

MANUAL

PARA A IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE EQUIPAS COMUNITÁRIAS DE SAÚDE MENTAL PARA A POPULAÇÃO ADULTA

Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental

2023

Coordenadores: Joaquim Sousa Gago e Miguel Xavier

Título: Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para a População Adulta

Promotor: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM), Ministério da Saúde

Coordenador da CNPSM: Miguel Xavier

Autores (equipa de Projeto para a Conclusão da Reforma da Saúde Mental):

Joaquim Sousa Gago (Coord.)

Ana Matos Pires

Fátima Sena e Silva

Henrique Barreto

Maria João Marques

Miguel Narigão

Paula Domingos

Miguel Xavier (Coord.)

Lisboa, maio de 2023

Como citar:

Sousa Gago, J., Matos Pires, A., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M. J., Narigão, M., Domingos, P., Xavier, M. (2023). Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (J. Sousa Gago & M. Xavier, Eds.). Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. doi: 10.34619/9afc-ceib

Este Manual prático deve ser considerado um *living document*. Os conteúdos deverão ser objeto de revisão regular.

ÍNDICE

1. Enquadramento	1
2. Objetivos	7
3. Área geodemográfica de intervenção e localização	9
4. Modelos de organização e programas	11
5. Recursos humanos	20
6. Instalações e equipamentos	22
7. Atividades essenciais e níveis de diferenciação	24
8. Funcionamento e metodologia	32
9. Avaliação e indicadores	41
10. Implementação e monitorização	49
11. Formação contínua, investigação, inovação e rede nacional das ECSM	56
12. Referências	56

ÍNDICE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. ECSM criadas em 2021	5
Tabela 2. ECSM criadas em 2022	5
Tabela 3. ECSM a criar em 2023	6
Tabela 4. Fases do processo de Recuperação (<i>Recovery</i>)	13
Tabela 5. Modelos organizativos sequenciais das ECSM	16
Tabela 6. Exemplos de programas diferenciados	18
Tabela 7. Atividades essenciais e prioritárias das ECSM	25
Tabela 8. Atividades da ECSM – Modelo A (ECSM-A)	27
Tabela 9. Atividades da ECSM – Modelo B (ECSM-B)	29
Tabela 10. Características de um Plano Individual de Cuidados nas ECSM	35
Tabela 11. Funções gerais do terapeuta de referência nas ECSM	36
Tabela 12. Indicadores relativos ao acesso	43
Tabela 13. Indicadores relativos ao processo e atividades	43
Tabela 14. Indicadores relativos aos resultados	44
Tabela 15. Indicadores relativos aos eventos sentinela	46
Tabela 16. Indicadores complementares relativos ao acesso	46
Tabela 17. Indicadores complementares relativos ao processo e atividades	47
Tabela 18. Indicadores complementares relativos aos resultados	47
Tabela 19. Indicadores complementares relativos aos eventos sentinela	48
Tabela 20. Fases e etapas recomendadas para a implementação das ECSM	51
Tabela 21. Níveis de Monitorização	54
Figura 1. Novas ECSM de Adultos e Infância e Adolescência em 2021/2022	6

1.

Enquadramento

1. Enquadramento

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) e com o Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, as Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) são pilares fundamentais e estruturantes dos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM).

As ECSM são equipas multidisciplinares que asseguram cuidados diferenciados de saúde mental a uma determinada população, numa área geodemográfica definida, e assumem essa responsabilidade clínica, em estreita ligação com as pessoas, famílias e comunidade onde atuam.

Estas equipas, de natureza multiprofissional, são responsáveis pela articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com as Unidades Forenses, assim como com outros parceiros e estruturas da sua zona de responsabilidade geográfica assistencial, de que são exemplo as Câmaras Municipais, as Juntas de Freguesia, as organizações da sociedade civil (e.g. Instituições Particulares de Solidariedade Social), as associações de doentes e de familiares.

As ECSM surgiram na sequência da evolução e investigação de vários modelos de intervenção em saúde mental, decorrentes dos processos de desinstitucionalização e de desenvolvimento comunitário que ocorreram na Europa Ocidental, nos Estados Unidos da América e noutros países industrializados. Estes modelos consideram fundamental o entendimento do contexto, da estrutura e do meio onde as pessoas vivem e adoecem, bem como dos fatores biopsicossociais que contribuem para a ocorrência e manutenção da doença mental, com particular atenção às populações com maior risco e vulnerabilidade.

Nesse sentido, esta abordagem não se limita ao tratamento sintomatológico da doença, contribuindo para promover a recuperação e integração familiar e social através da prestação de cuidados multidisciplinares, em que a participação e envolvimento das pessoas são particularmente valorizadas.

Os **princípios fundamentais da atual prestação de cuidados de saúde mental na comunidade** estão já bem definidos (Lieberman, 2008; Drake, 2005 e 2014):

- Resposta às necessidades da população na área da saúde mental, num determinado local;
- Garantia da acessibilidade e da continuidade de cuidados de saúde mental prestados na comunidade, próximo do local onde as pessoas vivem;
- Definição de objetivos e desenvolvimento de potencialidades nas pessoas com doença mental (foco na recuperação, funcionamento e capacitação);

- Promoção de uma rede de suporte, serviços e recursos adequados às capacidades dessas pessoas (integração de cuidados e respostas);
- Seleção de serviços e intervenções com fundamentação científica, orientados para a recuperação das pessoas (de acordo com o conceito e modelo designado por *recovery*, vd. página 13).

Para atingir estes objetivos, as ECSM são responsáveis pela realização de consultas das várias áreas de intervenção profissional, individuais ou de grupo, intervenções psicoterapêuticas, promoção de adesão à medicação, visitas domiciliárias, terapias de mediação corporal, reabilitação cognitiva e treino de competências sociais, entre outras atividades. As equipas devem privilegiar o acompanhamento das pessoas com doença mental grave (DMG)¹, mas também participar ativamente no tratamento das perturbações mentais mais comuns, em articulação estreita com os CSP.

No contexto nacional, nas últimas décadas, o desenvolvimento de ECSM deparou-se com vários obstáculos, quer de natureza organizativa, quer financeira, refletindo sistematicamente um baixo investimento global nos SLSM e na área da saúde mental em geral.

Embora diversos serviços estejam já organizados segundo este modelo, subsiste uma heterogeneidade significativa no território nacional que tem de ser ultrapassada progressivamente, sob risco de não se conseguir responder às necessidades de cuidados a este nível, ao não dotar o sistema de duas dimensões absolutamente cruciais, a proximidade e a continuidade de cuidados.

Após a publicação do Decreto-Lei nº 113/2021, os SLSM começaram de forma progressiva a reorganizar os seus recursos humanos, de modo a constituírem ECSM, dado ser este o modelo organizativo preconizado na legislação. Este trabalho tem vindo a ser feito sob orientação da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM) e em estreita articulação com as Coordenações Regionais de Saúde Mental (CRSM), a quem cabe a implementação a nível regional das políticas nacionais de saúde mental.

¹ **Doença Mental Grave - DMG (Serious/Severe Mental Illness)**: trata-se de uma designação muito utilizada e com várias definições que na sua maioria incluem diagnósticos, incapacidade, duração e evolução da doença. Como conceito mais consensual e geral referimos os critérios de Leona Bachrach (1988), conhecidos pelos **três D das doenças mentais graves**: 1-**Diagnósticos**: esquizofrenia, perturbação esquizoaffective, perturbação bipolar, perturbação delirante ou outra perturbação mental de evolução prolongada que respeite os restantes critérios; 2-**Duração**: mínimo de 2 anos; 3-**Disability** (incapacidade): repercussões relevantes a nível do funcionamento (familiar, social, ocupacional e vocacional). Pessoas com DMG que, no seu caminho de recuperação, justificam intervenções multidisciplinares e prolongadas, nomeadamente através de cuidados diferenciados e de proximidade prestados pelas ECSM.

No entanto, a escassez de profissionais (nomeadamente de não-médicos), a assimetria de recursos humanos entre os diferentes SLSM e a sua insuficiente formação continuam a ser barreiras difíceis de ultrapassar, principalmente fora dos grandes centros urbanos, exigindo por isso uma intervenção dedicada.

Reconhecendo esta situação, a criação de ECSM foi considerada pelo Governo como uma das áreas a eleger para investimento específico no contexto do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR).

Assim, o Investimento RE-CO1-i03 para a conclusão da Reforma de Saúde Mental previu, entre outras medidas, a implementação de 40 novas ECSM a nível nacional, de acordo com os rácios populacionais definidos no PNSM (1 ECSM/100 000 mil habitantes para pessoas adultas e 1 ECSM/200 000 na infância e adolescência). Foram já criadas dez ECSM em 2021 e dez em 2022 (Tabela 1 e 2), estando previstas mais dez em 2023 (Tabela 3) e as últimas dez em 2024. Em termos territoriais, e para as ECSM já implementadas no âmbito do PRR, o panorama atual está representado na Figura 1.

Para facilitar a implementação e a normalização do desenvolvimento de ECSM para a população adulta em Portugal continental, a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM) elaborou este manual.

Com um cariz eminentemente prático, ele deverá ser utilizado no contexto das novas ECSM criadas pelo PRR, no desenvolvimento das equipas já existentes e na criação das novas ECSM que irão resultar da reorganização dos SLSM, no decurso do processo de setorização que irá abranger todos os serviços do território continental.

Para além deste manual, que aborda questões organizativas, modelos, métodos, funcionamento, atividades, avaliação, indicadores, implementação e monitorização das ECSM, a CNPSM irá em simultâneo promover a revisão e atualização de um manual de aplicação na prática clínica, nomeadamente pelos terapeutas de referência: Manual Cir@Com - Cuidados Integrados e Recuperação nas Equipas Comunitárias de Saúde Mental.

A CNPSM tem vindo a realizar um programa de formação multidisciplinar para a implementação e desenvolvimento das ECSM, nas várias regiões do país, em estreita articulação e colaboração com as CRSM e os SLSM - estes dois manuais são recursos importantes deste processo de mudança aplicada à prática clínica. Pretende-se contribuir para que o desenvolvimento das ECSM se faça de uma forma sustentada, homogénea e com base em fundamentos com efetividade comprovada pela evidência científica, permitindo assim uma mudança significativa de paradigma assistencial, que aproxime Portugal dos restantes países do espaço europeu onde esta prática já está instituída desde há muito.

Tabela 1. ECSM criadas em 2021

10 Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) criadas em 2021 ECSM para Adultos (PA) e ECSM para a Infância e Adolescência (IA)
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.: I. ECSM-IA: CH Tâmega e Sousa, E. P. E.; II. ECSM-PA: CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.; Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.: I. ECSM-IA: CH Universitário Cova da Beira, E. P. E.; II. ECSM-PA: CH Tondela-Viseu, E. P. E.; Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.: II. ECSM-IA: Hospital Distrital de Santarém, E. P. E.; II. ECSM-PA: CH Médio Tejo, E. P. E.; Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.: I. ECSM-IA: Hospital Espírito Santo de Évora, E. P. E.; II. ECSM-PA: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E.; Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.: I. ECSM-IA: CH Universitário do Algarve, E. P. E.; II. ECSM-PA: CH Universitário do Algarve, E. P. E..

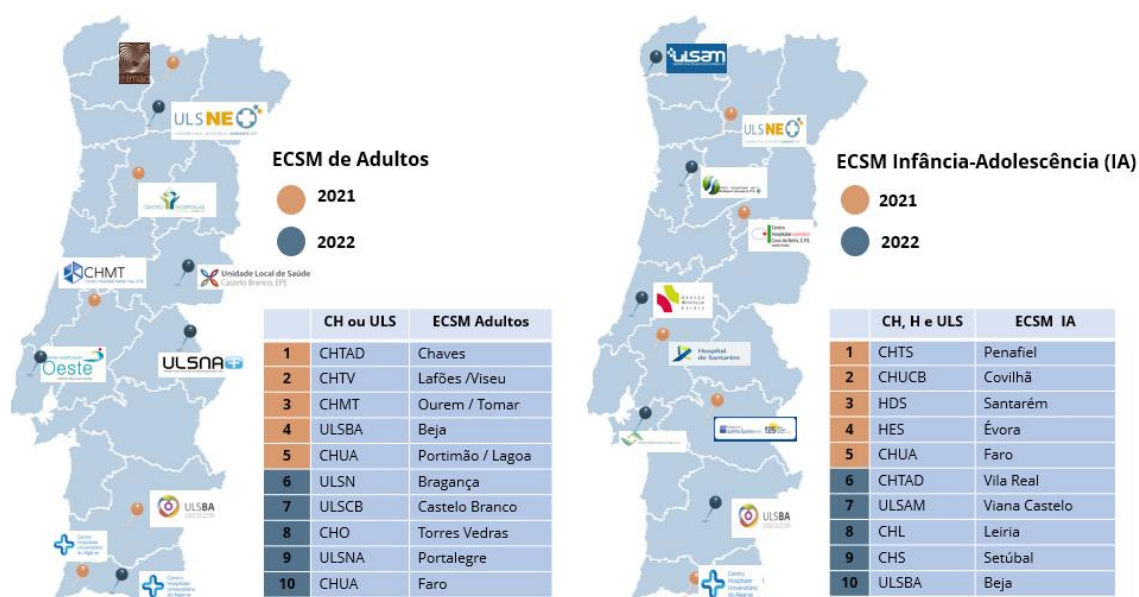
Tabela 2. ECSM criadas em 2022

10 Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) criadas em 2022 ECSM para Adultos (PA) e ECSM para a Infância e Adolescência (IA)
Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.: ECSM-PA: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E. P. E.; ECSM-IA: CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.; ECSM-IA: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E.; Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.: ECSM-PA: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E.; ECSM-IA: CH de Leiria, E. P. E.; Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.: ECSM-PA: CH do Oeste, E. P. E.; ECSM-IA: CH de Setúbal, E. P. E.; Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.: ECSM-PA: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E. P. E.; ECSM-IA: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E.; Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P.: ECSM-PA: CH Universitário do Algarve, E. P. E.

Tabela 3. ECSM a criar em 2023

10 Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) a criar em 2023 ECSM para Adultos (PA) e ECSM para a Infância e Adolescência (IA)
Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.: Hospital de Braga – ECSM para Adultos Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga – ECSM Psiquiatria Infância e Adolescência
Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.: Unidade Local de Saúde da Guarda – ECSM para Adultos Centro Hospitalar Tondela Viseu – ECSM Psiquiatria Infância e Adolescência
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.: Hospital Beatriz Ângelo – ECSM para Adultos Centro Hospitalar Barreiro Montijo – ECSM para Adultos Hospital Vila Franca de Xira – ECSM Psiquiatria Infância e Adolescência
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.: Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano – ECSM para Adultos Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano – ECSM Psiquiatria Infância e Adolescência
Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P.: Centro Hospitalar do Algarve – ECSM para Adultos

Figura 1. Novas ECSM de Adultos e da Infância e Adolescência implementadas em 2021/2022



2.

Objetivos

2. Objetivos

As ECSM têm como **principal objetivo** assegurar a prestação de cuidados diferenciados de saúde mental na comunidade, a uma população correspondente a uma área geográfica definida, conjugando a proximidade das intervenções com a diferenciação das mesmas. Pretende-se, assim, contribuir para aumentar a acessibilidade e promover a continuidade de cuidados e a recuperação e integração familiar e social das pessoas com problemas de saúde mental.

Em concordância com o que está definido no PNSM, as ECSM visam aproximar os SLSM da população que acompanham, assegurando respostas focadas na promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, prestação de cuidados e recuperação psicossocial.

Outro dos propósitos das ECSM consiste na articulação com os CSP e com outros parceiros da sua zona de responsabilidade geográfica assistencial, de que são exemplo as Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, organizações da sociedade civil, associações de familiares e de utentes, entre outras estruturas da comunidade.

3.

Área geodemográfica
de intervenção e localização

3. Área geodemográfica de intervenção e localização

As ECSM constituem o elemento nuclear dos Serviços Locais de Saúde Mental, sendo responsáveis pela prestação dos cuidados globais de saúde mental, a nível ambulatorio e na comunidade, numa área geográfica e populacional específica.

A definição de uma **área de intervenção geodemográfica** para as ECSM é essencial e determinante para o respetivo funcionamento, e deve ser assumida clara e inequivocamente como uma especificidade do modelo organizativo em vigor. As CRSM colaboram com os SLSM na definição destas áreas, integradas nas redes de referência aprovadas.

No caso das ECSM-PA (população adulta), a área geográfica deve corresponder a uma população entre 50.000 a 100.000 habitantes. Para as ECSM-IA (Infância e Adolescência) a área deve ter até ao máximo de 200.000 habitantes (Despacho n.º 2753/2020).

As ECSM devem funcionar em instalações **localizadas na sua área de intervenção**, preferencialmente em instalações próprias na comunidade ou cedidas pelos agrupamentos de centros de saúde (ACES) ou no contexto das Unidades Locais de Saúde (ULS), ou pelo poder local (e.g. Câmara Municipais ou Juntas de Freguesias) ou através de outras entidades e parcerias.

A localização deve atender às condições de acessibilidade da população em termos de transportes públicos, mas também à facilidade de deslocações dos profissionais da equipa quando estes realizam intervenções domiciliárias e de articulação com as estruturas na comunidade.

4.

Modelos de organização e programas

4. Modelos de organização e programas

Em termos gerais, as intervenções das ECSM seguem um modelo comunitário integrado de abordagem das pessoas com doença mental, constituindo-se como um sistema de cuidados capaz de assegurar intervenções diferenciadas e de proximidade, em articulação com os CSP, a RNCCI e outras estruturas da comunidade. As ECSM promovem o tratamento, a reabilitação e a reintegração psicossocial das pessoas com problemas de saúde mental e desenvolvem estratégias de promoção da saúde e de prevenção da doença.

As ECSM, como elemento estruturante e nuclear dos atuais SLSM, integram os princípios de intervenção de diversos **modelos subjacentes**, nomeadamente o modelo biopsicossocial, a saúde mental comunitária, o modelo clínico de terapeuta de referência (case management), o seguimento assertivo na comunidade e o tratamento assertivo flexível na comunidade, **todos contextualizados pelos conceitos, princípios e valores do modelo de recuperação/recovery²**.

Os conceitos inerentes ao modelo de recuperação (*recovery*) não constituem um tratamento per se, nem se limitam aos resultados de intervenções ou programas, mas correspondem a uma mudança de paradigma e a um conjunto de valores e princípios que devem orientar e influenciar a organização e prestação de cuidados de Saúde Mental (SM), nos SLSM, nas ECSM, nos programas e na prática clínica diária dos profissionais de SM (Mueser, 2002 e 2011; Peebles, 2007; Mike Slade, 2009, 2013 e 2017).

Esta mudança de paradigma tem contribuído para colocar maior ênfase na pessoa e menor na doença. Como refere Mike Slade (2009, 2013 e 2017), inverteu-se a perspetiva, passando a doença mental a fazer parte da pessoa e não a pessoa a identificar-se com a doença. Permitiu conjugar dois vetores de recuperação: a recuperação clínica (critérios clínicos, definidos por profissionais e com destaque na remissão de sintomas) com a recuperação pessoal (processo individual, de mudança e desenvolvimento, que inclui aprender a lidar com a doença e a viver para além desta).

² A utilização do termo **recuperação**, em português, nem sempre corresponde aos conceitos habitualmente englobados na área da saúde mental, quando se utiliza a designação inglesa de **recovery**. A semelhança do que sucedeu no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM, 2007) e na respetiva legislação, optámos por utilizar o termo, em português, recuperação. Quando pretendermos realçar os conceitos ou características inerentes à designação inglesa de *recovery*, iremos utilizar o termo em português seguido, entre parêntesis da designação em inglês, ou seja, **recuperação (recovery)**, como aliás também ocorre no PNSM.

William Anthony (1993, 2002 e 2007) escreveu uma das definições de *recovery* mais utilizadas internacionalmente, resumindo o conceito de recuperação em três pontos:

1. É um processo pessoal, único, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, aptidões e funções familiares e sociais;
2. É uma forma de viver e de se realizar, com esperança, apesar das limitações decorrentes da doença que possam existir;
3. A recuperação implica um novo significado e sentido para a vida, à medida que o desenvolvimento pessoal evolui para além da doença.

O caminho da recuperação (Deegan, 1997 e 2023) não é um processo linear nem unidirecional. As pessoas evoluem, mas também têm momentos de retrocesso ou de menor progressão. O objetivo deste caminho não é atingir uma meta, mas um processo contínuo de descoberta, desenvolvimento pessoal e de atitudes que se constroem ao longo da vida. Na tabela seguinte resumimos as fases que se podem considerar no processo de recuperação:

Tabela 4. Fases do processo de Recuperação (*Recovery*)

Fases do processo de Recuperação (<i>Recovery</i>)	
Fase I Sujeito à doença	Tratamento da fase aguda; intervenções farmacológicas e psicossociais; promover a adesão terapêutica e a estabilidade clínica; assegurar as necessidades básicas e o reforço do suporte familiar e social.
Fase II Lidar com a doença	Aceitação progressiva da doença em paralelo com o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> ; prevenção de recaídas; melhoria de aptidões e contactos sociais; defesa dos seus direitos; procura de oportunidades na área formativa ou vocacional e início, ou reinício, dessas atividades; continuidade das intervenções farmacológicas e psicossociais.
Fase III Viver com a doença	Realizar atividades satisfatórias e procurar a realização pessoal; melhorar as relações humanas; tentar obter uma razoável situação financeira; continuidade das intervenções farmacológicas e psicossociais e do acesso aos cuidados de saúde.
Fase IV Viver para além da doença	Manutenção das atividades anteriores, desempenho de uma função social gratificante; relações sociais mais próximas; continuidade dos cuidados de saúde,

4 | Modelos de organização e programas

	definição de novos objetivos e como os alcançar; promover a autonomia e melhorar a capacidade de decisão.
--	---

(Anthony W. and Sullivan-Soydan, 2002; adaptado por Joaquim S. Gago, 2012)

No livro “100 Modos de apoiar a recuperação pessoal: um guia para profissionais da saúde mental” (Slade, M, 2011, versão Portuguesa editada pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2011), são descritos os fundamentos de um serviço de saúde mental orientado para a recuperação pessoal, planeamento, ações concretas e formas de avaliação.

Destacamos os princípios essenciais e mais consensuais (Slade, 2009, Thornicroft, 2014, Slade, 2017) a considerar num SLSM ou ECSM orientados para a recuperação (*recovery*), resultantes de estudos internacionais e de grupos de consenso entre todas as partes envolvidas:

- Cuidados individualizados e centrados na pessoa que os recebe;
- Participação ativa do doente no seu tratamento e nas decisões do mesmo;
- Promoção da auto-determinação e da escolha de um caminho próprio;
- Promoção do *empowerment* (e.g. reforçar a capacidade da decisão do doente e contribuir para que retome, logo que possível, o controlo da sua própria vida);
- Abordagem holística;
- Processo admitido como não linear nem unidirecional;
- Processo baseado nas potencialidades e na capacitação;
- Participação e contribuição dos pares (*peer support*);
- Promoção do respeito e da responsabilidade;
- Atuação colaborativa e de parceria entre todas as partes envolvidas (e.g. serviços, equipas, prestadores de cuidados, doentes, familiares, agentes e estruturas na comunidade
- Esperança: os serviços e os seus profissionais devem promover um sentimento de esperança e otimismo realista, salientando que a recuperação é possível.

4 | Modelos de organização e programas

Assim, a evolução dos cuidados de saúde mental, no sentido de intervenções mais individualizadas, participadas e no contexto da recuperação, colocam desafios que os profissionais devem considerar na sua prática clínica e no desenvolvimento de novos projetos ou programas, em particular na implementação das ECSM.

Na evolução das ECSM devemos considerar dois processos de desenvolvimento e diferenciação distintos:

1. Criação de uma ECSM inicial, a partir da qual se constroem de forma progressiva e flexível respostas cada vez mais diferenciadas, organizadas através de projetos ou programas.
2. Nos locais com mais recursos, podem surgir, em simultâneo, ECSM gerais e ECSM mais diferenciadas, com programas mais específicos e estruturas próprias.

O primeiro processo é o mais exequível e realista para um país com menos recursos, pelo que, numa primeira fase, o consideramos mais viável, no contexto nacional, para a grande maioria dos SLSM. No entanto, à medida que o processo de setorização for avançando no território nacional, é expectável que vários serviços possam evoluir sem grande demora para modelos mais diferenciados de organização.

A conjugação dos conceitos de **proximidade e diferenciação** é uma característica essencial das ECSM, que deverão assumir um modelo organizativo dinâmico, capaz de evoluir, de se diferenciar e de se adaptar às necessidades mais ou menos complexas das pessoas às quais prestam cuidados.

Com base nos conceitos anteriores, consideramos assim **dois modelos organizativos**, de desenvolvimento **sequencial**, resumidos na seguinte tabela:

Tabela 5. Modelos organizativos sequenciais das ECSM

Modelo	Siglas	Programas
Equipa Comunitária de Saúde Mental Modelo A	ECSM-A	Atividades essenciais, programa para pessoas com doença mental grave (1) e programa de articulação com os Cuidados Saúde Primários (2)
Equipa Comunitária de Saúde Mental Modelo B	ECSM-B	Programa 1, 2 e programas diferenciados (3) – e.g. primeiros episódios psicóticos, psiquiatria geriátrica, intervenção na crise, perturbações afetivas refratárias...

- 1. Equipa Comunitária de Saúde Mental - Modelo A (ECSM-A):** corresponde a uma ECSM prestadora de cuidados essenciais de saúde mental (SM) na comunidade, equivalendo ao primeiro nível de implementação. Numa primeira fase, presta seguimento prioritário a pessoas com doença mental grave e articula com os CSP, através de consultadoria. Posteriormente, e quando os recursos humanos o permitirem, a articulação com os CSP poderá abranger o seguimento temporário de pessoas com perturbações de saúde mental mais prevalentes (também designadas por perturbações mentais comuns), que não tenham melhorado após seguimento (avaliação e intervenção) prévio pela equipa dos CSP.
- 2. Equipa Comunitária de Saúde Mental - Modelo B (ECSM-B):** Mantém o nível de seguimento do modelo A, ao qual acrescem programas e projetos mais diferenciados, dirigidos a necessidades específicas identificadas na população.

O processo de evolução e diferenciação progressiva das ECSM deve ser incentivado, inclusive através de sistemas de contratualização específicos e incentivos para os vários modelos. A passagem dos SLSM a Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), prevista no Decreto-Lei n.º 113/21, poderá facilitar esta diferenciação das equipas, permitindo a atribuição de incentivos institucionais e profissionais face aos objetivos definidos.

É expectável que com os recursos humanos inicialmente definidos para as novas ECSM (criadas no âmbito do PRR) seja difícil implementar, numa primeira fase, um

processo de diferenciação com vários programas em simultâneo. No entanto, o crescimento das equipas, tanto em recursos como em diferenciação técnica dos seus profissionais e pela reorganização dos recursos humanos já existentes, irá permitir uma evolução das ECSM do modelo A para ECSM do modelo B. Para fomentar esta transição progressiva, a formação contínua, a diferenciação e a inovação devem ser objetivos prioritários, assim como o estabelecimento de incentivos que estimulem a motivação e o envolvimento dos profissionais neste processo de crescimento coletivo.

Nos SLSM com mais recursos humanos e/ou que já tenham ECSM, o processo de reorganização das mesmas de acordo as atividades, indicadores e boas práticas definidas neste manual, pode contribuir para a evolução para o modelo B (ECSM-B), o que também implica que os profissionais possuam já (ou devam adquirir) a diferenciação técnica requerida para as intervenções mais específicas.

Para operacionalizar estes modelos, e de acordo com as características das ECSM, torna-se fundamental estruturar **programas horizontais de cuidados integrados** que promovam o trabalho multidisciplinar de forma coordenada. Estes programas não se limitam à equipa, mas abrangem as várias unidades do SLSM, em articulação com as estruturas na comunidade, estimulando o envolvimento dos doentes e das famílias, centrados nas respostas às suas necessidades.

De acordo com os objetivos das ECSM, definem-se **dois eixos essenciais de intervenção** distintos, com especificidades na organização e nas respostas, correspondendo aos **dois programas prioritários a desenvolver**:

1. **Programa para pessoas com doença mental grave**
2. **Programa de articulação com os CSP**

Na fase inicial de implementação das ECSM do **Modelo A (ECSM-A)**, deve ser desenvolvido um **programa integrado para o seguimento de pessoas com doença mental grave**, como foco prioritário, e um **programa de articulação com os CSP**, privilegiando a consultadoria.

Logo que os recursos humanos e a capacidade de resposta o permitam, o âmbito do programa de articulação e integração de cuidados com os CSP deve ser alargado, com base no modelo designado por *stepped care approach for mental health* (Franx, 2012; Richards, 2012). A ECSM intervém quando as respostas nos CSP não forem eficazes ou existirem critérios de risco ou gravidade".

4 | Modelos de organização e programas

A evolução das ECSM deve permitir a diferenciação pelo que, no modelo seguinte, designado por **ECSM - modelo B (ECSM-B)**, devem ser criadas condições para o desenvolvimento de programas mais específicos, para além dos dois programas referidos anteriormente (que devem ser consolidados e continuar a funcionar). A seleção dos novos programas deve ter como fundamento necessidades concretas identificadas e avaliadas na população da área de intervenção da equipa. Por exemplo, numa área com uma população mais envelhecida fará sentido um programa de psiquiatria geriátrica. Os programas e a sua implementação exigem formação e treino específico prévio (e continuado) dos profissionais das ECSM.

Tabela 6. Exemplos de programas diferenciados

- Programa para primeiros episódios psicóticos e/ou de intervenção precoce
- Programa de psiquiatria geriátrica
- Programa de prevenção e apoio a filhos de pessoas com doença mental
- Programa de seguimento assertivo na comunidade
- Programa de intervenção na crise
- Programa de intervenção domiciliar estruturada ou de internamento domiciliar, articulado com a unidade de internamento ou equipa específica
- Programa de suporte entre pares (*peer support*) para os doentes e/ou familiares
- Programa para perturbações afetivas refratárias aos tratamentos habituais
- Programas para duplos diagnósticos (em colaboração com as ET para as perturbações aditivas)
- Programa de reabilitação e recuperação psicossocial/desenvolvimento de competências e autonomia
- Programas de emprego apoiado (em colaboração com estruturas na comunidade)
- Programas de articulação e desenvolvimento de redes na comunidade
- Programas de teleconsultas, recursos digitais e tecnológicos, articulados com as restantes práticas e intervenções
- Programas de formação, investigação e inovação (articulados com universidades)

Neste processo de diferenciação, as ECSM do modelo B podem contribuir para implementar **espaços polivalentes para o desenvolvimento de competências em ambulatório**, unidades de dia ou de reabilitação psicossocial na comunidade, de forma direta ou em articulação com parceiros, assim como grupos de ajuda mútua (GAM) ou centros de inserção na vida ativa, respeitando a respetiva autonomia e inserção comunitária. O conjunto destas respostas e dispositivos, que têm como base uma ECSM, podem, no seu conjunto, designar-se por **Unidade de Saúde Mental (USM) na comunidade**.

Os vários modelos devem manter os princípios básicos e as características descritas para as ECSM, centrados nas respostas às necessidades dos doentes e adaptados às realidades e contextos locais e regionais.

5.

Recursos humanos

5. Recursos humanos

Numa **fase inicial e de implementação das ECSM**, face ao panorama dos recursos humanos a nível nacional, consideramos que a equipa deve incluir no mínimo sete profissionais:

- um médico com a especialidade de psiquiatra (sempre que possível a acompanhado por um a dois médicos Internos de psiquiatria);
- dois enfermeiros, dos quais pelo menos um com a especialidade de saúde mental e psiquiatria;
- um psicólogo clínico;
- um assistente social/técnico superior de serviço social;
- um terapeuta ocupacional;
- um assistente técnico

Esta equipa de sete elementos corresponde ao mínimo necessário para uma ECSM começar a funcionar e, por esse motivo, deve **ser considerada apenas como um ponto de partida**. Para o desenvolvimento dos programas referidos (doença mental grave e articulação com CSP) será recomendável que logo que possível a ECSM passe a contar com pelo menos dois psiquiatras (e.g. um para cada programa essencial), mais a colaboração de médicos internos de psiquiatria e dois psicólogos, para além dos dois enfermeiros, terapeuta ocupacional, assistente social/técnico superior de serviço social e assistente técnico anteriormente referidos.

Para a diferenciação em ECSM-B podem ser necessários outros profissionais, nomeadamente psicomotricistas e psicopedagogos, entre outros. Os recursos humanos devem ser adequados às necessidades dos doentes, de forma a garantir a acessibilidade e continuidade dos cuidados e, em simultâneo, prevenir a sobrecarga e o *burnout* dos profissionais.

6.

Instalações e equipamentos

6. Instalações e equipamentos

As instalações das ECSM devem ser localizadas na sua área geográfica de intervenção, com **condições para o funcionamento e realização das várias atividades da equipa multiprofissional**, preferencialmente em instalações próprias na comunidade, ou cedidas pelos agrupamentos de centros de saúde (ACeS) ou no contexto das Unidades Locais de Saúde (ULS), ou pelo poder local (e.g. Câmara Municipais ou Juntas de Freguesias) ou outras entidades e parcerias.

As instalações devem cumprir o regulamento geral das edificações urbanas (RGEU), e incluir, ou evoluírem o mais breve possível nesse sentido, as seguintes áreas de trabalho:

- Receção e gabinete para técnico administrativo;
- Sala de espera;
- Gabinetes para atividade clínica: no mínimo quatro, para psiquiatra, psicólogo, assistente social/técnico superior do serviço social e terapeuta ocupacional (TO);
- Gabinetes/sala de tratamento com maca para enfermagem: dois gabinetes para os dois enfermeiros;
- Gabinete mais amplo com espaço para atividades de grupo orientadas pelos vários profissionais da equipa e também para reuniões e atividades formativas da própria ECSM;
- Espaço polivalente para o desenvolvimento de atividades de vida diária e de treino de competências, funcionalidade e autonomia, realizadas pelo terapeuta ocupacional (se corresponder ao gabinete do TO deverá ser mais amplo, de forma a permitir atividades de grupo). Será útil ter uma pequena cozinha nesse espaço.
- WC para utentes e profissionais, respeitando as normas para pessoas com mobilidade reduzida;
- Espaço para os bastidores (sistemas digitais e tecnológicos);
- Sala de arrumos e sala de sujos.

Os equipamentos devem contemplar o mobiliário adequado para os diferentes espaços, material informático, telefones e telemóveis, e componentes necessários para teleconsultas e teleassistência, detetores de fumo, central de incêndios, sinalética e restantes exigências legais.

Para o funcionamento da ECSM, respetiva mobilidade e capacidade de intervenção (incluindo assistência domiciliária e intervenção comunitária) é imprescindível dispor de uma **viatura de serviço própria**, alocada especificamente para esse fim.

7.

Atividades essenciais
e níveis de diferenciação

7. Atividades essenciais e níveis de diferenciação

Tabela 7. Atividades essenciais e prioritárias das ECSM

	Atividades
1	Consultas externas dos vários grupos profissionais
2	Elaboração e revisão do Plano Individual de Cuidados (PIC) e de um Plano de Prevenção de Recaídas
3	Psicoterapia, acompanhamento psicológico e avaliações psicológicas
4	Psicoeducação (intervenções estruturadas individuais e, se exequível, também em grupo)
5	Intervenções familiares estruturadas, unifamiliares e, se exequível, também em grupo
6	Intervenção social
7	Visitas e intervenções domiciliárias (VD) para avaliação domiciliar, intervenções na crise e/ou de manutenção da continuidade do seguimento clínico
8	Treino e desenvolvimento de competências, funcionalidade e autonomia, incluindo a articulação complementar com outras estruturas de reabilitação psicossocial
9	Administração de fármacos e apoio na gestão e adesão ao tratamento, sempre que necessário
10	Intervenções comunitárias e articulação com estruturas na comunidade, centradas nos doentes e/ou orientadas para o desenvolvimento de redes comunitárias de articulação e promoção de inclusão social
11	Articulação com redes e estruturas específicas, nomeadamente a RNCCI de Saúde Mental, com as estruturas comunitárias envolvidas no programa de desinstitucionalização e os Conselhos Locais de Saúde Mental
12	Articulação com os CSP, com base no modelo colaborativo, privilegiando a consultadoria e a intervenção nos casos mais difíceis, através de programas de formato <i>stepped care</i>
13	Articulação com as associações de utentes e familiares de pessoas com problemas de saúde mental
14	Articulação com a Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), assegurando a continuidade dos cuidados após a libertação de internados de Unidades Forenses, incluindo o período de liberdade para prova

De acordo com as boas práticas clínicas e recomendações (PNSM, 2007; *Standards for Community-Based Mental Health Services* – Perry. (RCP) 2017; *World Mental Health Report* –WHO, 2022; *WHO European Framework for Action on Mental Health*, 2021; *WHO's Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*, Ed. 2021) e a legislação atual (Decreto-Lei 113/2021 de 14 de dezembro), de forma a responder às necessidades dos doentes, promover a sua recuperação e considerando o contexto nacional, as ECSM em Portugal devem assegurar as 14 atividades essenciais e prioritárias indicadas na tabela anterior (tabela 7).

Em termos gerais, as **intervenções psicoeducativas estruturadas** consistem na informação e educação prestadas ao doente e à família acerca do problema de saúde, nomeadamente sobre o diagnóstico, tratamento, prognóstico, recursos disponíveis e respetivos direitos e deveres (Pekkala & Merinder, 2002). Podem também incluir estratégias para melhorar a adesão terapêutica, o *insight* e a lidar melhor com os sintomas.

Mais recentemente, a intervenção psicoeducativa passou a incluir a abordagem das experiências vividas pelo doente e o seu modelo explicativo da doença, de forma mais individualizada e sem se limitar apenas a uma informação geral (Hogarty, 2002; Mueser, 2002 e 2011; Turkington, 2006; Kingdon, 2008).

As intervenções psicoeducativas podem ainda ser úteis para auxiliar a transição para outro tipo de intervenções (e.g. psicoterapias específicas, treino de aptidões sociais ou desenvolvimento de competências).

Este tipo de intervenção pressupõe formação prévia, estando disponíveis diversos manuais de suporte (e.g. Manual CIR@Com - Cuidados Integrados e Recuperação nas Equipas Comunitárias de Saúde Mental - CNPSM, 2023; *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*, Colom & Vieta, 2006).

Nas **intervenções familiares estruturadas**, sejam unifamiliares ou multifamiliares, será também indicado recorrer a metodologias já testadas e manualizadas (e.g. Manual de Terapia Familiar Comportamental, de Ian Falloon, 2015), ou outros manuais e estudos (Leff, 1994; Mcfarlane, 1994, 1995 e 2016; Brito, 2021). Estas intervenções podem diferir, mas na sua maioria incluem informação sobre a doença e tratamento, prevenção de recaídas, técnicas de resolução de problemas, abordagem dos padrões de comunicação das famílias e sua melhoria, desenvolvimento de competências e reforço da rede social de apoio (Gonçalves-Pereira, 2006 e 2009).

7 | Atividades essenciais e níveis de diferenciação

As atividades de uma ECSM devem ter como prioridade a prestação de cuidados a pessoas com doença mental grave, com base em **intervenções com evidência comprovada**, e recomenda-se que sejam precedidas de prévia formação específica, com suporte de manuais adequados, e supervisão na sua aplicação na prática clínica.

No caso das perturbações mentais mais comuns (incluindo perturbações depressivas e perturbações da ansiedade), o primeiro nível de intervenção deve ocorrer nos CSP. Só após intervenção nos CSP, e na ausência de resposta, é que se deve efetuar a referência para os SLSM, com retorno aos CSP logo que seja clinicamente indicado.

Numa perspetiva evolutiva, as **atividades das ECSM do modelo A** são apresentadas na tabela 8 e as do **modelo B** na tabela 9, de acordo com os modelos organizativos e níveis de diferenciação antes referidos e procurando **corresponder as atividades aos códigos existentes de produção assistencial para facilitar os respetivos registos** (códigos dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica – MCDT existentes para a Saúde Mental, de acordo com a Portaria n.º 176/2022 de 7 de julho de 2022).

Para as ECSM - modelo A devem ser asseguradas as seguintes atividades resumidas na tabela seguinte:

Tabela 8. Atividades da ECSM – Modelo A (ECSM-A)

	Atividades	Códigos MCDT*
A-1	Consultas externas e procedimentos gerais de avaliação desenvolvidas pelos diferentes profissionais	82020, 82025, 82030, 82040, 82050, 82080, 82100, 82130, 82150, 82160, 82190, 82400 Registar como consultas quando não for necessário código MCDT
A-2	Psicoterapias	82200

7 | Atividades essenciais e níveis de diferenciação

A-3	Intervenção social, por doente	82500
A-4	Terapia ocupacional individual, em psiquiatria, não especificada (e.g. treino de AVD, de autonomia ou treino de aptidões sociais)	82400
A-5	Terapia ocupacional de grupo, em psiquiatria, por doente	82440
A-6	Intervenções realizadas em estruturas sediadas na comunidade, por doente (e.g. em escolas, locais de trabalho, organizações da sociedade civil, tribunais, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia...)	82510
A-7	Articulação com a RNCCI de Saúde Mental e com o programa de desinstitucionalização, por doente	82510
A-8	Intervenções domiciliárias, por doente (com carácter mais pontual, em situações de crise, para avaliação domiciliar ou manutenção do seguimento)	82520
A-9	Intervenções familiares estruturadas - psicoterapia familiar	82270
A-10	Elaboração e revisão do Plano Individual de Cuidados (PIC) para doentes mentais grave (entrevista psicossocial de avaliação, não médica)	82080
A-11	Elaboração e revisão do Plano de Prevenção de Recaídas (PPR) para doentes mentais graves (entrevista psicossocial de avaliação, não médica)	82080
A-12	Psicoeducação individual - sessão psicoeducacional individual	82321
A-13	Intervenções realizadas em estruturas sediadas na comunidade, por doente (articulação regular com os Cuidados de Saúde Primários ou outras estruturas da comunidade)	82510
A-14	Articulação/Intervenções realizadas em estruturas sediadas na comunidade, não centradas no doente (articulação regular com os Cuidados de Saúde Primários ou outras estruturas da comunidade)	Na ausência de código específico registar em tabela própria
A-15	Psicoterapia de grupo (inclui grupos terapêuticos psicoeducativos em grupo)	82330

7 | Atividades essenciais e níveis de diferenciação

A-16	Sessões psicoeducacionais familiares em grupo, por família	82320
-------------	--	-------

* Fonte Portaria n.º 176/2022 de 7 de julho de 2022 e Portaria 207/2017 de 11 de julho de 2017

Para as ECSM - modelo B devem verificar-se todas as atividades do modelo A, acrescidas de alguns programas diferenciados com os e.g. indicados na tabela 9 e de acordo com as necessidades identificadas nos doentes seguidos na ECSM:

Tabela 9. Atividades da ECSM – Modelo B (ECSM-B)

	Atividades	Códigos
B-1	Desenvolvimento de outros programas/ projetos, conjuntos ou intersectoriais com outras estruturas ou instituições na comunidade (intervensões comunitárias e atividades de articulação, não centradas no doente)	Na ausência de código específico registar em tabela própria
B-2	Atividades diferenciadas do programa para primeiros episódios psicóticos/intervenção precoce na psicose	Na ausência de código específico registar em tabela própria
B-3	Atividades diferenciadas do programa de psiquiatria geriátrica	Na ausência de código específico registar em tabela própria
B-4	Atividades diferenciadas de um programa de intervenção na crise	Na ausência de código específico registar em tabela própria
B-5	Atividades diferenciadas do programa de seguimento assertivo na comunidade	Na ausência de código específico registar em tabela própria

7 | Atividades essenciais e níveis de diferenciação

B-6	Atividades diferenciadas de programas de seguimento para pessoas com perturbações SM resistentes/refratárias aos tratamentos habituais	Na ausência de código específico registrar em tabela própria
B-7	Articulação e participação em programas de emprego apoiado, de colocação no mercado trabalho, atividades socialmente uteis, ocupação e voluntariado	Na ausência de código específico registrar em tabela própria
B-8	Atividades diferenciadas de programas articulados e integrados de prevenção e promoção em SM	Na ausência de código específico registrar em tabela própria
B-9	Terapias de mediação corporal individual e de grupo, por doente	82380, 82390
B-10	Grupos de treino de cognição e interação social (e.g. SCIT <i>Social Cognition and Interaction Training</i>)	Na ausência de código específico registrar em tabela própria
B-11	Abordagem ou psicoterapia cognitivo comportamental para as psicoses (CBTP) e terapias CBT de 3ª geração (e.g. treino metacognitivo)	82200
B-12	Outras intervenções diferenciadas específicas (individuais ou de grupo) complementares ou integradas nos programas (e.g. treino de remediação cognitiva)	82200, 82330
B-13	Articulação estruturada com associações de pessoas com experiência de problemas de saúde mental e associações de familiares. Participação dos utentes e familiares nas atividades da equipa, grupos de ajuda mútua e atividades de voluntariado, programa de suporte entre pares	Na ausência de código específico registrar em tabela própria

7 | Atividades essenciais e níveis de diferenciação

B-14	Programas específicos de desenvolvimento de competências nos espaços polivalentes/ unidades de dia na ECSM	Na ausência de código específico registrar em tabela própria
B-15	Programas ou atividades de identificação de pessoas com DMG existentes na comunidade que não são referenciadas pelas vias habituais e novas abordagens para casos complexos - <i>outreach</i>	Na ausência de código específico registrar em tabela própria
B-16	Atividades e programas de investigação, inovação e/ou desenvolvimento tecnológico	Na ausência de código específico registrar em tabela própria
B-17	Atividades de outros programas diferenciados necessários para responder a necessidades identificadas nos doentes seguidos nas ECSM – modelo B	Na ausência de código específico registrar em tabela própria

8.

Funcionamento e metodologia

8. Funcionamento e metodologia

O funcionamento das ECSM é atualmente estruturado como base em modelos de **cuidados integrados de saúde mental na comunidade** (Gago, 2012), capazes de:

1. Promover a integração de pessoas com problemas de saúde mental na comunidade e a participação ativa destas na sua recuperação;
2. Dinamizar o trabalho multidisciplinar, coordenado e integrado de vários profissionais de uma equipa ou de várias estruturas;
3. Integrar vários programas, projetos e/ou intervenções de forma estruturada, coordenada e individualizada e com base na evidência científica;
4. Mobilizar a participação das partes envolvidas, nomeadamente a família, cuidadores informais e a comunidade em geral.

O **funcionamento multidisciplinar, integrado e articulado** deve estar subjacente a todas as atividades da ECSM, no contexto dos SLSM do SNS, dos serviços de saúde em geral e da comunidade onde se insere.

As intervenções na comunidade implicam habitualmente uma multiplicidade de respostas, estruturas e vários profissionais, não só da ECSM mas de várias instituições, sendo fundamental a coordenação das mesmas, de forma a conseguir estruturar um processo de recuperação personalizado, articulado, com continuidade, participado e consistente.

A continuidade de cuidados, a individualização das intervenções e a sua coordenação deve ter como base **dois elementos fundamentais do modelo de funcionamento das ECSM**:

1. **Atribuição de um terapeuta de referência -TR (*care coordinator/case management*)** com base no modelo de *case management* clínico e de seguimento mantido e integrado;

2. Realização de um Plano Individual de Cuidados (PIC).

A cada pessoa com doença mental grave seguida na ECSM será atribuído um médico psiquiatra e um terapeuta de referência (TR), independentemente das intervenções multidisciplinares realizadas pelos vários profissionais da equipa. Na sequência de formação adequada, como a que tem vindo a ser disponibilizada pelo programa de formação da CNPSM, podem exercer as funções de TR os vários grupos profissionais da equipa (e.g. psicólogo, enfermeiro, assistente social/técnico superior do serviço social e terapeuta ocupacional).

Após estabelecer uma relação terapêutica e efetuar as avaliações clinicamente indicadas, o TR, em articulação estreita com o psiquiatra e restante equipa e em colaboração com o doente e sempre que possível com a família, deve estruturar um **plano individual de cuidados (PIC)**.

Para a elaboração do PIC será útil não só a avaliação clínica, social e familiar, mas também o recurso a instrumentos de avaliação apropriados para o efeito, como é o caso do **Inquérito de Avaliação de Necessidades (*Camberwell Assessment of Need* – CAN**, Michael Phelan et al., 1995 - versão portuguesa adaptada por Gago, Caldas-de-Almeida & Xavier em 1996). O PIC deve ser revisto, pelo menos, de seis em seis meses.

Tabela 10. Características de um Plano Individual de Cuidados nas ECSM

Características essenciais de um Plano Individual de Cuidados (PIC) nas ECSM	
1	Ser simples e operativo (de preferência numa única “página” digital), acessível a toda a ECSM para consulta e registos e ser uma funcionalidade do processo clínico digital (SClínico ou outro sistema eletrónico)
2	Designar um terapeuta de referência, que elabore o PIC com participação ativa de toda a equipa, da pessoa e, se possível, com o envolvimento da família. Se existirem comorbilidades somáticas relevantes podem ser envolvidos os CSP e, nos duplos diagnósticos, as Equipas Tratamento para as adições
3	Permitir a avaliação sistemática e individualizada das necessidades de saúde, sociais e psicossociais e indicação das respetivas respostas
4	Indicar os problemas, as necessidades e as respostas na perspetiva da pessoa, após adequada informação e numa linguagem que ela entenda facilmente
5	Ser escrito, explícito e objetivo e, para além de constar do processo clínico eletrónico, deve ser entregue à pessoa a quem diz respeito
6	Permitir a identificação das várias intervenções, quem as vai realizar e quando vão ser avaliados os resultados
7	Garantir que as intervenções são baseadas na evidência científica, para além de refletirem o ponto de vista da pessoa
8	Refletir um compromisso e responsabilidade da pessoa e das partes envolvidas, sendo também um “contrato terapêutico” assinado pelas partes, na perspetiva e propósito da recuperação/ <i>recovery</i>
9	Reforçar e estimular a pessoa a desenvolver as suas potencialidades
10	Encorajar a pessoa a desenvolver progressivamente a sua capacidade de fazer opções e tomar decisões relativas à sua vida
11	Ser revisto, sempre que as circunstâncias da pessoa se alterem, surjam novas intervenções ou as respostas utilizadas não alcancem os resultados pretendidos
12	Ser revisto com regularidade, com datas pré-definidas e em intervalos não superiores a 6 meses

Adaptado de Burns (1997, 2001 e 2004), Kingdon (2005) e Liberman (2008)

As intervenções incluídas no PIC devem procurar dar uma resposta individualizada aos problemas e necessidades identificados em conjunto com o doente.

O TR deverá assegurar a continuidade de cuidados e a coordenação das várias intervenções, de acordo com PIC. Outra das funções do TR consistirá na articulação com estruturas na comunidade que possam responder às necessidades identificadas no doente. As funções do TR nas ECSM encontram-se resumidas na tabela seguinte:

Tabela 11. Funções gerais do terapeuta de referência nas ECSM

Funções gerais do terapeuta de referência (TR) nas ECSM	
1	Servir de interface entre a ECSM, a pessoa doente, a família, outras figuras significativas e rede social de suporte
2	Centralizar a informação acerca do doente (registada no processo clínico eletrónico)
3	Estruturar, em conjunto com o doente e sempre que possível com a família, um plano individual de cuidados (PIC), facilmente acessível a toda a equipa no processo clínico eletrónico (SCLínico ou afim) e promover a revisão do PIC
4	Monitorizar o percurso e a evolução da pessoa doente, ao longo do tempo
5	Identificar, em cada momento, os problemas e necessidades do doente
6	Assegurar a continuidade do seguimento (seguimento mantido e/ou assertivo) em conjunto com a ECSM e o SLSM
7	Contribuir para a estruturação de um plano de prevenção de recaídas, com o doente e colaboração de outros elementos da equipa, e, se indicado, para prevenção do consumo de substâncias e do risco de suicídio ou de comportamentos auto-lesivos
8	Promover as respostas e intervenções indicadas e articular com outras estruturas e profissionais que as possam realizar, no sentido da recuperação e da integração familiar e social
9	Realizar intervenções psicoeducativas e familiares, treino e desenvolvimento de competências e funcionalidade em ambulatório (no âmbito do primeiro nível de diferenciação das ECSM)
10	Efetuar visitas domiciliárias (avaliação/intervenção domiciliar) quando indicadas e acompanhado, preferencialmente, com outro(s) elemento(s) da ECSM

11	Referenciar, em reunião de equipa, a pessoa doente ao(s) profissional cuja competência específica (ou própria) mais se adequa a uma intervenção que responda aos problemas e às necessidades identificadas
12	O TR poderá ser qualquer um dos elementos da equipa. Considera-se indispensável, para desempenhar esta função que o profissional receba formação prévia e tenha competências para o efeito

O TR deverá, no âmbito das atividades essenciais e prioritárias do primeiro nível de diferenciação das ECSM, desenvolver intervenções psicoeducativas, familiares, treino e desenvolvimento de competências e funcionalidade em ambulatório e visitas domiciliárias.

As funções do TR pretendem reforçar e operacionalizar as intervenções nas ECSM, acrescidas e sem prejuízo das funções específicas de cada grupo profissional e de competências próprias de cada elemento da equipa.

Assim, nos profissionais da ECSM devem ser distinguidos **três níveis de competências**, complementares e necessários para o funcionamento da equipa:

1. Competências **essenciais** e comuns a todos os TR (e.g. das indicadas na tabela anterior e abordadas no Manual CIR@Com - Cuidados Integrados e Recuperação nas Equipas Comunitárias de Saúde Mental (CNPSM, 2023).
2. Competências **específicas** de cada grupo profissional.
3. Competências **especializadas** de cada profissional. Por exemplo, um elemento ter formação em terapia ou intervenção familiar e poder desenvolver grupos multifamiliares, outro em terapia cognitivo-comportamental ou outra psicoterapia, ou no treino de aptidões sociais e assim sucessivamente. Num SLSM será importante, e de forma progressiva, ter profissionais diferenciados nas intervenções baseadas na evidência científica, podendo também recorrer-se à colaboração externa em situações específicas para as quais não existe na ECSM um profissional com a formação necessária.

As atividades clínicas dos vários grupos profissionais, através de intervenções multidisciplinares individuais e/ou de grupo, consultas, intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, promoção da adesão à medicação, realização de visitas domiciliárias, suporte e intervenção familiar, treino de competências

sociais e de autonomia, atividades de reabilitação psicossocial e de articulação com estruturas na comunidade, são consideradas essenciais para a integração familiar, social e, se possível, profissional de pessoas com doença mental.

As ECSM devem ter **reuniões regulares semanais, atividades de formação e reuniões quinzenais para supervisão** do TR e dos programas específicos. Recomenda-se ainda uma **reunião anual da ECSM**, para monitorização, avaliação e definição de objetivos e planos de ação, com envolvimento de todos os profissionais.

O funcionamento de uma ECSM não se limita à prestação direta de cuidados de SM, sendo fundamental **a articulação e o funcionamento em rede com as estruturas da comunidade**, onde possam existir respostas e sinergias, a articulação com os CSP, cuidados continuados, outros cuidados de saúde, estruturas responsáveis pelo programa de desinstitucionalização e unidades forenses, bem como com a academia e centros de investigação.

Acresce uma articulação e colaboração com as **associações de doentes e familiares**, que podem contribuir para atingir objetivos comuns com as ECSM e a participação destes nas atividades da equipa, nos **grupos de ajuda mútua, em programas de suporte entre pares (peer support) e atividades de voluntariado**.

Deverá ainda haver uma **articulação regular entre as Equipas de Saúde Mental Comunitárias de Adultos e as da Infância e da Adolescência**, garantindo o processo de transição aos 18 anos. Recomenda-se particular atenção para áreas como a perinatalidade, os filhos de pessoas com doença mental e a intervenção precoce na psicose.

Fases da evolução clínica e níveis de intervenção

Na prestação de cuidados para doenças de evolução prolongada, como ocorre nas DMG, o funcionamento, as respostas, as funções do TR e os conteúdos do PIC devem ser reajustados consoante a fase da doença em que se encontra a pessoa (e.g. fase aguda, fase de recuperação inicial e estabilização clínica, fase de recuperação intermédia e tardia) e devem ser definidos níveis de intervenção (Burns, 2004).

A ação do TR e o conteúdo do PIC serão diferentes consoante o **nível de intervenção**.

Para os doentes seguidos na ECSM, em particular para os DMG, são habitualmente considerados **quatro níveis de intervenção**:

1. **Nível A - Inicial e/ou seguimento regular:** doente relativamente estável, sendo possível o TR considerar a maioria das intervenções essenciais recomendadas e o desenvolvimento de competências, articulado com a restante ECSM e com respostas na comunidade. Neste nível, a avaliação e intervenção do TR deve ser quinzenal (no mínimo, mensal). Os TR conseguem seguir um número limitado de pessoas neste nível (20 a 30 por TR, consoante disponibilidades e recursos) que devem, posteriormente, transitar para o nível de manutenção.
2. **Nível B - Risco:** doente com instabilidade clínica, com risco significativo de entrar em crise ou com pródromos e/ou sintomas sugestivos dessa evolução. Neste nível, a avaliação e intervenção do TR deverá ser, no mínimo, semanal, com alerta do psiquiatra, de outros elementos da equipa e sempre que possível com a família. Manutenção do seguimento de forma continuada e assertiva.
3. **Nível C - Crise:** doente em fase aguda, com sintomas acentuados, com repercussões no comportamento e no funcionamento pessoal e social, decorrentes da descompensação clínica. Neste nível, a intervenção será o mais frequente possível, com foco na intervenção na crise e no contexto adequado. Se necessário e após avaliação psiquiátrica, o doente deverá ser encaminhado para internamento, em articulação com a família, o psiquiatra da ECSM e do serviço de urgência/internamento. Caso o doente seja internado, o TR deverá manter o contacto e articular com a equipa da unidade de internamento.
4. **Nível D - Manutenção e Desenvolvimento:** doente em processo de recuperação que já recebeu as intervenções essenciais ou que está integrado numa estrutura na comunidade, seja de reabilitação psicossocial, socio-ocupacional, formativa, profissional ou outra atividade socialmente útil. Neste nível a função do TR é de monitorizar, articular com as estruturas da comunidade e rever o trabalho realizado, sugerindo novas respostas. O foco é na promoção do bem-estar, na procura de objetivos pessoais, no apoio ao desempenho de atividades sociais e na ativação da rede de suporte

social. A monitorização/intervenção do TR deve ser no máximo de 2 em 2 meses, alternada com o seguimento pelo psiquiatra e por outros elementos ECSM.

Alguns doentes, pelas suas características próprias (e.g. crises e internamentos frequentes, situações com maior risco para o próprio e terceiros, problemas graves na adesão à terapêutica, duplos ou múltiplos diagnósticos, situação de sem-abrigo, período de liberdade para prova após medidas de segurança, conflitos familiares e comportamentos disruptivos, nível de incapacidade acentuado e défices múltiplos) podem ter que permanecer períodos mais prolongados no nível de risco e/ou serem considerados **doentes complexos**, com indicação para um PIC mais alargado, discutido com a coordenação da ECSM e envolvendo profissionais e respostas colaborativas externas à própria ECSM e ao SLSM.

9.

Avaliação e indicadores

9. Avaliação e indicadores

O processo de implementação e desenvolvimento das ECSM deve incluir **avaliações regulares, com base em indicadores previamente definidos**, promovendo boas práticas e uma perspetiva de evolução e diferenciação progressivas. Estes indicadores serão igualmente úteis para os SLSM, em particular para os que se constituírem como CRI e de acordo com as normas e legislação aprovadas.

Com base nos doentes seguidos nas ECSM, recomenda-se que seja efetuada uma avaliação no momento inicial e depois com frequência anual para os seguintes indicadores, sendo necessário que os dados sejam coletados e registados de forma regular e precisa pelo assistente técnico da equipa.

Consideramos dois tipos de indicadores:

1. **Indicadores essenciais (IE)**, que devem ser obrigatoriamente obtidos pelos diretores dos SLSM ou com função delegada nos coordenadores das ECSM, registados regularmente e cujos dados devem ser inseridos em tabela própria. A obtenção destes dados é considerada exequível através dos atuais sistemas de informação existentes na maioria dos serviços do SNS.
2. **Indicadores complementares (IC)**, que podem ser úteis para aprofundar a avaliação e gestão das ECSM e a sua evolução, assim como para a aperfeiçoar ou rever as práticas e definição de planos de ação das mesmas. Numa fase inicial, a obtenção dos IC terá carácter opcional.

Estes indicadores, com desagregação por género, idade e diagnóstico (com período de **contabilização total anual**, correspondente ao ano civil), constam das tabelas 12- 19; foram acrescentados os códigos dos MCDT a alguns dos indicadores para facilitar o seu registo, de acordo com a Portaria n.º 176/2022 de 7 de julho de 2022, que altera a tabela de saúde mental, constante do anexo iv da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, na sua redação atual, da qual faz parte integrante.

9.1. INDICADORES ESSENCIAIS (IE)

9.1.1. ACESSO

Tabela 12. Indicadores relativos ao acesso

IE1	Nº de doentes seguidos/ano na ECSM, em comparação com o ano civil anterior
IE2	Prevalência tratada/ano por diagnóstico (diagnósticos desagregados), em comparação com o ano civil anterior
IE3	Nº de primeiras consultas realizadas/ano na ECSM, em comparação com o ano civil anterior
IE4	Nº total de consultas/ano na ECSM, em comparação com o ano civil anterior
IE5	Nº de consultas descentralizadas, em comparação com o ano civil anterior

9.1.2. PROCESSO E ATIVIDADES

Tabela 13. Indicadores relativos ao processo e atividades

IE6	Nº de doentes com terapeuta de referência atribuído/nº pessoas com doença mental grave (DMG) seguidas pela ECSM (registo em tabela própria), em comparação com o ano civil anterior
IE7	Nº de sessões psicoeducacionais familiares em grupo, por família (MCDT 82320), em comparação com o ano civil anterior
IE8	Nº de sessões de psicoterapia familiar (MCDT 82270), em comparação com o ano civil anterior
IE9	Nº de sessões de psicoterapia de grupo, por doente, incluindo grupos terapêuticos psicoeducativos (MCDT 82330), em comparação com o ano civil anterior

IE10	Nº de doentes seguidos em psicoterapia individual na ECSM/nº doentes seguidos pela ECSM (MCDT 82330), em comparação com o ano civil anterior
IE11	Nº de sessões psicoeducacionais individuais (MCDT 82321), em comparação com o ano civil anterior
IE12	Nº de visitas domiciliárias da ECSM (MCDT 82520), em comparação com o ano civil anterior
IE13	Nº de intervenções sociais realizadas por profissionais da ECSM (MCDT 82500), em comparação com o ano civil anterior
IE14	Nº de sessões de terapia ocupacional individual (MCDT 82400), em comparação com o ano civil anterior
IE15	Nº de sessões de terapia ocupacional de grupo, por doente (MCDT 82440), em comparação com o ano civil anterior
IE16	Nº de intervenções realizadas pela ECSM em estruturas sediadas na comunidade, por doente e centradas no doente (MCDT 82510), em comparação com o ano civil anterior
IE17	Nº Intervenções realizadas pela ECSM em estruturas sediadas na comunidade, incluindo reuniões e outras atividades de articulação e colaboração, não centradas no doente (registo em tabela própria, ainda não existe código MCDT), em comparação com o ano civil anterior

(Códigos dos MCDT de acordo com Portaria n.º 176/2022 de 7 de julho de 2022, que altera a tabela de saúde mental, constante do anexo iv da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, na sua redação atual, da qual faz parte integrante)

9.1.2. RESULTADOS

Tabela 14. Indicadores relativos aos resultados *

IE18	Incapacidade e funcionalidade: nº de doentes com DMG seguidos na ECSM com melhoria na pontuação total do questionário WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0 (versão portuguesa de 36 itens de autopreenchimento, incluída no manual DSM V)/nº total de DMG da ECSM, em comparação com o ano civil anterior
-------------	--

IE19	Necessidades: nº de doentes com DMG seguidos na ECSM que tiveram redução no nº de necessidades sem resposta, na avaliação com o Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell*/nº total de doentes com DMG seguidos na ECSM, em comparação com o ano civil anterior (para este efeito realizar apenas a avaliação da secção 1 nos itens do CAN) * Phelan et al., 1995, versão portuguesa adaptada por Gago et al., 1996
IE 20	Recuperação (Recovery): nº de doentes com DMG seguidos na ECSM que tiveram aumento na pontuação do questionário INSPIRE*/nº total de DMG da ECSM (considerar a soma da pontuação das duas subescalas do questionário de autopreenchimento INSPIRE) * Williams et al., 2015, versão portuguesa adaptada por Manuela Silva (em curso)
IE21	Perceção e satisfação dos cuidados recebidos: nº de doentes seguidos na ECSM que tiveram melhoria da satisfação com os cuidados de saúde recebidos na ECSM, avaliada pelo Questionário de Perceção e Satisfação de Cuidados/nº de total de doentes seguidos na ECSM, em comparação com o ano civil anterior (para avaliar a satisfação considerar a pontuação total do item 17)
IE 22	Riscos psicossociais e variáveis de saúde, satisfação e stress dos profissionais da ECSM no contexto laboral: nº de profissionais da ECSM que se encontram numa situação favorável para a saúde no contexto laboral, avaliada pelo questionário Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ II*/nº total de profissionais da ECSM, em comparação com o ano civil anterior (aplicação da versão curta do COPSOQ II e a situação favorável para a saúde corresponde a cor verde, de acordo com análise informática recomendada dos resultados que converte o resultado final numa das três cores dos semáforos) * Kristensen & Borg, 2000 e 2007, versão portuguesa adaptada por Rosário et al., 2017

* a aplicação dos questionários aos doentes e aos profissionais implica o consentimento dos mesmos e para o questionário de satisfação dos cuidados aos doentes e o questionário de avaliação dos riscos psicossociais para os profissionais, as respostas devem ser anónimas e com garantida de confidencialidade.

9.1.3. EVENTOS SENTINELA

Tabela 15. Indicadores relativos aos eventos sentinela

IE 23	Nº total de doentes da ECSM internados/nº total de doentes seguidos na ECSM, em comparação com o ano civil anterior
IE 24	Nº de doentes da ECSM com mais do que um internamento/nº total de doentes seguidos na ECSM, em comparação com o ano civil anterior
IE 25	Nº total de doentes da ECSM internados involuntariamente/nº total de doentes da ECSM internados, em comparação com o ano civil anterior
IE 26	Nº doentes com DMG da ECSM sem contactos com a ECSM durante um período maior ou igual a 6 meses/nº total de doentes seguidos com DMG na ECSM, em comparação com o ano civil anterior

9.2. INDICADORES COMPLEMENTARES (IC)**9.2.1. ACESSO**

Tabela 16. Indicadores complementares relativos ao acesso

IC1	Nº de consultas subsequentes na ECSM/nº total de consultas da ECSM
IC2	Nº doentes na ECSM com consultas realizadas nos primeiros 21 dias após alta do internamento, em comparação com o ano civil anterior (este indicador é também uma recomendação no sentido de o doente ter consulta com pelo menos um grupo profissional da ECSM, no período máximo de 21 dias após a alta do internamento)

9.2.2 PROCESSO E ATIVIDADES

Tabela 17. Indicadores complementares relativos ao processo e atividades

IC3	Nº de pessoas incluídas no programa geral para DMG/nº total de pessoas com DMG seguidas na ECSM
IC4	Nº de pessoas com DMG com plano individual de cuidados (PIC) realizado/nº total de pessoas com DMG da ECSM
IC5	Nº de doentes que receberam visitas domiciliárias realizadas por profissionais da ECSM, em comparação com o ano civil anterior
IC6	Nº de doentes encaminhados de novo para programas de formação profissional, laborais, socio ocupacionais e/ou de reabilitação psicossocial, na comunidade (e.g. Fórum/Unidade Sócio Ocupacional, Fórum de Apoio Social, cursos do Instituto do Emprego e Formação Profissional), em comparação com o ano civil anterior
IC7	Nº de pessoas com DMG referenciadas para estruturas da RNCCI SM, em comparação com o ano civil anterior

9.2.3. RESULTADOS

Tabela 18. Indicadores complementares relativos aos resultados

IC8	Psicopatologia: nº de pessoas com DMG com diminuição da pontuação total no questionário Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS*, em comparação com o ano civil anterior * Ventura et al., 1993, versão 4.0 portuguesa adaptada por Gusmão et al., 1996
IC9	Adesão à medicação: nº de pessoas com DMG com melhoria na adesão terapêutica de acordo com o resultado na Escala de Adesão à Terapêutica – MARS*, em comparação com o ano civil anterior * Thompson, 2000, versão portuguesa adaptada por Vanelli et al., 2011
IC10	Necessidades: nº de pessoas com DMG com diminuição das necessidades com resposta parcial e necessidades não cobertas (somatório), avaliadas com o Inquérito de Avaliação de

	Necessidades de Camberwell – CAN , em comparação com o ano civil anterior * Phelan et al., 1993, versão portuguesa adaptada por Gago et al., 1996
IC11	Recurso ao Serviço Urgência (SU): diminuição do nº de idas ao SU dos doentes da ECSM, em comparação com o ano civil anterior
IC12	Utilização do serviço de internamento: diminuição do número de doentes internados da ECSM/nº de doentes, em comparação com o período homólogo
IC13	Ocupação: aumento do nº de doentes integrados (mais 6 meses com frequência regular) em programas formação profissional, laborais, socio ocupacionais e/ou de reabilitação psicossocial, na comunidade, em comparação com o ano civil anterior

9.2.4. EVENTOS SENTINELA

Tabela 19. Indicadores complementares relativos aos eventos sentinela

IC14	Nº de doentes com tempo acumulado de internamento superior a 60 dias durante um ano, em comparação com o ano civil anterior
IC15	Nº total de doentes readmitidos nos 90 dias pós-alta, em comparação com o ano civil anterior
IC16	Nº total de idas ao serviço de urgência dos doentes da ECSM, em comparação com o ano civil anterior
IC17	Nº de doentes que abandonaram o seguimento sem alta (considerar abandono após um ano sem contacto com a ECSM), em comparação com o ano civil anterior
IC18	Nº suicídios dos doentes seguidos na ECSM, em comparação com o ano civil anterior

10.

Implementação e monitorização

10. Implementação e monitorização

O desafio atual, na prestação de cuidados de saúde em geral e de saúde mental em particular, em termos nacionais internacionais, consiste em implementar intervenções e modelos baseados na evidência científica, bem como ultrapassar as respetivas barreiras e adaptar essas intervenções às várias realidades, culturas e recursos (Saraceno, 2007).

Com os meios de que dispomos atualmente, o acesso ao conhecimento é cada vez mais fácil e, mesmo assim, a maioria das pessoas com perturbações mentais continuam a não receber muitas das intervenções recomendadas e com evidência científica dos seus resultados (Drake, 2003; *World Mental Health Report* – WHO, 2022). O que pode marcar a diferença consiste na **exequibilidade e na implementação dessas intervenções, na prática clínica**, nos contributos da ciência de implementação, no trabalho consistente e colaborativo de todas as partes envolvidas e na articulação dos níveis nacional, regional, local e individual.

No desenvolvimento das ECSM, recomenda-se a sequência dos **sete passos para a implementação/reorganização de equipas e unidades saúde mental na comunidade** (Thornicroft & Tansella, 2000 e 2007):

1. Definir ou clarificar os princípios da ECSM e a sua missão;
2. Estabelecer os limites da intervenção (e.g. limites geográficos/sectores e limites da capacidade de resposta e critérios de referenciação);
3. Avaliar as necessidades das populações locais (e.g. aplicar o Inquérito de Avaliação de Necessidades de *Camberwell* a uma amostra representativa) e/ou considerar indicadores epidemiológicos, populacionais e de saúde existentes e determinantes sociais que possam influenciar a SM;
4. Avaliar os recursos disponíveis ou a mobilizar (e.g. recursos humanos e materiais, estruturas e seu funcionamento) e os recursos existentes na comunidade. Seleção e formação dos recursos humanos;
5. Elaborar um plano a nível local com definição de objetivos e enquadrar esse plano nos restantes níveis de intervenção: nacional, regional, local e a nível individual/doente (e.g. *Matrix Model*) (Tansella, 1998; Thornicroft, 2009).

10 | Implementação e monitorização

Estabelecer um cronograma com as várias etapas de implementação, realista e exequível;

6. Implementar progressivamente o plano a nível local;
7. Monitorizar, avaliar, rever com regularidade e aperfeiçoar.

De forma mais específica e detalhada, indicamos na tabela seguinte as fases e etapas recomendadas para a implementação das ECSM, com referência às estruturas e profissionais que serão envolvidos e a duração previsível para a exequibilidade das tarefas definidas. Estas tabelas devem ser completadas de forma mais específica para cada ECSM e SLSM, e adaptadas às realidades regionais e locais. Será entregue ao coordenador da cada ECSM um *road map* em *Excel* ou equivalente, com as fases, etapas e indicadores de forma a facilitar o processo de implementação, funcionamento e registo das atividades.

Tabela 20. Fases e etapas recomendadas para a implementação das ECSM

	Fases e Etapas da Implementação	Quem realiza / participa	Duração
	Fase de Preparação e Organização		3 a 6 meses
1	Constituição da equipa: nomeação do coordenador, alocação/atribuição do financiamento, seleção e contratação dos profissionais	ACSS, CA e Dir.SLSM	
2	Clarificar os princípios da ECSM, a sua missão e os objetivos da ECSM adaptados à realidade local e regional	Dir.SLSM e Coord.ECSM	
3	Selecionar a área geográfica de intervenção da ECSM, de acordo com as necessidades e características da população. Estabelecer a tipologia da ECSM mais adequada.	Dir. SLSM, Coord.ECSM e ECSM	

10 | Implementação e monitorização

4	Obter, organizar e preparar instalações, equipamentos e restantes recursos materiais e digitais	CA, Dir.SLSM, Coord.ECSM e Serv.Manuten.	
5	Formação dos profissionais das ECSM e preparação das intervenções. Estão previstas ações de formação inicial (curso de formação intensiva para as ECSM, com a duração de 3 dias) dinamizadas pela CNPSM em articulação com as CRSM, para as novas ECSM e posterior monitorização. Seleção e formação para utilização dos questionários de avaliação clínica e preparação de materiais	CNPSM, CRSM Equipa de formação. Dir.SLSM, Coord.ECSM	Curso formação CIR
1ª Fase – Implementação Clínica para 40 DMG			6 meses
6	Seleção sequencial dos 40 doentes (DMG) a incluir numa primeira fase, oito para cada um dos cinco TR de cada ECSM e avaliação (T0-Grupo 1) dos mesmos de acordo com os indicadores essenciais e antes de serem incluídos no programa	Dir.SLSM, Coord.ECSM e ECSM	
7	Início das intervenções para os 40 doentes selecionados para a 1ª fase (incluídos nos primeiros 30 dias) de acordo com a tipologia da ECSM. Após avaliação, o TR em colaboração com o doente e se possível com família e em articulação com o psiquiatra e restante equipa, estrutura um primeiro plano individual de cuidados (PIC), seguindo-se as intervenções	Coord.ECSM e ECSM	
8	Recomenda-se reuniões semanais da ECSM e, se possível, reuniões de supervisão dos TR de 15 em 15 dias	Coord.ECSM e ECSM	
9	Reunião de monitorização da evolução da ECSM ao fim de 6 meses de implementação, com a participação de toda a equipa e em articulação com a Dir. SLSM, Coordenações Regionais e Nacional para a SM. Ponto da	Coord.ECSM e ECSM e Equipa de	Após 6 meses

10 | Implementação e monitorização

	situação e definição dos reajustes e mudanças necessárias	Formação (CNPSM e CRSM)	
10	Revisão do PIC dos doentes da primeira fase, após 6 meses de intervenção	Coord.ECSM e ECSM	
2ª Fase – Implementação Clínica para mais 40 DMG e avaliação anual dos dois grupos			6 meses
11	Após 6 meses, seleção e inclusão de mais 40 DMG, de forma sequencial, durante 30 dias, com avaliação inicial (T0-Grupo 2) semelhante aos da 1ª fase. Mais oito para cada um dos cinco TR de cada ECSM	Coord.ECSM e ECSM	
12	Início das intervenções para doentes selecionados para a 2ª fase e continuidade dos da 1ª fase. Após avaliação será estruturado um primeiro plano individual de cuidados (PIC), seguindo-se as intervenções	Coord.ECSM e ECSM	
13	Reunião anual da ECSM ao fim de 12 meses do seu início de atividade	ECSM e Coord.ECSM	
14	Avaliação anual, após 12 meses de intervenção, para os 40 doentes da 1ª fase (T1-Grupo 1), de acordo com os indicadores e registo dos dados obtidos	ECSM e equipa de investigação	
15	Avaliação anual dos 40 doentes da 2ª fase (T1-Grupo 2), após 12 meses de intervenção, de acordo com os indicadores e registo dos dados obtidos	ECSM e equipa de investigação	1 mês
3ª Fase – Investigação, reavaliação e aperfeiçoamentos			
16	Em simultâneo com o processo de implementação, será efetuada a recolha de dados a nível nacional, para análise do processo. Na avaliação devem ser considerados os resultados da investigação, identificadas barreiras e potencialidades,		

	assim como propostas para melhorar o funcionamento das ECSM e a possibilidade destas poderem vir a evoluir para modelos mais diferenciados		
	4ª Fase – Continuidade do processo de implementação e da atividade clínica da ECSM – transição de doentes para o nível de manutenção e desenvolvimento e inclusão de novos doentes		

Os coordenadores das ECSM devem elaborar um plano de ação simples e operativo (**plano de ação local da ECSM**), aprovado, supervisionado e incluído no plano do SLSM pelo respetivo Diretor, que siga as fases e etapas de implementação referidas anteriormente, adaptadas à realidade local e regional e com um cronograma para todo o processo. Estes planos devem ser revistos anualmente, numa perspetiva de evolução e diferenciação.

A monitorização da implementação das ECSM será realizada a três níveis, conforme consta na tabela 21:

Tabela 21. Níveis de Monitorização

Âmbito/entidade responsável	Dimensões e indicadores
Nacional ACSS - Equipa de Projeto, Equipa de Projeto PRR e CNPSM	Taxa de execução da medida (e.g. nº total de ECSM criadas e nº total de admissões nas ECSM)
Regional Coordenação Regional SM	Taxa de execução a nível regional e indicadores regionais
Local SLSM	Nº de pessoas admitidas e taxa de retenção Avaliação periódica com os indicadores essenciais

10 | Implementação e monitorização

Recomendamos a criação de uma base digital de registo a nível nacional que possa compilar todos os dados do processo de implementação, avaliação, monitorização e *follow-up* das ECSM (recurso aos designados “bilhetes de identidade” com os principais indicadores das ECSM).

11.

Formação contínua, investigação,
inovação e rede nacional das equipas
comunitárias de saúde mental

11. Formação contínua, investigação, inovação e rede nacional das equipas comunitárias de saúde mental

A qualidade das intervenções e dos cuidados prestados nas ECSM irá sobretudo depender da diferenciação e motivação dos profissionais das ECSM (Burns, 2004; Thornicroft, 2012), sendo determinante assegurar uma **formação contínua e supervisão** de todos os elementos dessas equipas.

A implementação das ECSM é uma etapa relevante na reforma de saúde mental de qualquer país. Do ponto de vista da sua execução, envolve um número apreciável de dimensões e variáveis que justificam plenamente uma avaliação através de projetos de **investigação**. Nesse sentido, a CNPSM irá promover a realização de estudos de avaliação, em colaboração com os SLSM.

Concebemos as ECSM como estruturas e equipas dinâmicas, com potencialidades para implementar recomendações e práticas baseadas na evidência científica e de as adaptar com rigor às realidades locais e às necessidades dos seus utentes. No decurso do processo de desenvolvimento e diferenciação podem surgir **respostas inovadoras**, que possibilitem uma melhoria dos cuidados de saúde, mantendo os princípios e objetivos das mesmas.

Na sequência da implementação das novas ECSM, e envolvendo as já existentes a nível nacional, será criada uma **rede nacional das equipas comunitárias de saúde mental (ECSM.PT)**, com o objetivo de promover a troca de experiências, reforçar aprendizagens, afirmar as práticas e os modelos e de uma maneira geral contribuir para uma melhoria da prestação dos cuidados de saúde mental à população. No site da CNPSM irá constar um acesso dedicado a informações e materiais referentes às ECSM.

O presente documento pretende contribuir para **implementação e desenvolvimento das ECSM** e será revisto regularmente, de acordo com o estado da arte, na perspetiva de uma adaptação a realidade e de uma articulação permanente entre os níveis de coordenação, intervenção, envolvimento e participação, nomeadamente das CNPSM, CRSM, SLSM, ECSM, Associações de Utentes, Associações de Famílias e outros agentes da comunidade.

Referências

Addington, D. E., McKenzie, E., Wang, J., Smith, H. P., Adams, B., & Ismail, Z. (2012). Development of a core set of performance measures for evaluating schizophrenia treatment services. *Psychiatric Services*, 63(6), 584-591.

Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, E., Bertossi, F., & Bassi, M. (2007). Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3-7.

Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., et al. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal Psychiatry*, 190, 299-306.

Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., et al. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal Psychiatry*, 190, 299-306.

Alonso Suarez, M., Bravo-Ortiz, M. F., Fernandez-Liria, A., & Gonzalez-Juarez, C. (2011). Effectiveness of continuity-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(1), 65-72.

Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*, 150(6), 873-879.

Anderson, J., Dayson, D., Wills, W., Gooch, C., Margolius, O., O'Driscoll, C., et al. (1993). The TAPS Project. 13: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *British Journal Psychiatry Suppl* (19), 45-56.

Anthony. (2002). *Psychiatric rehabilitation*, 2nd edition. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony. (2002). *Psychiatric rehabilitation*, 2nd edition. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W. A. (2007). Toward a vision of recovery. *For mental health and psychiatric rehabilita.*

APA, American Psychiatric Association (2013). DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

Bachrach, L. L. (1992). Case management revisited. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(3), 209-210.

Bachrach, L. L. (1993). Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 465-468.

Bachrach, L. L. (1993). Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 465-468.

Bellack, A. S., & Mueser, K. T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-336.

Bellack, A. S. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 375-391.

Benton, M. K., & Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 741-747.

Bindman. (1997). Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. *British Journal Psychiatry*, Aug;171:169-74.

Bobes (2001). Instrumentos Básicos Para La Práctica De La Psiquiatría Clínica. *Universidad de Oviedo, Área de Psiquiatría*.

Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 280-290.

Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., et al. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal Preventive Medicine*, 36(5), 452-457.

Brenner. (1994). Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. *Hogrefe & Huber Publishers*.

Briand, C., Belanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinhartz, D., et al. (2005). [Implementation of the multi-site Integrated Psychological Treatment (IPT) program for people with schizophrenia. Elaboration of renewed version]. *Sante Mental au Québec*, 30(1), 73-95.

Briand, C., Belanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinhartz, D., et al. (2005). [Implementation of the multi-site Integrated Psychological Treatment (IPT) program for people with schizophrenia. Elaboration of renewed version]. *Sante Mental au Québec*, 30(1), 73-95.

Brito, L. (2021) Grupos psicoeducativos multifamiliares: ensinar e aprender a viver com a esquizofrenia. Ed. Grácio Editor. 2021

Brown (2001). Integrating vertical health programmes into sector wide approaches: experiences and lessons. *Institute for Health Sector Development, London, 2001.*

Browne, G., Hemsley, M., & St John, W. (2008). Consumer perspectives on recovery: a focus on housing following discharge from hospital. *International Journal Mental Health Nursing, 17*(6), 402-409.

Brun, C., & Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social Work, 46*(3), 278-288.

Burns. (2003). *Assertive Outreach in Mental Health. Oxford University Press.*

Burns. (2004). *Community Mental Health Teams. A Guide to Current Practices. Oxford University Press.*

Burns, T. (1997). Case management, care management and care programming. *British Journal Psychiatry, 170*, 393-395.

Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Thompson, S., Tyrer, P., & White, I. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group. *Lancet, 353*(9171), 2185-2189.

Burns, T. (2000). Models of community treatments in schizophrenia: do they travel? *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl (407)*, 11-14.

Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services, 52*(5), 631-636.

Burns, T. (2008). Case management or assertive community treatment. What is the difference? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 17*(2), 99-105.

Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A., et al. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophrenia Bulletin, 35*(5), 949-958.

Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A., et al. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophrenia Bulletin, 35*(5), 949-958.

Caldas de Almeida, J.M. (1996). Community Psychiatry in Portugal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 5, 92-95.

Caldas de Almeida, J.M. (1997). Perspectivas Actuais no Tratamento Esquizofrenia na Comunidade. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 885-862.

Caldas de Almeida, J.M. (2005). Atencion comunitária a personas com transtornos psicóticos. *Orgaz Panamericana de Salud*.

Caldas de Almeida, J.M. (2009). Portuguese national mental health plan (2007-2016) executive summary. *Ment Health Fam Med*, 6(4), 233-244.

Caldas de Almeida, J.M. (2011). Melhorar os Serviços de Saúde Mental - O Que Falta Fazer? *Mind Faces, As Diferentes Faces da Saúde Mental. Fundação Calouste Gulbenkian*

Caldas de Almeida, J.M. (2011). Long-term Mental Health Care for People With Severe Mental Disorders. *European Union*.

Ciampi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.

CNRSSM. (2007). Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano Nacional de Saúde Mental (Plano de Acção 2007-2016). *Relatório da CNRSSM*.

CNRSSM. (2007). Estudos anexos do Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental do *Ministério da Saúde*.

CNSM. (2008). Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. *CNSM do Ministério da Saúde*.

Corrigan. (2008). Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation *Guilford Press*.

Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press.

Corrigan, P. W. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. *Journal Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(3), 203-210.

Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work Health Care*, 25(3), 11-24.

Deegan, G. (2003). Discovering recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 368-376.

Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57(11), 1636-1639.

Drake, R. E., Becker, D. R., Clark, R. E., & Mueser, K. T. (1999). Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 289-301.

Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R., et al. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 627-633.

Drake, R. E., Mueser, K. T., Torrey, W. C., Miller, A. L., Lehman, A. F., Bond, G. R., et al. (2000). Evidence-based treatment of schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 2(5), 393-397.

Drake, R. E., Rosenberg, S. D., Teague, G. B., Bartels, S. J., & Torrey, W. C. (2003). Fundamental principles of evidence-based medicine applied to mental health care. *Psychiatric Clinics North America*, 26(4), 811-820, vii.

Drake, R. E., & Goldman, H. H. (2003). The future of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatric Clinical of North America*, 26(4), 1011-1016.

Drake, R. E., Latimer, E. A., Leff, H. S., McHugo, G. J., & Burns, B. J. (2004). What is evidence? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 717-728.

Drake, R. (2005). Evidence-Based Mental Health Practice, a Textbook. *Publ. Norton & Company Inc. New York*.

Drake, R. E. (2005). How evidence-based practices contribute to community integration: a commentary on Bond et al., *Community Ment Health J.* 2004 Dec; 40(6):569-588. *Community Mental Health Journal*, 41(1), 87-90.

Drake, R. E., Bond, G. R., & Essock, S. M. (2009). Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 704-713.

Drake, R. E., Cimpean, D., & Torrey, W. C. (2009). Shared decision making in mental health: prospects for personalized medicine. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(4), 455-463.

Drake, R. E., & Essock, S. M. (2009). The science-to-service gap in real-world schizophrenia treatment: the 95% problem. *Schizophrenic Bulletin*, 35(4), 677-678.

Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236-242.

Falloon, I. R., & Fadden, G. (1995). *Integrated mental health care: A comprehensive, community-based approach* (No. 1). Cambridge University Press.

Falloon, I. (2015). *Handbook of behavioural family therapy*. Routledge.

Franx, G., Oud, M., De Lange, J., Wensing, M., & Grol, R. (2012). Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. *Implementation Science*, 7(1), 1-13.

Gago J., Caldas-de-Almeida J. & Xavier M. (1996). Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell. Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Universidade Nova de Lisboa (documento policopiado).

Gago, J. (2012). *Programas de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoaffective* (Doctoral dissertation, Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa]. Lisboa: FCM UNL).

Goncalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). [Family interventions in schizophrenia. From theory to the real world in Portugal today]. *Acta Medica Portuguesa*, 19(1), 1-8.

Gonçalves-Pereira, M. (2009). *Famílias de Pessoas com Síndromes Psicóticas*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Grácio, J. (2014). Key-elements of family interventions for psychosis: a qualitative research.

Gusmão, R., Talina, M., Xavier, M., Caldas-de-Almeida, J.M. (1996). Brief psychiatric rating scale (BPRS). Versão Ampliada Portuguesa (4.0). Escala, Pontos de Ancoragem e Manual de Administração adaptados. doi: 10.13140/RG.2.1.2553.0480

Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Ulrich, R. F., et al. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1504-1513.

Hogarty, G. E., & Flesher, S. (1999). Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 693-708.

Holloway, F., & Carson, J. (1998). Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 172, 19-22.

Hogarty, G. E. (2004). Medication adherence studies in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 581-582; author reply 582-583.

Holloway, F., & Carson, J. (2001). Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 21-31.

Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., et al. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *British Medical Journal*, 332(7545), 815-820.

Killaspy, H., Johnson, S., Pierce, B., Bebbington, P., Pilling, S., Nolan, F., et al. (2009). Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(7), 532-540.

Killaspy, H., Kingett, S., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., et al. (2009). Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 195(1), 81-82.

Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1991). A role for cognitive-behavioural strategies in schizophrenia? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26(3), 101-103.

Kingdon, D. (2004). Cognitive-behavioural therapy for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 184, 85-86; author reply 86.

Kingdon, D. (2005). Care programme approach: relapsing or recovering? Revisiting... Making care programming work. *Advances Psychiatric Treatments*, (11), 325-329.

Kingdon, D., Rathod, S., Weiden, P., & Turkington, D. (2008). Cognitive therapy for schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(1), 55-57.

Kovess, V., Caldas de Almeida J. M., Carta, M., Dubuis, J., Lacalmontie, E., Pellet, J., et al. (2005). Professional team's choices of intervention towards problems and needs of patients suffering from schizophrenia across six European countries. *European Psychiatry*, 20(8), 521-528.

Kovess-Masfety, V., Xavier, M., Moreno Kustner, B., Suchocka, A., Sevilla-Dedieu, C., Dubuis, J., et al. (2006).

Schizophrenia and quality of life: a one-year follow-up in four EU countries. *BMC Psychiatry*, 6, 39.

Kovess-Masfety, V., Wiersma, D., Xavier, M., de Almeida, J. M., Carta, M. G., Dubuis, J., et al. (2006). Needs for care among patients with schizophrenia in six European countries: a one-year follow-up study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2, 22.

Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., & Dixon, L. B. (2010). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 94-103

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476

Leff, J. (1994). Working with the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry Suppl* (23), 71-76.

Leff, J., Trieman, N., & Gooch, C. (1996). Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 153(10), 1318-1324.

Leff. (1997). Cuidados na Comunidade. Ilusão ou realidade? *Edição Climepsi, Lisboa (Ed. 2000, da versão original de 1997).*

Leff, J. (2000). Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl* (407), 78-82.

Leff, J., & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *British Journal of Psychiatry*, 176, 217-223.

Lieberman, J. A., Drake, R. E., Sederer, L. I., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D., & Stroup, S. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59(5), 487-496.

Lima. (2004). Case Management, Cuidados Comunitários a DMG. *Edição Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.*

McFarlane, W. R. (1994). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia.

McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family process*, 55(3), 460-482.

Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., et al. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272-1284.

Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *Lancet*, 363(9426), 2063-2072.

Mueser, K. T., Torrey, W. C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R. E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behaviour Modification Journal*, 27(3), 387-411.

Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H., & Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 626-636.

Mueser, K. T. (2011). Clinical Handbook of Schizophrenia. *The Guilford Press*.

Ornelas, J., Monteiro, F., Moniz, M. J. V., & Duarte, T. (2005). Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares. *Lisboa, PT: AEIPS Edições*.

Peebles, S. A., Mabe, P. A., Davidson, L., Fricks, L., Buckley, P. F., & Fenley, G. (2007). Recovery and systems transformation for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 567-583.

Pekkala, E., & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD002831.

Perry J. (2017) *Standards for Community-Based Mental Health Services*, Royal College of Psychiatrists

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P., & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 167(5), 589-595.

Rosário, S., Azevedo, L. F., Fonseca, J. A., Nienhaus, A., Nübling, M., & da Costa, J. T. (2017). The Portuguese long version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II) - a validation study. *Journal of occupational medicine and toxicology* (London, England), 12, 24.

Saraceno. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet series 2007*

Scott. (2001). Textbook of Community Psychiatry Chapter 22. *Oxford University. Press.*

Slade, M., Leese, M., Taylor, R., & Thornicroft, G. (1999). The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(2), 149-157.

Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy and Psychosomatics Journal*, 73(3), 183-189.

Slade, M., & Hayward, M. (2007). Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 81-83.

Slade, M. (2009). Personal Recovery and Mental Illness. *Cambridge University Press.*

Slade, M. (2010). Measuring recovery in mental health services. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47(3), 206-212.

Slade, M. (2011). 100 Modos de apoiar a recuperação pessoal: Um guia para profissionais da saúde mental. *Lisbon, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.*

Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., & Le Boutillier C. (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health*, 21(2), 99-103.

Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., et al. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-12.

Slade, M. (2013). 100 ways to support recovery. *Rethink Mental Illness: London.*

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.

Slade, M., Oades, L., & Jarden, A. (Eds.). (2017). *Wellbeing, recovery and mental health.* Cambridge University Press.

Tansella, M. & Thornicroft, G. (1998). A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine*, 28(3), 503-508.

Thompson K., Kulkarni J., Sergejew, A.A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research* 2000;42:241-7

Thornicroft. (1996). *Mental Health Outcome Measures*. Springer, New York

Thornicroft. (2001). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185, 283-290.

Thornicroft, G. (2010). *Mental Health Outcome Measures. 3d Edition*. RCPsych Publications.

Thornicroft. (2011). *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2012). The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 1-15.

Thornicroft, G., & Slade, M. (2014). New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. *World Psychiatry*, 13(2), 118-124.

Turkington, D., & Kingdon, D. (2000). Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 101-106.

Turkington, D., Kingdon, D., & Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 523-527.

Turkington, D., Kingdon, D., & Chadwick, P. (2003). Cognitive-behavioural therapy for schizophrenia: filling the therapeutic vacuum. *British Journal of Psychiatry*, 183, 98-99.

Turkington, D., & McKenna, P. J. (2003). Is cognitive-behavioural therapy a worthwhile treatment for psychosis? *British Journal of Psychiatry*, 182, 477-479.

Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J., & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 36-40.

Turkington, D., Kingdon, D., & Weiden, P. J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 365-373.

Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T. R., Nur, U., Siddle, R., et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 1-7.

Vanelli, I., Chendo, I., Gois, C., Santos, J., & Levy, P. (2011). Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica. *Acta Médica Portuguesa*, 24(1), 17-20.

Ventura, J., Green, M. F., Shaner, A., & Liberman, R. P. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: "the drift busters.". *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F., & Slade, M. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(5), 777-786. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0983-0>

WHO (2013). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2022). *WHO European Framework for Action on Mental Health 2021-2025*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization.

Xavier, M. (1999). Avaliação de Qualidade em Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. *Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa*.

Xavier, M. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. *vol. 20, Nº 2- Julho/Dezembro 2002. Revista Escola Nacional de Saúde Pública*.

Xavier, M., Barahona, B., Batalim, P., Matos, C. J., Domingos, E., Freitas, F., et al. (2004). [Use of antipsychotic drugs. A multicentric study of inpatients with acute psychotic disorders]. *Acta Medica Portuguesa*, 17(4), 257-264.