

SEM MAIS TEMPO A PERDER

Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década

SEM MAIS TEMPO A PERDER

Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

CNS | CONSELHO
NACIONAL
DE SAÚDE

FICHA TÉCNICA

GRUPO DE TRABALHO RELATOR

Alexandre Castro Caldas | *Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas*

Carla Torre | *Ordem dos Farmacêuticos*

Joaquina Castelão | *Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental*

Maria da Piedade Libano Monteiro | *Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger*

Pedro Lopes | *Ordem dos Enfermeiros*

Telmo Baptista | *Ordem dos Psicólogos Portugueses*

PERITOS

Andreia Leite *

Gonçalo Figueiredo Augusto **

Isa Alves

Joana Alves

* Médica do ACES Amadora que realizou o estágio opcional, no âmbito do Internato Médico de Saúde Pública, no Conselho Nacional de Saúde, entre maio e julho de 2019.

** Perito do Conselho Nacional de Saúde até 13 de novembro de 2019.

Citação sugerida: Conselho Nacional de Saúde. *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS, 2019.

© Conselho Nacional de Saúde, 2019

ISSN: 2184-6960

Conselho Nacional de Saúde

Avenida Padre Cruz

1649-016 Lisboa, Portugal

Tel.: +351 217 519 200

E-mail: geral.cns@cns.min-saude.pt

www.cns.min-saude.pt

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
LISTA DE ABREVIATURAS	ii
LISTA DE TABELAS	iii
LISTA DE FIGURAS	iv
LISTA DE CAIXAS	vi
SUMÁRIO EXECUTIVO	1
APRESENTAÇÃO	3
INTRODUÇÃO	5
NOTA METODOLÓGICA	19
1 VIVER COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL	21
CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	24
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	31
DIREITOS DAS PESSOAS COM DOENÇA	35
SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA PESSOA	38
REFERÊNCIAS	44
2 PROMOVER A SAÚDE MENTAL	47
PARENTALIDADE E PRIMEIRA INFÂNCIA	51
CRIANÇAS E ADOLESCENTES	54
IDADE ADULTA E LOCAL DE TRABALHO	58
IDOSOS	61
REFERÊNCIAS	65

3 CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL	69
RECURSOS HUMANOS	73
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	88
CUIDADOS CONTINUADOS EM SAÚDE MENTAL	90
REFERÊNCIAS	93
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	95
ANEXOS	99

AGRADECIMENTOS

O Conselho Nacional de Saúde gostaria de expressar o seu agradecimento às seguintes entidades, pela sua valiosa colaboração no envio de dados constantes neste relatório:

- Administração Central do Sistema de Saúde
- Administração Regional de Saúde do Alentejo
- Administração Regional de Saúde do Algarve
- Administração Regional de Saúde do Centro
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- Administração Regional de Saúde do Norte
- Associação Portuguesa de Hospitalização Privada
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
- José de Mello Saúde
- Lusíadas Saúde
- Secretaria de Saúde do Governo da Região Autónoma dos Açores
- Secretaria de Saúde do Governo da Região Autónoma da Madeira

Os agradecimentos estendem-se às seguintes pessoas, consultadas pelo Conselho Nacional de Saúde no decurso da elaboração deste relatório:

- Maria João Heitor | Hospital de Loures
- Miguel Xavier | Programa Nacional de Saúde Mental / Direção-Geral da Saúde

Finalmente, o Conselho Nacional gostaria de agradecer a todos os doentes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde que gentilmente se disponibilizaram a colaborar neste relatório.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CH	Centro Hospitalar
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DALY	Anos de vida Ajustados à Incapacidade [<i>Disability-Adjusted Life Years</i>]
DDD	Doses Diárias Definidas
DGS	Direção-Geral da Saúde
HBSC	<i>Health Behaviour in School-Aged Children</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
NUTS	Unidades Territoriais para fins Estatísticos
OCDE	Organização para o Comércio e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRS	Serviço Regional de Saúde
TMRG	Tempo Máximo de Resposta Garantido
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
YLD	Anos Vividos com Incapacidade [<i>Years Lived with Disability</i>]

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental nas crianças	55
TABELA 2 Fatores de resiliência para a saúde mental das crianças	55
TABELA 3 Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos, NUTS III, triênio 2016-2018	61
TABELA 4 Número de médicos especialistas em Psiquiatria (adultos) em estabelecimentos do SNS e SRS (outubro de 2019), rácio (por 100.000 habitantes) em 2019 e variação 2014-2019	73
TABELA 5 Tempos Médios de Resposta (em dias) à primeira consulta hospitalar de Psiquiatria (Adultos) com origem nos Cuidados de Saúde Primários e entidades externas	75-76
TABELA 6 Número de médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência em estabelecimentos do SNS e SRS (outubro de 2019), rácio (por 100.000 habitantes) em 2019 e variação 2014-2019	76
TABELA 7 Tempos Médios de Resposta (em dias) à primeira consulta hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência com origem nos Cuidados de Saúde Primários e entidades externas	78
TABELA 8 Somatório do número de médicos especialistas em Psiquiatria e médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência em estabelecimentos do SNS e SRS (outubro de 2019) e rácio (por 100.000 habitantes) em 2019	79
TABELA 9 Número de enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica no SNS em estabelecimentos do SNS e SRS (outubro de 2019) e rácio (por 100.000 habitantes) em 2019	81
TABELA 10 Número de profissionais de Psicologia e Psicologia Clínica em estabelecimentos do SNS e rácio (por 100.000 habitantes), por região de saúde, outubro de 2019	83-84
TABELA 11 Tempos Médios de Resposta (em dias) à primeira consulta hospitalar de Psicologia com origem nos Cuidados de Saúde Primários e entidades externas	85
TABELA 12 Número de profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e ação social no SNS, por região de saúde, outubro de 2019	86-87
TABELA 13 Número de lugares em funcionamento na rede de cuidados integrados em saúde mental, por tipologia e região, 2018	90

LISTA DE FIGURAS

FIG. 1 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	6
FIG. 2 Determinantes sociais da saúde mental e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	7
FIG. 3 Cronologia das principais políticas e estratégias de saúde mental no contexto nacional e internacional, nos últimos 20 anos	9
FIG. 4 Comparação entre estimativas dos Anos Vivos com Incapacidade (YLD): <i>Global Burden of Disease Study 2013 versus Vigo et al. (2016)</i>	11
FIG. 5 Comparação entre a prevalência de doença mental e a desigualdade de rendimento nos países	12
FIG. 6 Prevalência de depressão (últimos 12 meses), de acordo com o nível de escolaridade e rendimento em Portugal, 2014	13
FIG. 7 Estimativa de custos diretos e indiretos relacionados com problemas de saúde mental (em % do PIB), União Europeia, 2015	14
FIG. 8 Regiões de Saúde em Portugal	19
FIG. 9 Classificação das principais causas de morbilidade (anos vivos com incapacidade padronizados para a idade por 100.000 habitantes), total, Portugal, 1990 e 2017 (<i>Global Burden of Disease</i> 2018, Nível 3)	24
FIG. 10 Prevalência anual de perturbações psiquiátricas nos países europeus participantes no Inquérito Mundial de Saúde Mental, 2008-2009	25
FIG. 11 Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas, entre os utentes inscritos ativos em cuidados de saúde primários (%), por região de saúde, 2011-2018	26
FIG. 12 Proporção de utentes com registo de perturbações de ansiedade, entre os utentes inscritos ativos em cuidados de saúde primários (%), por região de saúde, 2011-2018	26
FIG. 13 Proporção de utentes com registo de demência, entre os utentes inscritos ativos em cuidados de saúde primários (%), por região de saúde, 2011-2018	27
FIG. 14 Prevalência estimada de demência, OCDE, 2019 e 2050	27
FIG. 15 Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por suicídio, por região de residência (NUTS II 2013) e sexo, 2011-2017	28
FIG. 16 Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por suicídio, por região de residência (NUTS-2013) e sexo, 2011-2017	29
FIG. 17 Evolução dos anos potenciais de vida perdidos por suicídio, por sexo, Portugal, 2005-2017	29
FIG. 18 Evolução do consumo de medicamentos estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central e de Psicofármacos (em DDD por 1.000 habitantes por dia), Portugal, 2012-2018	31
FIG. 19 Consumo de fármacos antidepressores (em DDD), OCDE, 2000 e 2017 (ou ano mais recente)	32
FIG. 20 Utilização de benzodiazepinas (em DDD) por Região de Saúde, Portugal, 2016	33
FIG. 21 Despesa em fármacos antipsicóticos e antidepressores (encargos para o SNS) dispensados em ambulatório, Portugal, 2014-2018	34
FIG. 22 Modelo de saúde mental completa	49

FIG. 23 Evolução dos resultados do estudo HBSC relativamente a sentimentos auto-reportados de tristeza e de tristeza extrema	56
FIG. 24 Incidência de absentismo e presentismo, e duração do absentismo de acordo com nível de saúde mental, OCDE, 2010	58
FIG. 25 Ausência ao trabalho devido a problemas de saúde e número de dias de absentismo, de acordo com a presença ou ausência de depressão, nos últimos 12 meses, Portugal 2014	59
FIG. 26 População residente por grandes grupos etários, Portugal, 1980-2018 (estimativas) e 2019-2080 (projeções)	62
FIG. 27 Organização geral dos cuidados de saúde mental em Portugal	71
FIG. 28 Número de médicos especialistas em Psiquiatria, por instituição do SNS (incluindo hospitais PPP), Portugal continental, outubro de 2019	74
FIG. 29 Número de médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência, por instituição do SNS (incluindo hospitais PPP), Portugal continental, outubro de 2019	77
FIG. 30 Rácio de psiquiatras por 100.000 habitantes, OCDE, último ano disponível	79
FIG. 31 Número total de Consultas Externas de Psiquiatria (adultos) e de Psiquiatria da Infância e Adolescência nos estabelecimentos do SNS, 2011-2018	80
FIG. 32 Número total referências a primeira consulta e número de primeiras consultas de Psiquiatria e de Psiquiatria da Infância e Adolescência nos estabelecimentos do SNS, 2011-2018	80
FIG. 33 Número de enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, por instituição do SNS, outubro de 2019	82
FIG. 34 Número de lugares em funcionamento na rede de cuidados integrados em saúde mental, por região, 2017 e 2018	91

LISTA DE CAIXAS

1 COMPORTAMENTOS ADITIVOS	30
2 DESCONTINUAR BENZODIAZEPINAS	34
3 CUIDADORES INFORMAIS	37
4 PROJETO ADÉLIA	53
5 GASMI – GRUPO DE APOIO À SAÚDE MENTAL INFANTIL	57
6 UMA MUDANÇA NECESSÁRIA	60
7 ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS	63
8 NOTA HISTÓRICA	72
9 PSIQUIATRIA FORENSE	87
10 SAÚDE MENTAL NAS REGIÕES AUTÓNOMAS	89

SUMÁRIO EXECUTIVO

A saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos, interdependente da saúde física. É influenciada por fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais. As perturbações mentais são a principal causa de incapacidade e a terceira causa em termos de carga da doença, sendo responsáveis por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis. Uma estimativa (subestimada) dos custos com a doença mental em Portugal aponta para 3,7% do PIB, correspondendo a 6,6 mil milhões de euros (2 mil milhões em custos diretos com o sistema de saúde, 1,7 mil milhões com benefícios sociais e 2,9 mil milhões de euros com custos indiretos no mercado de trabalho).

Contudo, e apesar da sua importância central no bem-estar dos indivíduos e impacto transversal na sociedade, a saúde mental, e em particular a sua promoção, não tem sido considerada uma prioridade a nível das políticas de saúde e das comunidades. Continuam a existir desafios ainda sem solução nesta área: as transformações demográficas, as desigualdades, as barreiras à reforma dos cuidados de saúde mental, as respostas da comunidade e, finalmente, a urgência de combater o estigma e a discriminação que as pessoas com doença mental ainda sofrem. É fundamental assegurar não apenas os direitos daqueles que vivem com doença mental, incluindo familiares e cuidadores, mas também promover a sua participação na definição das políticas que lhes são dirigidas. Adicionalmente, é importante reconhecer que a saúde mental e os seus problemas são determinados pelas condições sociais, existindo uma maior prevalência de problemas de saúde mental nas pessoas mais pobres e com menor nível de educação, o que implica a adoção de abordagens abrangentes e intersectoriais.

O *Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020* da Organização Mundial da Saúde delineou os princípios fundamentais da abordagem da saúde mental. Em Portugal, o *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*, e *extensão a 2020*, definiu as estratégias para a área da saúde mental, incluindo a reforma dos serviços de saúde mental. Porém, embora contenha objetivos concretos, o Plano não teve o apoio político e os recursos financeiros necessários à sua plena implementação.

Viver com problemas de saúde mental

Os problemas de saúde mental afetam várias áreas da vida pessoal, familiar e profissional das pessoas. Porém, viver com problemas de saúde mental em Portugal está ainda associado a um forte estigma e discriminação. O tratamento adequado, seguimento, acompanhamento, reabilitação e o apoio social àqueles que vivem com doença mental bem como aos seus familiares e cuidadores, é fundamental para que possam ter uma participação plena na sociedade, no mercado de trabalho e na sua vida familiar. O combate ao estigma e à discriminação deve mobilizar toda a sociedade, sendo fundamental construir um ambiente propício para falar abertamente sobre o tema, sem tabus - nas escolas, nos locais de trabalho, na comunicação social, etc.

Em Portugal, as perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9%, colocando o país num preocupante segundo lugar entre os países europeus. A depressão afeta 10% dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por 14.628 anos potenciais de vida perdidos. Adicionalmente, a demência assume uma frequência de 20,8 por cada 1000 habitantes, o que posiciona Portugal em 4.º lugar entre os países da OCDE. O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado em 2008-2009, mostrou ainda que cerca de 33% das pessoas diagnosticadas receberam cuidados adequados, contudo existem atrasos preocupantes entre o aparecimento dos primeiros sintomas de doença e o início do tratamento. Já no consumo de medicamentos antidepressores, Portugal está em 5.º na OCDE, apresentando também números preocupantes no consumo de ansiolíticos.

As principais políticas na área da saúde mental em Portugal foram orientadas pelos princípios de justiça, equidade e respeito pelos direitos das pessoas que vivem com problemas de saúde mental. Não obstante, a Lei de Saúde Mental necessita de ser revista e adaptada à atual convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência.

Também o Estatuto do Cuidador Informal necessita de ser regulamentado para garantir os direitos das pessoas com doentes crónicos a seu cargo. Assegurar os direitos dos cuidadores é também defender o bem-estar das pessoas com doença.

Promover a saúde mental

A importância da promoção da saúde mental é sublinhada nas principais estratégias e planos de ação de saúde mental, tanto a nível internacional como em Portugal. Contudo, em Portugal, as intervenções na área da promoção da saúde mental são feitas de forma isolada, não são sustentadas no tempo e carecem de uma abordagem integrada que assegure maior equidade.

Na área da parentalidade e primeira infância, a evidência científica demonstra que existem fatores ambientais parentais que geram perturbações de saúde mental nas crianças, o que sugere que as intervenções de apoio e desenvolvimento de capacidades podem ter um papel importante na prevenção destes problemas.

Os estudos recentes indicam que os alunos portugueses apresentam sintomas de mal-estar, por vezes tristeza extrema, desregulação emocional e preocupações intensas. Os relatos de *bullying* em Portugal também assumem uma dimensão preocupante. Ambas as situações demonstram a importância de se desenvolverem intervenções, dirigidas a crianças e adolescentes, que promovam o desenvolvimento de competências socioemocionais e de prevenção da violência e do *bullying*. De igual modo, é essencial que as instituições de ensino superior em Portugal desenvolvam intervenções que promovam a saúde mental da comunidade académica e forneçam o apoio e suporte necessários aos estudantes em risco.

É fundamental que exista uma transformação nos locais de trabalho, relativamente à forma como a promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores é encarada. A promoção da saúde mental tem o potencial de ter um impacto muito positivo na motivação e na produtividade dos trabalhadores e, assim, nos resultados das empresas e nos seus negócios. Gabinetes de aconselhamento, flexibilidade de horários, promoção da conciliação da vida pessoal ou atividades lúdicas de redução do stress são exemplos de ações que podem ajudar a motivar os trabalhadores.

A promoção da saúde mental é igualmente importante nas pessoas idosas, devido aos fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental. A promoção da saúde mental dirigida às pessoas idosas

deve ter como objetivo primordial estimular a autonomia e a qualidade de vida. A colaboração interdisciplinar, a formação de pessoal especializado, o estabelecimento de parcerias intersectoriais e o envolvimento da comunidade são elementos essenciais para o sucesso destes programas, com vantagens para o indivíduo e a comunidade.

Assim, torna-se necessário integrar a promoção da saúde e do bem-estar mental nas estratégias de promoção e proteção da saúde das populações, de forma abrangente e intersectorial.

Cuidados de saúde mental

Os recursos humanos em saúde mental têm uma distribuição muito assimétrica, com escassez de pessoal em algumas regiões do país, sobretudo profissionais não-médicos, essenciais à constituição das equipas multidisciplinares em saúde mental.

Os tempos médios de resposta à primeira consulta de Psiquiatria registaram melhorias, mas ainda existem unidades do SNS que registam tempos médios de resposta acima dos tempos máximos de resposta garantidos quer em Psiquiatria, quer em Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Se não forem alocados os necessários recursos humanos e financeiros para a concretização da prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, esta pode estar ameaçada. As dificuldades de articulação entre os serviços de saúde mental e os cuidados de saúde primários ainda são uma realidade, dificultando a referenciação dos doentes.

Pese embora a reforma da rede hospitalar em psiquiatria e saúde mental esteja quase concluída, é necessário terminar a transferência de respostas de internamento de agudos dos hospitais psiquiátricos para os hospitais gerais. Concluída essa reforma, os hospitais psiquiátricos precisam de uma reorganização de recursos e de espaço para poderem dedicar-se ao internamento de inimizáveis.

Finalmente, a prestação de cuidados continuados em saúde mental ainda é muito limitada e assimétrica, sendo necessário expandir rapidamente as respostas nesta área, orientadas pelos princípios da universalidade e equidade.

APRESENTAÇÃO

Henrique Barros | Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Da doença à saúde mental: uma trajetória contra a indiferença

A saúde mental designa tanto um conjunto de práticas de natureza comunitária e institucional (e por isso se constitui um pilar da saúde pública) quanto o ser de cada indivíduo em relação com uma dimensão do seu bem-estar que, desde a fundação, a Organização Mundial de Saúde considerou fundamental. Mas, temos que o reconhecer, que demorou muito a ganhar a visibilidade da doença dita física, para a qual os recursos e os programas estruturados tomaram a dianteira. Viveu, podemos dizê-lo, um longuíssimo período de aparente esquecimento e até indiferença. Pode mesmo dizer-se que nela se revela uma ferida nos direitos humanos: no direito à saúde (mental) e a ser tratado na perspetiva do respeito pleno por esses direitos.

Quando falamos de saúde mental consideramos o contributo das condições e das intervenções sobre o contexto ambiental, representado pelo acesso à habitação, pela natureza e situação perante o trabalho, ou pela mobilidade e transporte, e sobre a capacidade de comunicar e debater a dimensão cultural dos problemas de saúde mental, a forma como se combate o estigma e a discriminação que rodeiam quem vive com doença mental; finalmente, pensamos em cada pessoa particular, como ao longo da vida lhe é proporcionado usufruir plenamente de tudo aquilo que consigo traz como possibilidades e projeto, como a ajudamos no que precisa para se tornar plenamente pessoa, no que lhe é dado para gerir positivamente os conflitos e o stress. A saúde mental pode então ser vista como o esforço organizado (e o seu resultado) das sociedades para assegurar a promoção da saúde e prevenir a doença mental, recuperar e integrar os doentes, reparando e cuidando.

Durante décadas, a saúde mental só existiu no negativo da doença. Viveu a sombra de preconceitos e da indiferença social, afinal viveu o medo antiquíssimo dessa diferença que a doença assinalava e

que muitos consideravam revelar fraturas incompreensíveis e incompatíveis com as normas sociais, que resultaram na institucionalização e na exclusão. Também por isso, ao longo do último século, o combate pela saúde mental e pelos direitos dos doentes foi um campo particular de luta social, de confronto entre conceitos e formas de organizar a vida em comunidade, de projetos políticos. Finalmente, compreendeu-se que a doença mental não se opõe sequer à saúde mental, que uma situação de patologia pode conviver com boa ou má saúde mental, que o sofrimento psíquico ou uma má saúde mental são condições que em si merecem resposta mas também um determinante modificável do risco de problemas mentais. Assim, a saúde mental invade com direito próprio tudo que é da ordem do humano e ganha um enorme relevo.

Pensar a saúde mental à escala de um país é o desafio que o presente Relatório se propõe: como contributo para um debate comunitário e como inventário, estado da situação. Por isso, descreve a dinâmica quantitativa dos fenómenos de saúde e de doença mental, a sua geografia humana e social, as respostas gerais e algumas respostas originais, os desafios particulares e o impacto observado nas diferentes fases do ciclo de vida. Mas sobretudo entendeu deixar expressa a voz de quem em Portugal vive os problemas pelo lado de dentro, quem se debate mais com o silêncio do que com a expressão pública das suas condições.

Sabemos bem que, em cada momento, a forma como encaramos os problemas de saúde – como os entendemos na sua génese e como procuramos organizar a nossa resposta – depende da nossa visão paradigmática, da interpretação do conhecimento científico de que dispomos, dos equilíbrios sociais e da vontade de não transformar a desigualdade em destino. Por isso, há todo um rio de ideias e preocupações que corre naturalmente no subterrâneo deste Rela-

tório e que as naturais limitações de tempo e espaço não permitem explorar quanto seria desejável. Mas fica, implícito, esse desafio. Já não servem as dicotomias entre a mente e o corpo como quadro de referência para pensar e agir, já não basta o recurso às categorias nosológicas redutoras, a uma medicalização excessiva e paralisante, ou a uma confusão frustrante entre sintoma e doença. Temos que fazer um esforço de identificação de causas e respostas que se cruzam num sistema complexo. Sabemos assim que, por agora, há que dar visibilidade a dimensões como a violência interpessoal e as conexões sociais enquanto importantes determinantes de saúde, aceitar que ao longo da vida, e desde muito cedo, há uma incorpo-

ração biológica da nossa condição social, que pessoas e sociedades com a oportunidade de se verem capazes de contribuir para algo que vai para além de si, que proporcione um sentido de integração, nisso encontram um dos mais fortes apoios para uma vida saudável. E não podemos esquecer que as estruturas da saúde interagem com outras estruturas das mais variadas naturezas, em que preponderam a educação, o trabalho, a habitação, a cultura, o desporto ou o ambiente. Ou seja, causas e respostas que funcionam têm de ser capazes de sínteses criativas, pragmáticas e avaliáveis. Como este Relatório recomenda.

INTRODUÇÃO

As perturbações mentais constituem um dos mais importantes desafios da saúde pública da atualidade. Na Europa, são a principal causa de incapacidade e a terceira causa em termos de carga da doença (medida em anos de vida ajustados à incapacidade – DALY, *Disability-Adjusted Life Years*), depois das doenças cardiovasculares e do cancro [1]. O número de pessoas com perturbações mentais na Região Europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015 era estimado em 110 milhões, o que corresponde a cerca de 12% da população. Se forem incluídas as perturbações associadas ao consumo de substâncias, esse número aumenta em 27 milhões (15% no total), e aumenta muito mais se forem incluídas perturbações neurológicas como as demências [1].

Apesar desta frequência, a saúde mental não tem sido considerada prioridade nas políticas de saúde e não tem constituído uma preocupação relevante das comunidades. O estigma, os preconceitos e os receios longamente associados aos problemas de saúde mental justificam, em grande parte, a subvalorização a que a saúde mental esteve votada um pouco por todo o mundo. Porém, o Relatório Mundial da Saúde de 2001, dedicado à saúde mental, marcou o início da mudança na forma como os governos passaram a encarar esta importante área nos seus sistemas de saúde. Sob o título *Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*, o Relatório Mundial da Saúde de 2001 mostrou como “a ciência e a sensibilidade se deveriam combinar para eliminar as barreiras à prestação de cuidados em saúde mental” [2].

“A OMS está a fazer uma declaração muito simples: a saúde mental – negligenciada durante demasiado tempo – é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz.”

Relatório Mundial da Saúde, 2001

De facto, o progresso no conhecimento científico em saúde mental abriu portas para uma nova abordagem à natureza e às causas dos problemas de saúde mental marcado pela: compreensão de como os fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais se combinam para influenciar a saúde mental; compreensão de quão inseparáveis são a saúde mental e a

saúde física, e de como é complexa e profunda a influência de uma sobre a outra [3]. Foi ainda o progresso científico que ajudou a destruir muitos dos preconceitos que alimentavam o estigma, a discriminação e a exclusão social das pessoas que vivem com problemas de saúde mental. Finalmente, foram os avanços no conhecimento epidemiológico que levantaram o véu sobre a real dimensão dos problemas de saúde mental por todo o mundo: estes são frequentes e constituem uma importante causa de incapacidade na maioria dos países [3].

A OMS considera o mais elevado padrão atingível de saúde como um direito fundamental de qualquer ser humano. A saúde mental foi desde o início integrada na definição de saúde adotada na Constituição da OMS (1948), em que a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade [4]. Assim, o completo bem-estar mental foi assumido como essencial para ser atingido o mais elevado estado de saúde.

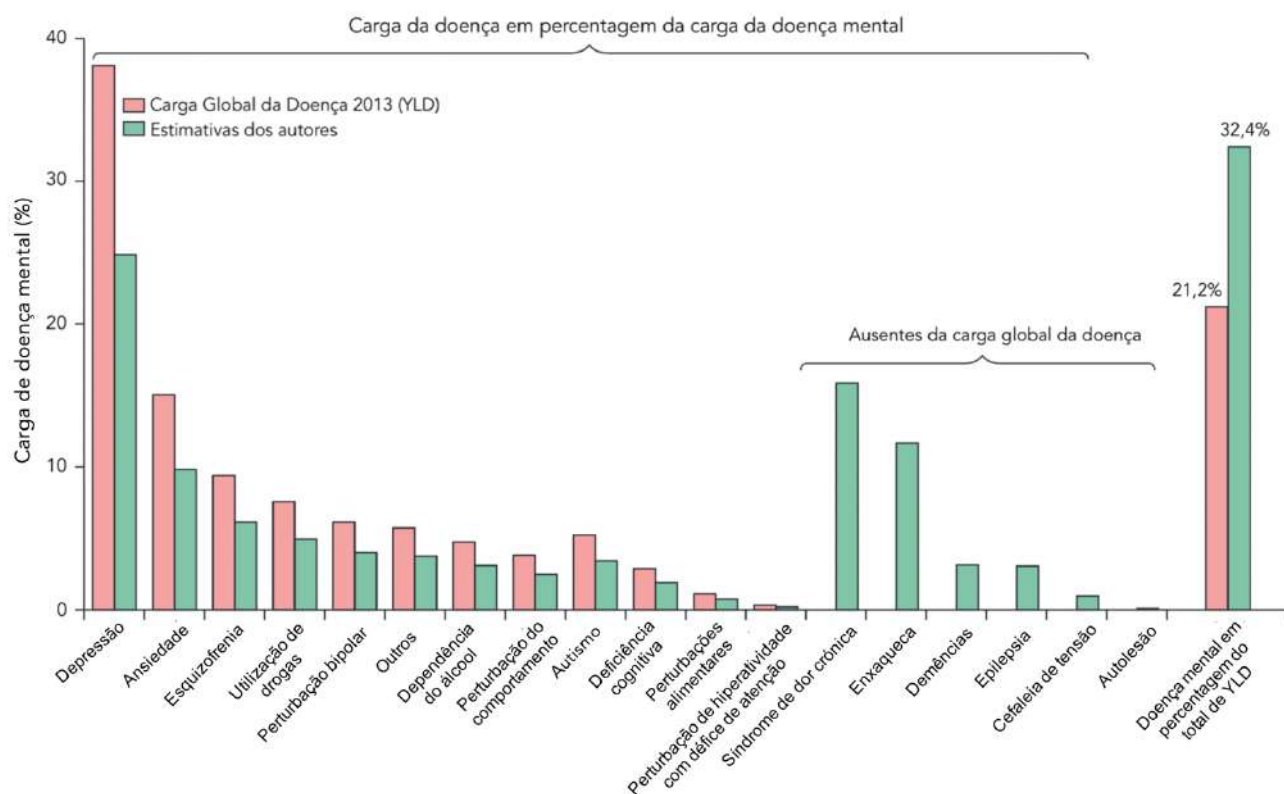
A saúde mental é definida pela OMS como “um estado de bem-estar em que o indivíduo reconhece as suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade” [5]. Neste sentido, a saúde mental constitui a pedra basilar para o bem-estar e funcionamento pleno dos indivíduos e das comunidades.

Porém, apesar de uma boa saúde mental ser reconhecida como um ativo importante e um recurso fundamental para o bem-estar da população e para o desenvolvimento económico e social dos países [6-8], persistem importantes desafios cuja solução tem vindo a ser adiada. As transformações demográficas, as desigualdades, as barreiras à reforma dos cuidados de saúde mental, a necessidade de promover a participação das pessoas que vivem com problemas de saúde mental, das suas famílias e cuidadores neste processo de mudança, as respostas da comunidade e, finalmente, a urgência de combater o estigma e a discriminação que as pessoas com doença mental ainda sofrem são apenas algumas das questões que merecem uma reflexão crítica. De forma mais abrangente importa também reconhecer como a saúde mental e os seus problemas são determinados pelas condições sociais para que a abordagem à saúde mental não se limite à abordagem tradicional do setor da saúde [9].

O peso “real” da saúde mental

A magnitude da saúde mental tem sido amplamente estudada através de estudos de carga da doença. As estimativas usuais para o peso da doença apontam 21,2% dos anos vividos com incapacidade (YLD) e 7,1% dos anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) [10]. Acredita-se ainda que os problemas de saúde mental sejam responsáveis por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis [11]. A Organização Mundial de Saúde estima que 25% dos utilizadores de serviços de saúde sofram de pelo menos uma doença mental, neurológica ou comportamental, nem sempre diagnosticadas e, por isso, nem sempre beneficiando do tratamento adequado. Quanto à mortalidade por estas condições, cerca de 900.000 pessoas morrem em todo o mundo devido a suicídio a cada ano [11]. Em Portugal, em 2015, a mortalidade relacionada com o suicídio era de 10,9 óbitos por 100.000 habitantes (1.127 óbitos) [12].

Recentemente, surgiram argumentos de que o peso da saúde mental tem sido consecutivamente subestimado e propuseram várias razões: (i) há normalmente uma sobreposição entre as perturbações psiquiátricas e neurológicas, (ii) o suicídio, as doenças de personalidade e as lesões autoinfligidas são usualmente consideradas separadamente e fora da doença mental, e (iii) agrupamento das síndromes de doença crónica com doenças músculo-esqueléticas. Na tentativa de considerar todas as diferenças enumeradas, foi calculado um peso da doença mental bastante superior (FIG. 1), estimando-se que 32,4% dos anos vividos com incapacidade (YLD) e 13,0% dos anos de vida ajustados para a incapacidade (DALY) sejam devidos a doença mental [10].



Fonte: Vigo et al. (2016) [10]

FIG. 1 | Comparação entre estimativas dos Anos Vividos com Incapacidade (YLD): *Global Burden of Disease Study 2013* versus Vigo et al. (2016)

Os determinantes sociais da saúde mental e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Os determinantes sociais da saúde mental incluem fatores econômicos e sociais. O contexto social e econômico específico de cada indivíduo (e.g. pobreza e nível de rendimento), ao longo do ciclo de vida, a diferente exposição a eventos adversos ao longo da vida (e.g. violência interpessoal, emergências humanitárias), bem como as condições específicas de vulnerabilidade e resiliência que estes contextos e exposição produzem, colocam os indivíduos em situações diferentes para atingir o mais elevado padrão de saúde mental e bem-estar psicológico [13].

A Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável impõe metas ambiciosas a nível global, que requerem esforços coordenados de todos os países. Porém, trouxe igualmente uma conceptualização mais abrangente da saúde mental, constituindo uma oportunidade única de enquadrar a agenda global para a saúde mental. Em vez de uma agenda exclusivamente focada na redução das desigualdades no acesso a cuidados para as pessoas afetadas por problemas de saúde mental, a nova agenda global propõe um enfoque na melhoria da saúde mental das populações e na

redução dos problemas de saúde mental na carga global da doença (Meta 3.4 do Objetivo 3) [14]. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (FIG. 2) vieram trazer uma ênfase renovada na implementação de uma abordagem de saúde pública, atenta não apenas às necessidades das pessoas afetadas por problemas de saúde mental e suas famílias mas também aos determinantes da saúde mental, que tipicamente são externos ao setor da saúde, tais como o estatuto socioeconómico ou as iniquidades [15]. As doenças crónicas com a sua múltipla morbilidade e longa duração colocam também desafios de "vivência" e fragilidade, exigindo uma abordagem específica do ponto de vista de saúde mental.

Muitos dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável cobrem especificamente os determinantes sociais, pelo que os progressos rumo ao seu atingimento podem potencialmente promover a saúde mental e ajudar a reduzir a carga global dos problemas de saúde mental e também as iniquidades na distribuição destes problemas na população.



FIG. 2 | Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Fonte: ONU

Segundo o modelo proposto por Lund *et al* (2018), os determinantes sociais da saúde mental englobam cinco domínios-chave – demográfico, económico, habitacional, ambiental, e social/cultural [16] – que atuam através de níveis proximais e distais (FIG. 2). Os níveis distais referem-se a fatores relacionados com mecanismos e disposições sociais, enquanto os níveis proximais se referem à forma como estes mecanismos são vivenciados pelos indivíduos e pelas suas famílias.

O domínio demográfico inclui idade, género e etnia. O Objetivo 5 (Igualdade de género) é particularmente relevante para este domínio (FIG. 3). Globalmente, as mulheres encontram-se em maior risco de problemas de saúde mental como depressão e ansiedade, enquanto os homens têm um risco maior de abuso de substâncias e de suicídio [17]. A desigualdade de género interage com outros fatores como a pobreza, a violência de género, os abusos

sexuais e a insegurança alimentar, aumentando a prevalência de problemas de saúde mental nas mulheres [18]. Por outro lado, os indivíduos pertencentes a minorias étnicas, particularmente em contextos de discriminação racial, são mais vulneráveis a problemas como psicose, depressão e ansiedade [19].

O **domínio económico** inclui o rendimento, a segurança alimentar, a situação financeira e a iniquidade económica, relacionando-se com os Objetivos 1 (Erradicar a pobreza), 2 (Acabar com a fome), 8 (Trabalho digno e crescimento económico), 9 (Inovação e infraestruturas) e 10 (Reduzir as desigualdades) (FIG. 3). Um baixo estatuto económico está associado de forma independente a problemas de saúde mental, que incluem psicose e suicídio [20]. Esta influência do estatuto económico ocorre ao longo da vida: a pobreza afeta negativamente o desenvolvimento neurológico e a saúde mental das crianças [21]; de igual modo, as crianças de meios socioeconómicos mais desfavorecidos têm um risco maior de desenvolver problemas de saúde mental na idade adulta [22]. Os estudos de Bruce Dohrenwend demonstraram os mecanismos de causalidade social e seleção social da relação entre pobreza e saúde mental, tendo estabelecido as teorias que explicam a associação ci-

clica entre pobreza e problemas de saúde mental [23]. As desigualdades de rendimento têm a capacidade de corroer o capital social e de ampliar as comparações sociais e o nível de ansiedade, estando demonstrada a associação entre depressão e desigualdade de rendimento [24]. Esta associação é particularmente inquietante tendo em conta a crescente iniquidade na distribuição dos recursos, não só no seio de cada país como também entre países [14].

O **domínio habitacional** inclui o ambiente construído, a água e saneamento básico, a habitação e a infraestrutura da comunidade, e relaciona-se com os Objetivos 6 (Água e saneamento), 7 (Energias renováveis), 11 (Cidades e comunidades sustentáveis) e 12 (Produção e consumos sustentáveis) (FIG. 3). As características do ambiente físico (a habitação, o bairro e a vizinhança) influenciam a saúde mental independentemente da presença de fatores individuais de dificuldade socioeconómica [14]. Habitar bairros desordenados, sobrelotados e com poucas condições de higiene e segurança coloca desafios para a saúde mental, ao passo que habitar bairros planeados e seguros potencia um melhor acesso a oportunidades de trabalho e educação [14].

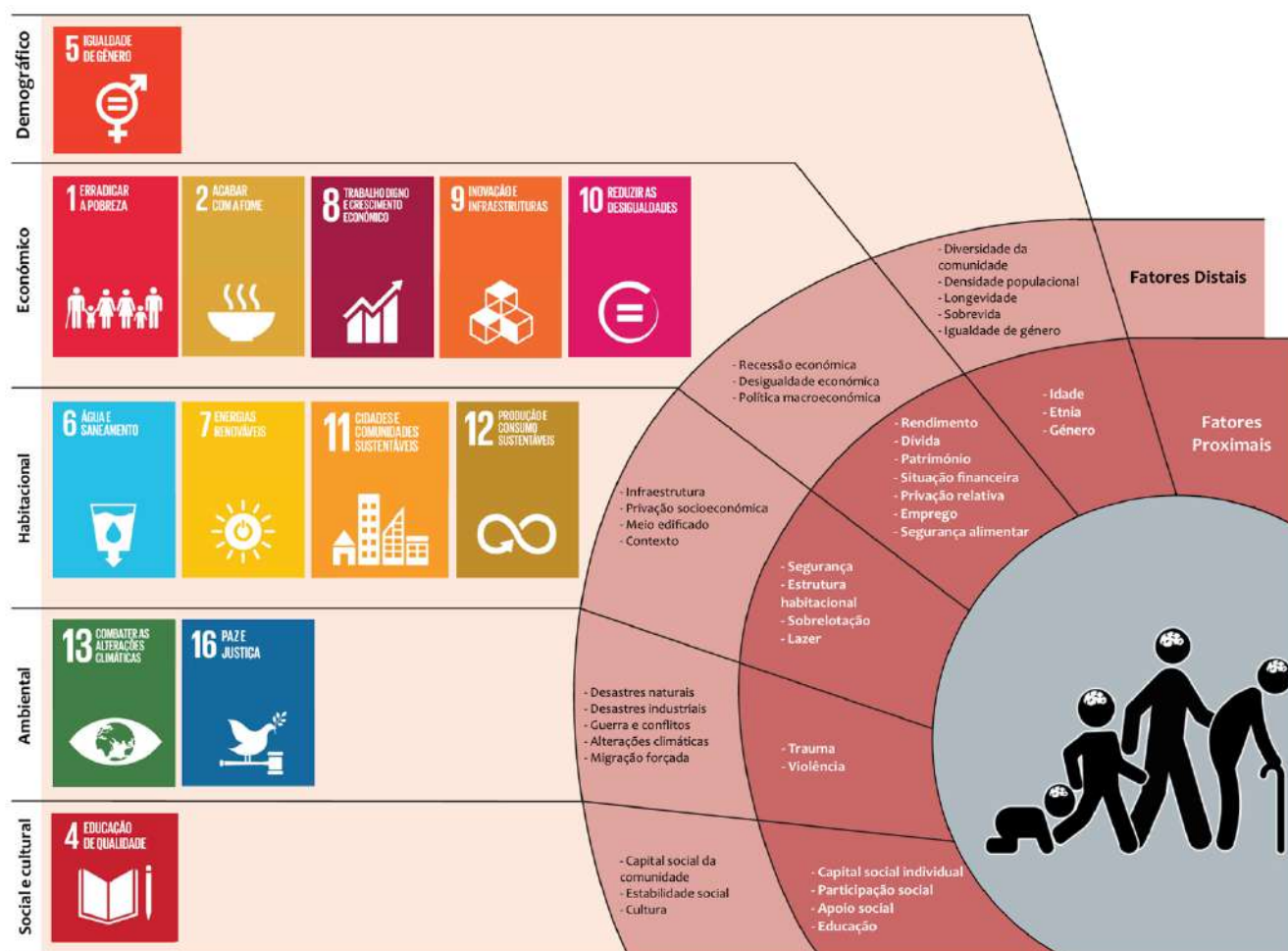


FIG. 3 | Determinantes sociais da saúde mental e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

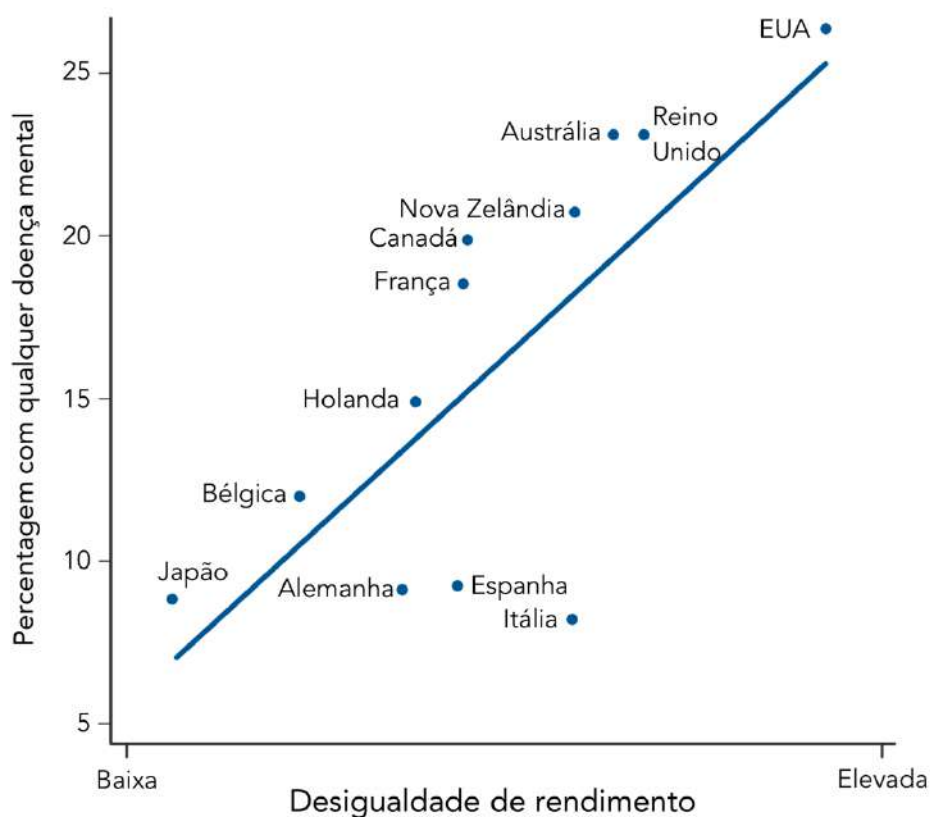
Adaptado de: Patel et al (2018) [14]

O **domínio ambiental** inclui a exposição a violência, desastres naturais (incluindo os efeitos das alterações climáticas), conflitos e migração. Os Objetivos 13 (Combate às alterações climáticas) e 16 (Paz e justiça) são particularmente relevantes (FIG. 3). Vários estudos identificaram consequências adversas para a saúde mental da exposição a desastres ambientais, conflitos armados ou alterações climáticas [25,26]. Também existe uma evidência crescente que mostra as consequências para os bebés da exposição pré-natal das mães a experiências traumáticas, tais como a guerra e o stress crónico [27]. Ao fortalecer as instituições sociais que reduzem a violência e promovem a paz, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável têm o potencial de prevenir perturbações mentais e promover a saúde mental e o bem-estar das populações [14].

O **domínio social e cultural** inclui capital social, estabilidade social, cultura, apoio social e educação, que influenciam a saúde mental através de fatores proximais, tais como as comunidades e as famílias; o Objetivo 4 (Educação de qualidade) relaciona-se com este domínio (FIG. 3). Melhorar o acesso à educação de qualidade afigura-se crucial, não só porque a educação desenvolve reserva cognitiva e protege contra perturbações mentais e demência [28], mas também porque os problemas educacionais e as perturbações mentais na adolescência interagem num círculo vicioso [29]. A educação tem também o potencial de influenciar

outros Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que influenciam a saúde mental, como por exemplo, potenciar melhores empregos, reduzir as desigualdades de rendimento e as desigualdades de género [14]. A cultura pode ser um fator protetor da saúde mental por meio da identidade partilhada, estando a perda da identidade cultural (por exemplo, no contexto de migração forçada ou das comunidades indígenas) associada a pior saúde mental [30]. Os efeitos dos fatores sociais na saúde mental são geralmente exercidos pelas famílias. Assim, as famílias podem promover a saúde mental e a resiliência dos indivíduos ou, pelo contrário, aumentar o risco de perturbações mentais [14]. A violência e os maus-tratos às crianças (incluindo testemunhar violência doméstica entre os pais) podem ter efeitos a curto e longo prazo na saúde mental, e os maus-tratos infantis, atualmente identificados com elevada prevalência, têm consequências nefastas para a saúde mental no presente e no futuro [31].

Mesmo em países desenvolvidos, sociedades mais desiguais são mais propensas à ocorrência de doença mental. De facto, nos países onde existe maior desigualdade há também uma maior percentagem da população que sofre doença de mental. Um estudo relacionou estes dois fatores (FIG. 4), verificando que em países com maiores desigualdades, como EUA, Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Reino Unido, mais de



Fonte: Pickett & Wilkinson (2010) [32]

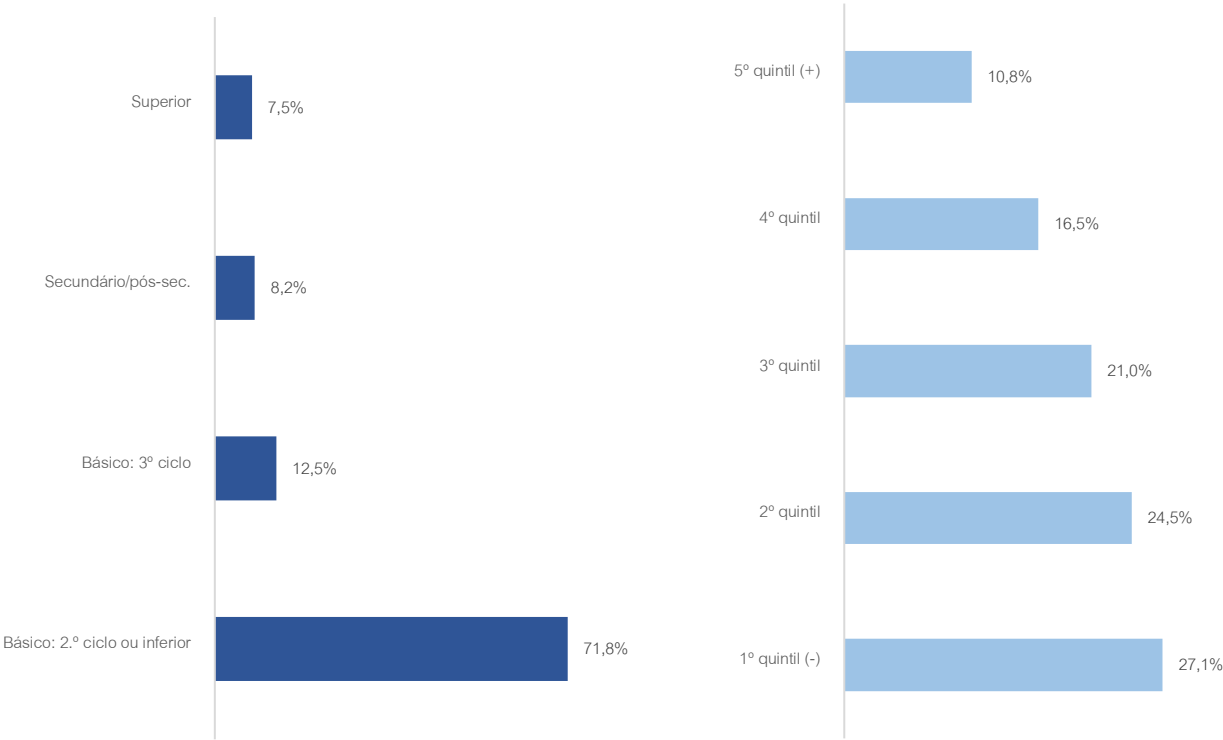
FIG. 4 | Comparação entre a prevalência de doença mental e a desigualdade de rendimento nos países.

uma em cada cinco pessoas tinham sofrido de doença mental no último ano [32]. Comparativamente, em países com menores desigualdades de rendimento, como Alemanha, Itália, Japão ou Espanha, apenas uma em cada dez pessoas tinham sofrido de doença mental no último ano. Os autores explicam que, nas sociedades onde há maior desigualdade de rendimento, há também uma maior comparação entre as várias posições da hierarquia social. Os que se encontram em posições mais elevadas na hierarquia têm maiores possibilidades de adquirir bens de luxo, enquanto aqueles que estão mais abaixo lutam pela sobrevivência [32]. Assim, maior desigualdade está associada a menores níveis de confiança, menor sentido de comunidade e maior violência. Desta forma, as desigualdades no rendimento podem explicar em parte as desigualdades na doença mental.

Ainda, a privação socioeconómica está intimamente ligada ao risco de desenvolver doença mental. Sabe-se hoje que os problemas de saúde mental são mais comuns nos grupos socioeconomicamente mais vulneráveis. Uma revisão de estudos europeus [33] encontrou maior prevalência dos problemas de saúde mental mais comuns, como depressão não psicótica e/ou ansiedade, na população com um estatuto social

mais baixo, nomeadamente nos grupos com menor educação, com maior privação material e mais desemprego. Mais especificamente, as pessoas de grupos menos privilegiados socioeconomicamente têm o dobro do risco de ter problemas de saúde mental, quando comparadas com as pessoas de grupos mais privilegiados. Uma outra revisão, para países em desenvolvimento, mostrou uma associação entre vários indicadores socioeconómicos e o risco de desenvolvimento de doença mental, sendo que a relação mais consistente era com o nível de educação [34]. Foram ainda identificados outros fatores chave para o desenvolvimento de doença mental, como a insegurança e vulnerabilidade, a falta de esperança, baixos níveis de saúde física e a rápida mudança social.

Em Portugal, através de uma análise simples dos dados de 2014 sobre a prevalência de depressão nos últimos 12 meses [35], podemos verificar um gradiente social, de acordo com o nível de escolaridade e quintis de rendimento (FIG. 5). Isto significa que a depressão não só estava mais concentrada nas pessoas mais pobres e com menor educação, como também era progressivamente mais prevalente à medida que descemos cada degrau do estatuto socioeconómico.



Fonte: INE [35]

FIG. 5 | Prevalência de depressão (últimos 12 meses), de acordo com o nível de escolaridade e rendimento em Portugal, 2014.

Um estudo, usando dados do Eurobarómetro de 2002, comparou a saúde mental positiva (medido através do Índice de Energia e Vitalidade, constituído por quatro perguntas do questionário *Short Form (36) Health Survey*) em 11 países Europeus [36]. Portugal, juntamente com Itália, França e Suécia, tinha um baixo nível de saúde mental positiva. Países como a Holanda, a Espanha, a Bélgica ou a Alemanha tinham valores acima da média. O índice era significativamente maior nos homens, decrescia com o aumento da idade e estava associado a uma pior situação económica, a viver em cidades maiores e ser viúvo ou separado. Estava ainda associado de uma forma muito forte ao suporte social.

Outros autores estudaram a saúde mental e vitalidade especificamente para Portugal [37]. A pontuação em saúde mental e vitalidade em mais de metade das pessoas era acima de 50, numa escala que variava de 0 a 100, indicando um bom nível de saúde mental para a população geral. No entanto, quando os autores analisaram apenas os desempregados, a sua saúde mental e vitalidade era ligeiramente inferior (56,6 e

61,1 para indivíduos desempregados e empregados, respetivamente) [37]. Os indivíduos mais jovens e com um nível de escolaridade mais elevado eram os que reportavam pior saúde mental. As elevadas expectativas não satisfeitas face ao mercado de trabalho nas camadas mais jovens poderão explicar esses resultados. Os valores da escala eram diferentes consoante o concelho, sendo que em Lisboa e Mafra os desempregados apresentavam uma escala ligeiramente abaixo dos indivíduos empregados, enquanto nos concelhos da Amadora e Oeiras não havia esta diferença. Estas diferenças podem ser explicadas, segundo os autores, pela proteção oferecida ao nível das políticas locais de combate ao isolamento e exclusão social dos indivíduos no desemprego e de promoção da sua integração.

Assim, considera-se importante o desenvolvimento de estratégias que promovam a diminuição das desigualdades no rendimento e a proteção social, em particular em situações de maior vulnerabilidade, como no caso do desemprego.

Do obscurantismo para a agenda de saúde global

Tal como referido anteriormente, o Relatório Mundial de Saúde de 2001 veio reconhecer a importância da saúde mental [2]. Adicionalmente, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável contribuíram para uma conceptualização mais abrangente destacando o papel dos determinantes sociais da saúde mental [14]. Contudo, estes são apenas alguns dos marcos mais importantes nos últimos vinte anos.

Nas últimas décadas, várias publicações relevantes mostraram a concretização dos avanços científicos entretanto registados e também várias transformações na área da saúde mental a nível global (FIG. 6).

Inicialmente, a perspetiva sobre a saúde mental baseava-se em duas teorias: uma abordagem émica dos antropologistas e psiquiatras culturais que entendiam as perturbações mentais como resultado da influência de forças sociais e culturais; e uma abordagem ética dos clínicos e epidemiologistas que encaravam as perturbações mentais como qualquer outra perturbação biológica, com características universais [14].

Foi o trabalho interdisciplinar levado a cabo a partir da década de 70 do século XX que conduziu a uma alteração fundamental na forma como a saúde mental era encarada pelos investigadores, clínicos e decisores políticos. Esta nova *psiquiatria transcultural* beneficiou das contribuições das correntes émica e ética e promoveu o estudo das perturbações mentais em populações diversas, considerando as características universais das perturbações mentais, mas não esquecendo o papel crucial desempenhado pelo contexto e pela cultura [14].

A emergência desta nova corrente trouxe quatro alterações cruciais para

a mudança de paradigma da saúde mental. A primeira relaciona-se com a natureza das doenças mentais e, portanto, com o conteúdo das intervenções. A abordagem biomédica foi sendo progressivamente considerada como apenas uma entre várias dimensões da saúde mental e as perturbações mentais passaram a ser analisadas tendo em consideração a interação dos indivíduos com os seus contextos social e ambiental [14]. Isto conduziu à necessidade de conceber respostas mais abrangentes aos problemas de saúde mental.

A segunda alteração diz respeito ao local onde os cuidados de saúde mental são prestados e conduziu a uma transferência progressiva das instituições para a comunidade, num processo de desinstitucionalização [14]. Assim, muitos procedimentos clínicos e de reabilitação deixaram de acontecer em hospitais psiquiátricos, foram criadas unidades de psiquiatria em hospitais gerais e o número de camas dedicadas ao internamento de doentes psiquiátricos diminuiu drasticamente.

A terceira alteração tem a ver com a ideia de prestador: a promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e reabilitação deixaram de pertencer, em exclusivo, aos médicos psiquiatras [14]. Surgiram vários profissionais na área da saúde mental, incluindo enfermeiros especializados, psicólogos, terapeutas, assistentes sociais, professores, cuidadores, entre outros.

Finalmente, a quarta alteração foi a capacitação dos doentes e das suas famílias. A constituição de associações de doentes e o ativismo daqueles que vivem ou cuidam de pessoas com problemas de saúde mental foi es-

sencial para exigir serviços de saúde mais centrados nas suas necessidades, bem como alterações legislativas que reconhecessem o direito das

pessoas que vivem com problemas de saúde mental a uma vida social e laboral plena.

1998

A **Lei Saúde Mental** (Lei n.º 36/98, de 24 de julho) estabelece os princípios gerais da política de saúde em Portugal [38].

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 36/98
de 24 de Julho
Lei de Saúde Mental

2008

O **Plano Nacional de Saúde Mental** (2007-2016) define as estratégias para a área da saúde mental em Portugal, nomeadamente a reforma dos serviços de saúde mental [39].



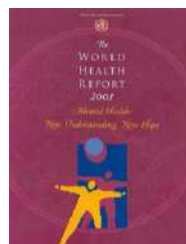
2017

A **Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020**. Identifica os principais constrangimentos na implementação do Plano Nacional de Saúde Mental e atualiza-o para o período 2017-2020, devidamente alinhado com o Plano Nacional de Saúde [40].



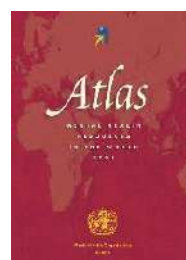
2001

O **Relatório Mundial da Saúde** é pela primeira vez dedicado à saúde mental e apresenta uma perspetiva de saúde pública bem como orientações para decisores políticos [2].



2001

O **Atlas de Saúde Mental** forneceu, pela primeira vez, dados comparativos da maioria dos países sobre alguns indicadores básicos de serviços e sistemas de saúde mental. O Atlas contou com novas edições em 2005, 2011, 2014 e 2017 [41].



2013

O **Plano de Ação para a Saúde Mental** (2013-2020) da OMS é adotado com o compromisso político de 194 países na Assembleia Mundial da Saúde, apresentando objetivos claros, indicadores e metas até 2020 [42].



2013

A **Ação Conjunta para a Saúde e Bem-Estar Mental** (2013-2016) produziu um enquadramento para as políticas de saúde mental na União Europeia [43].



2015

A **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável** reconhece a promoção da saúde mental e a prevenção das perturbações mentais e associadas ao consumo de substâncias como metas do Objetivo 3 [44].



FIG. 6 | Cronologia das principais políticas e estratégias de saúde mental no contexto nacional (esq.) e internacional (dir.), nos últimos 20 anos.

Foi neste contexto que o Relatório Mundial da Saúde de 2001 e a primeira edição do Atlas da Saúde Mental colocaram a saúde mental como uma prioridade na agenda de saúde global (FIG. 6).

Esse posicionamento foi sendo consolidado ao longo dos anos, culminando na adoção, em 2013, do Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020. Os Estados Membros da OMS comprometeram-se a implementá-lo de acordo com as prioridades nacionais e circunstâncias específicas de cada país. Este Plano de Ação reconhece a saúde mental como uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos. Baseando-se numa abordagem do ciclo de vida, o Plano de Ação visa alcançar a equidade através da cobertura universal de saúde e salienta a importância da prevenção da doença mental [42].

O Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 orienta-se por seis princípios fundamentais [42]:

1. **Cobertura Universal de Saúde:** independentemente da idade, sexo, estatuto socioeconómico, raça, etnia ou orientação sexual, e seguindo princípio da equidade, as pessoas com perturbações mentais devem ter acesso, sem risco de esforço financeiro, a serviços de saúde e sociais essenciais que lhes permitam recuperar o mais alto padrão de saúde atingível;
2. **Direitos humanos:** as estratégias, ações e intervenções para tratamento, prevenção e promoção em saúde mental devem estar de acordo com a *Convenção dos Direitos das Pessoas com Incapacidade* [45];
3. **Prática baseada na evidência:** as estratégias, ações e intervenções para tratamento, prevenção e promoção em saúde mental devem basear-se no conhecimento científico e/ou nas melhores práticas, tendo em consideração aspetos culturais;
4. **Abordagem ao longo do ciclo de vida:** as políticas, planos e serviços de saúde mental devem ter em consideração as necessidades de saúde e sociais em todos os momentos do ciclo de vida, incluindo a primeira infância, infância, adolescência, vida adulta e idade avançada;
5. **Abordagem multissetorial:** uma resposta abrangente e coordenada em saúde mental requer parcerias com múltiplos setores públicos, (tais como saúde, educação, emprego, justiça, habitação, segurança social) e com os setores privado e social, conforme apropriado à situação de cada país;
6. **Capacitação das pessoas com perturbação mental e incapacidade psicossocial:** as pessoas com perturbação mental e incapacidade psicossocial devem ser capacitadas e envolvidas em ativismo, definição de políticas, planeamento, produção legislativa, prestação de serviços, monitorização, investigação e avaliação.

São enunciados três objetivos principais, alinhados com os princípios orientadores do Plano [42]:

- **Objetivo 1:** Fortalecer uma liderança efetiva e governação para a saúde mental;
- **Objetivo 2:** Prestar serviços sociais e de saúde mental abrangentes, integrados e responsivos em contextos comunitários;
- **Objetivo 3:** Implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental.

Na União Europeia, também em 2013, a Ação Conjunta para a Saúde Mental e Bem-Estar (2013-2016), coordenada pela NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas da Universidade NOVA de Lisboa, propôs fornecer um enquadramento para as políticas de saúde mental, assente na experiência adquirida com o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. O objetivo da Ação Conjunta foi contribuir para a promoção da saúde e bem-estar mental, a prevenção das perturbações mentais e a melhoria da prestação de cuidados e inclusão social das pessoas com perturbações mentais na Europa [43].

No contexto nacional, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, apresentado em 2008, definiu as estratégias para a área da saúde mental em Portugal, incluindo a reforma dos serviços de saúde mental [39]. Alvo de análise internacional e, mais recentemente, da extensão até 2020 [40], o Plano Nacional de Saúde Mental tem como objetivos principais:

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

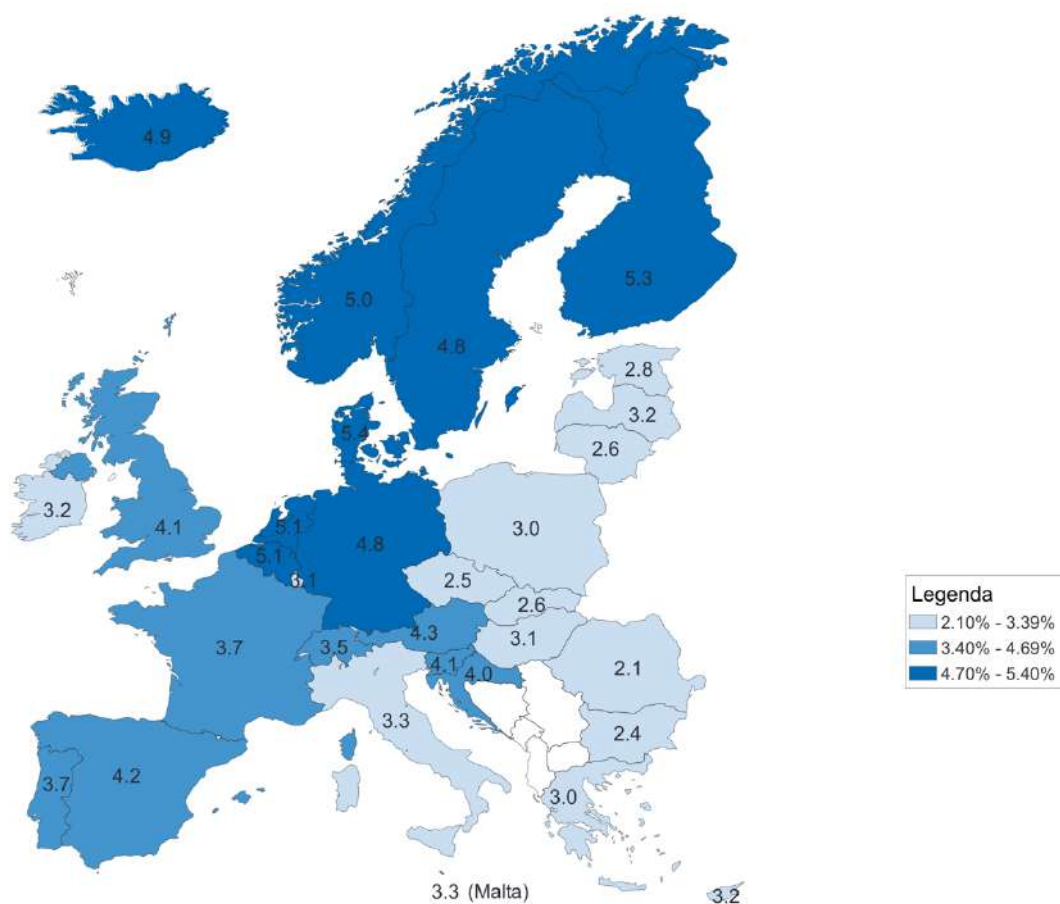
Pela sua relevância, o Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 e o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e extensão a 2020, serão os dois principais documentos orientadores dos três capítulos deste relatório. A importante contribuição da Ação Conjunta para a Saúde Mental e Bem-Estar (2013-2016) será também reconhecida, considerando as recomendações e relatórios produzidos durante a sua vigência.

Custos da doença mental

Os custos com cuidados de saúde podem dividir-se em diretos e indiretos. Os custos diretos com os cuidados de saúde consideram os custos com a prevenção, deteção, tratamento e reabilitação, incluindo despesas com medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, hospitalizações, consultas, cuidados de reabilitação, cuidados comunitários e de longa duração, entre outros. Contudo, existem também outros custos que não implicam um pagamento, mas que ainda assim estão relacionados com a saúde mental, os custos indiretos. Estes relacionam-se com perdas de produtividade (presentismo) ou absentismo devido à doença, perda de emprego ou perda de produtividade dos cuidadores informais. No caso particular da saúde mental, os custos indiretos são bastante relevantes, sendo até por vezes superiores aos custos diretos.

Estimativas de 2015, para a União Europeia, apontavam para que os custos globais com a doença mental fossem superiores a 600 mil milhões de euros, o que representava mais do que 4% do Produto Interno

Bruto (PIB) destes países [46]. Destes, 190 mil milhões correspondiam a custos diretos do sistema de saúde, 170 biliões a programas de segurança social, e 240 mil milhões a custos indiretos. A FIG. 7 apresenta a distribuição destes custos nos vários países da União Europeia. De acordo com estas estimativas, em Portugal, estes custos totalizavam 3,7% do PIB, correspondendo a 6,6 mil milhões de euros, dos quais 2,0 mil milhões em custos diretos com o sistema de saúde, 1,7 mil milhões com benefícios sociais e 2,9 mil milhões de euros com custos indiretos no mercado de trabalho. Estes custos, apesar de avultados, estão subestimados, pois não consideram benefícios de assistência social, custos de doenças físicas e acidentes associadas com os problemas de saúde mental, diminuição das oportunidades de emprego e cuidadores informais. Assim, particularmente em Portugal, considera-se que a recolha de dados sobre estes indicadores é ainda bastante incipiente e que deveria ser feita de forma mais sistematizada.



Fonte: OCDE [46]

FIG. 7 | Estimativa de custos diretos e indiretos relacionados com problemas de saúde mental (em % do PIB), União Europeia, 2015.

Organização e incentivos nos cuidados de saúde mental

Em 2016, um estudo fez um mapeamento dos serviços e prestadores de cuidados de saúde mental em Portugal [47], de acordo com os três níveis de cuidados – cuidados de saúde primários, hospitalares e de longa duração ou reabilitação – tendo sido estudados os incentivos que eram gerados pelos financiamentos atribuídos a cada um desses níveis. No âmbito dos cuidados de saúde primários, uma vez que coexistiam diferentes tipologias de organização, as modalidades de financiamento divergiam entre essas tipologias:

- Nos modelos mais tradicionais de cuidados, os profissionais eram pagos através de um salário fixo;
- Nas Unidades de Saúde Familiar de modelo A existiam elementos de salário fixo e de pagamento por incentivos (pagamento que depende do cumprimento de objetivos, recompensado quem atinge os resultados e penalizando quem não os consegue alcançar) para a unidade como um todo;
- Nas Unidades de Saúde Familiar de modelo B, além do salário fixo e de pagamento por incentivos para a unidade, existia a possibilidade de pagamento por incentivo ao nível individual (prémios), de pagamento por capacitação (montante que depende da listagem de utentes) e de pagamento por ato (o valor a pagar depende do número de atos efetuados) no caso de consultas domiciliárias.

No âmbito dos cuidados hospitalares, o financiamento era feito também de várias formas: pagamento fixo por caso pelo tratamento de doenças específicas (com um limite de volume), pagamento por episódio de internamento e consulta (com limite de volume) adaptado às características da instituição, pagamento por diária no caso de internamentos de doentes crónicos (como psiquiatria crónica e reabilitação psicossocial) e pagamento por incentivos.

No caso dos cuidados de longa duração e reabilitação, o pagamento era feito essencialmente através de uma diária de internamento.

Para os autores era claro que existiam elementos interessantes nas formas de pagamento de cuidados de saúde mental, em particular nos cuidados de saúde primários que, por combinarem elementos de capitação e pagamento por incentivos, contribuiriam para um tratamento mais eficiente [47]. Apontavam, no entanto, limitações geradas pela coexistência de diversas modalidades de pagamento, para o mesmo nível de cuidados, e falta de articulação entre os diversos níveis de cuidados. Estes podem contribuir para heterogeneidade no tratamento em diferentes prestadores e para falhas na coordenação de cuidados. Adicionalmente, embora o pagamento dos cuidados de saúde primários fosse feito através de incentivos, identificou-se falta de incentivos específicos para o tratamento de perturbações mentais ou mesmo para a sua prevenção. Por fim, identificou-se que não é dado incentivo à prestação de cuidados de saúde comunitários. Assim, existe um potencial para incentivar o maior envolvimento dos cuidados de saúde primários na saúde mental que não está a ser completamente utilizado [47].

Estas limitações não são exclusivas de Portugal e são identificadas pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) na maioria dos países estudados [48]. Os pagamentos fragmentados nos diferentes níveis de cuidados não promovem a abordagem desejada de integração de cuidados e de prestação numa base comunitária. Assim, considera-se importante reforçar a coordenação e integração de cuidados e envolver mais os cuidados de saúde primários no tratamento de perturbações mentais menos severas, através de incentivos financeiros, da capacitação dos profissionais de saúde e do aumento do seu número. O desenvolvimento e apoio a organizações de base comunitária, pelo seu importante papel de suporte social, tem também um forte potencial de fortalecer a prestação comunitária de cuidados de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388(10053):1545-1602. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Organização Mundial da Saúde. *The World health report 2001: Mental health – new understanding, new hope*. Genebra: OMS; 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
- Caldas de Almeida J. *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2018.
- Organização Mundial da Saúde. *Constitution of the World Health Organization*; 1948. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Organização Mundial da Saúde. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Summary Report. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Genebra: OMS; 2004. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Organização Mundial da Saúde. *Prevention and Promotion in Mental Health*. Genebra: OMS; 2002. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf
- Organização Mundial da Saúde. *Mental Health Action Plan for Europe Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhaga: OMS Europa; 2005. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
- Department of Health (UK). *New Horizons – Confident Communities, Brighter Futures: a framework for developing well-being*. Londres: Department of Health; 2010. Disponível em: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105065717/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/en/@ps/documents/digitalasset/dh_115936.pdf
- Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2014; 26(4): 392-407. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(2):171–178. DOI: [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Genebra: Fórum Económico Mundial; 2011. Disponível em: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNon-CommunicableDiseases_2011.pdf
- Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: DGS; 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-885309-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Organização Mundial da Saúde / Fundação Calouste Gulbenkian. *Social determinants of mental health*. Genebra: OMS; 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1
- Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018; 392(10157):1553-1598. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Organização Mundial da Saúde. *Mental health in primary care: illusion or inclusion?* Genebra: OMS; 2018. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/mental-health.pdf?sfvrsn=8c4621d2_2
- Lund C Brooke-Sumner C Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*. 2018; 5(4): 357-369. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013; 382(9904):1575-86. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Chandra PS, Satyanarayana VA. Gender disadvantage and common mental disorders in women. *Int Rev Psychiatry*. 2010; 22(5):513-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2010.516427>
- Veling W. Ethnic minority position and risk for psychotic disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(2):166-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835d9e43>
- Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2010;71(3):517-528. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>
- Yoshikawa H1, Aber JL, Beardslee WR. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. *Am Psychol*. 2012;67(4):272-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0028015>
- Gilman SE. Childhood socioeconomic status, life course pathways and adult mental health. *Int J Epidemiol*. 2002; 31(2):403-4.
- Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*. 1992; 255(5047):946-52.
- Patel V, Burns JK, Dhirga M, Tarver L, Kohrt BA, Lund C. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*. 2018;17(1):76-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20492>
- Berry HL, Waite TD, Dear KBG, Capon AG, Murray V. The case for systems thinking about climate change and mental health. *Nat Clim Chang*. 2018; 8: 282-290. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41558-018-0102-4>
- Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:169-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>

27. Kertes DA, Bhatt SS, Kamin HS, Hughes DA, Rodney NC, Mulligan CJ. BDNF methylation in mothers and newborns is associated with maternal exposure to war trauma. *Clin Epigenetics*. 2017 Jun 30;9:68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13148-017-0367-x>
28. Brayne C, Ince PG, Keage HA, McKeith IG, Matthews FE, Polvikoski T, Sulkava R, EClipSE Collaborative Members. Education, the brain and dementia: neuroprotection or compensation? *Brain*. 2010;133(Pt 8):2210-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awq185>
29. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M, Fond-Harmant L, Ansseau M. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*. 2014;14:237. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0237-4>
30. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*. 2005;4(1):18-24.
31. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2010;197(5):378-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
32. Pickett KE, Wilkinson RG. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Br J Psychiatry*. 2010;197(6):426-8. DOI: <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.072066>
33. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:14. DOI: <http://doi.org/10.1186/1745-0179-1-14>
34. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81(8):609-15. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/81/8/Patel0803.pdf?ua=1>
35. Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE; 2016. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2
36. Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:9. DOI: <http://doi.org/10.1186/1745-0179-1-9>
37. Barros PP, Matias MA, Moura A. Desemprego jovem e auto percepção de saúde mental. In: *Território e saúde mental em tempos de crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2015. Disponível em: <https://digitalis.uc.pt/handle/10316.2/38283>
38. Lei n.º 36/98, de 24 de julho. *Lei de Saúde Mental*. In: *Diário da República*, n.º 169, Série I-A, 24 de julho de 1998. Disponível em: <http://dre.pt/application/conteudo/424762>
39. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde; 2008.
40. Ministério da Saúde – Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da saúde Mental. *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
41. Organização Mundial da Saúde. *Mental Health Atlas*. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh/en
42. Organização Mundial da Saúde. *Mental health action plan 2013-2020*. Genebra: OMS; 2013. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en
43. Joint Action on Mental Health and Wellbeing. Disponível em: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>
44. Organização das Nações Unidas. *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
45. Organização das Nações Unidas. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*; 2006. Disponível em: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
46. OECD/UE. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing/Bruxelas: União Europeia; 2018. DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
47. Perelman J, Chaves P, de Almeida JM, Matias MA. Reforming the Portuguese mental health system: an incentive-based approach. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12:25. DOI: <http://doi.org/10.1186/s13033-018-0204-4>
48. Hewlett E & Moran V. *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2014. DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264208445-en>

NOTA METODOLÓGICA

Muito mais do que doença

Neste relatório a expressão “*problemas de saúde mental*” é usada frequentemente por duas razões principais. A primeira prende-se com a intenção de abordar a saúde mental de forma abrangente. Como tal, os problemas de saúde mental incluem não apenas todas as condições que configuram doença mental, mas também estados de mal-estar mental, que afetam a saúde mental dos indivíduos embora não sejam clinicamente diagnosticados como doença mental, incluindo sofrimento psicológico ou *distress*. A segunda razão está relacionada com o âmbito deste relatório. Este trabalho pretende contribuir de forma decisiva para colocar a saúde mental como uma das prioridades das políticas públicas em saúde em Portugal devido à relevância desta área para a saúde e bem-estar dos cidadãos, bem como o seu impacto económico. Este relatório não trata apenas dos doentes psiquiátricos que durante anos foram estereotipados, excluídos e estigmatizados pela sociedade; trata da saúde mental de todos e da forma como o bem-estar mental pode contribuir de forma decisiva para uma sociedade mais saudável, mais produtiva e mais inclusiva.

Indicadores

Foram utilizados neste relatório vários indicadores de saúde na área da saúde mental. As fontes dos dados estão identificadas ao longo do relatório, correspondendo maioritariamente a fontes secundárias disponíveis publicamente. Porém, quando não foi possível encontrar a informação atualizada ou suficientemente discriminada, o Conselho Nacional de Saúde solicitou junto das organizações competentes o envio dessa informação. Nesses casos, a organização responsável pela cedência dos dados é identificada na fonte.

Sempre que possível, os indicadores são apresentados sob a forma de mapas, por Região de Saúde (FIG. 8).

As estimativas dos rácios de profissionais de saúde mental apresentados neste relatório foram calculados com base nos dados dos recursos humanos fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde e das estimativas de população do Instituto Nacional de Estatística. Para tal, utilizou-se a população média residente no território nacional em 2018,



FIG. 8 | Regiões de Saúde em Portugal.

por grupo etário e NUTS III. A população das Regiões de Saúde foi calculada somando as NUTS III que compõem cada região. Para o cálculo do rácio de Psiquiatras por 100.000 habitantes, foi utilizada somente a população adulta (idade igual ou superior a 20 anos), enquanto o rácio de Psiquiatras da Infância e Adolescência por 100.000 habitantes foi calculado com recurso à população de crianças e jovens (idade menor que 20 anos).

A informação sobre os tempos médios de resposta para primeira consulta hospitalar de Psiquiatria, Psiquiatria da Infância e Adolescência e Psicologia foi retirada da página SNS *Tempos* [<http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-cth>]. Os dados relativos ao período julho-setembro de 2018 foram consultados a 15 de fevereiro de 2019, enquanto os dados referentes a junho-setembro de 2019 foram consultados a 5 de dezembro de 2019.

Intervenções de promoção da saúde mental

O Conselho Nacional de Saúde solicitou às várias Administrações Regionais de Saúde que remetessem informações sobre as intervenções no

âmbito da promoção da saúde mental dirigidas à comunidade. Essa informação é apresentada sob a forma de tabelas como anexo a este relatório. Pretende ser um contributo para caracterizar o trabalho feito no terreno, por todo o país, no âmbito da promoção da saúde mental pelos profissionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde em conjunto com parceiros locais.

Saúde mental na primeira pessoa

Este relatório pretendeu trazer uma visão participada sobre a área da saúde mental em Portugal. Para esse efeito foi elaborado um curto questionário online, de perguntas abertas, com o objetivo de recolher depoimentos de pessoas que vivem com problemas de saúde mental, familiares, cuidadores e profissionais de saúde mental. O questionário era anónimo e foi divulgado através de correio eletrónico com recurso aos contactos privilegiados dos elementos do grupo de trabalho. Foram reunidas 150 respostas, de vários pontos do território nacional. As repostas foram objeto de análise de conteúdo e a seleção desses testemunhos é apresentada na secção [1.4 | SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA PESSOA](#).

Condução dos trabalhos

Os trabalhos de definição estrutural, metodologia e conteúdos deste relatório foram conduzidos no âmbito de um grupo de trabalho constituído por conselheiros e peritos do Conselho Nacional de Saúde.

O grupo de trabalho reuniu periodicamente entre março de novembro de 2019 para discutir os problemas mais relevantes a incluir no relatório, acompanhar a evolução da redação e delinear as recomendações a propor aos membros do Conselho Nacional de Saúde. No âmbito do grupo de trabalho, foram também ouvidas personalidades com responsabilidade na área da saúde mental em Portugal e cujo contributo foi considerado relevante para a produção deste relatório.

Estrutura

Este relatório divide-se em três capítulos:

- [1 | VIVER COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL;](#)
- [2 | PROMOVER A SAÚDE MENTAL;](#)
- [3 | CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL.](#)

No primeiro capítulo, traça-se uma caracterização epidemiológica dos principais problemas de saúde mental do país e abordam-se os direitos dos doentes. No segundo capítulo, pretendeu-se analisar a importância da promoção e prevenção em saúde mental em Portugal. Finalmente, o terceiro capítulo apresenta um retrato da prestação dos cuidados de saúde mental em Portugal.

Fundamentalmente, os três capítulos resumem os pilares que devem orientar uma política efetiva de saúde mental: a centralidade nas pessoas, a promoção da saúde e a prestação de cuidados de qualidade.

VIVER COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL



Os problemas de saúde mental, sejam eles classificados como doença mental ou não, afetam várias áreas da vida pessoal, familiar e profissional das pessoas.

O primeiro estudo de prevalência de perturbações mentais em adultos, com representatividade nacional, data de 2008/2009. Este estudo trouxe um retrato da prevalência de doença mental em Portugal, mas verificou também a ocorrência de intervalos de tempo muito alargados entre o aparecimento dos primeiros sintomas com impacto clínico e o recurso a qualquer forma de tratamento adequado – por exemplo, 4 anos para a Depressão Major, a nosologia com maior correlação internacional com o suicídio [1]. O consumo de psicofármacos é uma das realidades inerentes à doença mental grave, mas em Portugal os padrões de prescrição e consumo revelam uma preocupante tendência de crescimento.

As pessoas que vivem com problemas de saúde mental confrontam-se frequentemente com estigma e discriminação. O Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 recomenda aos Estados Membros que o desenvolvimento de políticas e estratégias considere a necessidade de promover os direitos humanos, combater a estigmatização, capacitar os utilizadores dos serviços, as suas famílias e as comunidades, combater a pobreza e o fenómeno dos sem-abrigo, que atuem sobre os principais riscos modificáveis para a doença mental e que promovam a sensibilização pública sobre saúde mental [2].

De facto, o respeito pelos direitos das pessoas com doença mental nem sempre foi considerado no desenvolvimento de políticas para a saúde mental. Porém, os doentes, as suas famílias e a sociedade civil criaram as condições para que as vozes dos mais vulneráveis fossem escutadas. Outrora, as pessoas com doença mental viram muitas vezes restringidos os seus direitos civis, e foram impedidas de participar ativamente na sociedade.

Atualmente, todas as políticas e estratégias internacionais para saúde mental, sublinham a relevância de assegurar não apenas os direitos daqueles que vivem com doença mental mas também de promover a sua participação na definição de políticas a si dirigidas. São referidos no Plano Nacional de Saúde Mental em Portugal, que inclui os Direitos Humanos como um dos seus princípios orientadores [3].

“As pessoas com perturbações mentais devem ver respeitados todos os seus direitos, incluindo o direito a cuidados adequados, residência e emprego, assim como a proteção contra todos os tipos de discriminação”

Plano Nacional de Saúde Mental

Os familiares e cuidadores das pessoas com doença mental merecem igualmente a atenção das políticas de saúde nesta área. Cuidar de um familiar com doença mental ou outra doença crónica ou incapacitante, pode ter um impacto significativo na saúde mental do próprio cuidador, incluindo *distress* emocional, sintomas depressivos ou mesmo depressão [4]. Estatísticas do Reino Unido apontam para que 71% dos cuidadores de pessoas com doença mental tenham, eles próprios, um estado de saúde física ou mental deteriorado [5]. Os resultados do Inquérito Anual aos Cuidadores de 2015 corroboram estes números [6].

O tratamento adequado, seguimento, acompanhamento, reabilitação e o apoio social àqueles que sofrem de uma doença mental bem como aos seus familiares e cuidadores, é determinante para que as pessoas com doença mental possam ter uma participação plena na sociedade, no mercado de trabalho e na sua vida familiar.

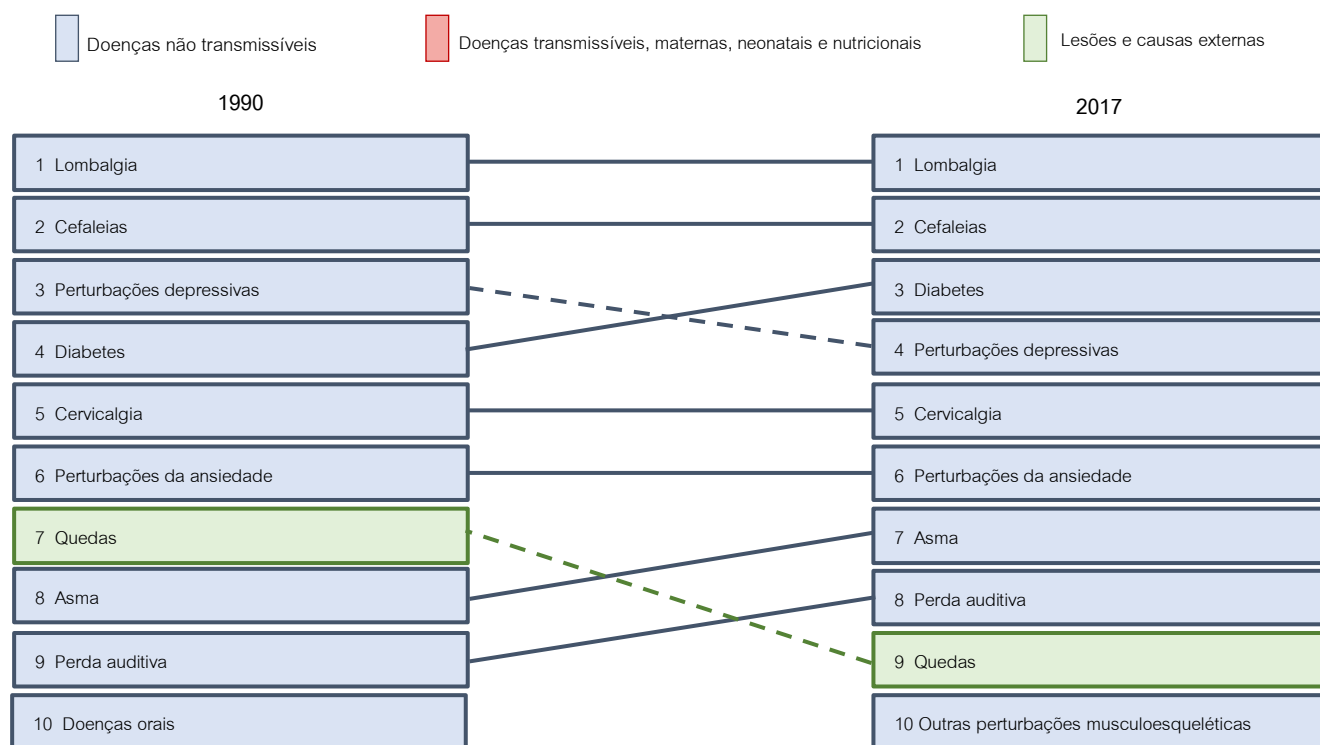
O combate ao estigma e à discriminação devem mobilizar toda a sociedade. Os problemas de saúde mental não podem ser mais um tema marginalizado e é fundamental construir um ambiente propício para que se possa falar abertamente – nas escolas, nos locais de trabalho e nos meios de comunicação social – da saúde mental de forma inclusiva, com base em valores de justiça, equidade, respeito e dignidade. Dada a prevalência de problemas de saúde mental ao longo da vida, é impossível continuar a tratar a saúde mental como um tabu na vida quotidiana e como uma área menor das políticas de saúde. Pelo contrário, os anos de inação devem motivar agora uma atuação determinada no sentido de transformar, finalmente, a saúde mental como uma área prioritária das políticas de saúde em Portugal.

1.1 CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Estima-se que, em Portugal, as perturbações psiquiátricas (incluindo demência e utilização de substâncias) tenham sido responsáveis por 12,0% dos anos de vida perdidos ajustados à incapacidade (DALYs) e 18,0% dos anos vividos com incapacidade (YLDs) em 2017 [7]. As perturbações depressivas e de ansiedade encontram-se na 4.ª e 6.ª posição, respetivamente, dos problemas de saúde que mais contribuem para a incapacidade (FIG. 9). Estas métricas demonstram a importante contribuição dos problemas de saúde mental para a carga global da doença.

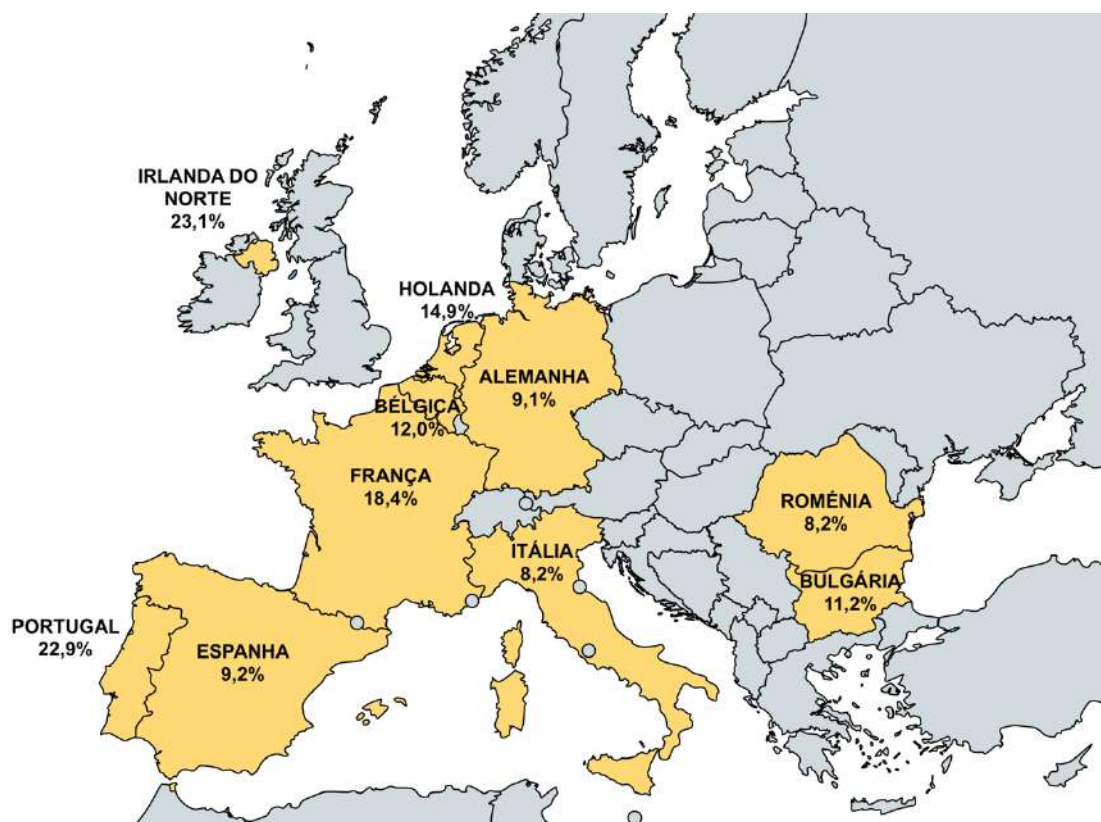
O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado em 2008-2009, constitui a caracterização mais aprofundada da epidemiologia da saúde mental em Portugal. Este estudo conduzido no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative* permite ainda uma comparação com a situação noutros países [1]. De acordo com este estudo, a prevalência nos últimos 12 meses de perturbações psiquiátricas (que incluem per-

turbações de ansiedade, do humor, de controlo dos impulsos e por utilização de substâncias) foi de 22,9%. Portugal e a Irlanda do Norte (23,1%) apresentaram as prevalências mais elevadas dos países europeus que participaram no estudo (FIG. 10). As perturbações da ansiedade (16,5%) e as perturbações do humor (7,9%) são as perturbações psiquiátricas com maior prevalência na população portuguesa [1]. Este estudo estimou também a prevalência de ocorrência de pelo menos uma perturbação psiquiátrica durante a vida (*lifetime prevalence*), que foi de 42,7%. Por outro lado o risco de ocorrência de perturbação psiquiátrica durante a vida (até aos 75 anos) (*lifetime risk*) foi de 51,4%. Estes valores são também superiores aos identificados para os restantes países europeus. Em Portugal verificou-se ainda uma maior frequência de perturbação psiquiátrica no grupo dos 18 aos 34 anos. As mulheres apresentaram maior risco de perturbações da ansiedade e do humor e menor de perturbações da impulsividade e abuso do álcool. O maior risco nas mu-



Fonte: IHME [7]

FIG. 9 | Classificação das principais causas de morbilidade (anos vividos com incapacidade padronizados para a idade por 100.000 habitantes), total, Portugal, 1990 e 2017 (*Global Burden of Disease* 2018, Nível 3).



Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental [2]

FIG. 10 | Prevalência anual de perturbações psiquiátricas nos países europeus participantes no Inquérito Mundial de Saúde Mental, 2008-2009.

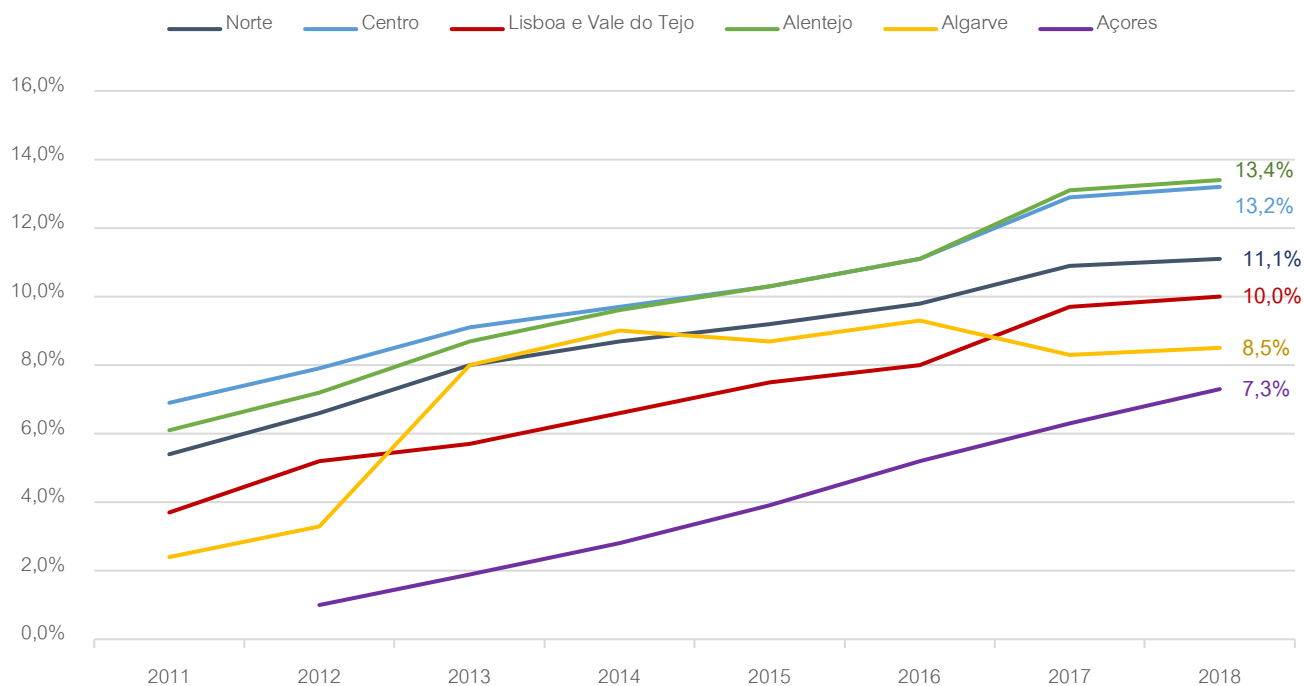
Iheres verificou-se até aos 49 anos, idade a partir da qual as diferenças diminuíram [1].

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental revelou ainda que 33,1% das pessoas diagnosticadas com qualquer tipo de perturbação psiquiátrica recebeu cuidados adequados nos serviços de saúde. Quando avaliado o intervalo de tempo entre o início das manifestações clínicas das perturbações mentais e o início do seu tratamento, o estudo encontrou medianas de atraso de 3 anos nas perturbações de ansiedade e de 4 anos nos episódios de depressão major [1].

A nível nacional, o Inquérito Nacional de Saúde (2014) recolheu informação relativa a sintomas depressivos, tendo sido estimada uma frequência de 10,0% na população portuguesa. A frequência de pessoas com sintomas depressivos era maior em faixas etárias mais avançadas, sendo 38,7% das pessoas com sintomas depressivos reformadas e mais de 70% mulheres [8]. A proporção da população com sintomas depressivos diminuía com o aumento do nível de escolaridade: 21,0% das pessoas que não tinham completado qualquer nível de ensino tinham sintomas depressivos, contrastando com 3,2% entre as que tinham completado o ensino superior [8].

Os registos de diagnósticos ao nível dos cuidados de saúde primários têm o potencial de fornecer informação sobre a prevalência de algumas patologias na população, embora tenham a limitação de dependerem dos hábitos de registo dos profissionais e do recurso dos utentes aos cuidados de saúde. O registo de perturbações psiquiátricas em cuidados de saúde primários (perturbações depressivas, de ansiedade e demência) mostra uma tendência crescente desde 2011 (FIG. 11, 12 e 13). É importante sublinhar que este aumento está provavelmente relacionado com maior codificação dos casos identificados.

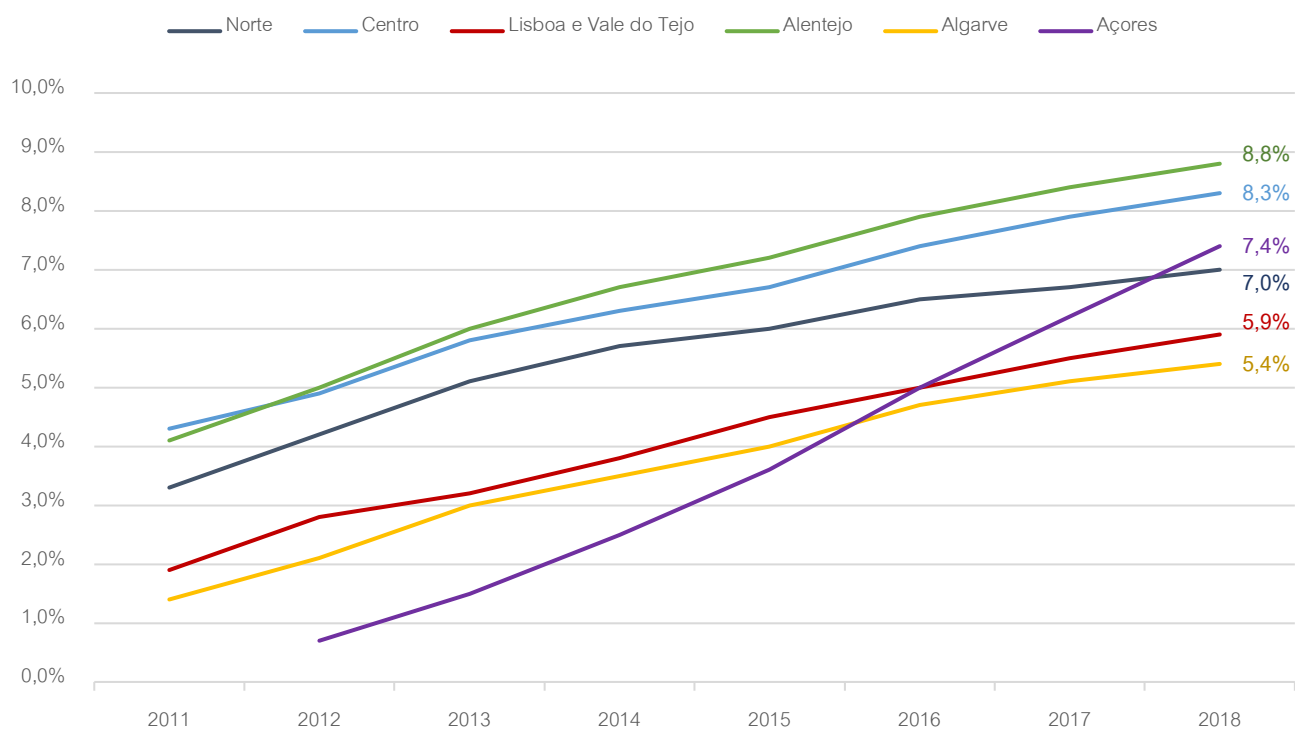
Os dados por região de saúde indicam uma maior proporção de utentes com registo de perturbações psiquiátricas nas regiões do Alentejo e Centro. Estes podem estar relacionado com diferentes frequências destas perturbações, acessibilidade aos cuidados de saúde primários ou práticas de diagnóstico e codificação em cuidados de saúde primários. Em 2018, as regiões do Alentejo e Centro registavam uma proporção de 13,4% e 13,2%, respetivamente, de utentes com registo de perturbações depressivas (FIG. 16). Estas duas regiões de saúde registavam 8,8% e 8,3%, respetivamente, dos seus utentes com registo de perturbações de ansiedade nos cuidados de saúde primários (FIG. 17).



Nota: Código ICPS-2.P76.

Fonte: ARS Norte, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo, ARS Algarve, SRS Açores

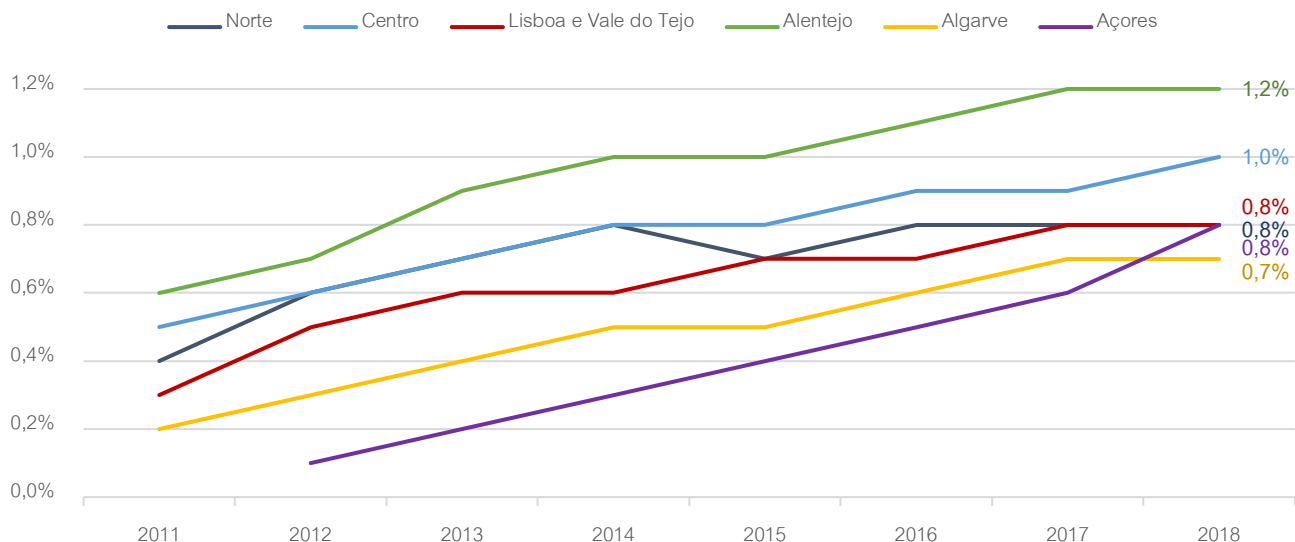
FIG. 11 | Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas, entre os utentes inscritos ativos em cuidados de saúde primários (%), por região de saúde, 2011-2018.



Nota: Código ICPS-2.P74.

Fonte: ARS Norte, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo, ARS Algarve, SRS Açores

FIG. 12 | Proporção de utentes com registo de perturbações de ansiedade, entre os utentes inscritos ativos em cuidados de saúde primários (%), por região de saúde, 2011-2018.



Nota: Código ICPS-2.P70.

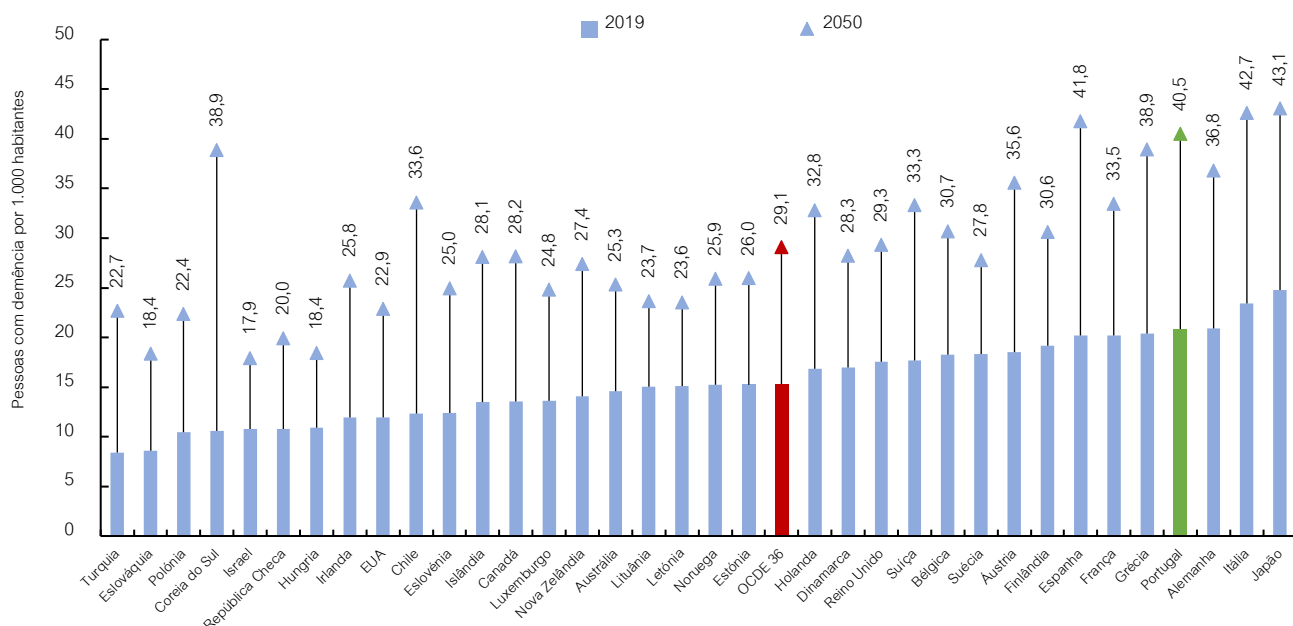
Fonte: ARS Norte, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo, ARS Algarve, SRS Açores

FIG. 13 | Proporção de utentes com registo de demência, entre os utentes inscritos ativos em cuidados de saúde primários (%), por região de saúde, 2011-2018.

Na região do Alentejo observava-se, em 2018, que 1,2% dos utentes tinham registo de demência nos cuidados de saúde primários, a maior proporção de todas as regiões de saúde (FIG. 13). Porém, outras análises estimam que o número real de doentes com demência é muito superior ao registado nos cuidados de saúde primários [9].

Numa população envelhecida, a demência assume uma relevância crescente em Portugal. Não é conhecido nenhum estudo epidemiológico nacional que permita conhecer a frequência da demência a nível

nacional. Porém, através da aplicação das frequências provenientes de estudos existentes, estima-se que a frequência em Portugal seja de 20,8 por 1.000 habitantes [10]. Tendo em conta a estrutura etária da população, Portugal é atualmente o país com a quarta maior prevalência de demência entre os países da OCDE, estimando-se que em 2050 possam existir 40,5 pessoas com demência por 1.000 habitantes (FIG. 14) [10]. No âmbito da Estratégia da Saúde na Área das Demências [11] foi elaborado o Plano Nacional de Saúde para as Demências, baseado em cin-



Nota: Análise da OCDE dos dados do World Alzheimer Report 2015 e das Nações Unidas. Informação sobre os dados referentes a Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer> Fonte: OCDE [10]

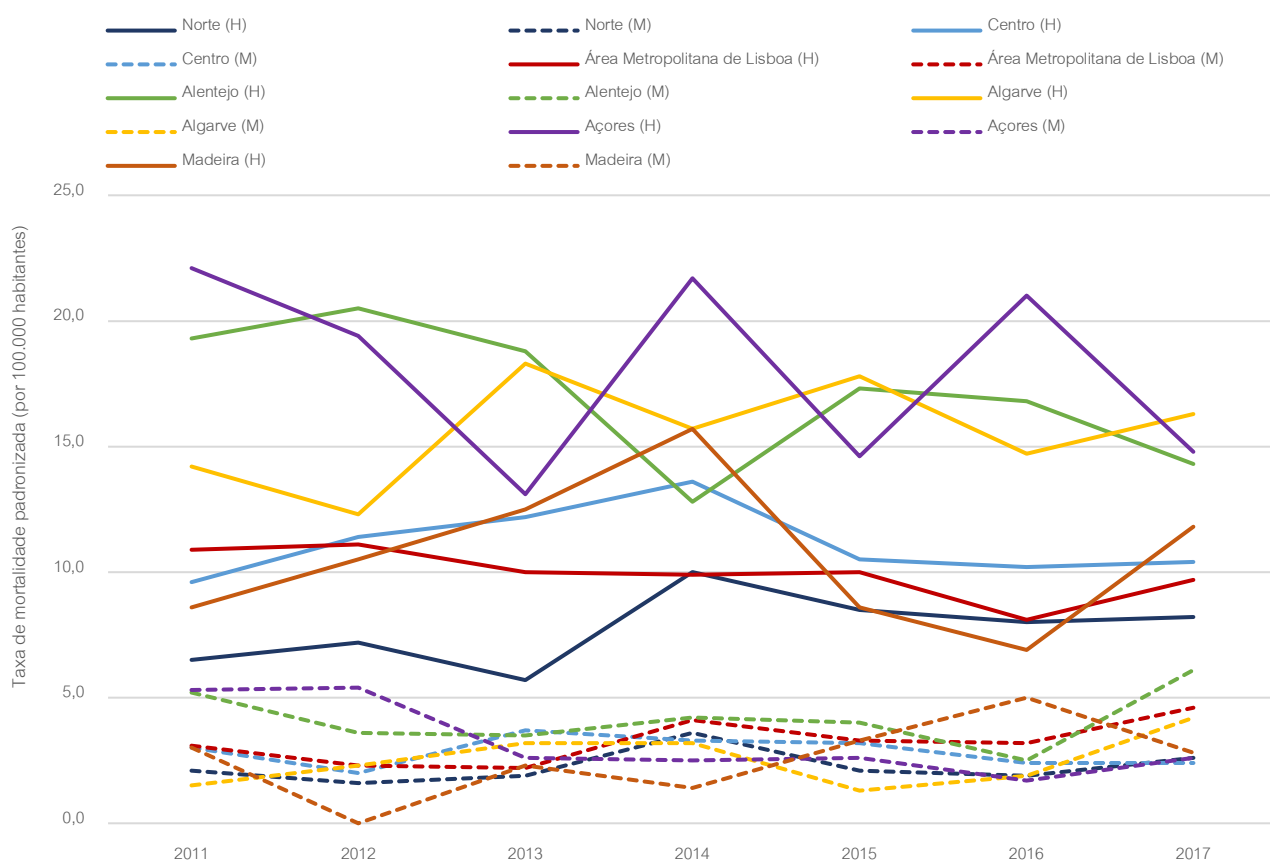
FIG. 14 | Prevalência estimada de demência, OCDE, 2019 e 2050.

co planos regionais, no sentido de delinear uma resposta adequada às pessoas com demência. Porém, o resultado desse trabalho ainda não foi implementado.

O suicídio é uma importante causa de morte associada a problemas de saúde mental, nomeadamente a depressão major. A taxa de mortalidade padronizada por suicídio e os anos de vida perdidos têm sofrido alguma variação ao longo dos últimos anos mas sem uma tendência clara.

A análise das taxas de mortalidade padronizada no período entre 2011 e 2017, nas pessoas com menos de 65 anos, revela um claro predomínio

do comportamento no sexo masculino em todas as regiões (FIG. 15). Sublinhe-se que, em 2016 e 2017, as regiões do Algarve e dos Açores registaram uma taxa de mortalidade padronizada por suicídio nos homens com menos de 65 anos superior à região do Alentejo, sendo estas três regiões as que registam as maiores taxas de mortalidade por suicídio entre os homens com menos de 65 anos (FIG. 15). Em 2017, as regiões do Alentejo, Área Metropolitana de Lisboa e Algarve registaram as maiores taxas padronizadas por suicídio nas mulheres com menos de 65 anos (FIG. 15).



Fonte: INE

FIG. 15 | Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por suicídio, por região de residência (NUTS II 2013) e sexo, 2011-2017.

Na população com mais de 65 anos, em 2017 as regiões do Alentejo e do Algarve registaram a maior taxa padronizada por suicídio nos homens, enquanto a região do Algarve surgiu destacada registando a maior taxa padronizada por suicídio nas mulheres com 65 ou mais anos, superior mesmo à taxa masculina na Região Autónoma da Madeira nesse ano (FIG. 16).

Em 2017, o suicídio foi responsável por 10.800 anos potenciais de vida

perdidos nos homens e 3.828 anos potenciais de vida perdidos nas mulheres (FIG. 17). A evolução dos anos potenciais de vida perdidos por suicídio entre 2005 e 2017, não revela nenhuma tendência definida, mas deve ser destacado o pico registado em 2014, ano em que o suicídio foi responsável por 17.000 anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa: 12.893 anos nos homens e 4.108 anos nas mulheres (FIG. 17).

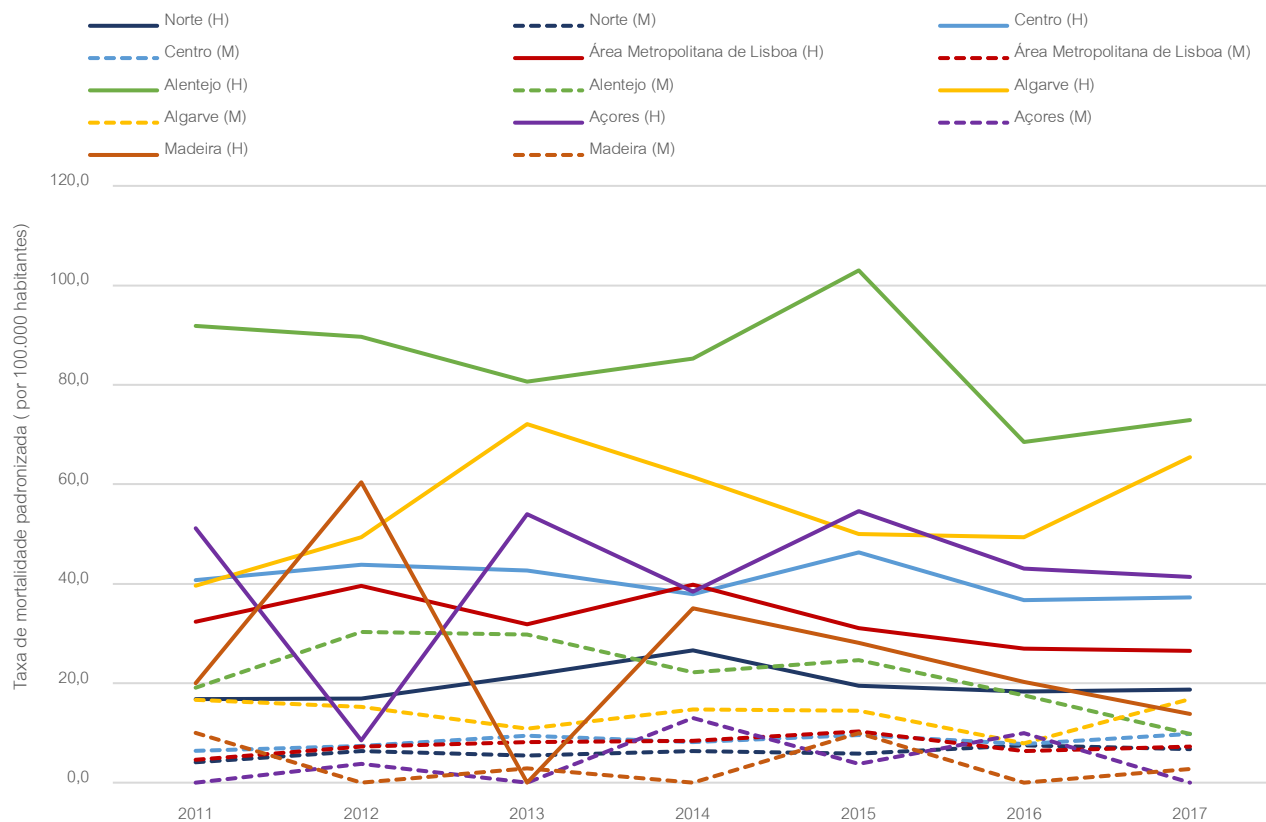
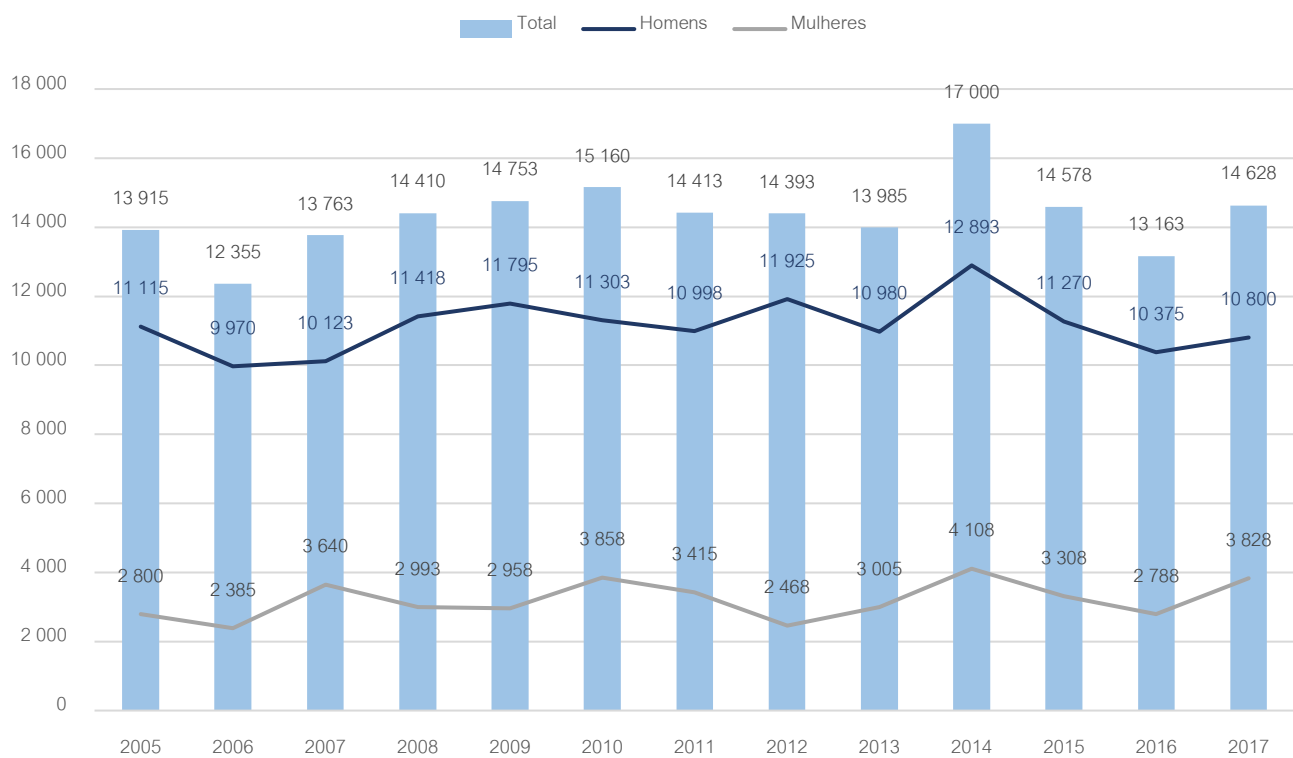


FIG. 16 | Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por suicídio, por região de residência (NUTS-2013) e sexo, 2011-2017.



Nota: Códigos CID-10: X60-X84

Fonte: INE

FIG. 17 | Evolução dos anos potenciais de vida perdidos por suicídio, por sexo, Portugal, 2005-2017.

1 | COMPORTAMENTOS ADITIVOS

Pela estreita relação que existe entre comportamentos aditivos e saúde mental, classificados aliás na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), é importante traçar um retrato da prevalência destes comportamentos em Portugal.



ÁLCOOL

O último Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral 2016/17 revelou uma prevalência de consumo de bebidas alcoólicas na população portuguesa de 85,3% ao longo da vida e de 58,3% nos últimos 12 meses [12]. Porém, os dados sobre o consumo *binge** e a embriaguez**, nos últimos 12 meses, revelaram uma prevalência 9,7% e 5,4%, respetivamente. Quer o consumo *binge* (12,5% vs 7,1%) quer a embriaguez (8,3% vs 2,8%) eram mais frequentes no sexo masculino [12]. O inquérito encontrou também uma proporção de 2,8% dos inquiridos com consumo abusivo de álcool de risco elevado e de 0,8% com dependência do álcool. Estes números eram superiores no sexo masculino, com 4,8% dos homens e 1,0% das mulheres a revelarem consumo abusivo de álcool com risco elevado e 1,4% dos homens e 0,2% das mulheres a revelarem dependência [12]. No Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional 2018, foram encontradas preocupantes prevalências de 51,9% de consumo *binge* e 33,9% de embriaguez nos últimos 12 meses entre os jovens de 18 anos [13]. A análise evolutiva dos dados, aponta uma tendência de incremento do consumo *binge* e da embriaguez entre os jovens de 18 anos.



SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS

O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral 2016/17 reportou uma prevalência de consumo de qualquer substância ilícita ao longo da vida de 10,4% (14,7% nos homens e 6,3% nas mulheres) e de 4,8% nos últimos 12 meses (6,9% nos homens e 2,8% nas mulheres) [12]. As substâncias ilícitas mais consumidas foram *cannabis*, cocaína, *ecstasy*, heroína e LSD [12]. O Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional 2018 revelou que 35,6% dos jovens já tinham consumido qualquer substância ilícita (33,8% dos jovens do sexo masculino e 22,1% das jovens do sexo feminino, nos últimos 12 meses) [13]. A substância que surge destacada é a *cannabis* (26,7%), seguida das anfetaminas/metanfetaminas (5,2%), da cocaína (3,3%) e dos alucinógenos (3,0%). Verificou-se ainda, em comparação com os inquéritos de 2015 e 2016, uma tendência de crescimento, quer na prevalência de consumo de qualquer substância ilícita ao longo da vida, quer na prevalência nos últimos 12 meses [13].



JOGO E INTERNET

A prevalência sobre os hábitos de jogo a dinheiro revelada pelo Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral 2016/17 foi de 51,1% nos homens e 45,4% nas mulheres (prevalência total de 48,1%). A prevalência do hábito de jogar a dinheiro era mais elevada no grupo etário dos 45-54 anos (56,2%) e no grupo dos 35-44 anos (52,3%). Este inquérito encontrou ainda uma prevalência de jogo patológico de 1,2% (1,5% nos homens e 0,9% nas mulheres) no que respeita ao hábito de jogar nas várias modalidades dos Jogos da Santa Casa (Euromilhões, raspadinhas, Totoloto/Totobola e lotarias). Neste inquérito, o grupo etário dos 35-44 anos revelou uma prevalência de 3,3% de problemas com o jogo e de 1,4% de jogo patológico [12].

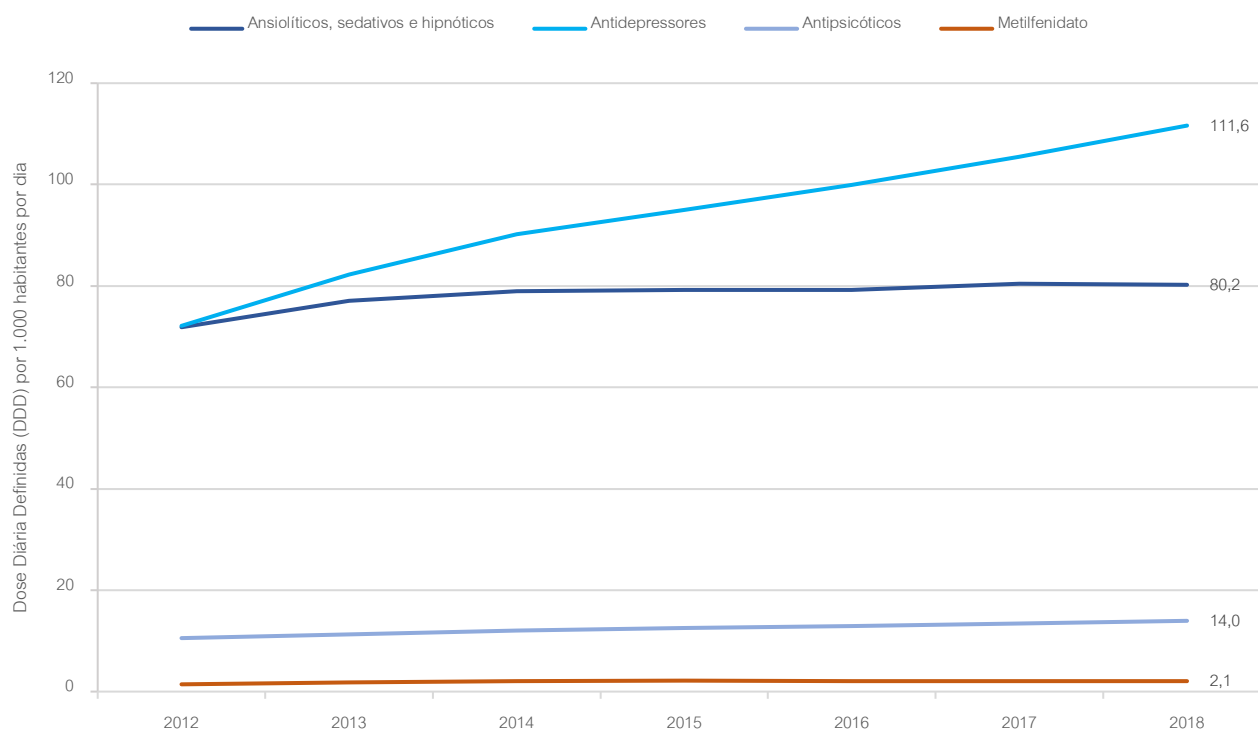
Do total da população geral, 60,4% utilizavam a Internet, dos quais 40,9% eram utilizadores diários. Os scores de dependência moderada ou elevada de Internet estavam mais presentes entre os mais jovens (15-24 anos) e na população masculina [12]. Nos jovens que responderam ao Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional 2018, 55,8% referiram utilizar a internet para jogar online (79,7% no sexo masculino e 32,6% no sexo feminino). A prevalência de apostas online foi de 16,4% [13]. O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral 2016/17 revelou ainda preocupantes dados sobre a dependência de internet, sobretudo na população entre os 15 e os 34 anos [12]. A utilização prolongada da internet e de redes sociais foi também analisada noutros estudos, permitindo concluir que existe uma intensa utilização, sobretudo nos fins-de-semana, entre os jovens portugueses.

Notas: * *Binge* – Consumo de 4 ou mais copos (sexo feminino) ou 6 ou mais copos (sexo masculino) de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião; ** Embriaguez – Ficar a cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar não recordar o que aconteceu.

1.2 CONSUMO DE MEDICAMENTOS

De uma forma geral o consumo de medicamentos estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central e Psicofármacos tem aumentado nos últimos anos (FIG. 18). Desde a década de 90 que Portugal foi identificado como apresentado um elevado consumo de ansiolíticos, e embora se observe uma tendência estável (expressa em doses diárias definidas (DDD) por 1.000 habitantes por dia) desde 2014, em 2018 foram consumidos 80,2 Doses Diárias Definidas por 1.000 habitantes por dia (correspondente a

quase 10,5 milhões de embalagens consumidas) (FIG. 18). O consumo de fármacos antidepressores regista uma tendência crescente, tendo, em 2018, alcançado 111,6 DDD por 1.000 habitantes por dia (correspondente a 8,8 milhões de embalagens vendidas). A mesma tendência crescente, embora menos expressiva, é verificada nos fármacos antipsicóticos (FIG. 18). O consumo de metilfenidato regista uma tendência decrescente desde 2015.



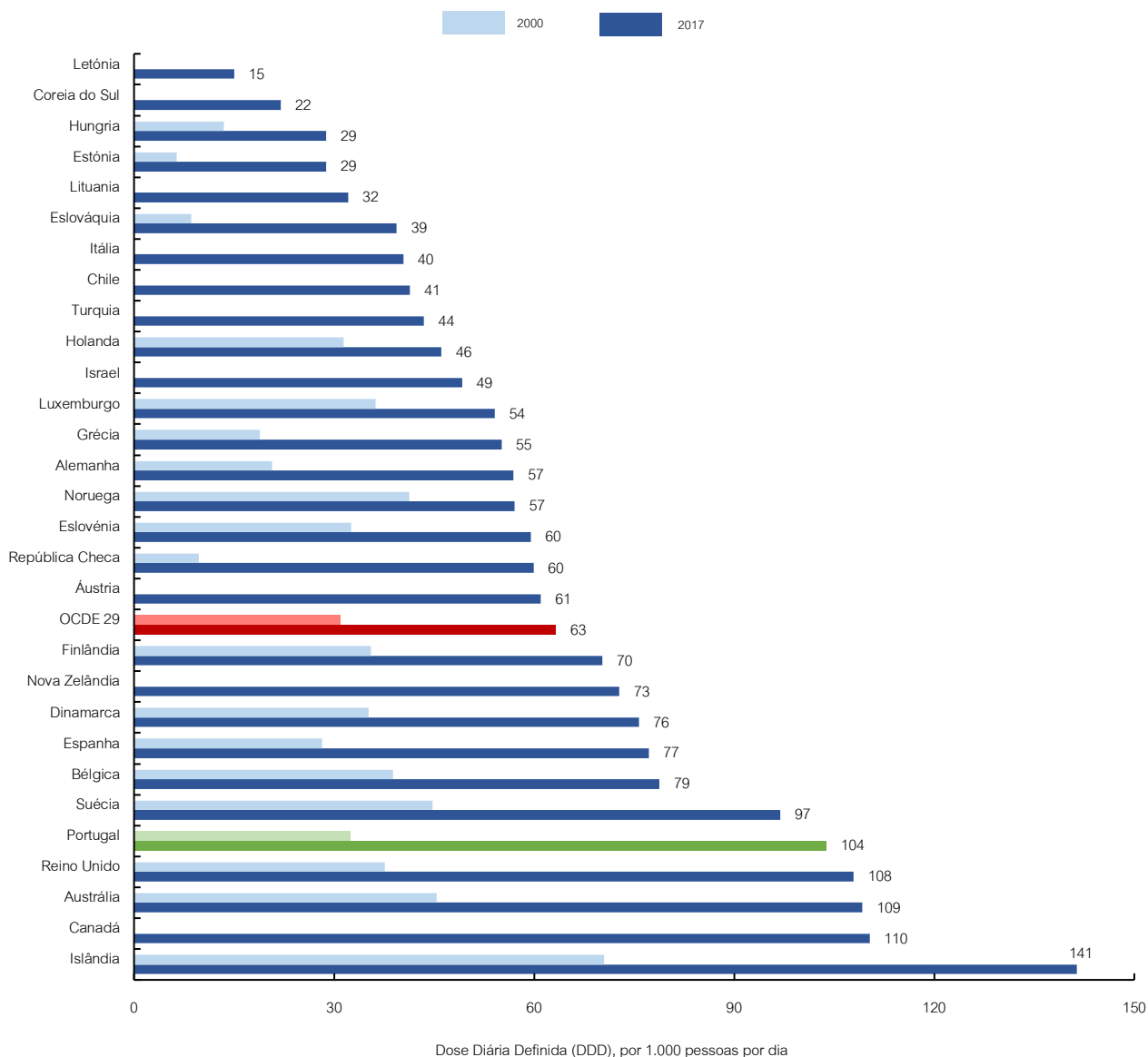
Fonte: INFARMED

Nota: * Estimulantes Inespecíficos do Sistema Nervoso Central – Metilfenidato; ** Psicofármacos: Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; Antidepressores; Antipsicóticos.

FIG. 18 | Evolução do consumo de medicamentos estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central* e de Psicofármacos** (em DDD por 1.000 habitantes por dia), Portugal, 2012-2018.

No contexto internacional, o consumo de fármacos antidepressores duplicou nos países da OCDE entre 2000 e 2017, podendo esta tendência refletir melhor diagnóstico de depressão, melhor acessibilidade a terapia farmacológica ou a evolução de orientações clínicas para o tratamento de depressão [10]. Porém, existem enormes discrepâncias entre

os vários países, ocupando Portugal a 5.^a posição entre os países analisados quanto ao consumo de fármacos antidepressores, com mais do dobro da taxa registada em países como a Holanda, Itália ou Eslováquia (FIG. 19).



Notas: Dados referentes à classe de antidepressores N06A. Dados da Nova Zelândia referentes a 2014.

Fonte: OCDE [10]

FIG. 19 | Consumo de fármacos antidepressores (em DDD), OCDE, 2000 e 2017 (ou ano mais recente).

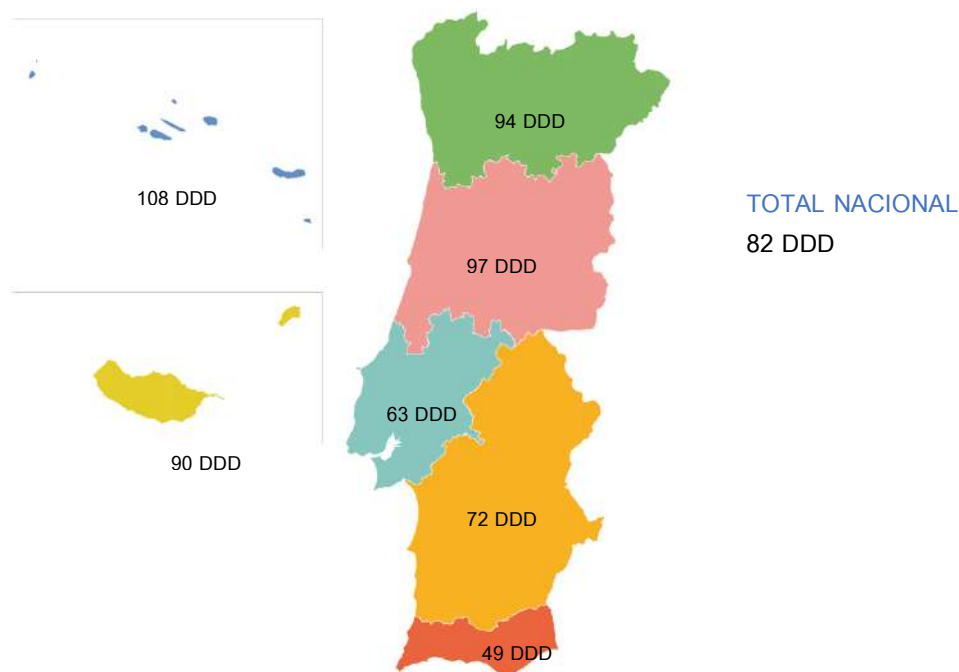
O Estudo Epidemiológico Nacional de Doenças Mentais permitiu avaliar a utilização de psicofármacos numa amostra representativa e de acordo com o diagnóstico a nível individual. Este confirmou o elevado consumo previamente descrito: 23,4% das mulheres e 9,8% tinham tomado ansiolíticos nos 12 meses prévios à entrevista [1]. No caso das mulheres foram os números mais elevados nos países europeus incluídos no estudo. Entre os indivíduos com diagnóstico de perturbações de ansiedade, 33,1% das mulheres e 24,7% referiram tomar ansiolíticos. Entre os indivíduos com perturbações depressivas, 50,0% das mulheres e 31,8% dos homens referiu tomar ansiolíticos [1].

O estudo referiu permitiu também quantificar o *treatment gap* existente, i.e. os indivíduos com perturbação psiquiátrica que não receberam cuidados. O *treatment gap* estimado foi de 81,8% nas perturbações ligeiras, 64,9% nas perturbações moderadas e 33,6% nas perturbações graves. Por outro lado os autores estimam que 8,6% tenham recebido cuidados sem terem critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica [1]. Comparativamente com outros países europeus, Portugal apresenta maior frequência de tratamento de perturbações graves e moderadas e menor de perturbações ligeiras.

Os dados sobre o consumo de psicofármacos em Portugal são particularmente preocupantes dado que neste grupo se incluem as benzodiazepinas e fármacos análogos (Z-hipnóticos) nomeadamente o zolpidem. As benzodiazepinas e análogos são apenas indicados para o controlo de curto prazo da ansiedade e insónia, podendo ter efeitos deletérios se mantidos de forma crónica. Destacam-se os fenómenos de tolerância, possível adição e disfunção cognitiva, que conduzem a um risco acrescido de acidentes, quedas e amnésia. A associação com demência não foi ainda totalmente esclarecida. Sabe-se ainda que os idosos são mais suscetíveis e que as benzodiazepinas de semivida mais curta têm maior potencial de adição [14].

De acordo com os dados de 2016 da Coordenação Nacional da Estratégia do Medicamento e dos Produtos em Saúde, 1,9 milhões de utentes

tiveram pelo menos uma prescrição de benzodiazepinas, sendo na sua maioria do sexo feminino e entre os 55 e 79 anos [14]. Nesse ano, o consumo medido em DDD por 1.000 habitantes por dia, era mais elevado nos Açores, seguindo-se as regiões Centro e Norte (FIG. 20). As benzodiazepinas de ação intermédia foram as mais frequentemente prescritas, destacando-se nas várias regiões o alprazolam e o lorazepam, tendo os cuidados de saúde primários sido a origem mais frequente da prescrição [15]. Importa também referir que os dados disponíveis a nível nacional apenas se referem ao consumo estimado global, não sendo conhecida a caracterização das novas prescrições e a proporção de utentes que toma cronicamente.

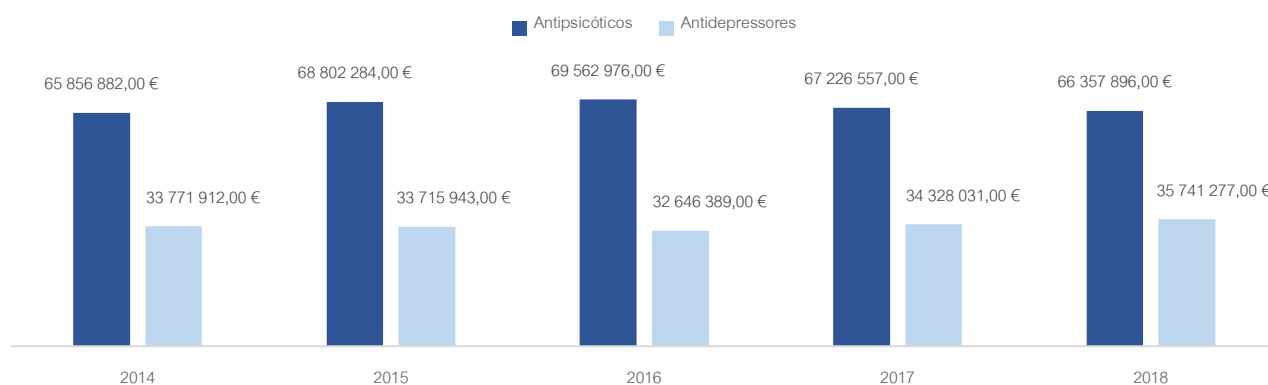


Fonte: CNEMPS [15]

FIG. 20 | Utilização de benzodiazepinas (em DDD) por Região de Saúde, Portugal, 2016.

Os fármacos antipsicóticos e antidepressores figuram entre as classes terapêuticas com maiores encargos para o Serviço Nacional de Saúde. De acordo com os dados mais recentes, a despesa em fármacos antipsicóticos tem registado uma tendência decrescente desde o pico atingido em 2016, enquanto a despesa em fármacos antidepressores regista uma tendência crescente (FIG. 21). As duas classes terapêuticas são, no seu conjunto, responsáveis por cerca de 8,4% da despesa total com medicamentos em ambulatório.

Em meio hospitalar, os psicofármacos representaram um consumo de 11,3 milhões de unidades CHNM [correspondem à quantidade unitária de cada medicamento: número de comprimidos, seringas, frascos, etc.] nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 2018, um aumento de 3,6% em relação a 2017.



Fonte: INFARMED

FIG. 21 | Despesa em fármacos antipsicóticos e antidepressores (encargos para o SNS) dispensados em ambulatório, Portugal, 2014-2018.

2 | DESCONTINUAR BENZODIAZEPINAS

Estudos internacionais apontam para várias razões para a utilização crónica de benzodiazepinas, incluindo fatores relacionados com os médicos prescritores e com os doentes. A nível dos prescritores foram identificadas atitudes em relação à medicação e às necessidades dos doentes, défices em conhecimento especializado, o ambiente de trabalho, existência de várias prioridades em conflito relativamente à saúde do utente, assim como a prática de outros profissionais [15]. Adicionalmente a perceção ou inexistência de alternativas pode encorajar a manutenção da prescrição destes fármacos.

A nível nacional, um estudo avaliou as crenças e atitudes sobre benzodiazepinas através de questionário online [16]. Globalmente, os resultados indicam que os médicos inquiridos reconhecem os riscos das benzodiazepinas mas referem dificuldades em motivar os seus utentes para descontinuar as benzodiazepinas. Os médicos referem também dificuldades no acesso a tratamento psicológico e em motivar os utentes para consulta com psicólogo [16]. Assim, o conhecimento dos malefícios destes fármacos e das suas indicações parece não ser suficiente sendo necessário treino em competências motivacionais e intervenção direcionada aos utentes.

As intervenções para a descontinuação de benzodiazepinas são várias e heterogêneas, podendo focar-se no prescritor, no utente ou em ambos, e incluir terapia farmacológica, psicoterapia, e/ou redução gradual da dose [15]. Várias intervenções demonstraram ser efetivas na redução do consumo crónico de benzodiazepinas [17,18]. Destacam-se a suspensão progressiva do fármaco, que deve ocorrer ao longo de várias semanas ou meses e as intervenções mínimas, contactando o utente através de carta personalizada, apelando à descontinuação e oferecendo ferramentas para tal. O papel do farmacêutico não se encontra estudado de forma tão aprofundada, embora intervenções prévias estudassem uma atuação conjunta do médico e farmacêutico [19].



O Programa Nacional de Saúde Mental inclui nas suas metas a 2020 a inversão de tendência da prescrição de benzodiazepinas na população através da sua estabilização [20]. A nível nacional a Coordenação da Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde organizou em 2017 uma campanha de sensibilização para a utilização elevada de benzodiazepinas, tendo produzido materiais dirigidos aos cidadãos e profissionais. Também é conhecido o trabalho desenvolvido a nível das comissões de farmácia e terapêutica nas várias regiões de saúde, que implementam diversas intervenções destinadas diminuir o número de utentes a tomar benzodiazepinas.

Por exemplo, o Programa de Uso Responsável de Benzodiazepinas da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, produziu materiais de suporte à descontinuação gradual das benzodiazepinas destinados a médicos e utentes, e criou um Boletim Terapêutico que sistematiza as orientações para a utilização de benzodiazepinas e identifica estratégias para a descontinuação. O Programa recebeu o prémio de boas práticas do INFARMED. Conhece-se ainda o projeto BEDS (*Benzodiazepine Discontinuation Study*) [mais informações em: <http://www.bedsproject.pt/benzodiazepinas/>] que tem como objetivos prevenir o uso inadequado destes medicamentos em Portugal e definir um programa de desabitação para utentes em dependência, com vista à sua utilização em cuidados de saúde primários. Este trabalho pretende caracterizar a perspetiva dos médicos, dos utentes e avaliar um protocolo de desabitação do uso crónico de benzodiazepinas.

1.3 DIREITOS DAS PESSOAS COM DOENÇA

Um dos valores e princípios estabelecidos em vários documentos orientadores da estratégia para a saúde mental é o dos direitos humanos, nomeadamente o seu respeito pelas pessoas com problemas de saúde mental [2,3]. Importa por isso apresentar os Direitos Humanos mais relevantes nesta área e qual a situação nacional neste âmbito.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos adotada em 1948 pelas Nações Unidas constitui o grande documento orientador dos direitos humanos nomeadamente a nível civil, cultural, económico, político e social [21]. Desde então foram adotadas várias convenções e tratados, quer a nível das Nações Unidas, quer pelo Conselho da Europa. Os princípios destes vários documentos mais relevantes para a saúde mental incluem: a proteção contra a discriminação, igualdade e inclusão social, promoção da autonomia pessoal e independência, o tratamento de indivíduos com doença mental no meio menos restritivo possível, de acordo com o princípio da proporcionalidade (nomeadamente pela prestação de cuidados integrados na comunidade), prestação de cuidados baseados em necessidades individuais e participação em desenvolvimento de políticas [21]. A aplicação destes princípios requer legislação adequada, e de tratamento baseado na comunidade mas também de mudança de crenças e atitudes, evitando o estigma e discriminação.

Em Portugal a Lei de Saúde Mental *“estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica”* [22]. Nesta lei estão espelhados os princípios acima enumerados, nomeadamente a ênfase na prestação de cuidados a nível comunitário, no meio menos restritivo possível e incluindo a reabilitação psicossocial. Nela são ainda definidas as circunstâncias para internamento compulsivo, assumindo um modelo de tipo judicial, e assegurando os direitos fundamentais do indivíduo [23]. A garantia de direitos ocorre em vários níveis da Lei, dos quais se destacam: a restrição do direito à liberdade, só é justificável quando constituir a única forma de tratamento, com a manutenção dos restantes (e.g., voto, comunicação com a família, advogado e autoridades, envio/receção de correspondência, receber visitas, culto religioso, confidencialidade) e a necessidade de revisão da situação de internamento compulsivo (obriga-

gatória após dois meses da admissão no hospital) [23]. No Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 considera-se não ser necessário uma nova lei de saúde mental mas regulamentar alguns aspetos da sua aplicação, tais como a gestão do património [3]. Contudo, decorridos mais de 20 anos desde a sua aprovação, será desejável avaliar o cumprimento e proceder à reavaliação da Lei de Saúde Mental, à luz das convenções internacionais entretanto ratificadas.

Para além de definir a política de saúde mental, a Lei de Saúde Mental regula também o internamento compulsivo, situação extrema em que é necessário dar resposta à necessidade de tratamento [22]. Porém, a doença mental pode também condicionar situações de incapacidade em que o indivíduo esteja limitado no exercício dos seus direitos ou cumprimento dos seus deveres. O Código Civil de 1966 previa três grupos de incapazes: a menoridade, os interditos e os inabilitados [24]. A interdição constituía uma equiparação à menoridade para situações duradouras de *“anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, desde que implicassem incapacidade de governo da pessoa e bens”* (Artigo 138.º), sendo a inabilitação utilizada para situações menos graves. A inabilitação/interdição eram processos morosos, pouco flexíveis e equiparando o indivíduo à menoridade, não promovendo assim o exercício dos seus direitos, tendo sido necessário substituir estes regimes por um regime mais adequado às necessidades atuais e na perspetiva dos direitos humanos [24,25].

Para além dos princípios acima enunciados duas outras Convenções tiveram um papel central na necessidade de alteração dos regimes da interdição/inabilitação: a Convenção de Haia relativa à Proteção Internacional de Adultos, adotada em Haia, em 13 de janeiro de 2000 [26], e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidade, adotada em Nova Iorque, a 30 de março de 2007 [27].

A Convenção de Haia relativa à Proteção Internacional de Adultos destina-se à proteção de adultos incapazes de proteger os seus interesses, nomeadamente pessoas com incapacidade [26]. Esta Convenção garante o respeito pela integridade, dignidade e liberdade individual de adultos, prevendo regras relativas às competências para adotar medidas de

proteção da pessoa ou seus bens, à lei aplicável neste contexto e à execução internacional das medidas de proteção a adotar [26]. Define ainda a necessidade de as Autoridades Centrais de cada país contratante cooperarem entre si e promoverem a cooperação das autoridades competentes dos respetivos Estados [26]. A Convenção define, no seu Artigo 3.º, o âmbito das medidas a adotar [26]:

- a) A determinação da incapacidade e a instituição de regime de proteção;
- b) A colocação do adulto à guarda de uma autoridade judiciária ou administrativa;
- c) A tutela, a curatela e instituições análogas;
- d) A designação e as funções de qualquer pessoa ou organismo encarregados da pessoa ou dos bens do adulto, bem como a sua representação ou assistência;
- e) A colocação do adulto em instituição ou noutro local onde a sua proteção pode ser assegurada;
- f) A administração, conservação ou alienação dos bens do adulto;
- g) A autorização de uma intervenção específica para a proteção da pessoa ou bens do adulto.

A nível nacional a Convenção foi ratificada e aprovada para adesão em 2014. O processo foi concluído em 2018 tendo formalmente entrado em vigor a 1 de julho de 2018. A autoridade central para os efeitos previstos na Convenção é a Procuradoria-Geral da República.

Por outro lado, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e respetivo Protocolo Opcional foi ratificada por Portugal em 2009. Esta Convenção tem por objeto “promover, proteger e garantir o pleno e igual gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente” [27]. Salienta-se ainda que a deficiência inclui incapacidade física, mental, intelectual ou sensorial que pode limitar a participação na sociedade em condições de igualdade (Artigo 1.º) [27]. O Instituto Nacional de Reabilitação é a entidade responsável por promover a implementação.

A Convenção define claramente no seu Artigo 5.º que todas as pessoas são iguais perante e nos termos da lei e que têm direito, sem qualquer discriminação, a igual proteção e benefício da lei [27]. No seu Artigo 12.º destaca-se ainda o reconhecimento igual perante a lei [27]:

1. Os Estados Partes reafirmam que as pessoas com deficiência têm o direito ao reconhecimento perante a lei da sua personalidade jurídica em qualquer lugar.
2. Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiências têm capacidade jurídica, em condições de igualdade com as outras, em todos os aspetos da vida.

3. Os Estados Partes tomam medidas apropriadas para providenciar acesso às pessoas com deficiência ao apoio que possam necessitar no exercício da sua capacidade jurídica.
4. Os Estados Partes asseguram que todas as medidas que se relacionem com o exercício da capacidade jurídica fornecem as garantias apropriadas e efetivas para prevenir o abuso de acordo com o direito internacional dos direitos humanos. Tais garantias asseguram que as medidas relacionadas com o exercício da capacidade jurídica em relação aos direitos, vontade e preferências da pessoa estão isentas de conflitos de interesse e influências indevidas, são proporcionais e adaptadas às circunstâncias da pessoa, aplicam-se no período de tempo mais curto possível e estão sujeitas a um controlo periódico por uma autoridade ou órgão judicial competente, independente e imparcial. As garantias são proporcionais ao grau em que tais medidas afetam os direitos e interesses da pessoa.
5. Sem prejuízo das disposições do presente artigo, os Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas e efetivas para assegurar a igualdade de direitos das pessoas com deficiência em serem proprietárias e herdarem património, a controlarem os seus próprios assuntos financeiros e a terem igual acesso a empréstimos bancários, hipotecas e outras formas de crédito financeiro, e asseguram que as pessoas com deficiência não são, arbitrariamente, privadas do seu património.

Os anteriores regimes da interdição e inabilitação não se encontravam adaptados à realidade atual e aos princípios definidos nas duas convenções internacionais, dado a sua rigidez e não promoção da capacidade existente em cada indivíduo [25]. Assim foi sido necessário introduzir alterações ao Código Civil, materializadas através da criação do Regime do Maior Acompanhado [24,28,29]. Neste regime “o maior impossibilitado, por razões de saúde ou pelo seu comportamento, de exercer plena, pessoal e conscientemente os seus direitos ou de, nos mesmos termos, cumprir os seus deveres, beneficia das medidas de acompanhamento” (Artigo 138.º) [28]. Este regime caracteriza-se por ser flexível, sendo o juiz a decidir, em face da situação concreta, quais as situações para as quais o maior necessita de acompanhamento. Há assim a possibilidade de o maior manter liberdade para se casar, se unir de facto, de procriar, de perfilhar, de adotar, de exercer as responsabilidades parentais, de se divorciar e de testar [25]. O processo é considerado como urgente e o juiz tem de contactar pessoalmente com o beneficiário antes de decretar o acompanhamento sendo a vontade do acompanhado relevante na escolha do acompanhante. O pedido de acompanhamento pode ser feito pelo próprio e deve ser revisto periodicamente.

mente [28]. Destaca-se ainda que podem existir diferentes acompanhamentos para diferentes funções e que o acompanhante deve privilegiar a saúde e bem estar do acompanhado [24]. Está também prevista a possibilidade de serem revistas as decisões prévias de inabilitação/interdição [28].

Em conjunto, estas características representam uma alteração de paradigma, dando resposta às convenções ratificadas pelo país. Apesar de o regime do maior acompanhado ser considerado um progresso e representar os princípios dos direitos humanos é necessário acompanhar a sua implementação. A necessidade de personalização da sentença aliada à revisão periódica e expectável aumento do número de pedidos poderão levar a uma sobrecarga dos tribunais. Acresce ainda que não foi prevista a criação de tribunais com competência especializada na matéria e não existe mecanismos de assessoria técnica para apoiar a decisão judicial das medidas de acompanhamento. Por outro lado, po-

derá ser difícil identificar um acompanhante, discutindo-se a possibilidade de existência de uma bolsa de acompanhantes formais que não foi considerada no âmbito do regime [30,31].

Considera-se necessário conhecer o estado de implementação do novo regime do maior acompanhado, de modo a avaliar as respostas mais adequadas aos desafios já identificados.

Relativamente à Lei de Saúde Mental, é necessária uma revisão que inclua aspetos nucleares da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Importa também sublinhar que a gestão do património dos doentes mentais não acompanhados deveria ser solucionada. Este aspeto, presente no Artigo 46.º da Lei de Saúde Mental [22], carece de regulamentação por Decreto-Lei há mais de vinte anos, sendo urgente encontrar uma solução equilibrada para uma questão que se arrasta há demasiado tempo: a gestão do património e das pensões das pessoas residentes nos hospitais psiquiátricos.

3 | CUIDADORES INFORMAIS

Uma das mais diretas consequências do envelhecimento da população portuguesa é o número crescente de pessoas que prestam cuidados informais dos doentes crónicos com incapacidade. O importante papel dos cuidadores informal alcançou, durante o ano de 2019, o reconhecimento legal que tanto tardava. O Estatuto do Cuidador Informal, publicado em setembro de 2019, distingue dois tipos de cuidador: o cuidador informal principal e o cuidador informal não principal:

- *“Considera-se cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.” [32]*
- *“Considera-se cuidador informal não principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.” [32]*

Ficam portanto excluídos do Estatuto todos aqueles que não sejam cônjuges, parentes ou unidos de facto. O Estatuto define como pessoa cuidada quem necessite de cuidados permanentes, por se encontrar em situação de dependência, e seja titular do complemento por dependência de 2.º grau ou do subsídio por assistência de terceira pessoa, podendo ainda considerar-se pessoa cuidada quem transitoriamente, esteja acamado ou a necessitar de cuidados permanentes, por se encontrar em situação de dependência, e seja titular de complemento por dependência de 1.º grau, sujeita a avaliação específica por parte dos Serviços de Verificação de Incapacidades do Instituto da Segurança Social [32]. Porém, as pessoas cuidadas que não sejam beneficiárias de nenhuma destas prestações podem ver a sua situação de dependência reconhecida nos termos a regulamentar.

O Estatuto do Cuidador Informal carece ainda de regulamentação específica, necessária para que o Estatuto produza efeitos na prática. Considera-se, por isso, essencial que O Estatuto seja regulamentado de forma a garantir os direitos das pessoas com doentes crónicos e com incapacidade a seu cargo. Assegurar os direitos dos cuidadores é também defender o bem-estar das pessoas com doença.

Acesso

"Se não tivesse algum dinheiro, não teria capacidade para me tratar"

No que diz respeito aos testemunhos das pessoas portadoras de doença mental, seus familiares ou cuidadores, a falta de respostas no setor público foi um dos temas mais abordados. Esta ausência de respostas conduz, com frequência, à necessidade de recorrer a serviços privados, em complementaridade ou na totalidade, quando existe capacidade financeira para tal, o que implica a existência de iniquidades de acesso aos serviços de saúde mental. Alguns testemunhos retratam ainda dificuldades em encontrar respostas adequadas a patologias específicas no setor privado.

"Necessidade de assistência no privado, por insuficiência da capacidade do serviço público para a instabilidade das necessidades do doente. Dificuldade em obter uma colaboração eficaz entre Psicólogo e Psiquiatra."

Familiar, 80 anos, Estoril

"Familiar e cuidador de pessoa com doença mental. Dificuldade na utilização dos serviços de saúde. Fraca assistência dos serviços. Necessidade de recorrer a serviços privados, também eles com dificuldade na resposta."

Familiar e Cuidadora, 44 anos, Évora

"Sou acompanhada em psiquiatria e psicologia em regime privado, por opção própria, por facilidade de horário e não por achar que há melhor serviço no privado. Uso o SNS para a aplicação do Risperdal (...) numa USF, e o serviço e cuidado das pessoas é excecional."

Doente, 42 anos, Lisboa

"Infelizmente as doenças do foro psicológico são o chamado "caixote do lixo" do SNS. Espero que, futuramente, mude."

Familiar, 66 anos, Cascais

"Tenho perturbação obsessiva-compulsiva (...) Do SNS, não tive qualquer apoio... se não tivesse algum dinheiro, não teria capacidade para me tratar. Aliás, parte substancial do dinheiro que ganho vai para os tratamentos e medicação da doença."

Doente, 47 anos, Lisboa

"O SNS não apresenta resposta adequada e específica no acompanhamento da POC. Até mesmo a nível particular, é difícil encontrar acompanhamento adequado e com conhecimento profissional."

Doente, 42 anos, Loures

"Pouco apoio a nível de subsídios, tratamentos e consultas demoradas e muito espaçadas."

Cuidadora, 48 anos, Barreiro

Os profissionais de saúde foram praticamente unânimes ao referirem o subfinanciamento e a desvalorização da Saúde Mental em Portugal, bem como dificuldades de acesso e problemas de equidade, falta de estruturas, em particular serviços de proximidade, e carência de recursos humanos, o que contribui para uma situação de *burnout* entre os profissionais.

"Disponibilidade de recursos humanos deficitária. Falta de serviços de proximidade ao cidadão. Equidade comprometida no tratamento da doença mental, relativamente a outras áreas de saúde."

Profissional de saúde, Funchal

"Necessidade de maior número de unidades residenciais na Comunidade."

Profissional de saúde, 48 anos, Angra do Heroísmo

"A área da saúde mental necessita globalmente de mais recursos e meios. A implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental é urgente."

Profissional de saúde, 61 anos, Angra do Heroísmo

"O serviço de psiquiatria onde trabalho não tem qualquer tipo de condições estruturais e de recursos humanos considerados essenciais para uma intervenção reabilitativa. Tem médicos em número suficiente e poucos técnicos na área da terapia ocupacional, assistentes sociais, enfermeiros que permitam outro tipo de intervenção com os doentes e famílias."

Profissional de saúde, 46 anos, Lisboa

"Poucos recursos, especialmente nos cuidados comunitários e unidades de reabilitação."

Profissional de saúde, 27 anos, Lisboa

"Necessidade de melhorar as respostas na comunidade para a pessoa com doença mental e seus familiares e aumentar as respostas de internamento, e de emprego apoiado."

Profissional de saúde, 29 anos, Coimbra

"Sou enfermeiro e trabalho num lar, onde se nota uma necessidade enorme de profissionais especializados em saúde mental e psiquiatria, e ainda formação para assistentes operacionais."

Doente e Profissional de saúde, 21 anos, Lisboa

"As pessoas que trabalham na área estão em burnout emocional, frequentemente demonstrando-o com agressividade e antagonização para com as pessoas que atendem. São necessários recursos que permitam também o descanso e o cuidado das/os profissionais bem como a sensibilização para esta problemática."

Profissional de saúde, 26 anos, Almada

"Os recursos são escassos: faltam recursos humanos (sobretudo psicólogos, técnicos de saúde ocupacional e assistentes sociais) e os que existem estão maioritariamente em burnout; No cuidado prestado por mim e pela minha equipa procuramos a integração na comunidade, que enfrenta barreiras importantes pela ausência de respostas de continuidade e com foco reabilitativo. (...). É urgente o apoio político para a implementação do programa de saúde mental, sobretudo para as áreas da promoção da saúde mental e intervenção comunitária e reabilitativa."

Profissional de saúde, 36 anos, Lisboa

"Poucos enfermeiros interessados em trabalhar em saúde mental, muito porque o tempo de estágio dedicado a esta valência é demasiado curto."

Profissional de saúde, 29 anos, Coimbra

"Quando falamos em contexto institucional, considero que temos poucos recursos disponíveis. Infelizmente ainda pouco se valoriza a doença mental e as diárias que são pagas pelo Estado não nos permitem ir mais além. Se houvesse uma correta valorização, conseguiríamos dar diferentes respostas. Podíamos ter mais recursos humanos e com isso conseguir uma melhor e mais adequada intervenção."

Profissional de saúde, 29 anos, Funchal

"É imperativo que as instituições públicas e privadas reúnam condições para intervir na população que tem problemas de saúde mental, independentemente da faixa etária. No meu caso debato-me diariamente com dificuldades de infraestruturas, falta de respostas adequadas e vazio legal ou de orientação para as boas práticas."

Profissional de saúde, 37 anos, Portalegre

Muitas pessoas portadoras de doença, os seus cuidadores e familiares, encontram apoio em instituições do setor social, como IPSS. De acordo com os testemunhos recebidos, estas instituições são, muitas vezes, uma "tábua de salvação" e permitem recuperar a esperança. Contudo, algumas estruturas de apoio, como fóruns ocupacionais, não conseguem fornecer respostas variadas a longo prazo, o que leva ao abandono dessas estruturas, ao fim de alguns anos de frequência.

"Sou mãe de dois filhos com problemas psicológicos, o mais velho de 43 anos sofre de Perturbação Obsessiva-Compulsiva desde os 22 anos e, após um longo percurso de médicos neurologistas, psiquiatras etc., etc., foi na [associação x] que encontramos a luz ao fundo do túnel, e que necessita de apoios para continuar a desenvolver o excelente trabalho que tem vindo a fazer, sendo uma boa alternativa ao SNS".

Familiar e cuidadora, 66 anos, Lisboa

"Sempre me isolei de tudo e todos. Fazia muitas verificações. Felizmente, cheguei à [associação x] e aprendi a enfrentar medos e ultrapassar o que me diminuía. Seria bom pegarem no exemplo desta associação e ajudarem a sério, para que mais pessoas tenham acesso ao tratamento."

Doente, 44 anos, Odivelas

"Encontrei, no ano passado, um centro de recuperação de menores [instituição x], um lar, uma casa onde se tem uma família cuidadora... A minha salvação."

Familiar, 43 anos, Fronteira

"Ajuda importante do [Fórum Ocupacional x]. É um bom exemplo, mas após frequentar 12 anos, o utente não consegue continuar. Este precisa de se renovar."

Cuidadora, 72 anos, Cascais

Falta de informação e estigma social

"Ter uma irmã com problemas mentais foi ter perdido o meu nome"

Relativamente às dificuldades sentidas, as mais referidas estão relacionadas com a capacidade de manter uma vida social e laboral positiva e ativa quando existe um diagnóstico de patologia mental. Paralelamente, a falta de informação sobre a doença mental leva a sentimentos de incompreensão, a situações de estigma, discriminação e falta de empatia para com as pessoas portadoras de doença mental. A falta de informação atinge também os próprios familiares e cuidadores, bem como as pessoas portadoras de doença, que não têm, muitas vezes, conhecimento dos serviços a que podem aceder.

"É de extrema importância que haja inserção laboral e formativa no processo de tratamento da Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Há fases, na evolução da terapia que levam a estagnação e até mesmo a regressão, devido à dificuldade de encontrar meios adequados na sociedade (escolar, laboral), nitidamente por falta de conhecimento e desvalorização da patologia pelas empresas e escolas."

Doente, 42 anos, Loures

"Ter uma irmã com problemas mentais foi ter perdido o meu nome, para ser conhecida como a irmã da "maluquinha", na rua na escola... Foi ter encontrado um lugar de apoio para a missão de cuidar, para poder ganhar o meu pão."

Familiar, 62 anos, Lisboa

"O dia a dia é vivido com muita intensidade, com oscilações de humor e ansiedade. Pensamentos negativos e insegurança são recorrentes. A vida social é muito limitada porque não considero que eu seja compreendida pelos amigos ou familiares. E desisti de explicar porque me sinto mal na maior parte do tempo."

Doente, 42 anos, Lisboa

"Tenho o apoio da minha família mais chegada que tem acompanhado o meu tratamento. Alguns membros da minha família sabem que ando em consultas, mas não sei quais deles sabem porque ninguém fala

(comigo, pelo menos) sobre isso, o que me causa algum desconforto, pois sinto que o veem como tema tabu ou motivo de vergonha."

Doente, 27 anos, Lisboa

"Na vida social ainda há muito a fazer. A saúde mental ainda é encarada como mau feito ou preguiça. Na utilização dos serviços de saúde, apesar da falta de recursos, acho que há um apoio muito razoável. Acho também que as pessoas não sabem que podem pedir apoio psicológico através do médico de família."

Familiar, 40 anos, Porto

Burnout dos cuidadores

"Há cerca de 10 anos que não me ausento de casa nas férias"

Os cuidadores enfrentam situações de enorme desgaste físico e psicológico, em particular nos casos em que não encontram respostas ou soluções que os apoiem na tarefa de cuidar dos seus familiares portadores de doenças mentais. Este stress continuado gera situações de fadiga e burnout com impacto significativo no seu bem-estar e saúde mental. Muitas vezes, estes cuidadores são, também eles, portadores de doença mental. Adicionalmente, os cuidadores trabalhadores também enfrentam pressões adicionais no local de trabalho e dificuldade em conciliar a atividade profissional com o papel de cuidador.

"Os aspetos negativos derivam da doença que dificulta as saídas da pessoa com doença mental e, para mim, como cuidadora. Desde há cerca de 10 anos que não me ausento de casa nas férias."

Familiar e cuidadora, 64 anos, Lisboa

"Não existe apoio psicológico para o cuidador."

Familiar e cuidadora, 44 anos, Évora

"Sofro de depressão, ansiedade... Sou cuidadora. O meu filho que sofre de esquizofrenia paranóide, desde os 20 anos, tem hoje quase 40."

Familiar e cuidadora, 65 anos, Oeiras

"Ter um familiar com problema de saúde mental é desgastante, cansativo, perturbador e angustiante. Os apoios são nulos e os doentes deviam ter mais apoio médico e da segurança social."

Familiar, 70 anos, Lisboa

"Sou o único cuidador, há 18 anos, de doente com esquizofrenia, com a idade atual de 48 anos. Notório, a falta de apoio ao cuidador, quer psicológico, quer de libertação de tempo para recuperação (férias). Há

...muitos anos não sei o que é! É indispensável o apoio domiciliário, quer como tal, quer para avaliação das condições oferecidas ao paciente. Estarei eu a apoiar convenientemente o meu paciente? Idoso e cansado?!"

Cuidador, 80 anos, Amadora

"No início da doença, o apoio social foi inexistente, assim como o apoio psicológico para o cuidador. Presentemente, o apoio médico para o doente e cuidador tem ajudado a superar as dificuldades. Na vida laboral do cuidador, continua a haver muita incompreensão e dificuldades em conciliar o trabalho com a função de cuidador, também porque a legislação laboral não protege o cuidador".

Familiar e cuidadora, 55 anos, Lisboa

Uma preocupação frequente dos cuidadores é, na ausência de estruturas que providenciem o apoio necessário aos doentes, assegurar os cuidados após a morte do cuidador.

"A minha filha, além de doença do foro psiquiátrico, tem também uma debilidade mental. Tem sido muito difícil lidar com a situação e as respostas não existem. Temos de ser nós, cuidadores, a procurar a provável solução e a grande incógnita em relação ao futuro, porque quando já não estivermos cá, quem cuidará deles?"

Familiar e cuidadora, 74 anos, Lisboa

"A pergunta é: que apoios têm estes doentes quando os pais faltarem?"

Familiar e cuidadora, 71 anos, Lisboa

Formação

"Falta de maior especialização na abordagem dos diversos tipos de doença mental"

À semelhança da falta de informação, também a falta de formação parece ser transversal, de acordo com os testemunhos recebidos. Entre as pessoas portadoras de doença e seus familiares e cuidadores, foi referida a necessidade de se investir em mais e melhor formação para os profissionais de saúde, incluindo médicos de família e médicos especialistas, bem como os profissionais do setor social, como as IPSS, e os dos lares (incluindo os privados). Adicionalmente, é também referida a falta de articulação entre diferentes especialidades, o que facilitaria os fluxos de informação e a efetividade das intervenções.

"Foi-me diagnosticada uma depressão pelo [Hospital x], confirmando assim a suspeita de uma primeira consulta de Medicina Geral. Este quadro clínico juntou-se à descoberta de uma anemia, hipertensão e doença pulmonar. De acordo com a equipa do [Hospital x], tratava-se de uma depressão profunda que devia acompanhar-me há quase uma década e à qual vinha sobrevivendo sozinha. A médica de família, porém, desvalorizou os diagnósticos e recusou dar Baixa Médica para que me pudesse tratar. Argumento: uma pessoa forte, otimista e com sentido de humor como eu jamais corresponde ao perfil de uma deprimida. (...) Seria bom que os médicos de família tivessem uma formação mais cuidada nesta área, que escutassem a opinião dos colegas da especialidade."

Doente, 48 anos, Lisboa

"Necessidade de formar os técnicos e auxiliares das IPSS, para acolher as pessoas e cuidar das mesmas."

Familiar e cuidadora, 44 anos, Évora

"Falta de maior especialização na abordagem dos diversos tipos de doença mental e tratamento a condizer."

Familiar e cuidador, 61 anos, Lisboa

"Faltam especialistas treinados."

Familiar e cuidador, 75 anos, Cascais

"Sou doente crónica. Apesar de sofrer de depressão e ansiedade, todos os meus outros sintomas foram ignorados por vários profissionais de saúde por mais de 15 anos. Mesmo depois de duas tentativas de suicídio. Todos os sintomas eram colocados no "saco do psicológico", como se eu os escolhesse ter, diziam-me para relaxar e parar de tentar chamar à atenção."

Doente, 32 anos, Figueira da Foz

"É importante a sensibilização nos meios formativos (universidades) para a especialização de mais profissionais para a POC e devidos estágios."

Doente, 42 anos, Loures

"Dificuldade em obter uma colaboração eficaz entre Psicólogo e Psiquiatra."

Familiar, 80 anos, Estoril

Casos de sucesso

"Viver com doença mental não é o limite"

No entanto, existem casos positivos e de sucesso, tendo alguns sido exemplificados nos testemunhos recebidos.

"Viver com doença mental não é o limite. Vivo sozinha e tomo a minha medicação a horas."

Doente, 43 anos, Almada

"Tenho sido acompanhada pela minha médica e tomo medicação. Sinto-me autónoma, apesar da doença bipolar."

Doente, 58 anos, Almada

"Como experiência positiva, tenho a disponibilidade do médico do hospital."

Familiar, 59 anos, Cascais

"Ao meu filho com 43 anos, (...) desempregado há mais de 7 anos, foi diagnosticada doença esquizofrénica há 3 anos. Esteve internado (...) durante 1 mês, passando a ser acompanhado em psiquiatria. O hospital disponibilizou inserção em "Projeto" e "Hospital de Dia", que recusou, e "Reuniões de Família", que frequentei. Nunca teve apoio de equipe multidisciplinar. (...) Encontra-se estabilizado com medicação. Há 3 meses que está a trabalhar 8 horas por dia. Apesar de viver em sua casa tem, permanentemente, apoio incondicional dos pais, dos irmãos e toda a família, incluindo os amigos mais próximos, que também o têm apoiado. Desde que trabalha, está diferente para melhor."

Familiar, 78 anos, Loures

"Vivo numa residência autónoma. Tenho colegas, faço as tarefas. É importante que a residência esteja numa zona movimentada, com cafés e outros sítios abertos ao fim-de-semana."

Doente, 39 anos, Almada

"Considero positivos quer a terapia, quer a psicoterapia dos últimos 16 anos, que conduziram a uma assinalável melhoria do paciente."

Familiar e cuidador, 80 anos, Amadora

Também entre os profissionais de saúde foram destacados aspetos positivos relativos ao trabalho na área da Saúde Mental.

"As experiências positivas passam por termos o privilégio de conhecermos as pessoas, ver para além da doença identificada e mantermos a capacidade de nos encantarmos e surpreendermos com o que as pessoas têm para nos dar e com os feitos que conseguem durante os seus percursos de vida."

Profissional de saúde, 39 anos, Lisboa

"Gosto de trabalhar nesta área e considero que a equipa faz um excelente trabalho. Existe uma relação próxima com o utente e com as suas famílias."

Profissional de saúde, 41 anos, Portalegre

"A psiquiatria portuguesa consegue fazer alguma coisa com a inexistência de recursos e condições. É um pouco que nasce do quase nada e que resulta do esforço dos que ainda não estão desgastados com as condições laborais."

Profissional de saúde, 36 anos, Lisboa

"Quando se consegue integrar uma pessoa, no caso uma pessoa com problemas de saúde mental, na valência que a pessoa necessita é uma gratificação e consegue-se por vezes com, esforço e "carolice", e apoio de alguns (bons) profissionais que encontramos nas instituições que recorremos."

Profissional de saúde, 48 anos, Lisboa

"Destaco sobretudo experiências positivas, em que as pessoas procuram fazer tudo o que podem para se apoiarem mutuamente na resolução de problemas."

Profissional de saúde, 55 anos, Elvas

1

VIVER COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

- Portugal é dos países europeus com prevalência mais elevada de perturbações psiquiátricas, incluindo as de ansiedade, do humor, de controlo dos impulsos e por utilização de substâncias (22,9%), sendo estas mais frequentes no grupo dos 18 aos 34 anos.
- Os sintomas depressivos afetam 10% da população portuguesa, sendo mais frequentes nas pessoas reformadas e do sexo feminino, bem como na população com menor nível de escolaridade.
- Em 2017, o suicídio foi responsável por 10.800 anos potenciais de vida perdidos nos homens e 3.828 anos potenciais de vida perdidos nas mulheres, em Portugal.
- 33,1% das pessoas diagnosticadas com perturbações psiquiátricas recebe cuidados adequados. Contudo, verifica-se um grande intervalo de tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o tratamento (3 anos para perturbações de ansiedade e 4 anos para a depressão maior).
- Tendo em conta o envelhecimento da população, a demência assume uma relevância crescente em Portugal, estimando-se que a sua frequência seja de 20,8 por cada 1.000 habitantes, o que posiciona Portugal em 4.º lugar entre os países da OCDE.
- Na área dos comportamentos aditivos, que têm uma estreita relação com a saúde mental, Portugal regista uma tendência de aumento do consumo *binge* e da embriaguez entre os jovens de 18 anos, bem como na prevalência de consumo de substâncias ilícitas.
- A prevalência de hábitos de jogo a dinheiro é de 48,1% e de apostas online é de 16,4%. A dependência da internet é preocupante sobretudo na população entre os 15 e os 34 anos.
- O consumo de medicamentos estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central e Psicofármacos tem aumentado nos últimos anos: em 2018, foram vendidas quase 10,5 milhões de embalagens de ansiolíticos e 8,8 milhões de embalagens de antidepressores, com Portugal a assumir o 5.º lugar da OCDE relativamente ao consumo de antidepressores.
- Os medicamentos antipsicóticos e antidepressores estão entre as classes terapêuticas com maiores encargos para o Serviço Nacional de Saúde, sendo responsáveis por cerca de 8,4% da despesa total com medicamentos em ambulatório.
- Em 2016, 1,9 milhões de utentes tiveram pelo menos uma prescrição de benzodiazepinas. Os médicos conhecem os riscos destes medicamentos, mas referem dificuldades em motivar os seus doentes para descontinuar a toma, bem como no difícil acesso a tratamento psicológico e em motivar os utentes para consulta de psicologia.
- Decorridos mais de 20 anos desde a aprovação da Lei da Saúde Mental, torna-se necessária a sua reavaliação, à luz das convenções internacionais entretanto ratificadas, sendo também necessário acompanhar a implementação do regime do maior acompanhado.
- O Estatuto do Cuidador Informal necessita de ser regulamentado para garantir os direitos das pessoas com doentes crónicos e com incapacidade a seu cargo. Assegurar os direitos dos cuidadores é também defender o bem-estar das pessoas com doença.

REFERÊNCIAS

1. *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde -mental – 1.º Relatório*. Lisboa: NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas; 2013. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
2. Organização Mundial da Saúde. *Mental health action plan 2013-2020*. Genebra: OMS; 2013. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en
3. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde; 2008.
4. Shah AJ, Wadoo O, Latoo J. Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorders. *BJMP*. 2010; 3(3): a327. Disponível em: <https://www.bjamp.org/files/2010-3-3/bjamp-2010-3-3-a327.pdf>
5. HM Government. *Carers at the heart of the 21st century families and communities*. London: Department of Health; 2008. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136492/carers_at_the_heart_of_21_century_families.pdf
6. Carers UK. *State of Caring 2015*; 2015. London: Carers UK. Disponível em: <https://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/state-of-caring-2015>
7. Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Burden of Disease Study 2017*. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
8. Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE; 2016. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2
9. Projeto Cuidar Melhor. *Diagnóstico Social – Pessoas identificadas com demência nos concelhos de Cascais, Oeiras e Sintra*; 2014. Disponível em: http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2015/03/Diagnostico-Social_Vers%C3%A3o-Final_Outubro-2014.pdf
10. OECD. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing; 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
11. Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho. *Aprova a Estratégia da Saúde na Área das Demências e determina a constituição e a composição da Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências*. In: *Diário da República*, n.º 116, Série II, 19 de junho de 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>
12. Balsa C, Vital C, Urbano C. *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*. Lisboa: SICAD; 2018. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/181/IV%20INPG%202016_17_PT.pdf
13. Carapinha L, Calado V, Ferreira L. *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional – 2018*. Lisboa: SICAD; 2019. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/Lists/SICAD_NOVIDADES/Attachments/300/DDN_2018.pdf
14. Boletim Terapêutico N.º1/2017 – Utilização de benzodiazepinas: Um grave problema de saúde pública. ARSLVT; 2017. Disponível em: https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/3020/Boletim_Terapeutico_-_Utilizacao_de_Benzodiazepinas_Um_grave_problema_de_saude_publica_Setembro_2017.pdf
15. Coordenação Nacional da Estratégia do Medicamento e dos Produtos de Saúde. *Sobre utilização das benzodiazepinas e dos z-hipnóticos ansiedade e insónia*. 2016. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/Noticias/dormir_e_relaxar/doc_profissionais.pdf
16. Pollmann AS, Murphy AL, Bergman JC, Gardner DM. Deprescribing benzodiazepines and Z-drugs in community-dwelling adults: a scoping review. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2015;16:19. DOI: <http://doi.org/10.1186/s40360-015-0019-8>
17. Neves IT, Oliveira JSS, Fernandes MCC, Santos OR, Maria VAJ. Physicians' beliefs and attitudes about Benzodiazepines: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):71. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12875-019-0965-0>
18. Mugunthan K1, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2011 ;61(590):e573-8. doi: <http://doi.org/10.3399/bjgp11X593857>
19. Gjnjidic D, Ong HMM, Leung C, Jansen J, Reeve E. The impact of in hospital patient-education intervention on older people's attitudes and intention to have their benzodiazepines deprescribed: a feasibility study. *Ther Adv Drug Saf*. 2019 DOI: <http://doi.org/10.1177/2042098618816562>
20. Vila JV, Vila MMV, Ibáñez LS, Zaragoza JAA, Royo LM. Suitability of the use of benzodiazepines prescribed by the pharmacist in the elderly. A doctor-pharmacist collaboration study. *Atención Primaria*. 2012; 44(7): 402-410. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.018>
21. Ministério da Saúde – Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da saúde Mental. *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
22. Parker C. Developing mental health policy: a human rights perspective. In: Knapp M (Ed.) *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press; 2007.
23. Lei n.º 36/98, de 24 de julho. *Lei de Saúde Mental*. In: *Diário da República*, n.º 169, Série I-A, 24 de julho de 1998. Disponível em: <http://dre.pt/application/conteudo/424762>
24. Xavier M, Carvalho A. *Internamento compulsivo em Portugal – contexto e procedimentos*. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/anexo_07_internamento_compulsivo-pdf.aspx
25. Beleza, MP. Brevíssimas notas sobre a criação do regime do maior acompanhado, em substituição dos regimes da interdição e da inabilitação – Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto In: *O novo Regime Jurídico do Maior Acompanhado*. Disponível em: http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/eb_Regime_Maior_Acompanhado.pdf

25. Presidência do Conselho de Ministros. Proposta de Lei n.º 110/XIII – Exposição de Motivos In: *O novo Regime Jurídico do Maior Acompanhado*. Disponível em: http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/eb_Regime_Maior_Acompanhado.pdf
26. Hague Conference on Private International Law. *Convention of 13 January 2000 on the International Protection of Adults*; 2000. Disponível em: <https://as-sets.hcch.net/docs/c2b94b6b-c54e-4886-ae9f-c5bbef93b8f3.pdf>
27. Organização das Nações Unidas. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*; 2006. Disponível em: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
28. Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto. *Cria o regime jurídico do maior acompanhado*. In: *Diário da República*, n.º 156, Série I, 14 de agosto de 2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/116043536>
29. Segura D, Almeida MJ. A Convenção relativa à proteção internacional de adultos – uma questão de cidadania. In: *125 anos da Conferência da Haia de Direito Internacional Privado (HCCH)*; 2019. Disponível em: http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/eb_Regime_Maior_Acompanhado.pdf
30. Pires R. Dificuldades de implementação para o Serviço Social. Comunicação no *Encontro Nacional de Serviço Social, Saúde Mental e Direitos Humanos*; 6-7 de julho 2019; Lisboa (Portugal).
31. Sousa F. Comunicação no *Encontro Nacional de Serviço Social, Saúde Mental e Direitos Humanos*; 6-7 de julho 2019; Lisboa (Portugal).
32. Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. *Aprova o Estatuto do Cuidador Informal*. In: *Diário da República*, n.º 171, Série I, 6 de setembro de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/124500714>

PROMOVER A SAÚDE MENTAL

2

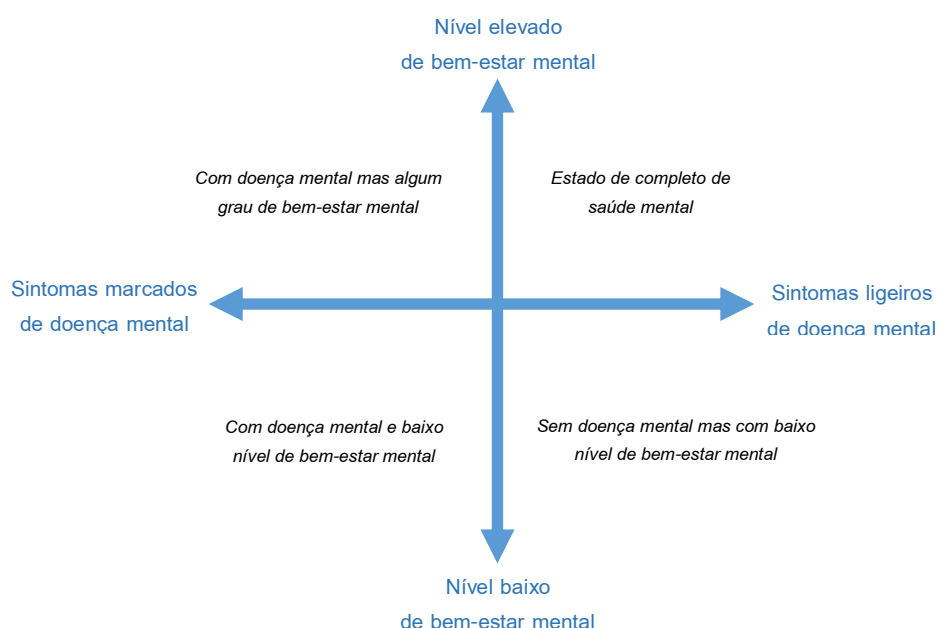
A saúde mental é essencial para o bem-estar e funcionamento plenos dos indivíduos e das comunidades. Esta visão abrangente de saúde mental, muito além da ausência de doença, implica que a saúde mental possa ser encarada através de duas dimensões: positiva e negativa. A saúde mental positiva relaciona-se com os recursos pessoais para enfrentar os desafios da vida e a capacidade de ter relações satisfatórias com os outros [1]. Esta relaciona-se com o bem-estar psicológico, que inclui sentimentos de satisfação com a vida, vitalidade e energia, em conjunto com o bem-estar físico [1]. A saúde mental negativa está relacionada com a existência de doença mental, sintomas e problemas.

A doença mental encontra-se definida através de classificações aceites internacionalmente, nomeadamente a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) [2]. Porém, a presença de sintomas não é sinónimo de doença mental. Quando há sintomas mas não estão preenchidos critérios de doença podemos estar perante *distress* ou sofrimento psicológico. O *distress* pode ser definido com uma “*síndrome não específica que incorpora sentimentos de ansiedade, depressão, problemas cognitivos, irritabilidade, raiva e comportamentos obsessivo-compulsivos em resultado de adversidades ao longo da vida*” [2,3].

O *distress* ou sofrimento psicológico pode coexistir com sintomas somáticos [4]. Assim, torna-se claro que a saúde mental é um espectro entre as suas dimensões, positiva e negativa.

Dado que a saúde mental reflete o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente [2] é necessário promover a sua componente positiva, equipando os indivíduos com as ferramentas necessárias para lidar com as circunstâncias adversas, potenciar os fatores de suporte e minimizar os fatores desfavoráveis.

Embora a saúde mental possa ser perspectivada na sua componente positiva e negativa a relação entre no mesmo indivíduo entre estas componentes não é linear. Os estados de bem-estar mental e de doença mental estão intimamente relacionados e coexistem nos indivíduos [5], sendo o estado de saúde mental determinado por uma interação entre os níveis de bem-estar mental e os sintomas de doença mental (FIG. 22). Este modelo, proposto pelo sociólogo americano Corey Keyes, mostra que a ausência de doença mental não implica a presença de bem-estar mental e que o estado de saúde mental dos indivíduos é um processo dinâmico, ao longo de toda a vida, em que vão variando os níveis de bem-estar e os sintomas de doença.



Adaptado de: Keyes (2003) [5]

FIG. 22 | Modelo de saúde mental completa.

A promoção da saúde e do bem-estar mental pode gerar ganhos em saúde, não apenas na população em geral, mas também em pessoas com problemas de saúde mental. A eficácia das intervenções de promoção da saúde mental, demonstrada pela evidência científica, reforça a necessidade de ação [5-8]. Assim, a promoção da saúde e bem-estar mental deve ser parte integrante das estratégias de promoção e proteção da saúde das populações, enquadrando-se na definição holística de saúde presente nos princípios da Carta de Otava (1986) e da Carta de Banguecoque (2005) [9,10].

A 65.^a Assembleia Mundial da Saúde adotou em 2012 a resolução WHA65.4 sobre a carga global das perturbações mentais e a necessidade de uma resposta abrangente e coordenada dos setores da saúde e social ao nível dos Estados Membros [17]. Foi pedido aos países que desenvolvessem e fortalecessem políticas e estratégias abrangentes que abordassem a promoção da saúde mental, a prevenção da doença mental e a identificação, prestação de cuidados, apoio, tratamento e reabilitação precoces de pessoas com doença mental [17]. No ano seguinte, foi adotado o Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020, que reconhece a saúde mental como um componente fundamental para o bem-estar dos indivíduos. Baseando-se numa abordagem do ciclo de vida, o Plano de Ação visa alcançar a equidade através da cobertura universal de saúde e salienta a importância da prevenção da doença mental [12].

No contexto europeu, a *Saúde 2020: Um enquadramento político e estratégico para o século XXI* aposta na melhoria da saúde da população e na redução de desigualdades, através de uma melhor liderança e governação em saúde [13]. A estratégia sublinha que o reforço de programas de promoção da saúde mental é altamente relevante, uma vez que 1 em cada 4 pessoas na Região Europeia apresenta algum tipo de problema de saúde mental durante a vida. O diagnóstico precoce de depressão e a prevenção do suicídio figuram como desafios importantes, sendo encorajada a implementação de programas de intervenção baseados na comunidade [13].

Neste sentido, a Ação Conjunta da União Europeia para a Saúde Mental e Bem-Estar (2013-2016) pretendeu fornecer um enquadramento para as políticas de saúde mental, assente na experiência adquirida com o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. O objetivo da Ação Conjunta foi contribuir para a promoção da saúde e bem-estar mental, a prevenção das perturbações mentais e a melhoria da prestação de cuidados e inclusão social das pessoas com perturbações mentais na Europa [14]. Deste modo, a promoção da saúde mental no local de trabalho e nas escolas eram duas das áreas prioritárias da Ação Conjunta [14].

Em 2015, os 53 países da Região Europeia da OMS acordaram, através da Declaração de Minsk, a necessidade de adotar uma abordagem de curso de vida como um passo essencial para a implementação da Estratégia Saúde 2020 e da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [15]. Nas ações prioritárias da Declaração de Minsk, surge a necessidade de promover a saúde mental e de dar resposta às perturbações mentais em todas as idades, com particular ênfase para problemas negligenciados como a depressão pós-parto e as necessidades das pessoas com demência e dos seus cuidadores [16].

No contexto nacional, a redução do impacto das perturbações mentais e a promoção da saúde mental das populações figuram na missão do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e extensão a 2020, tendo o programa estabelecido como meta para 2020 o aumento em 30% do número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, nomeadamente através da dinamização da aplicação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio e do desenvolvimento de ações de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental [16].

Dada a relação com os determinantes da saúde mental, muitas das intervenções de promoção da saúde mental ocorrem fora do setor da saúde, pelo que a primeira formulação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 previa uma componente de articulação intersectorial, privilegiando as seguintes estratégias [17]:

1. Programas para a primeira infância;
2. Programas de educação sobre saúde mental na idade escolar;
3. Políticas de emprego e de promoção da saúde mental nos locais de trabalho;
4. Programas de prevenção da depressão, ansiedade e do suicídio;
5. Políticas de luta contra a pobreza e a exclusão social;
6. Sensibilização e informação em diversos sectores.

A literacia em saúde mental pode prover conhecimento sobre promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais, facilitar o reconhecimento sobre o desenvolvimento de uma perturbação e opções de ajuda disponíveis bem como competências para ajudar outras pessoas que estão em situação de crise ou a desenvolver perturbação mental. Vários estudos demonstram uma relação forte entre literacia, nível de educação e nível de saúde, de tal forma que alguns investigadores consideram que é a literacia em saúde que liga a educação a resultados na saúde. De onde, a literacia em saúde mental é crítica para a capacitação das populações.

O período da gravidez e a entrada na parentalidade são momentos de enorme vulnerabilidade psicológica que podem ter repercussões na inter-relação com o bebê e no seu desenvolvimento.

Durante a gravidez ocorrem profundas alterações psíquicas quer na mulher quer no homem, coincidentes com a preparação para a parentalidade. Neste período, o bem-estar psicológico da grávida é determinante, pelo que o seu estado emocional deve ser vigiado, mobilizando o envolvimento do cônjuge e de outros familiares próximos [18]. Muitos dos problemas de saúde mental grávidas ou puérperas (e.g., perturbações depressivas ou da ansiedade) não são identificados por falta de vigilância ou acompanhamento inadequado [19]. Quando não são precocemente tratados, os problemas de saúde mental podem ter um impacto muito negativo nas mulheres, nas crianças e nas suas famílias, interferindo gravemente com a adaptação à maternidade e ao cuidado do recém-nascido. Esta realidade pode ter influência nos processos de decisão relativos a gravidezes futuras e apresentar consequências graves que incluem problemas de saúde física para a mãe [20], aumento do risco de complicações obstétricas [21-23], e incapacidade de cuidar de si próprias e do bebê. Assim, os problemas de saúde mental das mulheres têm um impacto grave, não apenas nelas, mas também no desenvolvimento físico, cognitivo, social, comportamental e emocional das crianças. Os problemas de saúde mental das mães aumentam o risco de dificuldades comportamentais, emocionais, sociais ou de aprendizagem dos filhos [24,25]. Deste modo, a promoção da saúde mental no período da gravidez e pós-parto é crucial para o bem-estar dos pais e o desenvolvimento saudável da criança.

Embora os efeitos da parentalidade na saúde mental dos pais tenham sido alvo de diversos estudos nas últimas décadas [26], as conclusões sobre a relação da parentalidade com a saúde mental subsequente são inconsistentes. Estudos em contextos americanos e europeus identificaram influências positivas da parentalidade na saúde mental dos pais, com menores níveis de *stress* e sofrimento como resultado, particularmente em mulheres [27,28]. Outros estudos em contexto europeu concluíram que as perturbações mentais eram menos comuns entre pais do que não-pais na Alemanha [29], e que existia uma menor probabilidade

de sintomas de ansiedade nas mulheres que eram mães quando comparadas a mulheres sem filhos, na Suécia [30]. Pelo contrário, um estudo americano mostrou que as pessoas com filhos relatavam níveis significativamente mais elevados de depressão quando comparados às pessoas que não eram pais, controlando as variáveis sociodemográficas [31]. De igual modo, outro estudo anterior havia concluído que a parentalidade estava correlacionada com o aumento dos sintomas psiquiátricos [32]. Curiosamente, nas mulheres que trabalhavam, esse efeito aumentava com o número de filhos, sendo o padrão semelhante nos homens, embora menos expressivo que nas mulheres. Os autores argumentaram que as exigências familiares e domésticas podem parecer mais avassaladoras para as mulheres do que para os homens, e mais ainda do que as exigências profissionais [32]. Nesse sentido, as políticas que promovam a conciliação da vida profissional e da vida familiar podem potencialmente favorecer a saúde mental das pessoas com filhos e contribuir para um equilíbrio saudável entre as exigências profissionais e as da parentalidade.

Embora a evidência sobre os efeitos da parentalidade na saúde mental subsequente não sejam conclusiva, existem mais certezas quanto aos efeitos entre a saúde mental dos pais e as perturbações de comportamento das crianças. A existência de uma perturbação mental num dos pais aumenta o risco de problemas de saúde mental nas crianças, manifestando-se tanto mais precocemente quanto mais graves forem os problemas de saúde mental dos pais [33,34]. Os estudos que investigaram a efeito dos pais nos problemas comportamentais das crianças concluíram que o papel dos pais, os estilos de vida, os conflitos familiares, e episódios de depressão na mãe são fatores predisponentes ao desenvolvimento de perturbações do comportamento nas crianças. De forma geral, a evidência científica sugere que existe uma elevada correlação entre as perturbações de comportamento das crianças e perturbações mentais nos pais [33], *distress* psicológico na mãe [35,36], nível baixo de saúde mental da mãe [37], crenças irracionais da mãe [38], *stress* parental [39], baixo nível de interação entre a criança e os pais [40], depressão [34,41-43] causada por problemas económicos, pressão social [44] e cultural [45], e estilos de parentalidade [46].

Deste modo, fica claro que existem fatores ambientais parentais que criam perturbações de saúde mental nas crianças. As perturbações de comportamento são a forma mais comum de reação por parte das crianças à pressão destes fatores [47]. As intervenções que visam o apoio e desenvolvimento de capacidades parentais podem, por isso, desempenhar um papel crucial na prevenção de problemas de saúde mental em crianças.

O aleitamento materno também tem benefícios significativos a longo prazo na saúde mental da criança. Um estudo australiano que seguiu os nascimentos de mais de 2.300 mulheres durante 14 anos, concluiu que o aleitamento materno durante 6 ou mais meses está positivamente associado com um bom nível de saúde e bem-estar mental das crianças e adolescentes [48]. Pelo contrário, o aleitamento materno durante menos de 6 meses era um fator predisponente de pior nível de saúde e bem-estar mental na infância e adolescência [48].

O Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial da Saúde refere no seu *Objetivo 3 – Implementar estratégias para a promoção e prevenção em saúde mental* exemplos de estratégias abrangentes para a promoção da saúde mental e a prevenção de perturbações mentais ao longo da vida, que incluem [12]:

- estimular o desenvolvimento de atributos individuais centrais em estádios de vida formativos, tais como programas para primeira infância, programas para desenvolver inter-relações seguras, estáveis e estimulantes entre as crianças e os seus pais e cuidadores;
- intervenção precoce através da identificação, prevenção e tratamento de problemas emocionais e comportamentais, particularmente na infância e adolescência;
- programas ou redes de proteção da comunidade que enfrentem o abuso infantil, bem como outras formas de violência ao nível doméstico e comunitário, e proteção social para os mais desfavorecidos.

No contexto nacional, o Plano Nacional de Saúde Mental privilegia a sua articulação intersectorial em atividades de prevenção e promoção, nomeadamente através de programas para a primeira infância, que incluem aconselhamento pré-natal, intervenção precoce, formação parental, prevenção da violência doméstica e do abuso infantil, intervenções familiares e resolução de conflitos [17].

Dada a importância dos cuidados de saúde primários nos períodos de gravidez e primeiros anos de vida, a Direção-Geral da Saúde lançou um manual dedicado à *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância* como o objetivo de capacitar estes profissionais de saúde na área da saúde mental [49]. No manual são abordadas as vivências e

transformações durante a gravidez, o parto e as relações precoces do recém-nascido. São igualmente elencados sinais e situações de risco



perturbadores do estabelecimento de relações vinculares entre os pais e as crianças, nomeadamente depressão materna e situações de violência no seio da família. O manual apresenta informação relevante e linhas orientadoras sobre a identificação precoce de situações de risco (e.g., problemas de saúde mental, comportamentos aditivos, violência familiar) bem como intervenção precoce e

ações preventivas a serem desenvolvidos durante as consultas [49].

A Direção-Geral da Saúde, através dos Programas de Apoio Financeiro, tem dedicado financiamento a vários projetos no âmbito do Programa Nacional para a Saúde Mental mas a maioria teve como população-alvo adultos ou crianças em idade escolar. Em 2019, o aviso de abertura do processo de candidatura a financiamento público a projetos no âmbito do Programa Nacional para a Saúde Mental explicita que os projetos candidatos devem concorrer “para a prossecução dos objetivos do Programa Nacional para a Saúde Mental no âmbito da promoção da saúde mental em crianças e jovens, através da sensibilização dos adolescentes para as temáticas da primeira infância e das boas práticas parentais, tendo como finalidade melhorar a literacia na área da saúde mental da primeira infância junto dos adolescentes, e contribuir para uma futura parentalidade mais ajustada” [50]. Não obstante, são conduzidas diversas intervenções, em todas as regiões de saúde, dirigidas ao desenvolvimento de competências parentais (ver ANEXOS).

As intervenções destinadas a apoiar e encorajar o desenvolvimento de competências parentais são fundamentais para quebrar ciclos transgeracionais de parentalidade desadequada e, deste modo, promover um ambiente adequado à saúde mental. Os pais que se encontram em momentos de transição, como o período pré-natal e os pais de adolescentes, são grupos que merecem particular enfoque, tal como os pais adolescentes ou com problemas de saúde mental. As intervenções de desenvolvimento de competências parentais podem incluir estratégias para melhorar o bem-estar da mãe e do bebé durante a gravidez, promover a vinculação e interações pais-criança saudáveis, desenvolver as capacidades de resolução de problemas dos pais e ajudá-los a construir o seu papel de pais.

A análise de custo-efetividade de intervenções dirigidas a pais (baseadas num programa de 8 a 12 semanas de intervenções grupais e individuais) para a prevenção de problemas de comportamento das crianças, mostrou que estes programas têm o potencial de gerar poupanças de €10,81 por criança [51]. Também foi possível demonstrar que, em Inglaterra, o investimento nestes programas é custo-efetivo: num prazo de 10 anos prevê-se que o retorno do investimento seja de cerca de €8 por cada €1 investido, variando entre os €1,08 para o sistema de saúde e os €1,78 para o sistema de justiça, podendo chegar aos €5,03 devido a benefícios globais para a sociedade, incluindo a redução do impacto de crimes violentos [51]. A poupança no setor público corresponderia a cerca de €3.922,64 por criança, incluindo €1.488,72 no sistema nacional de saúde [51].

O Programa *Triple P* – *Positive Parenting Program* – consiste em intervenções dirigidas aos pais, a múltiplos níveis, combinando uma intervenção generalista e universal com outras mais especificamente dirigidas a crianças em risco e seus pais. O objetivo geral do programa é melhorar

o conhecimento, as competências e a confiança dos pais, reduzindo assim as taxas de prevalência dos problemas de comportamento e emocionais nas crianças e adolescentes [52]. Atualmente, o programa está presente em 26 países, incluindo Portugal. Na Austrália, estima-se que o programa *Triple P* pode reduzir o número de crianças com perturbações do comportamento em 25% a 48% [53], enquanto nos EUA, se prevê que os custos deste programa possam ser recuperados no espaço de um ano através da uma redução de 10% na taxa de crianças vítimas de maus tratos e abusos [54]. Em Portugal, um estudo com 54 mães/substitutas maternas de crianças entre 3 e 12 anos, todas em risco psicossocial, residentes no concelho de Penafiel fez uma avaliação da eficácia do Programa *Triple P*. As mães que participaram no programa usavam práticas parentais mais positivas e envolviam-se mais em atividades com a criança, sentindo-se mais competentes, o que se traduzia num maior grau de satisfação e de eficácia. Reportavam também menos problemas emocionais, menos hiperatividade e menos problemas com pares nos seus filhos [55].

4 | PROJETO ADÉLIA



Em dezembro de 2018 foi lançado um projeto de apoio à parentalidade positiva, promovido pela Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens e cofinanciado pelo Programa Operacional Inclusão Social e Emprego. O *Projeto Adélia**, de apoio à parentalidade positiva e à capacitação parental, constitui-se como uma estratégia preventiva para a promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem, em consonância com a Convenção dos Direitos da Criança, que celebrou 30 anos em 2019.

O projeto destina-se a famílias e cuidadores, profissionais que trabalham com famílias, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e outras entidades com competência em matéria de infância e juventude, e à sociedade civil em geral. A implementação do Projeto Adélia abrangerá as regiões Norte, Centro e Alentejo e vigorará até 2020.

O Projeto Adélia tem como objetivos principais:

- desenvolver planos locais de promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens, garantindo estratégias de apoio a uma parentalidade positiva e responsável;
- qualificar a intervenção das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e das entidades com competência em matéria de infância e juventude;
- capacitar as famílias para o exercício de uma parentalidade positiva nas diferentes dimensões da vida familiar.

O Projeto Adélia prevê também a constituição de três Conselhos de Crianças e Jovens (um em cada região). Estes Conselhos pretendem dar voz às experiências pessoais e familiares das crianças e jovens, às suas expectativas e ao seu entendimento sobre o que é a parentalidade positiva e de que forma o Projeto Adélia pode contribuir para uma melhoria das dinâmicas familiares. Está igualmente prevista a criação de uma plataforma de recursos sobre a temática da parentalidade positiva, bem como uma linha editorial que incluirá ensaios e manuais sobre este tema.

Nota: * O nome do projeto tem origem no Pinguim-de-Adélia, uma espécie de pinguim que habita a Antártida. Este pinguim que habita na Antártida é uma das espécies mais esforçadas, trabalhadoras e comprometidas com a parentalidade: viajam milhares de quilómetros sob condições inóspitas para conseguirem estar com os seus pares, acasalar e cuidar das suas crias, e usam técnicas e estratégias de parentalidade, que vão desde o chocar do ovo em turnos repartidos até à alimentação das suas crias.

2.2 CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os termos *problemas de saúde mental* e *dificuldades de saúde mental* não são precisos e dependem do contexto em que são utilizados: saúde ou no contexto educativo. As crianças que têm problemas e que, sobretudo, externalizam problemas, tendem a ser definidas como tendo dificuldades emocionais ou de comportamento. A expressão "*dificuldades emocionais e comportamentais*" deve ser compreendida no contexto escolar e é utilizada para descrever um conjunto de dificuldades que as crianças podem demonstrar como resultado de experiências vividas na primeira infância, de relações familiares complicadas, de uma deficiente gestão das emoções, ou ainda de dificuldades de adaptação à escola [56]. Este termo inclui muitas crianças que têm ou estão em risco de vir a ter problemas de saúde mental, como crianças cuja ansiedade ou apatia afeta a sua capacidade de aprendizagem ou cujo comportamento não lhes permite permanecer sentadas e concentrar. Contudo, é importante sublinhar que nem todas as crianças com problemas de saúde mental vão necessariamente ter necessidades de educação especiais: algumas crianças muito ansiosas ou isoladas podem necessitar de apoio adicional no contexto escolar para as ajudar a ultrapassar as suas dificuldades; outras crianças podem necessitar de apoio fora da escola, sendo necessário o apoio da escola para facilitar a referenciação dessas crianças. Porém, para as crianças cujas dificuldades comportamentais estão de tal forma associadas com a sua incapacidade de concentração, de aprendizagem e de relação com os seus colegas, é necessária uma abordagem que abranja as suas necessidades educativas, emocionais, sociais e comportamentais. No contexto da escola, estas crianças podem ser definidas como tendo um problema emocional e comportamental, mas no contexto da saúde as mesmas crianças podem ser definidas como tendo uma perturbação do comportamento. Assim, o grande desafio é encontrar um território comum de intervenção eficaz.

Identificaram-se fatores de risco que afetam a saúde mental das crianças. Estes fatores de risco podem ser divididos em fatores de risco específicos da criança, fatores de risco da família e fatores de risco do contexto e dos eventos de vida (TABELA 1). Existe uma relação muito complexa entre os vários fatores de risco entre si, entre estes e a vida da criança, e os fatores de resiliência. Os fatores de risco são cumulativos, ou seja, quanto mais fatores de risco uma criança acumular, maior será a probabilidade de

desenvolver problemas de saúde mental [56,57]. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental incluem [56]:

- perdas ou separações, em resultado de morte, separação parental/divórcio, hospitalização, perda de amizades, desmembramento familiar;
- mudanças na vida, como o nascimento de um irmão, mudança de casa ou de escola;
- eventos traumáticos, como abuso, violência, acidentes, conflitos ou desastres naturais;
- aparecimento de doenças crónicas, incluindo diabetes tipo 1, esclerose múltipla, entre outras.

Porém, na presença de fatores de risco, nem todas as crianças desenvolvem problemas de saúde mental, pelo que é importante compreender os fatores protetores que permitem às crianças e jovens serem resilientes.

A evidência científica sugere que existe uma relação complexa entre fatores de risco e a promoção da resiliência nas crianças e que, quanto mais fatores de risco se acumularem, mais fatores protetores são necessários para reequilibrar a capacidade de resiliência nas crianças [56,58].

A resiliência envolve vários elementos que se relacionam, incluindo um sentido de autoestima e confiança, uma crença na capacidade em lidar com a mudança e adaptação, e uma série de abordagens de resolução de problemas sociais [58]. Existem fatores de resiliência específicos da criança, da família e do contexto (TABELA 2), estando os principais fatores relacionados com competências de comunicação da criança, o desenvolvimento de relações familiares estáveis, seguras e protetoras, e com a existência de uma comunidade com redes de suporte, escolas inclusivas e capazes de apoiar os alunos não apenas do ponto de vista escolar mas extracurricular (TABELA 2). Estes ambientes protetores são capazes de promover as autoestima das crianças, ao mesmo tempo que fornecem uma forte rede de suporte quando estão presentes fatores de risco.

A escola, enquanto espaço onde as crianças e jovens passam grande parte do seu tempo e estabelecem as suas amizades, assume um papel crucial na promoção da saúde das crianças, particularmente da sua saúde mental, e no desenvolvimento das suas competências socioemocionais.

TABELA 1 | Fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental nas crianças.

FATORES DE RISCO DA CRIANÇA	FATORES DE RISCO DA FAMÍLIA	FATORES DE RISCO DO CONTEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades de aprendizagem • Dificuldades de comunicação • Atraso no desenvolvimento • Influência genética • Doença física, particularmente doença crônica ou neurológica • Insucesso escolar • Baixa autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflito parental • Desmembramento familiar • Disciplina inconsistente ou inexistente • Relações hostis ou de rejeição • Inadaptação às necessidades de mudança da criança • Abuso físico, sexual ou emocional • Doença psiquiátrica parental • Perturbação da personalidade • Consumo de álcool e drogas • Criminalidade • Perda ou morte, incluindo perda de amizades 	<ul style="list-style-type: none"> • Desvantagem socioeconômica • Privação de habitação • Desastres naturais e conflitos • Discriminação • Violência

Adaptado de: DfEE (2001) [56]

TABELA 2 | Fatores de resiliência para a saúde mental das crianças.

FATORES DE RESILIÊNCIA DA CRIANÇA	FATORES DE RESILIÊNCIA DA FAMÍLIA	FATORES DE RESILIÊNCIA DO CONTEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • Relações seguras na infância • Sexo feminino • Atitude positiva • Boas competências de comunicação • Sentido de humor • Crença religiosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Boa relação com pelo menos um progenitor • Relações de afeto • Disciplina clara • Apoio na educação • Relações mantidas de apoio/ausência de conflitos familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Redes de suporte social • Boas condições de habitação • Boas condições de vida • Escolas inclusivas, com atitudes positivas e de combate ao <i>bullying</i> e à discriminação • Escolas com apoio acadêmico e não acadêmico • Oferta de atividades de lazer/desportivas

Adaptado de: DfEE (2001) [56]

O Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020 enuncia algumas intervenções de promoção e prevenção em saúde mental na área das escolas [59]:

- programas para melhorar a autoestima e as competências de vida em crianças e jovens, através dos *currícula* e da melhoria dos ambientes escolares;
- formação de professores, para melhorar a deteção de problemas e o correto encaminhamento, de acordo com a gravidade;

- ensino de estratégias cognitivas para crianças em risco, que poderão reduzir sintomas depressivos, comportamentos disruptivos e consumo de substâncias, melhorando o desempenho escolar;
- programas estruturados de prevenção do suicídio nas escolas.

A saúde mental e as competências socioemocionais são uma das áreas de intervenção do Eixo da *Capacitação* do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) [60]. Porém, como mostrou a análise presente no relatório **GERAÇÕES MAIS SAUDÁVEIS** do Conselho Nacional de Saúde, no ano letivo 2016/17, apenas 18,8% dos alunos abrangidos pelo PNSE fo-

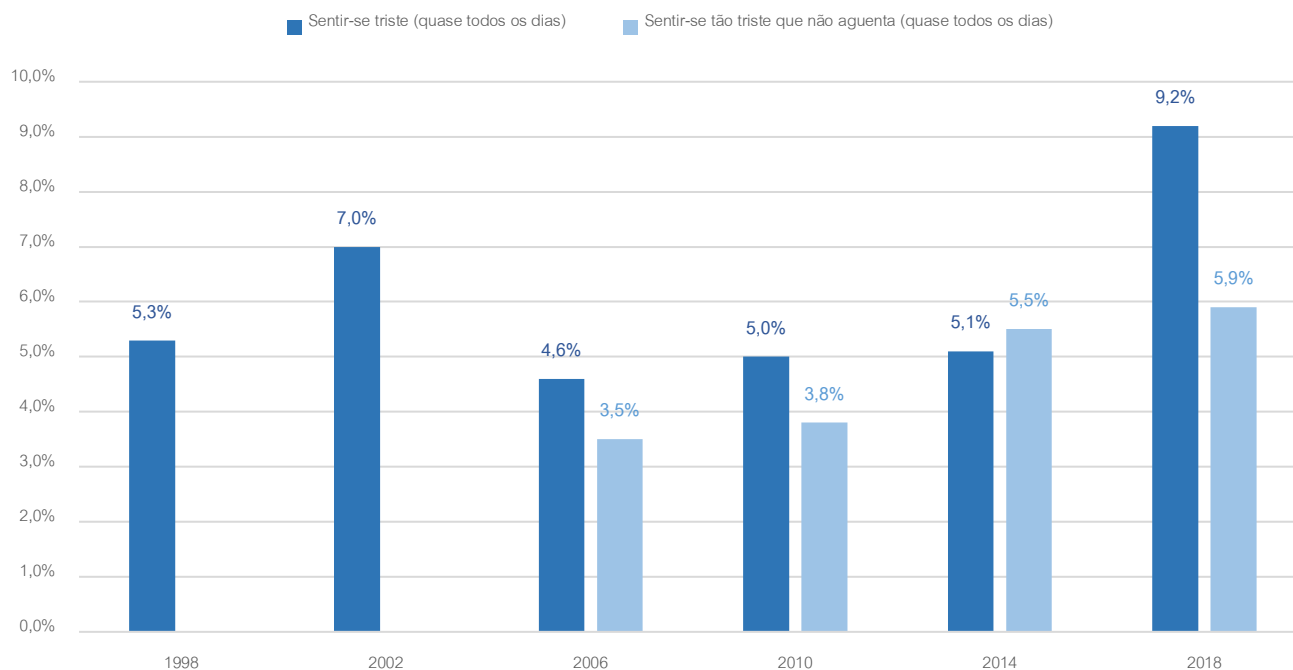
ram alvo de intervenções nesta área [61]. A maioria destes alunos frequentava o 3.º ciclo do ensino básico (22,4%), tendo as percentagens mais baixas sido registadas no ensino secundário (16,4%) e pré-escolar (16,6%) [61]. Foi a região do Algarve que registou a menor percentagem de alunos alvo de intervenções na área da saúde mental/competências socioafetivas (13,0%), enquanto a região do Alentejo registou a percentagem mais elevada (21,1%) [61].

Os dados do estudo *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) ajudam a traçar um retrato de alguns riscos psicossociais nas escolas portuguesas. Realizado regularmente em vários países, a amostra portuguesa inclui jovens a frequentar os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade em Portugal continental [62]. A análise evolutiva dos resultados mostra que a saúde mental é um problema relevante nos alunos portugueses, que apresentam sintomas de mal-estar, por vezes mesmo tristeza extrema, desregulação emocional e preocupações intensas [62]. Em 2018, 9,2% dos jovens inquiridos disseram sentir-se tristes quase todos os dias e 5,9% revelaram tristeza extrema, os valores mais altos alguma vez reportados nas várias edições do estudo (FIG. 23). Apesar de a grande maioria (81,7%) dos adolescentes inquiridos se considerar feliz, na edição mais recente do estudo (2018), 27,6% dos adolescentes sentia-se preocupado todos os dias, várias vezes por dia, 27,6% referia que nunca ou quase nunca sente que as coisas lhe correm como queria, e 26,2% nunca ou quase nunca se sentia confiante com a sua capacidade para

lidar com problemas pessoais [62]. Estes resultados mostram a importância de intervenções, dirigidas a crianças e adolescentes, que promovam a gestão e autorregulação das emoções, a resolução de problemas e a autoconfiança [63,64].

O *bullying* pode definir-se como um padrão de comportamento que reúne três características: intenção, repetição e poder [65]. Um provocador tem a intenção de causar dor, quer através de lesão física quer através de ofensas verbais ou comportamentos provocadores, e fá-lo de forma repetida [65]. Os rapazes estão em maior risco de sofrer *bullying* físico e as raparigas têm maior probabilidade de sofrer *bullying* psicológico [65]. Num relatório recente, a UNICEF estimava, com recurso a dados oficiais, que entre 31% e 40% dos adolescentes portugueses com idades entre os 11 os 15 anos foram intimidados na escola pelo menos uma vez nos últimos dois meses, o que colocava Portugal como o 15.º país com mais relatos de *bullying* entre países da Europa e da América do Norte [66].

O estudo HBSC 2018 mostrou também que 90,0% dos adolescentes refere que nunca provocaram/fizeram *bullying* nos últimos 2 meses na escola e 81,2% refere que nunca foi vítima de provocação/*bullying*, mostrando que mais jovens se assumem como vítimas do que como provocadores de *bullying* [62]. Além disso, 94,6% dos adolescentes refere que nunca provocou com recurso a tecnologias (*cyberbullying*) e 91,8% refere que nunca foi vítima de *cyberbullying* [62].



Fonte: HBSC [62]

FIG. 23 | Evolução dos resultados do estudo HBSC relativamente a sentimentos auto-reportados de tristeza e de tristeza extrema.

A violência entre pares também foi analisada no estudo HBSC. No ano 2018, 72,6% dos adolescentes referiram nunca ter participado em lutas no último ano, enquanto 22,8% e 4,6% referiram ter participado 1 a 3 e 4 ou mais vezes, respetivamente [62]. Entre os que referiram ter participado em lutas, a maioria (59,7%) afirmou que estas tiveram como palco a escola [62]. Finalmente, 19,6% dos adolescentes que frequentavam o 8.º e 10.º anos de escolaridade referiram ter tido comportamentos auto-lesivos pelo menos uma vez no último ano [62].

Os resultados do estudo HBSC sublinham a importância crucial de intervenções de promoção e educação para a saúde nas escolas, particularmente focadas na prevenção da violência e do *bullying*, assim como no desenvolvimento de competências socioemocionais que possam estimular a autoestima, a resolução pacífica de problemas e o convívio saudável entre pares.

Outra realidade que deve merecer atenção no âmbito da promoção da saúde mental são as instituições de ensino superior. Um inquérito recente dedicado ao estigma em saúde mental, com 1.092 questionários validados, revelou que 42,7% dos estudantes universitários portugueses já tiveram experiência de doença mental em algum momento da sua vida e que 16,8% dos inquiridos estavam diagnosticados com uma doença

mental, havendo uma maior prevalência entre as mulheres (17,6%) em comparação com os homens (11,3%) [67]. O inquérito mostrou ainda que 51,1% dos alunos disseram que têm colegas ou amigos a quem foi diagnosticada uma doença mental [67]. Um outro estudo, que envolveu uma amostra de 300 estudantes, concluiu que 17,4% dos universitários apresentavam sintomatologia depressiva clinicamente significativa [68]. As instituições de ensino superior em Portugal devem, à semelhança das escolas, desenvolver intervenções que promovam a saúde mental da comunidade académica e forneçam o apoio e suporte necessários aos estudantes em risco.

Existem por todo o país diversas intervenções de promoção da saúde dirigidas à comunidade, particularmente a crianças e jovens, e que incluem a saúde mental e o desenvolvimento de competências socioemocionais. Grande parte destas ações são levadas a cabo no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar mas muitas são intervenções limitadas no tempo e de alcance reduzido, mesmo no contexto dos vários Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Porém, estas intervenções representam o esforço realizado a nível local para desenvolver a promoção da saúde mental junto da comunidade, em conjunto com parceiros locais (ver [ANEXOS](#)).

5 | GASMI – GRUPO DE APOIO À SAÚDE MENTAL INFANTIL



O Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI) é um programa de âmbito regional, desenvolvido pela Administração Regional de Saúde (ARS) Algarve, que visa proporcionar cuidados de saúde diferenciados e de proximidade na área da saúde mental infantil. Os GASMI foram criados ao abrigo de um protocolo entre a ARS Algarve, a ARS de Lisboa e Vale do Tejo e o Hospital Dona Estefânia (Centro Hospitalar de Lisboa Central) realizado em 2001, e revisto em 2014, com os seguintes objetivos:

- Proporcionar um atendimento diferenciado e comunitário na área da Saúde Mental Infantil;
- Observar, avaliar e intervir junto de crianças que apresentem alterações do foro da saúde mental I e respetivas famílias;
- Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção da Saúde Mental Infantil dirigidos às famílias e comunidade.

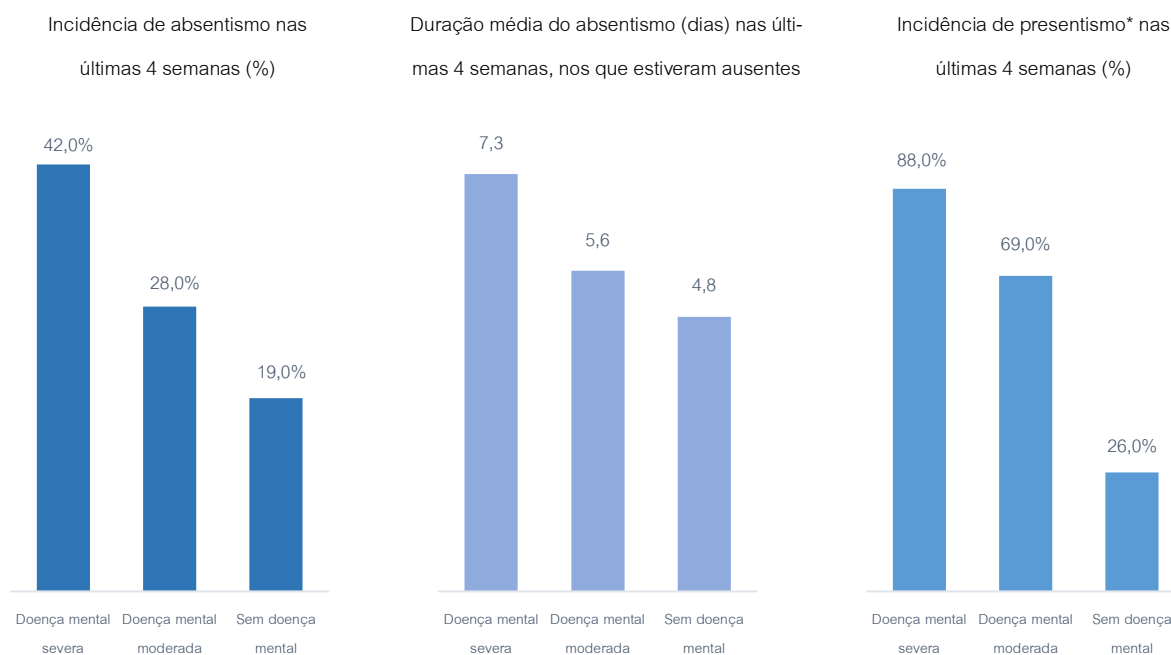
Este programa é dirigido a crianças dos 3 aos 12 anos e respetivas famílias, que apresentem alterações de foro comportamental, emocional e/ou social, inscritos nos três ACES da região do Algarve. Os GASMI garantem a acessibilidade e a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados da área da saúde mental infantil, diagnosticar situações psicopatológicas e de risco e implementar atempadamente estratégias preventivas e terapêuticas

As Equipas multidisciplinares são constituídas por cerca de 70 profissionais das unidades de saúde da região Algarve – Pediatras, Médicos de Medicina Geral e Familiar, Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos de Serviço Social, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da Fala e Fisioterapeutas – e são supervisionadas por Psiquiatras da Infância e da Adolescência do Hospital Dona Estefânia, que se deslocam periodicamente à região. Nos últimos 18 anos, estas equipas têm promovido o desenvolvimento de programas de prevenção e promoção, dirigidos a famílias de risco com crianças pequenas, utilizando visitas domiciliárias e centrados na promoção de competências parentais em todo o território algarvio.

2.3 IDADE ADULTA E LOCAL DE TRABALHO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 264 milhões de pessoas em todo mundo sofram de depressão, e muitas delas apresentam igualmente sintomas de ansiedade [69]. A OMS estima que as perturbações depressivas e da ansiedade custem à economia global cerca de 1 bilhão de dólares americanos (*US\$1 trillion*) devido a perdas de produtividade [69]. A maioria das pessoas é afetada por um problema de saúde mental ao longo da sua vida, que pode ir desde um episódio ligeiro de depressão ou ansiedade – permitindo a continuação da atividade produtiva, embora com perdas de produtividade e absentismo – a condições mais graves, com consequências em termos de incapacidade. Se é verdade que a situação de desemprego é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, também um ambiente laboral negativo pode contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde físicos e mentais, abuso de substâncias, absentismo e perda de produtividade [69].

Na FIG. 24 são apresentados os resultados de absentismo e presentismo (estar presente no local de trabalho, mas com menor produtividade), assim como a duração do absentismo, de acordo com nível de saúde mental para a média de 21 países da OCDE [70]. Em média, 42,0% dos trabalhadores com doença mental severa e 28,0% com doença mental moderada tinham faltado ao trabalho nas últimas quatro semanas. Entre os trabalhadores sem doença mental, 19,0% tinham estado ausentes nas últimas quatro semanas. Dos trabalhadores com doença mental severa que reportaram absentismo, em média faltaram 7,3 dias [70]. Nos trabalhadores com doença mental moderada que faltaram ao trabalho, este absentismo foi de 5,6 dias. Existia ainda um padrão mais acentuado naqueles que, embora a trabalhar, viram a sua produtividade diminuir. A incidência de presentismo nas últimas quatro semanas era mais de três vezes superior nos que tinham doença mental severa do que nos que reportavam a inexistência de doença mental [70].



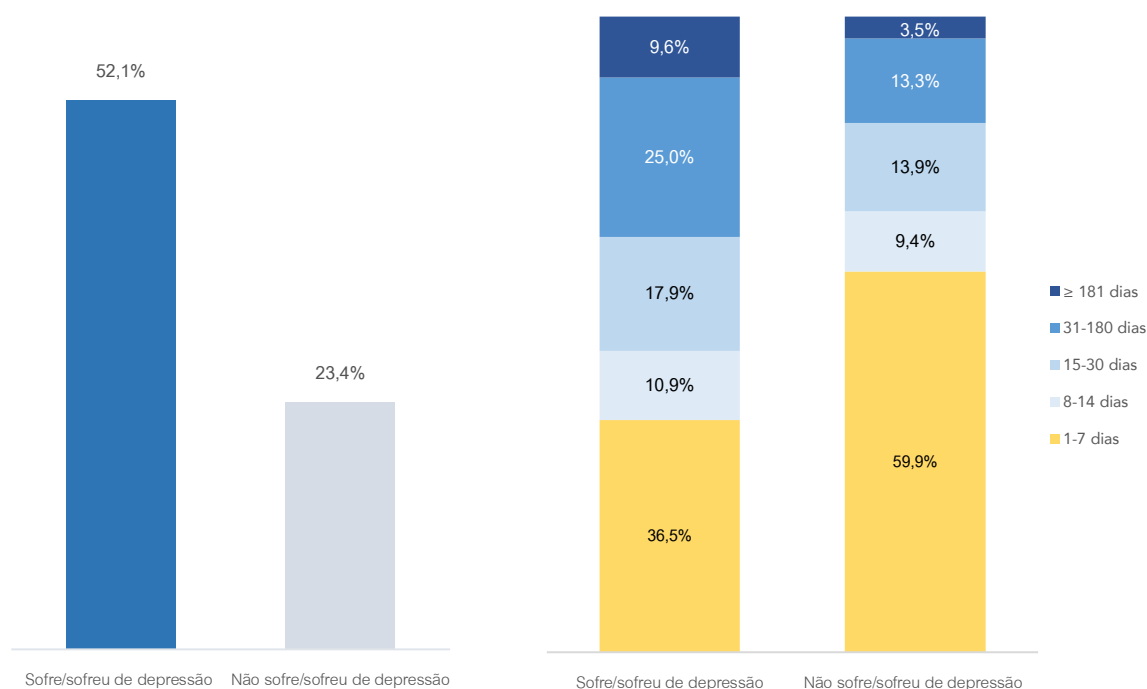
Nota: *Referiram sofrer de menor produtividade devido a problema emocional ou físico.

Fonte: OCDE [70]

FIG. 24 | Incidência de absentismo e presentismo, e duração do absentismo de acordo com nível de saúde mental, OCDE, 2010.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014, em Portugal, entre as pessoas que tinham reportado ter depressão nos últimos 12 meses, a ausência ao trabalho devido a problemas de saúde, mental ou não, situava-se nos 52,1%, mais do dobro do que as pessoas que não reportaram depressão (FIG. 25). Nestas, o absentismo era de 23,4%. De

entre as que faltaram, as pessoas que reportaram depressão, reportam também frequências de ausência ao trabalho mais demoradas: nas que tiveram depressão, a ausência ao trabalho foi superior a 30 dias em 34,6% dos casos, face a 16,8% nas que não tiveram (FIG. 25).



Análise própria com base em INE (2014) [71]

FIG. 25 | Ausência ao trabalho devido a problemas de saúde e número de dias de absentismo, de acordo com a presença ou ausência de depressão, nos últimos 12 meses, Portugal 2014.

Quem sofre de problemas de saúde mental pode ser alvo de discriminação, estigma e vitimização que, por sua vez, podem limitar o acesso ao mercado de trabalho de uma forma igualitária. Assim, aqueles que têm problemas de saúde mental podem estar limitados à partida, pela sua condição, na participação no mercado de trabalho. No entanto, também o desemprego pode levar a problemas de saúde mental, uma vez que pode significar perda de autoestima, aumento do estigma social, diminuição do contacto social, menor satisfação com a vida e perda de rendimento que podem afetar o bem-estar psicológico. Na verdade, é difícil distinguir a direção da relação entre estas duas variáveis, mas alguns estudos longitudinais e devidamente ajustados, permitiram inferir sobre a existência de causalidade, concluindo-se que o desemprego tem efeitos negativos sobre a saúde mental e que a perda de trabalho involuntária está relacionada com menores níveis de saúde e sintomas de depressão [72].

Por sua vez, este desemprego pode implicar uma perda e instabilidade nos rendimentos. A doença mental severa pode estar associada a uma redução do rendimento na ordem dos 0,8% [73]. De facto, desenvolvimento de doença mental pode aumentar a vulnerabilidade, quer pela diminuição de rendimentos disponíveis provenientes do trabalho, quer também pela maior exposição a despesas catastróficas em saúde. Não existem muitos estudos que olhem para a relação entre as despesas catastróficas em saúde e a saúde mental. No entanto, um estudo realizado na Índia demonstrou que 49,5% dos pagamentos diretos feitos pelas pessoas com doenças do foro psiquiátrico advinha de empréstimos e 38% de rendimentos e poupanças [74].

O Plano Nacional de Saúde Mental, na sua proposta de extensão a 2020, fornece alguns exemplos de intervenções de promoção e prevenção em saúde mental na área do trabalho [59]:

- a) programas de apoio a pessoas desempregadas ou com tempo de trabalho reduzido, que apresentam maior risco de problemas de ansiedade, depressão, alcoolismo, conflitos familiares e suicídio;
- b) programas de redução de *burnout* e *stress* ocupacional para trabalhadores em risco;
- c) programas de acompanhamento na fase de pré-reforma para a prevenção da depressão nos indivíduos mais idosos.

O documento sublinha ainda que, a estes programas, destinados à população em geral, devem associar-se programas e estratégias que visem a promoção da recuperação e bem-estar de pessoas com problemas de saúde mental de todas as idades, eliminando a discriminação e as barreiras à participação no trabalho, na educação e na vida social [59]. Esta abordagem é particularmente importante para reduzir as desigualdades nos fatores de risco psicossocial e no acesso aos serviços de saúde mental, fortalecendo a resposta às populações mais vulneráveis (e.g. pessoas sem-abrigo, vítimas de violência, migrantes e refugiados) [59].

Recentemente, a OMS incluiu, na sua classificação de doenças, a entidade designada por *burnout*, com efeitos a partir de 1 de Janeiro de

2022. Esta entidade, reconhecida na clínica há muito tempo, caracteriza-se por elevada exaustão física e emocional, elevada despersonalização e baixa realização profissional, que conduz à erosão dos valores pessoais, profissionais e de saúde [75]. Esta condição tem recebido uma crescente atenção pelo reconhecimento crescente da sua prevalência, nomeadamente em profissionais de saúde. Um estudo feito em Portugal, com uma amostra de 1.262 enfermeiros e 466 médicos, revelou que, entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram níveis moderados *burnout* e 47,8% níveis elevados *burnout*, não havendo diferenças significativas entre as duas profissões [75]. Os níveis de *burnout* não diferiram significativamente entre Hospitais, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Saúde Familiares, tendo a má qualidade das condições de trabalho sido identificada como o melhor preditor do *burnout*. Também os professores são uma profissão com elevado risco de *burnout*, tendo um estudo recente estimado que mais de 60% dos professores portugueses sofrem de exaustão emocional, uma das características do *burnout* [76].

6 | UMA MUDANÇA NECESSÁRIA

A saúde mental nos locais de trabalho tem constituído o objeto de vários estudos e reflexões. A título de exemplo, o programa *Mind at Work*, promovido pela Associação Encontrar-se – Associação para a Promoção da Saúde Mental, cofinanciado pela Direção-Geral da Saúde e com o apoio da Câmara Municipal de Vila Verde, *People for Success (P4S)* e da *Porto Business School*, pretende desenvolver um modelo que promova a abordagem das questões da saúde e do bem-estar no local de trabalho. Para o efeito, foram desenvolvidas várias ações dedicadas à conciliação da vida profissional com a vida familiar, gestão de conflitos, relações interpessoais, e também à saúde mental, nomeadamente sa-



ber identificar sinais e sintomas de problemas de saúde mental e desenvolver competências para saber pedir ajuda ou ajudar quem precisa [77]. O programa conta com a participação de 119 trabalhadores da Câmara Municipal de Vila Verde que aceitaram integrar o projeto, incluindo membros do executivo. No âmbito do programa, 28% referiram ter passado ou estar a passar por um problema de saúde mental.

Este tipo de programas mostram a necessidade de a saúde mental ser considerada como uma preocupação por parte dos empregadores no sentido de desenvolver ambientes de trabalho mais saudáveis e onde as pessoas se sintam confortáveis para falar da sua saúde mental. Um inquérito de 2018 levado a cabo por uma consultora internacional concluiu que apenas 41% dos empresários portugueses inquiridos têm uma estratégia definida para lidar com os problemas de saúde dos seus trabalhadores, uma percentagem inferior ao estudo conduzido em 2016 (53%), mas em linha com os resultados nos países da Europa ocidental [78]. Apesar de 89% dos inquiridos reconhecerem a relação positiva entre a saúde e o desempenho profissional, os orçamentos limitados e a falta de recursos são apontadas como as principais barreiras para a implementação de programas de saúde nas empresas [78].

Os empregadores estão lentamente a ganhar consciência do papel da promoção da saúde e bem-estar dos seus trabalhadores nos resultados das empresas, na produtividade e nos seus negócios. Gabinetes de aconselhamento, flexibilidade de horários, promoção da conciliação da vida pessoal ou atividades lúdicas de redução do *stress* são exemplos de ações que podem ajudar a motivar os trabalhadores e, com isso, a mudar a cultura do sistema laboral.

2.4 IDOSOS

A esperança média de vida em Portugal tem aumentado de forma constante nas últimas décadas. Em 2018, a esperança média de vida à nascença em Portugal era de 77,78 anos para os homens e de 83,43 para as mulheres, registando as regiões Norte, Centro e Área Metropolitana de Lisboa, valores acima da média nacional (TABELA 3). Aos 65 anos, um homem português esperava viver em média 17,58 anos e uma mulher 20,88 anos, voltando a registar-se valores acima da média nacional nas regiões Norte, Centro e Área Metropolitana de Lisboa e também, nas mulheres, na região do Algarve (TABELA 3).

A população portuguesa está a envelhecer e o processo de envelhecimento demográfico acentuar-se-á, não só pela redução da proporção de jovens na população total, mas também pelo aumento da proporção de

população com 65 ou mais anos. A população mais idosa, com 65 ou mais anos de idade, poderá passar de 2,2 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2018 e 2080, atingindo o valor mais elevado em 2048 (FIG. 26).

Os serviços devem estar preparados para a demanda crescente por cuidados de saúde a uma população com múltiplas doenças crónicas, progressivamente dependente e onde a prevalência de demência poderá duplicar.

A demência é uma doença crónica, progressiva, com deterioração da memória, das capacidades cognitivas, do comportamento e da capacidade de desempenhar as atividades quotidianas. A OMS estima que a prevalência de demência possa triplicar até 2050, e sendo Portugal um país cada vez mais envelhecido, este será um importante desafio do país no futuro próximo (ver

1.1 | CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA).

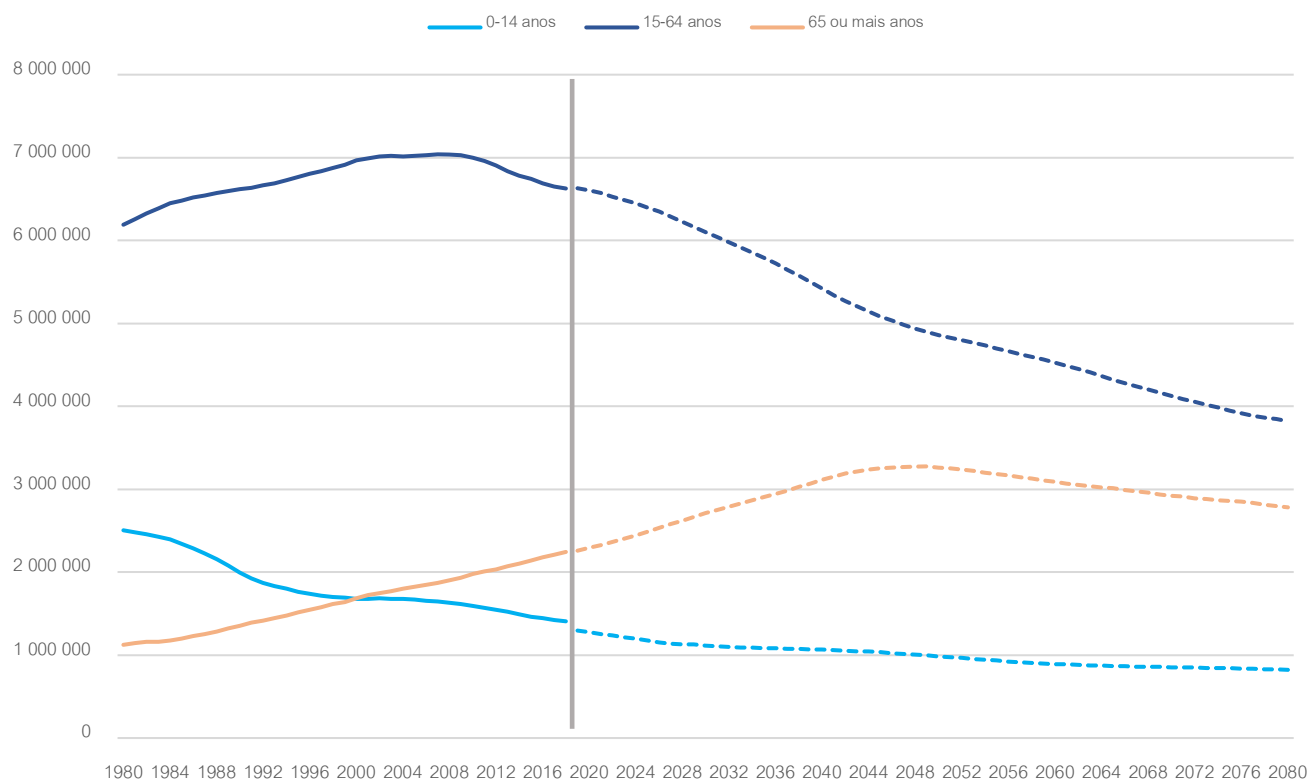
TABELA 3 | Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos, NUTS III, triénio 2016-2018.

	Nascença		65 anos	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Norte	78,25	83,77	17,92	21,01
Centro	78,16	83,74	17,82	21,14
Área Metropolitana de Lisboa	77,99	83,49	17,91	21,37
Alentejo	77,31	82,90	17,35	20,70
Algarve	76,46	83,14	16,92	21,09
Açores	74,26	81,31	15,07	18,93
Madeira	74,34	81,44	15,09	19,37
PORTUGAL	77,78	83,43	17,58	20,88

Fonte: INE

O estado de saúde mental na população mais idosa, tal como a da população em geral, é influenciado por uma diversidade de fatores. A aposentação pode ser encarada como uma oportunidade para atividades para as quais a vida profissional não permitia disponibilidade. Porém, esta fase pode significar para muitas pessoas uma redução do seu rendimento, uma rutura com a sua rede de suporte social, alterações negativas na autoimagem, e o reconhecimento da proximidade da morte [79].

As alterações físicas provocadas pelo envelhecimento e as doenças crónicas que naturalmente surgem com o avançar da idade podem ter um impacto muito significativo no bem-estar psicológico e social das pessoas mais velhas. A incapacidade, muitas vezes com redução da mobilidade, provocada por algumas doenças, podem diminuir os contactos sociais das pessoas idosas e serem potenciadoras de problemas de saúde mental. A literatura científica identifica algumas variáveis associadas



Fonte: INE

FIG. 26 | População residente por grandes grupos etários, Portugal, 1980-2018 (estimativas) e 2019-2080 (projeções).

a um risco aumentado de problemas de saúde mental nos idosos, incluindo o nível educacional mais baixo, baixo rendimento e baixa literacia em saúde [80].

As redes de apoio e suporte social estão associados a um melhor estado de saúde. Mudanças nestas redes podem afetar os mais idosos de várias formas, incluindo a sua saúde mental. Muitas pessoas, em determinada altura da vida, podem tornar-se cuidadoras de outras pessoas, muitas vezes familiares incapacitados ou com diminuição das suas faculdades mentais. Embora esta eventualidade não constitua em si um risco para problemas de saúde mental, vários estudos em cuidadores mostram que os sintomas depressivos são frequentes em cuidadores de pessoas com doença mental e em mulheres cuidadoras de pessoas com demência [81]. Esta situação agrava-se quando não existem redes de apoio social a estas pessoas. Os cuidadores conjugais têm um risco particularmente elevado de sentimentos de solidão e de apoio social reduzido. Em comparação com os que beneficiam de uma boa rede de suporte social, os cuidadores conjugais que expressam sentimentos de solidão e exaustão têm maior risco de ter sintomas depressivos [79]. Também a viuvez constitui um risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental, quer

em homens quer em mulheres idosas. Um estudo que acompanhou mulheres idosas durante um período de oito anos, comparou as que enviuvaram no decurso do estudo com as que eram solteiras ou casadas, e notou que, embora se observasse deterioração da saúde física e mental relacionada com a idade nos dois grupos, as mulheres que enviuvaram revelaram uma deterioração mais marcada da sua saúde mental quando comparadas com as restantes [82].

Também a solidão representa um importante risco psicossocial nas pessoas idosas. A solidão pode definir-se como um sentimento desconfortável de falta ou perda de companhia, ou alguém sentir-se desconfortável sozinho [83]. Embora frequentemente confundida com isolamento social, a solidão não pode ser considerada um resultado direto das circunstâncias sociais [80]. A solidão na fase avançada da vida pode representar um problema, uma vez que está associada a depressão e suicídio [84,85]. Os determinantes da solidão incluem por exemplo a idade, o género, o estado de saúde, o estatuto socioeconómico ou a existência de redes de suporte [84,80].

A depressão é mais comum em mulheres, e esse risco não muda entre os mais idosos [86]. Outros fatores de risco para depressão nas pessoas

idosas incluem ser viúvo ou solteiro, eventos traumáticos (incluindo doença física) e uma fraca rede de apoio [87]. A depressão é, por sua vez, o principal fator de risco para o suicídio. As pessoas com mais de 65 anos registam as taxas de suicídio mais elevadas (ver 1.1 | CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA). Tal como se observa em todas as idades, também nos idosos o risco de suicídio é maior nos homens.

A promoção da saúde nos idosos deve ser uma componente importante de qualquer estratégia de promoção da saúde da população ao longo do ciclo de vida, desenvolvendo não apenas a capacitação individual mas também a capacitação da comunidade, de acordo com os princípios basilares da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde dirigidas aos mais idosos ganham especial relevância devido ao envelhecimento acelerado da população portuguesa, tornando a promoção da saúde mental necessariamente uma componente crucial dessas ações.

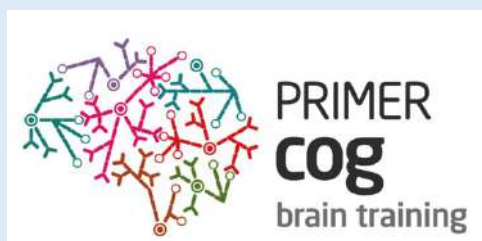
Há suporte científico para muitas intervenções dirigidas à promoção da saúde mental dos idosos, mais concretamente os programas de estimulação cognitiva [88]. O combate às causas de deterioração cognitiva associada à idade envolve programas de estimulação cerebral (*brain fitness*) que melhoram a atividade dos neurotransmissores, desencorajam os comportamentos compensatórios de má adaptação, e melhoram a perceção auditiva e visual [88].

A promoção da saúde mental nos idosos deve ter como objetivo primordial estimular a sua autonomia e a sua qualidade de vida. A colaboração interdisciplinar, a formação de pessoal especializado, o estabelecimento de parcerias intersectoriais e o envolvimento da comunidade são elementos essenciais para o sucesso destes programas, com vantagens para o indivíduo e a comunidade.

7 | ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS

BRAIN ON TRACK PORTO

Em desenvolvimento desde 2012 por uma equipa multidisciplinar de neurologistas, neuropsicólogos e engenheiros informáticos, com suporte científico do Instituto de Saúde Pública e Faculdade Medicina da Universidade do Porto, o *Brain on Track* é uma estratégia inovadora para a identificação dos doentes com suspeita de deterioração cognitiva e demência. Assenta num teste cognitivo computadorizado, que pode ser realizado pelo doente sem apoio de um profissional, inclusivamente a partir de casa, e clinicamente validado para a deteção de défice cognitivo. Encontra-se em utilização em larga escala desde 2014 para monitorização da coorte de base populacional EPIPorto [89,90]. Planeia-se a sua utilização ao nível dos cuidados de saúde primária, a fim de auxiliar na identificação e referenciação de doentes para consultas hospitalares.



primerCOG COIMBRA

Numa das regiões mais envelhecidas do país, estão no terreno diversas iniciativas dedicadas ao envelhecimento saudável e à promoção da saúde mental na população idosa. A estimulação cognitiva das pessoas idosas com ou sem défice cognitivo é o âmbito do primerCOG – *Plataforma de estimulação, manutenção, monitorização e reabilitação cognitiva*. A decorrer desde 2015, este projeto utiliza uma plataforma Web, desenvolvida com o suporte científico do Centro de

Neurociências de Coimbra, que visa contribuir para um envelhecimento saudável, uma manutenção da funcionalidade e consequente melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos idosos. Dirige-se a: idosos cognitivamente saudáveis (apenas com as alterações cognitivas associadas ao processo normal de envelhecimento) que poderão potenciar as suas capacidades cognitivas, melhorar a sua reserva cognitiva e retardar o declínio cognitivo resultante do processo de envelhecimento; idosos com défice cognitivo ligeiro enquadrados em programas de intervenção específicos. A intervenção em idosos com défice cognitivo ligeiro pode contribuir para a redução da taxa de conversão para demência.

Mais informações sobre outras iniciativas na região Centro:

http://www.ccdrc.pt/index.php?option=com_docman&view=download&alias=4505-boas-praticas-281218-red&category_slug=2018&Itemid=739

2

PROMOVER A SAÚDE MENTAL

- É necessário promover a componente positiva da Saúde Mental e integrar a promoção da saúde e do bem-estar mental nas estratégias de promoção e proteção da saúde da população, de forma abrangente e intersectorial, envolvendo áreas como a saúde, o setor social, a educação, as políticas de emprego e locais de trabalho, a justiça, entre outros.
- O diagnóstico precoce de depressão e a prevenção do suicídio figuram como desafios importantes, a nível europeu, sendo encorajada a implementação de programas de intervenção baseados na comunidade.
- O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e extensão a 2020 estabeleceu como meta para 2020 o aumento em 30% do número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, incluindo a implementação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.
- Na área da parentalidade e primeira infância, a evidência científica demonstra que existem fatores ambientais parentais que geram problemas de saúde mental nas crianças, o que sugere que as intervenções de apoio e desenvolvimento de competências parentais podem ter um papel importante na prevenção destes problemas.
- Os alunos portugueses apresentam sintomas de mal-estar, por vezes tristeza extrema, desregulação emocional e preocupações intensas. Adicionalmente, Portugal é um dos países com mais relatos de *bullying* na Europa e América do Norte. Ambas as situações demonstram a importância de se desenvolverem intervenções, dirigidas a crianças e adolescentes, que promovam o desenvolvimento de competências socioemocionais e de prevenção da violência e do *bullying*.
- Tal como as escolas, as instituições de ensino superior em Portugal também devem desenvolver intervenções que promovam a saúde mental da comunidade académica e forneçam o apoio e suporte necessários aos estudantes em risco.
- Também no local de trabalho, começa-se lentamente a ganhar consciência do papel da promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores nos resultados das empresas, na produtividade e nos seus negócios. Gabinetes de aconselhamento, flexibilidade de horários, promoção da conciliação da vida pessoal ou atividades lúdicas de redução do *stress* são exemplos de ações que podem ajudar a motivar os trabalhadores.
- As alterações físicas provocadas pelo envelhecimento e as doenças crónicas que surgem com a idade avançada podem ter um impacto muito significativo no bem-estar psicológico e social das pessoas idosas. Em Portugal, as taxas de suicídio mais elevadas registam-se nas pessoas com mais de 65 anos. A promoção da saúde mental neste grupo etário deve ter como objetivo primordial estimular a autonomia e a qualidade de vida. A colaboração interdisciplinar, a formação de pessoal especializado, o estabelecimento de parcerias intersectoriais e o envolvimento da comunidade são elementos essenciais para o sucesso destes programas, com vantagens para o indivíduo e a comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Caldas de Almeida J. A *saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2018.
2. Korkela J. *Measuring aspects of mental health*. Helsinki: Stakes; 2000.
3. Santos J, Santos AJ, Dias CM. *Sofrimento psicológico na população portuguesa em 2004 e 2014: resultados do estudo ECOS*. *Boletim Epidemiológico Observações*. 2015; 4(14):111–13. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3224/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N14_2015_artigo3.pdf
4. Santos AJ, Kislaya I, Gil AP, Namorado S, Barreto M, Gaio V, Nunes, B, Dias CM. O *distress psicológico – prevalência e fatores associados na população residente em Portugal em 2015: resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico*. *Boletim Epidemiológico Observações*. 2017; 6(19):4-7. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4862/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N19_2017_artigo1.pdf
5. Keyes CLM. Complete mental health: An agenda for the 21st century. In Keyes CLM, Haidt J. *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived*. Washington, DC: American Psychological Association Press; 2003.
6. Organização Mundial da Saúde. *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Summary Report. A report of the World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht*. Genebra: OMS; 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43027>
7. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. In E Jané-Llopis, MM Barry, C Hosman & V. Patel (Eds). *The evidence of mental health promotion effectiveness: strategies for action. Promotion and Education*, 2005; Suppl 2:9-25, 61, 67.
8. Keleher H & Armstrong R. *Evidence-based Mental Health Promotion Resource*. Melbourne: Department of Human Services and VicHealth; 2005. Disponível em: <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/Evidence-based-mental-health-promotion-resource--entire-resource>
9. Organização Mundial da Saúde. *Ottawa Charter for Health Promotion*; 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
10. Organização Mundial da Saúde. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*; 2005. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1
11. 66.ª Assembleia Mundial da Saúde. *Resolution WHA65.4: The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/WHA65.4_resolution.pdf
12. Organização Mundial da Saúde. *Mental health action plan 2013-2020*. Genebra: OMS; 2013. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
13. Escritório Regional da OMS para a Europa. *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhaga: OMS Europa; 2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1
14. *Joint Action on Mental Health and Wellbeing*. Disponível em: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>
15. Escritório Regional da OMS para a Europa. *The Minsk Declaration: The Life-course Approach in the Context of Health 2020*. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf?ua=1
16. Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: DGS; 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-885309-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
17. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde; 2008.
18. Brito I. A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2009;25:600-604.
19. Bell K, Bloor K, Hewitt C. How Do Undiagnosed Symptoms of Maternal Psychological Distress During the Postnatal Period Affect Child Developmental Outcomes? *Matern Child Health J*. 2019; 23(9):1187-95. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02749-w>
20. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160(5 Pt 1):1107-11. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(89\)90170-1](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(89)90170-1)
21. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. 2000. Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*. 2000; 95 (4): 487-90.
22. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstetrics and Gynecology*. 2004; 104 (3): 467-76.
23. Thornton D, Guendelman S, Hosang N. Obstetric complications in women with diagnosed mental illness: the relative success of California's county mental health system. *Health Serv Res*. 2010;45(1):246–264. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.01058.x>
24. Beardslee W, Solantaus T, van Doesum K. Coping with parental mental illness. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S (Eds). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
25. Braddick F, Carral V, Jenkins R, Jané-Llopis E. *Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes*. Luxemburgo: Comunidades Europeias, 2009.

26. Kalucza S, Hammarström A, Nilsson K. Mental health and parenthood – A longitudinal study of the relationship between self-reported mental health and parenthood. *Health Sociology Review*. 2015; 24(3):283-296. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/14461242.2015.1051079>
27. Burton RPD. Global integrative meaning as a mediating factor in the relationship between social roles and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1998; 39(3): 201-215. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2676313>
28. Kandel DB, Davies M, Raveis VH. The stressfulness of daily social roles for women: Marital, occupational and household roles. *Journal of Health and Social Behavior*. 1985; 26(1): 64-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2136727>
29. Helbig S, Lampert T, Klose M, Jacobi F. Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006, 41(11): 889-896. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-006-0113-8>
30. Floderus B, Hagman M, Aronsson G, Marklund S, Wikman A. Self-reported health in mothers: The impact of age, and socioeconomic conditions. *Women & Health*. 2008; 47(2): 63-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03630240802092308>
31. Evenson RJ & Simon RW. Clarifying the relationship between parenthood and depression. *Journal of Health & Social Behavior*. 2005: 46(4): 341-358. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/002214650504600403>
32. Gove WR & Geerken MR. Effect of children and employment on mental-health of married men and women. *Social Forces*. 1977; 56(1): 66-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2577413>
33. Riahi F, Amini F, Salehi Veisi M. Children's behavioral problems and their relationship with maternal mental health. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2010;10(1):46-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.29252/jmj.10.1.46>
34. Narayanan MK, Naerde A. Associations between maternal and paternal depressive symptoms and early child behavior problems: Testing a mutually adjusted prospective longitudinal model. *Journal of affective disorders*. 2016;196:181-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.020>
35. Teymouri S, Ataei FR. Relationship Between Parental Stress and Children's Affective and Behavioral Disorder. *Applied Psychology*. 2010; 4(16):17-26.
36. Ciciolla L, Gerstein ED, Cmic KA. Reciprocity among maternal distress, child behavior, and parenting: transactional processes and early childhood risk. *Journal Clin Child Adolesc Psychol*. 2014;43(5):751-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2013.812038>
37. Shirazi F, Rezvani S, Haghighi N, Farzamfar E. The Relationship between Mental Health Disorders with Anxiety and Depression in Mothers of Children. *Cheshmandaz Amin in Applied Psychology*. 2014; 1(1):37-44.
38. Salimi S, Ramezani A, Khavanaki Z, Amiri M. The Relationship Between Mothers' Irrational Beliefs With Their Children's Behavioral Problems. *Journal of Applied Psychology*. 2009; 3(1):46-57.
39. Tahmasian K, Anari A, Fathabadi M. Evaluation of Effective Maternal Characteristics in Behavioral Problems of 2-6 Years Old Children. *Journal of Psychology*. 2012; 26(7):94-109.
40. Dubois-Comtois K, Bernier A, Tarabulsy GM, Cyr C, St-Laurent D, Lanctot AS, et al. Behavior problems of children in foster care: Associations with foster mothers' representations, commitment, and the quality of mother-child interaction. *Child Abuse Negl*. 2015; 48:119-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.06.009>
41. Aunola K, Ruusunen AK, Viljaranta J, Nurmi J-E. Parental affection and psychological control as mediators between parents' depressive symptoms and child distress. *Journal of Family Issues*. 2015; 36(8):1022-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0192513X13494825>
42. Dette-Hagenmeyer DE, Reichle B. Parents' depressive symptoms and children's adjustment over time are mediated by parenting, but differentially for fathers and mothers. *European Journal of Developmental Psychology*. 2014; 11(2):196-210. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17405629.2013.848789>
43. Bagner DM, Pettit JW, Lewinsohn PM, Seeley JR, Jaccard J. Disentangling the temporal relationship between parental depressive symptoms and early child behavior problems: a transactional framework. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013; 42(1):78-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2012.715368>
44. Li F, Godinet MT, Amsberger P. Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up to early school years. *Children and Youth Services Review*. 2011; 33(1):139-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.08.026>
45. Ferrari AM. The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2002; 26(8):793-813. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00345-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00345-9)
46. Wolfradt U, Hempel S, Miles JN. Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2003; 34(3):521-32. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00092-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00092-2)
47. Karimzadeh M, Rostami M, Teymouri R, Moazzen Z, & Tahmasebi S. The association between parental mental health and behavioral disorders in pre-school children. *Electronic Physician*. 2017; 9(6): 4497-4502. DOI: <http://dx.doi.org/10.19082/4497>
48. Oddy WH, Kendall GE, Li J, Jacoby P, Robinson M, de Klerk NH, et al. The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. *J Pediatr*. 2010; 156(4):568-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.10.020>
49. Direção-Geral da Saúde. *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS; 2005. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude-mental-e-gravidez-fo-lheto_dgs_2005-pdf.aspx
50. Direção-Geral da Saúde. *Aviso n.º 36/2019 – Abertura do Processo de Candidatura a Financiamento Público a projetos no âmbito do Programa Nacional para a Saúde Mental*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/edital-concurso-n36-2019-sm-primeira-infancia-pdf.aspx>

51. Bonin EM, Stevens M, Beecham J, Byford S, Parsonage M. Costs and longer-term savings of parenting programmes for the prevention of persistent conduct disorder: a modelling study. *BMC Public Health*. 2011;11:803. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-803>
52. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *J Fam Psychol*. 2008;22(4):506-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506>
53. Mihalopoulos C, Sanders MR, Turner KM, Murphy-Brennan M, Carter R. Does the triple P-Positive Parenting Program provide value for money? *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(3):239-46. DOI: <http://doi.org/10.1080/00048670601172723>
54. Foster E, Prinz R, Sanders M, Shapiro C. The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Children Youth Serv Rev*. 2008; 30(5):493-501 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.11.002>
55. Nogueira S, Costa C, Pinto IM, Cruz O. *Triple P: a RCT with low-income Portuguese mothers*. Poster apresentado na 18th European Conference on Developmental Psychology. 29 agosto – 1 setembro de 2017. Utrecht, Holanda.
56. Health Foundation Department for Education and Skills. Promoting Children's Mental Health within Early Years and School Settings. DfEE Publications; 2001. Disponível em: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/promoting-childrens-mental-health-with-early-years-and-school-settings.pdf>
57. Mental Health Foundation. *Bright Futures. Promoting children and young people's mental health*. London: Mental Health Foundation; 1999.
58. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*. 1985 Dec;147:598-611. DOI: <http://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
59. Ministério da Saúde – Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/ads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
60. Direção-Geral da Saúde. *Norma nº 015/2015, de 12/08/2015. Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: DGS, 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>
61. Conselho Nacional de Saúde. *Gerações Mais Saudáveis – Políticas públicas para a promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa: CNS; 2018. Disponível em: <http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/GERACOES-MAIS-SAUDAVEIS.pdf>
62. Matos MG & Equipa Aventura Social. HBSC: A Saúde dos Adolescentes Portugueses Após a Recessão – Dados Nacionais do Estudo HBSC 2018. Lisboa, FMH/UL, 2018. Disponível em: http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf
63. Matos MG, Sampaio D (Coord.) *Jovens com saúde: diálogos com uma geração*. Lisboa: Texto Editores, Lda; 2009.
64. Matos MG, Camacho I, Reis M, Tomé G, Branquinho C, Ramiro L. Is truth in the eyes of the beholder? Or are Portuguese schools, as viewed by Portuguese pupils, mismatching with what the educational system offers? *Vulnerable Children and Youth Stud*. 2018; 13(2):116-126. DOI: <https://doi.org/10.1080/17450128.2017.1363447>
65. UNICEF. *End Violence – How to talk to your children about bullying*. Disponível em: <https://www.unicef.org/end-violence/how-talk-your-children-about-bullying>
66. UNICEF. *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*. Nova Iorque: UNICEF, 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescents.pdf
67. Jomal Médico. *Estudo: Maioria dos alunos do ensino superior tem um colega com doença mental*. 25 de outubro de 2018. Disponível em: <https://www.jomalmedico.pt/atualidade/36498-estudo-maioria-dos-alunos-do-ensino-superior-tem-um-colega-com-doenca-mental.html>
68. Jomal de Notícias. *Depressão afeta 17,4% dos universitários*. 19 de abril de 2012. Disponível em: <https://www.jn.pt/sociedade/saude/depressao-afeta-174-dos-universitarios-2430660.html>
69. Organização Mundial da Saúde. *Mental health in the workplace – Information sheet*. Maio de 2019. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/
70. OCDE. *Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing; 2012. <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>
71. Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE; 2016. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2
72. Burgard SA, Brand JE, House JS. Toward a better estimation of the effect of job loss on health. *J Health Soc Behav*. 2007;48(4):369-84. DOI: <http://doi.org/10.1177/002214650704800403>
73. Levinson D, Lakoma MD, Petukhova M, Schoenbaum M, Zaslavsky AM, Angermeyer M, et al. Associations of serious mental illness with earnings: results from the WHO World Mental Health surveys. *Br J Psychiatry*. 2010;197(2):114-21. DOI: <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.073635>
74. Mahal A, Karan A, Engelgau M. *The Economic Implications of Non-Communicable Disease for India (HNP Discussion Paper)*. Washington DC : The World Bank; 2010. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Reports/281627-1095698140167/EconomicImplicationsofNCDforIndia.pdf>
75. Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. *Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional*. *Acta Med Port*. 2016;29(1):24-30. DOI: <http://doi.org/10.20344/amp.6460>
76. Varela R (Coord.) *Inquérito Nacional sobre as Condições de Vida e Trabalho na Educação em Portugal (INCVTE)*. Lisboa: FCSH, Fenprof; 2018. Disponível em: https://www.fenprof.pt/Download/FENPROF/M_Html/Mid_332/Anexos/JF_out18_IN-QUERITO_NACIONAL.pdf
77. Encontrar-se. *Início da segunda fase do projeto MIND AT WORK*; 18 outubro 2019. Disponível em: https://www.encontrar-se.pt/wp-content/uploads/2019/10/MIND-AT-WORK_Not%C3%ADcia-002_1%C2%AAfase-1_MP.pdf
78. 2018 EMEA Health Survey. AON; 2018. Disponível em: <https://www.aon.com/2018-EMEA-Health-Survey/index.html>
79. Centre for Addiction and Mental Health. *Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+*. CAMH; 2010. Disponível em: <https://www.portico-network.ca/documents/81358/128451/Older+Adults+55%2B/d27d7310-ba6c-4fe8-91d1-1d9e60c9ce72>

80. MacCourt P. *Seniors Mental Health Policy Lens: An Instrument for developing policy, legislation, programs and services that promote and support the mental health of older adults*; 2004. Disponível em: <https://www.bccms.ca/WebLibrary/General/Resour-ces/Agency%20Documents/Public20140906085751.pdf>
81. Livingston G, Manela M, Katona C. Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *BMJ*. 1996;312(7024):153-6. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmj.312.7024.153>
82. Bennett KM. A longitudinal study of wellbeing in widowed women. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12(1):61-6. DOI: [http://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199701\)12:1<61::aid-gps465>3.0.co;2-u](http://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199701)12:1<61::aid-gps465>3.0.co;2-u)
83. Forbes A. Caring for Older People: Loneliness. *BMJ* 1996;313:352. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7053.352>
84. Rane-Szostak D, Herth KA. A new perspective on loneliness in later life. *Issues Ment Health Nurs*. 1995;16(6):583-92. DOI: <http://doi.org/10.3109/01612849509009401>
85. Mullins LC, Dugan E. The influence of depression, and family and friendship relations, on residents' loneliness in congregate housing. *Gerontologist*. 1990;30(3):377-84. DOI: <http://doi.org/10.1093/geront/30.3.377>
86. Ostbye T, Steenhuis R, Wolfson C, Walton R, Hill G. Predictors of five-year mortality in older Canadians: the Canadian Study of Health and Aging. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(10):1249-54. DOI: <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb05207.x>
87. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-389. DOI: <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
88. Kiraly SJ. Mental health promotion for seniors. *BC Medical Journal*. 2011; 53(7): 336-340. Disponível em: <https://www.bcmj.org/articles/mental-health-promotion-seniors>
89. Ruano L, Sousa A, Severo M, Alves I, Colunas M, Barreto R *et al*. Development of a self-administered web-based test for longitudinal cognitive assessment. *Sci Rep*. 2016 Jan 8;6:19114. DOI: <http://doi.org/10.1038/srep19114>
90. Ruano L, Severo M, Sousa A, Ruano C, Branco M, Barreto R *et al*. Tracking Cognitive Performance in the General Population and in Patients with Mild Cognitive Impairment with a Self-Applied Computerized Test (Brain on Track). *J Alzheimers Dis*. 2019;71(2):541-548. DOI: <http://doi.org/10.3233/JAD-190631>

CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

3

Na sequência da publicação da Lei de Saúde Mental [1], foi regulamentada a organização e prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental [2]. O diploma foi alterado, pela segunda vez, em 2009, tendo sido incorporadas as alterações decorrentes da aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental e também da orgânica do Ministério da Saúde [3].

Assim, os cuidados de saúde mental em Portugal encontram-se organizados em serviços regionais e serviços locais (FIG. 27), sendo estes últimos *“a base do sistema nacional de saúde mental, devendo funcionar de forma integrada e em estreita articulação com os cuidados de saúde primários e demais serviços e estabelecimentos de saúde, para garantia da unidade e continuidade da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental”* [3].

Aos serviços de âmbito regional compete prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais de saúde mental das regiões de saúde, bem como desenvolver atividades no âmbito da formação e investigação, de acordo com o planeamento definido a nível nacional para o setor, competindo aos serviços locais de saúde mental assegurar a prestação de cuidados globais essenciais de saúde mental, quer a nível ambulatório quer de internamento, à população de uma área geográfica determinada, através de uma rede de programas e serviços que assegurem a continuidade de cuidados [3].

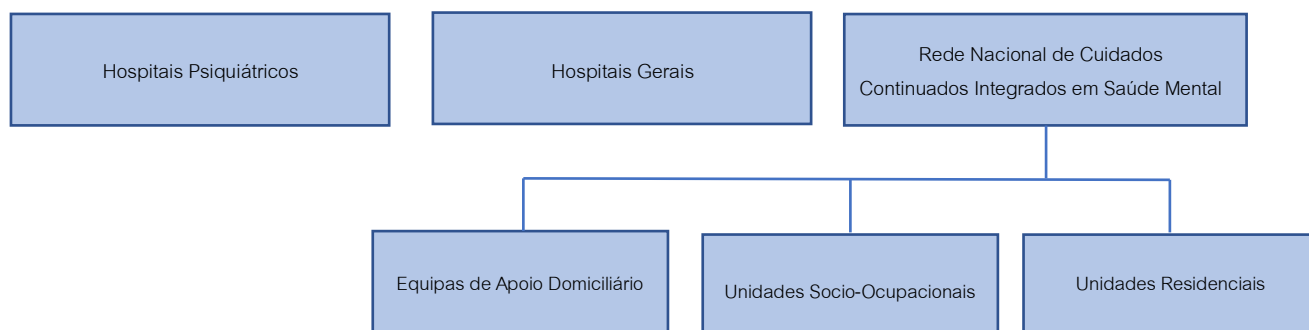
Os serviços locais organizam-se sob a forma de departamento ou de serviço de hospital geral, estando estabelecida no diploma a sua organização *“em centros de responsabilidade, dotados de orçamento-programa próprios”* [3]. Os cuidados de saúde mental da infância e adolescência

são, nos termos da lei, assegurados por equipas multiprofissionais específicas, organizadas sob a forma de serviços ou unidade funcional e sob a responsabilidade de um médico especialista em psiquiatria da infância e adolescência.

Finalmente, aos hospitais e centros hospitalares psiquiátricos (FIG. 27) cabe assegurar respostas de âmbito regional em valências que exijam intervenções predominantemente institucionais e assegurar os cuidados exigidos pelos doentes de evolução prolongada, desenvolvendo programas de reabilitação adaptados às necessidades destes doentes com vista à sua reinserção social [3].

Foram igualmente criados Conselhos Regionais de Saúde Mental, no âmbito de cada Região de Saúde, destinados a emitir pareceres sobre os planos regionais de saúde mental e os planos de atividades dos serviços locais. A nível nacional, o Conselho Nacional de Saúde Mental foi criado com o objetivo de, enquanto órgão consultivo do Ministério da Saúde, emitir pareceres e apresentar propostas e recomendações sobre políticas e programas de saúde mental.

Em 2010, foi criado um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados específicas de saúde mental (FIG. 27), que inclui unidades residenciais, unidades socio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário e se articula com os serviços locais de saúde mental e com a rede nacional de cuidados continuados integrados [4]. As unidades residenciais dividem-se em: residências de treino de autonomia, residências autónomas de saúde mental, residências de apoio moderado e residências de apoio máximo [4].



Fonte: Elaboração própria

FIG. 27 | Organização geral dos cuidados de saúde mental em Portugal.

8 | NOTA HISTÓRICA

As pessoas com doença mental viveram durante muito tempo sob o signo do ostracismo, do abandono e do medo. A figura do “louco”, está retratada na literatura desse período, nomeadamente no teatro vicentino. Apesar de serem um grupo marginalizado, no século XVI, o rei D. João III pede ao seu físico-mor que tratasse dos doentes “*fora do seu siso*” que deambulavam pelo Hospital de Todos-os-Santos [5]. O incêndio neste hospital em 1750 e a sua total destruição no terremoto de 1755 levaram o Marquês de Pombal a determinar que os doentes mentais fossem transferidos para o Palácio Almada e, posteriormente, para as enfermarias São Teotónio e Santa Eufémia do Hospital Real de São José [6].

Foi apenas em 1848, após a Guerra da Patuleia, e com o restabelecimento de alguma estabilidade política em Portugal depois de décadas de invasões, ocupações estrangeiras, revoluções e guerras civis, que foi criado o primeiro “hospital de alienados”, instalado no antigo Convento de Rilhafoles, após a transferência do Real Colégio Militar para o Convento de Mafra. O Hospital de Rilhafoles (renomeado em 1911 para Hospital Miguel Bombarda) foi portanto o primeiro hospital psiquiátrico em Portugal, tratando-se de um grande estabelecimento dimensionado para 300 doentes, e para onde foram transferidos os “loucos” amontoados em condições desumanas no Hospital Real de São José. Só em 1883 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico do Porto, com fundos provenientes da herança do 1.º Conde de Ferreira.

Os primeiros esforços para a institucionalização da Psiquiatria em Portugal iniciaram-se no último quartel do século XIX e passaram por tentativas de divulgação da ciência psiquiátrica, de construção



Hospital de Rilhafoles

Fonte: Arquivo Municipal de Lisboa

de uma cultura profissional e a formação de escolas médicas [7,8]. A lenta afirmação da Psiquiatria em Portugal contrasta com as mudanças de paradigma que se vão observando pela Europa. Em 1889, a primeira lei de assistência psiquiátrica, apresentada pelo psiquiatra António Maria de Sena (1845-1890), afirmava a necessidade de construção de mais quatro hospitais psiquiátricos e de enfermarias psiquiátricas anexas às prisões, bem como a obrigatoriedade de exame médico em todas as situações de crimes cujos autores fossem suspeitos de doença mental e ainda a criação de um fundo de beneficência pública destinada aos alienados [9]. Vinte anos mais tarde, em 1909, o deputado e psiquiatra Miguel Bombarda (1851-1910), expressava nas Cortes a sua inquietação face aos maus tratos sobre doentes e internamentos arbitrários, aquando da apresentação do seu Projeto de Lei de Proteção dos Alienados [10]. Contudo, só após a implantação da República surgiu o Decreto de Assistência aos Alienados (Decreto n.º 116, de 11 de maio de 1911), redigido por Júlio de Matos (1856-1922), que lançou as bases da organização da assistência aos doentes psiquiátricos e previa o funcionamento de consultas externas, a criação de clínicas psiquiátricas para doentes agudos, asilos para doentes crónicos, asilos criminais, colónias agrícolas, etc [9]. As crónicas dificuldades orçamentais, a I Guerra Mundial e a instabilidade política da I República não permitiram a efetiva aplicação do Decreto. Mesmo o novo manicómio de Lisboa, cujo projeto remonta a 1912, só foi inaugurado em 1942, tendo recebido o nome de Hospital Júlio de Matos. Outros estabelecimentos dedicados à assistência psiquiátrica foram inaugurados posteriormente, incluindo o Manicómio Sena (1943) e o Hospital Sobral Cid (1945) em Coimbra, o Hospital Psiquiátrico do Lorvão (1959) e o Hospital Magalhães Lemos no Porto (1962) [9,11]. A Lei n.º 2006, de 11 de abril 1945 introduz mudanças na assistência psiquiátrica em Portugal, propondo pela primeira uma abordagem profilática e higienista, com a criação de centros de assistência psiquiátrica, dispensários de higiene mental e asilos. Para tal, o país é dividido em três zonas de assistência psiquiátrica (Norte, Centro e Sul) e entre 1945 e 1947 foram criados os respetivos Centros de Assistência Psiquiátrica e alguns dispensários a eles ligados [9].

A Lei da Saúde Mental (Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963) iniciou a abordagem da saúde mental em termos legais. Com efeito, o modelo de assistência baseado em asilos e manicómios começou a ser amplamente criticado para dar lugar a modelos socialmente inclusivos, baseados na comunidade e com enfoque nos cuidados ambulatoriais [9]. A Lei da Saúde Mental de 1963 abordava importantes questões como a promoção da saúde mental e a reabilitação da doença mental, definindo que a “*ação do Estado destinada essencialmente à promoção da saúde mental será exercida pelo Ministério da Saúde e Assistência, por intermédio do Instituto de Saúde Mental*” [12]. Porém, devido a falta de regulamentação, muitos dos procedimentos relativos ao internamento compulsivo e ao regime fechado mantiveram-se até aos anos 90. A Lei de Saúde Mental determinou a criação dos centros de saúde mental nos diversos distritos, que funcionavam com autonomia técnica e em ligação com os serviços de assistência já existentes [12].

Após a revolução de 1974 e a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979, tornou-se necessário democratizar o acesso à saúde mental, tendo sido criada a Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (1984), que promoveu a criação e desenvolvimento de serviços psiquiátricos integrados, reestruturando os centros de saúde mental [9]. As mudanças de governos e a diferente priorização da saúde mental na política de saúde tiveram consequências negativas no desenvolvimento dos cuidados de saúde mental comunitários. Houve mesmo um retrocesso, uma vez que, em 1992, os centros de saúde mental e saúde mental infantojuvenil foram integrados nos 24 hospitais gerais e distritais, que passaram a disponibilizar departamentos e serviços de urgência psiquiátrica [9].

Os anos seguintes foram marcados pela evidência crescente da necessidade de reformular os princípios organizacionais dos serviços de saúde mental. A articulação dos serviços de saúde mental com outros serviços, a continuidade dos cuidados, a reestruturação da resposta com enfoque na reabilitação e o envolvimento dos doentes e suas famílias foram princípios importantes propostos em 1995 pela Comissão para o Estudo da Saúde Mental, nomeada pelo Diretor-Geral da Saúde [13].

3.1 RECURSOS HUMANOS

Médicos Especialistas em Psiquiatria

O número de médicos especialistas em Psiquiatria (adultos) no SNS registou uma variação positiva nos anos mais recentes. Comparando com os 494 médicos Psiquiatras que existiam no final de 2014 [14], existiam, em outubro de 2019, mais 137 médicos Psiquiatras no SNS, o que corresponde a um aumento de 28%. Não obstante, verificam-se desigualdades geográficas na distribuição dos profissionais (FIG. 28), com as regiões do Alentejo e Algarve a registarem um rácio de psiquiatras por

100.000 habitantes inferior à média de Portugal continental (TABELA 4). A Região Autónoma dos Açores regista um rácio superior às regiões do Alentejo e do Algarve, enquanto o menor rácio é observado na Região Autónoma da Madeira. Todas as regiões de saúde de Portugal continental tiveram uma variação positiva do número de médicos especialistas em Psiquiatria (Adultos), com destaque para as regiões Norte e de Lisboa e Vale do Tejo (TABELA 4).

TABELA 4 | Número de médicos especialistas em Psiquiatria (adultos) em estabelecimentos do SNS* e SRS (outubro de 2019), rácio (por 100.000 habitantes) em 2019** e variação 2014-2019.

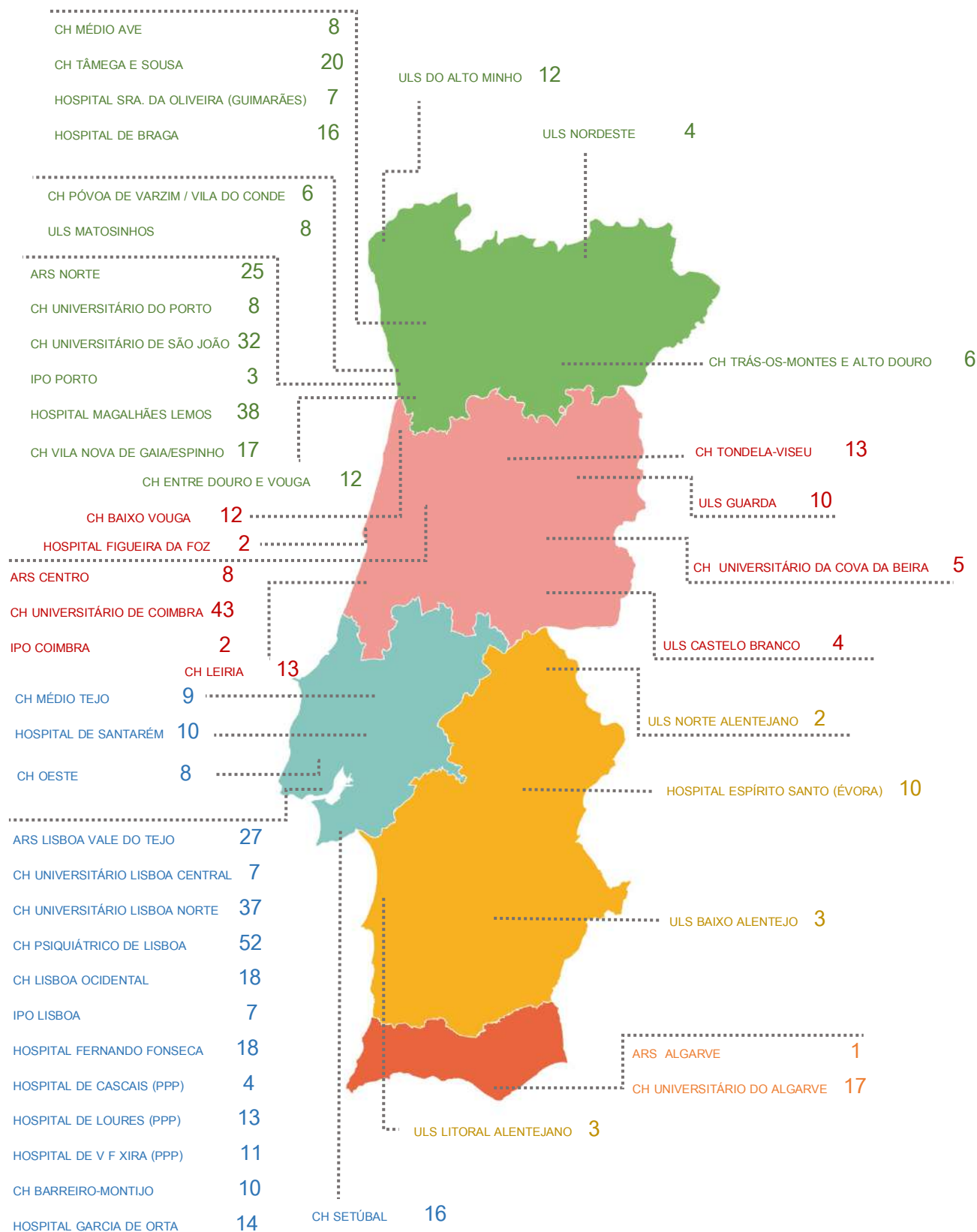
	N.º Psiquiatras	Rácio** (por 100.000 hab.) 2019	Variação N.º Psiquiatras 2014-2019
NORTE	222	7,6	▲ 31,4% (+53)
CENTRO	112	8,3	▲ 13,1% (+13)
LISBOA E VALE DO TEJO	261	8,9	▲ 30,5% (+61)
ALENTEJO	18	4,6	▲ 20,0% (+ 3)
ALGARVE	18	5,1	▲ 63,6% (+ 7)
TOTAL SNS*	631	8,0	▲ 27,7% (+ 137)
AÇORES	11	5,8	n.d.
MADEIRA	5	2,5	n.d.
TOTAL SNS+SRS	647	7,8	n.d.

Nota: * Inclui hospitais PPP; ** Em relação à população adulta.

Fonte: ACSS; SRS Açores; SRS Madeira

Os tempos médicos de resposta à primeira consulta de Psiquiatria registaram uma melhoria entre julho-setembro de 2018 e o período de junho-agosto de 2019. Porém, existem algumas unidades do SNS que registam tempos de resposta acima dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG). Para uma consulta muito prioritária (TMRG de 30 dias), os hospitais de Braga, Guarda, Setúbal, Júlio de Matos, Santa Maria, Loures e Santarém ultrapassam o TMRG, com o Hospital da Guarda a demorar 95 dias para realizar uma primeira consulta de Psiquiatria (TABELA 5). Os hospitais de Braga, Guimarães, Guarda, Santa Maria e Fernando da

Fonseca (Amadora-Sintra) registaram um tempo médio de resposta superior a 60 dias (2 meses) para a realização de uma consulta prioritária, sendo o tempo médio de resposta de 85 dias nos Hospital Santa Maria e Fernando da Fonseca e de 90 dias (3 meses) no Hospital da Guarda. Para uma consulta de prioridade normal (TMRG – 150 dias, 5 meses), apenas o Hospital de Santo Tirso registava um tempo médio de resposta superior ao TMRG entre junho e setembro de 2019, demorando em média 204 dias (quase 7 meses) para marcar uma primeira consulta de Psiquiatria (TABELA 5).



Nota: Não inclui 1 Psiquiatra alocado à Direção-Geral da Saúde.

Fonte: ACSS, Hospital de Loures, Hospital de Vila Franca de Xira; Hospital de Cascais

FIG. 28 | Número de médicos especialistas em Psiquiatria, por instituição do SNS (incluindo hospitais PPP), Portugal continental, outubro de 2019.

TABELA 5 | Tempos Médios de Resposta (em dias) à primeira consulta hospitalar de Psiquiatria (Adultos) com origem nos Cuidados de Saúde Primários e entidades externas.

	MUITO PRIORITÁRIO 🚨		PRIORITÁRIO 🕒		NORMAL 🕒	
	Jul-Set 2018	Jun-Ago 2019	Jul-Set 2018	Jun-Ago 2019	Jul-Set 2018	Jun-Ago 2019
NORTE						
Hospital de Vila do Conde (CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde)	n.a.	n.a.	31 dias	n.a.	149 dias	51 dias
Hospital da Póvoa de Varzim (CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde)	n.a.	n.a.	31 dias	n.a.	149 dias	51 dias
Hospital Eduardo Santos Silva (CH Vila Nova de Gaia / Espinho)	n.a.	n.a.	63 dias	39 dias	117 dias	50 dias
Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (CH Vila Nova de Gaia/Espinho)	n.a.	n.a.	63 dias	39 dias	117 dias	50 dias
Hospital Senhora da Oliveira (Guimarães)	n.a.	n.a.	37 dias	65 dias	130 dias	118 dias
Hospital São Sebastião (CH Entre Douro e Vouga)	28 dias	13 dias	47 dias	45 dias	106 dias	61 dias
Hospital de Famalicão (CH Médio Ave)	n.a.	n.a.	44 dias	48 dias	130 dias	127 dias
Hospital de Santo Tirso (CH Médio Ave)	n.a.	n.a.	49 dias	34 dias	174 dias	204 dias
Hospital Geral de Santo António (CH Universitário do Porto)	49 dias	n.a.	43 dias	58 dias	55 dias	74 dias
Hospital de São João (CH Universitário de São João)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	179 dias	95 dias
Hospital Distrital de Chaves (CH Trás-os-Montes e Alto Douro)	68 dias	n.a.	33 dias	n.a.	127 dias	47 dias
Hospital Distrital de Lamego (CH Trás-os-Montes e Alto Douro)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	111 dias	148 dias
Hospital São Pedro – Vila Real (CH Trás-os-Montes e Alto Douro)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	109 dias	76 dias
Hospital Padre Américo – Vale do Sousa (CH Tâmega e Sousa)	n.a.	n.a.	34 dias	43 dias	38 dias	53 dias
Hospital de Braga	n.a.	46 dias	20 dias	80 dias	125 dias	113 dias
Hospital Psiquiátrico Magalhães Lemos – Porto	n.a.	n.a.	13 dias	9 dias	35 dias	25 dias
Hospital Conde de Berlandos – Ponte de Lima (ULS Alto Minho)	29 dias	1 dia	44 dias	25 dias	70 dias	32 dias
Hospital Santa Luzia – Viana do Castelo (ULS Alto Minho)	24 dias	16 dias	34 dias	27 dias	59 dias	33 dias
Hospital Pedro Hispano (ULS Matosinhos)	n.a.	n.a.	29 dias	19 dias	34 dias	70 dias
Hospital Distrital de Bragança (ULS Nordeste)	n.a.	20 dias	25 dias	31 dias	33 dias	48 dias
Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros (ULS Nordeste)	n.a.	n.a.	n.a.	84 dias	35 dias	81 dias
Hospital Distrital de Mirandela (ULS Nordeste)	n.a.	n.a.	21 dias	n.a.	52 dias	76 dias
CENTRO						
Hospital de Santo André – Leiria (CH Leiria)	15 dias	17 dias	25 dias	22 dias	40 dias	39 dias
Hospital Infante D. Pedro – Aveiro (CH Baixo Vouga)	48 dias	19 dias	67 dias	59 dias	196 dias	133 dias
Hospital Pêro da Covilhã – Covilhã (CH Cova da Beira)	n.a.	n.a.	34 dias	n.a.	63 dias	93 dias
Hospital São Teotónio – Viseu (CH Tondela/Viseu)	n.a.	n.a.	56 dias	38 dias	128 dias	130 dias
Hospitais da Universidade de Coimbra (CH Universitário de Coimbra)	n.a.	n.a.	106 dias	60 dias	173 dias	148 dias
Hospital Psiquiátrico Sobral Cid (CH Universitário de Coimbra)	1 dia	n.a.	34 dias	35 dias	71 dias	68 dias
Hospital Distrital da Figueira da Foz	n.a.	n.a.	50 dias	n.a.	86 dias	94 dias
Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco (ULS Castelo Branco)	n.a.	24 dias	40 dias	36 dias	87 dias	94 dias
Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia (ULS Guarda)	5 dias	24 dias	59 dias	39 dias	74 dias	43 dias
Hospital Sousa Martins – Guarda (ULS Guarda)	n.a.	95 dias	11 dias	90 dias	52 dias	78 dias
LISBOA E VALE DO TEJO						
Hospital São Bernardo (CH Setúbal)	n.a.	34 dias	57 dias	46 dias	53 dias	54 dias
Hospital Nossa Senhora do Rosário (CH Barreiro/Montijo)	n.a.	47 dias	57 dias	30 dias	117 dias	56 dias
Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos (CH Psiquiátrico de Lisboa)	28 dias	40 dias	42 dias	50 dias	59 dias	70 dias
Hospital Santa Maria (CH Universitário de Lisboa Norte)	n.a.	60 dias	56 dias	85 dias	66 dias	67 dias
Hospital Egas Moniz (CH Lisboa Ocidental)	n.a.	n.a.	47 dias	56 dias	52 dias	62 dias
Hospital São Francisco Xavier (CH Lisboa Ocidental)	n.a.	----	n.a.	----	64 dias	----
Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar (CH Médio Tejo)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	42 dias	43 dias
Hospital Distrital de Caldas da Rainha (CH Oeste)	n.a.	n.a.	97 dias	39 dias	144 dias	78 dias
Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche (CH Oeste)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	87 dias
Hospital Beatriz Ângelo – Loures (PPP)	27 dias	68 dias	41 dias	53 dias	60 dias	58 dias
Hospital de Vila Franca de Xira (PPP)	32 dias	19 dias	69 dias	34 dias	128 dias	102 dias
Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida (PPP)	n.a.	---	3 dias	---	46 dias	---
Hospital Distrital de Santarém	68 dias	46 dias	81 dias	40 dias	102 dias	84 dias
Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca – Amadora	25 dias	38 dias	90 dias	85 dias	79 dias	106 dias
Hospital Garcia de Orta – Almada	n.a.	29 dias	n.a.	38 dias	61 dias	58 dias

CONTINUA ➔

TABELA 5 (cont.) | Tempos Médios de Resposta (em dias) à primeira consulta hospitalar de Psiquiatria (Adultos) com origem nos Cuidados de Saúde Primários e entidades externas.

	MUITO PRIORITÁRIO 🚨		PRIORITÁRIO 🕒		NORMAL 🕒	
	Jul-Set 2018	Jun-Ago 2019	Jul-Set 2018	Jun-Ago 2019	Jul-Set 2018	Jun-Ago 2019
ALENTEJO						
Hospital Espírito Santo – Évora	53 dias	23 dias	74 dias	46 dias	61 dias	51 dias
Hospital Litoral Alentejano (ULS Litoral Alentejano)	12 dias	n.a.	n.a.	n.a.	55 dias	25 dias
Hospital José Joaquim Fernandes – Beja (ULS Baixo Alentejo)	n.a.	n.a.	39 dias	53 dias	61 dias	63 dias
Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre (ULS Norte Alentejano)	n.a.	n.a.	29 dias	n.a.	82 dias	56 dias
ALGARVE						
Hospital de Portimão (CH Universitário do Algarve)	46 dias	26 dias	63 dias	44 dias	117 dias	112 dias
Hospital de Faro (CH Universitário do Algarve)	n.a.	n.a.	55 dias	34 dias	160 dias	40 dias

Nota: n.a. – não aplicável (não foram realizadas consultas neste período).

Fonte: SNS (<http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-cth>)

Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG): Muito Prioritário – 30 dias | Prioritário – 60 dias | Normal – 150 dias

Médicos Especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência

Também o número de médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência registou uma variação positiva a nível nacional. Em comparação com 2014 [14], existiam no SNS em 2019 mais 24 Psiquiatras da Infância e Adolescência. Porém, existem profundas disparidades geográficas que devem ser corrigidas (FIG. 29). A região do Alentejo possui dois e a do Algarve possui atualmente apenas um Psiquiatra da Infância e Adolescência nas instituições do SNS. A faixa interior da região Centro tem apenas três Psiquiatras da Infância e Adolescência (2 em Viseu e 1 na Covilhã), e a faixa interior da região Norte possui apenas dois especialistas, sendo que, na ULS do Nordeste, o único especialista se aposentou no final de 2018. Em 2019, o rácio de Psiquiatras de Infância e Adolescência por 100.000 crianças e jovens varia entre 1,1 no Algarve e 7,0 na região Norte (TABELA 6). A Região Autónoma da Madeira regista um rácio superior às regiões de Alentejo, Algarve e Açores, existindo no Serviço Regional de Saúde (SRS) da Madeira tantos médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência como nas regiões do Alentejo e Algarve juntas.

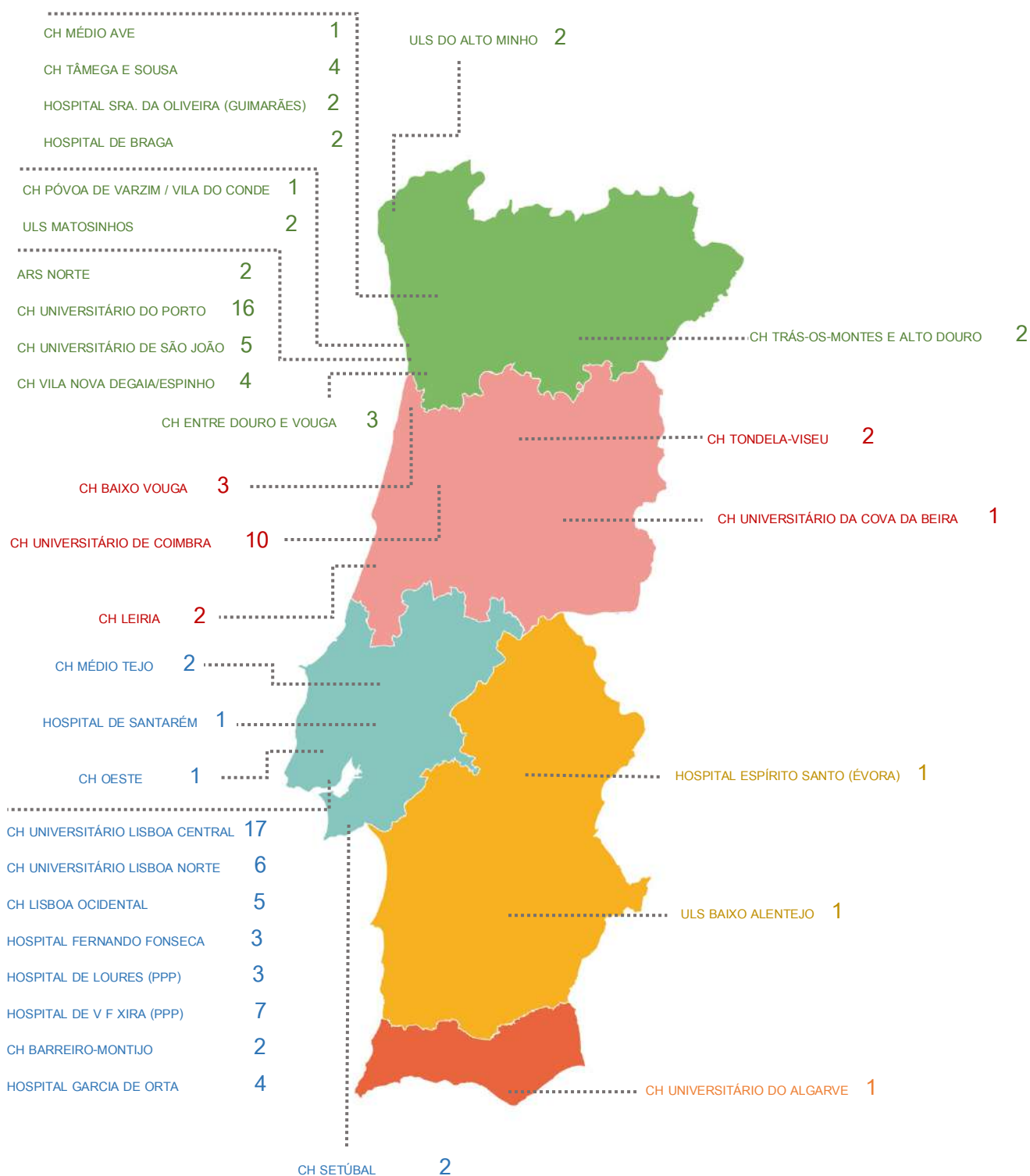
Não obstante a melhoria verificada nos tempos médicos de resposta à primeira consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência, existem algumas unidades que registam tempos de resposta acima dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG). Para uma consulta muito prioritária, em que o TMRG deveria ser até 30 dias, os hospitais de Loures, Braga, e Tomar demoram 42, 55 e 66 dias, respetivamente, a realizar uma primeira consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência (TABELA 7). Os hospitais de Loures, Braga, Tomar, Santo Tirso e Beja registaram também, no período entre junho e agosto de 2019, um tempo médio de resposta superior a 60 dias para a realização de uma consulta prioritária, sendo o tempo médio de resposta em Loures o dobro do TMRG para este nível de prioridade. Finalmente, os hospitais de Braga e Aveiro demoraram em média 207 (7 meses) e 240 dias (8 meses), respetivamente, para marcar uma primeira consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência com prioridade normal (TMRG = 150 dias, ou seja, 5 meses) (TABELA 7).

TABELA 6 | Número de médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência em estabelecimentos do SNS* e SRS (outubro de 2019), rácio (por 100.000 habitantes) em 2019** e variação 2014-2019.

	N.º Psiquiatras da Infância e Adolescência	Rácio** (por 100.000 hab.) 2019	Variação N.º Psiquiatras da Infância e Adolescência 2014-2019
NORTE	46	7,0	▲ 21,1% (+8)
CENTRO	18	6,5	▲ 50,0% (+6)
LISBOA E VALE DO TEJO	53	7,0	▲ 26,2% (+11)
ALENTEJO	2	2,5	= 0,0%
ALGARVE	1	1,1	▼ 50,0% (-1)
TOTAL SNS*	120	6,5	▲ 25,0% (+ 24)
AÇORES	1	1,9	n.d.
MADEIRA	3	5,9	n.d.
TOTAL SNS+SRS	124	6,3	n.d.

Nota: * Inclui hospitais PPP; ** Em relação à população de crianças e jovens.

Fonte: ACSS; SRS Açores; SRS Madeira



Fonte: ACSS, Hospital de Loures, Hospital de Vila Franca de Xira; Hospital de Cascais

FIG. 29 | Número de médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência, por instituição do SNS (incluindo hospitais PPP), Portugal continental, outubro de 2019.

TABELA 7 | Tempos Médios de Resposta (em dias) à primeira consulta hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência com origem nos Cuidados de Saúde Primários e entidades externas.

	MUITO PRIORITÁRIO 🚨		PRIORITÁRIO 🕒		NORMAL 🕒	
	Jul-Set 2018	Jun-Ago 2019	Jul-Set 2018	Jun-Ago 2019	Jul-Set 2018	Jun-Ago 2019
NORTE						
Hospital de Vila do Conde (CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde)	n.a.	n.a.	44 dias	9 dias	101 dias	67 dias
Hospital da Póvoa de Varzim (CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde)	n.a.	n.a.	44 dias	9 dias	101 dias	67 dias
Hospital Eduardo Santos Silva (CH Vila Nova de Gaia / Espinho)	n.a.	n.a.	73 dias	52 dias	123 dias	120 dias
Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (CH Vila Nova de Gaia/Espinho)	n.a.	n.a.	73 dias	52 dias	123 dias	120 dias
Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	99 dias
Hospital de Famalicão (CH Médio Ave)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	507 dias	n.a.
Hospital de Santo Tirso (CH Médio Ave)	n.a.	n.a.	n.a.	77 dias	267 dias	132 dias
Hospital Geral de Santo António (CH Universitário do Porto)	n.a.	n.a.	60 dias	43 dias	77 dias	86 dias
Hospital de São João (CH Universitário de São João)	n.a.	n.a.	n.a.	40 dias	106 dias	120 dias
Hospital Distrital de Chaves (CH Trás-os-Montes e Alto Douro)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	172 dias	37 dias
Hospital Distrital de Lamego (CH Trás-os-Montes e Alto Douro)	n.a.	n.a.	28 dias	n.a.	70 dias	48 dias
Hospital São Pedro – Vila Real (CH Trás-os-Montes e Alto Douro)	n.a.	n.a.	23 dias	14 dias	33 dias	25 dias
Hospital Padre Américo – Vale do Sousa (CH Tâmega e Sousa)	9 dias	n.a.	39 dias	54 dias	93 dias	99 dias
Hospital de Braga	n.a.	55 dias	49 dias	63 dias	126 dias	207 dias
Hospital Santa Luzia – Viana do Castelo (ULS Alto Minho)	n.a.	n.a.	30 dias	33 dias	44 dias	45 dias
Hospital Pedro Hispano (ULS Matosinhos)	n.a.	n.a.	n.a.	34 dias	48 dias	67 dias
Hospital Distrital de Bragança (ULS Nordeste)	n.a.	n.a.	n.a.	49 dias	61 dias	46 dias
CENTRO						
Hospital de Santo André – Leiria (CH Leiria)	47 dias	n.a.	n.a.	40 dias	71 dias	72 dias
Hospital Infante D. Pedro – Aveiro (CH Baixo Vouga)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	81 dias	240 dias
Hospital São Teotónio – Viseu (CH Tondela/Viseu)	n.a.	n.a.	n.a.	34 dias	37 dias	38 dias
Hospitais Pediátrico de Coimbra (CH Universitário de Coimbra)	n.a.	n.a.	21 dias	24 dias	105 dias	102 dias
LISBOA E VALE DO TEJO						
Hospital Dona Estefânia (CH Universitário de Lisboa Central)	n.a.	n.a.	47 dias	36 dias	50 dias	48 dias
Hospital Santa Maria (CH Universitário de Lisboa Norte)	10 dias	14 dias	25 dias	35 dias	75 dias	62 dias
Hospital São Francisco Xavier (CH Lisboa Ocidental)	n.a.	n.a.	n.a.	25 dias	69 dias	75 dias
Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar (CH Médio Tejo)	n.a.	66 dias	114 dias	83 dias	121 dias	114 dias
Hospital Beatriz Ângelo – Loures (PPP)	n.a.	42 dias	56 dias	129 dias	71 dias	141 dias
Hospital de Vila Franca de Xira (PPP)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	105 dias	134 dias
Hospital Distrital de Santarém	n.a.	n.a.	35 dias	n.a.	83 dias	113 dias
Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca – Amadora	n.a.	n.a.	52 dias	47 dias	107 dias	103 dias
Hospital Garcia de Orta – Almada	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	88 dias	49 dias
ALENTEJO						
Hospital Espírito Santo – Évora	67 dias	16 dias	95 dias	n.a.	129 dias	82 dias
Hospital José Joaquim Fernandes – Beja (ULS Baixo Alentejo)	n.a.	n.a.	39 dias	82 dias	111 dias	115 dias

Nota: n.a. – não aplicável (não foram realizadas consultas neste período).

Fonte: SNS (<http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-cth>)

Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG): Muito Prioritário – 30 dias | Prioritário – 60 dias | Normal – 150 dias

No contexto da OCDE, Portugal regista um dos mais baixos rácios de médicos especialistas em Psiquiatria (13 Psiquiatras por 100.000 habitantes), bem inferior à média dos 35 países da OCDE (18 Psiquiatras por 100.000 habitantes) (FIG. 30). Porém, deve ser sublinhado que os dados da OCDE têm como fonte todos os médicos inscritos na Ordem dos Médicos como Psiquiatras e Psiquiatras da Infância e Adolescência, ativos ou inativos, correspondendo portanto a uma sobrestimação do rá-

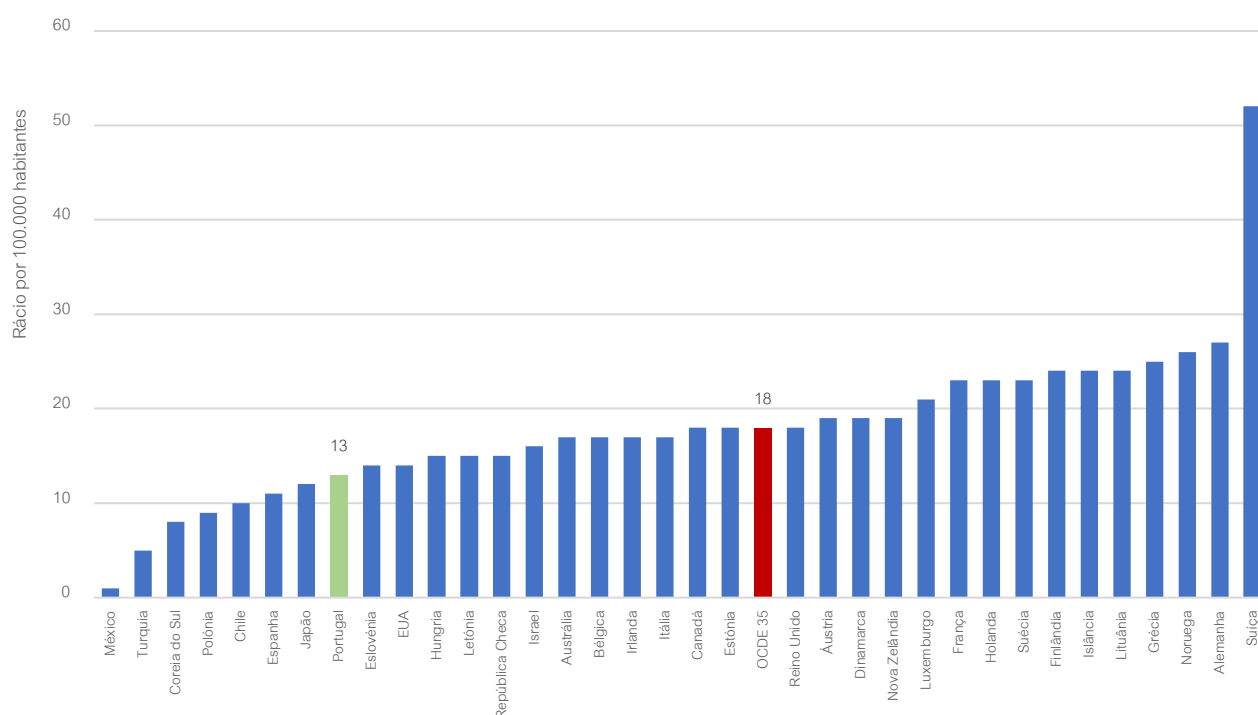
cio real de especialistas em Psiquiatria no ativo. Considerando o somatório dos médicos especialistas em Psiquiatria e dos médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência nos estabelecimentos do SNS e SRS, Portugal alcança um rácio de 9,3 psiquiatras por 100.000 habitantes (TABELA 8). Segundo dados da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, existem 250 Psiquiatras e 50 Psiquiatras da Infância e Adolescência que prestam serviço em hospitais privados.

TABELA 8 | Somatório do número de médicos especialistas em Psiquiatria e médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência em estabelecimentos do SNS* e SRS (outubro de 2019) e rácio (por 100.000 habitantes) em 2019**.

	N.º Psiquiatras + N.º Psiquiatras da Infância e Adolescência	Rácio** (por 100.000 hab.) 2019
NORTE	268	9,2
CENTRO	130	9,6
LISBOA E VALE DO TEJO	314	10,8
ALENTEJO	20	5,2
ALGARVE	19	5,4
TOTAL SNS*	751	9,5
AÇORES	12	6,3
MADEIRA	8	3,9
TOTAL SNS+SRS	771	9,3

Nota: * Inclui hospitais PPP; ** Em relação à população total.

Fonte: ACSS; SRS Açores; SRS Madeira



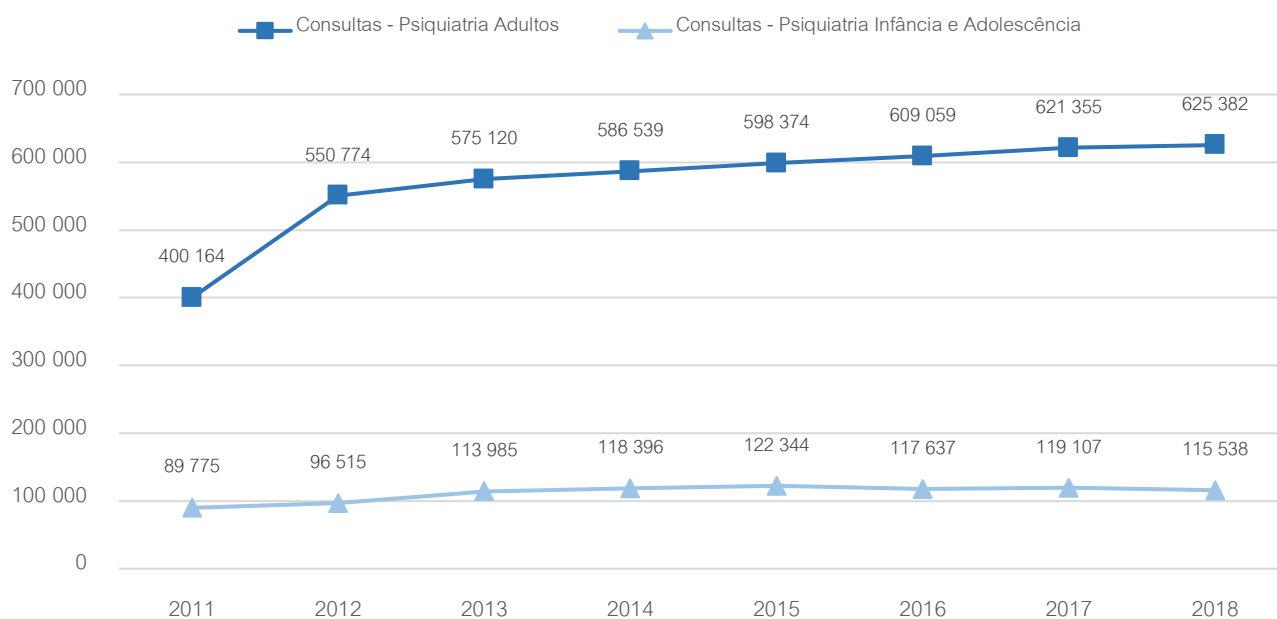
Fonte: OCDE

Nota: Dados de Espanha referentes a 2013; dados de Eslovénia referentes a 2015; dados de Canadá, Japão e Lituânia referentes a 2016; dados de Alemanha, Austrália, Chile, EUA, França, Irlanda, Israel, Luxemburgo e Polónia referentes a 2018; dados dos restantes países referentes a 2017. Sem dados referentes à Eslováquia.

FIG. 30 | Rácio de psiquiatras por 100.000 habitantes, OCDE, último ano disponível.

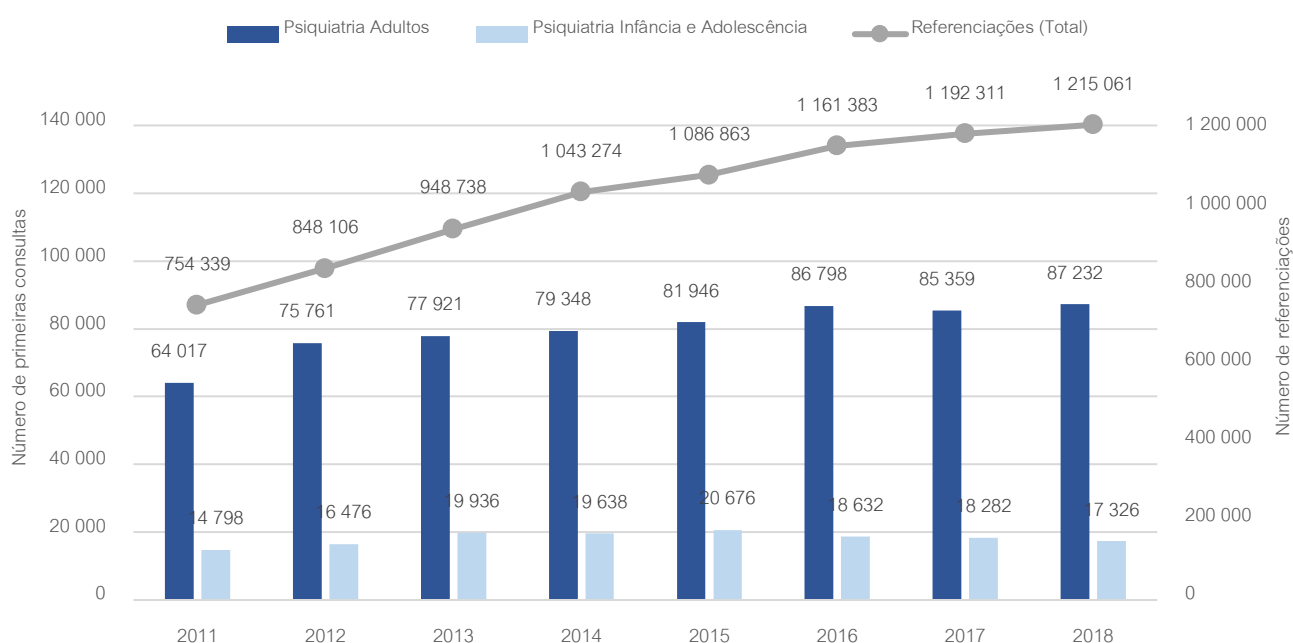
A análise do número de consultas de Psiquiatria (adultos) e de Psiquiatria da Infância e Adolescência em instituições do SNS, mostra um aumento de 56,3% e de 28,7%, respetivamente, entre 2011 e 2018 (FIG. 31). Enquanto nas consultas de Psiquiatria (adultos) se verifica um crescimento constante, nas consultas de Psiquiatria da Infância e Adolescência não existe uma tendência definida.

No mesmo período, analisando apenas as referenciações a primeira consulta e as primeiras consultas realizadas, observa-se um aumento de 61,1% no número de referenciações, de 36,3% nas primeiras consultas realizadas de Psiquiatria (Adultos) e de 17,1% nas primeiras consultas realizadas de Psiquiatria da Infância e Adolescência, nas instituições do SNS (FIG. 32).



Fonte: ACSS, DPS, Sica

FIG. 31 | Número total de Consultas Externas de Psiquiatria (adultos) e de Psiquiatria da Infância e Adolescência nos estabelecimentos do SNS, 2011-2018.



Fonte: ACSS, DPS, Sica

Nota: Primeiras consultas externas de Psiquiatria (adultos) e de Psiquiatria de Infância e Adolescência referenciadas via Consulta a Tempo e Horas por cuidados de saúde primários e entidades externas.

FIG. 32 | Número total referências a primeira consulta e número de primeiras consultas de Psiquiatria e de Psiquiatria da Infância e Adolescência nos estabelecimentos do SNS, 2011-2018.

Relativamente à hospitalização privada, os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) [15] indicam que foram realizadas cerca de 137.000 consultas de Psiquiatria no ano 2017 (17% do total de consultas nesta especialidade). As estimativas da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada indicam que, em 2018, a atividade nos

hospitais privados relativamente a Psiquiatria ascendeu a cerca de 145.000 consultas de Psiquiatria (adultos) e 7.600 consultas de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

A distribuição geográfica de enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica segue a mesma tendência observada para os médicos especialistas em Psiquiatria, ou seja, existe um predomínio de profissionais no litoral, entre Lisboa e Porto, com escassez nas zonas do interior e do sul do país (FIG. 33). Ao analisar os números por região de saúde, observa-se um rácio de enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica abaixo da média nacional nas regiões Norte (10,7 enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica por 100.000 habitantes), Lisboa e Vale do Tejo (9,8), Alentejo (8,5) e Algarve (5,0) (TABELA 9). As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira registam os rácios mais elevados em Portugal.

A comparação do número de médicos e de enfermeiros na área da Saúde Mental revela um rácio de 1,6 enfermeiros por cada médico, havendo serviços com mais médicos psiquiatras do que enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica (FIG. 33).

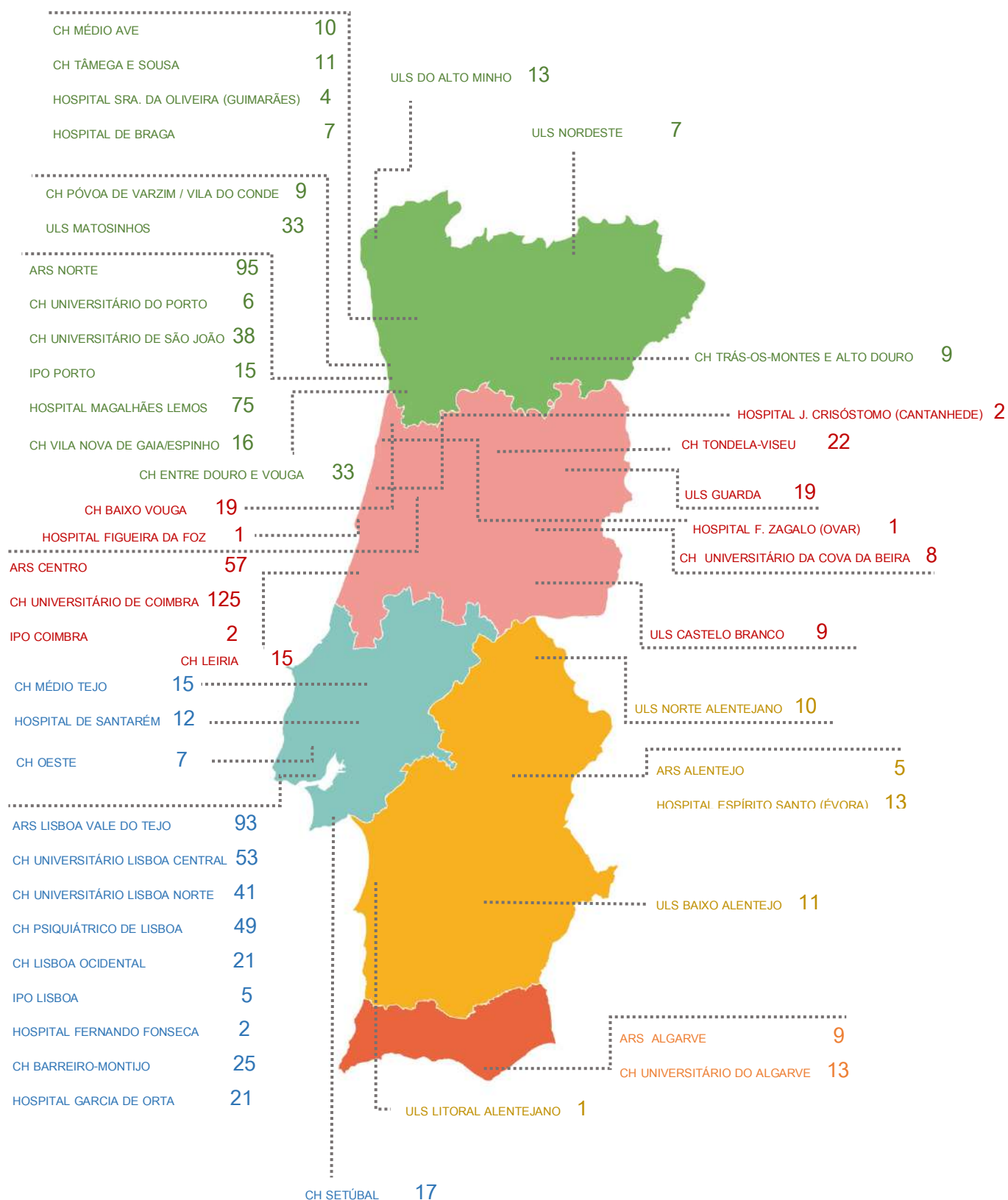
Os dados da Ordem dos Enfermeiros, de 31 de dezembro de 2018, revelam que existiam inscritos 2.088 enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, ou seja, apenas 58% dos enfermeiros com esta especialidade trabalham no Serviço Nacional de Saúde.

TABELA 9 | Número de enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica no SNS em estabelecimentos do SNS* e SRS (outubro de 2019) e rácio (por 100.000 habitantes) em 2019.

	N.º Enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica	Rácio (por 100.000 hab.) 2019
NORTE	381	10,7
CENTRO	280	17,2
LISBOA E VALE DO TEJO	361	9,8
ALENTEJO	40	8,5
ALGARVE	22	5,0
TOTAL SNS*	1.084	11,1
AÇORES	54	22,2
MADEIRA	76	29,9
TOTAL SNS+SRS	1.214	11,8

Nota: * Não inclui hospitais PPP

Fonte: ACSS; SRS Açores; SRS Madeira



Nota: Não inclui PPP.

Fonte: ACSS

FIG. 33 | Número de enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, por instituição do SNS, outubro de 2019.

Psicólogos

Relativamente aos profissionais de Psicologia, existiam no Serviço Nacional de Saúde, em outubro de 2019, 290 psicólogos e 697 psicólogos clínicos. Estes profissionais encontravam-se distribuídos por duas carreiras: Técnicos de Saúde e Técnicos Superiores de Saúde.

Os rácios de psicólogos do SNS variam entre os 8,5 psicólogos por 100.000 habitantes nas regiões Norte e Centro e os 13,9 psicólogos por

100.000 habitantes na região do Algarve (**TABELA 10**). É importante sublinhar que nem todos estes profissionais desenvolvem a sua atividade na prestação de cuidados a utentes. Tal como se observou nos outros profissionais de saúde mental, existe também uma concentração de psicólogos na faixa litoral entre Lisboa e Porto, deixando a faixa interior do país relativamente mal servida de profissionais na área da Psicologia.

TABELA 10 | Número de profissionais de Psicologia e Psicologia Clínica em estabelecimentos do SNS e rácio (por 100.000 habitantes), por região de saúde, outubro de 2019.

	Psicologia	Psicologia Clínica	Rácio (por 100.000 hab.)
NORTE	103	201	8,5
ARS Norte	42	113	
CH Trás-os-Montes e Alto Douro	1	6	
CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde	1	2	
CH Vila Nova de Gaia/Espinho	5	6	
CH Médio Ave	0	3	
CH Entre Douro e Vouga	5	2	
CH Tâmega e Sousa	3	5	
CH Universitário Porto	8	19	
CH Universitário São João	23	7	
Hospital de Magalhães Lemos	0	10	
IPO Porto	1	4	
Hospital Santa Maria Maior – Barcelos	0	1	
Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães	1	3	
Hospital de Braga	0	1	
ULS Alto Minho	2	10	
ULS Nordeste	5	7	
ULS Matosinhos	6	2	
CENTRO	38	101	8,5
ARS Centro	14	46	
CH Baixo Vouga	0	5	
CH Leiria	0	5	
CH Universitário da Cova da Beira	7	0	
CH Tondela-Viseu	1	7	
CH Universitário de Coimbra	13	17	
IPO Coimbra	0	1	
Centro Reabilitação do Centro – Rovisco Pais	0	3	
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	1	1	
Hospital Distrital da Figueira da Foz	0	1	
ULS Guarda	1	9	
ULS Castelo Branco	1	6	

Nota: Não inclui: 2 profissionais de Psicoterapia no CH Lisboa Ocidental; 1 profissional de Psicoterapia no CH Universitário do Porto; 1 profissional de Psicoterapia no Hospital Garcia de Orta; 1 profissional de Psicopedagogia curativa no IPST

CONTINUA ➔

TABELA 10 (cont.) | Número de profissionais de Psicologia e Psicologia Clínica em estabelecimentos do SNS e rácio (por 100.000 habitantes), por região de saúde, outubro de 2019.

	Psicologia	Psicologia Clínica	Rácio (por 100.000 hab.)
LISBOA E VALE DO TEJO	124	304	11,7
ARS Lisboa e Vale do Tejo	45	138	
CH Universitário de Lisboa Central	13	18	
CH Universitário de Lisboa Norte	24	26	
CH Lisboa Ocidental	7	16	
CH Psiquiátrico de Lisboa	2	39	
CH Barreiro-Montijo	4	6	
CH Setúbal	5	2	
CH Médio Tejo	1	6	
CH Oeste	1	6	
Hospital Distrital de Santarém	0	6	
Hospital Garcia de Orta - Almada	3	14	
Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca - Amadora	1	16	
IPO Lisboa	4	3	
Instituto Oftalmologia Dr. Gama Pinto	1	0	
Instituto Nacional de Emergência Médica	2	2	
Instituto Português do Sangue e Transplantação	1	0	
Direção-Geral da Saúde	1	1	
Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências	9	5	
ALENTEJO	15	40	11,7
ARS Alentejo	2	15	
Hospital do Espírito Santo – Évora	2	4	
ULS Baixo Alentejo	6	12	
ULS Norte Alentejano	2	4	
ULS Litoral Alentejano	3	5	
ALGARVE	10	51	13,9
ARS Algarve	6	30	
CH Universitário do Algarve	4	21	
TOTAL SNS	290	697	10,1

Fonte: ACSS

Os tempos médios de resposta para uma consulta hospitalar de Psicologia, nas unidades do SNS onde essas consultas existem, não ultrapassam na generalidade os tempos máximos de resposta garantidos, com

exceção das consultas muito prioritárias no Hospital de Elvas, onde a marcação de uma consulta de Psicologia demora, em média, mais 12 dias do que os 30 dias estipulados como TMRG (TABELA 11).

TABELA 11 | Tempos Médios de Resposta (em dias) à primeira consulta hospitalar de Psicologia com origem nos Cuidados de Saúde Primários e entidades externas.

	MUITO PRIORITÁRIO 🚨		PRIORITÁRIO 🕒		NORMAL 🟢	
	Jul-Set 2019	Jun-Ago 2019	Jul-Set 2019	Jun-Ago 2019	Jul-Set 2019	Jun-Ago 2019
NORTE						
Hospital Eduardo Santos Silva (CH Vila Nova de Gaia/Espinho)	---	n.a.	---	n.a.	---	n.a.
Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (CH Vila Nova de Gaia/Espinho)	---	n.a.	---	n.a.	---	n.a.
Hospital Distrital de Bragança (ULS Nordeste)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	50 dias	n.a.
Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros (ULS Nordeste)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
CENTRO						
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	14 dias	11 dias	14 dias	33 dias	31 dias	27 dias
Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco (ULS Castelo Branco)	n.a.	n.a.	16 dias	n.a.	43 dias	50 dias
Hospital São Teotónio – Viseu (CH Tondela/Viseu)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	45 dias	68 dias
Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia (ULS Guarda)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	67 dias	53 dias
LISBOA E VALE DO TEJO						
Hospital Júlio de Matos (CH Psiquiátrico de Lisboa)	n.a.	n.a.	n.a.	32 dias	67 dias	80 dias
Hospital Nossa Senhora do Rosário (CH Barreiro-Montijo)	n.a.	n.a.	n.a.	9 dias	93 dias	83 dias
Hospital Distrital das Caldas da Rainha (CH Oeste)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ALENTEJO						
Hospital Santa Luzia – Elvas (ULS Norte Alentejano)	43 dias	42 dias	n.a.	n.a.	60 dias	61 dias

Nota: n.a. – não aplicável (não foram realizadas consultas neste período).

Fonte: SNS (<http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-cth>)

Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG): Muito Prioritário – 30 dias | Prioritário – 60 dias | Normal – 150 dias

Outros profissionais

O caminho traçado no Plano Nacional de Saúde Mental para a prestação de cuidados nesta área enfatiza a criação de equipas de saúde mental comunitárias, multidisciplinares, mais próximas das pessoas. Este modelo, seguido há muito tempo noutros países da Europa, pressupõe uma organização da prestação de cuidados diferente da que é seguida em meio hospitalar. Importa, pois, analisar o número outros profissionais cujo trabalho é essencial à concretização de um modelo de prestação comunitária, reservando a prestação hospitalar para os casos de doença mental grave.

No total existiam nos estabelecimento do SNS, em outubro de 2019, 1.012 profissionais de fisioterapia, 257 terapeutas ocupacionais, 194 terapeutas da fala e 1.048 técnicos de ação social (TABELA 12). Pese

embora a crucial importância do apoio social a muitas pessoas com problemas de saúde mental, familiares e cuidadores, deve sublinhar-se que os técnicos de ação social não estão exclusivamente alocados aos serviços de saúde mental. No seu conjunto, estes profissionais prestam serviços e cuidados essenciais para a reabilitação dos doentes, para a sua integração na sociedade e no mercado de trabalho e para o suporte de cuidados que a sua condição acarreta.

A prestação de cuidados de saúde mental na comunidade não poderá ser uma realidade com um número tão reduzido dos profissionais que as equipas multidisciplinares necessitam para se constituírem e prestarem cuidados de forma adequada e efetiva.

TABELA 12 | Número de profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e ação social no SNS, por região de saúde, outubro de 2019.

	Fisioterapia	Terapia Ocupacional	Terapia da Fala	Ação Social
NORTE	274	59	45	347
ARS Norte	22	8	4	159
CH Trás-os-Montes e Alto Douro	19	4	4	14
CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde	6	0	0	4
CH Vila Nova de Gaia/Espinho	36	14	9	19
CH Entre Douro e Vouga	23	7	4	8
CH Médio Ave	9	1	1	4
CH Tâmega e Sousa	17	4	3	9
CH Universitário Porto	27	1	4	22
CH Universitário São João	27	9	5	25
IPO Porto	6	0	1	9
Hospital de Magalhães Lemos	4	0	0	10
Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães	10	2	0	6
Hospital de Braga	8	0	0	0
ULS Alto Minho	20	4	4	30
ULS Nordeste	23	5	2	17
ULS Matosinhos	17	0	4	11
CENTRO	185	41	38	223
ARS Centro	19	1	0	91
CH Universitário da Cova da Beira	26	5	3	8
CH Baixo Vouga	12	3	3	9
CH Leiria	14	5	3	11
CH Tondela-Viseu	25	7	4	10
CH Universitário de Coimbra	25	13	11	58
Centro Reabilitação do Centro – Rovisco Pais	20	3	4	3
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	1	0	1	2
Hospital Distrital da Figueira da Foz	10	0	1	4
Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar	4	1	1	1
IPO Coimbra	0	0	1	7
ULS Guarda	21	0	3	13
ULS Castelo Branco	8	3	3	6
LISBOA E VALE DO TEJO	384	109	63	361
ARS Lisboa e Vale do Tejo	47	23	5	124
CH Universitário de Lisboa Central	89	17	14	45
CH Universitário de Lisboa Norte	41	11	11	53
CH Lisboa Ocidental	35	2	3	21
CH Psiquiátrico de Lisboa	2	21	0	20
CH Barreiro-Montijo	20	5	3	11
CH Setúbal	25	3	3	11
CH Médio Tejo	17	2	3	14
CH Oeste	27	4	6	10
Hospital Distrital de Santarém	11	5	3	7
Hospital Garcia de Orta - Almada	23	6	5	14
Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca - Amadora	32	10	5	20
IPO Lisboa	15	0	2	11

CONTINUA ➔

TABELA 12 (cont.) | Número de profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e ação social no SNS, por região de saúde, outubro de 2019.

	Fisioterapia	Terapia Ocupacional	Terapia da Fala	Ação Social
ALENTEJO	86	13	26	55
ARS Alentejo	5	1	2	13
Hospital do Espírito Santo – Évora	12	6	5	7
ULS Baixo Alentejo	27	2	9	16
ULS Norte Alentejano	25	2	4	10
ULS Litoral Alentejano	17	2	6	9
ALGARVE	83	35	22	49
ARS Algarve	24	8	7	20
CH Universitário do Algarve	59	27	15	29
TOTAL SNS	1.012	257	194	1.048

Fonte: ACSS

Nota: Não inclui 1 fisioterapeuta na Direção-Geral da Saúde. Não inclui técnicos de ação social do Hospital Santa Maria Maior (1); Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto (1); IPST (5), SICAD (6) e Direção-Geral da Saúde (1).

9 | PSIQUIATRIA FORENSE

O Plano Nacional de Saúde Mental prevê a existência de três serviços no país para os doentes inimputáveis, localizados em Lisboa, Porto e Coimbra. As unidades de internamento de psiquiatria forense visam dar resposta de internamento a doentes inimputáveis internados por decisão judicial em unidades não integradas nos serviços prisionais [16]. Com a inauguração de 12 novas camas, em 2018, o Serviço Regional de Psiquiatria Forense no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa passou a dispor de 44 camas para tratamento sob custódia de doentes inimputáveis a



cumprir medidas de segurança por sentença judicial. Em dezembro de 2019, foi inaugurada a nova unidade de internamento de Psiquiatria Forense do Hospital Magalhães Lemos (Porto), que prevê a disponibilização de 40 novas camas. Numa primeira fase serão acolhidos cerca de 20 inimputáveis oriundos da clínica psiquiátrica do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo e no início de janeiro de 2020 entrará em funcionamento a segunda unidade de internamento para mais 20 doentes. Esta nova unidade de internamento contemplará 2 médicos psiquiatras, 22 enfermeiros, 16 assistentes operacionais, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 técnico de diagnóstico e terapêutica e 1 assistente técnico. Quanto ao Hospital Sobral Cid, o pavilhão destinado aos inimputáveis apresenta um elevado grau de degradação, que coloca em causa a segurança e a dignidade dos doentes e dos profissionais. Embora o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde estejam a preparar a renovação e requalificação do edifício, é urgente que sejam tomadas ações.

Existem atualmente 158 doentes inimputáveis em estabelecimentos de saúde externos e 267 em estabelecimentos prisionais, num total de 425.

Embora o tempo de internamento de inimputáveis (medida de segurança de internamento) não possa exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo de crime cometido, o Código Penal estabelece que, por razões de prevenção da reincidência, se o perigo de novos factos da mesma espécie for de tal modo grave que desaconselhe a libertação, o internamento possa ser prorrogado por períodos sucessivos de dois anos. Ao contrário das penas de prisão, a regra nas medidas de segurança é a de que o internamento pode findar quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem. Contudo, a articulação os serviços prisionais e os setores social e da saúde ainda é um desafio. Tal como está definido na lei [16], afigura-se como fundamental assegurar respostas dos setores público, privado ou social, adequadas ao acolhimento residencial ou reintegração na comunidade para os doentes, após a cessação da medida de internamento.

3.2 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) preconiza uma prestação comunitária de cuidados de saúde, centrada nas necessidades específicas dos indivíduos, no contexto menos restritivo possível, com as unidades de internamento localizadas preferencialmente em hospitais gerais [17].

Rede hospitalar

No âmbito da reforma da rede hospitalar delineada no PNSM, o peso dos hospitais psiquiátricos na rede de prestação pública de cuidados de saúde mental foi reduzido de forma expressiva. Com efeito, em 2012, foram encerrados o Hospital Miguel Bombarda (Lisboa), o Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes (Coimbra) e o Hospital Psiquiátrico do Lorrão (Penacova – Coimbra), tendo sido progressivamente criados serviços em hospitais gerais que pudessem dar resposta a doentes agudos. Atualmente, tendo sido concretizadas a maioria das medidas previstas no PNSM relativamente à reorganização destes hospitais, resta concluir a transferência de respostas de internamento de psiquiatria e saúde mental de agudos ainda existente nos hospitais psiquiátricos para hospitais gerais, nomeadamente o Centro Hospitalar do Médio Ave, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Centro Hospitalar do Oeste e Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca [17]. Apesar do sucesso da reorganização da rede hospitalar em saúde mental, a insuficiente resposta de uma rede de cuidados continuados em saúde mental ainda mantém um número elevado de doentes de longa duração em internamento hospitalar [17].

Quando a transferência de respostas de internamento de agudos dos hospitais psiquiátricos para os hospitais gerais estiver concluída, será o momento de reorganizar o espaço e os recursos dos três hospitais psiquiátricos de modo a, em articulação com o Ministério da Justiça, acelerar a reorganização das unidades de internamento de inimizáveis. Pese embora os passos positivos dados recentemente com a abertura de novas camas em Lisboa e Porto, urge requalificar a unidade de Coimbra, e disponibilizar mais lugares para inimizáveis fora dos estabelecimentos prisionais, segundo os princípios de dignidade consagrados na Convenção dos Direitos da Pessoas com Incapacidade.

Equipas Comunitárias de Saúde Mental

As mudanças que se operaram na rede hospitalar não foram acompanhadas por um desenvolvimento de equipas de saúde mental comunitária. O PNSM preconiza a adoção de um modelo organizativo em que a prestação de cuidados de saúde mental deve ser baseada na comunidade com os necessários recursos técnicos para desenvolver a sua atividade, em articulação com os hospitais gerais, com os cuidados de saúde primários e com os cuidados continuados. Porém, o modelo atualmente em vigor ainda não evoluiu nesse sentido. As dificuldades de articulação entre os serviços de saúde mental e os cuidados de saúde primários ainda são uma realidade, dificultando a referenciação dos doentes.

Importa também sublinhar que a evolução das prestação de cuidados de saúde mental para um modelo comunitário implica, necessariamente, a existência de recursos humanos em número adequado e com competências específicas para a prestação de cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários. Na realidade, o elevado consumo de psicofármacos que se observa em Portugal pode ser visto como uma consequência destes constrangimentos. A grande maioria dos casos de depressão e ansiedade são atualmente tratados com recursos a abordagens farmacológicas ao nível dos cuidados de saúde primários. Tal sucede pela ausência de alternativas terapêuticas, nomeadamente terapia psicológica, neste nível de cuidados. O PNSM sublinha que a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários deve ser encarada como uma verdadeira prioridade – desde logo política – e que a definição do modelo de integração deverá ter em conta as necessidades específicas das populações, a articulação entre os ACES e os serviços de saúde mental e a efetividade das intervenções [17].

Apesar de prevista para 2019, a criação de equipas comunitárias de saúde mental, para adultos e para infância e adolescência, em cada região de saúde, não se tomou uma realidade. A multidisciplinaridade imprescindível à constituição das equipas de saúde mental colidiu com a escassez de recursos humanos, nomeadamente profissionais não-médicos. A isto acresce a assimétrica distribuição dos profissionais de saúde mental, o que limita, por exemplo, a constituição de equipas de saúde

mental comunitárias de infância e adolescência em regiões onde existe um ou dois médicos especialistas, como é o caso das regiões do Algarve e do Alentejo.

Psiquiatria da Infância e Adolescência

Os Serviços Locais de Psiquiatria da Infância e Adolescência desenvolvem atividades de âmbito muito diverso, assegurando a prestação de cuidados de saúde mental à população de crianças e jovens da sua área de referência. Em 2011 existiam formalizados 6 Serviços, e apesar de o PNSM prever, até 2012, a criação de 13 novos Serviços/Unidades, até maio de 2018 somente mais 4 Serviços tinham sido criados.

Tal como o relatório **GERAÇÕES MAIS SAUDÁVEIS** do Conselho Nacional de Saúde tinha alertado, o número de serviços, de nível regional e local, e de unidades existentes no país é baixo e tem uma distribuição desigual, o que compromete a equidade no acesso da população aos cuidados especializados em Psiquiatria da Infância e Adolescência [18].

A situação da Psiquiatria de Infância e Adolescência em Portugal é atualmente caracterizada por diversas carências. Os serviços e unidades são em número reduzido, tal como o número de camas de internamento e os recursos humanos, essenciais para a constituição de equipas multidisciplinares. Com efeito, muitas unidades têm apenas um médico especialista e não dispõem de pessoal não-médico próprio, o que coloca em causa a qualidade da intervenção no âmbito da Psiquiatria da Infância e Adolescência.

A resposta em termos de reabilitação psicossocial é igualmente muito limitada no âmbito da rede nacional de cuidados continuados integrados em saúde mental. Finalmente, deve sublinhar-se, também nesta área, a assimetria na distribuição dos recursos humanos, com zonas do território nacional com acesso reduzido a cuidados especializados em Psiquiatria da Infância e Adolescência, algo que é agravado pela ausência de respostas comunitárias nesta área e pela fraca articulação entre os vários níveis de cuidados.

10 | SAÚDE MENTAL NAS REGIÕES AUTÓNOMAS



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

A prestação de cuidados de saúde mental na Região Autónoma dos Açores conta atualmente com 11 Psiquiatras, 1 Psiquiatra da Infância e Adolescência, 32 Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiátrica e 39 Psicólogos. Entre 2011 e 2018, a região viu crescer em 80% o número de consultas de Psiquiatria (adultos), tendo-se realizado 21.414 consultas em 2018, enquanto o número de consultas de Psiquiatria de Infância e Adolescência quase triplicou (de 578 em 2011 para 1.683 em 2018). Com 14 camas no Hospital do Divido Espírito Santo e 8 camas no Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, a região registou 397 doentes tratados em 2018 (mais do dobro dos 152 registados em 2011), a que corresponderam 7.569 dias de internamento. As entidades convencionadas totalizam 625 camas, a que corresponderem 228.125 dias de internamento, em 2018. Relativamente à saúde mental, o Plano de Regional de Saúde dos Açores privilegia: a intervenção de equipas multidisciplinares ao nível dos cuidados de saúde primários (nomeadamente nas Unidade de Saúde de Ilha), a promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida, a articulação intersectorial, e o combate ao estigma e à discriminação.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

A Região Autónoma da Madeira conta com atualmente com 5 Psiquiatras (1 especificamente para o serviço de urgência), 3 Psiquiatras da Infância e Adolescência, 76 Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiátrica (29 dos quais em cuidados de saúde primários), 64 psicólogos e 28 assistentes sociais. Existem 867 camas em acordos de cooperação, incluindo 10 vagas específicas para internamento de curta duração em Psiquiatria de Infância e Adolescência. A Estratégia Regional para a Promoção da Saúde Mental foca-se no acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental; na proteção dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental; na redução do impacto das perturbações mentais e na promoção da saúde mental das populações; na descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias; e na integração dos cuidados de saúde mental no sistema saúde, tanto a nível dos cuidados de saúde primários, como do Hospital Central do Funchal e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. Desde 2015, o Governo Regional da Madeira investiu cerca de 50 milhões de euros na área da Saúde Mental, através da celebração de contratos-programa com as diferentes Unidades de Saúde Mental na região.

3.3 CUIDADOS CONTINUADOS EM SAÚDE MENTAL

Em 2010, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados viu alargadas as suas atribuições em matéria de prestação de respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental [19], tal como delineado no Plano Nacional de Saúde Mental.

Foi definida a tipologia de estruturas residenciais baseadas na comunidade, centros de dia e equipas de intervenção no domicílio adequada para responder às necessidades das pessoas com doença mental crónica, em articulação com os serviços de saúde mental locais. Foram posteriormente incluídos, no âmbito das responsabilidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o desenvolvimento de uma rede nacional destas diferentes estruturas para pessoas com doença mental e o estabelecimento de uma equipa projeto dedicada ao desenvolvimento desta rede [20]. Em 2011, a arquitetura da rede de cuidados continuados integrados em saúde mental estava finalizada, foram definidos os princípios financeiros dos novos serviços e foram aprovadas as experiências-piloto a ser implementadas [17]. Entre 2011 e 2017, a implementação da rede esteve interrompida, tendo sido sucessivamente adiada. Finalmente, as experiências-piloto de várias tipologias de cuidados continuados em saúde mental foram iniciadas [21]. As experiências-piloto dividem-se em tipologias para adultos e para crianças e jovens entre os 5 e os 18 anos.

As residências, unidades socio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário de cuidados continuados integrados de saúde mental têm como finalidade ajudar a definir um projeto individual de intervenção e acompanhá-lo na sua execução, com o objetivo de, no mais curto espaço de tempo, permitir à pessoa com doença mental grave recuperar as suas competências psicossociais e reintegrar-se na sua família e comunidade [22]. Estes projetos podem desenvolver-se num ambiente multidimensional, estruturado em contexto residencial ou em ambulatório, em unidades socio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, mas, em qualquer das tipologias, o envolvimento da família ou das figuras de referência da pessoa e a mobilização e utilização dos recursos da comunidade é uma condição essencial para o sucesso dos projetos [22].

Para as crianças e jovens, a recuperação traduz-se na diminuição dos riscos para o desenvolvimento e funcionamento global. Ao tratamento associa-se a preocupação com as dimensões educação, socialização, apoio e proteção das crianças e jovens, em parceria com as suas famílias ou pessoas/instituições que as substituam [22]. Tanto nos projetos de reabilitação psicossocial dos adultos como nos das crianças e adolescentes, estão contempladas as necessidades da família/cuidador informal, através de atividades desenvolvidas para o seu apoio ou para aumentar as suas competências parentais ou de cuidador [22].

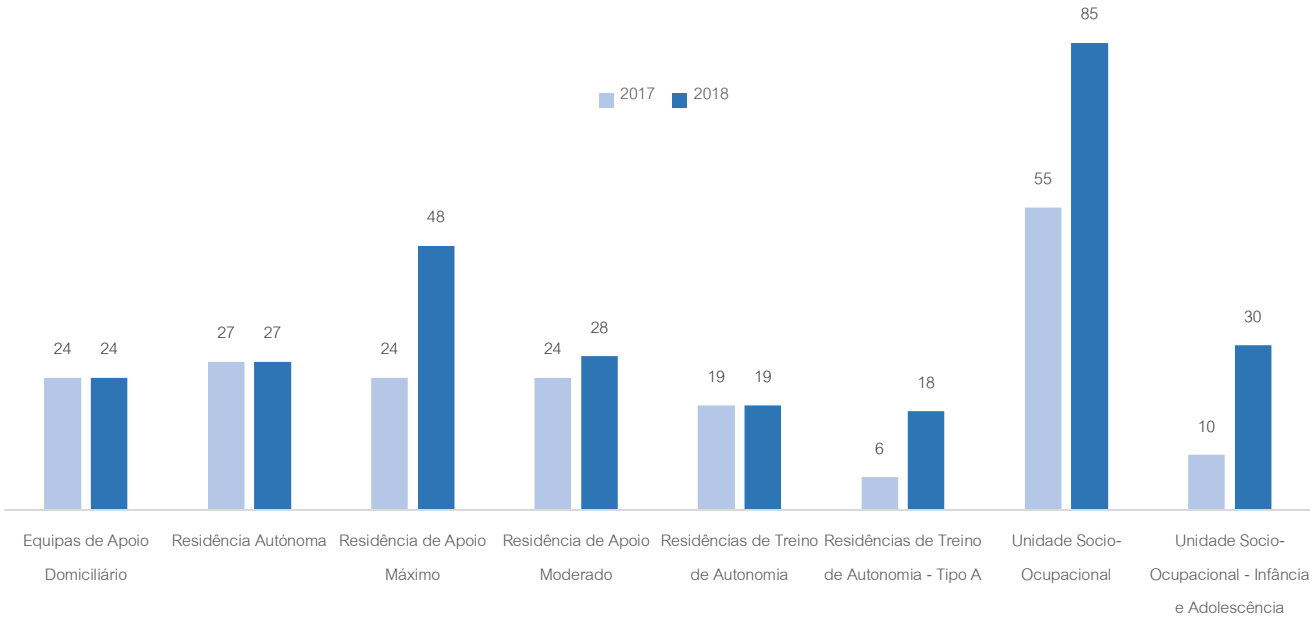
TABELA 13 | Número de lugares em funcionamento na rede de cuidados integrados em saúde mental, por tipologia e região, 2018.

	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
Residência Autónoma	14		13		
Residência de Apoio Máximo	24		24		
Residência de Apoio Moderado		8	10	10	
Residências de Treino de Autonomia			19		
Residências de Treino de Autonomia - Tipo A	6		12		
Unidade Socio-Ocupacional	55	30			
Unidade Socio-Ocupacional - Infância e Adolescência					
TOTAL	109	38	98	10	0

Fonte: ACSS [22]

As tipologias existentes estão ilustradas na **FIG. 34**, com um total de 279 lugares, dos quais 24 são de apoio domiciliário. De 2017 para 2018, destaca-se a triplicação no número de lugares na tipologia Residência de Treino de Autonomia – Tipo A e a duplicação no número de lugares na tipologia de Residência de Apoio Moderado (**FIG. 34**). Sublinha-se também a assimetria na distribuição dos lugares da rede de cuidados integrados em saúde mental, com a maioria dos lugares localizados na região Norte, não havendo ainda nenhum lugar criado na região do Algarve

(**TABELA 13**). A reduzida dimensão da rede, pese embora numa fase de experiências-piloto, é uma limitação importante para a prestação de respostas de reabilitação e de apoio às pessoas com doença mental. Porém, afigura-se como urgente a correção das assimetrias geográficas e a continuação de criação de novos lugares, sobretudo nas tipologias mais necessárias como as Residências de Apoio Moderado e as Residências de Apoio Máximo



Fonte: ACSS [22]

FIG. 34 | Número de lugares em funcionamento na rede de cuidados integrados em saúde mental, por região, 2017 e 2018.

3 CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

- Em 2019, existiam 631 Psiquiatras e 120 Psiquiatras da Infância e da Adolescência no SNS. Registam-se desigualdades geográficas na distribuição dos Psiquiatras em Portugal, em particular na Psiquiatria da Infância e da Adolescência, havendo apenas 1 especialista no Algarve e 2 no Alentejo.
- Portugal é um dos países da OCDE com rácio mais baixo de psiquiatras (13 Psiquiatras por 100.000 habitantes). No setor privado, existem 250 Psiquiatras e 50 Psiquiatras da Infância e Adolescência.
- Os tempos médios de resposta à primeira consulta de Psiquiatria registaram uma melhoria geral entre julho-setembro de 2018 e o período de junho-agosto de 2019. Porém, existem unidades do SNS que registam tempos de resposta acima dos tempos máximos de resposta garantidos, com hospitais a demorarem 95 dias para realização de uma primeira consulta muito prioritária e mais de 60 dias para consulta prioritária.
- Também na área da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, alguns hospitais registam tempos médios de resposta acima dos tempos máximos de resposta garantidos para primeira consulta muito prioritária, havendo ainda unidades que demoram 7 e 8 meses a marcar uma primeira consulta com prioridade normal.
- Existem 1.084 Enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica no SNS.. A comparação do número de médicos e de enfermeiros na área da Saúde Mental revela um rácio de 1,6 enfermeiros por cada médico, havendo serviços com mais médicos psiquiatras do que enfermeiros.
- Existem 290 psicólogos e 697 psicólogos clínicos no SNS. Os tempos médios de resposta para uma consulta hospitalar de Psicologia não ultrapassam na generalidade os tempos máximos de resposta garantidos, nas poucas unidades onde essa consulta existe.
- Quanto a outros profissionais, existem, no SNS, 1.012 fisioterapeutas, 257 terapeutas ocupacionais, 194 terapeutas da fala e 1.048 técnicos de ação social. A escassez de recursos humanos limita a constituição de equipas de saúde mental comunitárias.
- No que diz respeito à psiquiatria forense, a articulação com os serviços prisionais e os setores social e da saúde ainda é um desafio. É fundamental assegurar respostas dos setores público, privado ou social, adequadas ao acolhimento residencial ou reintegração na comunidade para os doentes, após a cessação da medida de internamento.
- As mudanças na rede hospitalar não foram acompanhadas por um desenvolvimento de equipas de saúde mental comunitária. As dificuldades de articulação entre os serviços de saúde mental e os cuidados de saúde primários ainda são uma realidade, dificultando a referenciação dos doentes.
- Apesar de prevista para 2019, a criação de equipas comunitárias de saúde mental, para adultos e para infância e adolescência, em cada região de saúde, ainda não se tornou uma realidade.
- A reduzida dimensão da Rede de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental é uma limitação importante para a prestação de respostas de reabilitação e de apoio às pessoas com doença mental, sendo urgente corrigir assimetrias geográficas e continuar a criar novos lugares.

REFERÊNCIAS

1. Lei n.º 36/98, de 24 de julho. *Lei de Saúde Mental*. In: *Diário da República*, n.º 169, Série I-A, 24 de julho de 1998. Disponível em: <http://dre.pt/application/conteudo/424762>
2. Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro. *Estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental*. In: *Diário da República*, n.º 30, Série I-A, 5 de fevereiro de 1999. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/169001>
3. Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro. *Altera o Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de fevereiro (...)*. In: *Diário da República*, n.º 304, Série I, 22 de outubro de 2009. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/483170>
4. Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro. *Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (...)*. In: *Diário da República*, n.º 19, Série I, 28 de janeiro de 2010. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/616776>
5. Melo MS, Ferreira G. A psiquiatria comunitária na evolução histórica da psiquiatria. *Análise Psicológica*. 1981; 3(1): 357-363. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5611/1/1981_3_357.pdf
6. Santos NB. *Os Primeiros Cinquenta Anos da Psiquiatria Portuguesa (1835-1885)*. Lisboa: Lidel; 2019.
7. Pereira JM. A psiquiatria no tempo da I República. In: *O Corpo-Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da Primeira República*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda; 2010 .
8. Pereira JM. *A Psiquiatria em Portugal – Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*. Tese de doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea. Universidade de Coimbra; 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.ucp.pt/bitstream/10316/29514/1/A%20Psiquiatria%20em%20Portugal.pdf>
9. Alves F, Silva LF. Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão. *Actas dos Ateliers do 5.º Congresso Português de Sociologia – Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção*; 2004: 56-64. Disponível em: https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR4628f725bc048_1.pdf
10. Bombarda M. Projecto de Lei de Protecção dos Alienados. *A Med Contemp*. 1909; (17): 129-146.
11. Soares MI. A Reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica *Pensar Enfermagem*. 2008; 12(2): 35-51: Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23995/1/2008_12_2_35-51.pdf
12. Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963. *Aprova a Lei de Saúde Mental*. In: *Diário do Governo*, n.º 79, Série I, 3 de abril de 1963.
13. Comissão para o Estudo da Saúde Mental. *Princípios de Organização dos Serviços de Saúde Mental – Saúde Mental: Proposta de Mudança*. Lisboa: DGS; 1995.
14. Administração Central do Sistema de Saúde. *Inventário de Pessoal do Setor da Saúde – 2014*. Lisboa: ACSS; 2015. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Inventario_Pessoal_Profissionais_Sector_Saude_2014.pdf
15. Instituto Nacional de Estatística. *Estatísticas da Saúde 2017*. Lisboa: INE; 2019. Disponível em: https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320460040&PUBLICACOESmodo=2
16. Decreto-Lei n.º 70/2019, de 24 de maio. *Adapta as regras aplicáveis à execução das medidas de internamento em unidades de saúde mental não integradas no sistema prisional*. In: *Diário da República*, n.º 100, Série I, 24 de maio de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122393532>
17. Ministério da Saúde – Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da saúde Mental. *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
18. Conselho Nacional de Saúde. *Gerações Mais Saudáveis – Políticas públicas para a promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa: CNS; 2018. Disponível em: <http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/GERACOES-MAIS-SAUDAVEIS.pdf>
19. Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro. *Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental*. In: *Diário da República*, n.º 19, Série I, 28 de janeiro de 2010. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/616776>
20. Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2010. In: *Diário da República*, n.º 94, Série I, 14 de maio de 2010. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/614988>
21. Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro. In: *Diário da República*, n.º 26, Série II, 6 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/106396948>
22. Administração Central do Sistema de Saúde. *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2018*. Lisboa: ACSS; 2019. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI_2018.pdf

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A saúde mental tem ganho uma relevância crescente na análise do estado de saúde das populações, quer pelo reconhecimento da sua importância para o bem-estar e desenvolvimento social, quer pela dissipação do estigma e da exclusão social que durante anos contribuíram para a marginalização dos doentes. A falta de priorização da saúde mental pelos decisores políticos deve motivar uma análise aprofundada desta área.

Atualmente, é evidente o papel que a saúde mental desempenha no funcionamento das sociedades e na própria saúde física. Os problemas de saúde mental acarretam custos diretos e indiretos que podem exceder os 4% do PIB nos países da OCDE, não apenas em despesas com tratamento médico e reabilitação dos doentes, mas também em cuidados continuados, comorbilidades, perda de produtividade, incapacidade ou morte prematura. No contexto internacional somaram-se, nos últimos anos, iniciativas e planos de ação que visaram dar prioridade à saúde mental, sublinhando a importância da prevenção e do acesso equitativo aos cuidados de saúde.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 constituiu uma oportunidade para reformar a saúde mental, em linha com as orientações da Organização Mundial da Saúde e de outras organizações internacionais. O Plano identificou importantes constrangimentos na prestação de cuidados de saúde mental nas vertentes do acesso, equidade e qualidade: em Portugal, apenas uma pequena parte dos cidadãos com problemas de saúde mental tinha acesso a cuidados de saúde; a distribuição dos recursos era assimétrica, estando excessivamente concentrada em Lisboa, Porto e Coimbra; havia poucos profissionais não médicos (psicólogos, enfermeiros, terapeutas, técnicos do serviço social) nas equipas de saúde mental.

Apesar de ter sido consensualmente bem elaborado e de ter traçado objetivos precisos para levar a cabo uma reforma séria dos cuidados de saúde mental em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Mental deparou-se com inúmeros obstáculos que impossibilitaram a sua implementação plena. A falta de priorização política e os insuficientes recursos financeiros dedicados à implementação do Plano, entre outros motivos, adiaram a sua concretização e motivaram a sua expansão até 2020. Uma parte do retrato traçado aquando da definição do Plano ainda é atual, passados mais de dez anos...

VIVER COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

As pessoas que vivem com problemas de saúde mental continuam a defrontar-se com barreiras ao seu pleno reconhecimento como cidadãos. O estigma e a discriminação ainda fazem parte do quotidiano de muitos doentes, como fazem também as dificuldades no acesso a estruturas de apoio social. De facto, a articulação entre o setor da saúde e o setor social necessita de ser reformulada e adequada ao grande número de doentes e famílias que carecem de apoio. Adicionalmente, é importante regular o recém-publicado Estatuto do Cuidador Informal, de forma a concretizar a proteção do Estado aos que cuidam de pessoas com problemas de saúde mental.

Também o consumo de medicamentos faz parte do quotidiano de muitas pessoas que vivem com problemas de saúde mental, embora provavelmente nem todas necessitassem de uma abordagem farmacológica. A falta de resposta em cuidados de saúde de proximidade, nomeadamente em abordagens não farmacológicas, os maus hábitos de prescrição e a dependência medicamentosa ajudam a explicar o elevado consumo de psicofármacos registado em Portugal.

Apesar de terem sido levadas a cabo algumas iniciativas que visavam a descontinuação de psicofármacos, nomeadamente de benzodiazepinas, é importante que o problema seja uma prioridade no contexto de uma reforma da saúde mental em Portugal. Os problemas de saúde mental mais comuns devem poder encontrar uma resposta adequada nos cuidados de saúde primários, quer através de meios farmacológicos quer psicossociais, em articulação com os serviços de saúde mental mais diferenciados. Para tal, é necessário dotar os cuidados de saúde primários de recursos humanos qualificados com competências específicas, bem como formação adicional para os profissionais atualmente existentes. A prática nesta área para recém-formados deverá ser feita sob a supervisão das entidades formadoras, nomeadamente a academia em articulação com os especialistas.

A integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, incluindo o recrutamento de profissionais especialistas como enfermeiros de saúde mental, psicólogos ou terapeutas, e a melhor articulação com o setor social e as organizações da comunidade podem melhorar muito a qualidade de vida das pessoas que vivem com problemas de saúde mental. A proximidade dos cuidados e o suporte social tem o potencial de facilitar uma resposta mais próxima, mais atempada e mais adequada às suas necessidades.

PROMOVER A SAÚDE MENTAL

Embora existam múltiplas intervenções na área da saúde mental, desde programas nas creches e jardins de infância às ações levadas a cabo no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, as atividades organizadas de promoção da saúde mental em Portugal são ainda praticamente inexistentes. O Plano Nacional de Saúde Mental promoveu um conjunto de ações, a maioria em articulação com o setor da Educação, mas foram projetos sem grande difusão e limitados no tempo. Dada a prevalência de problemas de saúde mental na população e o impacto a nível individual, familiar e socioeconómico, Portugal necessita com urgência de uma estratégia integrada para a promoção da saúde, ao longo da vida, temporalmente sustentada, abrangente e intersectorial, na qual se integre a saúde mental.

Embora as atividades de promoção da saúde mental previstas no Plano Nacional de Saúde Mental não tenham tido o desenvolvimento desejável, o país esteve envolvido em diversas iniciativas a nível europeu, com especial relevância para o *Plano de Ação Conjunta para a Saúde e Bem-Estar Mental* (2013-2016). A experiência e o conhecimento gerados nestas iniciativas, juntamente com toda a evidência científica disponível nesta área, devem servir de base para a construção de uma estratégia nacional ambiciosa para a promoção e prevenção em saúde mental, desde a conceção até à idade avançada, nas escolas, universidades e locais de trabalho, no setor público e no setor privado. A monitorização das ações é fundamental para se identificar o que é mais efetivo e onde se encontram as principais dificuldades, bem como qual a prevalência de doença mental na população portuguesa.

Paralelamente, é importante que a investigação em saúde mental seja apoiada, não só para aumentar o conhecimento sobre os determinantes, mas também para identificar áreas de maior vulnerabilidade e fatores protetores.

A promoção da saúde mental deve ser assumida como uma prioridade política e social, através da definição de uma agenda política para o setor, cientificamente sustentada. Porque a promoção da saúde mental faz parte da responsabilidade de todos os agentes sociais, deve ser integrada em todos os níveis do sistema de saúde e devem ser prevenidos os fatores de risco e preditores conhecidos, incluindo aqueles que emergem da educação. Importa criar e desenvolver programas de promoção da saúde mental nos ambientes em que as pessoas vivem e trabalham, com a preocupação de assegurar a continuidade e a sustentabilidade das ações. Em todos os setores, deve ser disseminado e promovido o estabelecimento de práticas que melhorem a literacia em saúde mental, envolvendo com particular atenção os profissionais da educação e da saúde.

CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

Os profissionais de saúde mental ainda estão assimetricamente distribuídos no território nacional, havendo uma concentração de médicos especialistas

em Psiquiatria na faixa litoral entre Lisboa e Porto. O mesmo é verdade para os médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, havendo apenas dois especialistas no Alentejo e um só no Algarve. Porém, é nos outros profissionais de saúde mental que se verifica maior escassez no Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente psicólogos, terapeutas e técnicos de serviço social. Relativamente aos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, o rácio em relação aos médicos especialistas é de apenas 1,6, havendo serviços hospitalares com mais psiquiatras do que enfermeiros especialistas.

A prestação de cuidados continuados de saúde mental, consecutivamente adiada, só muito recentemente foi implementada, no âmbito de experiências piloto. A oferta é ainda muito insuficiente, face às necessidades existentes, e muito assimétrica, sendo urgente expandir o número de lugares de forma a dar resposta aos doentes e às suas famílias.

Embora a reorganização da rede hospitalar saúde mental tenha realmente sido implementada no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental, permanece ainda por concluir a integração da assistência psiquiátrica nos Serviços de Saúde Mental do Centro Hospitalar do Oeste, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, Centro Hospitalar do Médio Ave e Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga. Concluída essa transferência para os hospitais gerais, podem então ser reorganizados os espaços e recursos dos três hospitais psiquiátricos de forma a assegurar o funcionamento dos serviços regionais de saúde mental de base institucional e também das unidades de internamento de inimizáveis, em articulação com o Ministério da Justiça.

A criação de equipas comunitárias de saúde mental, especialmente na área da infância e adolescência, tem enfrentado importantes limitações, nomeadamente a escassez de recursos humanos. Porém, a implementação destas equipas afigura-se como essencial para prestar cuidados em proximidade e promover a acessibilidade e a equidade. A criação de equipas de saúde mental comunitárias junto das Administrações Regionais de Saúde consta no Programa do XXII Governo Constitucional, sugerindo que existe vontade política para priorizar esta área. No entanto, esta vontade política só se poderá concretizar se forem alocados os recursos necessários à sua implementação. Finalmente, é importante reforçar que, numa população cada vez mais envelhecida, a resposta do sistema de saúde às demências deverá constituir uma preocupação no planeamento atual e futuro na atribuição de recursos financeiros e humanos. A Estratégia da Saúde na Área das Demências e a elaboração do Plano Nacional de Saúde para as Demências, baseado em cinco planos regionais, é um primeiro passo para uma resposta adequada às pessoas com demência, mas é necessário que o Plano seja efetivamente implementado e que seja promovida a articulação intersectorial de modo a contribuir para a prevenção, identificação precoce, abordagem terapêutica e apoio social das pessoas com demência e seus familiares.

A saúde mental nunca constituiu uma prioridade em saúde em Portugal. Porém, o impacto que os problemas de saúde mental têm na qualidade de vida e bem-estar dos cidadãos e os custos diretos e indiretos da doença mental, devem fazer mudar esta situação. Com uma prevalência de doença psiquiátrica referida aos últimos 12 meses de quase 23%, a saúde mental deve constituir uma prioridade nas políticas em saúde nos próximos anos. O Plano Nacional de Saúde Mental ainda não está plenamente implementado e o sis-

tema de saúde ainda precisa de solucionar problemas sérios de acessibilidade e de equidade na prestação de cuidados de saúde mental. A saúde mental foi vítima da inércia de vários governos nas últimas décadas, mas o tempo que se perdeu outrora obriga a não desperdiçar mais nenhum tempo agora. A saúde mental deve constituir um dos grandes desafios do nosso país em matéria de saúde para a próxima década.

RECOMENDAÇÕES

Recomenda o Conselho Nacional de Saúde que:

1. Seja criada uma estratégia nacional de promoção da saúde mental na população, com particular enfoque na promoção da literacia em saúde mental nos vários contextos, e que faça parte de uma estratégia nacional integrada de promoção da saúde, intersectorial, participada, inclusiva e ao longo do ciclo de vida. ◆
2. Seja assegurada a investigação continuada e mecanismos sustentados de recolha de informação sobre os determinantes da saúde mental e a prevalência de problemas de saúde mental na população portuguesa, assim como os resultados das políticas e programas de saúde mental implementados em Portugal.
3. Seja concretizada a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários a nível nacional e dotada dos recursos financeiros e humanos necessários à prestação efetiva dos diferentes tipos de cuidados. ◆ □
4. Sejam planeados os recursos humanos em saúde mental para a próxima década, com eliminação das assimetrias geográficas e da escassez de profissionais, de modo a que o Serviço Nacional de Saúde seja capaz de prestar cuidados de qualidade às pessoas com problemas de saúde mental de forma atempada e equitativa. ◆
5. Seja globalmente assegurada a capacidade financeira imprescindível para cumprir com as decisões tomadas pelo governo quanto às iniciativas na área da saúde mental, evitando que a asfixia financeira impeça a sua concretização.
6. Sejam criadas equipas de saúde mental comunitárias em todas as regiões de saúde, com os recursos necessários para prestar uma resposta de proximidade às pessoas que vivem com problemas de saúde mental e em articulação com o serviço social e os parceiros na comunidade. ◆ □
7. Seja concluída a reforma da rede hospitalar, com a transferência da assistência psiquiátrica para os hospitais gerais, e consequente reorganização dos hospitais psiquiátricos. ◆ □
8. Seja apresentado e implementado o Plano Nacional de Saúde para as Demências, promovendo uma sólida resposta intersectorial às pessoas que vivem com demência, às suas famílias e cuidadores, e tirando partido das múltiplas iniciativas que já existem por todo o país com resultados positivos. ◆

◆ Nos próximos 3 anos □ Previsto no Plano Nacional de Saúde Mental

ANEXOS

ANEXO I – REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO

INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

Intervenção	População Alvo	Descrição Sumária	Local
Ações formativas	Profissionais de saúde	Sessão formativa dos CCS/ACES sobre “Qualificação da prescrição do medicamento: enquadramento conceptual e operacional; desprescrição de benzodiazepinas.	Encontros Regionais de Governação Clínica e de Saúde nos CSP
Ações formativas	Profissionais de saúde	Apresentação de resultados da monitorização da prescrição de benzodiazepinas e de auditorias clínicas relacionadas com a prescrição farmacológica e síntese de atividades desenvolvidas pelo CCS em 2018.	Encontros Regionais de Governação Clínica e de Saúde nos CSP
Saúde Mental	Cuidadores informais	Sessão de formação para cuidadores informais, na área da saúde mental (avaliar o stress do prestador de cuidados)	ACES Pinhal Interior Norte
+ Contigo	Pais e Encarregados de Educação de jovens do 3º ciclo e secundário	Programa de intervenção no âmbito da saúde mental, com vista à prevenção de comportamentos suicidários nos jovens em idade escolar	ACES Pinhal Interior Norte
Programa Nacional Saúde Mental	Indivíduos portadores de doença mental grave	Realização de consulta semanal de enfermagem	ACES Pinhal Interior Norte
Sessão de Relaxamento Muscular	Utentes em situação de vulnerabilidade referenciados pela consulta de saúde mental	Realização de uma sessão de técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobsen com duração de uma hora semanal	ACES Pinhal Interior Norte
Adesão ao Regime Terapêutico no âmbito da doença mental	Utentes referenciados com doença mental/ demências/ estrangeiros/ idosos	Promoção da acessibilidade a cuidados de saúde adequados às reais necessidades da população com doença mental	ACES Pinhal Interior Norte
PAI / Saúde Mental	População escolar do Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Poiares	Promoção da Saúde Mental em Idade Escolar	ACES Pinhal Interior Norte
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos no Idoso	Médicos e enfermeiros do CS Oliveira do Hospital	Formação Interna multiprofissional	ACES Pinhal Interior Norte
Desprescrição de Benzodiazepinas em pessoas com 65 ou mais anos	Médicos da USF Trilhos Dueça	Estudo retrospectivo de base populacional visando estratégias de desprescrição de benzodiazepinas na população idosa	ACES Pinhal Interior Norte
Manual de Desprescrição das Benzodiazepinas	Profissionais USF Serra da Lousã	Fomentação em reuniões internas com todos os profissionais do Manual de Desprescrição das Benzodiazepinas e respetivo material	ACES Pinhal Interior Norte
Desprescrição de Benzodiazepinas	Farmácias comunitárias da Lousã	Divulgação do panfleto e carta modelo de desprescrição das benzodiazepinas	ACES Pinhal Interior Norte
Desprescrição de Benzodiazepinas	Utentes do centro de saúde	Divulgação do panfleto de desprescrição das benzodiazepinas (“Calmantes”) na sala de espera da USF Serra da Lousã e na página web	ACES Pinhal Interior Norte
Desprescrição de Benzodiazepinas	Utentes do centro de saúde	Articulação com farmácias comunitárias para obtenção de listagem de utentes com medicação crónica de benzodiazepinas, após obtenção de consentimento informado	ACES Pinhal Interior Norte
Reunião de Governação Clínica com Conselhos Técnicos	Conselho Técnicos das Unidades Funcionais	Apresentação dos resultados da prescrição de benzodiazepinas nos idosos por Unidade Funcional, apresentando medidas corretivas para desprescrição	ACES Pinhal Interior Norte

+ Contigo	Alunos 7º e 8º anos, pessoal docente e não docente e Encarregados de Educação das turmas abrangidas	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a comunidade para a Identificação dos comportamentos da esfera suicidária, combater o estigma em saúde mental, prevenir o suicídio; - Promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3º ciclo do ensino básico e secundário 	ACES Pinhal Litoral
(Re)criar a Brincar	Alunos do 4º ano dos Agrupamentos de Escolas da Gafanha da Nazaré, da Gafanha da Encarnação e de Ílhavo	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a aquisição e o desenvolvimento de estratégias de coping; - Prevenir situações de ansiedade patológica e violência física e/ou psicológica, sinalizando os casos existentes 	ACES Pinhal Litoral
Cres(SER)	Crianças nascidas a partir de 1 de janeiro de 2018 e até aos 3 anos de idade, inscritas no Centro de Saúde de Águeda, preferencialmente inseridas em instituições / creches / creche familiar. Público-alvo estratégico: grávidas/pais grávidos, pais, outros familiares ou cuidadores; profissionais de saúde das Unidades de Saúde do concelho; educadoras e ajudantes de ação educativa das Creches/amas do concelho.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a saúde mental na gravidez e primeira infância na população do concelho de Águeda; - Potenciar a compreensão das características e necessidades das crianças dos 0 - 3 anos, com vista à promoção do seu bem-estar psicoafetivo e desenvolvimento, através da implementação de uma estratégia de intervenção baseada na literacia em saúde e intervenção psicossocial. 	ACES Pinhal Litoral
Consulta de saúde mental individual/ familiar/ comunidade	População em geral	Apoio e assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização e recuperação da saúde mental mobilizando as dinâmicas necessárias a cada contexto. Prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa/família/ comunidade referenciada à UCC M. Grande.	ACES Pinhal Litoral - UCC Marinha Grande
Projeto: Boa Saúde Mental para Bem Cuidar	Cuidador informal	Sessões psicoeducativas realizadas em grupo com o objetivo de reduzir a sobrecarga emocional do cuidador informal, promovendo bem-estar e desenvolvendo estratégias de coping.	ACES Pinhal Litoral - UCC Marinha Grande
Saúde mental na comunidade	População em geral	Sessões psicoeducativas com o tema "Saúde mental, depressão e alcoolismo", com o objetivo de promover a literacia da comunidade e monitorizar, através de escala, o bem-estar dos participantes, realizando referência e encaminhamento destes utentes de acordo com score identificado. Promoção do bem-estar e identificação de estratégias de coping a adotar individualmente e em grupo.	ACES Pinhal Litoral - UCC Marinha Grande
"Mais Ação... Mais Vida!"	Pessoa que sofre de uma Doença Mental	Projeto na Área da Saúde Mental, em parceria com a Equipa de Intervenção Comunitária do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Centro Hospitalar Baixo Vouga; visa promover a inserção social da Pessoa que sofre de uma Doença Mental. Neste contexto o objetivo geral compreende a Integração da Pessoa com doença mental em atividades dirigidas à população em geral.	ACES Pinhal Litoral – UCC Estarreja

Consulta de Pedopsiquiatria	Crianças e adolescentes pertencentes ao concelho de Ovar , com perturbações emocionais: depressão/ansiedade; Tentativas de suicídio/comportamentos de auto lesão; Quadros de Psicose/Esquizofrenia; Perturbações	Objetivos: Articular recursos, permitindo a coordenação e a continuidade dos cuidados no meio comunitário; Promover comunicação entre diferentes estruturas da comunidade; Articular com os recursos locais já existentes de apoio e intervenção a crianças e adolescentes; Maior afinação no encaminhamento dos casos clínicos com critérios psiquiátricos de referência à consulta externa do Serviço de Pedopsiquiatria. Equipa Comunitária Multidisciplinar: Pedopsiquiatra Hospital, Delegada de Saúde Pública, Enfermeira Especialista e Assistente Social.	ACES Pinhal Litoral – UCC Ovar
+ Contigo	População escolar	Programa +Contigo é operacionalizado pela equipa da UCC, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar.	ACES Pinhal Litoral – UCC Oliveira do Bairro
Fazer a Diferença	Pessoas idosas	Dentro do Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas, operacionaliza-se o Fazer a Diferença (Estimulação Cognitiva).	ACES Pinhal Litoral – UCC Oliveira do Bairro
+ Contigo	População escolar	Desenvolvimento do Programa +Contigo, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar.	ACES Pinhal Litoral – UCC Sever do Vouga
Saudavelmente	Utentes do foro mental	Projeto desenvolvido em parceria com a União das Juntas de Freguesia da Glória e Vera Cruz, decorrendo no espaço físico da Casa da Comunidade Sustentável, destinando-se à monitorização da adesão terapêutica dos utentes do foro mental na comunidade.	ACES Pinhal Litoral – UCC Aveiro
Minutos Zen na Comunidade	Utentes do foro mental	Projeto desenvolvido em parceria com a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Aveiro, com atividades de meditação - Mindfulness, dirigidas aos seus utentes da instituição.	ACES Pinhal Litoral – UCC Aveiro
+ Contigo:	População escolar	Projeto regional inserido no âmbito da Saúde Escolar que visa a prevenção do suicídio juvenil junto da comunidade escolar, mediante a promoção da autoestima e a prevenção dos comportamentos de risco associados.	ACES Pinhal Litoral – UCC Aveiro
Como Lidar com a Demência	Cuidador informal	Projeto no âmbito da Saúde Mental destinado sobretudo a cuidadores informais de utentes com esta patologia.	ACES Pinhal Litoral – UCC de Águeda
Projeto "Vive@mente"	Pessoas e famílias em risco ou com problemas de saúde mental, residentes no concelho de vagos e inscritas no Centro de Saúde de Vagos.	Apoio e acompanhamento da doença mental na comunidade	ACES Pinhal Litoral – UCC de Vagos
"Projeto Ser com Sentido":	Utentes	Objetivo: proporcionar aos intervenientes experiências particulares de aprendizagem, no sentido de promover formas de pensamento e comportamento mais funcionais e adequadas, podendo funcionar como meio de promoção de saúde, de prevenção de algumas patologias do foro mental, entre outras, junto do indivíduo adulto. Como objetivos específicos do projeto, descrevem-se: <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar o reequilíbrio mental e emocional • Promover o reconhecimento e a expressão de emoções 	ACES Pinhal Litoral – UCC da Murtosa

		<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar estratégias de coping perante os desafios do dia-a-dia • Resignificar experiências de vida dolorosas • Reestruturar pensamentos e comportamentos desajustados <p>As atividades que fazem parte do projeto são: Consulta de Promoção da Saúde Mental, Sessões de Educação para a Saúde Mental (p.e.: "Gestão de Stress"; "Inteligência Emocional"; etc.) e Modalidades Psicoterapêuticas de Grupo (p.e.: sessões de relaxamento).</p>	
"Monitorização da Adesão Terapêutica dos Doentes de Psiquiatria no Domicílio"	Utentes referenciados pelo DPSM e em consulta de vigilância psiquiátrica no Centro Hospitalar Baixo Vouga, residentes no Concelho de Ílhavo; Utentes com patologia psiquiátrica com idade superior aos 65 anos referenciados pelo DPSM do Centro Hospitalar Baixo Vouga, pelos médicos de medicina geral e familiar, delegada de saúde e entidades de poder local na área de abrangência da UCC.	<p>Têm sido realizadas reuniões mensais entre as Enf.^ª(s) de Saúde Mental e Psiquiatria da UCC Laços de Mar e Ria, com a equipa multidisciplinar da Intervenção Comunitária do DPSM do CHBV e Técnicos gestores de casos do RSI/NLI do Concelho de Ílhavo para discussão, elaboração de planos de intervenção conjunta e concertada a utentes do foro psiquiátrico;</p> <p>Colaboração com a Saúde Pública (Enf.^ª e Delegada de Saúde) em casos com necessidade de avaliação e intervenção em Saúde Mental;</p> <p>Consultas de Enfermagem Saúde Mental sempre que necessário a utentes encaminhados pelas equipas de família.</p>	ACES Pinhal Litoral – UCC Laços Mar e Ria (Ílhavo)
O doente mental na comunidade	Indivíduos com perturbações mentais inscritos no Centro Saúde Anadia.	<p>Realizar consulta de enfermagem no domicílio ou em gabinete próprio, assegurando a privacidade e confidencialidade dos intervenientes, no Centro de Saúde de Anadia</p> <p>Disponibilizar contactos (telefone, fax, correio eletrónico) a utilizar em situações de urgência/dúvida, pela família ou doente, como forma de obter orientação e/ou encaminhamento terapêutico.</p> <p>Elaborar brochuras informativas sobre psicopatologia; impacto da doença no indivíduo, família e sociedade,</p> <p>Articular com os diferentes técnicos da equipa UCC, assim como com outros profissionais, nomeadamente com os serviços diferenciados. (consulta externa e urgência de psiquiatria).</p> <p>Interagir com as estruturas sociais, IPSS, Segurança Social, Camara Municipal, Tribunal, GNR, e outros.</p>	ACES Pinhal Litoral – UCC de Anadia:
Atividades formativas	Profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração, em articulação com a Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar, do documento "Avaliação e Orientação de Utentes – Problemas Psiquiátricos", sua divulgação às unidades funcionais e inclusão na Plataforma Documental: servicos.srsviseu.min-saude.pt (2016). • Elaboração do "Guia de Referência do ACES Dão Lafões à Consulta Externa do Centro Hospitalar Tondela Viseu", nas várias especialidades hospitalares, incluindo a Psiquiatria (4ª Versão – março 2017), em resultado da articulação do Conselho Clínico e de Saúde com a Direção Clínica do CHTV e os interlocutores das várias Especialidades Hospitalares. 	ACES Dão Lafões

		<ul style="list-style-type: none"> • Realização do "Partilhar Cuidados - Problemas Psiquiátricos" em 18 de janeiro de 2017, uma reunião clínica e organizacional entre os Coordenadores Conselhos Técnicos das Unidades Funcionais do ACES Dão Lafões e os Psiquiatras do CHTV, que tem como principais objetivos a atualização de conhecimentos e a melhoria da articulação entre níveis de cuidados. • Formação aos profissionais médicos do ACES Dão Lafões: "Depressão, Défice Cognitivo e Demência no Idoso – desafio na prática clínica", realizada em Outubro de 2017 e em Fevereiro de 2018. • Constituição da Equipa de Projeto Saúde Mental do ACES Dão Lafões (Despacho N.º 12/DE/2018), cujos objetivos são: 1. Formação de profissionais de saúde; 2. Produzir ferramentas úteis na área de Saúde Mental para implementação nas unidades de saúde; 3. Consultadoria aos profissionais do ACES, e 4. Investigação. • Atuação ao nível da Qualificação Prescrição em várias áreas, entre as quais a Desprescrição de Benzodiazepinas, através da análise do perfil de prescrição de cada Unidade Funcional e da divulgação, quer de artigos científicos relevantes e independentes, quer de material de apoio à atuação na consulta (março, abril e dezembro de 2018). 	
"Saúde Mental"	Pessoas sinalizadas pelas UF do CS, pela comunidade e Serviço de Psiquiatria da Guarda (aquando da alta hospitalar) para acompanhamento da UCC nas áreas de Saúde e Social. Todos os doentes com perturbações mentais ou da área de tratamento de psiquiatria em todas as idades, identificadas e da área de influência da UCC.	O projeto "Saúde Mental", tem como objetivo geral, promover, reabilitar e integrar o indivíduo com perturbações em Saúde Mental: melhorando o conhecimento sobre a doença mental; aumento da adesão ao tratamento farmacológico e psicoterapêutico; aumentando e melhorando as competências para lidar com a doença; reduzindo o número de recaídas e internamentos hospitalares em psiquiatria. Acompanhar as Famílias/doente num contexto sócio económico e familiar; Promover a acessibilidade aos cuidados diferenciados em psiquiatria, trabalhando em articulação.	ULS da Guarda - UCC Gouveia
Ação de educação para a saúde sobre a prevenção do consumo de substâncias psicoativas ilícitas.	Alunos dos 10º anos	Sensibilizar a comunidade escolar para a prevenção do consumo.	ULS da Guarda - UCSP Meda
Ação de educação sobre "O papel nas novas tecnologias na dinâmica familiar".	Alunos 7º anos	Sensibilizar a comunidade escolar para a prevenção de consumo abusivo de substâncias performance.	ULS da Guarda - UCSP Meda
Ação de educação sobre "Onde começa a liberdade do outro "	Alunos 9º anos	Sensibilizar a comunidade escolar para a prática de atitudes e valores de respeito pelo próximo.	ULS da Guarda - UCSP Meda
Caminhada pela Saúde.	Toda a comunidade escolar e comunidade do concelho de Meda.	Sensibilizar a comunidade escolar e a comunidade do concelho de Meda para a importância da atividade física.	ULS da Guarda - UCSP Meda
"Mais contigo"	Alunos do 8º ano	O projeto +Contigo, desenvolve-se no âmbito da Saúde Escolar e caracteriza-se por ter uma intervenção em rede incluindo os profissionais de saúde, os encarregados de educação, os professores e assistentes operacionais e os alunos. Envolve	ULS da Guarda - UCSP Pinhel

		as estruturas já existentes, criando sinergias ao nível comunitário, esperando ser custo-efetivo para a promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar.	
Desprescrição das Benzodiazepinas	Médicos do ACES Guarda	Elaboração e envio de informação a todas as UCSPs no sentido de facilitar a Desprescrição das Benzodiazepinas, com a orientação adicional para que os respetivos Coordenadores a facultassem a todo o corpo clínico e a colocassem no ambiente de trabalho dos computadores de todos os médicos.	ULS da Guarda - Conselho Clínico e de Saúde
+ Contigo	Alunos do 3.º ciclo e secundário, pessoal docente e não docente & pais e encarregados de educação	Projeto de âmbito nacional – Programa Nacional de Saúde Escolar – Promoção de Prevenção de Comportamentos Suicidários na Escola	ACES Pinhal Novo – UCC Pombal
Gerações	Alunos do Pré-escolar	Projeto de âmbito regional – ARS Centro IP Programa Nacional de Saúde Escolar – Projeto de Promoção de Saúde Mental e Competências Sócio-Emocionais	ACES Pinhal Novo – UCC Pombal
Cuidar “Mente”	Utentes e cuidadores informais no âmbito da ECCI	Projeto de âmbito local – UCC Pombal – Vertente ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados	ACES Pinhal Novo – UCC Pombal
Cuidar “Mente”	Utentes inscritos no Centro de Saúde de Pombal	Projeto de âmbito local – UCC Pombal – Vertente Comunitária – Intervenção individual e em grupo.	ACES Pinhal Novo – UCC Pombal
Adesão ao Regime Terapêutico	Utentes inscritos no Centro de Saúde de Pombal	Projeto de âmbito local – UCC Pombal – Projeto de âmbito comunitário – Intervenção individual	ACES Pinhal Novo – UCC Pombal
#AMA-TE	Alunos do 3.º ciclo e do ensino secundário	Projeto de âmbito local – UCC Pombal - Programa Nacional de Saúde Escolar – Educar para os Afectos e Sexualidade	ACES Pinhal Novo – UCC Pombal
Consultadoria em Psiquiatria	Utentes inscritos no Centro de Saúde de Pombal	Projeto de âmbito nacional – Programa Nacional de Saúde Mental – articulação CSP-Hospitalar	ACES Pinhal Novo – UCC Pombal
Comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental	Comunidade Escolar	Intervenção no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar - Comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental – 10 outubro	ACES Pinhal Novo – UCC Pombal
Intervenção em Saúde Mental no Local de Trabalho	Todos os profissionais do ACeS Pinhal Litoral	Projeto de âmbito do ACeS Pinhal Litoral – Programa Nacional de Saúde Mental – Conselho de Especialistas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	ACES Pinhal Novo – UCC Pombal
Desprescrição das Benzodiazepinas	Profissionais de saúde e população em geral	Apresentação de estudo em reunião, formação de médicos da equipa, folheto informativo para doentes e/ou cuidadores.	ACES Pombal
Tratamento sintomático da ansiedade e insónia com Benzodiazepinas ou análogos	Profissionais de saúde	Auditorias para a verificação da qualidade de prescrição de Benzodiazepinas ou análogos no âmbito do diagnóstico do distúrbio ansioso.	ACES Cova da Beira
Desprescrição das Benzodiazepinas	Profissionais de saúde	Apresentação de estudo no Encontro Regional do Centro de Governação Clínica e de Saúde nos CSP.	ACES Cova da Beira

Fonte: ARS Centro

ANEXO II – REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO

INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

Intervenção	População Alvo	Descrição Sumária	Local
Grupo Terapêutico de Apoio aos Cuidadores Informais em Saúde Mental	Cuidadores Informais	Realização de grupo terapêutico em Saúde Mental de apoio aos cuidadores informais, com o objetivo de diminuir a sobrecarga do cuidador informal, diminuindo, consequentemente, o <i>stress</i> do prestador de cuidados e aumento da adaptação do cuidador ao seu papel com prestador de cuidados. Prevenção do <i>Burnout</i> .	ACES Oeste Norte - UCC CR/Óbidos
Cuidar Consigo	Cuidadores Informais	Projeto que visa o aumento das competências do cuidador informal, na prestação de cuidados ao dependente/familiar, através de avaliação diagnóstica da situação e educação para a saúde no domicílio do Utente. Prevenção da sobrecarga do Cuidador Informal.	ACES Oeste Norte - UCC CR/Óbidos
Estamos Cá	Cuidadores Informais de Utentes integrados em ECCI	Projeto de Apoio ao Luto, com acompanhamento no processo de luto, após falecimento do familiar de quem cuidavam. Com protocolo de intervenção e avaliação do Luto Patológico e qualidade de vida após seis meses do falecimento. Prevenção do Luto Patológico.	ACES Oeste Norte - UCC CR/Óbidos
Literacia em utilização racional das benzodiazepinas	Profissionais do ACES	Sensibilização dos profissionais de saúde, através da divulgação dos indicadores de consumo de benzodiazepinas nas reuniões de Coordenadores.	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - USF/UCSP/UCC/URAP
Desmame das benzodiazepinas	Utentes do ACES	Prevenção de consumo de benzodiazepinas - Envio de folhetos informativos sobre a temática a todas as unidades para poder ser distribuído aos utentes.	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - USF/ UCSP/ UCC/ URAP
"Férias em Saúde"	Utentes com > 65 anos da área de influência do ACES e residentes no Concelho de Oeiras	Os utentes são selecionados pelas UF, com especial incidência para os que vivem em situações de isolamento/solidão e que sofrem de certas patologias como Depressão, Diabetes Mellitus, HTA, Doenças Osteoarticulares. Durante 1 semana, estão envolvidos num programa de animação cultural, promoção da literacia em saúde, atividade física em ginásio e visitas culturais.	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - USF/ UCSP/ UCC/ URAP
Academia da Mobilidade	Utentes com > 55 anos da área de influência do ACES e residentes no Concelho de Oeiras	Utentes são referenciados segundo critérios definidos e com prescrição de atividade física pelo Médico de Família.	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - USF/UCSP/UCC/URAP
Programa Lisboa +55	Utentes residentes no Concelho de Lisboa, na área de influência do ACES, com idade 55 anos e + anos	Promoção da atividade física e do envelhecimento ativo, no conjunto de competências que reduzam o isolamento social.	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - ACES/CML/SCML
Projeto de intervenção em Doenças da Cognição	Utentes residentes no concelho de Oeiras com Doenças da cognição	Avaliação da situação no que respeita às doenças da cognição/articulação entre as várias entidades envolvidas no sentido de melhorar as respostas de saúde e sociais a estes doentes.	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - CHLO/Ass. Alzheimer/ CMO/ACES
"Maçã dos Afetos"	Alunos dos Agrupamentos de Escolas da área de influência do ACES	Programa no âmbito da Saúde Escolar onde se abordam temas relacionados com afetos, sexualidade, cidadania, junto da população escolar abrangida pelo ACES.	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - USF/UCSP/UCC/URAP/ USP
COSMIC - Consulta de Enfermagem de Saúde Mental Comunitária	População adulta (>18 anos) residente no concelho do Seixal (área de abrangência da UCC Seixal), com problemas de saúde mental	Aumentar a acessibilidade dos utentes com perturbações psiquiátricas comuns nos Cuidados de Saúde Primários; Aumentar a qualidade do acompanhamento dos utentes com perturbações psiquiátricas nos Cuidados de Saúde Primários; Melhorar a qualidade da continuidade de cuidados, da reabilitação e da reintegração dos utentes com	ACES Almada-Seixal - UCC Seixal

		perturbações psiquiátricas; Desenvolver ações de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental.	
Dar Vida à Vida	Famílias de doentes com esquizofrenia em tratamento na UCSP de Corroios	Projeto de intervenção comunitária, na vertente formativa e psicoterapêutica, com os seguintes objetivos: 1) aumentar o conhecimento de famílias de doentes com esquizofrenia sobre a doença; 2) Diminuir o <i>burnout</i> e o <i>stress</i> do cuidador de famílias de doentes com esquizofrenia; 3) Promover a saúde mental dos cuidadores e a qualidade dos cuidados que estes prestam aos doentes.	ACES Almada-Seixal - URAP/UCSP Corroios
Embaixadores da Saúde	Alunos dos Agrupamentos de Escolas (AE) e Escolas Não Agrupadas (ENA) e Instituições Privadas de Solidariedade Social do Concelho de Almada, área de influência da UCC de Almada	Promover as competências sócio emocionais das crianças e dos jovens do Ensino Básico e Secundário dos equipamentos escolares/escolas/agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas do concelho de Almada, área de influência da UCC. Promover a consciência social na igualdade de direitos e deveres Valorizar a afetividade entre os jovens escolarizados no seu desenvolvimento individual. Contribuir para a diminuição da violência no namoro.	ACES Almada-Seixal - UCC OUTRA MARGEM
Equipa de Rua Diurna	População Sem abrigo	Identificação e caracterização da população sem-abrigo no concelho de Almada; encaminhamento para gestor de Caso.	ACES Almada-Seixal - UCC OUTRA MARGEM
Equipa de Rua Diurna	Residentes no concelho de Almada	Intervenção especializada no âmbito de instrução, ensino e treino de competências para a realização de atividades de vida diária; Acompanhamento e promoção de adesão à gestão do regime terapêutico; Acompanhamento a consultas na especialidade de Psiquiatria; articulação com instituições de rede de suporte social.	ACES Almada-Seixal - UCC OUTRA MARGEM
Uso correto de BDZ/ Desprescrição de BDZ	Médicos e Enfermeiros ACES	Formação Interna.	ACES Almada Seixal - Todas as Unidades Funcionais do ACES
Uso correto de BDZ/Desprescrição de BDZ	Médicos e Enfermeiros ACES	Formação Interna.	ACES Almada Seixal - Todas as Unidades Funcionais do ACES
Workshop	Médicos e enfermeiros das unidades de saúde do ACES AR	Capacitação dos profissionais de saúde, permitindo a intervenção mais qualificada na atuação junto das mulheres sobreviventes, potenciando a promoção da sua saúde mental.	ACES Arco Ribeirinho - USPAS
Seniores em Movimento: Viver bem e passar os 100	Utentes frequentadores das Associações e Centros de Dia/Convívio abrangidos pela área de intervenção da UCC Cascais Care, com idade = ou > a 65 anos.	Tem ocorrido, na última década, o envelhecimento da população de forma generalizada em todo o país, incluindo o concelho de Cascais. Através da realização de sessões de educação para a saúde promotoras de um envelhecimento ativo e saudável, este projeto tem como finalidade contribuir para a adoção de hábitos de vida saudáveis por parte dos participantes, capacitando-os para utilizarem estratégias de promoção da saúde mental.	ACES Cascais - UCC Cascais Care
Programa de Educação para a Saúde "Movimento Escola/Cidade dos Afetos"	Comunidade educativa dos Estabelecimentos de Educação e Ensino do Ministério da Educação: Agrupamentos de Escolas e Escolas não Agrupadas com atividade em Jardim de Infância, Ensino Básico e Secundário. Instituições Particulares e Públicas do Concelho de Cascais.	O Movimento Cidade dos Afetos resultou do trabalho desenvolvido ao longo dos anos nas escolas, onde foram definidos os afetos como aspeto central a desenvolver no âmbito da educação sexual. A sua aplicação em experiências concretas abriu caminho para uma vasta utilização em vários contextos e ao desenvolvimento do movimento "Escola de Afetos, Escola de Sucesso". O envolvimento de diversos parceiros permitiu consolidar este caminho e exigiu um novo conceito, mais vasto, que se consubstanciou na "Cidade dos Afetos"	ACES Cascais - USP Amélia Leitão
Projeto de Promoção de Saúde "Caminhar com Afetos"	Comunidade do concelho de Cascais	Caminhada semanal com sensibilização para diferentes temáticas na área da saúde. As caminhadas têm a periodicidade semanal com duração de 1h30. Cada caminhada aborda uma temática diferente (no âmbito da saúde) e é	ACES Cascais - USP Amélia Leitão

		aberta à comunidade em geral. Os participantes devem inscrever-se no local (ponto de encontro – Praia da Poça) ou num espaço físico da Academia da Saúde.	
Consulta intensiva de cessação tabágica	Utentes da Consulta	Grupo aberto; Discussão/ partilha de Estratégias Motivacionais/Reforço Positivo.	ACES Estuário Tejo - URAP
Transição segura	Pessoa com doença mental grave (psicose) e família	O projeto "K" visa melhorar a adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental grave (psicose);prevenir os reinternamentos por abandono da terapêutica e consequente descompensação com evolução para crise psicótica.	ACES Estuário Tejo - URAP
Conversa com Pais	Pais e familiares de jovens acompanhados nas unidades de saúde	Psicoeducação e orientação pedagógica para os Pais.	ACES Estuário Tejo - URAP
Preparação para a Parentalidade	Grávidas e pais	Sessões temáticas sobre a preparação para a parentalidade em mães e pais «que em breve irão ser pais	ACES Estuário Tejo - URAP
Projeto de Implementação do Manual de Saúde Mental em Saúde Escolar	Comunidade escolar dos estabelecimentos públicos de educação, alunos, docentes, não docentes e encarregados de educação	Implementa o Manual, envolvendo os Agrupamentos de Escolas do Concelho de Sintra de forma a incluí-lo no Projeto Educativo/ Plano de Atividades. Desenvolver este Projeto pelo menos no 1.º ciclo de um Agrupamento de Escolas, em 2 anos letivos.	ACES Sintra - Unidade de Saúde Pública / Equipa de Saúde Escolar
Pensar os afetos	Alunos do 2º e 3º ciclo	Sessões de educação para a saúde, no âmbito da promoção das relações saudáveis (prevenção do bullying, da violência no namoro).	ACES Oeste Sul - UCC Mafra
Bora lá pensar, projeto de promoção de competências emocionais	Utentes dos 5- aos 9 anos	Projeto de intervenção em grupo, com o objetivo de ajudar as crianças a tomar decisões responsáveis, ajudando-os a desenvolver um sentimento positivo de si próprios, aumentando a sua auto-estima e trabalhando a expressão de ideias, a assertividade e o respeito pelos outros.	ACES Oeste Sul - URAP ACES OESTE SUL
Curso de Preparação para a parentalidade	Casais grávidos inscritos nos Cursos de PP	Promover um maior bem-estar psicológico das grávidas que frequentam o programa de saúde materna; Facilitar a adaptação da mulher às mudanças fisiológicas e psicológicas da gravidez; Detetar dificuldades e fatores de risco que possam afetar a gravidez; Prevenir e detetar Depressão Pós-Parto; Apoio aos casais no período do pós-parto, no sentido de prevenir e minimizar as situações-problema; Promover um maior bem-estar psicológico das grávidas que frequentam o programa de saúde materna; Facilitar a adaptação da mulher às mudanças fisiológicas e psicológicas da gravidez	ACES Oeste Sul - UCC Mafra, Lourinhã, Cadaval, Torres Vedras
Grupo de Triagem e Encaminhamento para psiquiatria Infância e adolescência (GTE-PIA)	Utentes referenciados à consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência		ACES Oeste Sul - UCC/URAP/USF
Prevenção do <i>burnout</i> em professores	Professores	Sessões de promoção e prevenção do burnout junto de professores da Esc. Padre Melícias em Torres Vedras.	ACES Oeste Sul - URAP
Gestão do Stress profissional	Assistentes Técnicos	Sessões de prevenção e gestão do <i>stress</i> profissional.	ACES Oeste Sul - URAP
Reuniões de consultoria pedopsiquiatria	Profissionais de Saúde	Profissionais de Saúde.	ACES Oeste Sul - URAP

Fonte: ARS LVT

ANEXO III – REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO

INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

Intervenção	População Alvo	Descrição Sumária	Local
AdolesSer	6.º e 9.º anos de escolaridade na cidade de Évora	Promoção de competências socioemocionais com 3 sessões de 90 minutos por ano: dinâmica de grupo, discussão de casos, role play, trabalhos de grupo, apresentação de trabalhos de grupo, jogos.	ACES Alentejo Central
Mudar de Escola	Alunos que vão transitar para o 5º ano de escolaridade (mudança de ciclo e de escola)	Promoção do sucesso educativo abordando: pressão de pares, os direitos e deveres, a sexualidade, os comportamentos aditivos, a aceitação da diferença, as relações interpessoais, a tomada de decisão, a organização do estudo, a saúde postural (mochilas) e a autoestima.	ACES Alentejo Central
Oficina de Expressão/ Comunicação	Variável, normalmente é a uma turma de Percurso Curricular alternativo de Évora (em média 10 sessões de 90 minutos por ano).	Desenvolver atitudes assertivas e promover atenção concentrada através de técnicas de Musicoterapia, dinâmicas de grupo, apresentação de trabalho final a outras turmas da escola.	ACES Alentejo Central
Oficina Sono	alunos do 7º ano (2 sessões de 45 minutos por ano), em três escolas de Évora, este ano foi aplicada em 10 turmas.	Melhorar hábitos de sono através de <i>brainstorming</i> , jogos, discussão de casos.	ACES Alentejo Central
Ler e contar para me conhecer e me relacionar com os outros"	Uma turma de 8.º ano de uma Escola de Évora (em média 20 sessões de 40 minutos por ano).	Desenvolver competências sociais: relacionamento com os pares, empatia, assertividade através de discussão de textos, histórias, livros e filmes, dinâmicas de grupo, jogos, apresentação de trabalho final à turma.	ACES Alentejo Central
Projeto "Eu e os Outros" do SICAD	Turma de 10º ano do Agrupamento de Escolas de Redondo (foram realizadas 8 sessões ao longo do 2º e 3º período).	exploração de uma das 7 Narrativas do Projeto (a escolhida este ano letivo foi História 5: "Amores e Desamores"); Abordagem centrada no grupo com um espaço de argumentação e antecipação de consequências, promoção dos processos de tomada de decisão e confrontação no seio do grupo; Dinâmicas de grupo e Jogos.	ACES Alentejo Central
Projeto "+ Contigo"	Todas as turmas do 8º ano das escolas de Estremoz	Projeto de prevenção do suicídio e promoção da saúde mental ao nível da adolescência.	ACES Alentejo Central
Projeto "Feliz é quem Diz"	Alunos do jardim de infância	Promoção de competências socio emocionais ao nível do Jardim de Infância.	ACES Alentejo Central
Projeto "Academia Sénior"	Alunos seniores	Objetivo - desenvolver ao longo do ano algumas sessões no âmbito da Promoção da Saúde Mental.	ACES Alentejo Central
Projeto "Viver com Emoções"	Crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos de idade e que frequentam o 3º e 4º ano de escolaridade (sessões de	Desenvolver competências a nível emocional nas crianças do 1º ciclo do agrupamento de escolas de Reguengos de Monsaraz	ACES Alentejo Central

	45 minutos cada, inseridas em horário escolar, sendo realizadas 6 sessões por turma na totalidade durante o ano letivo).	<p>– auto-estima, assertividade/comunicação e desenvolvimento sócio-cognitivo.</p> <p>– Desenvolvimento de competências pessoais e sociais em sala de aula e englobam exercícios de dinâmica de grupo.</p>	
Educação para os Afetos/ Competências pessoais e interpessoais/ Sexualidade/ Emoções	Escolas de Avis e Ponte de Sor	Projetos de Contexto Escolar	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
A importância do Sono	Escolas de Gavião	Projetos de Contexto Escolar	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
Saúde mental / Depressão/ Anorexia/ Assertividade	Escolas de Nisa, Portalegre, Crato e em 9 Centros de Saúde do distrito de Portalegre.	Projetos de Contexto Escolar	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
Educação Emocional na Terceira Idade	Alunos seniores em Ponte de Sor e Crato	Projetos em Contexto da Universidade Sénior	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
Descontinuação da prescrição de benzodiazepinas	Alunos seniores em Avis, Castelo de Vide, Elvas, Gavião, Nisa, Portalegre, Ponte de Sor	Intervenção no âmbito da descontinuação da prescrição de benzodiazepinas (intervenção individual em contexto de consulta).	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
Diabetes Mais Saber Melhor Viver	Intervenção comunitária	Pretende-se disponibilizar informação sobre este problema de saúde à população alvo, de modo a promover um maior envolvimento e responsabilização da mesma nos programas de promoção da saúde e prevenção da doença. Desta forma, torna-se essencial apostar no desenvolvimento de um conjunto de estratégias, que englobem a informação e a sensibilização, com o objetivo de promover a mudança de comportamentos, a implementação de estilos de vida saudáveis, e, consequentemente atingir melhores resultados no que diz respeito à Diabetes, promovendo o controlo e tratamento da mesma.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
Envelhecimento ativo - Programa de Estimulação da Memória	População sénior da freguesia de Cabeça Gorda e de Mombeja.	Programa de Estimulação da Memória (PEM), da responsabilidade da UCC de Beja, é caracterizado por 12 sessões presenciais de 90 minutos cada, que foram realizadas com uma programação semanal. Em cada uma das sessões foi destacada a importância da estimulação das funções cognitivas e apresentados exercícios práticos, constantes no caderno de atividades, realizados individualmente e corrigidos pela monitora. Entre as sessões os participantes realizaram exercícios em casa que têm como objetivo criar rotinas de estimulação e manutenção cognitiva.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Educação para os afetos – “Brincar com as emoções”	Alunos do 1.º ciclo.	O projeto centra-se nas 4 emoções básicas - alegria, tristeza, zanga e medo, sendo constituído por atividades que serão aplicadas pelos profissionais de saúde e sugestões de atividades a serem implementadas pela educadora. Está previsto a dinamização de seis sessões ao longo do ano letivo, pelos profissionais de saúde.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
Riscos Psicossociais nos docentes do 1º ciclo	Docentes dos agrupamentos de Escolas de Escolas de Vidigueira, Mértola, Cuba e Alvito	O projeto “Riscos psicossociais nos docentes do 1º ciclo” tem como objetivo promover a literacia em saúde ocupacional nos domínios da prevenção dos riscos psicossociais e da promoção de estratégias para o desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis, em professores do 1º ciclo da área de abrangência da ULSBA.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
Não complices, depende de ti	Alunos de todos os níveis de escolaridade.	O projeto, promovido pela UCC de Ourique no âmbito do programa de saúde escolar, teve em 2018 o início da sua conceção e tem como principal objetivo a educação para os afetos e sexualidade e destina-se a todos os níveis de escolaridade.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
Vita-Q (Qualidade de Vida no Trabalho)	Colaboradores da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo com mais de 30 dias consecutivos de baixa/atestado médico ou 30 dias interpolados em três meses (durante o ano de 2017).	O programa Vita-Q - Qualidade de Vida no Trabalho tem como principal objetivo aumentar a qualidade de vida laboral nos colaboradores da ULSBA. Foram realizadas 18 entrevistas, durante as quais foi avaliado o interesse de participação, bem como a aplicação de 3 instrumentos (WHOQOL-Bref; COPSOQ - Versão média e BSI). Para integrar o primeiro programa, que teve início no dia 21 de setembro e término a 14 de dezembro de 2018, foram selecionados 8 participantes. O programa consistiu na realização de 11 sessões, de frequência semanal, às sextas-feiras, entre as 14h30 e as 16h30. Cada sessão teve um tema específico e foi desenvolvido com recurso a metodologias participativas. As sessões foram dinamizadas por elementos da equipa, de acordo com a especificidade do tema.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Fonte: ARS Alentejo

ANEXO IV – REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE

INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

Intervenção	População Alvo	Descrição Sumária	Local
GASMI - Grupos de Apoio à Saúde Mental Infantil	Crianças 3-12 anos de idade, inscritas nos Centros de Saúde da Região do Algarve e que revelam alterações clinicamente significativas a nível comportamental, emocional e/ ou social que comprometem a sua Saúde Mental e bem-estar biopsicossocial. Grupos alvo específicos (ex.: pais, educadores, professores, técnicos com trabalho na área da infância, etc.)	O Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil é um programa de âmbito regional que visa proporcionar cuidados de saúde diferenciados e de proximidade na área da saúde mental infantil, com os seguintes objetivos: 1) Proporcionar um atendimento diferenciado e comunitário na área da Saúde Mental Infantil; 2) Observar, avaliar e intervir junto de crianças 3-12 anos de idade que apresentem alterações de foro comportamental, emocional e/ou social e respetivas famílias; 3) Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção da Saúde Mental Infantil dirigidos às famílias e comunidade.	ACES Algarve I - Central ACES Algarve II – Barlavento ACES Algarve III - Sotavento
Projeto "Consulta do Adolescente"	A consulta destina-se a jovens na faixa etária dos 13 anos aos 21 anos	A Consulta do Adolescente visa dar resposta às situações persistentes de perturbações do foro psíquico e no tratamento de problemas de natureza emocional e comportamental, tendo atenção o contexto social e familiar, a fim de promover e/ou reforçar hábitos de vida saudável, estar e viver em família e na sociedade. Educar e alertar para perigos da saúde pública. Aconselhar e preparar para a tomada de decisões A Consulta de Psicologia é dirigida para jovens e respetivas famílias. A equipa de intervenção na consulta do adolescente é constituída por um psicólogo/a, um/a enfermeiro/a e um/a médico/a.	ACES Algarve I - Central
Apoio a grávidas	Grávidas com dificuldade de vinculação	Apoio de psicologia a grávidas e puérperas que tenham qualquer condição que possa dificultar uma vinculação segura.	ACES Algarve I – Central ACES Algarve II – Barlavento ACES Algarve III - Sotavento
Monitorização e reflexão regular sobre descontinuação da prescrição	Todos os utentes inscritos na USF Descobrimentos.	Relativamente à descontinuação da prescrição de benzodiazepinas, esta questão é regularmente monitorizada e refletida pelos profissionais desta equipa e realizado aconselhamento individualizado na consulta no sentido de diminuir o consumo deste tipo de fármacos. Através do indicador que monitoriza esta questão na população idosa e que mede "Proporção de idosos sem prescrição prolongada ansiolíticos/sedativos/hipnóticos" observa-se a evolução dos resultados.	ACES Algarve II – Barlavento - USF Descobrimentos
Projeto Cuidar +	Prestadores de cuidados de utentes dependentes seguidos pela ECCI	Projeto com o objetivo de diminuir a sobrecarga causado pelos cuidados a utentes dependentes nos prestadores de cuidados através da aplicação da escala de sobrecarga do cuidador através atividades com estes prestadores de cuidados, com intervenção multidisciplinar.	ACES Algarve II – Barlavento - UCC D'Alagoa
Projeto CresSermos	Alunos do Primeiro Ciclo de Escolas do Concelho de Lagoa	Projeto na área da saúde mental na infância ao nível das emoções	ACES Algarve II – Barlavento - UCC D'Alagoa
Intervenções de promoção da saúde mental	Alunos no âmbito do PNSE	A UCC Infante realizou intervenções para a promoção da saúde mental no âmbito do PNSE.	ACES Algarve II – Barlavento - UCC Infante

Consumo de substâncias nocivas/álcool e outras drogas	Alunos do 9º Ano	Abordada a problemática do consumo de substâncias nocivas; quais as suas complicações e formas de prevenção. Debate entre alunos e formador. Apoio da Unidade Móvel do IPDJ, com apoio e aconselhamento individualizado.	ACES Algarve II – Barlavento - UCC Vicentina
Articulação com a equipa da ETET	Todos os utentes seguidos pela ETET	A UCSP de Lagos tem como prática a realização de reuniões informais com a equipa da ETET (Equipa Técnica Especializada de Tratamento) Barlavento, integrada na DICAD, no sentido de promover uma melhor articulação, relativamente aos utentes integrados no programa de substituição de opiáceos, de modo a evitar o mais possível a duplicação de pedidos de benzodiazepinas destes utentes, face às duas unidades prescritoras.	ACES Algarve II – Barlavento - UCSP Lagos
Intervenções de promoção da saúde mental – Plano de Ação 2019	Todos os utentes inscritos na UCSP Vila Bispo	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções individuais - horário de marcação de consultas, para doentes com problemas de saúde mental • A equipa da UCSP tem mensalmente reunião com a Equipa Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUA polo de Portimão, com o intuito de melhorar o acesso dos doentes aos cuidados de saúde mental e diminuir a institucionalização. • Para os profissionais de saúde, foi realizada em 2019, ação de formação com vista a melhorar a identificação de casos e sensibilizar os profissionais relativamente à descontinuação da prescrição de benzodiazepinas. 	ACES Algarve II – Barlavento - UCSP Vila Bispo
Projeto +Contigo – Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa	A população alvo do projeto são os adolescentes do 3.º ciclo e ensino secundário e as pessoas com maior proximidade com os mesmos, tendo a equipa de saúde escolar do centro de saúde da área da escola um papel determinante no desenvolvimento do processo.	Projeto de investigação longitudinal baseado numa intervenção multiníveis em rede. Tem como objetivos gerais promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3.º ciclo e secundário; prevenir comportamentos da esfera suicidária; combater o estigma em saúde mental; criar uma rede de atendimento de saúde mental e como objetivos específicos promover habilidades sociais; promover o auto-conceito; promover a capacidade de resolução de problemas; promover a assertividade na comunicação; melhorar a expressão e gestão de emoções; detetar precocemente situações de distúrbio mental; fortalecer redes de apoio nos serviços de saúde.	ACES Algarve II – Barlavento
Hortas Comunitárias e Pedagógicas	Habitantes dos concelhos de Silves, Lagoa, Lagos e Portimão	Projetos de âmbito municipal, incentivados também no âmbito do PLS 2017-2020, viabilizando, entre outros benefícios, a promoção da saúde mental de munícipes (nas hortas pedagógicas, crianças escolarizadas) e em curso atualmente nos concelhos de Lagoa, Lagos, Portimão e Silves.	ACES Algarve II – Barlavento
Equipa Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental	Utentes de Aljezur, Lagos, Monchique, Silves e Vila do Bispo	Projeto envolvendo a promoção da saúde mental e atividade assistencial, desenvolvido por equipa multidisciplinar do CHUA - Unidade de Portimão nos concelhos de Aljezur, Lagos, Monchique, Silves e Vila do Bispo, disponibilizando o Centro Hospitalar os profissionais de saúde e o ACeS as instalações e apoio logístico para o efeito (nos Centros de Saúde).	ACES Algarve II – Barlavento

Unidade sócio-ocupacional e SAD para apoio à pessoa portadora de doença mentalProjeto "Sorrir M	População do Barlavento	Projeto de apoio à pessoa portadora de doença mental, da Casa do Povo de S. Bartolomeu de Messines, concelho de Silves, destinado a criar a primeira Unidade Sócio-Ocupacional (USO) no Barlavento algarvio; após pequenas obras de requalificação do espaço disponibilizado para o efeito, prevê-se que a unidade tenha condições para abrir no final do verão de 2019, de modo a dar resposta, entre outros, à população do Barlavento.	ACES Algarve II – Barlavento
Estratégia Formativa	Profissionais de saúde	No âmbito da formação, o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUA – Unidade de Portimão tem apoiado a formação de profissionais de saúde dos CSP, nomeadamente do ACES Barlavento, com a realização, desde 2018, de atividades anuais. Também a DICAD realizou atividades formativas.	ACES Algarve II – Barlavento
Descontinuação da prescrição de benzodiazepinas / Formação em NOC da DGS	Toda a população do ACES Sotavento	A Comissão de Qualidade e Segurança do ACES tem desenvolvido um trabalho de enquadramento da prescrição por Normas de Orientação Clínica da Direção Geral da Saúde. De referir também, neste contexto, o trabalho da Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARS Algarve.	ACES Algarve III - Sotavento

Fonte: ARS Algarve

Henrique Barros	PRESIDENTE
Maria Isabel Loureiro	VICE-PRESIDENTE
Maria da Piedade Líbano Monteiro	ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SÍNDROME DE ASPERGER
José Manuel Boavida	ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL
Joaquina Castelão	FED. PORTUGUESA DAS ASSOCIAÇÕES DE PESSOAS COM EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL
Sofia Crisóstomo	GRUPO DE ATIVISTAS EM TRATAMENTO
Vítor Rodrigues	LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO
Casimiro Menezes	MOVIMENTO DE UTENTES DE SERVIÇOS PÚBLICOS
Miguel Viveiros Bettencourt	ORDEM DOS BIÓLOGOS
Ana Maria Leitão Pinto Fonseca	ORDEM DOS ENFERMEIROS
Ana Paula Martins	ORDEM DOS FARMACÊUTICOS
Miguel Guimarães	ORDEM DOS MÉDICOS
Orlando Monteiro da Silva	ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS
Alexandra Bento	ORDEM DOS NUTRICIONISTAS
Telmo Mourinho Baptista	ORDEM DOS PSICÓLOGOS
Alfredo Monteiro	ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS PORTUGUESES
Pedro Martinho Cegonho	ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FREGUESIAS
Alexandre Castro Caldas	CONSELHO DE REITORES DAS UNIVERSIDADES PORTUGUESAS
Pedro Pita Barros	CONSELHO DE REITORES DAS UNIVERSIDADES PORTUGUESAS
Jorge Conde	CONSELHO COORDENADOR DOS INSTITUTOS SUPERIORES POLITÉCNICOS
Luís Carvalho	CONSELHO COORDENADOR DOS INSTITUTOS SUPERIORES POLITÉCNICOS
Rui San-Bento Almeida	REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Mário Filipe Soares Rodrigues	REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
Dina Carvalho	COMISSÃO PERMANENTE DE CONCERTAÇÃO SOCIAL
Gonçalo Rebelo de Almeida	COMISSÃO PERMANENTE DE CONCERTAÇÃO SOCIAL
João Almeida Lopes	COMISSÃO PERMANENTE DE CONCERTAÇÃO SOCIAL
João Carlos Correia Martins	COMISSÃO PERMANENTE DE CONCERTAÇÃO SOCIAL
Paulo Cleto Duarte	COMISSÃO PERMANENTE DE CONCERTAÇÃO SOCIAL
Manuel Lemos	CONSELHO NACIONAL PARA A ECONOMIA SOCIAL
Lucília Nunes	CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

CNS | CONSELHO
NACIONAL
DE SAÚDE