

# Prevenção terciária em saúde mental: novas respostas em Portugal

MARIA CLARA GUTERRES  
MARIA ANTÓNIA FRASQUILHO

**Apresenta-se a caracterização e a descrição das novas respostas, bem como dos dispositivos que as permitiram organizar, quanto à prevenção terciária em saúde mental em Portugal.**

**Detalha-se a Região de Lisboa e Vale do Tejo por ser a que mais estruturas criou e que foi alvo do estudo das autoras. Até ao final de 2001 beneficiavam 754 pessoas desta oferta de serviços no nosso país, das quais 473 na Região de Lisboa e Vale do Tejo. A maior parte destes beneficiários, 299, participa em actividades de fórum sócio-ocupacional, estando 99 pessoas inseridas em estruturas residenciais. Daí que se entenda que houve uma melhoria quanto à cobertura de necessidades em termos de prevenção terciária/reabilitação no nosso país. Considera-se, contudo, que ainda muito está por fazer, uma vez que se continua muito aquém dos *ratios* de oferta de serviços internacionalmente recomendados.**

**Considera-se desejável que se alargue e aprofunde este projecto, enquadrado com mais rigor em termos de diagnóstico de necessidades nacionais e com uma coordenação**

**mais centralizada que potencie uma melhor gestão do seu quadro de exigências.**

## Introdução

Em Portugal tem-se verificado grande carência de respostas adequadas destinadas a pessoas com doença psiquiátrica grave. Esta necessidade tem-se agravado nos últimos anos em consequência das alterações havidas na estrutura sócio-familiar e habitacional e, sobretudo, em virtude de novas exigências relacionadas com modelos de intervenção que se orientam por efectividade e qualidade.

Internacionalmente, evoluiu-se para alternativas reabilitadoras autonomizantes e integradoras em termos residenciais e sócio-profissionais. De facto é sabido que os riscos de institucionalização e de consequente perda de autonomia são tanto maiores quanto maiores forem as estruturas assistenciais tradicionais, que quase inevitavelmente provocam a perda da individualidade e induzem a dependência, agravadas pelo desenraizamento sócio-comunitário e familiar a que obrigam (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 1999).

Assim, em articulação com a nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 Julho) e o decreto-lei que a regulamenta (Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro), o despacho conjunto dos ministros da saúde, do Trabalho e da Solidariedade n.º 407/98 (DR-II, n.º 138, de 18/6) veio aprovar as novas orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio

□

Maria Clara Guterres é enfermeira (especializada em saúde mental e psiquiatria), mestre em Psicologia da Saúde. Directora do Núcleo de Cooperação e Respostas Sociais do Instituto de Solidariedade e Segurança Social.

Maria Antónia Frasilho é médica psiquiatra, mestre em Pedagogia da Saúde, assistente graduada no Hospital Miguel Bombarda e Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.

Submetido à apreciação: 7 de Junho de 2004.  
Aceite para publicação: 27 de Julho de 2004.

social e os cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência (por motivos de natureza física, mental ou social) consignados nos n.ºs 3.1.2 a 3.14, «[...] que passam a ser considerados, no âmbito do apoio social [...] respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico». Embora a importância do movimento reabilitativo, e de integração na comunidade, das pessoas com perturbações mentais de tipo crónico fosse teoricamente reconhecida pelos profissionais de saúde mental em Portugal e, apesar de o número de camas em hospitais psiquiátricos ter sofrido uma redução significativa, de 3984 para 2449 entre 1970 e 1993, conforme assinala Caldas de Almeida (1996), muito pouco se materializou no nosso país quanto à implementação de respostas adequadas, clínicas e sociais, para as pessoas com doença mental grave e de evolução prolongada.

A necessidade de, com urgência, virem a organizar-se respostas deste teor foi confirmada por uma investigação científica dirigida à avaliação de serviços de internamento na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo onde se concluiu ser imperioso reorientar o processo de acção quanto aos doentes crónicos (Portugal. Grupo Coordenador da Saúde Mental, 1999).

## 1. Reabilitação psicossocial

A reabilitação em saúde mental é um processo complexo em que intervêm múltiplas técnicas com vista à recuperação do potencial da pessoa com doença, à melhoria do seu autoconceito, da sua função social, passando por uma integração comunitária e pela promoção da sua qualidade de vida. Ou seja, capacitar os indivíduos a compensarem ou eliminarem os seus défices funcionais, as barreiras interpessoais e ambientais geradas pelo disfuncionamento e restaurar o potencial para a vida independente, a socialização e a gestão do quotidiano (Pratt *et al.*, 1999).

«No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.» (Lei n.º 36/98, artigo 3.º, n.º 1).

Em síntese, os normativos legais actuais que estabelecem a organização da prestação dos cuidados para o sector da saúde mental e que enquadram a filosofia de prevenção terciária definem que:

a) O modelo de referência é o comunitário;

- b) Os serviços locais de saúde mental são a estrutura assistencial básica, funcionando de forma integrada e em estreita articulação com os centros de saúde e demais serviços e estabelecimentos de saúde, como departamentos ou serviços de hospitais gerais;
- c) A organização processa-se por região de saúde, existindo serviços regionais para as valências em que, pelo grau de diferenciação ou racionalização de distribuição de recursos, não seja possível ou justificável o recurso ao nível local;
- d) O internamento de doentes agudos realiza-se, tendencialmente, em hospitais gerais;
- e) Garante-se participação governamental na reabilitação psicossocial, quanto às vertentes ocupacional e de formação profissional e residencial, através das estruturas oficiais de saúde, segurança social e emprego;
- f) Os cuidados na área da infância e da adolescência desenvolvem-se através de estruturas específicas e de modo articulado com as vertentes afins integradas nas unidades locais de saúde mental;
- g) Aos hospitais psiquiátricos incumbe assegurar, a par da prestação de cuidados de nível local, a disponibilização de respostas específicas de âmbito regional e de cuidados adequados aos doentes de evolução prolongada aí residentes.

«[...] passam também a ser consideradas, no âmbito do apoio social, respostas dirigidas às pessoas do foro mental ou psiquiátrico (unidades residenciais e fórum sócio-ocupacional)» (Desp. conj. n.º 407/98, n.º 3.1.2; descritas nos *Quadros I e II*).

Em resultado do dispositivo legal mencionado, no início do ano de 1999 nascem em Portugal as primeiras respostas comunitárias quanto a unidades residenciais e *fora* sócio-ocupacionais e procede-se à adaptação das reduzidas respostas de outro teor já existentes. Assim, as instituições particulares de solidariedade social começam a apresentar, nessa data, os seus projectos ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade e ao Ministério da Saúde, tendo sido nomeado um coordenador regional, por ministério, para desenvolver esta parceria. Para além desta parceria, é de salientar a importância das câmaras municipais neste processo, designadamente no tocante à instalação destes equipamentos.

Em Portugal implementaram-se, até ao final do ano de 2001, 44 estruturas deste âmbito, que abrangem 754 utentes, assim distribuídos por regiões: na Região Norte, 4%; na Região Centro, 10%; na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 62%; na Região do

---

## Quadro I

### Tipologia das instalações residenciais e sua classificação

---

#### a) Cuidados de tipo permanente

*Unidade de vida apoiada (UVAP)* — resposta habitacional, com capacidade média para 20 utentes, destinada a pessoas que, por limitação mental crónica e factores sociais graves, alcançaram um grau de desvantagem que não lhes permite organizarem, sem apoio, as actividades, da vida diária, mas que não necessitam de intervenção médica frequente.

*Objectivos:* promover a integração dos utentes através de uma estrutura residencial individualizante em programas de reabilitação psicossocial.

*Pessoal:* 24 horas.

*Actividades:* desenvolver aptidões domésticas e sociais.

#### b) Residências com apoio

*Unidade de vida protegida (UPRO)* — estrutura habitacional, com capacidade para 5 a 7 residentes, destinada sobretudo ao treino da autonomia de pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave e de evolução crónica clinicamente estável (nomeadamente psicoses) desde que se verifiquem:

- Potencialidades passíveis de desenvolvimento, pela integração em programa de reabilitação psicossocial;
- Ausência de alternativa residencial, ou, tendo-a, sejam rejeitados ou rejeitem os conviventes (mesmo familiares directos).

*Objectivos:*

- Permitir a aprendizagem de hábitos organizadores;
- Possibilitar a convivência em grupo, mais normalizada;
- Permitir uma estreita ligação à comunidade facilitando a integração;
- Evitar a institucionalização (porta giratória).

*Duração:* curta, média e longa duração.

*Pessoal:* 24 horas.

*Actividades:* desenvolver aptidões domésticas e sociais.

#### c) Residências assistidas/autónomas

*Unidade de vida autónoma (UVAU)* — estrutura habitacional localizada na comunidade, com capacidade para 5 a 7 utentes, destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave estabilizada e de evolução crónica, com boa capacidade de auto-organização, permitindo a sua integração em programa de formação profissional ou em emprego normal ou protegido e sem alternativa residencial satisfatória.

*Objectivos:* assegurar a individualização e a estabilidade dos utentes numa vida normalizada, quer na vertente relacional, quer na vertente laboral.

*Pessoal:* com pessoal de supervisão, mas sem pessoal nocturno.

*Actividades:* desenvolver competências sociais e profissionais.

---

**Fonte:** Guterres e Frasquilho (2001b).

## Quadro II

### Definição e características do fórum sócio-ocupacional

---

#### Fórum sócio-ocupacional

*Equipamento de pequena dimensão*, com capacidade para 30 utentes, destinado a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a sua reinserção sócio-familiar e ou profissional ou a sua eventual integração em programas de formação ou de emprego apoiado ou protegido.

*Objectivos:* desenvolver actividades ocupacionais indutoras de autonomia do próprio e do relacionamento interpessoal, que promovam a reinserção sócio-familiar ou profissional dos destinatários e a sua eventual integração em:

- Estruturas residenciais adequadas;
- Programas de formação profissional (apoiado ou protegido);
- Emprego apoiado ou protegido.

*Actividades:* desenvolver aptidões domésticas, sociais e profissionais.

---

**Fonte:** Guterres e Frasquilho (2001b).

Alentejo, 1%; na Região do Algarve, 23% (conforme *Figura 1*).

## 2. Novas respostas na Região de Lisboa e Vale do Tejo

### 2.1. Descrição das respostas

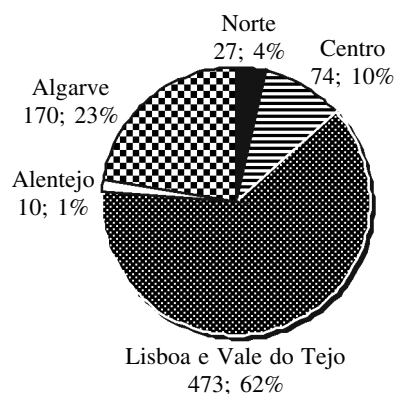
Passa-se à descrição das novas respostas quanto a cuidados continuados em saúde mental.

Como se comprova, a Região de Lisboa e Vale do Tejo foi a que mais aderiu à implementação de respostas reabilitativas para a pessoa com doença men-

tal. Foram aprovados, até Dezembro de 2001, ao nível desta região, 29 projectos (que abrangeram 473 utentes), sob proposta de instituições que recorreram a financiamentos do Estado (ao nível do funcionamento, equipamento e, nalguns casos, à aquisição de imóveis). Não se referem, neste contexto, os programas de reabilitação profissional aprovados através do Instituto do Emprego e Formação Profissional e destinados a estas associações.

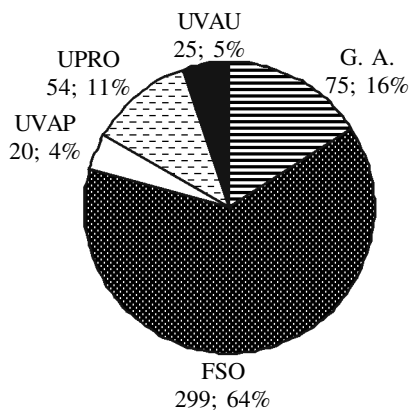
Dos programas aprovados (v. *Figura 2*), 16% reportam-se a grupos de auto-ajuda (GAA), 64% a *fora* sócio-ocupacionais (FSO), 4% a unidades de vida apoiada (UVAP), 11% a unidades de vida protegida (VPRO) e 5% a unidades de vida autónoma (UVAU).

**Figura 1**  
Distribuição do número de utentes e percentagens pelas regiões do país (Dezembro de 2001)



Fonte: Direcção-Geral de Solidariedade e Segurança Social.

**Figura 2**  
Distribuição do número de utentes e de percentagens por programa na Região de Lisboa e Vale do Tejo (Dezembro de 2001)



Fonte: Guterres e Frasquilho (2001b).

## 2.2. Perfil do utente

Para tal, reportamo-nos à amostra constituída pelos participantes num estudo (descritivo comparativo e de tipo exploratório) efectuado por Guterres (2001a) sobre suporte social e qualidade de vida, em doentes com perturbações mentais de tipo crónico inseridos em serviços comunitários, no distrito de Lisboa, sobre uma amostra de 123 utentes (que assinaram o consentimento informado) que frequentavam 6 instituições particulares de solidariedade social (fórum

sócio-ocupacional, 70 utentes; unidades de vida, residenciais, 53) (v. *Quadros III e IV*).

## 2.3. Perfil do pessoal

De acordo com a avaliação sistemática observacional efectuada *in loco* a estes programas comunitários por Guterres e Frasilho (2001d), e considerando o universo, constatou-se que o apoio técnico é prestado, na sua maioria, por pessoal técnico (59%),

**Quadro III**  
Caracterização da amostra

Variável	Frequência	Porcentagem
<i>Sexo</i>		
Masculino	78	63,4
Feminino	45	36,6
<i>Estado civil</i>		
Casado/junto	12	9,8
Divorciado	8	6,5
Solteiro	102	82,9
Viúvo	1	0,8
<i>Diagnóstico*</i>		
Psicose esquizofrénica	82	66,7
Psicose maníaco-depressiva	11	8,9
Personalidade <i>borderline</i>	5	4,1
Depressão major	1	0,8
Deficiência mental	1	0,8
Não responde	23	18,7

\* Diagnóstico fornecido pelas instituições.

**Quadro IV**  
Caracterização da amostra

Variável	N	M	DP
Idade	123	39,8	12,65
Anos de escolaridade	120	8,5	3,76
Número de pessoas/agregado familiar	92	3,3	1,87
Número de filhos	99	0,35	0,89
Número de internamentos	96	2,7	2,18
Rendimento mensal	89	37 593\$00	27 001\$83

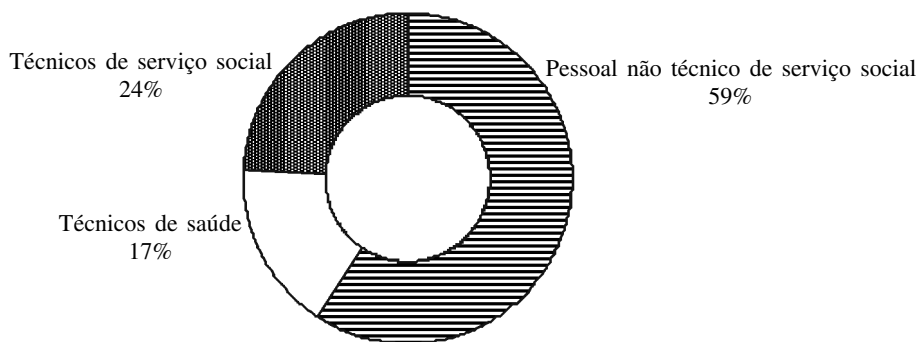
sendo (24%) o pessoal não técnico financiado pela segurança social. Encontram-se destacados nestes programas 17% de técnicos dos serviços de saúde (v. *Figura 3*). Faz-se notar que a avaliação referida repousou sobre quatro instrumentos/guiões de avaliação concebidos por Guterres, Caldas de Almeida e Frاسquilho (2000).

Verificou-se, nesta avaliação, que a formação académica dos técnicos que trabalham nestes programas é, na sua maioria, constituída por psicólogos (36%), seguindo-se-lhes outros técnicos sociais (30%), técnicos de serviço social (12%) e, por último, médicos e enfermeiros (10% em cada profissão) (v. *Figura 4*).

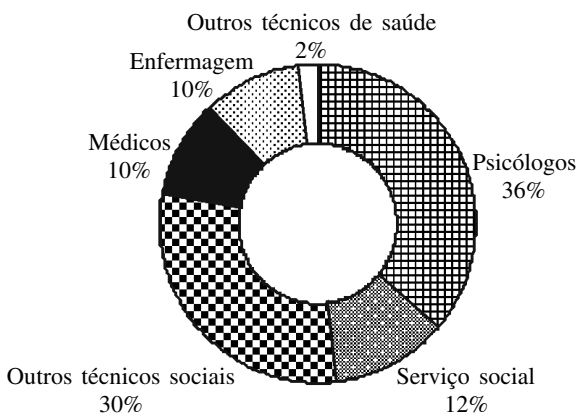
## 2.4. Programas residenciais

Na Região de Lisboa e Vale do Tejo prevalecem as residências de tipo protegido e autónomas, onde vivem, em média, 6 pessoas por unidade. A maioria das residências encontra-se localizada em zonas urbanas e implanta-se em andares de prédios de habitação ou em pequenas vivendas inseridas em bairros residenciais. Estas residências estão junto a zonas de comércio e de serviços, com bons acessos a transportes públicos (Guterres e Frاسquilho, 2001b). Obedecem às seguintes tipologias: unidades de vida apoiada (com suporte de pessoal nas 24 horas), uni-

**Figura 3**  
Distribuição do pessoal técnico e não técnico da segurança social e de técnicos destacados pelos serviços de saúde nos vários programas (percentagem) na Região de Lisboa e Vale do Tejo (2001)



**Figura 4**  
Distribuição do pessoal de acordo com as categorias profissionais nos vários programas (percentagem) na Região de Lisboa e Vale do Tejo (2001)



dades de vida protegida de curta, média e longa duração (com suporte de pessoal nas 24 horas) e unidades de vida autónoma (com pessoal de supervisão, mas sem assistência nocturna), consoante as definições anteriormente apresentadas.

#### 2.4.1. Admissão nas residências

A admissão dos utentes nas residências tem por base a situação de dependência ao nível psíquico e é avaliada pela equipa de saúde mental do sector geodemográfico de implantação das residências. Esta equipa, constituída por técnicos do hospital que supervisiona a área onde se sedia o alojamento, acompanha, do ponto de vista clínico, todos os utentes instalados nos programas residenciais. Para esse efeito, é redigido previamente um protocolo de cooperação entre a instituição e os Ministérios da Segurança Social e da Saúde em que se definem as competências funcionais de cada sector. A coordenação e avaliação deste projecto ao nível da região são efectuadas pelos dois coordenadores (segurança social e saúde) a que já se aludiu.

#### 2.4.2. Duração dos programas residenciais

Um dos aspectos fundamentais das residências para pessoas com perturbações mentais de tipo crónico baseia-se no facto de os alojamentos poderem ser de tipo permanente ou transitório. O modelo português em implementação assenta na residência de tipo tran-

sitório, numa perspectiva optimista de que as pessoas se tornarão, progressivamente, mais independentes e podem transitar para alojamentos com cuidados mais leves. Este modelo é também conhecido pela designação de alojamento contínuo linear, cuja predominância foi notória durante vários anos nos EUA. No entanto, as preferências dos utentes apontam para as vantagens de uma residência de carácter permanente: foi significativo o desejo manifestado pelos residentes nesse sentido (Leff, 2000).

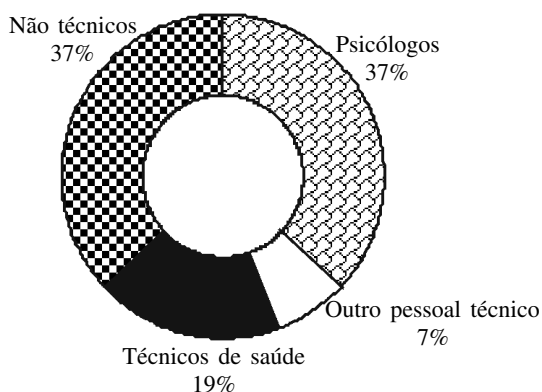
#### 2.4.3. Pessoal das residências

Verificou-se que o perfil do pessoal mais contratado pelas IPSS é o de psicólogos (37%). A componente de técnicos de saúde é relativamente baixa, 19%, ao comparar-se com os programas residenciais implementados por entidades privadas em Inglaterra (v. *Figura 5*), onde a percentagem do pessoal de enfermagem rondava os 23,5%. Por outro lado, o pessoal sem qualificações apresenta uma percentagem mais baixa, 37%, do que o pessoal não qualificado trabalhando nas residências inglesas, 68,2% (Leff, 2000).

### 2.5. Programa de dia

Existem em Portugal vários programas de dia que são utilizados por estes utentes, nomeadamente os que se articulam com o Instituto do Emprego e Formação Profissional. Recentemente, e no âmbito do

**Figura 5**  
Distribuição do pessoal nos programas residenciais (percentagem) na Região de Lisboa e Vale do Tejo (2001)



despacho conjunto n.º 407/98, foi implementado o programa de fórum sócio-ocupacional, o qual, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, abrange 299 indivíduos (final de 2001). Estas estruturas encontram-se inseridas em zonas habitacionais integradas na comunidade e permitem a utilização de equipamentos sociais da mesma, designadamente os de carácter desportivo, recreativo e cultural, encontrando-se, por outro lado, servidas por uma boa rede de transportes públicos.

## Conclusões

Tendo em conta apenas o exposto, conclui-se que a partir dos dispositivos legais houve melhorias em Portugal quanto à oferta de cuidados terciários de saúde mental às pessoas com doença psiquiátrica de evolução prolongada.

Até 2001 foram criadas 44 estruturas deste âmbito, que abrangem, no país, 754 utentes. A maioria constituiu *fora* sócio-ocupacionais, seguindo-se, por ordem decrescente, grupos de auto-ajuda, unidades de vida protegida, unidades de vida autónoma e unidades de vida apoiada.

A maior adesão a este projecto foi da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Nesta região, até à data mencionada, surgiram 29 projectos, que abrangeram 473 utentes.

A maioria destes beneficiários (de acordo com a amostra referida) são homens, solteiros, com doença psicótica esquizofrénica e uma média de três internamentos anteriores. Esta população ronda a média dos 40 anos de idade, sem filhos, com cerca de 9 anos de escolaridade e com um rendimento financeiro muito baixo.

Os recursos humanos envolvidos neste projecto (de acordo com o universo) são em maioria pessoal técnico (59%), com predominância de psicólogos, face a 24% de pessoal não técnico, e só uma pequena parcela (17%) constituída por técnicos dos serviços de saúde.

Na região assinalada prevalecem as residências de tipo protegido e autónomas, onde vivem, em média, 6 pessoas por unidade. A maioria das residências encontra-se bem integrada em zonas urbanas. Contudo, o programa mais utilizado é o do fórum sócio-ocupacional, que abrange, na Região de Saúde de Lisboa, 299 indivíduos.

## Reflexões

Foram, efectivamente, feitos progressos quanto à oferta de estruturas e programas de prevenção terciária

em saúde mental. E, pelas informações recolhidas nas repetidas visitas às várias estruturas, constatou-se que os profissionais em actividade se encontravam motivados para o desenvolvimento do projecto, tal como os utentes que nele percepcionavam mais-valias.

Porém, é plausível cotar como ainda insuficiente o que existe, mesmo na ausência de um plano nacional de saúde mental que contenha inequívocos dados epidemiológicos sobre a prevalência de doença mental crónica a beneficiar com intervenções reabilitativas e sobre qual o número e distribuição geográfica daqueles em situação de dependência. Basta atermo-nos ao que está já conhecido e que cientificamente foi determinado a nível internacional. Tendo em conta a prevalência geral de 20% de doença mental nas populações e que 1,4% têm doença mental grave (Goldberg e Lecrubier, 1995), uma entidade com vocação na área da reabilitação, o PRISM propõe o seguinte *input* quanto a estruturas, focando apenas a população entre os 15 e os 64 anos, e para cada 250 000 habitantes: 12 a 50 lugares em residências tipo apoiadas; 50 a 300 lugares em residências tipo protegidas e 30 a 120 lugares em residências tipo autónomas (Ramsey *et al.*, 1998). Facilmente se percebe o quão distante estamos da aproximação a estes *ratios*.

Adicionalmente, constatou-se que este projecto ainda carece de orientações explícitas por parte das direcções-gerais na implementação dos procedimentos (exceptuando as normas escritas enquadradoras), pelo menos ao nível da Região de Saúde de Lisboa. O que, sobrepondo-se ao reduzido capital de formação em reabilitação psicossocial da maioria do pessoal envolvido, tem gerado dificuldades no terreno.

Acresce que o apoio efectivo a estas estruturas por parte dos profissionais de saúde dos hospitais é ainda débil, eventualmente devido a sobrecarga de trabalho nos serviços de origem.

Actualmente, considera-se imprescindível que não haja ruptura operacional da parceria que havia sido tecida entre a segurança social e a saúde, designadamente ao nível do acompanhamento e avaliação deste projecto.

Salienta-se, por último, a necessidade de ampliar o que até agora foi produzido, mas integrando a identificação criteriosa de necessidades no planeamento das respostas a criar, bem como se propõe que o processo seja enquadrado por uma estrutura central, a designar, que seja responsável pelo planeamento e gestão da desinstitucionalização e reabilitação das pessoas com doença mental, assessorada, no tocante à sua avaliação, por uma entidade independente devidamente credenciada.

## □ Referências bibliográficas

- CALDAS DE ALMEIDA, J. — Community psychiatry in Portugal. *Epidemiologia e Psiquiatria Social*. 5 : 2 (1996) 92-95.
- GOLDBERG, D.; LECRUBIER, Y. — Form and frequency of mental disorders across centres. In USTUN, T. B.; SARTORIUS, N., ed. lit. — Mental illness in general health care : an international study. New York : John Wiley and Sons, 1995. 323-334.
- GUTERRES, M. C. — Estudo do suporte social e da qualidade de vida em doentes mentais crónicos a viverem em comunidade. Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2001a. Tese de mestrado.
- GUTERRES, M. C.; FRASQUILHO, M. A. — Relatório de avaliação das respostas articuladas dirigidas às pessoas com doenças do foro mental ou psiquiátrico : elaborado pelos coordenadores regionais de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa : Instituto de Solidariedade e Segurança Social e Administração Regional de Saúde, 2001b.
- GUTERRES, M. C.; CALDAS DE ALMEIDA, J.; FRASQUILHO, M. A. — Guião de avaliação das unidades de vida apoiada, protegida e autónoma e dos fóruns sócio-ocupacionais. Lisboa : Instituto de Solidariedade e Segurança Social e Administração Regional de Saúde, 2000.
- LEFF, J. — Cuidados na comunidade : ilusão ou realidade? Lisboa : Climepsi, 2000.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde — Saúde mental em reestruturação : uma reforma em curso : 1996-1999. Lisboa : Ministério da Saúde, 1999.
- PORTUGAL. Grupo Coordenador da Saúde Mental — Relatório de avaliação dos serviços de internamento psiquiátrico da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa : ARSLVT, 1999.
- PRATT, C., *et al.* — Psychiatric rehabilitation. London : Academic Press, 1999.
- RAMSAY, R., *et al.* — Levels of in-patient and residential provision throughout London. In JOHNSON, S., *et al.*, ed. lit. — London's mental health : the report of the King's Fund London Commission. London : King's Fund, 1998.

## □ Summary

### MENTAL HEALTH TERTIARY PREVENTION: NEW FACILITIES OFFER IN PORTUGAL

The authors present the results of an exploratory inquiry on new mental health tertiary prevention facilities in Portugal. A contemporary review on legislation and mental health policy which favoured them is also made.

The study emphasizes data on the Lisbon and Tagus Valley Health Region as this was the more active one on generating those tertiary health structures.

Results point to 754 mentally ill persons defined, at the end of 2001, as regular users of these facilities in Portugal, 473 located at the Lisbon and Tagus Valley Health Region. The majority of the users, 299, are integrated in socio-occupational activities and 99 are living in the new born mental health residencies.

The authors conclude that there was an important improvement on mental health care offer on tertiary prevention and rehabilitation in Portugal. Nevertheless, the needs in this matter are still enormous, as the national ratios of psychiatric intermediate structures and rehabilitation are far behind international recommendations.

Enlarging and deepening this project is proposed, founding it in a more detailed national diagnosis of needs, ruled by a more centralised management, capable to generate more structures and to coordinate and evaluate them.

ISBN 972-9643-11-X

PROFESSOR

ALOÍSIO  
COELHO

LIVRO  
DE HOMENAGEM

Lisboa 2002

Preço de capa, 12•