

CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA



EQUIPA A

Clínica Psiquiátrica I

Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures

Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos

Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas

## **Cuidados na comunidade: 20 Anos de experiência**

*Memorandum* a propósito do encerramento  
da Clínica Psiquiátrica I e do  
Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures

Fevereiro

2012



## EQUIPA

João Cabral Fernandes (Diretor da Equipa A e UTRA)  
Ana Cristina Farias (Coordenadora da UCCPO)  
António Fonseca (Coordenador da Clínica Psiquiátrica I)  
Ilda Baptista (Enfermeira Chefe da Equipa A e UTRA)  
Madalena Martins (Coordenadora dos Enfermeiros da UCCPO)  
Margarida Quaresma (Coordenadora do NIC – Loures)  
Noélia Canudo (Coordenadora dos Psicólogos)  
Teresa Mota (Coordenadora da UTRA)

Adriana Moutinho (Interna de Psiquiatria)  
Afonso Paixão (Psicólogo Clínico)  
Ana Margarida Baptista (Interna de Psiquiatria)  
Ana Cristina Pissarra (Enfermeira)  
Betânia Pires (Monitora de Artes Plásticas)  
Carla Santos (Psicóloga Clínica)  
Cristina Reis (Enfermeira)  
Dina Ferreira (Enfermeira)  
Elsa Gaspar (Enfermeira)  
Eva Gonçalves (Interna de Psiquiatria)  
Fernanda Santos (Enfermeira)  
Fernando Marques (Enfermeiro)  
Fernando Nunes (Enfermeiro)  
Filipe Antunes (Enfermeiro)  
Graça Alves (Psicóloga Clínica)  
Helena Miranda (Enfermeira)  
Inês Lima (Terapeuta Ocupacional)  
Irina Quental (Assistente Social)  
Isabel Ganhão (Médica Psiquiatra)  
Joana Teixeira (Interna de Psiquiatria)  
João Mourão (Enfermeiro)  
José Cabete (Enfermeiro)  
José Nunes (Enfermeiro)  
Lídia Moutinho (Enfermeira)  
Liliane Viegas (Dançaterapeuta)  
Luís Cardoso (Enfermeiro)

Margarida Esteves (Assistente Social)  
Maria Amélia Canelo (Enfermeira)  
Maria Ocante (Enfermeira)  
Miguel Trigo (Psicólogo Clínico)  
Patrícia Gameira (Psicóloga Clínica)  
Patrícia Pedro (Interna de Psiquiatria)  
Paula Diegues (Psicóloga Clínica)  
Paula Vieira (Assistente Social)  
Pedro Gongga (Enfermeiro)  
Rute Alves (Interna de Psiquiatria)  
Rute Amaral (Enfermeira)  
Sara Portugal (Terapeuta Ocupacional)  
Sónia Ferreira (Psicóloga Clínica)  
Susana Correia (Enfermeira)  
Susana Fonseca (Assistente Social)  
Susana Pereira (Psicóloga Clínica)  
Tânia Baptista (Enfermeira)  
Teresa Leonardo (Médica Psiquiatra)

# Índice

Preâmbulo.....	1
1. Introdução .....	1
2. Pressupostos da intervenção comunitária.....	3
3. Contributo da Equipa A .....	5
3.1. Equipa .....	5
3.2. Ambulatório .....	5
3.3. Intervenção na crise .....	6
3.4. “Doentes difíceis” .....	6
3.5. Intervenção em contexto domiciliário .....	7
3.6. Articulação de cuidados .....	8
4. Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas .....	10
4.1. História .....	10
4.2. Modelo .....	11
4.3. Estruturas e casuística .....	13
5. Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures .....	15
5.1. História .....	15
5.2. Modelo .....	15
5.3. Estruturas e casuística .....	15
6. Conclusão .....	17
Bibliografia .....	19
Anexo – <i>Press release</i> .....	21

## **Preâmbulo**

A entrada em funcionamento do Hospital Beatriz Ângelo, e a conseqüente reorganização dos serviços de saúde na área sua área geo-demográfica de influência, vem colocar-nos, enquanto equipa de saúde mental que presta cuidados nesta área, algumas questões que merecem uma reflexão alargada, crítica e construtiva. Esta reacção surge na sequência do encerramento programado da Clínica Psiquiátrica I e do Núcleo de Intervenção Comunitário de Loures, subsistindo, neste momento, apenas o horizonte de mais dois anos de trabalho para o Núcleo de Intervenção Comunitária de Odivelas.

Concordando, obviamente, com a inclusão dos serviços de psiquiatria e saúde mental nos hospitais gerais, consideramos, porém, que o modelo de intervenção hospitalar não abrange a totalidade das respostas necessárias, continuando a ser imprescindível a intervenção comunitária.

Neste campo, a equipa do Sector A do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL)<sup>1</sup> tem uma experiência de vinte anos de trabalho comunitário e vem mostrar a sua perplexidade perante o que parece ser uma omissão desta realidade, ao não ser levada em conta na constituição da nova rede de cuidados.

É, pois, impossível assistir de forma apática ao fim de um projeto socialmente útil e tecnicamente sustentável. Qual o sentido de planear novos serviços comunitários, para uma área em que eles já existem e são desenvolvidos por equipas experientes, inseridas e bem aceites pela sua comunidade?

## **1. Introdução**

Os cuidados na comunidade não são, nem cuidados de saúde mental prestados em consultas ambulatoriais na comunidade, nem cuidados de reabilitação psicossocial, prestados essencialmente em contexto hospitalar, seja ele psiquiátrico ou geral. De facto, embora se saiba que a abordagem hospitalar tem a vantagem de facilitar a comunicação na equipa, existem, também, importantes desvantagens relativas à acessibilidade, à resolução rápida das situações de crise e à maior dificuldade na reabilitação

---

<sup>1</sup> Psiquiatras, enfermeiros, psicólogos clínicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dançaterapeuta, monitora de artes plásticas.

psicossocial das desvalias, desvantagens ou défices (Fallon & Fadden, 1995). Referindo-se à experiência americana, Bachrach (2000) refere que os cuidados comunitários tornam-se “mais humanos e eficazes do que os cuidados hospitalares” (p. 54). Este tipo de cuidados serve, pois, como um complemento crucial aos cuidados hospitalares. Na realidade, os cuidados na comunidade, que resultaram do processo designado por desinstitucionalização, definem-se como a “substituição dos hospitais psiquiátricos para internamento prolongado por serviços alternativos de menor dimensão, menos isolados e com base na comunidade, para cuidar de pessoas com doença mental” (op cit., p. 49). Partem de um modelo sistémico e integrado que assenta em estratégias de mediação, capacitação, defesa de direitos e, globalmente, no empoderamento dos seus destinatários e da comunidade como um todo, onde os prestadores formais e os informais se unem para formar uma rede coesa. Esta é uma conquista histórica que, libertando-se das práticas asilares do princípio do século XIX, culminou na reforma das políticas e das instituições de saúde mental. Em Portugal, também têm vindo a fazer-se sentir estes avanços civilizacionais, de cidadania e de dignidade no tratamento humano da doença mental, que importam defender a todo o custo. Recorde-se, porém, que estes progressos têm sido, década após década, tema recorrente de controvérsia e tensão nas discussões sobre reformas e políticas de saúde mental<sup>2</sup>.

Considerando os fortes constrangimentos sociais e financeiros e o atual cenário macroeconómico de crise, eleva-se o risco de perda dos investimentos e dos avanços feitos neste domínio. A ameaça que se coloca à desinstitucionalização é a transinstitucionalização, que acarretaria a falência dos processos de articulação intersectorial e institucional, a perda da continuidade dos cuidados, da especialização dos serviços e da proximidade às populações, bem como a inacessibilidade aos cuidados de saúde, o abandono de pessoas e famílias com graves dificuldades na defesa dos seus direitos, a marginalização pela adversidade social, pelo estigma e pela criminalização da doença mental, a miséria social e financeira, o alcoolismo e

---

<sup>2</sup> A título ilustrativo, ver dois números temáticos da Revista de Psiquiatria. Na Revista de 1988, dedica-se um número ao tema: “Hospitais psiquiátricos, que futuro?”, com artigos de Malcolm Weller, António Esteves, Ricardo Jardim, César Dinis e Barahona Fernandes. Novamente em 1999, uma Revista com o tema: “Onde estão os doentes mentais?”, tendo um editorial de José Jara e um artigo de António Palha. Não fará sentido, em 2012, a publicação de novo número temático?

outras intoxicações, o aumento dos comportamentos para-suicidários, das tentativas e das taxas de suicídio, a proliferação dos sem-amor, dos sem-projeto, dos sem-identidade e dos sem-abrigo e isto para citar alguns exemplos.

## **2. Pressupostos da intervenção comunitária**

A nível internacional, a tendência generalizada, em termos das políticas de saúde e dos pressupostos científicos, orientam-se no sentido de reduzir o número de hospitais psiquiátricos. Em alternativa, tem-se promovido o alargamento dos prestadores de cuidados e o estabelecimento de redes de cuidados de saúde mentais de base comunitária, estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde e com o hospital geral, que deverá funcionar como retaguarda dos casos que exijam internamento psiquiátrico. Em Portugal, a Lei de Saúde Mental (DR, 1998) estabelece como princípio geral que “a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, de forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e facilitar a sua reabilitação e inserção social” (artigo 3º). A intervenção comunitária exige, pois, três eixos basilares: (1) as características do território, (2) os vínculos estabelecidos entre a equipa de saúde mental e a sua população e (3) o programa psicossocial de assistência: (1) as características do território, (2) os vínculos estabelecidos entre a equipa de saúde mental e a sua população e (3) o programa psicossocial de intervenção:

- **Território.** O espaço que habitamos, o nicho ecológico e a área de vivência, fazem parte integrante do nosso sentimento de territorialidade e identidade. Ao território correspondem regras próprias, modos de ajustamento, perceção de pertença e de barreiras, conotações afetivas, entre outros. Apoiar as pessoas com desvantagem psicossocial a escolher e a manter condições seguras e sustentáveis de vida na sua comunidade (*in loco*), constitui um objetivo fulcral para o processo de desinstitucionalização, de reabilitação e de dignificação dos cuidados em saúde mental na comunidade. As provas científicas e clínicas apontam, igualmente, no sentido de as intervenções comunitárias serem as mais

eficazes e as que suscitam reações mais favoráveis entre os familiares destas pessoas.

- **Vinculação.** Independentemente do termo que se use – “aliança terapêutica”, “adesão ao tratamento” ou “*compliance*”, sabe-se que a qualidade e a estabilidade deste contrato interpessoal de colaboração, estabelecido entre a equipa de saúde mental, o utente e os seus familiares, constitui um dos principais fatores de mediação na eficácia terapêutica. Este padrão de vinculação interpessoal é moroso, altamente dependente da estabilidade da relação terapêutica e das características do cliente. A sua influência tem sido estudada em diferentes situações clínicas, sendo a evidência científica (Mace, Moorey & Roberts, 2001) consistente em apontar o seu impacto na diminuição das taxas de abandono dos tratamentos, na melhoria clínica dos sintomas, na redução das recaídas e do recurso à urgência. Surge também associada à satisfação com os serviços, à perceção de bem-estar e de qualidade de vida ou à diminuição dos períodos de recuperação e baixa psiquiátrica. Dada a complexidade da intervenção comunitária e das problemáticas envolvidas, esta matriz de relacionamento implica os vários elementos da equipa de saúde e envolve, não apenas o paciente identificado, mas também os seus familiares (i.e. cuidadores informais) e toda a rede de cuidadores.
- **Programa.** Dada a complexidade da intervenção, os cuidados comunitários de saúde mental acolhem uma grande maioria de pessoas com doença mental grave e doentes difíceis, cujas problemáticas se caracterizam pela evolução prolongada, perda ou instabilidade, com tendência à cronicidade, dificuldade na adesão aos programas terapêuticos, existência de comorbilidade psiquiátrica, coocorrência de doença física, desenraizamento psicossocial, carência socioeconómica ou tensão familiar. Como é sabido, a abordagem destas problemáticas socio-psiquiátricas exige tempo, recursos técnicos diferenciados e importantes investimentos financeiros. Trata-se de programas integrados de cuidados, a desenvolver na maior proximidade possível, da forma menos restritiva e em estreita articulação com os recursos locais e intersectoriais. Destes programas de cuidados destacam-se o internamento parcial em hospital de dia, área de dia ou reabilitação psicossocial, os fóruns socio-ocupacionais,

o apoio às famílias, a psicoeducação, a intervenção na crise, a gestão de casos, os cuidados continuados e domiciliários, bem como a reabilitação vocacional, profissional e residencial.

### **3. Contributo da Equipa A**

#### **3.1. Equipa**

Um dos principais recursos terapêuticos do modelo de intervenção da equipa A baseia-se na constituição, na dinâmica e na coesão da equipa de saúde mental. Trata-se de uma equipa pluriprofissional e multidisciplinar que, ao longo de 20 anos de experiência, se constituiu e adaptou proactivamente a várias contingências, de modo a responder às necessidades e à especificidade da sua população. São disto exemplo: (1) o elevado nível de especialização dos seus serviços e programas de reabilitação psicossocial; (2) a parceria estabelecida com a Câmara Municipal de Odivelas, que alocou duas psicólogas ao serviço, com vista a assegurar, aos funcionários camarários, cuidados de psiquiatria e saúde mental numa base comunitária; (3) a criação da Associação Comunitária de Saúde Mental de Odivelas (ACSMO) que constitui uma valência integrada no contínuo reabilitativo da UCCPO e que se destina a integrar pessoas com doença mental grave e incapacitante. Durante esse processo a equipa conseguiu estabelecer um saber, uma prática e uma legitimidade próprias, decorrentes do contacto com a população, com as famílias, com os utentes e com toda a rede de instituições do seu território de influência. Neste modelo de equipa, os prestadores formais organizam-se num todo de que fazem também parte os prestadores informais (i.e. familiares, relações de proximidade) e as estruturas locais. Devido a estas características de persistência, estabilidade, cooperação e integração de esforços, consolidou-se uma aliança de trabalho diferenciada e uma matriz socio-relacional que é um património clínico não replicável.

#### **3.2. Ambulatório**

A especificidade do ambulatório numa consulta de base comunitária decorre, em primeiro lugar, do local e da proximidade com que os cuidados são oferecidos e, portanto, da sua acessibilidade e familiaridade. Por outro lado, a

elevada articulação entre a consulta ambulatória, os restantes profissionais de saúde, as estruturas existentes no dispositivo de cuidados e a elevada articulação com a rede de cuidados comunitários, confere-lhe uma eficácia particularmente elevada que se associa à prontidão para colmatar as necessidades dos seus utentes.

### **3.3. Intervenção na crise**

As situações de crise, entendidas como rupturas no equilíbrio interno quando os mecanismos habituais de regulação se tornam insuficientes para fazer face a uma ameaça, gerando-se, como consequência, sensações de desorganização, confusão, desespero, tristeza ou pânico (Wainrib & Bloch, 1998), são acontecimentos relativamente habituais na intervenção em saúde mental. A intervenção na crise, nesta equipa de base comunitária, adquire especial relevo, quer pela acessibilidade ao serviço por parte das pessoas com doença mental e seus familiares, quer pela diferenciação e contínuo de respostas passíveis de serem desencadeadas, quer ainda pela sua eficácia, decorrentes da flexibilidade, rapidez e adequação face às necessidades reais. Os desencadeantes desta intervenção podem ser os mais diversos, desde descompensações associadas à elevada emocionalidade expressa nas famílias (Leff & Vaughn, 1985; Kuipers, Leff & Lam, 2002), situações de vida inesperadas e disruptivas, exacerbações e recaídas em quadros psicopatológicos. Nestas várias situações, os objectivos são os de evitar o agravamento, a cronificação e o atingir níveis mais acentuados de desestabilização socio-familiar.

### **3.4. “Doentes difíceis”**

Apesar da escassez de recursos e da relativa proliferação de serviços especializados de psiquiatria e saúde mental, o Plano nacional de saúde mental (MS, 2008) determina como prioritária a criação de unidades ou de serviços especializados para “doentes difíceis”, em três Hospitais do país, um dos quais no extinto Hospital Júlio de Matos (HJM), atual CHPL. Aqui deverão exigir-se “condições especiais de segurança, programas específicos e maior rácio de profissionais/doentes” (p. 93). Por “doente difícil” podemos entender os seguintes grupos psicopatológicos (Colson et al., 1986):

- **Patologias pansintomáticas.** Pessoas com traços marcados de psicoticismo e com várias queixas psicopatológicas, isolamento e retirada social, atitudes de exigência, comportamentos de manipulação e hostilidade, potencial para a violência e risco suicidário.
- **Personalidade psicótica.** Pessoas com traços marcados de psicoticismo, isolamento, retirada social e dificuldades no relacionamento inter-pessoal, baixo *insight* e tendência ao *acting-out*, embora sem potencial agressivo ou risco suicidário.
- **Violência e agitação.** Pessoas com quadros clínicos diversos, particularmente esquizofrenia e fases de privação do consumo de tóxicos, propensão para manifestar comportamentos disruptivos e agressivos.
- **Risco suicidário – depressão.** Nos homens observa-se introversão e baixo potencial hetero-agressivo, elevado risco de suicídio e mau prognóstico. Nas mulheres surge habitualmente perturbação da personalidade, sem sintomas psicóticos, mas presença de *acting-out*, comportamentos auto-destrutivos, manipuladores e baseados em ameaças de suicídio.

Devido às características destes quadros clínicos, nomeadamente no que se refere à dificuldade adesão aos planos de tratamento, a maioria destas pessoas encontram-se na comunidade e são refractárias a abordagens centradas no hospital. Por esta razão, as necessidades de tratamento e reabilitação psicossocial destes “doentes difíceis” devem ser disponibilizados em serviços locais de base comunitária (Barbato et al., 2007). Dadas as características da população atendida pela Equipa A, foi-se diferenciando um dispositivo de cuidados comunitários destinado, precisamente, aos “doentes difíceis”. Esta abordagem, desenvolvida por uma equipa multidisciplinar, disponibilizou programas intensivos de tratamento, prolongados no tempo e com múltiplas práticas clínicas, visando colmatar limitações dos programas tradicionais, assentes na consulta de ambulatório ou no internamento psiquiátrico.

### **3.5. Intervenção em contexto domiciliário**

A intervenção domiciliária desenvolve-se em três níveis: (1) a intervenção em pessoas com dificuldade de adesão ao projecto terapêutico, devido à negação da doença ou da necessidade de tratamento, ao elevado nível de

isolamento social, com perda significativa da capacidade de mobilizar as redes sociais próximas (i.e. família, vizinhos, serviços de saúde), ou ainda por quebra do vínculo terapêutico com a equipa de saúde mental. (2) Pessoas em situação extrema de exclusão social, desemprego, doença psiquiátrica e quadros deficitários que não afluem ao Serviço Nacional de Saúde e que são sinalizados por redes vizinhança e, posteriormente, referidos pelas autoridades de saúde pública. (3) Gestão integrada dos casos de maior complexidade, através de acções de mediação e consultoria com outros parceiros sociais. Neste domínio, o objectivo central é garantir o acesso e a continuidade a cuidados mínimos de higiene, saúde, rendimento, abrigo e protecção.

### **3.6. Articulação de cuidados**

Vários documentos sobre políticas de saúde mental em Portugal, destacando-se o da Rede de referência de psiquiatria e saúde mental (Heitor et al., 2004), apontam para a necessidade de alargar a prestação de cuidados em função das necessidades das populações, através do “estabelecimento de redes, não só hospitalares mas também comunitárias, envolvendo múltiplos agentes e diferentes sectores além da Saúde” (p. 5). Como a falta de ligação dos cuidados em saúde, particularmente, em saúde mental, constitui, efectivamente, um obstáculo importante no contínuo de intervenção, não apenas pela escassez de respostas adequadas, mas também pelas graves limitações psicossociais que este tipo de população apresenta, torna-se estratégico o estabelecimento de protocolos e de articulações com parceiros da comunidade. Trata-se, se quisermos, de estratégias de gestão integrada de casos que, na equipa A, é feita através da colaboração activa e do acompanhamento pluri-profissional e de processos flexíveis e adaptados aos projectos terapêuticos individuais. Estes processos iniciam-se com a avaliação dos recursos da pessoa, para se planear o tipo de aquisições e competências necessárias à futura autonomização. No seu conjunto, estas parcerias incidem sobre áreas e necessidades que são deficitárias neste tipo de população psiquiátrica.

- **Cultura e desporto.** O acesso aos eventos culturais e de índole desportiva constituem dimensões relevantes no desenvolvimento pessoal e identitário. Quer na qualidade de espectador, quer na de participante,

estas actividades promovem sensações de fruição, bem-estar e de competência pessoal, a expressividade e a integração psicomotora, a socialização, os sentimentos de pertença e filiação ou a integração desportiva e cultural. Em relação à área desportiva, existe um protocolo que permite a utilização bimensal de um pavilhão gimnodesportivo (Ginásio Clube de Odivelas).

- **Formação.** A formação académica e/ou profissional é de extrema importância para os projectos de vida dos nossos utentes, razão pela qual se têm estabelecido protocolos e articulações com diversas entidades formadoras (ex. Prosalis, RVCC, Crinabel, Redes, ARIA, Escritórios Europa).
- **Reabilitação vocacional e socio-laboral.** Actividades de voluntariado que visam definir ou redefinir o projecto vocacional e/ou laboral em contexto real, bem como desenvolver competências de cidadania mediante processos que promovem a adequação à realidade, o sentido de autonomia, a organização de rotinas quotidianas, a capacidade de cooperação e integração nas equipas. Neste tipo de articulação, os profissionais de saúde asseguram o apoio clínico e as entidades de acolhimento disponibilizam a necessária orientação técnica ao desempenho laboral (ex. Junta de Freguesia de Odivelas).
- **Articulação com entidades patronais.** Como é sabido, a actividade laboral constitui um determinante central da saúde mental (Almedom, 2005; Weehuizen, 2008). Para as pessoas que viveram períodos de incapacidade psiquiátrica ou que apresentam desvantagem psicossocial, é frequentemente necessário adoptar estratégias de mediação e consultoria, com vista a promover um melhor ajustamento entre as competências da pessoa e as exigências da entidade empregadora. Com este propósito, desenvolvem-se contactos regulares e de proximidade (i.e. telefónicos e presenciais) com várias entidades patronais.
- **Socio-ocupacional.** Estabelecem-se parcerias com projectos socio-ocupacionais que promovem a integração psicossocial de pessoas com doença mental (ex: Associação Comunitária de Saúde Mental de Odivelas, Centros de Dia). Através de programas ocupacionais e psicossociais, estas entidades promovem o enriquecimento pessoal, a estimulação cognitiva, as estratégias para gestão do tempo e, globalmente, a

integração de pessoas com doença de evolução prolongada ou com defeito neuro-cognitivo.

- **Saúde e bem-estar.** Atendendo à elevada presença de comorbilidades (i.e. físicas, psiquiátricas, psicossociais, socio-familiares), torna-se necessária a referenciação complementar para outros serviços de saúde, com vista ao tratamento de várias patologias e assim facilitar uma realização mais plena do potencial de saúde e do plano reabilitativo.

## **4. Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas**

### **4.1. História**

A história da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO) remonta a 1969, quando o Instituto de Assistência Psiquiátrica criou dois Lares para Convalescentes, destinados a doentes dos hospitais Júlio de Matos e Miguel Bombarda, com internamentos prolongados e residência fora de Lisboa. Foi uma iniciativa pioneira no tratamento integrado na comunidade. Em 1972, para além das residências, passou a funcionar uma consulta de ambulatório e a designação de Lares foi alterada para Centro Activo de Tratamento de Odivelas (CATO). A partir de 1980, este Centro foi exclusivamente adstrito ao HJM que, em 1982, propôs uma reformulação dos serviços, que contemplou a limitação da intervenção à área geográfica do concelho de Loures, o encerramento da parte residencial, a manutenção da consulta de ambulatório, acrescida de visitação domiciliária, e a criação de um hospital de dia e de um centro de dia para idosos. Por questões de ordem financeira, até 1991 apenas funcionou a consulta de ambulatório. Nessa data, a equipa era constituída por médicos psiquiatras e enfermeiros, para além do pessoal administrativo e de apoio geral.

Em 1987, devido à reorganização da assistência psiquiátrica por sectores geográficos, é definido o sector A, cuja equipa fica a prestar assistência à zona geográfica do Centro de Saúde de Odivelas, entre outras. Desde então, o funcionamento do CATO ficou atribuído à equipa do sector A que, em 1991, na sequência de um primeiro projecto de reformulação dos serviços, cria uma valência de reabilitação psicossocial, denominada Área de Dia, e passa a integrar um terapeuta ocupacional e um assistente social, dando início à

articulação com as diversas estruturas sediadas na comunidade, designadamente o Centro de Saúde, o Centro de Atendimento a Toxicodependentes, órgãos autárquicos e policiais. Em 1993, na continuidade da reformulação e desenvolvimento da prestação de cuidados, a denominação foi novamente alterada, tendo passado àquela que ainda se mantém – Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas. Iniciou-se também a Consulta de Psicoalcoologia. Em 1997 foi criada uma valência de internamento parcial, o Hospital de Dia e a equipa passa a integrar um psicólogo.

A contínua avaliação e satisfação das necessidades da população, tem determinado a diferenciação dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a diferenciação da equipa. Neste contexto, em 2006 foi criado o Atendimento a Jovens, tendo-se ainda desenvolvido e instituído um programa informático para Gestão de Terapêutica *Depôt*. Em 2010, deu início um programa financiado de visitaçã domiciliária – Projeto ProActus, a par do aumento do número de psicólogos, de terapeutas ocupacionais, de assistentes sociais, do ingresso de um monitor de artes plásticas e de um dançaterapeuta.

#### **4.2. Modelo**

Os cuidados de saúde mental prestados pela UCCPO organizam-se num modelo de cuidados comunitários integrados, composto por quatro níveis de intervenção e um meta-nível, mediados por três filtros de encaminhamento (ver Figura 1):

- **1º Nível – Consulta ambulatória.** Disponibilizam-se cuidados ambulatorios em regime de consulta / atendimento, quer numa perspectiva de tratamento da doença mental (ex. Consulta de psiquiatria), quer de promoção da saúde física (ex. Redução do risco tabágico) e/ou mental (ex. Atendimento de jovens). O primeiro nível – o ambulatório, representa o principal influxo do sistema, sobre o qual se baseiam os níveis subsequentes.
- **2º Nível – Internamento parcial.** Prestam-se cuidados terapêuticos em regime de internamento parcial (i.e. Hospital de dia), de modo intensivo e prolongado. Incluem-se aqui pessoas com condições psiquiátricas sub-agudas, quadros psicóticos, perturbação da personalidade, crises intensas de vida associadas a descompensação e instabilidade e outros quadros

clínicos de elevada complexidade. Neste nível existem duas etapas: (1) adesão à terapêutica e estabilização sindromática e (2) mudança de padrões de ajustamento e estilo de vida.

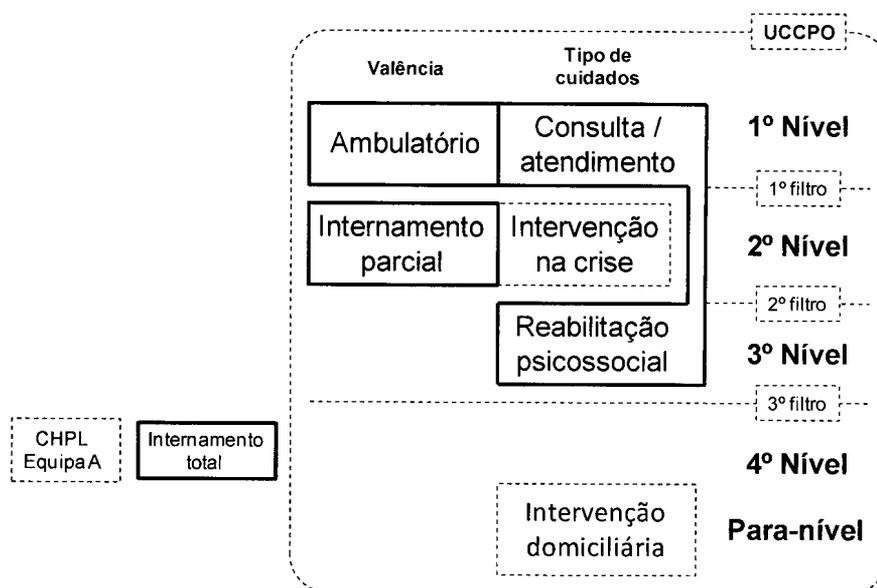
- **3º Nível – Reabilitação psicossocial em ambulatório.** Desenvolve-se um programa de reabilitação psicossocial, em regime de ambulatório (i.e. Área de dia), de modo intensivo e prolongado. Incluem-se pessoas com doença mental de evolução prolongada estabilizada e/ou inadaptação psicossocial, com dificuldades de (re)integração no meio familiar, profissional e comunitário.
- **4º Nível – Internamento total.** Institui terapêutica psicofarmacológica, medidas de contenção e estabilização clínica (i.e. internamento psiquiátrico), de modo intensivo, continuado e com a menor duração possível, destinado a pessoas com manifestações psiquiátricas agudas.
- **Para-nível – intervenção domiciliária.** Presta cuidados de saúde mental em contexto domiciliário, criando ou mobilizando rede de suporte social para pessoas com doença mental grave que não aderem ao projecto terapêutico. Trata-se de uma intervenção que se articula com os restantes níveis da UCCPO, sem uma relação topológica determinada, respondendo também a pedidos provenientes da comunidade (ex. Centro de Saúde, familiares dos utentes).

De salientar que os níveis 2 e 3 tratam “doentes difíceis” e, por inerência, os cuidados aqui prestados apresentam maior duração média, maior número de actos clínicos, envolvimento de maior número de profissionais de saúde e maior número de técnicas terapêuticas. Atendendo, portanto, à especialização destes níveis de cuidados, exige-se que os modelos de gestão de custos se baseiem em princípios sociais. Quanto à transição ao longo dos quatro níveis, faz-se mediante critérios clínicos aplicados em três pontos de filtragem:

- **1º Filtro – Referencia ao hospital de dia.** Retém pessoas com psicopatologia (APA, 2002) predominantemente do eixo I, problemáticas reactivas, com menos comorbilidades, maior nível global de funcionamento psicossocial, inseridos em programas de promoção da saúde ou em atendimento para decanoato. Referencia “doentes difíceis”, com psicopatologia do eixo II, quadros sub-agudos ou crises intensas de vida, elevada comorbilidade e disfunção psicossocial.

- **2º Filtro – Referencia à área de dia.** Retém pessoas com maior potencial de recuperação e retoma das actividades de vida diária, das funções ou papéis psicossociais e de desempenho socio-laboral. Referencia “doentes difíceis” com menor potencial global de recuperação e maior nível de cronificação ou perda neuro-cognitiva.
- **3º Filtro – Referencia ao internamento.** Retém pessoas com perturbação mental e “doentes difíceis” compensados, sem actividade produtiva aguda. Referencia pessoas em fase descompensada de doença.

**Figura 1.** Modelo de cuidados comunitários integrados da UCCPO.



### 4.3. Estruturas e casuística

Com base neste esquema de detecção, retenção e referenciação, a UCCPO disponibiliza um dispositivo diferenciado de cuidados e estruturas de reabilitação psicossocial, particularmente vocacionado ao tratamento de “doentes difíceis” (ver Quadro I).

**Quadro I.** Principais estruturas comunitárias da UCCPO e respetiva casuística<sup>3</sup>.

Estruturas comunitárias	N.º de actos / ano		
	1 <sup>as</sup>	Seg.	Total
<b>Ambulatório</b>			
Consulta de psiquiatria	527	6014	6541
Consulta de enfermagem	–	–	2200 <sup>4</sup>

<sup>3</sup> Dados relativos ao ano 2011.

<sup>4</sup> Valor que resulta dos seguintes atos clínicos: Consulta de pós-alta = 124; Consulta de enfermagem = 130; Consulta para administração de injectáveis de longa duração = 2046.

<b>Estruturas comunitárias</b>	<b>N.º de actos / ano</b>		
	<b>1<sup>as</sup></b>	<b>Seg.</b>	<b>Total</b>
Consulta de psicologia	128	2266	2394
Atendimento de serviço social	-	-	2333
Área de dia	-	-	23 <sup>5</sup>
Consulta de estilos de vida			
Redução do risco tabágico	131	768	899
Atendimento de jovens	10	210	220
<b>Internamento parcial</b>			
Hospital de dia	-	-	22 <sup>6</sup>
<b>Intervenção domiciliária<sup>7</sup></b>	-	-	633
<b>Parcerias</b>			
Biblioteca Municipal			NA
Câmara Municipal de Odivelas <sup>8</sup>			NA
Junta de Freguesia de Odivelas			NA
Prosális – Projecto de Saúde em Lisboa			NA
<b>Articulações</b>			
Casa da Juventude			NA
Centros de formação profissional			NA
Comissão Protecção a Crianças e Jovens em Risco			NA
Fórum socio-ocupacional <sup>9</sup>			NA
Ginásio Clube de Odivelas			NA
Instituto da Droga e das Toxicodependências			NA
Instituto de Emprego e Formação Profissional			NA
Instituições Particulares Solidariedade Social			NA
Instituto de Solidariedade e Segurança Social			NA
Serviço Nacional de Saúde			NA
Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (antigo IDT)			NA
Teatro da Malaposta			NA

**Nota:** 1<sup>as</sup> = Primeiras consultas. NA = Não aplicável. Seg. = Consultas seguintes.

<sup>5</sup> Número total de pessoas assistidas na Área de dia.

<sup>6</sup> Número total de pessoas assistidas no Hospital de dia

<sup>7</sup> Programa ProActus promovido pela Administração Central dos Serviços de Saúde. Os dados estatísticos aqui referidos não discriminam o tipo e o número de atos clínicos realizados em cada intervenção domiciliária (ex. Consulta de psiquiatria, Consulta de enfermagem, Atendimento de serviço social)

<sup>8</sup> Parceria para cedência de duas Psicólogas Clínicas integradas na equipa da UCCPO e protocolo com a Divisão de Desporto.

<sup>9</sup> Estrutura de reabilitação psicossocial gerida pela ACSMO, em estreita articulação funcional com a UCCPO.

## **5. Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures**

### **5.1. História**

A história do Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures (NIC-L) inicia-se em 1988, quando foram destacadas duas Brigadas de Consulta (psiquiatria e enfermagem), do então HJM, que semanalmente se deslocavam a um anexo do Centro de Saúde de Loures para realizar a consulta de psiquiatria. Em 1992, estabelece-se a articulação com os Médicos de Clínica Geral e Familiar. A partir de 1996, a referida consulta passa a realizar-se no Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes (CATUS), com quatro turnos semanais. Em 2001 é formalmente constituído o NIC-L, com uma equipa de saúde mental alargada, incluindo a psicologia e serviço social. Desde 2006 que esta equipa está sediada na extensão de Santo António dos Cavaleiros.

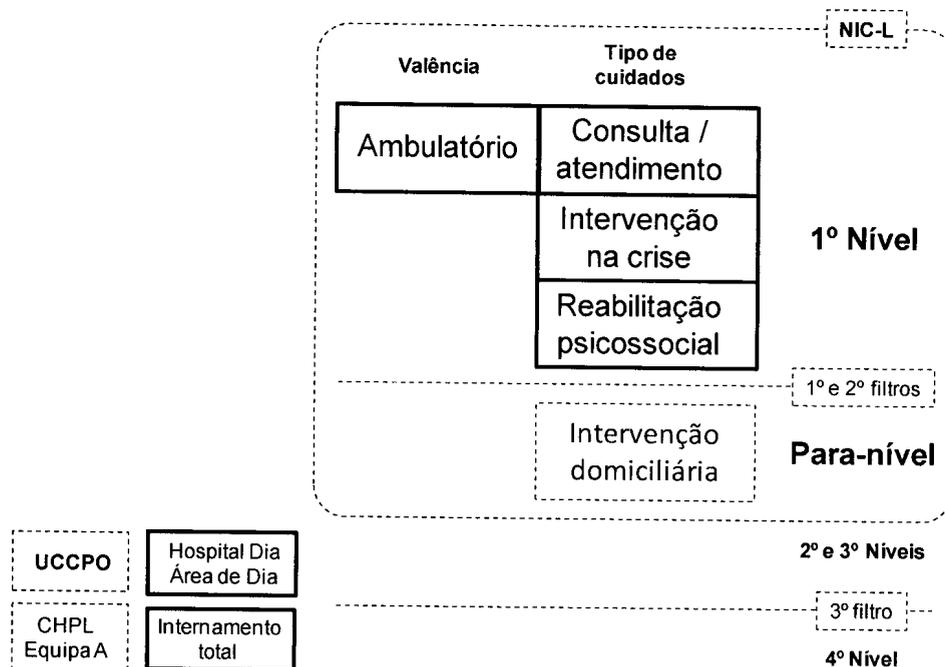
### **5.2. Modelo**

O modelo de intervenção desenvolvido no NIC-L segue uma lógica de contínuo e articulação de cuidados, tanto na ligação com os prestadores informais, como com as redes e recursos comunitários locais. Como existe, por um lado, uma equipa de menor dimensão e, por outro lado, uma retaguarda de internamento parcial (i.e. Hospital de Dia da UCCPO), de reabilitação psicossocial (i.e. Área de Dia da UCCPO) e de internamento total (i.e. Clínica Psiquiátrica I), os serviços aqui oferecidos centram-se nos cuidados ambulatoriais, na intervenção domiciliária e na articulação com vários parceiros. Nos casos em que essa referência se justifique, faz-se o encaminhamento para estas estruturas da equipa.

### **5.3. Estruturas e casuística**

Com base no modelo de cuidados apresentado, diferenciam-se várias consultas, tipos de atendimento e actuações sobre a comunidade, de que resulta a casuística abaixo apresentada (ver Quadro II).

**Figura 2.** Modelo de cuidados comunitários integrados do NIC-L.



**Quadro II.** Principais estruturas comunitárias do NIC-L e respectiva casuística<sup>10</sup>.

Estruturas comunitárias	N.º de actos / ano		
	1 <sup>as</sup>	Seg.	Total
<b>Ambulatório</b>			
Consulta de psiquiatria	300	3455	3755
Consulta de enfermagem	216	801	1017
Consulta de psicologia	53	1016	1069
Atendimento de serviço social	–	–	1216
Grupo de apoio a famílias	–	–	30
Grupo de apoio psicossocial	–	–	–
Grupo de orientação profissional	–	–	96
<b>Intervenção domiciliária</b>	–	–	12
<b>Parcerias</b>			
Comissão Social de Sto. António dos Cavaleiros			NA
Equipa de Reinserção Social – Lisboa Penal 5			NA
Projecto de Atendimento Integrado Norte			NA
Rede Social de Loures			NA
<b>Articulações</b>			
Comissão Protecção a Crianças e Jovens em Risco			NA
Fórum socio-ocupacional			NA

<sup>10</sup> Dados relativos ao ano 2011.

Estruturas comunitárias	N.º de actos / ano		
	1 <sup>as</sup>	Seg.	Total
Instituto de Emprego e Formação Profissional			NA
Instituições Particulares Solidariedade Social			NA
Instituto de Solidariedade e Segurança Social			NA
Junta de Freguesia da zona ocidental de Loures			NA
Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (antigo IDT)			NA
Serviço Nacional de Saúde			NA

**Nota:** 1<sup>as</sup> = Primeiras consultas. **NA** = Não aplicável. **Seg.** = Consultas seguintes.

## 6. Conclusão

O surgimento do Hospital Beatriz Ângelo (HBA) constitui uma resposta merecida, moderna e bem dimensionada que há muito esta população desejava. É um avanço importante que irá contribuir de forma decisiva para fortalecer a resposta do Serviço Nacional de Saúde. Para a equipa A, é também a oportunidade de ver reforçada a sua intervenção, num território tão densamente povoado e carente de respostas em vários domínios, designadamente no da saúde e da saúde mental em particular. Deste ponto de vista, trata-se de um aliado privilegiado que, certamente, irá transformar positivamente todos os indicadores de saúde na sua área de influência.

Como é natural, a implementação de um dispositivo desta envergadura, necessita de intermináveis ajustamentos e acertos com as estruturas já existentes e actuantes. No caso concreto da equipa A do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, aquilo a que temos vindo a assistir é a um processo de transição no qual não é adequadamente considerada e respeitada a nossa experiência de vinte anos de trabalho na comunidade. Esta equipa foi confrontada com a decisão de desactivar os seus serviços, sendo para o imediato o encerramento da Clínica Psiquiátrica I (CP I) e do Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures (NIC-L) e estando programado para 2014 o da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO). Recorde-se que tanto o NIC-L como a UCCPO são serviços de base comunitária que em nada são substituídos pelos serviços hospitalares, antes os complementam. Refira-se que a própria equipa de psiquiatria e saúde

mental do HBA reconhece a vital necessidade de desenvolver cuidados comunitários.

A questão que então se coloca é a seguinte – quem melhor do que a equipa que já conhece esta população e a cuida há longa data, com resultados extremamente positivos, para continuar a desenvolver esse trabalho? Partindo do mesmo pressuposto, não é de todo aceitável o encerramento do NIC-L que, aliás, funciona já de acordo com as modernas políticas de saúde mental, isto é, com integração da equipa de saúde mental na estrutura e na dinâmica do Centro de Saúde de Loures (extensão de S<sup>to</sup>. António dos Cavaleiros). Também não é admissível planear o encerramento da UCCPO, uma das estruturas de base comunitária mais diferenciadas a nível nacional, para substituí-la por uma outra estrutura que ambicionará ter um papel semelhante ao que actualmente já é assumido pela equipa A. É, portanto, muitíssimo estranho não sermos chamados a participar, efectiva e activamente, na reformulação dos serviços de psiquiatria e saúde mental desta região, quando durante duas décadas cuidámos afincadamente desta população de uma forma exemplar.

Este é o serviço público que pretendemos continuar a prestar, na profunda convicção de que a perda deste legado, científica, política e clinicamente louvável, representaria um retrocesso irrecuperável e uma ameaça grave aos pressupostos da moderna saúde pública, das actuais políticas de saúde mental e da saúde efectiva desta população. Com efeito, mudança e progresso não são necessariamente sinónimos. Não questionando, de forma alguma, a importância da mudança, consideramos que esta é útil se conseguir orientar-se no sentido de um progresso que não coloque em risco as aquisições e o património já construído. A não ser assim, é o predomínio da anarquia e do caos, sobre a racionalidade e a harmonia. Não queremos acreditar nessa triste divisa!

## Bibliografia

- Almedom, A. (2005). Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science and Medicine*, 61, 943–964.
- Bachrach, L. (2000). Ensinaamentos da experiência americana na prestação de serviços de base comunitária. (pp. 47-64). J. Leff (Editor). *Cuidados na comunidade. Ilusão ou realidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barbato, A.; Agnetti, G.; D'Avanzo, B.; Frova, M.; Guerrini, A. & Tettamanti, M. (2007). Outcome of community-based rehabilitation program for people with mental illness who are considered difficult to treat. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(6), 775–784.
- Colson, D.; Allen, J.; Coyne, L.; Deering, D.; Jehi, N.; Kearns, W. & Spohn, H. (1986). Profiles of difficult psychiatric hospital patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(7), 720-724.
- Dinis, C. (1988). Psiquiatria, para quê e para quem? *Revista de Psiquiatria*, I, 4, Outubro/Dezembro, 221-228.
- DR – Diário da República (1998). *Lei n.º 36/98. Lei de saúde mental*. I Série A, 3544-3550.
- Esteves, A. (1988). Hospitais psiquiátricos. Criação, evolução e actualidade. *Revista de Psiquiatria*, I, 4, Outubro/Dezembro, 203-211.
- Fallon, I. & Fadden, G. (1995). *Integrated mental health care. A comprehensive community-based approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fernandes, B. (1988). Sentido actual e futuro do Hospital Júlio de Matos. *Revista de Psiquiatria*, I, 4, Outubro/Dezembro, 229-240.
- Heitor, M.; Bento, A.; Brito, I.; Cepeda, T. & Correia, H. (2004). *Rede de referência de psiquiatria e saúde mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Jara, J. (1999). Onde estão os doentes mentais? *Revista de Psiquiatria*, XII, 2, Maio/Agosto, 5-8.
- Jardim, R. (1988). Planificação da saúde mental para a área metropolitana de Lisboa: Das intenções à realidade. *Revista de Psiquiatria*, I, 4, Outubro/Dezembro, 213-220.
- Kuipers, E.; Leff, J. & Lam, D. (2002). *Family work for schizophrenia. A practical guide* (2<sup>nd</sup> Edition). London: Gaskell.

- Leff, J. & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotions in families. Its significance for mental illness*. New York: The Guilford Press.
- Mace, C.; Moorey, S. & Roberts, B. (2001). *Evidence in the psychological therapies. A critical guide for practitioners*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Ministério da Saúde (2008). *Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal – 2007-2016*. Versão original acedida em 23 de Janeiro de 2012, no sítio <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>
- Palha, A. (1999). O papel das instituições hospitalares – O hoje e o amanhã. *Revista de Psiquiatria*, XII, 2, Maio/Agosto, 9-15.
- Wainrib, B. & Bloch, E. (1998). *Crisis intervention and trauma response. Theory and practice*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Weehuizen, R. (2008). *Mental capital. The economic significance of mental health*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Weller, M. (1988). Hospitais psiquiátricos, que futuro? *Revista de Psiquiatria*, I, 4, Outubro/Dezembro, 191-202.

## **Anexo – Press release**

### **Que futuro para os cuidados psiquiátricos na comunidade?**

A entrada em funcionamento do Hospital Beatriz Ângelo (HBA) constitui uma resposta merecida, moderna e bem dimensionada que há muito a população Loures e Odivelas desejavam. É um avanço importante que irá contribuir de forma decisiva para fortalecer a resposta do Serviço Nacional de Saúde. Para a equipa A, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), é também a oportunidade de ver reforçada a sua intervenção, num território tão densamente povoado e carente de respostas em vários domínios, designadamente no da saúde e da saúde mental em particular. Deste ponto de vista, trata-se de um aliado privilegiado que, certamente, irá transformar positivamente todos os indicadores de saúde na sua área de influência. A reorganização dos serviços de saúde nesta área geo-demográfica, porém, vem colocar-nos, enquanto equipa de psiquiatria e saúde mental que presta cuidados nesta comunidade, algumas questões que merecem uma reflexão alargada, crítica e construtiva.

Concordando, obviamente, com a inclusão dos serviços de psiquiatria e saúde mental nos hospitais gerais, consideramos, contudo, que o modelo de intervenção hospitalar não abrange a totalidade das respostas necessárias, continuando a ser imprescindível a intervenção comunitária. Como é natural, a implementação de um dispositivo desta envergadura, necessita de intermináveis ajustamentos e acertos com as estruturas já existentes e actantes. No caso concreto da equipa A do CHPL, aquilo a que temos vindo a assistir é a um processo de transição no qual não é adequadamente considerada e respeitada a nossa experiência de vinte anos de trabalho na comunidade.

Esta equipa foi confrontada com a decisão de desactivar os seus serviços, sendo para o imediato o encerramento da Clínica Psiquiátrica I e do Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures (NIC-L) e estando programado para 2014 o da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO). Recorde-se que tanto o NIC-L como a UCCPO são serviços de base comunitária que em nada são substituídos pelos serviços hospitalares, antes os complementam. Refira-se que a própria equipa de psiquiatria e

saúde mental do HBA reconhece a vital necessidade de desenvolver cuidados comunitários.

A questão que então se coloca é a seguinte – quem melhor do que a equipa que já conhece esta população e a cuida há longa data, com resultados extremamente positivos, para continuar a desenvolver esse trabalho? Partindo do mesmo pressuposto, não é de todo aceitável o encerramento do NIC-L que, aliás, funciona já de acordo com as modernas políticas de saúde mental, isto é, com integração da equipa de saúde mental na estrutura e na dinâmica do Centro de Saúde de Loures (extensão de S<sup>to</sup>. António dos Cavaleiros). Também não é admissível planear o encerramento da UCCPO, uma das estruturas de base comunitária mais diferenciadas a nível nacional, para substituí-la por uma outra estrutura que ambicionará ter um papel semelhante ao que actualmente já é assumido pela equipa A. É, portanto, muitíssimo estranho não sermos chamados a participar, efectiva e activamente, na reformulação dos serviços de psiquiatria e saúde mental desta região, quando durante duas décadas cuidámos afincadamente desta população de uma forma exemplar.

Este é o serviço público que pretendemos continuar a prestar, na profunda convicção de que a perda deste legado, científica, política e clinicamente louvável, representaria um retrocesso irrecuperável e uma ameaça grave aos pressupostos da moderna saúde pública, das actuais políticas de saúde mental e da saúde efectiva desta população. Com efeito, mudança e progresso não são necessariamente sinónimos. Não questionando, de forma alguma, a importância da mudança, consideramos que esta é útil se conseguir orientar-se no sentido de um progresso que não coloque em risco as aquisições e o património já construído. A não ser assim, é o predomínio da anarquia e do caos, sobre a racionalidade e a harmonia. Não queremos acreditar nessa triste divisa!

Fevereiro de 2012

João Cabral Fernandes

Médico Psiquiatra

Director da equipa A do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa