde o início das

experiências piloto, representando em 2020, 89,5%, Estes dados indiciam uma tendência de institucionalização dos utentes nas tipologias de saúde mental da RNCCI.

O grupo etário com maior número de utentes situa-se entre os 18 aos 49 anos, seguindo-se o grupo dos 50 aos 64 anos, com predomínio do sexo masculino ao contrário do que acontece na Rede Geral, onde o sexo feminino apresenta maior percentagem e o grupo etário largamente predominante, é o dos utentes com mais de 65 anos.

A indicação dos profissionais com formação em saúde mental e psiquiatria, foi concretizada para as ECR e para as Equipas de Coordenação Local (ECL). Nestas, a nomeação foi efetuada apenas para as ECL que acompanham tipologias de saúde mental em experiência piloto. No entanto, nem todas as nomeações foram formalizadas e muitos destes profissionais não têm tempo atribuído para a atividade, principalmente nas ECL, as equipas que têm a missão de acompanhar as entidades prestadoras e estabelecer a ligação entre o serviço referenciador e a unidade da RNCCI. Não obstante, a integração destes elementos foi reportada como muito positiva bem como a sua motivação para o cumprimento da função, apesar da dificuldade que sentem para cumprir as atividades inerentes.

As ECL assinalam como aspetos menos positivos, a reduzida colaboração de algumas EGA nos processos de referenciação para tipologias de saúde mental, a interferência da participação dos utentes na sua adesão ao recurso CCISM, e a necessidade de adaptação da Grelha de Acompanhamento da Unidade (GAU).

A dificuldade ainda presente no processo de referenciação, parece estar relacionada com diferentes variáveis, designadamente:

- Receio de sobrecarga, relacionado com a expectativa de trabalho necessário para os processos de referenciação;
- Conhecimento insuficiente, dos profissionais referenciadores, sobre os objetivos e serviços das tipologias e sobre os procedimentos de referenciação;
- Adaptação dos profissionais a um novo sistema de informação (SI RNCCI);
- Preferência dos técnicos dos SLSM, por respostas residenciais para utentes de evolução prolongada, com menor funcionalidade, e que ocupam lugares nos serviços de internamento;
- Reduzido investimento de alguns serviços de psiquiatria na dinamização do projeto, designadamente na preparação dos seus profissionais para gerir os processos de referenciação e na nomeação e atribuição de tempo a técnicos para integrar a ECL da sua área de intervenção;
- Reduzida motivação dos utentes, principalmente nas situações clínicas mais complexas, para aderir a projetos de reabilitação;
- Participação do utente/família e risco de perda de subsídios (*e.g.* RSI) ao aceitar um lugar na RNCCI. Condições que dificultam a aceitação deste recurso, principalmente por se tratar de uma população alvo que tendencialmente já apresenta maior vulnerabilidade económica;

- Falta de acesso a medicamentos durante a permanência nestas tipologias. Com impacto na adesão e na prossecução dos processos reabilitativos.

Para lidar com estas dificuldades propõe-se:

- Formação e apoio aos profissionais dos serviços de saúde mental, sobre as tipologias existentes e modelo de CCISM (*e.g.* princípios dos CCISM, objetivos e serviços das tipologias, causas de solicitação, procedimentos de referenciação, utilização do SI RNCCI);
- Organização dos serviços referenciadores tendo por objetivo, garantir a preparação dos seus profissionais e melhorar a gestão dos processos de referenciação, assegurar o acompanhamento dos utentes e a articulação com as unidades de CCISM, e realizar o apuramento das necessidades de lugares em CCISM de acordo com as necessidades da população atendida;
- Ajustar o cálculo da comparticipação do utente e família nas tipologias de saúde mental;
- Encontrar uma solução equitativa em relação às demais tipologias da RNCCI, no acesso aos medicamentos durante a permanência nestas tipologias.

Em relação à referenciação pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro não esclarece devidamente as condições necessárias para a referenciação por estes serviços, sendo necessário essa clarificação. Tratando-se de respostas para pessoas com doença mental grave, a referenciação pelos CSP terá com frequência de ser realizada em estreita articulação com os SLSM.

A referenciação pelo setor social, para a qual foi proposto na Portaria acima referida, um circuito diferente do utilizado pelas restantes entidades referenciadoras, não se traduziu em algum benefício no processo para as entidades envolvidas e utentes, pelo que se sugere a integração no circuito definido para a restante Rede.

Apesar do envolvimento dos profissionais dos serviços de SMIA na procura de soluções que melhorem o processo de referenciação, mantêm-se alguns constrangimentos no desenvolvimento das tipologias da infância e adolescência:

- Identificam-se dificuldades semelhantes às encontradas nos serviços de adultos, com um obstáculo relevante, o reduzido número de profissionais com experiência nesta área;
- Persistem dúvidas conceptuais, sobre a pertinência das tipologias propostas, objetivos e respetivas causas de solicitação;
- Dificuldade na identificação dos jovens que podem beneficiar da tipologia RTA/A. Relacionado com os quadros clínicos que frequentemente apresentam sintomatologia que implica diferentes entidades nosológicas;
- A comparticipação das famílias e a não disponibilização de medicamentos. Tal como nas tipologias de adultos, é referido como uma condição de iniquidade em relação aos outros recursos da Rede.

Na área da infância e adolescência a falta de informação/formação dos profissionais, à semelhança do referido para os serviços de adultos, pode ser compensada com uma estratégia sobreponível. Mais complexo será lidar com a organização dos serviços e ajustar o processo de referenciação à realidade atual nos SMIA, uma vez que a falta de profissionais em alguns serviços, compromete o atual modelo de referenciação. É igualmente necessário permitir a continuidade do grupo de trabalho criado pela Comissão, com o objetivo de consolidar um modelo de CCISM para a infância e adolescência.

Com o desenvolvimento das novas tipologias de saúde mental, o sistema de informação da RNCCI (SI RNCCI) teve de enquadrar novas necessidades de registo e de monitorização dos cuidados. Apesar da demora inicial nesta adaptação ter sido um fator dissuasor da referenciação, associado à falta de contato prévio dos profissionais desta área com o SI RNCCI ou com um sistema de referenciação semelhante, o SI RNCCI teve o desenvolvimento esperado e atualmente consegue responder às necessidades de registo.

Maior parte das unidades referem não existir articulação entre o SLSM e a equipa de CCISM. As UCCIs desenvolvem um trabalho de complementaridade ao acompanhamento realizado pelos serviços de saúde mental e psiquiatria, numa lógica de continuidade de cuidados. O acompanhamento dos utentes que se encontram na Rede não deve ser descontinuado pelos serviços, mas sim assegurado, mantendo o seu comprometimento no processo reabilitativo. As ECR e as ECL, têm procurado promover a comunicação e desenvolver a articulação entre os serviços e as unidades de CCISM, no entanto, a articulação entre estes intervenientes nos cuidados, ainda está longe da situação desejável.

A articulação entre as UCCIs e os CSP teve diferentes desenvolvimentos, com ACES a envolverem-se claramente no projeto e outros com maior dificuldade em entender o seu papel na continuidade de cuidados. A articulação pode ser melhorada, designadamente, divulgando as respostas de CCISM e o seu enquadramento aos técnicos dos ACES e tornando mais ágeis os procedimentos no acompanhamento dos utentes da Rede pelos CSP.

A reconversão das unidades de acordo com o art.º 5º da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, demonstrou ser um processo complexo, principalmente devido às limitações estruturais que as unidades abrangidas apresentam e a um programa funcional (PF) demasiado exigente. O PF encontra-se em revisão, procurando conciliar-se a exigência técnica com os princípios e objetivos destas respostas, de modo a facilitar a reconversão e o desenvolvimento de novas unidades. No entanto, a alteração do PF não será suficiente pois o preço dos equipamentos em contexto urbano continuará a ser um obstáculo no desenvolvimento dos CCISM.

Das tipologias em desenvolvimento, a RAMa é a residência destinada a pessoas com grau elevado de incapacidade psicossocial e a RAMo a indicada para pessoas com grau moderado de incapacidade. Esta distinção implica a avaliação da funcionalidade e uma perspetiva de evolução da situação do utente que não pode ser objetiva, o que levanta dificuldade na decisão sobre a melhor resposta para

alguns utentes. Estas têm sido as tipologias mais solicitadas pelos serviços e com maior número de referências.

As RAMa, têm recebido os utentes mais idosos, com períodos prolongados de internamento, associando défice cognitivo e compromisso funcional acentuado, traduzindo-se em reduzida expectativa de recuperação. O objetivo principal é a diminuição do ritmo de progressão da incapacidade e melhorar a qualidade de vida, como preconizado no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro. É a tipologia que pode responder ao desafio da desinstitucionalização dos utentes com longos períodos de internamento. No entanto, a reduzida perspectiva de saída destas unidades deve ser contrariada com critérios de referência mais claros, incluindo a avaliação psiquiátrica da pessoa de modo a apurar se a exigência de cuidados se adequa à utilização de um recurso diferenciado, como se pretende que as residências de CCISM sejam, ou a respostas sociais tipo Estruturas Residenciais para Pessoas idosas (ERPI). Mantendo a situação atual, a RNCCI dificilmente terá capacidade para responder ao número de utentes “residentes” que atualmente se encontram nos serviços do SNS.

A RTA, é a residência para utentes com necessidade de intervenção intensiva, preferencialmente para permanência de curta duração. É a única residência de adultos com um período máximo de permanência definido (12 meses), e não contempla possibilidade de prorrogação. O enquadramento desta tipologia, indica que a sua finalidade seria responder à pressão de admissão de novos utentes nos serviços de psiquiatria, por via de uma solução de transição pós alta, com monitorização e reabilitação psicossocial intensiva, realizada num período de curta e média duração. No entanto, os projetos reabilitativos têm ultrapassado os 12 meses, de duração nas duas residências em atividade. Na RTA que se encontra em reconversão, esta situação resulta em grande medida do perfil dos utentes, não ajustado ao indicado para esta tipologia, na outra RTA, a prorrogação da permanência resulta principalmente da dificuldade na mobilização de recursos reabilitativos, designadamente na área da habitação.

A dificuldade em mobilizar recursos reabilitativos, principalmente na recuperação ou acesso à habitação, mas também na área do emprego e formação profissional, a mobilização de outras respostas sociais, por vezes inexistentes para o perfil do utente de CCISM, principalmente na RAMa e RAMo, e o reduzido rendimento disponível de alguns utentes, representam barreiras ao processo reabilitativo. Estas dificuldades foram reportadas não apenas pela RTA, mas também pelas RAMo, RA e USO, onde os utentes têm, em regra, necessidade de maior número de recursos reabilitativos e de maior rendimento disponível para as suas atividades pessoais fora da unidade.

Na RA, foi evidente que o valor pago por utente é insuficiente para assegurar todos os serviços que a tipologia enquadra. Este valor deve ser revisto no âmbito de uma revisão da Portaria de preços, que foi definida para as experiências piloto de CCISM, em 2011.

Na USO verificou-se, uma evolução da permanência dos utentes muito distinta entre unidades. Podemos por exemplo, constatar numa USO, programas de permanência na unidade 5 dias por semana para quase todos os seus utentes, e apenas um utente que terminou/interrompeu o seu projeto. Noutra USO, no mesmo período, mais de 20 utentes terminaram/interromperam o seu

projeto e a permanência semanal dos utentes foi variável ao longo da sua permanência na unidade. O segundo exemplo ajusta-se mais à dinâmica expectável para esta tipologia, uma vez que os projetos são contratualizados entre utente e equipa, de acordo com as necessidades do primeiro, e estas necessidades são diariamente influenciadas, pelas subtilezas da própria vida de relação ou pela evolução da situação clínica. O descrito, parece em grande medida, determinado pela perspectiva que as equipas das USO têm do seu papel no projeto reabilitativo, a exemplo do que pode acontecer com as restantes tipologias, e este entendimento deve ser explorado e trabalhado pelas ECR, mobilizando a partilha de experiências e de resultados.

Aspetos que condicionam o funcionamento das USO, tanto para adultos como para jovens, são:

- O critério de permanência (permanência mínima de 3 dias na USO e 2 dias na USO/IA), que pode perverter o processo de reabilitação e não responder a diferentes necessidades de intervenção;
- O pagamento da atividade da USO, com base na presença na unidade, condição redutora da atividade que pode ser desenvolvida por estas unidades;
- A localização das unidades, quando a acessibilidade é um obstáculo pela distância dos serviços referenciadores e/ou habitação do utente, bem como pela disponibilidade e custo dos transportes.

A EAD é a tipologia que mais dúvidas tem provocado nos profissionais que referenciam para CCISM, quanto à compreensão do seu objetivo, serviços e complementaridade com as Equipas de Saúde Mental Comunitárias (ESMC), tendo tido diferente adesão dos serviços de saúde mental de acordo com o nível de desenvolvimento das ESMC em cada região.

Das quatro tipologias para a infância e adolescência apenas duas se encontram em atividade, apresentando até ao momento resultados positivos. A experiência nesta área não permitiu a análise de todas as tipologias e demonstrou que ainda existe um caminho a percorrer na definição do modelo de CCISM para a infância e adolescência. Perante a falta de consenso sobre o modelo de CCISM, decidiu a Comissão, constituir um grupo de trabalho que revise o projeto e elabora-se uma proposta com as adaptações necessárias. Foi constituído um grupo de trabalho com elementos com experiência em saúde mental da infância e adolescência, de algum modo envolvidos nas experiências piloto, para refletir sobre a situação e elaborar uma proposta que responda melhor às necessidades dos utentes considerando os constrangimentos que existem nesta área de cuidados. Este grupo de trabalho entregou à Comissão, um documento com as principais conclusões do grupo, no final de junho.

Em relação às qualificações dos profissionais e respetivas cargas horárias nas diferentes tipologias, as sugestões das entidades prestadoras são no sentido de incrementar a diferenciação das equipas, compensando deste modo uma carga horária que é considerada pelos prestadores, como manifestamente insuficiente para os serviços solicitados. É unânime entre os prestadores, que as cargas horárias definidas, têm de ser reajustadas e atribuído tempo para o exercício da direção técnica.

O ISS IP, recolheu informação para analisar os valores de comparticipação dos utentes. Na análise dos dados obtidos constata-se que é garantido apoio a 90% dos utentes nas tipologias de CCISM que integram as experiências piloto. Na análise comparativa do impacto financeiro no utente, na reconversão das tipologias ao abrigo do Despacho n.º 407/98 de 18 de junho, verifica-se que os utentes têm, na sua maioria, um valor de comparticipação mais baixo nas tipologias de CCISM.

Um dos principais contributos da integração dos CCISM na RNCCI, foi a criação de equipas coordenadoras com técnicos que trazem experiências de cuidados e preocupações reabilitativas distintas, o que é determinante para a redução do estigma em relação à doença mental.

Das conclusões a retirar, fica ainda evidente que:

- As ECR e as ECL, têm um papel fundamental na dinamização deste projeto, designadamente na formação dos profissionais e no acompanhamento do desempenho das unidades e equipas de CCISM, pelo que a nomeação dos profissionais para as equipas coordenadoras e a atribuição de tempo para as suas atividades é uma prioridade;
- O desenvolvimento das respostas de CCISM deve estar sustentado no apuramento de necessidades de cada SLSM;
- Os profissionais que acompanham pessoas com doença mental grave, têm de conhecer melhor os recursos de CCISM, devendo os seus serviços organizarem-se com esse objetivo;
- É fundamental a existência de articulação formal entre SLSM e Unidades de CCISM, para tornar efetivo o envolvimento dos profissionais dos serviços de saúde mental e psiquiatria no acompanhamento dos projetos reabilitativos dos seus utentes em CCISM;
- A saúde mental da infância e adolescência, precisa de continuar o trabalho de consolidação de um modelo que responda às necessidades dos seus utentes e famílias e que consiga lidar com as insuficiências existentes nesta área de cuidados;
- A adaptação do Programa Funcional bem como medidas que estimulem o desenvolvimento de respostas dentro das comunidades e a reconversão das unidades criadas no âmbito do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, são determinantes para o crescimento das respostas de CCISM;
- A disponibilidade de recursos reabilitativos e de respostas sociais é determinante para a concretização dos projetos reabilitativos em CCISM e para manter a capacidade de resposta da Rede, mas o sucesso do processo reabilitativo é igualmente condicionado pela intervenção dos serviços de saúde mental e psiquiatria, desde o primeiro contacto com o utente e com a sua rede de suporte social.

Muitas das medidas propostas, assim como outras soluções que possam vir a ser definidas com o objetivo de ultrapassar os constrangimentos identificados, implicam alterações nas Portarias de referência, Neste sentido, considera-se indispensável a revisão da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro e da Portaria n.º 183/2011, de 5 de maio, esta última, com a tabela de preços aprovada para o período de experiências piloto.

Parte I

CCISM

Enquadramento dos CCISM

Enquadramento das experiências piloto de CCISM

Metodologia de acompanhamento

1. Enquadramento dos CCISM

Os problemas de saúde mental, principalmente nas situações clínicas mais complexas, estão associados a compromisso grave nos diferentes domínios da funcionalidade, podendo ter impacto relevante na qualidade de vida da pessoa e da sua família. Tendo em consideração a elevada prevalência de perturbação psiquiátrica em Portugal, é compreensível que o projeto de CCISM tenha sido considerado um dos grandes desideratos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 (publicada no DR, 1ª série, n.º 47, de 6 de Março), que consigna a Saúde Mental Comunitária como modelo de referência, no qual releva a importância da reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental grave se desenvolver cada vez mais na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social.

Em maio de 2010 foi criada uma equipa de projeto para os cuidados continuados integrados de saúde mental (EPCCISM), no âmbito da Unidade de Missão, para dar prossecução às incumbências relativas às respostas de cuidados continuados de saúde mental. O trabalho realizado por esta equipa foi interrompido no início de 2012 e, finalmente na XIII legislatura, é dado novo impulso ao projeto.

O Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, promove o alargamento da RNCCI à Saúde Mental e cria o conjunto de unidades e equipas de CCISM, destinado às pessoas com doença mental grave, estabilizada, de que resulte incapacidade psicossocial e, que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade.

As estruturas multidisciplinares de CCISM, corporizam novas respostas de saúde mental, da responsabilidade conjunta dos Ministérios da Saúde (MS) e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSS), dando sequência à implementação e alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril, republicada pela Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, veio definir a organização e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras dos CCISM, incluindo respostas para crianças e jovens até aos 18 anos.

No dia 07 de abril de 2017 celebrou-se o primeiro contrato com uma unidade de CCISM, dando início às experiências piloto que, de acordo com os diplomas referidos, devem ser implementadas progressivamente.

2. Experiências piloto

O período dedicado às experiências piloto teve início com o Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro, que identifica e autoriza os respetivos contratos-programa para as experiências piloto, e decorreu até 31 de dezembro de 2018. A seleção de entidades com distribuição pelas cinco regiões de saúde, pretendeu atender a diferentes realidades e testar o máximo de tipologias criadas para os CCISM. Neste sentido, todas as tipologias criadas pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, foram desenvolvidas, exceto as tipologias em complemento com Unidade Sócio-Ocupacional (Residência de Apoio Moderado e Residência de Treino de Autonomia). Em relação às tipologias destinadas à Infância e Adolescência, foram implementadas duas Residências de Treino de Autonomia, Tipo A (doença mental grave) e duas Unidades Socio-Ocupacionais.

Durante este período de experiências piloto, estiveram em desenvolvimento três cenários com diferentes desafios de acompanhamento e análise:

- Desenvolvimento de novas respostas para adultos;
- Desenvolvimento de novas respostas para crianças e jovens até aos 18 anos;
- Reversão de unidades criadas ao abrigo do Despacho-conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, ou equivalentes.

O período destinado às experiências piloto de CCISM, é igualmente o momento em que os profissionais dos serviços de psiquiatria e saúde mental e das coordenações regionais e locais da RNCCI se apropriam de uma nova realidade, que inclui:

- Compreensão do modelo e do objetivo das tipologias de CCISM;
- Integração dos profissionais de saúde mental nas equipas de coordenação local e regional da RNCCI;
- Adaptação a novos procedimentos de referência e a um novo sistema de informação (SI RNCCI);
- Acompanhamento, no âmbito das atividades de coordenação, das unidades e equipas de CCISM;
- Dinamização da articulação entre os serviços de psiquiatria e saúde mental e as equipas de CCISM;
- Projeção de necessidades de lugares em CCISM.

Trata-se, pois, de um período que não tem apenas por objetivo criar unidades e novos lugares para utentes, mas testar a regulamentação e desenvolver um conjunto de competências, que possibilitará assegurar no futuro, projetos efetivos de reabilitação para os utentes com doença mental grave.

Metodologia da equipa de acompanhamento das experiências piloto de CCISM

Os documentos legislativos de referência que regulamentam os CCISM foram o suporte para o acompanhamento que a equipa realizou, designadamente o Decreto-Lei que cria as tipologias, e define os princípios e objetivos que norteiam estas respostas, as Portarias que regulamentam o funcionamento das equipas, unidades e residências de CCISM, a estrutura de coordenação e o processo de referenciação e a Portaria de preços para o período de experiências piloto.

A equipa privilegiou a proximidade com os intervenientes nas experiências piloto. O contacto presencial, em mais de 60 reuniões (entre 19 de maio de 2017 e 4 de março de 2020) com as equipas coordenadoras regionais e locais, as equipas das unidades de CCISM, os técnicos dos serviços referenciadores ou potencialmente referenciadores, e com os utentes, foi fundamental. No entanto, o contacto foi permanente através de outros meios de comunicação.

O envolvimento das ECR e das ECL foi empenhado e determinante, mas a disponibilidade de todos os intervenientes para participar na melhoria das respostas em análise foi evidente e traduziu-se em contributos espontâneos ou programados (*e.g.* questionários para os diferentes intervenientes nas experiências piloto em diferentes momentos do processo).

Por iniciativa da equipa de acompanhamento ou por propostas dos intervenientes, foram, sempre que possível e permitido pelas três Coordenações da RNCCI que acompanharam este projeto, ajustados procedimentos e processos e foram elaborados documentos de suporte ao funcionamento da Rede nesta área de cuidados.

A adaptação do SI RNCCI foi igualmente acompanhada pela equipa, bem como a sua utilização e registos na referenciação e nas unidades.

A divulgação do projeto foi outra das atividades desenvolvida em 13 eventos, bem como a informação periódica ao Conselho Nacional de Saúde Mental e à ACSS.

A análise realizada pela equipa de acompanhamento, foi sempre acompanhada pelas Coordenações da RNCCI e encontra-se registada em dois relatórios oficiais, com propostas que resultam do contributo de todos os envolvidos..

Parte II

Experiências Piloto de CCISM

Analisa-se:

Evolução dos contratos programa

Integração de elementos da saúde mental nas equipas coordenadoras

Papel da Coordenação Nacional da RNCCI

Referenciação

Adaptação do SI RNCCI

Articulação entre equipas e continuidade de cuidados

Tipologias CCISM

Equipas de CCISM

Comparticipação dos utentes

Desempenho das equipas de CCISM - indicadores

1. Contratos-programa

O primeiro contrato-programa foi celebrado em abril de 2017. Até abril de 2019 foram efetuados 22 contratos com entidades autorizadas pelo Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro, estando atualmente em vigor 25 contratos (quadro 1), com os últimos 5 contratos programa, a serem celebrados pela ARS Algarve no dia 25 de junho de 2020.

O ritmo de assinatura dos contratos (gráfico 1) foi determinado em grande medida pela preparação dos processos para a celebração dos contratos programa.

Uma das principais dificuldades relacionou-se com a reconversão das unidades que tendo sido criadas ao abrigo do Despacho-Conjunto n.º 407/1998, de 18 de junho, integraram as experiências piloto numa perspetiva de reconversão para as novas tipologias. Esta dificuldade resultou da necessidade de adaptação das estruturas existentes ao programa funcional (Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro), e da necessidade de conciliar a data de mudança de contrato, de modo a não descontinuar o pagamento prejudicando as entidades e a sua prestação de cuidados.

Ainda durante o primeiro período de experiência piloto cessaram dois contratos, referentes às duas unidades de Lisboa, para a infância e adolescência (USO/IA e RTA/A). Esta decisão resultou da constatação da não existência de condições para a sua viabilidade. A localização da USO/IA foi considerada o maior obstáculo, dissuadindo a proposta pelos técnicos da SMIA aos seus utentes e a aceitação da mesma pelos utentes e familiares. Na RTA/A, a dificuldade em identificar claramente o quadro clínico que estaria de acordo com o perfil de utente previsto para esta tipologia foi o maior obstáculo.

Das 25 unidades com contrato celebrado, a RAMo do Hospital de S. João de Deus, em Montemor-o-Novo, ainda não iniciou atividade. Foi identificado pelo ISS e posteriormente confirmado pelo Instituto Nacional de Reabilitação, que as instalações não cumpriam a legislação em vigor relativa às acessibilidades dos edifícios.

Como anteriormente referido, o Programa Funcional (PF) foi um dos principais obstáculos na preparação dos processos para a celebração dos contratos, para as novas unidades, mas principalmente para as unidades para reconversão.

A exigência dos requisitos técnicos que constam nos anexos à Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, não se enquadra nos princípios e pressupostos definidos no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, e na própria Portaria acima referida, para os projetos de reabilitação e expectativa para os equipamentos. Nestes documentos preconizam-se estruturas do tipo residencial, perto dos locais de habitação dos utentes e dos serviços de psiquiatria e saúde mental, mas o PF dificulta muito a aquisição de estruturas e a sua adaptação aos requisitos exigidos.

Trata-se de um obstáculo ao desenvolvimento futuro de novas unidades residenciais, porquanto dificulta a aquisição de espaços, principalmente em meio urbano, onde a maior parte das residências deveria estar localizada.

Compreendendo esta dificuldade, os departamentos da ACSS e do ISS, responsáveis pelas Instalações e Equipamentos, foram tentando encontrar um compromisso entre a simplificação dos requisitos, a manutenção da qualidade das instalações e condições de acessibilidade de modo a conciliar o PF com os pressupostos referidos anteriormente.

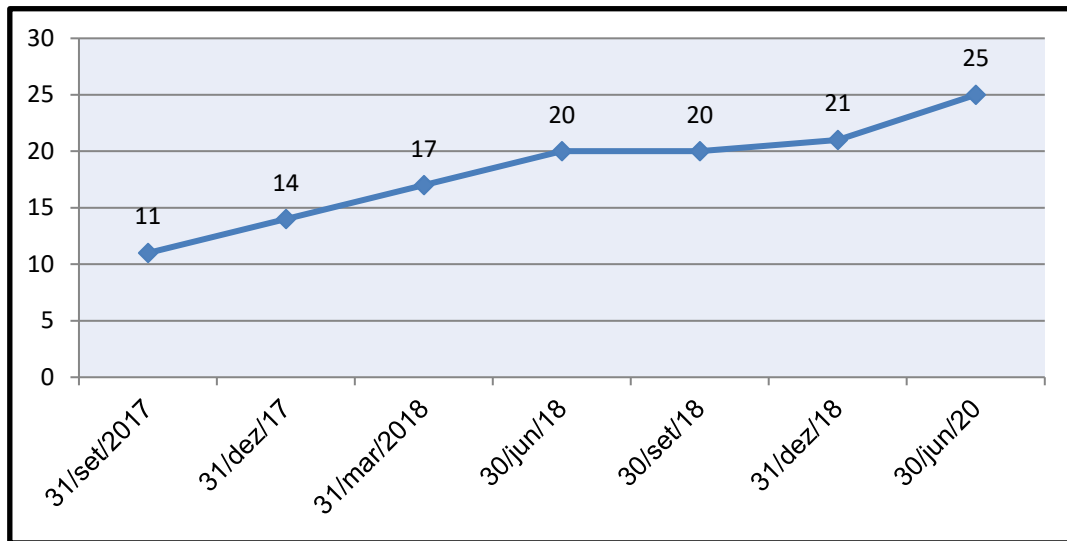
No entanto, a simplificação do PF pode não ser suficiente para garantir o desenvolvimento de respostas em contextos comunitários onde o preço por metro quadrado é muito elevado, devendo ser estudada a possibilidade de outras soluções que permitam apoiar as entidades a investir nestes contextos, sob pena de afastar as unidades dos recursos da comunidade e de limitar a capacidade reabilitativa das equipas de CCISM.

Quadro 1. Contratos-programa a 30 de junho de 2020

Região	Entidade	Tipologia	Nº de lugares contratados	Contratos assinados
Norte	Santa Casa Misericórdia do Porto (Hospital Conde Ferreira)	RAMa	24	02/04/2018
	Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital Magalhães de Lemos (AFUA)	USO	30	02/07/2018
	Associação Encontrar+se	USO	25	01/08/2017
	Instituição S. João de Deus (ISJD) - Casa de Saúde de Barcelos - Residência Oceano	RA	7	04/07/2017
	Instituição S. João de Deus (ISJD) - Casa de Saúde de Barcelos - Residência Renascer	RA	7	05/07/2017
	Associação Recovery - Barcelos	RTA/subtipo A (I&A)	7	01/06/2017
	Associação Recovery - Barcelos	USO (I&A)	10	01/06/2017
	Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSC) - Casa de Saúde de Braga	EAD	8 visitas/dia	01/10/2017
Total		8		
Centro	Associação de Solidariedade Social de Lafões (ASSOL) - Oliveira de Frades	USO	30	01/04/2019
	Associação Quinta das Pontes - Comunidade Sócio-terapêutica - Espinhal - Penela	RAMo	8	01/09/2017
	Fundação Beatriz Santos	USO	30	01/09/2017
	Fundação Beatriz Santos	EAD	8 visitas/dia	01/10/2017
	Total		4	
LVT	Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) - Lisboa	RAMa	24	07/04/2017
	Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) - Lisboa	RAMo	10	24/05/2018
	Instituto de São João de Deus (ISJD) - Casa do Telhal	RTA	7	01/12/2017
	Instituto de São João de Deus (ISJD) - Casa do Telhal	RA	6	01/12/2017
	Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA) - unidades sediadas em Oeiras	RTA	12	01/01/2018
	Comunidade Vida e Paz - Torres Vedras	RA	7	01/11/2017
	Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA) - unidades sediadas em Oeiras	EAD	8 visitas/dia	01/07/2017
	Total		7	7
Alentejo	Hospital S. João Deus - Montemor-o-Novo	RAMo	10	01/10/2018
	Total		1	
Algarve	Associação de Saúde Mental do Algarve (ASMAL)	USO (I&A)	20	25/06/2020
	Associação Cultural de Apoio Social de Olhão (ACASO)	USO	20	25/06/2020
	Associação Cultural de Apoio Social de Olhão (ACASO)	EAD	8 visitas/dia	25/06/2020
	Casa do Povo de Messines	USO	20	25/06/2020
	Casa do Povo de Messines	EAD	8 visitas/dia	25/06/2020
	Total		5	
Total		25		

Fonte: ACSS

Gráfico 1. Evolução do número de contratos entre 31 de setembro de 2017 a 30 de junho de 2020



2. Coordenações regionais e locais

2.1 Equipas Coordenadoras Regionais

A capacitação das estruturas de coordenação regional e local da RNCCI, através da integração de elementos provenientes da área da saúde mental nas ECR e nas ECL da área de localização das unidades e equipas de CCISM, foi solicitada a todas as ARS no início das experiências piloto.

Cada ECR, integrou o Coordenador Regional de Saúde Mental (CRSM), um enfermeiro com especialidade em saúde mental e psiquiatria e um assistente social com experiência na área da saúde mental. A estes elementos, seria atribuído tempo para a atividade de acordo com o art.º 3.º da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, e com os ns.º 3 e 4, do art.º 32.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 setembro. Nas regiões Norte e LVT, com tipologias para menores de 18 anos, foi igualmente nomeado um assessor da área da psiquiatria da infância e adolescência.

A presença destes elementos nas ECR e nas ECL é relevante:

- Os profissionais da saúde mental precisam de formação sobre os procedimentos inerentes à atividade da ECR e da ECL (e.g. filosofia da RNCCI, processos da referenciação, utilização do SI, acompanhamento das unidades) que é realizada em contexto, pelas próprias coordenações regionais e locais;
- Por sua vez os elementos que já integravam estas coordenações da RNCCI, precisam compreender e integrar os princípios de funcionamento dos serviços de psiquiatria e saúde mental, das estruturas em funcionamento ao abrigo do Despacho-Conjunto n.º 407/1998, de 18 de junho, e da filosofia de cuidados e desenvolvimento dos projetos de reabilitação para uma população com características distintas da que utiliza as restantes unidades da RNCCI. Tal permite que seja possível ajustar procedimentos no sentido de manter o registo de qualidade que caracteriza a Rede;
- Os elementos destas coordenações precisam preparar-se e comprometer-se com o desenvolvimento do projeto de CCISM, designadamente, com a divulgação, sensibilização e capacitação dos profissionais dos serviços referenciadores, e no apoio à organização dos serviços, essencial para a dinamização da referenciação;

Para a concretização do referido, é necessária disponibilidade dos técnicos para a atividade de coordenação.

Foram nomeados elementos para as cinco ECR, mas tendo o desenvolvimento das experiências piloto decorrido apenas nas ECR do Norte, Centro e LVT, é nestas coordenações que se evidencia maior entrosamento das equipas.

A melhor solução organizativa é, no entanto, a da ECR Norte, na qual foi integrado um enfermeiro especialista em saúde mental a tempo completo. Esta integração possibilita a formação e facilita o acompanhamento das ECL e unidades de saúde mental.

Na ECR LVT os elementos da saúde mental não têm tempo definido, mas prevê-se para muito breve, a integração em tempo completo de um enfermeiro especialista em saúde mental.

Na ECR Algarve foram nomeados os elementos da saúde mental e foi atribuído tempo para o exercício da atividade na equipa coordenadora.

Na ECR Alentejo foram igualmente nomeados os elementos da saúde mental, embora ainda sem tempo atribuído. No entanto, com a promulgação do Despacho n.º 5142/2020, de 4 de maio, espera-se que esta situação seja definida.

2.2 Equipas Coordenadoras Locais

Foram nomeados elementos com formação e experiência em saúde mental para as ECL que acompanham tipologias de saúde mental durante as experiências piloto.

No questionário enviado a estas equipas no último trimestre de 2018, é referido por mais de metade das 11 ECL que responderam, que não têm tempo atribuído. Apenas 4 ECL referem que o tempo atribuído é suficiente para as suas atividades.

Nas reuniões efetuadas pela equipa de acompanhamento em outubro e novembro de 2019, várias ECL reportaram a falta de tempo dos elementos da saúde mental para as atividades da ECL. Um dos motivos para que tal suceda, é o desconhecimento referido pelas Direções Clínicas sobre o projeto de CCISM e do papel do SLSM no mesmo. Identificam ainda a dificuldade resultante da escassez de técnicos de saúde mental e psiquiatria.

Em relação à referenciação, algumas ECL assinalam a falta de colaboração das EGAS na referenciação para as tipologias de saúde mental, e ainda algum desconhecimento dos profissionais dos serviços de saúde mental sobre os objetivos e serviços das tipologias disponíveis.

Sobre o acompanhamento das unidades, é sempre sugerido a adaptação da Grelha de Acompanhamento da Unidade (GAU) aos indicadores a monitorizar e a periodicidade da sua aplicação.

Existe igualmente unanimidade sobre o impacto da comparticipação dos utentes na sua adesão, considerando que acresce dificuldade ao trabalho de motivação do utente e família para a utilização deste recurso.

Tal como anteriormente constatado, as dificuldades existentes não têm diminuído o empenho dos profissionais nas atividades de coordenação. Percebe-se, sendo igualmente manifestado pelas equipas, que existe uma integração efetiva, de onde resulta benefício para todos, técnicos e utentes, designadamente sobre a indissociação entre problema físico e saúde mental. Neste sentido, a integração das tipologias de saúde mental na RNCCI, representa uma oportunidade de aprofundar a perspetiva holística, contextualizada numa organização de cuidados transdisciplinar, já tendencialmente presente na RNCCI, ao definir-se a mesma como intervenção de saúde e de apoio social.

No entanto, a falta de tempo para a atividade de coordenação, principalmente nas ECL, ao qual não será alheio o reduzido envolvimento neste projeto de algumas direções dos SLSM ou das instituições onde se localizam, condiciona o exercício destas equipas, designadamente, o acompanhamento dos projetos reabilitativos, que nesta fase é fundamental assegurar. Por outro lado, transmite uma mensagem subliminar de menor reconhecimento desta atividade, com eventual efeito a médio prazo na qualidade do desempenho das ECL.

O número reduzido de profissionais nos serviços de saúde mental e psiquiatria, condiciona igualmente a possibilidade de segregação de funções entre elementos referenciadores e elementos que avaliam nas coordenações locais as propostas de referenciação, podendo criar conflito de interesses.

A resolução destes constrangimentos é responsabilidade dos serviços de saúde mental e psiquiatria, a quem compete indicar os técnicos e atribuir tempo para esta função, mas também das ARS, que devem assegurar os recursos necessários e, juntamente com as Coordenadoras Regionais da RNCCI e com os Coordenadores Regionais da Saúde Mental, avaliar as condições para o funcionamento e cumprimento de objetivos, destas equipas.

2.3 Coordenação Nacional dos CCI

A existência de uma coordenação nacional, enquanto estrutura designada para liderar a estratégia de desenvolvimento da RNCCI, é fundamental para os CCISM, em particular nesta fase da sua implementação.

A leitura dos indicadores que vão sendo recolhidos, deve ter reflexo no ajustamento da estratégia de desenvolvimento dos CCISM. Neste sentido, é fundamental que a coordenação nacional integre elementos das entidades envolvidas na gestão da RNCCI, nomeadamente da ACSS e do ISS, bem como da DGS enquanto entidade com conhecimento da organização dos serviços de saúde mental.

Durante o ano de 2019, a Comissão não conseguiu ter uma intervenção relevante na tentativa de resolução dos constrangimentos identificados no relatório das experiências piloto, estando em 2020 a ser mais proativa nesta missão.

Entretanto, por solicitação do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde (GSES), em ofício de 30 de abril de 2019, foi apresentado um documento conjunto da Comissão da RNCCI e do Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM), para o “Desenvolvimento das respostas CCI de Saúde Mental”, que seleciona os principais constrangimentos no desenvolvimento dos CCISM, tendo por referência o relatório sobre as experiências piloto de 31 de dezembro de 2018, e que propõe estratégias para ultrapassar essas dificuldades. A proposta foi discutida e validada em reunião com o GSES, Comissão e PNSM, ocorrida em 23 de junho de 2019, resultando nos pontos seguintes, alguns dos quais foram trabalhados pela atual Comissão:

1. Nomeação e afetação de técnicos de saúde mental para as ECR e ECL
2. Dinamização do processo de referenciação e articulação entre Serviços referenciadores e equipas de CCISM
3. Consolidar modelo de CCISM para a infância e adolescência (IA)
4. Revisão do modelo de comparticipação dos utentes nas tipologias de SM da RNCCI
5. Acesso à medicação durante a permanência nos CCISM
6. Adaptação do Programa Funcional (anexo II, III e IV da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro)
7. Adaptação do SI RNCCI

Outra área onde a intervenção da Comissão pode ser relevante é na dinamização de recursos reabilitativos na área da saúde mental. Propõe-se que a Comissão da RNCCI, em articulação com o PNSM, se envolva na dinamização destes instrumentos, sem os quais a reabilitação psicossocial é menos efetiva, nomeadamente na área do emprego, formação profissional e habitação.

3. Referenciação

3.1 Referenciação de utentes para as tipologias de adultos

O processo de referenciação para as tipologias segue em regra os procedimentos definidos para as restantes tipologias da RNCCI, com algumas especificidades no circuito quando a referenciação é proveniente do setor social e dos serviços de psiquiatria da infância e adolescência (SMIA).

O número de propostas para as tipologias de saúde mental, nomeadamente para as unidades destinadas a situações com menor compromisso da funcionalidade, é ainda reduzido e a lista de espera tem maior expressão nas Residências de Apoio Máximo.

Embora o conhecimento das respostas de CCISM e do processo de referenciação tenha vindo a aumentar, a referenciação continua a precisar de ser dinamizada nos serviços de saúde mental e psiquiatria, e envolver maior participação das EGA.

As principais dificuldades encontradas parecem estar relacionadas com:

- Receio de sobrecarga, relacionado com a expectativa de trabalho necessário para os processos de referenciação.
- Conhecimento insuficiente, dos profissionais referenciadores, sobre os objetivos e serviços das tipologias e sobre os procedimentos de referenciação. Segundo as ECL, os técnicos não procuram conhecer este recurso, ou consideram-nos uma resposta para situações muito graves, considerando-as preferencialmente orientadas para pessoas com perspetiva reabilitativa muito reduzida.
- Preferência dos técnicos dos SLSM, por respostas residenciais para utentes de evolução prolongada, com menor funcionalidade, que ocupam lugares nos serviços de internamento e o aparente, reduzido investimento nos processos reabilitativos dos utentes mais jovens, com primeiros episódios de doença, e menor compromisso da funcionalidade.
- Adaptação dos profissionais a um novo sistema de informação (SI RNCCI).
- Passividade dos técnicos perante dificuldades no processo de referenciação e relutância das EGA em se envolver nos processos da saúde mental.
- Reduzido investimento de alguns serviços de saúde mental e psiquiatria na dinamização do projeto, designadamente na preparação dos seus profissionais para gerir os processos de referenciação e na nomeação e atribuição de tempo a técnicos para integrar a ECL da sua área de intervenção.
- Reduzida motivação dos utentes, principalmente nas situações clínicas mais complexas, para aderir a projetos de reabilitação.
- Comparticipação do utente e família, que dificulta a aceitação deste recurso, numa população alvo que tendencialmente já apresenta dificuldades económicas, associado ainda à possibilidade de perda de subsídios ao aceitar um lugar na RNCCI (e.g. RSI).
- A concorrência com outras respostas menos onerosas para o utente na mesma localidade (e.g. tipologias de adultos que concorrem com respostas do setor social).
- Falta de acesso a medicamentos durante a permanência nestas tipologias, com impacto na adesão e dificultando os processos reabilitativos.

No que se refere à referenciação, neste contexto de implementação de novas respostas de cuidados, o apoio da EGA e da ECL tem de estar disponível, de modo a assegurar que a informação sobre os CCISM e sobre os procedimentos para a referenciação chega aos profissionais dos serviços referenciadores. No entanto, as ECL nem sempre têm tido esta capacidade e as EGA mostram alguma relutância em se envolver nos processos da saúde mental.

Algumas soluções para concretizar o apoio que os serviços precisam foram propostas no relatório das experiências piloto e no documento conjunto da Comissão e PNSM, designadamente, a nomeação dos elementos de referência nos SLSM e a atribuição aos técnicos da saúde mental nas coordenações regionais e locais, do tempo ajustado às atividades exigidas pela função que desempenham.

Também a nível da contratualização de cuidados para o SNS, pode ser estudada a possibilidade de promover este recurso.

A exemplo do que sucedeu com o início da própria RNCCI, a dinâmica de referenciação é condicionada por um conjunto de variáveis, que devem ser considerados na definição de uma estratégia de desenvolvimento dos CCISM, pelo que se propõe:

- Formação e apoio aos profissionais dos serviços de saúde mental, sobre as tipologias existentes e modelo de CCISM (e.g. princípios dos CCISM, objetivos e serviços das tipologias, causas de solicitação, procedimentos de referenciação, utilização do SI RNCCI).
- Organização dos serviços referenciadores tendo por objetivo, garantir a preparação dos seus profissionais e melhorar a gestão dos processos de referenciação, assegurar o acompanhamento dos utentes e a articulação com as unidades de CCISM, e realizar o apuramento das necessidades de lugares em CCISM de acordo com as necessidades da população atendida.
- Ajustar o cálculo da comparticipação do utente e família nas tipologias de saúde mental.
- Encontrar uma solução equitativa em relação às demais tipologias da RNCCI, no acesso aos medicamentos durante a permanência nestas tipologias.

Noutro âmbito da referenciação, pelos CSP e pelo setor social.

O papel dos CSP na integração dos cuidados de saúde mental na comunidade e na redução do estigma é fundamental. Vários exemplos internacionais permitem perceber que é possível envolver esta área de cuidados na identificação de pessoas com doença mental e no seu acompanhamento. Essas experiências têm igualmente evidenciado que sendo os cuidados primários uma mais valia na abordagem destes problemas, os seus profissionais precisam de uma boa articulação com os profissionais dos restantes níveis de cuidados de saúde, nomeadamente com os serviços de saúde mental e psiquiatria e de um claro enquadramento das atividades que lhes competem.

Os CSP podem ter igualmente, um papel relevante na sinalização e referenciação para CCISM. A sua experiência de trabalho com a RNCCI, acrescenta competência na referenciação para a saúde mental, e as competências que faltam aos seus profissionais para a avaliação dos utentes com doença mental grave podem ser asseguradas na articulação com os Serviços Locais de Saúde Mental, a quem compete continuar a assegurar o acompanhamento dos seus utentes durante a permanência nas respostas de CCISM.

Assim sendo, os CSP devem continuar a referenciar utentes provenientes da comunidade, desde que assegurado o acompanhamento por psiquiatra privado ou por SLSM, e o processo de referenciação inclua a avaliação e proposta por técnicos da área da saúde mental como consignado na legislação.

Em relação à referenciação pelo setor social. Passado este primeiro período de experiências piloto onde se avaliou o impacto da referenciação por este setor, e tendo as coordenações locais já integrado elementos da saúde mental, considera-se que não existe justificação para manter a proposta em Portaria. Assim sendo, seria de alterar a Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, de modo a trazer para o circuito de referenciação da RNCCI as propostas do setor social. A referenciação dos utentes do setor social pode ser realizada em articulação com os CSP ou SLSM, de acordo com a solução mais ajustada para cada região.

3.2 Referenciação de utentes para as tipologias da infância e adolescência

As experiências piloto arrancaram com duas respostas em Barcelos (RTA/A e USO/IA) e duas respostas em Lisboa (RTA/A e USO/IA). As unidades de Barcelos, celebraram contrato em junho de 2017, mas a primeira admissão nestas unidades só aconteceu em fevereiro de 2018. Atualmente com 7 jovens na RTA/A (com capacidade para 7 utentes) e 5 na USO/IA (com capacidade para 10 utentes).

As unidades de Lisboa, assinaram contrato em dezembro de 2017. Nunca tiveram utentes referenciados para a USO/IA e no final de 2018 tinham admitido 5 utentes na RTA/A, tendo terminado os contratos durante 2019.

Nas reuniões realizadas pelo GT com os profissionais dos serviços de saúde mental da infância e adolescência da ARS Norte e ARS LVT, os principais motivos referidos, para o reduzido número de propostas para admissão, foram, a distância entre a Unidade Sócio-Ocupacional e os serviços referenciadores/residência dos utentes, e na RTA/A, a dificuldade no cumprimento dos critérios de referenciação e a aplicação do conceito de doença mental grave na área da infância e adolescência.

Nas reuniões do GT e da ECR LVT com as unidades de Lisboa, foi estabelecido um modelo de articulação entre os serviços de SMIA e a equipa das unidades com o objetivo de facilitar a referenciação possibilitando o esclarecimento de dúvidas e ultrapassar obstáculos. A medida inicialmente resultou, permitindo as primeiras admissões, mas posteriormente não teve desenvolvimento.

Na região Norte, após as reuniões iniciais do GT e da ECR Norte com as entidades referenciadoras, para esclarecer os objetivos das tipologias disponíveis e o processo de referenciação, e para perceber as dúvidas e dificuldades sentidas pelos técnicos, a ECR Norte, a própria entidade prestadora (IPSS Recovery) e a ECL de Braga, tiveram várias iniciativas que ajudaram a dinamizar a referenciação. A proposta de alteração da metodologia de avaliação das crianças e jovens, a mobilização dos técnicos referenciadores e da articulação destes com as equipas das unidades e o acompanhamento proativo dos processos, contribuiu para aumentar o envolvimento dos intervenientes no processo de referenciação.

Atualmente, são ainda identificados vários constrangimentos no desenvolvimento das unidades e na constituição das suas equipas, mas também nos serviços e dos profissionais que podem referenciar para CCISM/IA:

- Nos serviços referenciadores de SMIA identificam-se as mesmas dificuldades encontradas nos serviços de adultos, com um obstáculo relevante, o reduzido número de profissionais

com experiência nesta área. Tal como nos adultos, é considerado pelos técnicos que podem referenciar, que estas tipologias se destinam a situações limite, o que neste caso pode ser condicionado pela alínea d), ponto 1, do artigo 44º, da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, sobre os critérios de admissão para as RTA, ao referir: “Situação clínica refratária, total ou parcialmente, a outras modalidades de intervenção pedopsiquiátrica, quer em ambulatório, quer em internamento”.

- Dúvidas conceptuais, entre os psiquiatras de SMIA, sobre a pertinência das tipologias propostas, objetivos e respetivas causas de solicitação.
- Dificuldade em referenciar jovens com o perfil definido para a tipologia RTA/A, sendo evidente que frequentemente os jovens apresentam quadros clínicos com sintomatologia que invade diferentes espaços nosológicos.
- A comparticipação elevada das famílias e a não disponibilização de medicamentos, tal como nas tipologias de adultos, referida como discriminatória em relação a outros recursos da saúde e sociais.

A equipa da RTA/A e em particular a equipa da USO/IA, sustentam que a demora entre sinalização e referenciação não é condicionada pela localização das unidades ou pela falta de candidatos a estas respostas, justificando a sua avaliação com a existência de vários jovens sinalizados por equipas técnicas de apoio aos tribunais (EMAT), equipas do ensino especial (EMAEI) e equipas das comissões de proteção de crianças e jovens (CPCJ).

Por outro lado, os técnicos referenciadores atribuem o período prolongado para a avaliação das situações pela psiquiatria da infância e adolescência, à necessidade de formular um diagnóstico e apurar as necessidades do utente e família, o que determina a programação de várias consultas. Mas sendo reduzido o número de profissionais de SMIA, o intervalo entre consultas é necessariamente mais prolongado.

A falta de informação/formação dos profissionais, à semelhança do referido para os serviços de adultos, pode ser compensada com uma estratégia sobreponível. Mais complexo será lidar com a organização dos serviços e ajustar o processo de referenciação à realidade atual nos SMIA, uma vez que a falta de profissionais em alguns serviços, compromete a utilização do modelo de referenciação com base numa equipa multidisciplinar, tornando-a mais morosa e centralizando o processo no pedopsiquiatra.

Mas a grande dificuldade, encontra-se na falta de convergência dos técnicos sobre os pressupostos do modelo de CCISM para a infância e adolescência, assunto a que voltaremos adiante.

3.3 Adaptação do sistema de informação da RNCCI

O sistema de informação de gestão da referenciação da RNCCI, permite o registo de informação inerente a todas as fases do circuito de admissão e referenciação de utentes na Rede. Este sistema de registo de informação é indispensável para assegurar a qualidade da referenciação e a monitorização do fluxo de registos e indicadores associados ao desempenho da RNCCI.

Com o desenvolvimento das novas tipologias de saúde mental, o sistema de informação da RNCCI teve de enquadrar novas necessidades de registo e de monitorização dos cuidados.

No âmbito das suas competências, a ACSS acompanha o desenvolvimento do SI RNCCI, tendo assim a seu cargo a tarefa de assegurar a concretização das novas funcionalidades, no âmbito do contrato programa com a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS).

Neste sentido, desde abril de 2016 foram realizadas propostas de alteração ao SI RNCCI e a partir de início de 2017, ocorrem diversas adaptações:

- Criação de episódio de saúde mental (SM) e tipologias de SM;
- Introdução dos critérios de admissão para as tipologias de CCISM;
- Módulo para classificação da funcionalidade - SM;
- Módulos de avaliação de crianças e adolescentes;
- Módulo para registo de intervenção em ambulatório – registo da atividade para efeito de faturação das Unidades Socio-Ocupacionais (USO) e das Equipas de Apoio Domiciliário (EAD);
- Módulo de avaliação médica - inclusão de campos para caracterização da situação clínica (áreas de compromisso funcional; objetivos pretendidos com o projeto de recuperação; adesão ao projeto/regime terapêutico; antecedentes pessoais e familiares relevantes: dados decorrentes da avaliação de fatores de risco adicionais).
- Módulo de avaliação de enfermagem - inclusão de diagnósticos e intervenções de enfermagem ajustados à saúde mental e psiquiatria.
- Módulo de avaliação social - inclusão de campos para caracterização da escolaridade (estabelecimento de ensino frequentado; assiduidade; caracterização do percurso escolar; medidas de promoção e proteção) e registo de figuras de referência.
- Módulo de episódio - inclusão de campos para identificação do terapeuta de referência e contactos.
- O módulo de visitas para as equipas de apoio domiciliário (EAD);
- Cálculo da taxa de ocupação nas Unidades Socio Ocupacionais (USO) e equipas de apoio domiciliário (EAD);
- Módulo de contactos privilegiados - introdução de campos para registo da situação jurídico-civil;
- Criação de relatórios específicos para a monitorização dos CCISM;
- Módulo para o registo do Plano Individual e Intervenção (PII), com possibilidade de tornar-se num projeto alargado a todas as tipologias da RNCCI.

A interoperabilidade entre S-Clínico e SI RNCCI, um trabalho em curso, será certamente uma mais-valia para os profissionais do SNS e da RNCCI. Aguarda-se que seja concretizada esta melhoria na relação entre sistemas de informação, pois facilitará o processo de referenciação, reduzindo redundância nos registos e o tempo necessário para o concretizar.

Apesar do ritmo de integração destas funcionalidades ter aumentado no último ano, a demora inicial nesta adaptação foi um fator dissuasor da referenciação, na medida em que os profissionais desta área não tinham tido contacto prévio com o SI RNCCI ou com um sistema de referenciação semelhante. Não tendo espaço próprio para registo ou não se identificando com a informação disponível no SI RNCCI, os profissionais eram orientados para situações improvisadas de registo que aumentavam o tempo necessário para a referenciação, acentuando a resistência a um novo processo de referenciação.

3.4 Articulação SLSM-UCCI

As UCCIs desenvolvem um trabalho de complementaridade ao acompanhamento realizado pelos serviços de saúde mental e psiquiatria, numa lógica de continuidade de cuidados. O acompanhamento dos utentes que se encontram na Rede não deve ser descontinuado pelos serviços, mas sim assegurado, junto do utente, família e unidade de CCISM, mantendo o seu comprometimento no processo reabilitativo e garantindo que a pessoa, temporariamente na RNCCI, tem os melhores cuidados em cada momento do seu percurso.

Ainda que esta articulação esteja considerada no art.º 7º do Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro, a sua redação deve ser mais clara quanto à responsabilidade do SLSM no acompanhamento dos seus utentes e operacionalização da articulação.

Mais de metade das unidades respondentes (9 em 15) ao questionário efetuado em 2018, referem não existir articulação entre a equipa da unidade de CCISM e os serviços que referenciam e acompanham os utentes ou seja, ausência de procedimentos de articulação para discussão das situações referenciadas e acompanhamento dos utentes.

A ausência de articulação formal tem impacto a diferentes níveis, entre outros:

- diminui a qualidade da referenciação (e.g. referenciação de utentes que não apresentam critérios para a tipologia);
- diminui a confiança das UCCI para receber utentes com critérios não evidentes para a unidade (menos estáveis ou com perfis nosológicos não claros);
- não incrementa qualidade à intervenção da unidade de CCISM;
- não protege os restantes utilizadores da UCCI.

As ECR e as ECL, têm procurado promover a comunicação e desenvolver procedimentos de articulação formal entre os serviços de psiquiatria de adultos, da infância e adolescência e as unidades de CCISM. No entanto, a articulação entre estes intervenientes nos cuidados, ainda está longe da situação desejável.

A identificação dos elementos de referência nos serviços, e a partilha desta informação com as unidades de CCISM, é uma das medidas que a ECR Norte está a implementar, pensando-se que a proposta da Comissão/PNSM, para a nomeação de elementos nos serviços responsáveis por dinamizar a referenciação, possa também aqui, dar um contributo.

A articulação entre UCCIs e Cuidados de Saúde Primários, precisa igualmente de ser aprofundada.

Em alguns ACES, a colaboração não se orienta pela continuidade de cuidados, existindo dificuldade no atendimento dos utentes das tipologias de CCISM, designadamente quando se encontram longe da sua residência habitual e precisam de uma inscrição temporária para poderem utilizar os recursos de saúde mais próximos em situação urgente ou programada.

Noutros ACES, o aparente défice de informação sobre as tipologias de saúde mental, não contribui para a clarificação do seu papel na continuidade de cuidados, limitando a colaboração com as tipologias.

Se no primeiro exemplo a solução desenvolvida foi institucional, tendo-se envolvido a ARS e os elementos da ECL na procura de um compromisso com a Direção do ACES, no segundo exemplo a estratégia deve passar por mais informação aos profissionais do ACES.

4. Tipologias de CCISM

A maior parte das tipologias de adultos têm como referência as unidades criadas com o Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho. Assim sendo, as entidades que participaram nas experiências piloto, principalmente as que já tinham experiência prévia nesta área, deram um contributo efetivo para uma análise crítica destas respostas.

Tipologias como a RAMa, RAMo, RA e USO não trouxeram alterações significativas quanto ao perfil de utente. São clarificados os serviços, reforçadas as equipas, acentuado o foco na reabilitação por objetivos e introduzidas mudanças organizacionais que permitem a monitorização e o acompanhamento das unidades, dos processos de reabilitação e um novo modelo de faturação.

A RTA apresenta algumas diferenças, nomeadamente a possibilidade de receber utentes em fase de estabilização da situação clínica por um período máximo de 12 meses.

As equipas que integram as novas tipologias, como a EAD ou as tipologias dirigidas aos mais jovens, tiveram um desafio mais exigente de adaptação destas unidades ao que é solicitado pela legislação dos CCISM e, de complementaridade com os serviços existentes no serviço nacional de saúde.

4.1 Residências, unidades e equipas

Reconversão das unidades criadas ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho

Um dos objetivos do período de experiências piloto seria consolidar um modelo para a reconversão destas respostas.

No entanto, a reconversão das unidades que já se encontravam em funcionamento tem apresentado alguns desafios e obrigado à adequação dos procedimentos e documentos orientadores.

As unidades em processo de reconversão ou que de acordo com o art.º 5º da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, terão de adequar as suas instalações em futuros processos de reconversão, enfrentaram um programa funcional (PF) com requisitos técnicos para as instalações, demasiado exigente.

Efetivamente, muitas das unidades que estão abrangidas nesta determinação, as criadas ao abrigo do referido Despacho Conjunto, funcionam em instalações com condições de menor exigência, por vezes sem garantir a acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida. A adaptação é por vezes complexa, o que justificou o trabalho de adequação do PF, anteriormente referido.

Apesar destas adaptações, deve ser assegurada a continuidade de cuidados aos utilizadores destas unidades, o que determinou que muitos dos utentes nelas permanecessem mesmo quando o seu perfil não era o mais indicado para a tipologia. Nesta circunstância optou-se por referir a discrepância nos registos de referência e manter o utente na unidade, ainda que as equipas que os acompanham devam construir com o utente um Plano Individual de Intervenção (PII) que inclua o objetivo de encontrar a resposta mais adequada;

Uma das condições dos CCISM é o acompanhamento efetivo por técnicos dos serviços de saúde mental e psiquiatria ou por psiquiatra privado, condição que nem sempre esteve presente nas respostas reconvertidas até à data deste relatório, onde alguns utentes não estavam a ser

acompanhados por médico psiquiatra. Nestas situações optou-se por solicitar ao SLSM da área da UCCI, a avaliação e acompanhamento da pessoa.

Residência de Apoio Máximo (RAMa) e Residência de Apoio Moderado (RAMo)

As RAMa são residências destinadas a pessoas com grau elevado de incapacidade psicossocial e as RAMo a pessoas com grau moderado de incapacidade. Esta distinção implica a avaliação da funcionalidade e uma perspetiva de evolução da situação do utente que nem sempre pode ser exata, o que levanta algumas dificuldades na decisão sobre a melhor resposta para alguns utentes.

Têm, no entanto, sido as tipologias com maior número de referenciações.

As RAMa, têm recebido utentes mais idosos, com períodos prolongados de internamento nas instituições, associando já evidente défice cognitivo, para os quais a perspetiva de recuperação e reintegração na vida ativa é reduzida, valorizando-se essencialmente, diminuir o ritmo de progressão da incapacidade e melhorar a qualidade de vida, como preconizado no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro.

Esta é a tipologia que pode responder ao desafio da desinstitucionalização dos utentes com longos períodos de internamento, à semelhança do realizado com os últimos utentes do Hospital Miguel Bombarda (HMB). No entanto, não deve ser vista como uma resposta definitiva mas um espaço para trabalhar outras soluções sociais ou de apoio ao cuidador, quando existe condição da pessoa para usufruir dessa proposta.

Foram desenvolvidas duas unidades RAMa.

A RAMa da AEIPS (Lisboa), já se encontrava em atividade com base no modelo de CCISM desde 2011, ano em que recebeu os últimos utentes do H. Miguel Bombarda, em resposta a uma solicitação do Ministério da Saúde. Até celebrar o atual contrato, esta unidade recebeu um pagamento com base num valor de referência superior ao determinado pela Portaria n.º 183/2011 de 5 de maio, o que tem provocado dificuldade em gerir os compromissos de funcionamento da residência.

Foi desenvolvida outra RAMa no Hospital Conde Ferreira (Porto). Não tendo esta residência critérios para integrar os CCISM tal como regulamentado na legislação, definiu-se um objetivo distinto, implementar em contexto institucional psiquiátrico tradicional os princípios da intervenção previstos para as restantes tipologias de saúde mental da RNCCI. O objetivo nesta unidade é encontrar uma solução mais qualificada em instituições com utentes com internamento prolongado, enquanto se promovem outras respostas na comunidade.

No entanto, a residência atual encontra-se a funcionar num espaço partilhado com outra unidade de internamento, sem limites claros, com espaços comuns (ex. refeitório, salas de atividades), e apresenta espaços individuais descaracterizados. A equipa é igualmente partilhada, o que parece não facilitar a individualização dos cuidados.

Os utentes destas unidades apresentam funcionalidade muito reduzida e baixa expectativa reabilitativa. Na RAMa do Hospital Conde Ferreira, alguns utentes são mais jovens (faixa etária 30-50) mas o objetivo indicado ou pressuposto na referenciação é a institucionalização, o que torna a saída dos utentes difícil e a perspetiva de vaga a médio prazo improvável.

Podendo ser esta a tipologia para acolher os utentes com internamento muito prolongado que se encontram em instituições do SNS, habitualmente designados por “residentes”, é imperioso ponderar a estratégia de utilização deste recurso. Se por um lado a humanização dos cuidados e a

criação de um ambiente que possibilite o trabalho com a funcionalidade remanescente e melhor qualidade de vida é um imperativo e uma obrigação do Estado, por outro existem atualmente cerca de 420 residentes em serviços do SNS.

A possibilidade desta resposta ser dirigida a pessoas com doença mental grave, passará por critérios de referenciação mais claros, incluindo a avaliação psiquiátrica da pessoa de modo a apurar se a exigência de cuidados se adequa à utilização de um recurso diferenciado, como se pretende que as residências de CCISM sejam, ou a respostas sociais tipo ERPI. Mantendo a situação atual, não existirá capacidade para responder ao número de utentes “residentes” que atualmente existem nos serviços do SNS e setor convencionado.

Foram celebrados 3 contratos para RAMo.

A primeira residência, cujo contrato foi celebrado com a Associação Quinta das Pontes (QP) em Penela, atualmente com capacidade para 8 utentes, tem reportado dificuldades na implementação do projeto reabilitativo, relacionadas em grande medida com a ausência de recursos facilitadores, tal como, recursos na área da habitação designadamente no acesso a habitação independente ou na recuperação de habitação própria, dificuldade no acesso a alternativas profissionais, ausência de alternativas sociais para acompanhamento pós saída da RAMo. Situação agravada pelo contexto em que se encontra a unidade.

O segundo contrato, com capacidade para 10 utentes, foi celebrado mais de um ano após o primeiro, em setembro de 2018 com a AEIPS, em Lisboa. Tal como a Associação QP, a equipa da AEIPS salienta a dificuldade no acesso a recursos reabilitativos, designadamente na área da habitação, mas acompanham igualmente a Associação QP na referência ao impacto do reduzido rendimento dos utentes no processo reabilitativo, impedindo o acesso a recursos na comunidade bem como, a ausência de uma retaguarda familiar em muitas das situações.

Um terceiro contrato foi celebrado no Alentejo, Montemor-o-Novo, com o Hospital S. João de Deus, para 10 utentes. A dificuldade em adaptar as instalações ao Programa Funcional, permanece até à data, o que impede o início da atividade.

Residência de Treino de Autonomia (RTA)

Residência para utentes com necessidade de intervenção intensiva, preferencialmente para permanência de curta duração. É a única residência de adultos com um período máximo de permanência definido (12 meses), e não contempla possibilidade de prorrogação.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 8/2010, esta residência pode admitir utentes em “fase de consolidação da estabilização clínica e início do processo de reabilitação psicossocial, na sequência de internamento hospitalar...” (n.º 3, artº 10º),

O enquadramento desta tipologia, indica que a sua finalidade seria responder à pressão de admissão de novos utentes nos serviços de psiquiatria, por via de uma solução de transição pós alta, com monitorização e reabilitação psicossocial intensiva realizada num período de curta e média duração. No entanto, os projetos reabilitativos têm ultrapassado os 12 meses, com autorização de prorrogação da permanência na RTA.

Convém clarificar que existindo dois contratos para esta tipologia, uma das unidades, a RTA da ARIA em Lisboa, é uma reconversão de uma unidade de vida protegida (UVP), criada no âmbito do

Despacho Conjunto n.º 407/98 de 18 de junho, com utentes que não apresentam as condições exigidas para uma tipologia RTA. A experiência esteve desde início comprometida, embora, tal como preconizado, a equipa procurou ajustar-se ao determinado para uma RTA. Os utentes tiveram uma revisão do seu PII no sentido de perceber se existiam melhores alternativas de reabilitação, mas sem grande possibilidade de alterar o percurso reabilitativo da maior parte dos utentes, pelo que se deve ponderar a possibilidade de reconversão para outra tipologia mais ajustada ao perfil dos utentes.

A outra RTA, do ISJD no Telhal, iniciou a atividade em dezembro de 2017, e os primeiros utentes foram admitidos em março de 2018.

A ausência de recursos que possibilitem ultrapassar rapidamente alguns obstáculos na reabilitação e permitam a saída do utente da unidade, tem sido a maior dificuldade sentida por esta equipa, designadamente em áreas como a resposta habitacional, o emprego e a formação profissional. Também nesta unidade, se percebe a dificuldade de integração na comunidade resultante do reduzido rendimento disponível de alguns utentes.

O contributo desta experiência piloto, em particular na unidade do Telhal, indica a necessidade de maior intervenção das tutelas e de outros parceiros institucionais, no sentido de maior flexibilização na mobilização de instrumentos que apesar de disponíveis são de difícil aplicação nesta área de cuidados (e.g. emprego).

A não contemplação da prorrogação de permanência nesta unidade, pode criar impasse na decisão em situações que ultrapassem esse período. Por essa razão, apesar de não ser desejável que essa meta seja atingida, a possibilidade de prorrogação da permanência deve existir. Os momentos de prorrogação podem representar uma oportunidade para reflexão sobre o processo de reabilitação.

Residência Autónoma (RA)

Estão em funcionamento 4 residências autónomas, sendo uma delas uma reconversão.

As dificuldades apontadas são coincidentes com as apresentadas pelas equipas das tipologias anteriormente analisadas, ou seja, o acesso a recursos reabilitativos na área da habitação, emprego, e recursos na comunidade, neste caso, mais evidente nas unidades situadas em comunidades de menor dimensão. Acrescenta a estas, as habitualmente relacionadas com a doença mental grave, como a ausência de uma estrutura familiar que sirva de recurso, e o rendimento exíguo.

Na referenciação, vários utentes apresentavam incapacidade psicossocial que não se ajustava ao pretendido para a tipologia RA, o que dificulta a integração das pessoas, ou no caso da unidade reconvertida, obrigou a transferência para tipologia RAMo.

Existe igualmente a evidência de que o valor pago por utente é insuficiente para assegurar todos os serviços que a tipologia enquadra. Este valor deve ser revisto no âmbito de uma revisão da Portaria de preços, que foi definida para as experiências piloto de CCISM, em 2011.

Residência de Treino de Autonomia + USO e Residência de Apoio Moderado + USO

Estas tipologias não foram implementadas e não são consensuais quanto à sua efetividade na reabilitação das pessoas com doença mental grave. A utilização simultânea de unidades de CCISM, determina que a pessoa passe maior parte do seu dia em contextos terapêuticos, entre pares,

reduzindo a oportunidade de inclusão na comunidade. As alternativas fora do contexto das unidades devem ser incrementadas.

No entanto, em certas localidades onde a oferta de alternativas na comunidade é reduzida, ou mesmo numa fase inicial e transitória de integração ao projeto reabilitativo, pode existir vantagem em utilizar outra unidade (e.g. USO) como plataforma para acesso aos recursos da comunidade.

Deste modo, a utilização simultânea de mais de uma equipa de CCISM deve considerar, as condições específicas decorrentes da situação da pessoa, e se a limitação dos recursos na comunidade onde se localiza a unidade, impõe esta solução.

Unidade Sócio Ocupacional (USO)

Estão em funcionamento 4 USO, 2 na região norte (Porto) e 2 na região centro (Coimbra e Oliveira de Frades). Uma das USO do Porto e a USO de Oliveira de Frades, são reconversões de unidades criadas ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98.

Estas unidades têm mantido taxas de ocupação muito distintas, determinadas pela continuidade da permanência de utentes, no caso das reconversões de unidade, mas também pela eventual diferença na interpretação e intervenção reabilitativa.

A USO tem por objetivo "...a promoção de autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e profissional." (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro). Esta finalidade, pressupõe que a USO represente um espaço de acolhimento, promotora de inclusão na comunidade, pelo que a permanência na unidade deveria ser progressivamente substituída pela utilização de outros recursos na comunidade, criando oportunidades para que a pessoa com doença mental grave interaja com pessoas sem problemas semelhantes, contribuindo desse modo para uma integração efetiva e para a redução do estigma e discriminação.

Este será igualmente o objetivo principal das restantes tipologias de CCISM, com as necessárias adaptações às dificuldades psicossociais que a pessoas apresenta e suas expectativas, mas com uma expressão mais acentuada na tipologia USO.

No entanto, verificou-se, uma evolução da permanência dos utentes muito distinta entre unidades. Algumas USO têm programas de permanência na unidade 5 dias por semana para quase todos os seus utentes, sem utentes que terminassem/interrompessem o seu projeto. Noutra USO, no mesmo período, mais de 20 utentes terminaram/interromperam o seu projeto e a permanência semanal dos utentes foi variável ao longo da sua permanência na unidade. O segundo exemplo ajusta-se mais à dinâmica expectável para esta tipologia, uma vez que os projetos são contratualizados entre utente e equipa de acordo com as necessidades do primeiro, e estas são diariamente influenciadas, muitas vezes por subtilezas da própria vida de relação ou pela evolução da situação clínica. Ainda que existam utentes que precisam de apoio diário e prolongado, a progressiva diminuição da presença do utente na USO em prol da utilização de outros recursos na comunidade deve ser a realidade mais frequente nesta tipologia, porque representa a transição para uma outra forma de suporte mais saudável.

Uma variável que pode influenciar a forma de apoio que esta tipologia pode oferecer, é o contexto onde está inserida. Durante este período de experiência piloto, compreendeu-se que a atividade de uma USO em meio rural e em meio urbano, pode determinar projetos de integração distintos. Projetos que têm de acolher as expectativas de integração da pessoa, ajustados à realidade

cultural da comunidade e recursos disponíveis e mesmo, ao funcionamento do SLSM. Esta é uma reflexão a aprofundar.

Como referido anteriormente, o descrito parece em parte determinado pela perspetiva que as equipas das USO têm do seu papel no projeto reabilitativo, e este entendimento deve ser explorado e trabalhado pelas ECR, mobilizando a partilha de experiências e de resultados.

Existe igualmente um fator importante a condicionar o desempenho das USO. As unidades em desenvolvimento, tanto de adultos como para jovens, apresentam um critério de permanência (permanência mínima de 3 dias na USO e 2 dias na USO/IA), que pode perverter o processo de reabilitação e não responder a diferentes necessidades de intervenção, uma vez que a permanência é assumida como presença na unidade e é esta presença que se traduz na faturação.

Por outro lado, o pagamento da atividade da USO apenas condicionado à presença efetiva na unidade, é muito redutor da atividade que pode ser desenvolvida por estas unidades.

Torna-se, pois, necessário, rever o critério de permanência inscrito na Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, e redefinir o modelo de pagamento, eventualmente através da designação das atividades elegíveis para pagamento, bem como a forma de as monitorizar e validar pelas ECL.

Avariável com maior influência no acesso a este recurso, que limitou o número de referenciações mantendo taxas de ocupação mais baixas em algumas unidades, foi sem dúvida a localização das unidades. Não é claro que possam existir outros motivos para a reduzida referenciação, designadamente, relacionados com a maior pressão nos serviços referenciadores para dar alta a utentes com internamentos mais prolongados, menor funcionalidade ou carência de condições habitacionais e familiares, no entanto, a acessibilidade teve influência evidente nas tipologias de adultos e da infância. A distância dos serviços referenciadores e/ou habitação do utente, bem como a disponibilidade e custos com transportes, foram os principais obstáculos na adesão a este recurso.

Equipa de Apoio Domiciliário (EAD)

A EAD é uma resposta que permite o acompanhamento da pessoa na sua habitação e contexto habitual, e por isso é considerada atualmente a melhor resposta reabilitativa e a de maior satisfação dos utentes. A sua mobilidade e flexibilidade de resposta a diferentes necessidades dos utentes, das suas famílias e cuidadores informais, representa uma alternativa efetiva em localidades com menor disponibilidade de recursos, designadamente na área da saúde mental.

No entanto, continua a ser a tipologia que mais dúvidas tem provocado nos profissionais que referenciam para CCISM, quanto à compreensão do seu objetivo, serviços e complementaridade com as Equipas de Saúde Mental Comunitárias (ESMC).

Existem 3 EAD em desenvolvimento.

Na região Norte, a EAD IHSCJ (Braga), já realizava trabalho semelhante, e não existindo equipa de saúde mental comunitária na região, a EAD assume algumas funções que deveriam ser competência de uma equipa de psiquiatria do SNS, o que pode justificar que as questões anteriormente referidas sobre a complementaridade entre esta equipa e a ESMC, não estejam muito presentes.

Na região Centro, onde tem existido grande investimento na dinamização das ESMC/USMC, os serviços veem estas EAD como sobreponíveis e, até final de 2019, apenas existiu um utente admitido na EAD FBS (Coimbra).

Na Região de LVT, existem igualmente várias ESMC em funcionamento. Depois de um período inicial sem referências a EAD da ARIA (Lisboa) tem admitido utentes, embora nunca atingindo o máximo da sua capacidade. Também nesta região têm sido colocadas questões sobre a complementaridade entre estas equipas e, mesmo com a resposta social, serviço de apoio domiciliário (SAD).

Sendo necessário clarificar o que é pretendido com esta tipologia e qual a complementaridade possível com as ESMC, foi elaborado um documento de enquadramento da EAD (Guia de Apoio ao Desenvolvimento da Equipa de Apoio Domiciliário de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental), que pretendeu igualmente, estimular a reflexão e o contributo sobre a intervenção da EAD.

As EAD funcionam com base num plano de visitas mensal (PV), definido de acordo com os objetivos e atividades contratualizados com os utentes, podendo ser alterado sempre que se justifique. O PV é importante para o cálculo da comparticipação do utente e permite, se devidamente planeado, a previsão da capacidade disponível da equipa e informação relevante para as entidades referenciadoras e ECLs.

Juntamente com as USO, são tipologias com um modelo de cálculo da faturação distinto do que acontece nas restantes tipologias da RNCCI, o que obrigou a adaptação do SI RNCCI a esta circunstância.

Durante as experiências piloto, foi permitida uma gestão flexível do número de visitas, que na EAD é limitada a um número máximo de 8 visitas diárias, de acordo com a Portaria 183/2011, de 5 de maio. Esta limitação não permitia flexibilidade na gestão da atividade e adaptação à disponibilidade dos utentes/famílias. Durante este período, o número máximo de visitas diário foi substituído por um valor máximo mensal, claramente mais ajustado ao funcionamento das equipas e que é proposto como alteração em sede de revisão da Portaria regulamentar.

O desenvolvimento destas equipas no Alentejo e no Algarve não foi possível, mas o seu desenvolvimento em particular na região Alentejo permitiria avaliar o peso da variável deslocação no desempenho da EAD.

Tipologias da infância e adolescência

Como anteriormente referido, das 4 unidades que celebraram contrato, permanece em atividade uma RTA/A e uma USO/IA da IPSS Recovery em Barcelos.

A experiência com estas unidades permitiu alguma evidência. As dificuldades no processo de referência foram anteriormente abordadas, mas em relação ao funcionamento outros aspetos devem ser destacados.

A gestão da relação com o sistema judicial tem sido referida como difícil, existindo muita pressão dos tribunais para a admissão de jovens com medidas compulsivas, para as quais estas respostas não estão adaptadas. Esta dificuldade, foi acentuada nas reuniões com as equipas da USO/IA e da RTA/A da IPSS Recovery (Barcelos), alertando para o risco que acresce para os restantes utentes e para os técnicos das unidades.

As equipas salientaram ainda, como constrangimento ao seu desempenho, a ausência de supervisão clínica, que deve existir nestas tipologias. Devido ao reduzido número de profissionais com experiência clínica nesta área de cuidados, não tem sido possível assegurar este suporte. A ECL de Braga que acompanha estas unidades, não tem por competência realizar esta supervisão, e entende que a sua avaliação da evolução dos projetos é dificultada por não ter elementos com competência clínica para o efeito. É, pois, necessário definir procedimentos mais ajustados ao acompanhamento das unidades para crianças e adolescentes.

Mas a grande dificuldade, encontra-se na falta de convergência dos técnicos sobre o modelo de desenvolvimento destas respostas o que provoca muita incerteza sobre o caminho a percorrer.

Em fevereiro de 2017, antes do início das experiências piloto, antecipando as dificuldades que se previam, a equipa de acompanhamento reuniu um grupo de técnicos desta área para refletirem acerca destas respostas e analisarem o processo de referenciação e funcionamento das equipas (fluxograma, avaliações para a referenciação, acompanhamento dos projetos reabilitativos, indicadores...). Resultou desse trabalho, uma melhor definição do processo de avaliação e referenciação, mas não foi possível consolidar um pensamento sobre as tipologias.

Na segunda prorrogação do período de experiências piloto, mantendo-se a falta de consenso sobre o modelo de CCISM para a infância e adolescência, decidiu a Comissão, constituir um grupo de trabalho que revisse o modelo e elaborasse uma proposta com as adaptações necessárias. Foi constituído um grupo de trabalho com elementos com experiência nesta área de cuidados, envolvidos nas experiências piloto, para refletir sobre a situação e elaborar uma proposta que respondesse melhor às necessidades dos utentes considerando a capacidade do SNS. Integraram esse grupo de trabalho:

- António Nabais (enfermeiro, CHLC EPE - H. D. Estefânia, ECR LVT área SMIA);
- Carla Pereira (TSS, CHLO EPE – Serviço SMIA);
- Ester Martins (Psicóloga, ISS, I.P. – Unidade de Cooperação e Respostas Sociais);
- Feliciano Guimarães (médico, H. Braga EPE – Serviço SMIA);
- Helena Simões (Assistente Social, ISS, I.P. - Assessoria Técnica aos Tribunais e Acolhimento, da Unidade de Infância e Juventude) substituída por Paula Silva (Assistente Social, ISS, I.P. - Assessoria Técnica aos Tribunais e Acolhimento, da Unidade de Infância e Juventude);
- Marco Torrado (psicólogo, HGO EPE – Serviço SMIA)
- Otilia Queirós (médica, CH Porto EPE - Serviço SMIA, ECR Norte área SMIA);
- Teresa Goldschmidt (médica, CHLN EPE - Serviço SMIA, assessora do PNSM)

Este grupo de trabalho entregou à Comissão da RNCCI, um documento com as principais conclusões do grupo, do qual se salienta:

- As residências de CCISM IA, devem localizar-se preferencialmente na comunidade e destinam-se a desenvolver programas de reabilitação e integração psicossocial complementando, num ambiente protegido e estruturado, a prestação de cuidados de saúde mental, permitindo dar uma resposta mais efetiva no âmbito do suporte terapêutico e social, sempre com o envolvimento dos cuidadores de referência, com a finalidade de promover o regresso das crianças/adolescentes à comunidade de origem.

- No entanto, a Rede não pode constituir um último recurso para situações complexas, devendo ser enquadrada com as outras respostas existentes. Designadamente, assegurando a continuidade de cuidados através da complementaridade/articulação com as restantes respostas da saúde e as respostas sociais.
- Neste processo de recuperação da criança ou jovem, a integração na escola, independentemente da tipologia em que o jovem se encontre, é determinante, sendo necessário garantir que esta articulação é efetiva.
- O desenvolvimento da Rede deve ser centrado em 3 tipologias, com a USO a ser ainda objeto de maior reflexão:
 1. Equipa de Apoio Domiciliário (EAD)
 2. Residência de Treino de Autonomia tipo A (RTA/A), que, de acordo com a proposta abaixo, passaria a designar-se por RTA/IA
 3. Residência de Apoio Máximo (RAMa)

Para melhor utilização deste recurso, propõe-se ainda:

- A reavaliação da fórmula e critérios de cálculo da comparticipação familiar, uma vez que atualmente é fator de diminuição da adesão aos projetos nestas tipologias.
- Promover e reforçar a articulação entre CCISM IA e Gestores de Processo (CPCJ e EMAT), com o objetivo de melhorar o processo de sinalização e referência para CCISM, reduzindo a pressão dos tribunais para a admissão de jovens sem o perfil ajustado para as tipologias existentes e garantir a continuidade do acompanhamento dos jovens admitidos na Rede pelos Gestores de Processo.
- Promover a presença dos técnicos com formação em SMIA na Rede, de modo a conferir competências a estas equipas coordenadoras no acompanhamento das equipas de CCISM IA, designadamente na avaliação dos projetos reabilitativos.
- Determinar que a referência para tipologias IA, deve ser sempre precedida de proposta a serviço ou unidade de pedopsiquiatria do SNS.
- Considera-se que:
 - A tipologia RTA/B, não se enquadra na metodologia de intervenção mais ajustada às situações clínicas propostas para a RTA/B, pelo que se propõe que seja retirada da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, e da Portaria n.º 183/2011, de 5 de maio. Propõe-se em alternativa, a possibilidade de admissão na RTA/A de algumas situações de perturbação do desenvolvimento da personalidade, com exclusão das que curse com alterações disruptivas do comportamento e que se inscrevam em padrões de funcionamento anti-social e borderline, e, melhor análise da articulação dos serviços SMIA do SNS com as casas especializadas de acolhimento (e.g. LEJ) do ISS.
 - A tipologia RAMa/IA, deve responder a situações de perturbação do espectro autista e outras perturbações pedopsiquiátricas associadas a défice cognitivo moderado a grave, a

situações para descanso do cuidador (DC) e para o apoio à família, em articulação com o serviço de SMIA.

- A tipologia USO/IA, deve ser implementada em zonas com maior densidade populacional, acessibilidade garantida e proximidade de referenciadores que acompanham um número significativo de jovens.
- A tipologia EAD/IA, deve focar a sua intervenção em:
 - Situações clínicas de perturbações da ansiedade, do humor e do comportamento;
 - Perturbações da relação pais-criança;
 - Promoção da articulação com recursos na comunidade;
 - Acompanhamento e suporte na transição para a comunidade;
 - Trabalho específico com as famílias, incluindo as situações com progenitores portadores de doença mental.

4.2 Perfis profissionais e cargas horárias

Em relação às qualificações dos profissionais e respetivas cargas horárias, a maioria das UCCI considera-as ajustadas para assegurar os serviços tipificados para cada tipologia e para assegurar o cumprimento dos seus objetivos. No entanto, algumas das entidades prestadoras, assinalam que a diferenciação pretendida para estas respostas exige idêntica tradução na diferenciação técnica das equipas. A carga horária atribuída aos técnicos na Portaria n.º 68/2017, de 17 de fevereiro, deve substituir horas de cuidados prestados por auxiliares de ação direta e por monitores, por técnicos mais diferenciados e com maior experiência nesta área de cuidados, particularmente em reabilitação psicossocial, de modo a garantir maior efetividade na avaliação e na utilização do tempo para intervenção.

Sobre os perfis profissionais, surgiram algumas divergências ao proposto em Portaria. Por exemplo, é referido por uma equipa a necessidade de presença de enfermeiros e psicólogos na Residência Autónoma, uma tipologia destinada a pessoas com reduzido grau de incapacidade e intervenções de supervisão dirigidas às atividades instrumentais de vida diária, o que pressupõe menor presença de técnicos, em particular de técnicos da saúde. Noutra exemplo, é referido não ser necessária a presença de enfermeiros na Residência de Apoio Moderado e de enfermeiro especialista em saúde mental nesta tipologia e na Residência de Apoio Máximo, tipologias com serviços que incluem intervenções do âmbito da saúde nomeadamente “cuidados de enfermagem”.

Esta divergência pode estar relacionada com diferentes perspetivas da intervenção de cada técnico na tipologia e dos objetivos da própria tipologia, ou ainda com as características dos utentes que se encontram na unidade. Na primeira hipótese, seria pertinente aprofundar a discussão sobre este tema com as equipas das unidades de CCISM. Na segunda hipótese, deveria realizar-se a avaliação psicopatológica e funcional de cada utente que se encontra nestas tipologias, de modo a permitir identificar se as necessidades apresentadas configuram uma intervenção por especialistas em psiquiatria e saúde mental, ou se exige apenas recurso a profissionais de saúde não especializados ou com experiência noutra área de cuidados.

Aprofundar a informação sobre os utilizadores destas tipologias, permite olhar para os serviços, objetivos e perfis profissionais que melhor respondem às suas necessidades, e permite, igualmente, tornar mais objetivos os critérios para a referenciação.

É unanime entre todos os prestadores, que as cargas horárias definidas, têm de ser reajustadas e atribuído tempo para o exercício da direção técnica.

Outros aspetos referidos pelas equipas envolvidas nas experiências piloto.

- Necessidade de clarificação da designação “técnico da área de reabilitação psicossocial”, que consta na Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro;
- Necessidade de maior carga horária para atividades de maior intensidade/duração, como o acompanhamento do utente, o treino de competências, a articulação com outras entidades e respetivos registos, designadamente na EAD;
- Permitir, na RA, a presença de profissionais com outras formações, não apenas psicólogo e assistente social, e atribuir uma carga horária de acordo com os serviços exigidos nesta tipologia.

A maior parte das alterações aos perfis profissionais e cargas horárias, implica alteração legislativa, e tem impacto no cálculo do pagamento às unidades, como tal, estas áreas devem ser analisadas e vertidas numa proposta de alteração à portaria regulamentar e portaria de preços, para o que se torna necessário:

- reavaliar as qualificações profissionais exigidas, de acordo com os serviços e atividades realizadas, e com o perfil de funcionalidade dos utentes, indicado para cada tipologia. Exige melhor definição do papel dos profissionais em cada tipologia e eventual participação das respetivas Ordens e Associações;
- recolher informação sobre a carga horária necessária para as atividades por profissional de modo a permitir a sua adequação ao perfil de funcionalidade, número de utentes e intervenções realizadas em cada tipologia;
- afetar carga horária ao diretor técnico;
- reunir informação sobre despesas de funcionamento.

4.3 Comparticipação dos utentes

Estudo relativo à comparticipação de utentes e do ISS, IP nas Unidades dos CCISM.

4.3.1 Dados recolhidos pelo ISS, IP, relativos a janeiro de 2020

No âmbito das reuniões e visitas da Equipa de Acompanhamento das experiências-piloto de Saúde Mental, que os elementos do ISS, I.P acompanharam ao longo destes últimos meses, foi por inúmeras vezes levantada a questão dos valores de comparticipação dos utentes, tanto por parte das ECL, como das Unidades, como sendo este um fator associado à “não adesão” de alguns utentes ao processo psicossocial reabilitativo que os CCISM preconizam. É amplamente referido que se constata insuficiência de rendimentos dos utentes para se autonomizarem e utilizarem os meios da comunidade depois de efetuado o pagamento pela utilização da resposta.

Este tema, de certa forma encarado como um constrangimento, mereceu atenção e promoveu-se uma recolha de informação que sustentasse o que nos era reportado. Assim, recolhemos informação relativa a janeiro de 2020 contemplando todas as tipologias, utentes admitidos e que terminaram o seu projeto, por género e por faixa etária, e foi analisado de que forma os valores de participação se distribuem entre utentes e segurança social.

Solicitámos também que nos indicassem se algum utente não tinha sido admitido exclusivamente por motivos económicos, tendo-nos sido reportados 4 casos em todo o universo dos CCISM.

São estas as considerações que esta recolha de informação pretende evidenciar.

A amostra constitui-se por todo o universo dos CCISM, num total de 216 utentes (149 do sexo masculino (69%) e 67 do sexo feminino (31%)), com uma média etária de 50 anos, que integraram as unidades até janeiro de 2020, distribuídos na sua maioria em tipologias para adultos e com menor expressão nas tipologias da infância e adolescência, mantendo-se a tendência dos dados recolhidos em junho de 2018 para o anterior relatório de monitorização.

Os gráficos seguintes ilustram a distribuição percentual de utentes por tipologia e género e a média etária dos utentes por tipologia.

Gráfico 2. Distribuição percentual de utentes por tipologia

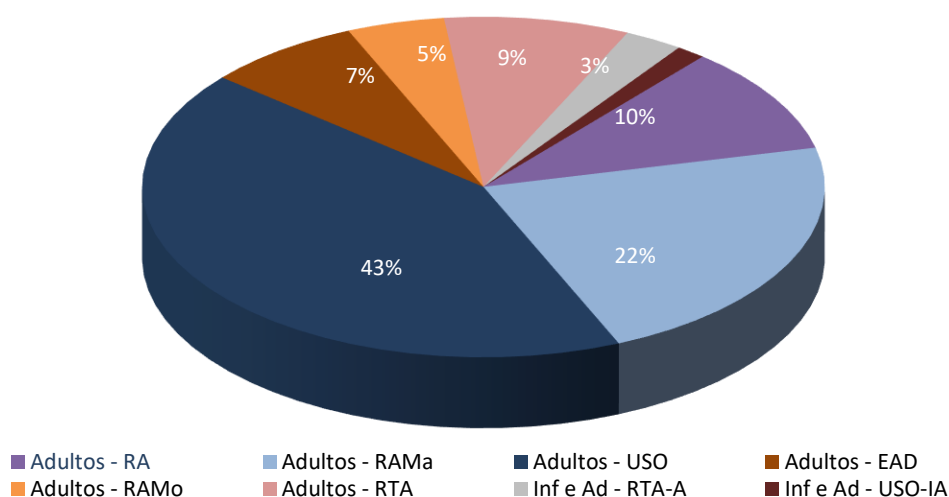


Gráfico 3. Distribuição percentual de género por tipologia

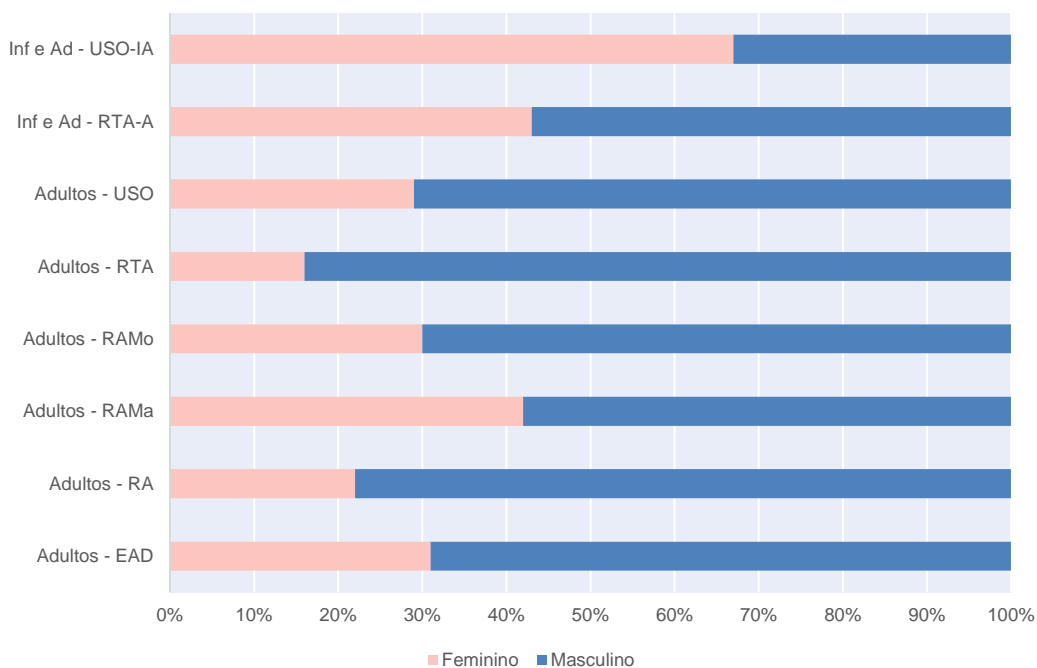
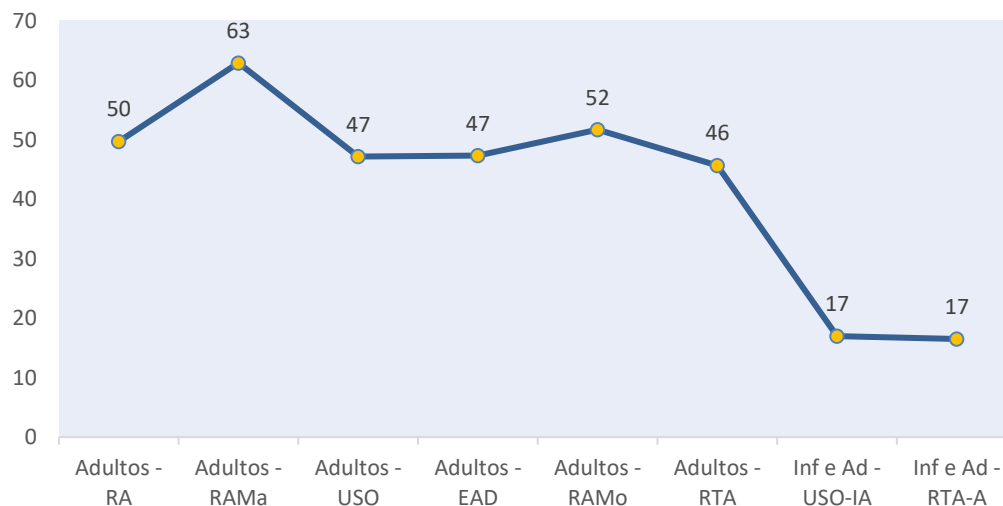


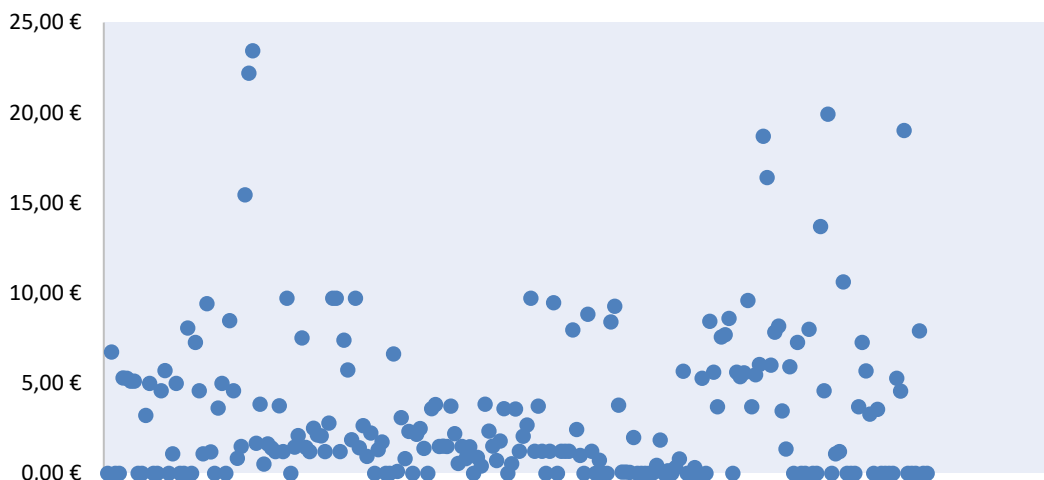
Gráfico 4. Distribuição da média etária por tipologia



Dos 216 utentes, apenas 19 (10%) apresentam rendimentos que permitam assegurar o valor diário sem o apoio do ISS, IP e a 197 (90%) é garantido apoio na comparticipação.

Os gráficos de dispersão seguintes ilustram a caracterização dos valores pagos pelos utentes e pelo ISS, IP e a comparação proporcional dos valores pagos em cada tipologia.

Gráfico 5. Distribuição do valor dia a pagar por utente

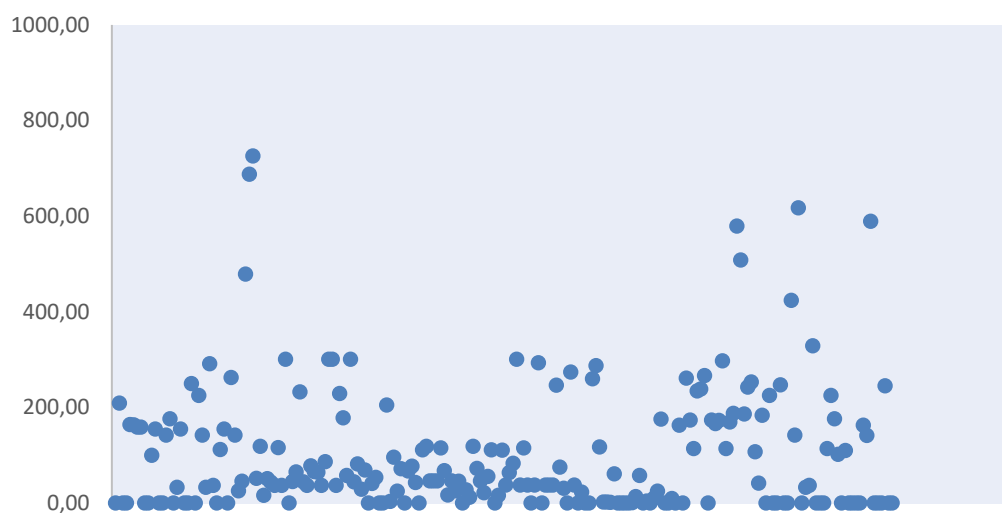


Este gráfico apresenta a distribuição do valor diário a pagar por utente, de todas as tipologias do universo dos CCISM, com uma média de 3,27 €.

Gráfico 6. Distribuição do valor dia participado pelo ISS, IP, por utente



Este gráfico apresenta a distribuição do valor diário participado pelo ISS, IP, a todos os utentes integrados nos CCISM em todas as tipologias, com uma média de 8,61 €.

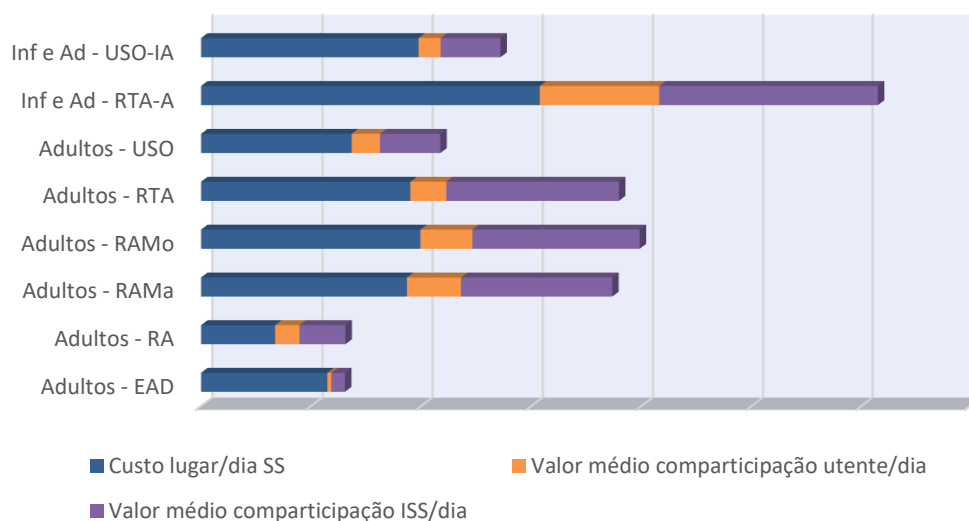
Gráfico 7. Distribuição do valor mensal a pagar por utente (31 dias)

Este gráfico mostra a distribuição do valor mensal a pagar por utente, em todas as tipologias, com uma média de 101,50 €.

Gráfico 8. Distribuição do valor mensal participado pelo ISS, IP, por utente

Este gráfico ilustra a distribuição do valor mensal participado pelo ISS, IP, por utente, em todas as tipologias, com uma média de 266,80 €.

Gráfico 9. Comparação proporcional dos valores médios diários pagos pelo utente e pelo ISS, IP, por tipologia



Neste último gráfico é visível a comparação entre a proporção do valor médio pago pelo ISS, IP e a proporção do valor médio pago pelos utentes integrados, face ao custo do lugar/dia.

Em termos de valores médios absolutos apresentamos o mapa infra, em que é possível verificar que o ISS, IP, assegura mais de 50% dos encargos de apoio social (utente/dia/visita), em todas as tipologias, face ao valor pago pelos utentes.

Quadro 2. Média dos valores médios diários e mensais pagos pelo utente e pelo ISS, IP, por tipologia

Da análise dos dados recolhidos constata-se que em termos percentuais, o ISS, IP assegura

Tipologia	Média de valor a pagar pelo utente/mês (31 dias)	Média de valor a pagar pelo utente/dia	Média de valor participação SS/mês (31 dias)	Média de valor participação SS/dia (31 dias)
Adultos - EAD	11,09	0,36	38,38	1,24
Adultos - RA	68,41	2,21	129,21	4,17
Adultos - RAMa	152,13	4,91	425,70	13,73
Adultos - RAMo	146,38	4,72	470,83	15,19
Adultos - RTA	101,40	3,27	485,60	15,66
Adultos - USO	79,87	2,58	169,49	5,47
Inf e Ad - RTA-A	335,89	10,84	617,68	19,93
Inf e Ad - USO-IA	61,83	1,99	168,58	5,44
Total Geral	101,50	3,27	266,80	8,61

grande parte do custo diário com os encargos de apoio social em todas dos CCISM, garantindo o apoio a 90% dos utentes integrados nas experiências piloto dos CCISM.

4.3.2 Comparação da comparticipação dos utentes nos CCISM - Respostas ao abrigo do Despacho n.º 407/98 de 18 de junho e da Portaria n.º 68/2017 de 16 de fevereiro

Este ponto tem como objetivo analisar o impacto financeiro no utente na reconversão das tipologias ao abrigo do Despacho n.º 407/98 de 18 de junho em tipologias dos CCISM, de acordo com da Portaria n.º 68/2017 de 16 de fevereiro.

A Portaria n.º 183/2011 de 5 de maio define os preços dos cuidados continuados integrados de saúde mental prestados pelas Unidades Residenciais, Unidades Sócio Ocupacionais e Equipas de Apoio Domiciliário, no âmbito das experiências piloto, estabelecendo-se a responsabilidade na repartição e assunção dos encargos pelas diferentes entidades envolvidas.

O preço para a prestação de CCISM compreende encargos com cuidados de saúde e com medicamentos, que são da responsabilidade do Ministério da Saúde, e encargos com os cuidados de apoio social, suportados pelo o utente, mediante a comparticipação da segurança social, sempre que houver lugar a tal.

A comparticipação da segurança social é determinada em função da condição de recurso do Decreto Lei n.º 70/2010, na sua redação atual e do Despacho Normativo n.º 14-A/2015 de 29 julho, que define as condições em que a comparticipação da segurança social é atribuída ao utente.

No âmbito das experiências piloto dos CCISM foram reconvertidas as seguintes 5 respostas:

- Unidades de Ambulatório

De Fórum Sócio Ocupacional (FSO) para Unidade Sócio Ocupacional (USO)

- AFUA (Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital Magalhães de Lemos) – Norte
- ASSOL (Associação Cultural e Recreativa de Oliveira de Frades) –Centro

- Unidades residenciais

De Unidade de Vida Apoiada para Residência de Apoio Moderado (RAMo)

- AEIPS (Associação para o Estudo e Integração Psicossocial) - LVT

De Unidade de Vida Protegida para Residência Treino de Autonomia (RTA)

- ARIA (Associação de Reabilitação e Integração da Ajuda) – LVT

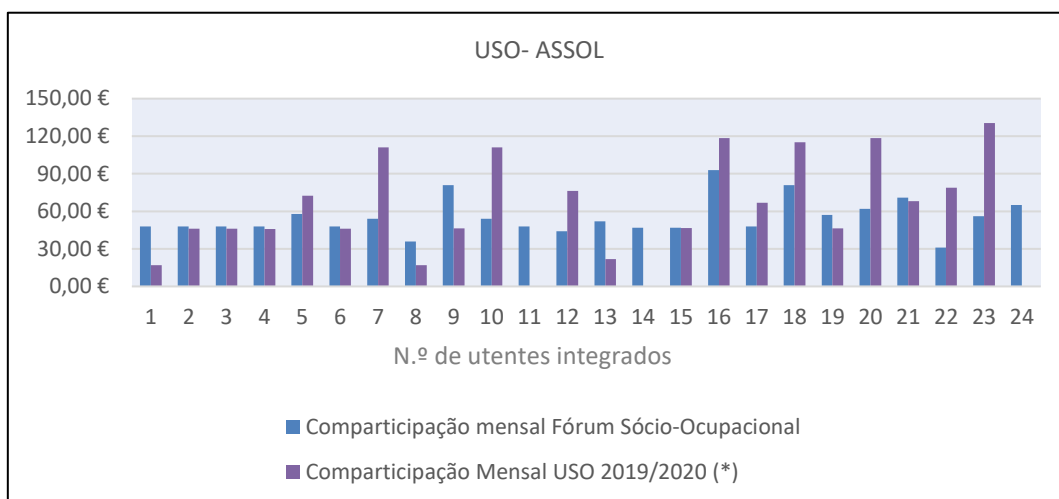
De Unidade de Vida Autónoma Para Residência Autónoma (RA)

- Comunidade Vida e Paz – LVT

Nesta análise foram considerados todos os utentes que transitaram das respostas existentes ao abrigo do Despacho n.º 407/98, de 18 de junho, para as presentes tipologias, num universo total de 60 utentes.

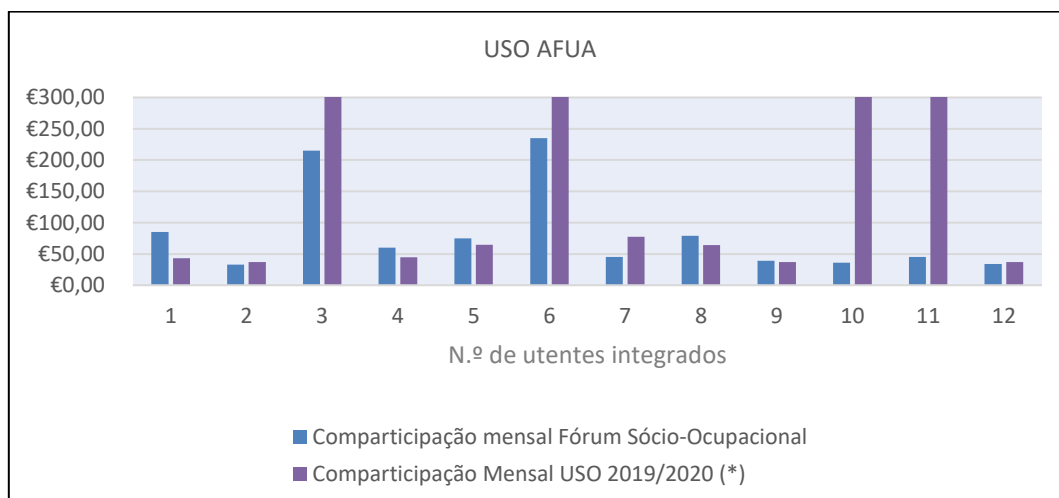
Unidades de Ambulatório

Gráfico 10. USO-ASSOL: Comparação proporcional da comparticipação mensal paga pelos utentes integrados no âmbito do Fórum Sócio Ocupacional e no âmbito da USO



O valor médio pago no âmbito das respostas do Despacho n.º 407/98 de 18 de junho é de 55,21€ oscilando entre 31 e 93€. Já no âmbito dos CCISM, a média do valor pago é de 60,28€, oscilando entre 0 e 130,46€. (Foram considerados 22 dias úteis).

Gráfico 11. USO-AFUA: Comparação proporcional da comparticipação mensal paga pelos utentes integrados no âmbito do Fórum Sócio Ocupacional e no âmbito da USO



O valor médio pago no âmbito das respostas ao abrigo do Despacho n.º 407/98 de 18 de junho é de 81,75€, oscilando entre 33 e 235€. Já no âmbito dos CCISM, a média do valor pago é de 134,16€, oscilando entre 37,18 e 300,96€. (Foram considerados 22 dias úteis)

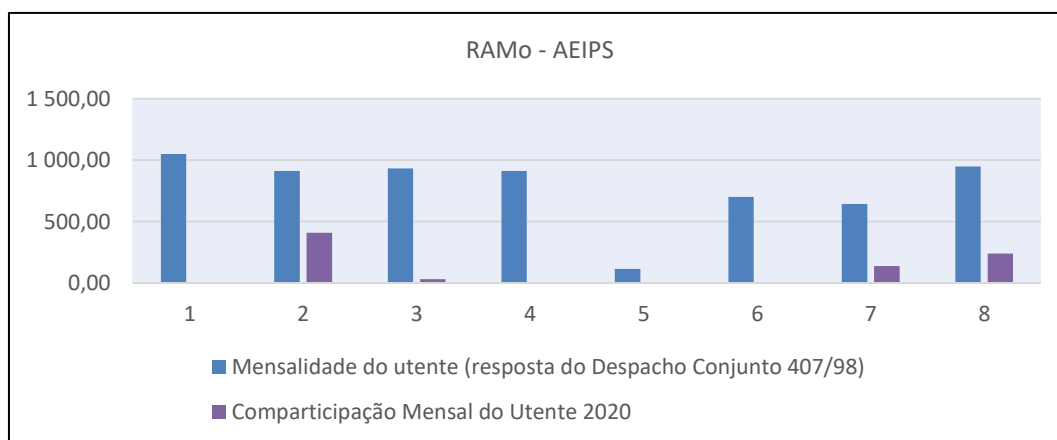
Em análise às duas USO alvo de reconversão e a um universo de 36 utentes, pode concluir-se que apesar do valor médio ser mais elevado, este deve-se essencialmente ao facto de parte dos utentes integrados (4 utentes), se recusarem a apresentar meios de prova para redução do encargo mensal, assumindo assim a totalidade dos encargos de comparticipação. Destes 36 utentes em estudo, 19 pagam menos ou não pagam qualquer valor.

Dos 13 utentes que ficaram a pagar valor superior, 4 optaram por não apresentar os seus rendimentos e assumiram o valor máximo previsto na Portaria nº 183/2011 de 5 de maio.

Os restantes 9 utentes ficaram a pagar valor superior, tendo em conta os rendimentos do respetivo agregado familiar, dando lugar a um ligeiro aumento de comparticipação.

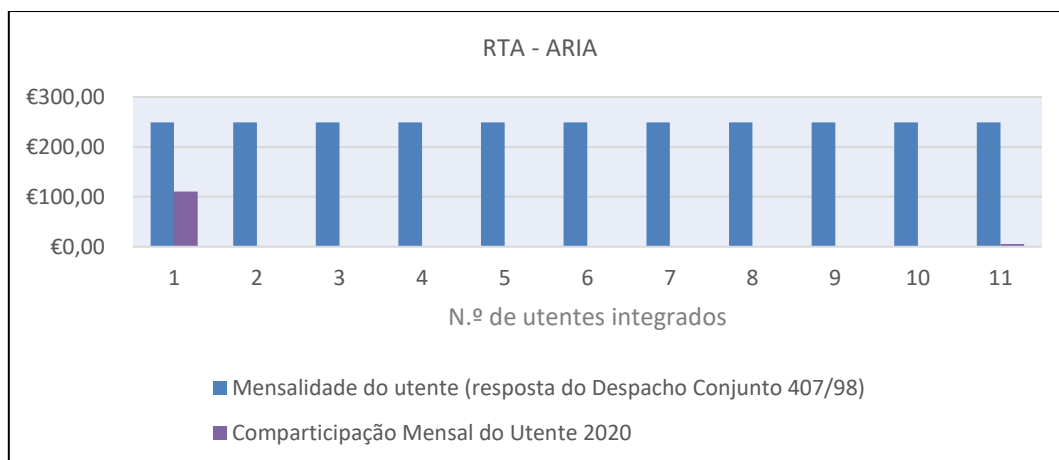
Unidades Residenciais

Gráfico 12. RAMo - AEIPS: Comparação proporcional da comparticipação mensal paga pelos utentes integrados no âmbito da Unidade de Vida Apoiada e no âmbito da RAMo



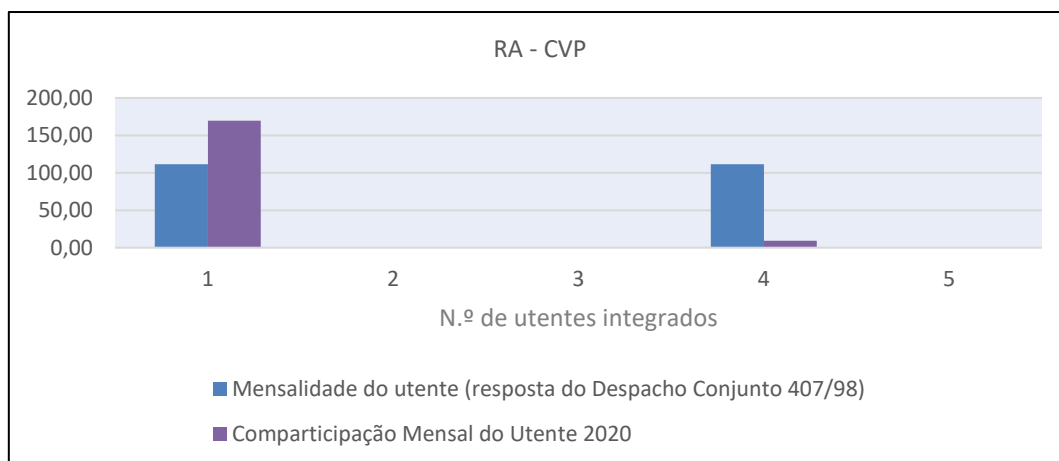
O valor médio pago nas respostas ao abrigo do Despacho 407/98 de 18 de junho é de 777,00€ oscilando entre 115 e 1.050€. Já no âmbito dos CCISM, a média do valor pago é de 102,41€ oscilando entre 0 e 410,4€. (Foram considerados 31 dias).

Gráfico 13. RTA - ARIA: Comparação proporcional da comparticipação mensal paga pelos utentes integrados no âmbito da Unidade de Vida Protegida e no âmbito da RTA



O valor médio pago nas respostas ao abrigo do Despacho n.º 407/98, de 18 de junho é de 249,15€ valor igual em todos os casos. Já no âmbito dos CCISM, a média do valor pago é de 19,34€ oscilando entre 0 e 318,3€. (Foram considerados 31 dias).

Gráfico 14. RA - CVP: Comparação proporcional da comparticipação mensal paga pelos utentes integrados no âmbito da Unidade de Vida Autónoma e no âmbito da RA



O valor médio pago nas respostas ao abrigo do Despacho n.º 407/98 de 18 de junho é de 44,56€ oscilando entre 0 e 111,4€. Já no âmbito dos CCISM, a média do valor pago é de 35,76€ oscilando entre 0 e 169,5€. (Foram considerados 31 dias).

Nas unidades residenciais e num universo total de 24 utentes, os valores médios pagos, comparativamente com as tipologias existentes ao abrigo do Despacho n.º 407/98 de 18 de junho, são substancialmente inferiores, existindo apenas 2 utentes com um valor de comparticipação ligeiramente superior ao pago nas anteriores respostas.

4.3.3 Modelo dos CCISM - Principais vantagens e constrangimentos referidos pelos Representantes Técnicos do ISS nas ECL

Foi solicitado aos representantes técnicos do ISS nas ECL, a identificação dos fatores que na globalidade consideravam mais vantajosos e os menos positivos no modelo dos CCISM, face à realidade da sua área de intervenção:

Vantagens:

- Promoção da reabilitação e integração do utente de saúde mental na comunidade e possível encaminhamento para emprego protegido;
- A participação ativa do utente em todo o processo reabilitativo;
- A Integração sociofamiliar dos utentes com incapacidade psicossocial.

Constrangimentos:

- A ausência de respostas pós alta dos utentes implica muita das vezes prorrogações sucessivas de internamentos e impossibilita o ingresso de novos utentes nas respostas;
- As dificuldades inerentes aos circuitos de referenciação tanto dos serviços de psiquiatria como da comunidade;
- O não pagamento da medicação em todas as tipologias;
- As horas de afetação dos profissionais, que na sua maioria estão a tempo parcial, implicando maior dilação no tempo de avaliação dos episódios.

4.4 Monitorização e aplicação das Grelhas de Acompanhamento

A execução da aplicação, das Grelhas de Acompanhamento às 19 tipologias em funcionamento, no âmbito dos CCI foi a seguinte:

Quadro 3. Execução da aplicação das Grelhas de Acompanhamento às tipologias em funcionamento

Região	N.º total de Unidades	1.º Trimestre de 2019	2.º Trimestre de 2019	3.º Trimestre de 2019	4.º Trimestre de 2019	1.º Trimestre de 2020	TOTAL DE GRELHAS APLICADAS
Norte	8	4	4	3	4	2	17
Centro	4	0	4	0	4	2	10
LVT	7	7	1	7	7	6	28
TOTAL	19	11	9	10	15	10	55

Segundo os dados recolhidos, relativos às Grelhas de Acompanhamento dos CCISM, foram aplicadas 55 Grelhas de Acompanhamento, ou seja, apenas 58%.

Considerando que está preconizado a aplicação trimestral das grelhas, e estão em análise 5 trimestres, a execução deveria ter correspondido a 95 grelhas aplicadas em 19 unidades.

Pode verificar-se que a região LVT foi a que teve maior acompanhamento.

De referir que, na Região Norte, apenas em 4, no total de 19 unidades, não foram aplicadas as grelhas de acompanhamento, sendo justificado pela ECL respetiva que este facto se prende com o reduzido número de horas que os profissionais estão afetos aos CCISM.

Relativamente à região Centro, foi justificado que algumas das grelhas não foram aplicadas com a frequência estipulada, devido à alteração dos elementos da área da saúde mental na ECL.

A temática das Grelhas de Acompanhamento, foi objeto de reflexão entre as várias equipas (prestadores, ECL, ECR e EAEP), com propostas de prazos mais alargados para a sua aplicação, bem como a sua adequação às diferentes tipologias, manifestando quer as ECL, quer as equipas prestadoras, disponibilidade para prestar contributos.

4.4 Indicadores de desempenho das unidades

O Artigo 16º da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, procura refletir os princípios e objetivos dos CCISM, definidos no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro. As dimensões para as quais deveriam ser definidos indicadores são:

- Qualidade de vida dos utilizadores na unidade;
- Ambiente terapêutico e prática baseada na reabilitação psicossocial e *recovery*;
- Autonomia e direitos humanos;
- Inclusão social;
- Acesso a outros cuidados de saúde e apoios sociais;
- Organização da unidade ou equipa.

Alguns dos indicadores são obtidos através do SI RNCCI, incluídos nos relatórios semestrais e anuais da Rede, mas só no final de 2019 e durante o ano em curso, foi possível consolidar a recolha dos dados.

Outros indicadores carecem de dados fornecidos pelas ECR e, principalmente, pelas ECL no seu acompanhamento das unidades.

Durante a fase de experiências piloto o GT, foi igualmente, recolhendo informação dos intervenientes nos CCISM, nas visitas e reuniões que efetuou com as unidades e equipas de CCISM.

No acompanhamento periódico das unidades pelas ECL, as Grelhas de Acompanhamento das Unidades (GAU), são uma fonte importante de recolha de informação. Com este objetivo, a GAU foi adaptada às unidades de saúde mental, integrando elementos para avaliação relacionados com o determinado no art.º 16º, da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, e durante os primeiros 2 anos, foi solicitado às ECL a sua aplicação a cada 2 meses.

Embora os indicadores sejam em geral cumpridos, existem indicadores que merecem maior valorização por parte das Unidades e das ECL, devendo o seu acompanhamento ser aprofundado e estimulada a partilha de práticas entre as unidades e os serviços referenciadores, de modo a incrementar o conhecimento de estratégias e estimular o envolvimento dos vários atores dos CCISM.

Recursos humanos

Os perfis técnicos exigidos pelo anexo correspondente na Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, estão presentes na grande maioria das equipas, embora nem sempre as qualificações indicadas sejam cumpridas. Algumas equipas não têm técnicos com a especialização ou experiência exigida, ou a carga horária exigida não é cumprida (e.g. enfermeiro sem especialidade de saúde mental, técnicos sem experiência em saúde mental da infância e adolescência, técnicos que não cumprem as horas semanais previstas na Portaria). Estas ocorrências são justificadas com a dificuldade em encontrar especialistas em algumas áreas (e.g. profissionais com experiência em psiquiatria da infância e adolescência, enfermeiro especialista em saúde mental). Alguns prestadores sugerem que em algumas tipologias (e.g. RAMo) os enfermeiros podem ser substituídos pelos enfermeiros do ACES de referência, quando existe uma boa articulação entre unidade e ACES.

Já anteriormente assinalado, salienta-se o pedido de várias entidades, em substituir auxiliares por monitores, tendo por critério a necessidade de profissionais que não tendo uma diferenciação conferida por formação base, tenham competências para uma preparação mais específica que permita aumentar a sua capacitação para as funções a exercer. Alguns prestadores sugerem a substituição de auxiliares e monitores por técnicos superiores.

As cargas horárias mínimas determinadas no anexo da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, são consideradas exíguas pela maioria das equipas, nomeadamente na EAD e na RA, e a atribuição de tempo ao diretor técnico é uma solicitação de todas as equipas.

A existência de um plano de formação interno e de procedimentos de avaliação do desempenho dos profissionais, não é uma prática em todas as unidades, sendo uma condição relevante para o desempenho das equipas.

Instalações e equipamentos

As unidades apresentam as condições de habitabilidade e conforto necessárias para a prossecução dos projetos, tendo algumas realizado um esforço de adaptação dos seus equipamentos.

Acolhimento do utente e participação da família

Os indicadores relacionados com o acolhimento estão a ser cumpridos, tendo sido necessário atualizações e correções nos manuais de acolhimento das unidades;

Muitos utentes das unidades em reconversão, não têm contacto com familiares, por vezes resultante de situações de conflito que originaram o seu afastamento ainda antes da entrada da pessoa na unidade, agravando-se em certos casos com o tempo prolongado de permanência na unidade e com o reduzido, ou ausente, investimento no trabalho com as famílias.

Existem algumas unidades que referem atividades programadas de psicoeducação, mas, na maior parte das unidades, parece existir espaço para realizar mais trabalho com as famílias.

Ambiente terapêutico e prática baseada na reabilitação psicossocial e *recovery*

Este grupo de indicadores integra os princípios fundamentais de intervenção em reabilitação, nomeadamente a participação do utente, estímulo da tomada de decisão e da autoeficácia.

O Artigoº 12º da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, determina as componentes do PII, mas este instrumento não foi suficientemente discutido. No entanto, por solicitação das equipas das tipologias de CCISM, e após reflexão com as ECR, foi disponibilizado um modelo de PII no SI RNCCI, que se encontra em avaliação com a finalidade de facilitar o planeamento do processo reabilitativo, consubstanciado num registo orientado para objetivos a atingir face às necessidades identificadas e intervenções daí decorrentes. Por outro lado, permitirá melhor acompanhamento dos projetos reabilitativos.

Os projetos e a sua evolução, não se encontram devidamente refletidos nos restantes registos no SI RNCCI. Maior parte dos registos efetuados pelos técnicos não são explícitos sobre os objetivos de reabilitação, as atividades relacionadas com esses objetivos, a evolução dos resultados e os motivos de alteração do PII quando tal ocorre.

Esta ausência de pormenor dificulta o acompanhamento do projeto de cada pessoa e do desempenho da unidade pelas coordenações e pelos serviços que acompanham o utente.

As reavaliações previstas nas Circulares Normativas Conjuntas da ACSS/ISS ns.º 16/2017 e 15/2018, são cumpridas pela maioria das equipas. Não obstante, algumas equipas alegarem dificuldade no cumprimento destas avaliações, devido à carga horária reduzida.

Após uma fase inicial que obrigava as equipas a reescrever toda a avaliação de funcionalidade, o que originou algum incumprimento, foi criada no SI RNCCI, a possibilidade de duplicação do registo. Esta funcionalidade associada à maior familiaridade dos profissionais com a tabela de funcionalidade, permitiu que os prazos definidos para as reavaliações fossem cumpridos.

Atualmente, parece ser entendido pelas equipas, que a carga processual não é muito exigente, não impõe registos exaustivos, e que a avaliação periódica representa uma condição fundamental para darem visibilidade ao seu trabalho, permitir a monitorização da evolução das situações e, para o envolvimento dos técnicos e utentes nos projetos.

Os registos raramente traduzem todo o trabalho que é feito por uma equipa e não são suficientes para evidenciar uma prática orientada pelos princípios da participação do utente e pelo respeito pela sua tomada de decisão. Existe um trabalho de preparação dos profissionais que necessita ser aprofundado, para se conseguir responder ao principal objetivo assinalado nas respostas dos utentes ao questionário realizado em 2018, “ser mais autónomo”.

Avaliação do risco

A identificação e registo das condições de risco (e.g. não adesão, recaída, consumos de substâncias, suicídio, queda) raramente são incluídos. Esta avaliação ainda que considerada pertinente pelas equipas, quando realizada não é registada, tanto na referência como nas unidades. Não existindo inicialmente espaço indicado para este registo no SI RNCCI (exceto em relação ao risco de queda e úlcera de pressão), foi, entretanto, incluída esta possibilidade.

Planeamento da saída da unidade/equipa

Os projetos têm muitas vezes uma duração prolongada, pela complexidade da situação clínica, por ausência de recursos (e.g. assegurar domicílio após saída da unidade), ou pelo número e tempo necessário para as atividades (e.g. utilização de recursos na comunidade, mobilização de alternativas de suporte social), o que limita a capacidade das equipas preverem uma data de saída. Não deixa, no entanto, de ser importante ter uma meta temporal para cada projeto.

Parte III

Recursos e indicadores

Analisa-se:

Lugares existentes

Utentes referenciados

Atividade assistencial e sua caracterização

Demora média

Taxa de ocupação

1. Capacidade instalada no final das experiências piloto

No quadro seguinte, encontram-se as respostas existentes no final de junho de 2020, de lugares domiciliários, de ambulatório e residenciais.

Quadro 4. Respostas existentes no final das experiências-piloto

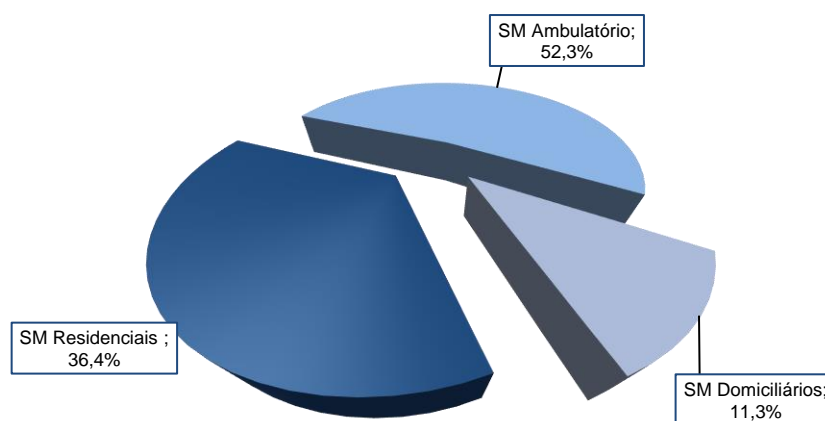
Lugares domiciliários						
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
EAD	8	8	8	0	16	40

Lugares residenciais e ambulatório						
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
RA - Residência Autónoma	14	0	13	0	0	27
RAMa - Residência de Apoio Máximo Adultos	24	0	24	0	0	48
RAMo - Residência de Apoio Moderado	0	8	10	10	0	28
RTA - Residência de Treino de Autonomia	0	0	19	0	0	19
RTA-A - Residência de Treino de Autonomia - Tipo A infância e adolescência	7	0	0	0	0	7
USO - Unidade Sócio Ocupacional	55	60	0	0	40	155
USO/IA - Unidade Sócio Ocupacional - Infância e Adolescência	10	0	0	0	20	30
Total	110	68	66	10	60	314

TOTAL	118	76	74	10	76	354
--------------	------------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------

No gráfico seguinte, encontram-se as percentagens de lugares residenciais, ambulatório e domiciliários, em relação ao total de lugares, da SM

Gráfico 15. Distribuição percentual dos lugares residenciais, ambulatório e domiciliários



2. Acordos

A 30 de junho de 2020, o número de lugares contratados por titularidade, apresenta-se no quadro seguinte, sendo 286 das IPSS não SCM, e, 24 de SCM, num total de 310 lugares.

Quadro 5. Número de lugares contratados por titularidade

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
IPSS	94	76	74	10	76	330
SCM	24	0	0	0	0	24
Total	118	76	74	10	76	354

O número de acordos, por tipologia e região encontra-se no quadro seguinte:

Quadro 6. Número de acordos por tipologia e região

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
RA - Residência Autónoma	2		2			4
RAMa - Residência de Apoio Máximo Adultos	1		1			2
RAMo - Residência de Apoio Moderado		1	1	1		3
RTA - Residência de Treino de Autonomia			2			2
USO - Unidade Sócio Ocupacional	2	2			2	6
RTA/A - Residência de Treino de Autonomia - Tipo A infância e adolescência	1					1
USO/IA - Unidade Sócio Ocupacional - Infância e Adolescência	1				1	2
EAD - Equipa de Apoio Domiciliário	1	1	1		2	5
Total	8	4	7	1	5	25

Os acordos e lugares contratados, encontram-se no quadro seguinte:

Quadro 7. Acordos celebrados e entidades prestadoras

Entidade Prestadora		N.º de acordos celebrados	% total acordos celebrados	N.º de lugares contratados	% lugares por acordos celebrados
		Junho 2020		Junho 2020	
IPSS	SCM	1	4%	24	6,8%
	OUTRAS	24	96%	330	93,2%
TOTAL IPSS		25	100%	354	100,0%
TOTAL		25		354	

Legenda: IPSS - SCM: Santa Casa da Misericórdia; IPSS - Outras: Instituição Particular de Solidariedade Social - não SCM;

3. Referenciação

É apontado como um dos fatores para o reduzido número de propostas de referenciação, o facto de as tipologias disponíveis nem sempre corresponderem às necessidades dos utentes acompanhados pelos serviços.

A localização das USO, é considerada a primeira variável na adesão dos utentes nesta tipologia, tanto de adultos como de jovens.

Em relação à EAD, o principal fator para a reduzida referenciação, parece ser o entendimento dos profissionais dos serviços de saúde mental, sobre a complementaridade possível entre esta tipologia e o trabalho desenvolvido no âmbito das equipas comunitárias, nos locais onde existem.

3.1 Utentes referenciados

Nos quadros seguintes, apresentam-se os utentes referenciados em 2017, 2018, 2019 e 1º semestre de 2020, por tipologia, região e origem da referenciação.

Quadro 8. Utentes referenciados em 2017

2017	Origem	EAD	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/A	TOTAL
NORTE	CS							17		17
	H		1							1
	SETOR SOCIAL SM	44	4					1		49
CENTRO	CS			2	4					6
	H									0
	SETOR SOCIAL SM									0
LVT	CS					1				1
	H	1	10	24	9	12	1		1	58
	SETOR SOCIAL SM		1			2				3
ALENTEJO	CS									0
	H							8		8
ALGARVE	CS	1								1
	H									0
NACIONAL		46	16	26	13	15	1	26	1	144

Quadro 9. Utentes referenciados em 2018

2018	Origem	EAD	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/IA	TOTAL
NORTE	CS	1	1	9	1	4	1	28		45
	H	8	4	37		3	9	11	4	76
	SETOR SOCIAL SM	10	4	63	1	1				79
CENTRO	CS			1	9	2				12
	H	1		4	2			27		34
	SETOR SOCIAL SM				10					10
LVT	CS			2		1				3
	H	27	4	19	11	16	8			85
	SETOR SOCIAL SM					3				3
ALENTEJO	CS			1		1				2
	H									0
ALGARVE	CS									0
	H									0
NACIONAL		47	13	136	34	31	18	66	4	349

Quadro 10. Utentes referenciados em 2019

2019	Origem	EAD	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/IA	TOTAL
NORTE	CS		3	7	1	1		6		18
	H	7	6	5			4	32	3	57
	SETOR SOCIAL SM	3	5	1						9
CENTRO	CS			2						2
	H	1		1				47		49
	SETOR SOCIAL SM			2	3					5
LVT	CS									0
	H	12	7	11	21	9	2			62
	SETOR SOCIAL SM									0
ALENTEJO	CS									0
	H				4					4
ALGARVE	CS					2				2
	H			1			1			2
NACIONAL		23	21	30	29	12	7	85	3	210

A diminuição de referenciação de 2018, para 2019, poderá estar relacionada com o aumento da oferta ocorrido durante o primeiro semestre de 2018, coincidindo com o início de atividade de três unidades (46 lugares), mais uma unidade em julho (30 lugares). Três destas unidades foram processos de reconversão, representando, cerca de 52 lugares já ocupados, cujos utentes foram referenciados para a RNCCI, durante esse semestre. Posteriormente, apenas iniciou atividade, uma unidade, no início de 2019, pelo que o ritmo de referenciação apenas foi condicionado pela atividade de referenciação dos serviços. Por outro lado encerrou a resposta de RTA-A, em LVT.

Quadro 11. Utentes referenciados no 1º semestre de 2020

2020	Origem	EAD	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/IA	TOTAL
NORTE	CS			1	1					2
	H		5	2		1	2	11	2	23
	SETOR SOCIAL SM	2	3	1						6
CENTRO	CS			1						1
	H			1		1	1	5		8
	SETOR SOCIAL SM									0
LVT	CS				1					1
	H	12	1	4	4	4				25
	SETOR SOCIAL SM					1				1
ALENTEJO	CS									0
	H									0
ALGARVE	CS									0
	H									0
NACIONAL		14	9	10	6	7	3	16	2	67

No quadro seguinte, encontra-se o número de utentes referenciados desde 2017, num total de 770, em que 21,4%, foram referenciados pelo sector social

Quadro 12. Utentes referenciados 2017 a 2020

2017 a 2020	Origem	EAD	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/IA	TOTAL
NORTE	CS	1	4	17	3	5	1	51		82
	H	15	16	44	0	4	15	54	9	157
	SETOR SOCIAL SM	59	16	65	1	1		1		143
CENTRO	CS	0		6	13	2				21
	H	2		6	2	1	1	79		91
	SETOR SOCIAL SM	0		2	13					15
LVT	CS	0		2	1	2				5
	H	52	22	58	45	41	11		1	230
	SETOR SOCIAL SM	0	1			6				7
ALENTEJO	CS	0		1		1				2
	H	0			4			8		12
ALGARVE	CS	1				2				3
	H			1			1			2
NACIONAL		130	59	202	82	65	29	193	10	770

3.2 Utentes referenciados - estados

Dos utentes referenciados, de 2017 a 30 de junho de 2020, existiam utentes que se encontravam em avaliação no final do 1º semestre de 2020, outros cujos episódios foram cancelados, outros que recusaram o ingresso na RNCCI, outros em que ocorreu óbito após a referenciação e antes da identificação de vaga, outros que aguardavam vaga e outros que foram admitidos.

Os utentes que se encontravam em avaliação, não tinham ainda decisão sobre o seu destino na RNCCI - integração ou cancelamento, não podendo por isso ser contabilizados como utentes a admitir.

Por outro lado, os episódios cancelados, os utentes que recusam o ingresso na RNCCI e os óbitos ocorridos após a referenciação, também não são utentes a admitir.

Os utentes para admitir são os utentes em que já foi efetuada avaliação, com decisão de ingresso, que não recusaram e em que não existiu cancelamento do episódio.

No quadro seguinte, encontram-se os episódios cancelados, após a referenciação. Excetuando o Alentejo e o Algarve, por ausência de respostas em funcionamento até 2020, a maior percentagem de episódios cancelados foi no Norte, com 37,1%, seguido do Centro com 18,2%. Nas diferentes tipologias, a maior percentagem de episódios cancelados foi em RTA, no Norte, com 77,8%, por ausência de respostas nesta tipologia.

Quadro 13. Utentes referenciados - % episódios cancelados

	EAD	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/IA	TOTAL
NORTE	13,5%	61,1%	62,4%	25,0%	77,8%	18,8%	17,3%	11,1%	37,1%
CENTRO	50,0%		42,9%	34,8%	66,7%		6,4%		18,2%
LVT	14,3%	8,0%	10,7%	13,6%	26,2%	44,4%		100,0%	16,4%
ALENTEJO			100,0%	0,0%	100,0%		100,0%		71,4%
ALGARVE			100,0%		100,0%	100,0%			100,0%
NACIONAL	14,4%	39,3%	46,7%	20,0%	40,4%	29,6%	16,3%	20,0%	28,7%

No Alentejo, foram cancelados os episódios para RAMa, RTA e USO.

Os 4 episódios para RAMo, mantêm-se no estado - a aguardar vaga.

Todos os episódios do Algarve foram cancelados.

A nível nacional, 3,6% dos utentes, recusaram o ingresso, com o Centro a ter o maior valor, com 10,7%, tendo 13% para RAMo, e 12,8% para USO.

Quadro 14. Utentes referenciados que recusaram ingresso

	EAD	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/IA	TOTAL
NORTE	5,4%		0,8%				2,9%		2,1%
CENTRO				13,0%			12,8%		10,7%
LVT	6,1%				7,1%				2,7%
Nacional	5,6%		0,5%	4,0%	5,3%		6,8%		3,6%

A nível nacional, existiam 5,5% dos utentes em avaliação, com LVT a ter o maior valor, com 11,5%, tendo 20,4% para EAD, e 13,6%, para RAMo conforme quadro seguinte

Quadro 15. Utentes referenciados em avaliação

	EAD	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/IA	TOTAL
NORTE	1,4%	5,6%	0,8%	50,0%	0,0%	6,3%	1,0%		2,1%
CENTRO			21,4%		33,3%	100,0%	2,6%		5,8%
LVT	20,4%	4,0%	7,1%	13,6%	9,5%	11,1%			11,5%
Nacional	8,8%	4,9%	4,1%	10,7%	8,8%	11,1%	1,6%		5,5%

No quadro seguinte, encontram-se as percentagens, dos utentes admitidos, em relação aos utentes a admitir, segundo os critérios atrás enunciados. De realçar, que não foram efetuadas admissões em RAMa no Centro, nem em RAMo no Alentejo, por não existirem respostas, ainda, em funcionamento. Assim estes utentes foram retirados do total dos utentes a admitir.

A nível nacional, foram admitidos 87,6%% dos utentes, tendo LVT, a menor percentagem, com 77,1%, tendo as menores percentagens em RAMa e RAMo.

Quadro 16. Utentes referenciados – percentagem de admitidos em relação aos utentes a admitir

	EAD	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/IA	TOTAL
NORTE	100,0%	91,7%	62,2%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	91,9%
CENTRO	100,0%			91,7%			98,4%		97,3%
LVT	100,0%	90,9%	67,4%	56,3%	79,2%	100,0%			77,1%
Nacional	100,0%	91,2%	64,8%	66,7%	80,8%	100,0%	99,3%	100,0%	87,6%

4. Utentes assistidos

O número de utentes assistidos em cada ano, ou período em análise, inclui, para além dos referenciados no ano ou semestre em análise:

- os utentes transitados do ano anterior (a quem já se prestavam cuidados em Unidades ou Equipas);
- os utentes admitidos no período em análise, cujas referências ainda tinham sido efetuadas no ano anterior;
- e os utentes que estavam em avaliação na ECL em final do período anterior e que foram, posteriormente, admitidos em Unidades/Equipas da RNCCI no período em análise.

Esta situação implica, que não podem ser somados os utentes assistidos de cada ano, para se obter um total, dado que existem utentes admitidos num determinado ano e que foram contabilizados nesse ano, mas que ao transitarem para o ano seguinte, não são novos utentes, mas sim utentes que já se encontravam nas diferentes tipologias, contabilizados já no período anterior.

Por outro lado, existem utentes que transitam, para mais de um período seguinte, i.e., admitidos, por exemplo em 2017, e que podem ainda estar na Rede em 2019, dado que, como se verá na demora média, existem algumas demoras médias superiores a 365 dias.

Assim, a análise dos utentes assistidos, só pode efetuada por período, i.e., por cada ano.

Mas, desta análise, resulta um indicador importante – o “turnover” da Rede. Dos utentes assistidos num determinado período, que percentagem deles já se encontrava na Rede, i.e., que percentagem desses utentes transitou do ano anterior.

Como referido, analisando por período, neste caso, 2018, 2019 e 2020 (em 2017, não existiam utentes transitados, por ter sido o ano de início das experiências-piloto), apresentam-se nos quadros seguintes, os utentes assistidos, os utentes transitados, e a percentagem de transitados.

Quadro 17. Utentes assistidos em 2018, transitados de 2017 e % transitados em relação aos assistidos

2018 TRANSITADOS de 2017				2018 ASSISTIDOS=TRANSITADOS 2017+ADMITIDOS 2018				% TRANSITADOS EM RELAÇÃO AOS ASSISTIDOS em 2018						
	Norte	Centro	LVT	Nacional		Norte	Centro	LVT	Nacional		Norte	Centro	LVT	Nacional
EAD	34	0	0	34	EAD	53	0	13	66	EAD	64,2%	0,0%		51,5%
RA	2	0	7	9	RA	11	0	14	25	RA	18,2%		50,0%	36,0%
RAMa	0	0	24	24	RAMa	26	0	27	53	RAMa	0,0%		88,9%	45,3%
RAMo	0	3	0	3	RAMo	0	11	12	23	RAMo		27,3%	0,0%	13,0%
RTA	0	0	12	12	RTA	0	0	19	19	RTA			63,2%	63,2%
RTA/A	0	0	0	0	RTA/A	5	0	6	11	RTA/A	0,0%		0,0%	0,0%
USO	11	0	0	11	USO	40	19	0	59	USO	27,5%	0,0%		18,6%
USO/IA	0	0	0	0	USO/IA	10	0	0	10	USO/IA	0,0%			0,0%
Total	47	3	43	93	Total	145	30	91	266	Total	32,4%	10,0%	47,3%	35,0%

Verifica-se que, em RAMa, em LVT, 88,9% dos utentes assistidos em 2018, são utentes que já tinham sido admitidos em períodos anteriores (transitados), significando um baixo turnover de utentes, dado que apenas 11,1% dos assistidos foram novos utentes. Em RTA, em LVT, 63,2% são utentes transitados, e no Norte, em EAD, 64,2% são também utentes transitados. A nível nacional, 35% dos utentes assistidos em 2018, são utentes transitados.

Quadro 18. Utentes assistidos em 2019, transitados de 2018 e % transitados em relação aos assistidos

2019 TRANSITADOS de 2018				2019 ASSISTIDOS=TRANSITADOS 2018+ADMITIDOS 2019				% TRANSITADOS EM RELAÇÃO AOS ASSISTIDOS						
	Norte	Centro	LVT	Nacional		Norte	Centro	LVT	Nacional		Norte	Centro	LVT	Nacional
EAD	35		13	48	EAD	42	1	26	69	EAD	83,3%	0,0%	50,0%	69,6%
RA	9		12	21	RA	12	0	18	30	RA	75,0%		66,7%	70,0%
RAMa	24		24	48	RAMa	25	0	26	51	RAMa	96,0%		92,3%	94,1%
RAMo		8	10	18	RAMo	0	9	12	21	RAMo		88,9%	83,3%	85,7%
RTA			18	18	RTA	0	0	23	23	RTA			78,3%	78,3%
RTA/A	4		5	9	RTA/A	9	0	5	14	RTA/A	44,4%		100,0%	64,3%
USO	36	19		55	USO	59	57	0	116	USO	61,0%	33,3%		47,4%
USO/IA	5			5	USO/IA	7	0	0	7	USO/IA	71,4%			71,4%
Total	113	27	82	222	Total	154	67	110	331	Total	73,4%	40,3%	74,5%	67,1%

A situação agrava-se em 2019, com LVT a apresentar percentagens superiores a 80%, de utentes transitados nas tipologias de RAMa, RAMo, RTA/A (esta sem nenhum novo utente admitido) e em RTA 78,3% de utentes transitados. No Centro, 88,9% dos assistidos em RAMo são transitados, e no Norte, 96% dos utentes assistidos em RAMa são transitados, 83,3% em EAD e 75% em RA. As menores percentagens de transitados são em USO, o que esta de acordo com a percentagem de utentes admitidos nesta tipologia em relação ao total de admitidos. A nível nacional, a percentagem de utentes assistidos em 2019, que são transitados, é de 67,1%, com LVT a ter 74,5% e o Norte 73,4%.

Quadro 19. Utentes assistidos em 2020, transitados de 2019 e % transitados em relação aos assistidos

2020 TRANSITADOS de 2019				2020 ASSISTIDOS=TRANSITADOS 2019+ADMITIDOS 2020				% TRANSITADOS EM RELAÇÃO AOS ASSISTIDOS 2020						
	Norte	Centro	LVT	Nacional		Norte	Centro	LVT	Nacional		Norte	Centro	LVT	Nacional
EAD	31	1	16	48	EAD	33	1	22	56	EAD	93,9%	100,0%	72,7%	85,7%
RA	10		12	22	RA	12	0	14	26	RA	83,3%		85,7%	84,6%
RAMa	24		24	48	RAMa	24	0	24	48	RAMa	100,0%		100,0%	100,0%
RAMo		8	10	18	RAMo	0	8	10	18	RAMo		100,0%	100,0%	100,0%
RTA			19	19	RTA	0	0	20	20	RTA			95,0%	95,0%
RTA/A	7			7	RTA/A	8	0	0	8	RTA/A	87,5%			87,5%
USO	36	56		92	USO	47	59	0	106	USO	76,6%	94,9%		86,8%
USO/IA	3			3	USO/IA	5	0	0	5	USO/IA	60,0%			60,0%
Total	111	65	81	257	Total	129	68	90	287	Total	86,0%	95,6%	90,0%	89,5%

A situação torna a agravar-se em 2020, sendo evidente no quadro acima, o panorama nacional, regional e por tipologia, em relação à percentagem de transitados. A nível nacional, 89,5% dos utentes assistidos no 1º semestre de 2020, são transitados de 2019, com o Centro a registar 95,6%, LVT 90%, e o Norte 86%. A nível das tipologias, só a EAD em LVT, e USO e USO/IA no Norte, têm percentagens de transitados, inferiores a 80%, ou seja, cerca de 21% do total das tipologias nas diferentes regiões.

Neste contexto, apenas 10,5% dos utentes assistidos, são novos utentes, relembrando que foram admitidos apenas 30 utentes. Em RAMa e RAMo não foram admitidos utentes.

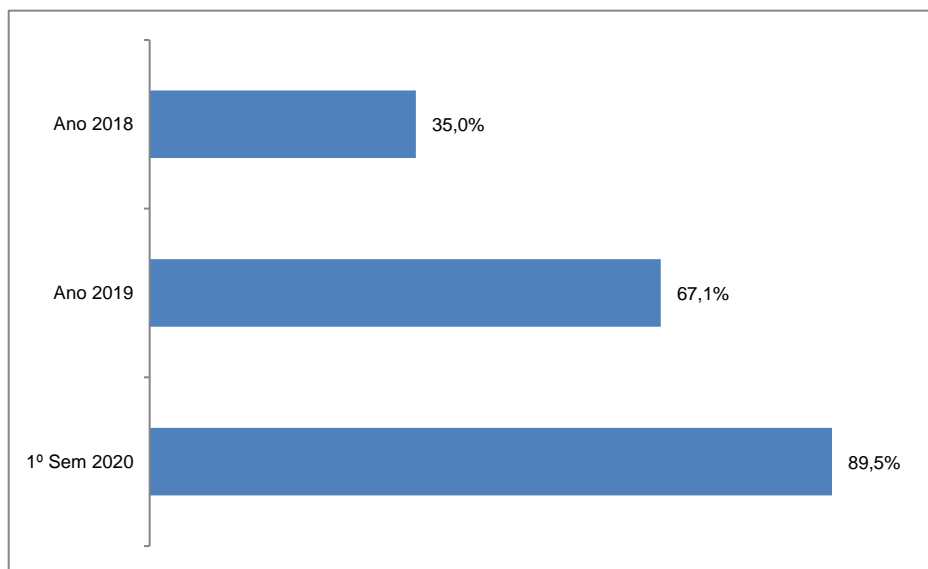
Na rede Geral, por exemplo, a percentagem de transitados em 2019, foi de 24,1%, e no 1º semestre de 2020, foi de 43,2%.

Os valores mais elevados, no 1º semestre de 2020, podem relacionar-se com a situação do COVID-19.

Tem assim diminuído o “turnover” dos CCISM, existindo dificuldade de admissão de novos utentes. Neste contexto, no gráfico seguinte, apresentam-se os valores nacionais de utentes transitados, para os anos de 2018, 2019, e 1º semestre de 2020.

Estes dados indiciam uma tendência de institucionalização dos utentes nas tipologias de saúde mental da RNCCI.

Gráfico 16. Comparação % transitados em relação aos assistidos



5. Caracterização dos utentes assistidos

5.1 Idade e sexo

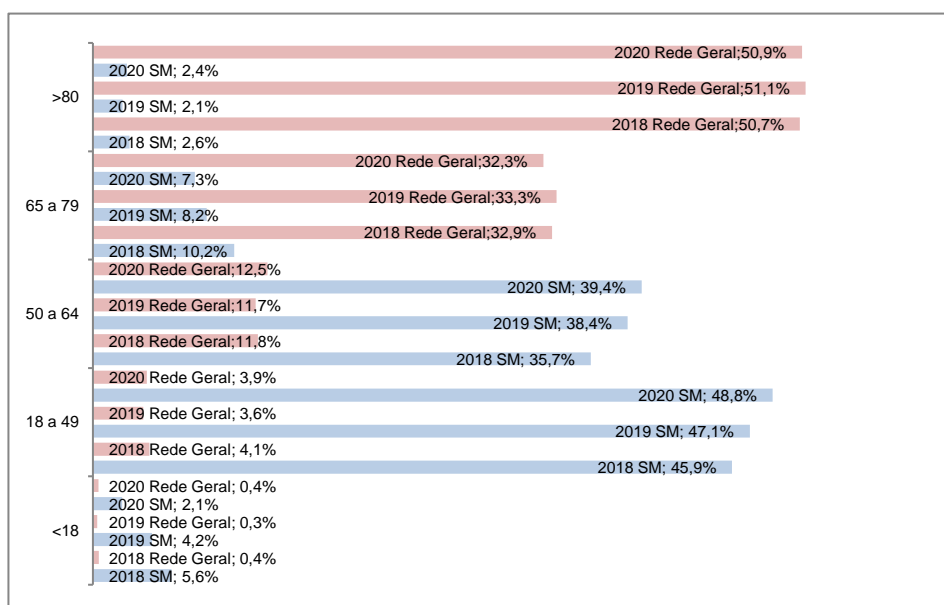
No quadro seguinte, encontra-se a distribuição por grupos etários e sexo, dos anos 2018,2019 e 1º semestre de 2020.

Quadro 20. Grupo etário e sexo 2018 a 2020

SM	Feminino			Masculino		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
<18	3,4%	2,4%	0,7%	2,3%	1,8%	1,4%
18 a 49	12,8%	14,5%	13,9%	33,1%	32,6%	34,8%
50 a 64	10,9%	11,2%	12,2%	24,8%	27,2%	27,2%
65 a 79	5,3%	4,2%	4,2%	4,9%	3,9%	3,1%
>80	1,5%	1,2%	1,0%	1,1%	0,9%	1,4%
Total	33,8%	33,5%	32,1%	66,2%	66,5%	67,9%

Verifica-se que o grupo etário predominante é dos 18 aos 49 anos, seguido do grupo dos 50 aos 64 anos, com predomínio do sexo masculino, que representa cerca de 66% a 68% do total de utentes, para os períodos em análise. No que diz respeito ao sexo, na Rede Geral, o predomínio é do sexo feminino. No gráfico seguinte apresenta-se, para os anos de 2018, 2019 e 1º semestre de 2020, a comparação dos diferentes grupos etários, entre a CCISM e a Rede Geral. Nesta o grupo etário predominante é o de > 80 anos, seguido do grupo de 65 a 79 anos, o inverso dos CCISM.

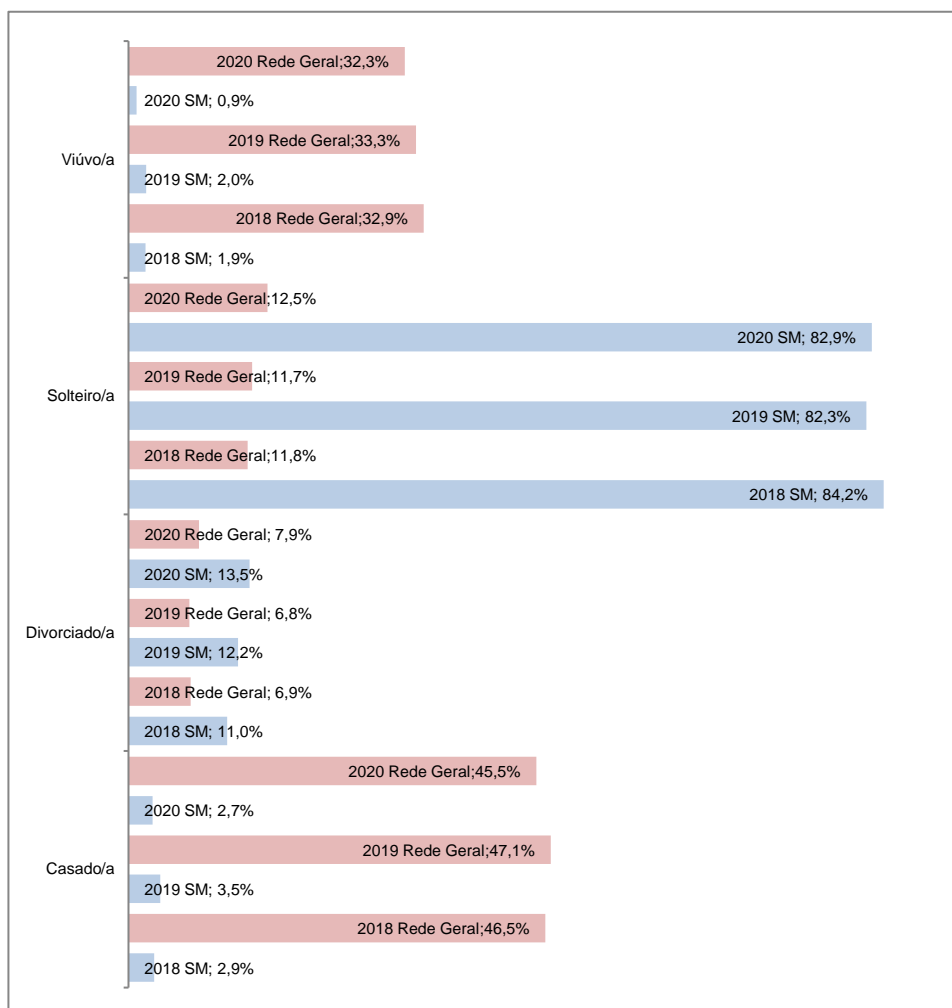
Gráfico 17. Grupos etários - SM e Rede Geral



5.2 Estado civil

No gráfico seguinte, apresenta-se o estado civil, para os períodos de 2018, 2019 e 1º semestre de 2020, comparando-o com a Rede Geral.

Gráfico 18. Estado civil – CCISM e Rede Geral

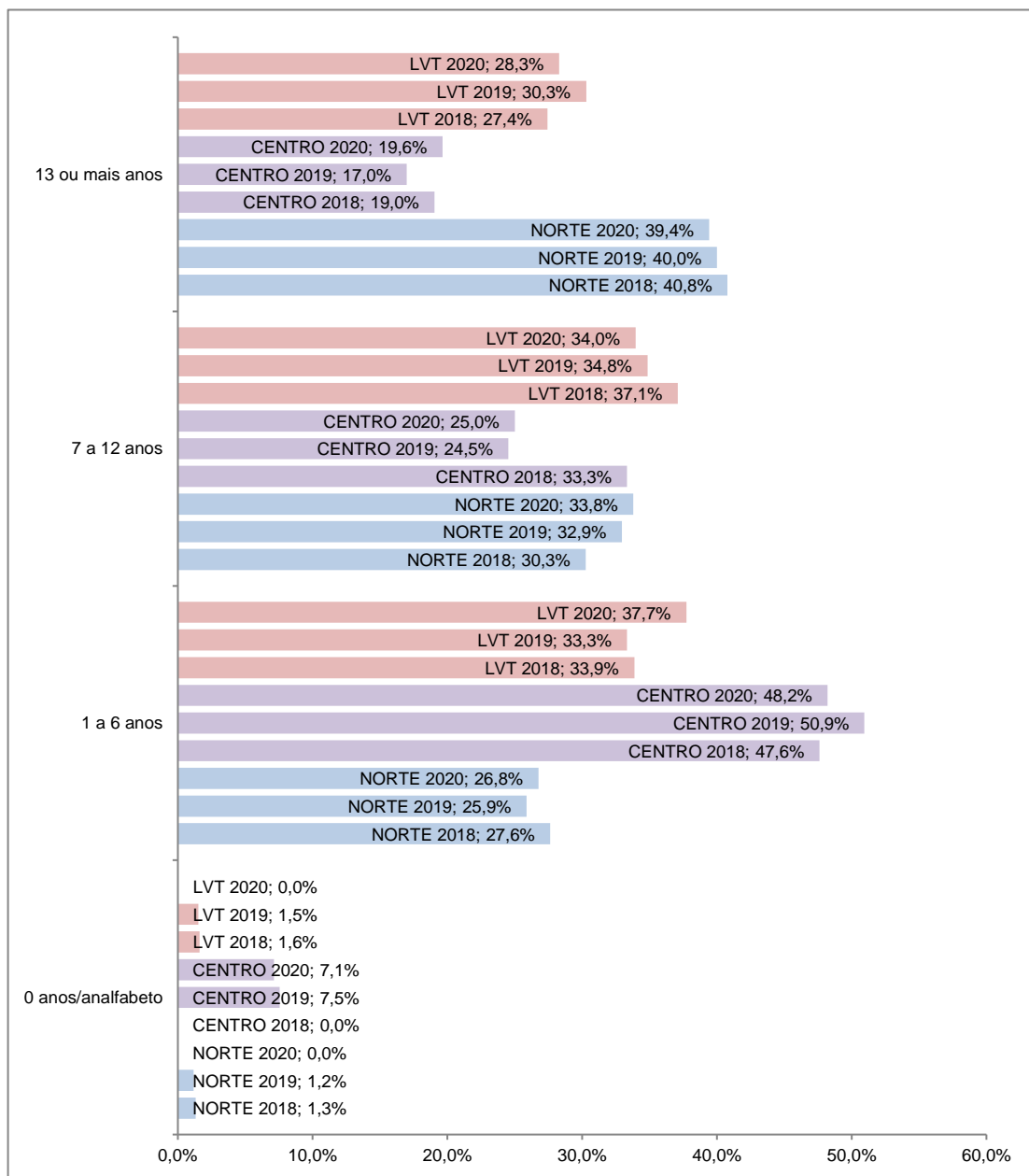


Verifica-se que nos CCISM, o estado civil solteiro(a), representa sempre um valor superior a 82%, enquanto na Rede Geral, o estado civil casado(a), representa cerca de 46%, seguido do estado civil viúvo(a), com cerca de 33%.

5.3 Escolaridade

No gráfico seguinte apresenta-se a escolaridade, para 2018, 2019 e 1º semestre de 2020, nas diferentes regiões, com respostas de saúde mental.

Gráfico 19. Escolaridade por região



Verifica-se que na região Centro, predomina a escolaridade de 1 a 6 anos, sendo a região com menor percentagem da escolaridade de 13 ou mais anos. A região Norte, é a que apresenta maior percentagem, deste último nível de escolaridade, e a que tem menor percentagem da escolaridade de 1 a 6 anos.

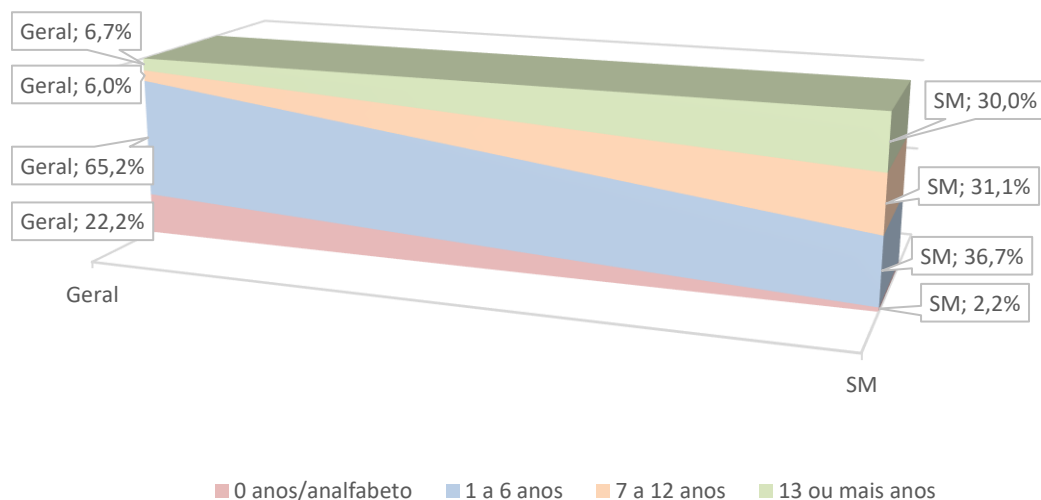
Em LVT, a escolaridade de 1 a 6 anos e de 7 a 12 anos, representam as maiores percentagens.

Em qualquer das regiões, os utentes sem escolaridade, representam uma percentagem diminuta ou ausente. O Centro é a região que apresenta a maior percentagem, de utentes sem escolaridade.

Na rede Geral, o perfil é inverso ao dos CCISM, em que a escolaridade até aos 6 anos representa sempre mais de 80%, no total nacional.

No gráfico seguinte, apresentam-se os dados de escolaridade, entre a Rede Geral e os CCISM, a nível nacional, para o 1º semestre de 2020, que é sobreponível a períodos anteriores.

Gráfico 20. Escolaridade – diferenças entre a Rede Geral e CCISM – valores nacionais



6. Demora média

A demora média para os anos de 2018, 2019 e 1º semestre de 2020, encontra-se no quadro seguinte. A demora média de 2017 diz respeito apenas a USO, no Norte, com 89 dias.

Quadro 21. Demora média

DM 2018	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/IA
NORTE	159	70			180	191	
CENTRO			48				
LVT	305	221		99	19		

DM 2019	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/IA
NORTE	294	226			266	271	422
CENTRO			688			85	
LVT	402	521	308	470	266		

DM 1º Sem 2020	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A	USO	USO/IA
NORTE	569				580	290	
CENTRO						549	
LVT	335			614			

Verificam-se valores elevados para a maior parte das tipologias, com valores superiores a 365 dias (1 ano), nas seguintes regiões e tipologias: Norte 2019 – USO/IA; Norte 2020 – RA, RTA/A; Centro 2019 – RAMo, com valor perto de 2 anos; Centro 2020 – USO; LVT 2019 – RA, RAMa, RTA; LVT 2020 – RTA

O cálculo da demora média pressupõe a existência de altas. Nas tipologias existentes nas diferentes regiões, onde não existe valor de demora média, significa que no período em análise não existiram altas.

No 1º semestre de 2020, não existiram altas nas seguintes regiões e tipologias: Norte – EAD, RAMa, USO/IA; Centro – RAMo; LVT – RAMa, RAMo.

De realçar que algumas das unidades iniciaram atividade durante o ano de 2018, tendo os valores aumentado consideravelmente no ano seguinte. Apenas em 2019, é que praticamente todas as unidades estavam em funcionamento.

7. Taxa de ocupação

No quadro seguinte, apresenta-se a demora média, das respostas domiciliárias e residenciais, por região e nacional, para os anos em análise, no âmbito das experiências-piloto.

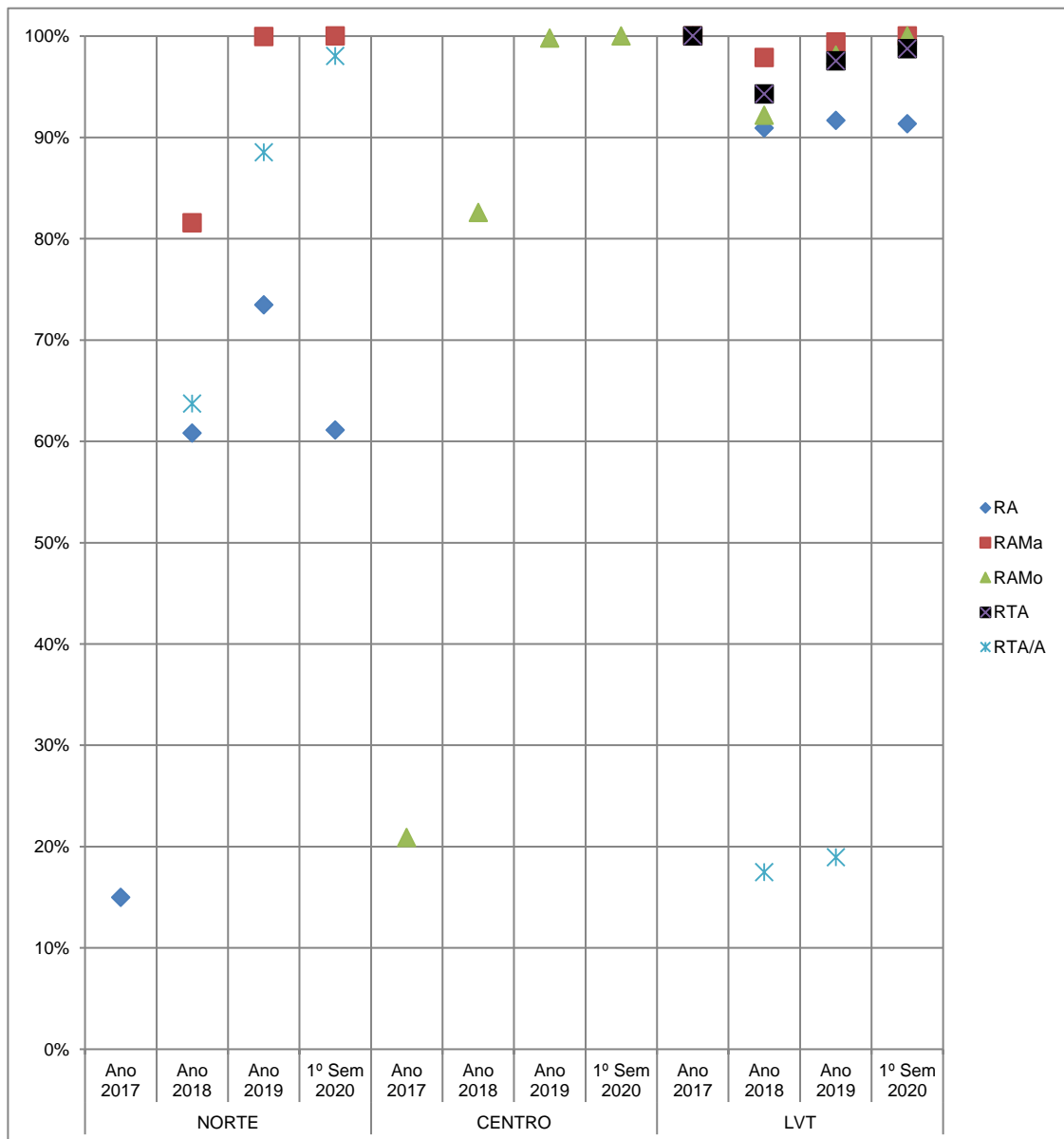
Quadro 22. Taxa de ocupação

Taxa Ocupação		RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/A
NORTE	Ano 2017	15%				
	Ano 2018	61%	82%			64%
	Ano 2019	73%	100%			89%
	1º Sem 2020	61%	100%			98%
CENTRO	Ano 2017			21%		
	Ano 2018			83%		
	Ano 2019			100%		
	1º Sem 2020			100%		
LVT	Ano 2017	100%	100%		100%	
	Ano 2018	91%	98%	92%	94%	17%
	Ano 2019	92%	99%	98%	98%	19%
	1º Sem 2020	91%	100%	100%	99%	
Nacional	Ano 2017	57%	100%	21%	100%	16%
	Ano 2018	75%	90%	86%	94%	32%
	Ano 2019	82%	100%	99%	98%	52%
	1º Sem 2020	76%	100%	100%	99%	98%

Com exceção, de RTA/A em LVT, e RA, no Norte, as taxas de ocupação são elevadas. Uma visão da evolução, das taxas de ocupação, por tipologia e região, encontra-se no gráfico seguinte.

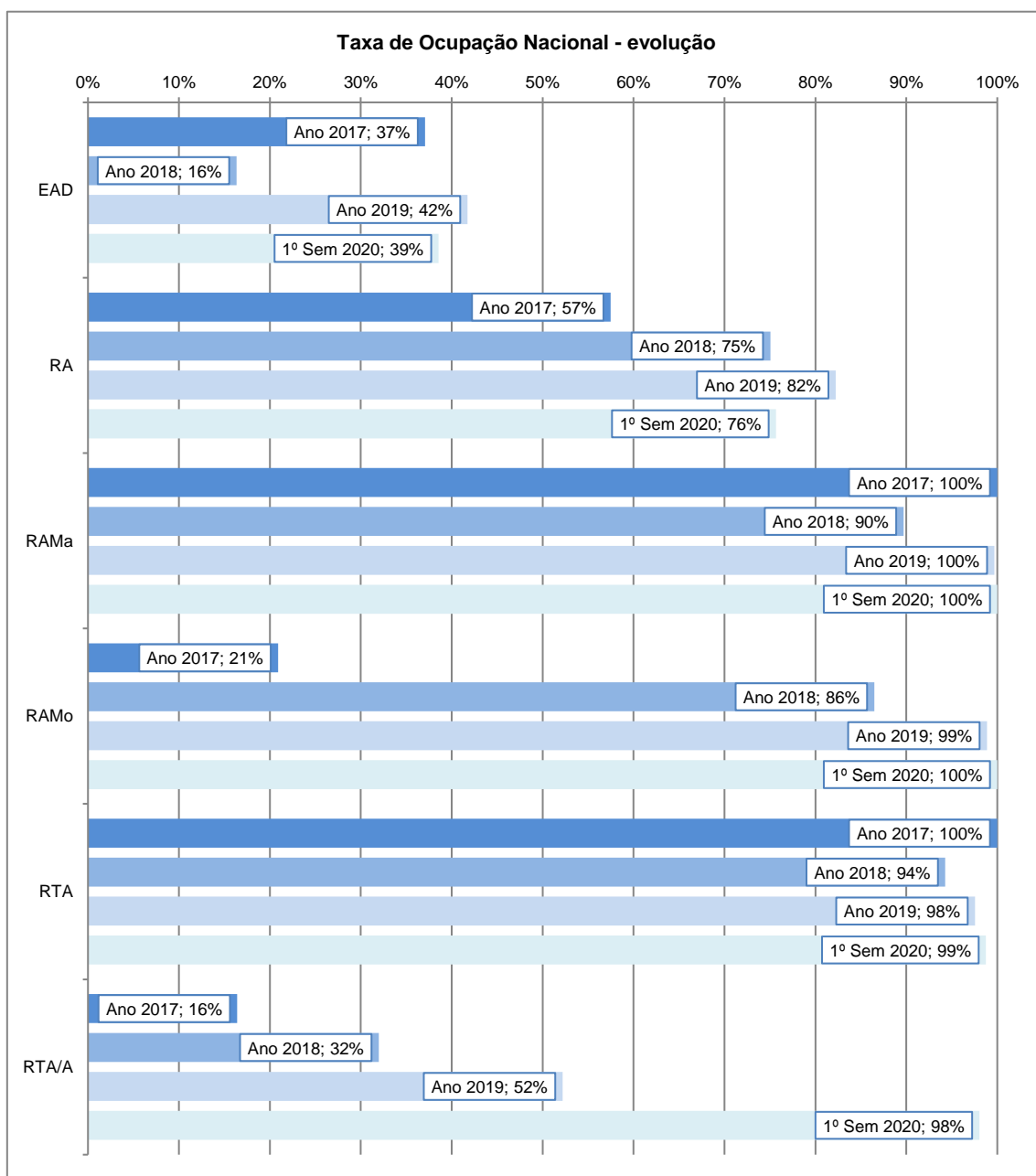
Para as tipologias de EAD e USO, apenas no 2º semestre de 2019 se consolidaram os registos no SI RNCCI. Assim, para estas tipologias, a taxa de ocupação no 1º semestre de 2020 foi, para EAD, de 81%, no Norte, e de 30% em LVT. Para USO, foi de 56%, no Norte, e de 83%, no Centro.

Gráfico 21. Evolução da taxa de ocupação, por tipologia, região e ano



No gráfico seguinte, apresenta-se a evolução da taxa de ocupação, a nível nacional, por tipologia e ano

Gráfico 22. Evolução da taxa de ocupação nacional, por tipologia e ano



PARTE IV

DESENVOLVIMENTO DOS CCISM

Desenvolvimento dos CCISM

Constrangimentos e medidas propostas

Desenvolvimento dos CCISM

O acompanhamento das experiências piloto de CCISM, permitiu a análise e reflexão dos vários intervenientes, sobre o modelo de cuidados proposto, principalmente no que concerne à contratualização, processo de referenciação, desenvolvimento dos projetos reabilitativos, funcionamento das tipologias desenvolvidas durante este período e adaptação do SI.

Um dos principais contributos da integração dos CCISM na RNCCI, foi o aumento da compreensão de realidades que habitualmente se encontram distantes, separando o que não é divisível, saúde física e saúde mental. A oportunidade de criar equipas coordenadoras com técnicos que trazem experiências de cuidados e preocupações reabilitativas distintas, é um fator determinante para a redução do estigma em relação à doença mental. A integração da saúde mental nas equipas coordenadoras, carece de maior desenvolvimento, mas tem sido bem acolhida por todos os envolvidos neste processo.

Este relatório regista parte significativa dos contributos recolhidos sobre o modelo para as respostas reabilitativas de saúde mental, identifica os principais constrangimentos e sugere medidas para ultrapassar as dificuldades. Neste sentido, podemos assinalar que apenas parte do percurso para atingirmos respostas de CCISM consequentes, foi percorrido. Ainda que tenha sido uma parte determinante desse caminho, fica por proceder-se às alterações necessárias ao modelo de cuidados e por mobilizar-se recursos fundamentais para os projetos reabilitativos.

Uma parte do percurso que falta percorrer, será a concretizado com orientações técnicas que clarifiquem processos e procedimentos e através da revisão das Portarias regulamentares e de preços, adequando as questões estruturais.

Fica evidente que o desenvolvimento das respostas de CCISM deve estar sustentado no apuramento de necessidades de cada SLSM, tendo por referência os objetivos dos CCISM. No entanto, este apuramento só será efetivo quando os profissionais que atendem pessoas com doença mental grave, conhecerem as respostas disponíveis, conhecimento que, nesta altura, ainda é circunscrito aos profissionais que tiveram acesso a tipologias de saúde mental. O desenvolvimento dos CCISM, estará igualmente, dependente em grande medida, do envolvimento dos profissionais dos serviços de saúde mental e psiquiatria e da sua articulação com as unidades e equipas de CCISM para o acompanhamento conjunto dos projetos reabilitativos.

Também as ECR e as ECL, têm um papel fundamental na dinamização deste projeto, na área da formação dos profissionais e no acompanhamento do desempenho das unidades e equipas de CCISM.

As medidas para enfrentar os principais constrangimentos identificados são propostas neste relatório. Convém, no entanto, salientar alguns aspetos absolutamente decisivos para o desenvolvimento dos CCISM:

- A nomeação dos profissionais para as equipas coordenadoras e a atribuição de tempo para as suas atividades;
- A nomeação de equipas nos SLSM, para que se envolvam e dinamizem a referenciação para CCISM;
- A diversificação de tipologias de acordo com as necessidades apuradas nos SLSM;
- A adaptação do SI RNCCI de modo a tornar mais simples a sua utilização e consulta;
- A adaptação do Programa Funcional, de modo a permitir a aquisição de estruturas para residências e unidades socio-ocupacionais e, assegurar a reconversão das unidades em funcionamento criadas no âmbito do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho;
- Maior divulgação destas respostas junto dos utentes e técnicos.

Na área da infância e adolescência, a escassez de profissionais com experiência em saúde mental neste grupo etário, representa a maior barreira ao desenvolvimento de respostas de CCISM. É um obstáculo na referenciação, na nomeação para as ECR e na criação e capacitação das equipas de CCISM. Acresce a necessidade de reunir consenso sobre o papel destas respostas nos cuidados aos mais jovens.

Deste modo, esta é uma área que precisa de uma reflexão com base na proposta atual, procurando soluções que ultrapassem as deficiências do sistema, designadamente sobre os objetivos das tipologias e sobre o modelo de referenciação.

Finalmente, para o final do percurso, é fundamental entender-se que o trabalho reabilitativo não se esgota na construção de residências, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, ainda que integrem profissionais competentes e motivados. Estas unidades representam um espaço para criação de oportunidades de recuperação das pessoas com doença mental, para melhorar a sua qualidade de vida ou para trabalhar capacidades remanescentes e evitar a deterioração psicossocial. Para tal, a disponibilidade de ferramentas ou a maior flexibilidade das medidas legais já existentes, em áreas como o emprego, designadamente no emprego apoiado e na formação profissional, ou na área da habitação, são determinantes e é ainda necessário trabalhar estas áreas de modo a permitir projetos reabilitativos de saúde mental efetivos. O desenvolvimento destes recursos deve ser realizado num contexto de colaboração entre MS e MTSSS, e a Coordenação Nacional para os CCI deve assumir protagonismo na dinamização deste processo.

Medidas propostas - resumo

Capítulo	Subcapítulo	CONSTRANGIMENTOS	MEDIDA	RESPONSÁVEL PELA MEDIDA	NECESSIDADE DE REVISÃO / ALTERAÇÃO À LEGISLAÇÃO	
COORDENAÇÕES	REGIONAIS	Técnicos de saúde mental não nomeados para completar as ECR	Nomeação dos elementos da SM e atribuição de tempo para as atividades da ECR de acordo com o n.º 3º da Portaria n.º 68/2017 e com n.º 3 e 4 do artº 32º da Portaria n.º 174/2013	ARS e CDist		
		ECR Centro, ECR LVT, ECR Alentejo, Elementos nomeados sem tempo atribuído para a atividade da equipa	Atribuição de tempo para as atividades da ECR de acordo com o n.º 3º da Portaria n.º 68/2017 e com n.º 3 e 4 do artº 32º da Portaria n.º 174/2014	ARS e CDist		
		ECR Alentejo e ECR Algarve: Ausência de psiquiatra de SMIA para assessorar a ECR	Nomeação de psiquiatra de SMIA	ARS Alentejo e ARS Algarve		
	LOCAIS	Maioria das ECL com técnicos de saúde mental nomeados mas sem tempo atribuído para a atividade em ECL	Atribuir cargas horária de acordo com o n.º 4 e 5 do artº 34º da Portaria n.º 174/2013	SLSM e ARS		
	NACIONAL	Ausência de intervenção na promoção de recursos legislativos e institucionais de apoio ao processo reabilitativo nas UCCI	Envolver coordenação nacional na dinamização de recursos reabilitativos, designadamente na área do trabalho e habitação	CNRNCCI e MTSSS		

Capítulos	Sub-capítulo	CONSTRANGIMENTOS	MEDIDA	RESPONSÁVEL PELA MEDIDA	NECESSIDADE DE REVISÃO / ALTERAÇÃO À LEGISLAÇÃO
REFERENCIAÇÃO	REFERENCIAÇÃO ADULTOS	Número reduzido de referências	Aumentar divulgação nos serviços (ECR, ECL, UCCI) Identificar elementos de referência / criar equipas de referência para os CCISM nos serviços de psiquiatria (proposta de modelo de organização para os serviços - elaborada pela coordenação nacional/PNSM; termos de referência contratualização - ACSS, definição de carteira de serviços - PNSM) Manter contacto periódico das ECR e ECL para suporte e formação	CNRNCCI, ECR, ECL, PNSM, ACSS, UCCIs	
		Organização dos serviços não promove a referência (organização dos serviços não é efetiva, existe desconhecimento do processo de referência, existe dificuldade na utilização do SI RNCCI)	Aumentar divulgação nos serviços (ECR, ECL, UCCI) Identificar elementos de referência / criar equipas de referência para os CCISM nos serviços de psiquiatria (proposta de modelo de organização para os serviços - elaborada pela coordenação nacional/PNSM; termos de referência contratualização - ACSS, definição de carteira de serviços - PNSM) Manter contacto periódico das ECR e ECL para suporte e formação	CNRNCCI, ECR, ECL, PNSM, ACSS, UCCIs	
		Acessibilidade às unidades (e.g. localização, transportes)	Melhorar planeamento no desenvolvimento de novas unidades de CCISM	CNRNCCI, ECR, ECL, SLSM	
		Ausência de tipologias ajustadas às necessidades dos serviços referenciadores	Melhorar planeamento no desenvolvimento de novas unidades de CCISM (apuramento de necessidades com participação das entidades referenciadoras)	CNRNCCI, ECR, ECL, SLSM	
		Processo de referência pelos CSP carece de clarificação (e.g. referência CSP, referência psiquiatra privado)	Clarificar processo de referência pelos CSP	CNRNCCI, ECR, ECL, SLSM, ACES	Rever processo de referência CSP Portaria n.º 68/2017
		Processo de referência pelo Setor Social não acrescenta efetividade ao processo de referência	Enquadrar o processo de referência pelo setor social no circuito normal da RNCCI (e.g. ER – ECL – ECR – Prestador)		Rever processo de referência Setor Social Portaria n.º 68/2017

Capítulos	Sub-capítulo	CONSTRANGIMENTOS	MEDIDA	RESPONSÁVEL PELA MEDIDA	NECESSIDADE DE REVISÃO / ALTERAÇÃO À LEGISLAÇÃO
REFERENCIAÇÃO	REFERENCIAÇÃO INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	Número reduzido de referências	Aumentar divulgação nos serviços (ECR, ECL, UCCI) Identificar elementos de referência para os CCISM nos serviços referenciadores (podendo ser os mesmos se SMIA estiver instalada no mesmo local de psiquiatria de adultos; termos de contratualização - ACSS, definição de carteira de serviços - PNSM) Manter contacto periódico das ECR e ECL para suporte e formação	CNRNCCI, ECR, ECL, PNSM, SLSM, UCCI	
		Desconhecimento dos profissionais sobre utilização do SI RNCCI	Manter contacto periódico das ECR e ECL para suporte e formação	ECR, ECL	
		Dúvida dos profissionais dos SMIA sobre pertinência das tipologias, serviços disponibilizados e causas de solicitação	Dar continuidade ao trabalho do grupo criado para análise das respostas de CCISM IA	CNRNCCI e PNSM	
		Escassez de técnicos com experiência em SMIA	Adaptar o modelo de CCISM da área da infância e adolescência aos contextos de desenvolvimento das respostas Melhorar planeamento no desenvolvimento de novas unidades de CCISM IA	CNRNCCI e PNSM	
		Unidades com acesso difícil (e.g. localização, transportes)	Melhorar planeamento no desenvolvimento de novas unidades de CCISM IA	CNRNCCI, ECR, ECL, SMIA	
		Ausência de tipologias ajustadas às necessidades dos serviços referenciadores	Melhorar planeamento no desenvolvimento de novas unidades de CCISM IA (apuramento de necessidades com participação das entidades referenciadoras)	CNRNCCI, ECR, ECL, SMIA	
		Comparticipação das famílias, demasiado elevada, é considerada discriminatória em relação a outros recursos da saúde e sociais	Rever fórmula de cálculo da participação, designadamente do percentual aplicado por tipologia	ISS	

Capítulos	Sub-capítulo	CONSTRANGIMENTOS	MEDIDA	RESPONSÁVEL PELA MEDIDA	NECESSIDADE DE REVISÃO / ALTERAÇÃO À LEGISLAÇÃO
ARTICULAÇÃO	ARTICULAÇÃO SLSM/UCCI	Ausência de procedimentos de articulação entre SLSM e UCCI Mais de metade das unidades respondentes ao questionário (9 em 15) referem não existir articulação entre a equipa da unidade de CCISM e os serviços de saúde mental e psiquiatria que referenciam e acompanham os utentes (ausência de procedimentos de articulação para discussão das situações referenciadas e acompanhamento dos utentes)	Assegurar/definir vias para comunicação e procedimentos de articulação entre UCCI e Serviço(s) referenciador(es). Promover a articulação e clarificar responsabilidades de UCCIs e entidades referenciadoras	CNRNCCI, PNSM, ARS, ECR	Clarificar artº 7º do DL 8/2010 Definir na legislação o processo de articulação entre as UCCI e os SLSM DL n.º 8/2010 Portaria n.º 68/2017
SISTEMA DE INFORMAÇÃO	SI RNCCI	Aumentar o número de indicadores extraídos através do SI e aumentar a fiabilidade desses indicadores	Adaptar o SI RNCCI às exigências de monitorização da atividade das unidades de SM	ACSS, SPMS, CNRNCCI	

Capítulos	Subcapítulo	CONSTRANGIMENTOS	MEDIDA	RESPONSÁVEL PELA MEDIDA	NECESSIDADE DE REVISÃO / ALTERAÇÃO À LEGISLAÇÃO
TIPOLOGIAS	PROGRAMA FUNCIONAL e RECONVERSÃO DE ESTRUTURAS DO DC n.º 407/98	Programa funcional demasiado exigente e desadequado em relação aos pressupostos dos CCISM (e.g. características residenciais, localização na comunidade)	Adaptação do PF aos pressupostos definidos no DL n.º 8/2010, para o desenvolvimento dos projetos de reabilitação psicossocial (trabalho em curso)	ACSS e ISS	Alteração do anexo à Portaria n.º 68/2017
		Dificuldade na reconversão de unidades criadas ao abrigo do DC n.º 407/98, relacionado com a adaptação dos equipamentos	Adaptação do PF ao artº 33º do DL n.º 8/2010 Elaboração de um plano de reconversão das unidades criadas ao abrigo do DC n.º 407/99	ACSS e ISS	Alteração do anexo à Portaria n.º 68/2017
		Comparticipação nas rendas é insuficiente para a aquisição/aluguer de espaços na comunidade (e.g. meio urbano) como previsto pela legislação	Rever a participação nas rendas e o modelo de incentivo à aquisição/arrendamento de equipamentos em meio urbano	ACSS e ISS	Revisão do suporte financeiro aos encargos com rendas Portaria n.º 183/2011
	PERFIS PROFISSIONAIS E CARGAS HORÁRIAS	Profissionais com menor diferenciação técnica, que a desejável para a constituição de equipas diferenciadas (e.g. EAD adultos e IA)	Reavaliar a necessidade de profissionais de acordo com os serviços exigidos e características dos utentes por tipologia	CNRNCCI, ECR, ECL, UCCI	Rever anexo da Portaria n.º 68/2017 Rever Portaria n.º 183/2011
		Perfil de profissionais indicados para as tipologias pode ser ajustado de modo a incluir outros perfis técnicos como alternativa (e.g. RA)			
		Existência de técnicos especializados em tipologias onde não é considerado necessário (e.g. RAMa)			
		Ausência de recursos especializados ou com experiência na área de cuidados de saúde mental e psiquiatria de adultos e da infância e adolescência			
Cargas horárias mínimas atribuídas aos profissionais são consideradas insuficientes pela maioria dos prestadores	Reavaliar carga horária (CH) necessária para atividades por profissional e por tipologia	CNRNCCI, ECR, ECL, UCCI	Definição da CH por tipologia Portaria n.º 68/2017 Portaria n.º 183/2011		
Diretor técnico sem carga horária atribuída, o que desvaloriza as atribuições contempladas na legislação para este elemento	Afetação de carga horária ao diretor técnico (DT)	CNRNCCI	Atribuição de CH ao DT no anexo da Portaria n.º 68/2017 Portaria n.º 183/2011		

Capítulos	Sub-capítulo	CONSTRANGIMENTOS	MEDIDA	RESPONSÁVEL PELA MEDIDA	NECESSIDADE DE REVISÃO / ALTERAÇÃO À LEGISLAÇÃO
TIPOLOGIAS	COMPARTICIPAÇÃO DOS UTENTES	Comparticipação do utente não é consensual entre as entidades quanto ao seu papel na reabilitação (e.g. responsabilização do utente no processo, equidade em relação à restante rede...)	Promover debate	CNRNCCI, PNSM, ISS	
		A participação aumenta a dificuldade de adesão dos utentes mais graves aos CCISM	Rever fórmula de cálculo da participação, designadamente do percentual aplicado por tipologia	ISS	Revisão fórmula de cálculo da participação dos utentes Despacho n.º 14-A/2015
		A participação nas unidades de ambulatório (e.g. RA, USO) pode reduzir o rendimento disponível e prejudicar a inclusão do utente	Rever fórmula de cálculo da participação, designadamente do percentual aplicado por tipologia	ISS	Revisão fórmula de cálculo da participação dos utentes Despacho n.º 14-A/2015
	RESIDÊNCIA DE APOIO MÁXIMO E RESIDÊNCIA DE APOIO MODERADO	Necessidade de clarificação do perfil de cuidados aos utentes e do objetivo de cada tipologia	Avaliar utentes, identificar necessidades, redefinir serviços, clarificar critérios de referência	CNRNCCI, PNSM, ECR, ECL, UCCI	Distinguir critérios de referência para RAMa e RAMo Portaria n.º 68/2017
	RESIDÊNCIA DE TREINO DE AUTONOMIA	Período de permanência máximo (12 meses) não contempla possibilidade de prorrogação	Incluir possibilidade de prorrogação	CNRNCCI	Prever possibilidade de prorrogação da permanência Portaria n.º 68/2017
	RESIDÊNCIA AUTONOMA	Valor pago por utente é insuficiente para assegurar os serviços solicitados para esta tipologia	Reavaliar valor pago por utente	CNRNCCI	Rever preços da RA Portaria n.º 183/2011 Portaria n.º 68/2017

Capítulos	Sub-capítulo	CONSTRANGIMENTOS	MEDIDA	RESPONSÁVEL PELA MEDIDA	NECESSIDADE DE REVISÃO / ALTERAÇÃO À LEGISLAÇÃO
TIPOLOGIAS	UNIDADE SOCIOOCUPACIONAL	Exigência de permanência mínima (3 dias adultos, 2 dias em IA) pode perverter o processo de reabilitação e não responder a diferentes necessidades de acompanhamento	Estudar alternativas	CNRNCCI	Retirar/ajustar "permanência mínima" Portaria n.º 68/2017
		Pagamento de atividades por presença é redutora da atividade e penalizadora para a unidade	Redefinir modelo de pagamento, nomeadamente através da designação das atividades elegíveis para pagamento e forma de as monitorizar e validar pelas ECL	CNRNCCI	Portaria n.º 68/2017 Portaria n.º 183/2011
	EQUIPA DE APOIO DOMICILIÁRIO	Número máximo de visitas diárias não possibilita gestão da atividade e adaptação à disponibilidade dos utentes/famílias	Permitir flexibilidade no número diário de visitas	CNRNCCI	Retirar limite diário de 8 visitas e definir um valor máximo semanal ou mensal Portaria n.º 68/2017 Portaria n.º 183/2011
		Nas regiões com menor densidade populacional e necessidade de maior tempo para deslocação (e.g. Alentejo) poderá ser difícil rentabilizar a atividade da equipa e atingir as 8 visitas/diárias	Estudar a possibilidade de ponderação do n.º de visitas considerando a variável "tempo de deslocação da EAD"	CNRNCCI, ARS	
	RTA + USO RAMO + USO	Não foram desenvolvidas estas tipologias durante este período de experiências piloto	Reflexão sobre a pertinência do desenvolvimento destas tipologias	CNRNCCI, PNSM	
	ENCARGOS COM MEDICAMENTOS	Entidades com tipologias que contemplam "Encargos com medicamentos", consideram valor insuficiente e manifestam dúvida sobre o objetivo pretendido com a verba indicada	Clarificar objetivo desta rubrica	ACSS, ISS, DGS/PNSM	Rever o modelo de comparticipação da medicação (integração no preço por utente ou reavaliação do valor de encargo)
		Pagamento de medicamentos pelo utente quando não fornecidos pelo serviço de psiquiatria provoca iniquidade entre utentes da rede	Encontrar uma solução que reduza a iniquidade entre utentes	PNSM, CNRNCCI	Portaria n.º 183/2011

Capítulos	sub-capítulo	CONSTRANGIMENTOS	MEDIDA	RESPONSÁVEL PELA MEDIDA	NECESSIDADE DE REVISÃO / ALTERAÇÃO À LEGISLAÇÃO
OUTROS DESENVOLVIMENTOS	Ausências programadas nas tipologias de CCISM	Ausência programada com objetivos terapêuticos não está regulada	Enquadrar utilização deste recurso no contexto dos CCISM	CNRNCCI	
	Acompanhamento das UCCI de SM	Necessidade de clarificar modelo de acompanhamento das unidades pelas ECL	Definir modelo de acompanhamento das UCCI de SM Revisão da GAU (objetivos, indicadores, critérios de aplicação)	CNRNCCI, ECR, ECL	
		Necessidade de acompanhamento das metodologias de intervenção e articulação com a comunidade	Avaliação das metodologias de intervenção nas UCCI Avaliação das estratégias de articulação das UCCI com a comunidade (levantamento de recursos para emprego, formação, habitação, atividade social...); avaliação das estratégias de mobilização destes recursos	CNRNCCI, PNSM, ECR, ECL	
	Expansão / desenvolvimento dos CCISM	Necessidade de plano de desenvolvimento das respostas de CCISM por Região/ECR	Apuramento de necessidades de lugares pelo SLSM Definição de critérios para desenvolvimento dos CCISM	CNRNCCI, PNSM, SLSM, ECR, ECL	
	Prescrição de transporte	Necessidade de adaptar legislação às unidades sem médico de CCISM		MS	Adaptação da legislação Despacho n.º 7702-C/2012, 4 de junho

