
PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 989/XIII/2.^a

Recomenda ao Governo o reforço das respostas para a Saúde Mental

Exposição de motivos

Estudos recentes evidenciam que Portugal tem uma das mais elevadas prevalências de doenças psiquiátricas na Europa¹, admitindo mesmo que cerca de 23% dos portugueses possam sofrer de uma perturbação psiquiátrica.

Por sua vez, o relatório “Portugal – Saúde Mental em Números 2015”, da responsabilidade da Direção-Geral da Saúde, sustenta que as perturbações mentais e do comportamento têm um peso significativo no total de anos de vida saudável perdidos pelos portugueses, com uma taxa de 11,75%.

A realidade descrita, conquanto não raramente ignorada no conjunto da sociedade portuguesa, tem um extremo impacto social e humano, na medida em que os problemas relacionados com a saúde mental representam uma importante causa de incapacidade, de morbilidade e mesmo de morte prematura.

As doenças do foro psiquiátrico têm, de facto, consequências sociais muito negativas, não só por degradarem significativamente a qualidade de vida dos cidadãos por elas afetados, como por gerarem elevados custos económicos e sociais, seja ao nível da produtividade

¹ Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1.º Relatório, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013.

laboral e do impacto nos sistemas de saúde, seja pelos efeitos muitas vezes nefastos que causam nos agregados familiares por elas atingidos.

É certo que, nas últimas décadas, reflexo da crescente preocupação com a saúde mental ao nível das políticas públicas, foi aprovada importante legislação nesse domínio, de que um dos mais relevantes exemplos é a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, que estabelece os princípios gerais da política de saúde mental.

Um dos princípios enformadores dessa Lei de Saúde Mental é o plasmado na alínea a) no n.º 1 do seu art.º 3.º, segundo o qual a prestação de cuidados de saúde mental deve ser promovida “prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social”.

Cumprir referir que, na sequência da aprovação da referida lei, o Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, veio estabelecer um novo regime de organização e funcionamento dos serviços de saúde mental no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), preconizando que o mesmo deveria ser “adequado às necessidades dos cidadãos”. Este diploma viria, aliás, a ser alterado pelo Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro, que incorporou no referido regime o quadro resultante da aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016, que havia sido aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março².

Contudo, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016 só viria a ser concretizado pelo Programa Nacional para a Saúde Mental, aprovado na sequência do Despacho n.º 404/2012, 13 de janeiro, que instituiu um conjunto de programas prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde.

² Entretanto, a rede de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental foi formalmente criada através do Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 22/2011, de 8 de abril.

Mais tarde, através do Despacho 3250/2014, de 27 de fevereiro, foi constituído um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar a situação da prestação de cuidados de saúde mental e das necessidades na área da saúde mental, e cujo relatório³, apresentado em março de 2015, forneceu informações relevantes, designadamente no que se refere à capacidade disponível, aos tempos de espera e às necessidades existentes para cuidados de saúde mental, como infra se evidencia:

"...no que se refere à capacidade disponível, em ambulatório, estavam alocadas em 2013 à consulta externa, 9.180 horas médicas semanais no setor público (SP) e 144 no setor social (SS), a atividade de hospital de dia, 954 e 21, respetivamente e a serviços de urgência/atendimento não programado, 4.183 horas, apenas no primeiro.

"Em atividades de reabilitação psicossocial em ambulatório (unidades sócio ocupacionais), no SP foram garantidas, em 2013, 26.504 sessões de tratamento, a que acrescem 738 lugares ao abrigo do Despacho 407/98 no SS.

"No internamento, o SP dispõe de 1.042 camas para doentes com demora inferior a 30 dias e 397 para doentes residentes, com demora superior, além de 142 para doentes forenses. Já o SS tem uma capacidade de 3.123 camas, para doentes de qualquer demora de internamento.

"As unidades residenciais de reabilitação, têm uma capacidade instalada de 152 camas (das quais 94 no hospital) no SP e de 307 no SS. Acrescem 209 lugares em unidades residenciais abrangidas pelo citado despacho 407/98.

"Relativamente aos tempos de espera para cuidados de saúde mental, verificou-se que, em 2013 e nas diferentes regiões, entre 66 e 92% das primeiras consultas de psiquiatria de adultos são realizadas dentro do tempo de resposta garantido, enquanto na psiquiatria da infância e adolescência essa percentagem oscila entre os 69 e os 79%.

"As necessidades existentes, sentidas e não sentidas, considerando os rácios pré-definidos (DGS, 1995), podem considerar-se assimétricas, quer no setor público, quer

³ Relatório do "Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental", ACSS (Março de 2015).

no social, com desvio claro para a faixa litoral, em particular no que se refere às camas disponíveis para o internamento de doentes em fase aguda da sua doença, pondo em causa o princípio da proximidade/acessibilidade.

“Merecedora de particular preocupação é a situação respeitante à admissão de doentes em estruturas compatíveis com internamentos de longa duração, em que unidades, quer públicas, quer sociais, de grande capacidade substituem as desejáveis estruturas residenciais, de várias tipologias, que deveriam integrar a rede de cuidados continuados de saúde mental e que se restringe às unidades criadas no âmbito do já citado Despacho 407/98. Essa rede é particularmente necessária quando se constata que a geração dos doentes pós-advento da farmacoterapia começa a sentir a falta da geração progenitora que os acompanhou.”

Num estudo⁴ recentemente realizado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) foi considerado igualmente que:

- Os rácios de recursos humanos por habitantes, nos prestadores do SNS, encontram-se abaixo dos objetivos definidos pela DGS, em 1995, com exceção para o número de psicólogos por habitantes;
- Numa avaliação produzida em 2011, a Organização Mundial de Saúde concluiu que, face aos padrões europeus, o número de psiquiatras por população era relativamente adequado, mas o número de enfermeiros a trabalhar em saúde mental e o número de psicólogos eram extremamente baixos;
- Numa ótica regional, o número de camas em psiquiatria de adultos por habitantes, nesses prestadores, é inferior aos rácios definidos pela DGS na Administração Regional de Saúde (ARS) Norte e ARS Alentejo, e apenas a ARS Norte, ARS Centro e ARS Lisboa e Vale do Tejo dispõem de resposta em internamento em psiquiatria da infância e da adolescência (no entanto claramente insuficiente para responder às necessidades e sem condições que permitam a permanência do acompanhante);

⁴ “Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental”, Setembro de 2015.

- A maioria da população reside em regiões com nível de acesso baixo ou encontra-se a mais de 40 minutos de cuidados públicos de psiquiatria e apenas 1,5% da população beneficia de um nível de acesso considerado alto, percentagem que se reduz para os 0,3% no caso da psiquiatria da infância e da adolescência;
- Existem assimetrias regionais no acesso a cuidados públicos de saúde mental, sendo a escassez mais vincada na ARS Alentejo e na ARS Algarve, e a maioria dos estabelecimentos de natureza social com acordo com o SNS não se encontram nas regiões com menor nível de acesso. Se considerada a rede não pública que poderia ser utilizada para reduzir esta escassez, verifica-se que a ARS Alentejo continua a ter a maior percentagem de população residente em áreas de baixo acesso, ou que se encontra a mais de 40 minutos de distância de cuidados não públicos de psiquiatria, e na ARS Algarve 76% da população tem igualmente um baixo nível de acesso a cuidados não públicos de psiquiatria da infância e da adolescência.

Mais recentemente, um outro importante estudo⁵ veio alertar para a insuficiência de recursos humanos na área da saúde mental, bem como para as graves dificuldades de acesso dos utentes a esses cuidados, como o evidencia o facto de no mesmo se considerar que apenas 15% do total das pessoas que precisam de cuidados de saúde mental têm efetivamente acesso aos mesmos.

Esta realidade justifica, aliás, o entendimento segundo o qual, “A nível da saúde mental, é necessário melhorar e reforçar a liderança e a capacidade de governação do sistema da saúde mental e o acesso aos decisores políticos, mas também garantir um orçamento nacional para a saúde mental, que tenha em conta a dimensão do impacto da mesma, reduzindo assimetrias; É também essencial aumentar a capacidade de tratamento dos

⁵ Estudo “Modelos de Pagamento Inovadores para o Sistema de Saúde Mental Português”, Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL), 2017.

doentes mentais graves e implementar estratégias multissetoriais que promovam e previnam a doença mental de forma articulada e integrada”⁶.

Importa, pois, reforçar a aposta na prestação de cuidados de saúde mental no domínio dos cuidados ambulatoriais, seja em termos de cuidados primários ou hospitalares, bem como nos cuidados prestados em regime de internamento, neste caso principalmente no que se refere aos cuidados continuados, onde se continua a verificar a carência de estruturas que assegurem a prestação desses cuidados.

Assim, no âmbito dos cuidados de saúde primários de saúde mental, devem ser criadas e reforçadas, designadamente ao nível das Unidades de Saúde Familiar e dos Centros de Saúde, as estruturas e equipamentos vocacionados para a prestação desses cuidados, bem como criar equipas multidisciplinares e comunitárias e reforçando, ainda, os recursos humanos adequados à satisfação das necessidades da população naquela vertente da prestação de cuidados de saúde.

Ao nível dos cuidados especializados de saúde mental cumpre dotar os hospitais gerais que disponham de serviços de psiquiatria e de pedopsiquiatria, bem como os hospitais psiquiátricos, com estruturas e recursos humanos suficientes para assegurar um adequado funcionamento de serviços essenciais, designadamente ao nível do atendimento da urgência e dos serviços de ambulatório e de internamento.

Outro aspeto essencial no âmbito dos cuidados de saúde mental é o que se refere à referenciação dos utentes, cujo acompanhamento em tempo útil pelos serviços de saúde é fundamental e mesmo decisivo, já que, desse modo, se contribuirá para prevenir ou contrariar o agravamento da doença que resultaria de um diagnóstico e início de tratamento tardios.

⁶ In “Relatório de Primavera de 2016”, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).

É por isso imperioso melhorar, a bem da qualidade e continuidade dos cuidados prestados às pessoas com doença mental, a articulação e a interação entre os estabelecimentos hospitalares públicos e do sector privado, entre si e com as instituições do setor social convencionado, assim como com os serviços da comunidade que prestam cuidados e serviços de saúde mental.

A esse respeito, enquanto os hospitais do SNS não dispuserem de meios e recursos que respondam às necessidades da população em termos de saúde mental, deve o Estado, enquanto entidade responsável pela efetivação do direito à proteção da saúde, assegurar o encaminhamento atempado dos utentes para estabelecimentos de saúde do setor social convencionado, da sua zona de residência, desde que os mesmos possuam experiência na prestação de cuidados de saúde mental e se encontrem certificados pela ERS.

Num outro nível, importa reforçar urgentemente a rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, já que tal se trata de uma dimensão fundamental do apoio às pessoas com experiência de saúde mental.

Nesse âmbito, o XIX Governo Constitucional aprovou a Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, que definiu as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Posteriormente, o mesmo executivo, através do Despacho n.º 8320-B/2015, de 29 de julho, definiu as experiências-piloto dos cuidados continuados integrados de saúde mental, aprovando a contratação de lugares específicos para utentes da área da saúde mental, autorizando a contratação de cerca de três centenas de lugares para o referido conjunto de doentes.

Considerou o Governo de então que a concretização das referidas experiências-piloto deveria verificar-se com premência, não só porque se tratava de preencher uma lacuna gravemente lesiva dos direitos dos doentes e suas famílias, como porque as mesmas contribuiriam para a adoção de um novo modelo de referenciação, de intervenção e de articulação interinstitucional, garantindo um efetivo acompanhamento integrado dos utentes e seus cuidadores, bem como a reintegração social daqueles.

Operada poucos meses depois a constituição de um novo executivo, a 6 de abril de 2016, o atual Ministro da Saúde viria a afirmar, no Parlamento, que “Nós iremos, este ano, abrir 328 lugares de saúde mental.” E, em Junho seguinte, o coordenador da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados garantiria mesmo que, a partir de 1 de julho desse ano, iriam começar a abrir “diferentes tipologias” de unidades de saúde mental, para “responder a necessidades de aproximadamente 300 pessoas em todo o país”.

Não tendo no entanto havido qualquer concretização, pelo atual executivo, das experiências-piloto de cuidados continuados integrados de saúde mental autorizadas ainda em meados de 2015, em novembro do ano passado, um conjunto de 6226 cidadãos apresentou à Assembleia da República a Petição n.º 207/XIII/2.^a, através da qual solicitaram que as primeiras das referidas “experiências-piloto fossem desbloqueadas orçamentalmente, formalmente despachadas e inauguradas para apoiar as pessoas que estão em situação de desvantagem por motivos relacionados com a doença mental.”

A Petição a que se aludiu foi promovida pela FAMILIARMENTE – Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental, nela se considerando que “A Saúde Mental portuguesa tem atravessado, nas últimas décadas, momentos muito conturbados e muito penosos para as pessoas portadoras de doença mental e seus familiares e/ou cuidadores informais”.

Já este ano, o Governo aprovou o Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro, através do qual revogou o Despacho n.º 8320-B/2015, de 29 de julho, voltando a autorizar as ARS a assumir compromissos plurianuais no âmbito dos contratos-programa celebrados com as entidades integradas ou a integrar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na área específica da saúde mental.

Este novo despacho veio prever a abertura de 366 lugares na comunidade, em 25 entidades nele mencionadas, o que, sendo embora ainda insuficiente, não foi sequer concretizado até ao momento, apesar do compromisso do executivo em que tal ocorresse desde março passado. Esta situação torna-se, aliás, particularmente incompreensível caso se tenha presente que 179 dos referidos lugares, ou seja, quase metade, constituem reconversões de camas/lugares já existentes, donde resulta que apenas haveria a abertura, na prática, de 187 novos lugares.

Importa, pois, que o Governo concretize sem mais delonga a abertura das experiências-piloto dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental para crianças, adolescentes, adultos e senescentes, procedendo ainda à expansão desses cuidados e garantindo, igualmente, uma dotação orçamental para a área da saúde mental que permita a manutenção das referidas experiências-piloto e a abertura de novas unidades e equipas em todo o território nacional.

Um aspeto essencial é ainda o que se refere à integração de cuidados, na medida em que tal constituirá “um meio para melhorar o acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e profissionais e obter ganhos de eficiência.”⁷

⁷ in Estudo do Alto Comissariado para a Saúde, de outubro 2010, sobre o Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Também aí se justifica a alteração do atual modelo de financiamento da saúde mental, já que o “o modelo de financiamento dos hospitais não favorece as melhores práticas em saúde mental, principalmente porque incentiva o volume de serviços e não o seguimento continuado dos doentes” e o modelo de financiamento dos cuidados de saúde primários também “não favorece a sua implicação na saúde mental”, porque “incentiva os médicos a terem longas listas de utentes”⁸

Outra questão, igualmente fundamental no contexto do apoio às pessoas portadoras de doença mental, é a que respeita ao apoio aos cuidadores informais, cujo papel é decisivo na medida em que são estes que acompanham e apoiam os seus familiares ou próximos com doença mental.

A este respeito cumpre recordar que o Parlamento aprovou, há precisamente um ano, a Resolução da Assembleia da República n.º 129/2016, de 17 de Julho, recomendando ao Governo a criação do estatuto do cuidador informal, que proteja quem trata de pessoas dependentes com doenças crónicas nos seus domicílios e acompanhando-os, designadamente nas crises, nas consultas e nos internamentos.

Como se referiu, passado um ano, o Governo não criou esse estatuto, apesar de, por exemplo, o Ministro da Saúde ter afirmado, em março de 2016, que, “Para o ano gostaríamos de estabelecer incentivos à condição de cuidador informal”, acrescentando que “Podem ser incentivos de natureza fiscal.

Com a presente iniciativa, o Grupo Parlamentar do PSD não honra apenas os mais de seis mil cidadãos que entenderam demandar a Assembleia da República, solicitando a abertura imediata das experiências-piloto dos cuidados continuados integrados de saúde mental.

⁸ Estudo “Modelos de Pagamento Inovadores para o Sistema de Saúde Mental Português”, ENSP/UNL, 2017.

Através da mesma afirma-se um compromisso para o reforço das respostas para a Saúde Mental, já que, só assim, se poderá combater com êxito a elevada prevalência das doenças mentais no País e contrariar a falta de acesso das pessoas com doença mental a esses cuidados.

Deste modo, o PSD considera da maior importância que o Governo concretize, na prática, o compromisso que assumiu há mais de um ano, no sentido de abrir os referidos novos lugares de saúde mental, devendo igualmente reforçar, no SNS, as estruturas e equipamentos vocacionados para a prestação de cuidados de saúde mental, bem como os recursos humanos e a formação profissional, adaptando ainda o financiamento dos cuidados de saúde mental às reais necessidades e carências da população.

Assim, nos termos das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, a Assembleia da República recomenda ao Governo que promova, designadamente:

1. No âmbito dos cuidados primários:
 - a) A criação e o reforço das estruturas e equipamentos vocacionados para a prestação de cuidados de saúde mental, designadamente ao nível das Unidades de Saúde Familiar e dos Centros de Saúde;
 - b) A criação de equipas multidisciplinares e comunitárias de saúde mental;
 - c) O reforço dos recursos humanos adequados à satisfação das necessidades de saúde mental, designadamente em médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social e assistentes operacionais;
 - d) A formação em rede para cuidadores formais e informais de doentes portadores de doença mental;

2. No âmbito dos cuidados especializados de saúde mental, a criação ou o reforço, nos hospitais gerais que disponham de serviços de psiquiatria e de pedopsiquiatria e nos hospitais psiquiátricos, de:
 - a) Estruturas e recursos humanos suficientes para assegurar um adequado funcionamento de serviços essenciais, designadamente ao nível do atendimento da urgência e dos serviços de ambulatório e de internamento;
 - b) Serviços de ambulatório, através de consultas de psiquiatria e de pedopsiquiatria;
 - c) Serviços de internamento na crise para crianças/adolescentes e adultos;
 - d) Hospitais de Dia para crianças/adolescente e adultos;
 - e) Equipas multidisciplinares e terapeutas de referência;
 - f) Equipas comunitárias de saúde mental de apoio aos utentes e cuidadores;

3. Implementação e reforço da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental:
 - a) Procedendo à abertura imediata dos lugares de saúde mental previstos no anexo ao Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro;
 - b) Assegurando a cobertura territorial das respostas dos cuidados continuados em saúde mental e garantindo o acesso das pessoas com necessidades em condições de equidade;

4. O encaminhamento atempado dos utentes portadores de doença mental para estabelecimentos de saúde do setor social convencionado, da sua zona de residência, desde que os mesmos possuam experiência na prestação de cuidados de saúde mental e se encontrem certificados pela ERS, sempre que os hospitais do SNS não disponham de meios e recursos que respondam às necessidades da população em termos de saúde mental;

5. A melhoria da articulação e da interação entre os estabelecimentos hospitalares públicos e do sector privado, entre si e com as instituições do setor social convencionado, assim como com os serviços da comunidade que prestam cuidados e serviços de saúde mental;
6. O reforço dos recursos humanos e financeiros destinados à satisfação das necessidades da população no domínio da saúde mental, designadamente em termos de pessoal médico, de enfermagem, assistentes sociais e de assistentes operacionais;
7. A integração e continuidade de cuidados em saúde mental, pela disponibilização do tipo e volume adequado de recursos às necessidades específicas dos utentes, no local certo e em tempo útil;
8. A aprovação do Estatuto do Cuidador Informal, cuja criação foi recomendada ao Governo através da Resolução da Assembleia da República n.º 129/2016, de 17 de Julho.

Assembleia da República, 13 de julho de 2017

Os Deputados do Grupo Parlamentar do PSD,

Luís Montenegro,

Miguel Santos,

Ângela Guerra,

Luís Vales,

Cristóvão Simão Ribeiro,

Isaura Pedro,

José António Silva,



Grupo Parlamentar

Fátima Ramos,
Ricardo Baptista Leite
Laura Magalhães