

REFORMA DE SAÚDE MENTAL TRÊS ANOS DE TRANSFORMAÇÃO

Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental
2024

Coordenador: Miguel Xavier

Título

Reforma da Saúde Mental em Portugal. Três anos de transformação

Promotor

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

Coordenador da CNPSM

Miguel Xavier

Autores

Miguel Xavier (Coord.)	Ana Matos Pires
Henrique Barreto	Pedro Morgado
Maria do Carmo Cruz	Miguel Narigão
Paula Domingos	Susana Pereira
Joaquim Gago	João Redondo
Teresa Maia Correia	Tiago Santos
Cristina Marques	Fernando Vieira
Maria João Marques	Fátima Sena e Silva

Contribuições

Ana Catarina Pereira
Bruno Trancas
Otília Queiroz

Data

Lisboa, março de 2024

Como citar

Xavier M, Barreto H, Cruz MC, Domingos P, Gago J, Maia Correia T, Marques C, Marques MJ, Matos Pires A, Morgado P, Narigão M, Pereira S, Redondo J, Santos T, Vieira F, Sena e Silva F (2024). A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. doi: 10.34619/1n9a-yb44

ISBN

978-989-99480-6-8

ÍNDICE

Sumário executivo	6
<i>Executive Summary</i>	12
Preâmbulo	18
1. Criação de uma equipa de coordenação responsável pela implementação do PNSM	26
2. Modificação do modelo de organização e gestão dos serviços de saúde mental	32
3. Financiamento	40
4. Modelo de prestação de cuidados – a centralidade das Equipas Comunitárias de Saúde Mental	48
5. Saúde Mental e Cuidados de Saúde Primários	56
6. Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental	62
7. Hospitais psiquiátricos e serviços regionais	68
8. Articulação com as instituições do setor social	74
9. Reorganização dos Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência	78
10. Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção	86
Coordenações Regionais de Saúde Mental	96
Coordenação Regional de Saúde Mental do Norte	96
Coordenação Regional da Saúde Mental do Centro	103
Coordenação Regional da Saúde Mental de Lisboa e Vale do Tejo	107
Coordenação Regional da Saúde Mental do Alentejo	112
Coordenação Regional da Saúde Mental do Algarve	117
Anexo 1. Publicações desenvolvidas pela CNPSM	122
Anexo 2. Proposta de Integração de Cuidados – CSP e Saúde Mental	123

Lista de abreviaturas

ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CIM	Comunidades Intermunicipais
CLAS	Coordenações Locais de Ação Social
CLSM	Conselhos Locais de Saúde Mental
CNPSM	Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental
CPCJ	Comissões de Proteção de Crianças e Jovens
CRI	Centro de Responsabilidade Integrada
CRSM	Coordenação Regional de Saúde Mental
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DE-SNS	Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde
DGRSP	Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
DGS	Direção-Geral de Saúde
DGSS	Direção-Geral da Segurança Social
DMG	Doença Mental Grave
EAD	Equipa de Apoio Domiciliário
ECSM	Equipa Comunitária de Saúde Mental
ECSM-IA	Equipa Comunitária de Saúde Mental da Infância e Adolescência
ECSM-PA	Equipa Comunitária de Saúde Mental para Adultos
ENIPSSA	Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação Sem Abrigo
IPSS	Instituição Particulares de Solidariedade Social
ISS	Instituto da Segurança Social
NPISA	Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAF	Programa de Apoio Financeiro
PIA	Psiquiatria da Infância e Adolescência
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016
PRR	Programa de Recuperação e Resiliência
RAMa	Residência de Apoio Máximo
RAMo	Residência de Apoio Moderado
RNCCI	Rede de Cuidados Continuados Integrados
RNCCI-SM	Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
SLSM	Serviço Local de Saúde Mental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
UMPP	Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto

Sumário Executivo

Sumário executivo

Com base em dados epidemiológicos e clínicos sólidos, é hoje reconhecido que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, especialmente nos países ocidentais industrializados. A título de exemplo, as perturbações psiquiátricas representam 12% da carga global de doenças em Portugal, apenas precedidas pelas doenças cerebrais/cardiovasculares, com um peso global de 14%.

Estes elementos criaram novos desafios e necessidades para as sociedades, que durante muito tempo basearam a prestação de cuidados quase exclusivamente em hospitais psiquiátricos. Nos últimos trinta anos, os serviços de saúde mental nos países ocidentais sofreram uma transformação radical, e foram mais longe no desenvolvimento de modelos multidisciplinares e comunitários do que qualquer outra área dos sistemas de saúde.

Em contraciclo com a Europa Ocidental, a reforma da saúde mental em Portugal tem-se caracterizado, nas últimas décadas, por uma sucessão de avanços e recuos, alternando fases de transformação significativa com períodos de retrocesso. A elaboração em 2007 do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), coordenada pelo Prof. Caldas de Almeida, constituiu um dos pontos essenciais deste processo, apresentando um vasto conjunto de propostas que ainda hoje se encontram plenamente alinhadas com as orientações internacionais.

A legislação em saúde mental que vigorou nos últimos 20 anos permitiu avanços importantes em diversas dimensões, tanto do ponto de vista da organização dos serviços locais de saúde mental (SLSM), como do cumprimento dos direitos humanos e da regulamentação do internamento compulsivo. No entanto, não permitiu que se implementasse de forma generalizada em Portugal um modelo organizativo de prestação de cuidados em linha com os dos outros países da Europa Ocidental.

Dificuldades de acesso aos serviços de saúde, estigma, problemas económicos e assimetrias regionais continuam a ser barreiras muito fortes, impedindo que as populações recebam cuidados de qualidade de uma forma homogénea.

Em Fevereiro de 2017 o Governo [determinou](#) uma avaliação do grau de implementação do PNSM, à luz dos referenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da União Europeia (UE), que permitisse (i) uma caracterização detalhada da evolução dos diferentes serviços, quer quanto à sua estrutura, quer ao seu funcionamento, permitindo assim avaliar o nível de progresso alcançado desde 2008 na prestação de cuidados de saúde mental, assim como (ii) a identificação de propostas consideradas prioritárias para a extensão do PNSM a 2020.

Na elaboração do relatório final, a Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, coordenada pelo Dr. António Leuschner, elegeu como “objetivo nuclear definir os mecanismos que permitam ultrapassar os constrangimentos identificados nos últimos 10 anos no que se refere à reforma dos serviços de saúde mental no nosso país”.

Foram assim definidas 10 áreas chave, para cada uma das quais se fez um enquadramento conceptual e um ponto de situação em termos nacionais, de modo a conseguir estabelecer sinteticamente um conjunto de recomendações prioritárias para o futuro.

O presente relatório tem como objetivo avaliar a execução dessas recomendações nos últimos três anos, sob a responsabilidade estratégica da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM), num contexto de *governance* que se alterou significativamente com a recente revisão da legislação sobre organização de serviços de saúde mental, assim como com a oportunidade de financiamento pelo Programa de Recuperação e Resiliência (PRR).

Na primeira parte, que descreve o cumprimento dos objetivos e metas das recomendações propostas para as 10 áreas definidas em 2017, merecem particular destaque:

- a publicação de uma nova lei de saúde mental (Lei nº 35/2023, de 21 de julho), cuja revisão se justificava após mais de vinte anos de vigência, considerando tanto os avanços registados a nível científico, como os compromissos assumidos por Portugal, relativamente às matérias de direitos humanos, no âmbito da OMS e da UE. Nesta sua nova formulação, a Lei de Saúde Mental introduziu modificações muito significativas no que se refere aos direitos das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, às garantias de proteção da liberdade e da autonomia, aos pressupostos para tratamento involuntário, à utilização de medidas coercivas e à revogação da prorrogação indefinida das medidas de segurança de internamento de inimputáveis;

- ▶ a revisão da legislação sobre organização de serviços de saúde mental (Decreto-Lei nº 113/21), que introduziu um conjunto de inovações importantes relativamente à legislação anterior, tais como: **a)** consagração do princípio geral segundo o qual a organização e funcionamento dos SLSM se devem orientar para a recuperação integral das pessoas com doença mental, **b)** configuração de um modelo estrutural no qual existem **(i)** órgãos consultivos de âmbito nacional, regional e local, **(ii)** estruturas de coordenação de âmbito nacional e regional e **(iii)** SLSM de saúde mental de nível local e regional; **c)** criação da CNPSM; **d)** criação das Coordenações Regionais de Saúde Mental (CRSM); **e)** consagração do princípio geral de avaliação regular da execução das políticas e planos de saúde mental, com participação de entidades independentes; **f)** qualificação das equipas comunitárias de saúde mental (ECSM) como o núcleo fundamental dos SLSM, os quais se devem organizar em Centros de Responsabilidade Integrada (CRI); **g)** estabelecimento da data de 31 de dezembro de 2025 para a finalização do processo de integração de cuidados de saúde mental de nível local nos serviços locais de saúde mental, nomeadamente o internamento de situações de doença aguda a decorrer exclusivamente em hospitais gerais;
- ▶ a reconfiguração da organização dos serviços de saúde mental, baseada no princípio da setorização do território, com expansão das ECSM, integração dos dois hospitais psiquiátricos remanescentes em Unidades Locais de Saúde (ULS), arranque do processo de criação dos CRI e reorganização dos serviços de urgência;
- ▶ em termos de financiamento, a eleição da saúde mental como área prioritária para atribuição de fundos do PRR (88 milhões de euros), que já possibilitou a construção de uma unidade de internamento em hospitais gerais (de 4 previstas), a constituição de 15 CRI de saúde mental (com um novo modelo de financiamento), a requalificação de instalações de vários SLSM, a criação de duas estruturas forenses na Região Norte, a criação de 20 novas ECSM e a aquisição de 20 viaturas elétricas;
- ▶ o estímulo ao trabalho na comunidade, através da distribuição das novas ECSM (10 para adultos e 10 para infância e adolescência) por regiões com escassos recursos humanos, do lançamento de dois manuais com orientações para a diferenciação progressiva das ECSM para adultos e para infância e adolescência, da criação de equipas multidisciplinares de formadores na CNPSM e nas CRSM e de cursos de formação intensiva para as ECSM (financiadas ou não);

- ▶ a criação de um modelo colaborativo e de interface entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os SLSM, com o objetivo de operacionalizar a integração de cuidados, que contempla a definição das áreas comuns de gestão clínica, estratificação da prestação de cuidados e qualificação da referência, a definição de metodologias de implementação e monitorização, assim como a definição de indicadores de avaliação da intervenção e seguimento;
- ▶ a avaliação das experiências-piloto no contexto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RNCCI-SM), com elaboração de recomendações para desbloqueamento dos obstáculos identificados e que têm dificultado significativamente o desenvolvimento desta área de cuidados;
- ▶ a integração administrativa dos dois últimos hospitais psiquiátricos autónomos nas ULS de Santo António (Hospital Magalhães de Lemos) e de São José (Hospital Júlio de Matos), com redução das suas funções por transferência de responsabilidades assistenciais para hospitais gerais, na sequência da abertura de novas unidades de internamento (ULS do Médio Ave e ULS do Oeste);
- ▶ a elaboração do programa de reconfiguração do sistema forense, com abertura de duas unidades (internamento e residência de transição) na ULS de Santo António, e a regulamentação em sede legislativa do funcionamento das unidades forenses, incluindo os procedimentos de sinalização, avaliação e identificação de respostas sociais e de saúde para os cidadãos prestes a terminar a medida de segurança;
- ▶ a revisão do protocolo financeiro de articulação com as instituições do setor social, prevendo um pagamento ajustado à gravidade, e a definição dos termos de referência da saúde mental no âmbito da Estratégia de Luta contra a Pobreza e da Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação de Sem-Abrigo;
- ▶ a implementação da gratuidade dos fármacos antipsicóticos nas instituições públicas de saúde mental, fomentando o acesso a novas formulações com menos efeitos secundários e melhorando a monitorização regular e a continuidade de cuidados;
- ▶ a implementação do modelo de intervenção comunitário sistémico através da criação de ECSM da infância e adolescência, fora dos grandes centros urbanos, e apoio à implementação de programas de promoção em saúde mental, de âmbito nacional, com ênfase particular na saúde mental perinatal e nos primeiros anos de vida;

- ▶ o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença através de iniciativas institucionais e de financiamento a entidades sem fins lucrativos (associações, fundações, instituições particulares de solidariedade social, cooperativas), nas áreas de promoção da literacia, da inclusão social, da atitude face ao estigma, da parentalidade, do fomento da arte, assim como de prevenção do suicídio, do *bullying*, do risco psicossocial em situação de catástrofe, em contexto laboral e a nível dos estudantes do ensino superior.

Na segunda parte deste relatório, em que os Coordenadores Regionais fazem um ponto de situação sobre o enquadramento dos problemas de saúde mental nas suas regiões, destacam-se quer as várias iniciativas já implementadas no terreno, quer as que estão em curso, com finalização prevista até ao término de 2026.

Executive Summary

Executive Summary

Based on solid epidemiological and clinical data, it is now recognized that psychiatric disorders and mental health problems have become the leading cause of disability and one of the main causes of morbidity and premature death, especially in industrialized western countries. By way of example, psychiatric disorders account for 12% of the global burden of disease in Portugal, only preceded by brain/cardiovascular diseases, with a global weight of 14%.

These factors have created new challenges and needs for societies, which for a long time based their care almost exclusively on psychiatric hospitals. In the last thirty years, mental health services (MHS) in Western countries have undergone a radical transformation and have gone further in developing multidisciplinary and community-based models than any other area of health systems.

In contrast to Western Europe, mental health reform in Portugal has been characterized in recent decades by a succession of advances and setbacks, alternating phases of significant transformation with periods of regression. The drafting of the National Mental Health Plan (NMHPlan) in 2007, coordinated by Prof. Caldas de Almeida, was one of the key points in this process, presenting a set of proposals fully in line with international recommendations.

The mental health legislation that has been in force for the last 20 years has made important progress in several areas, from the point of view of the organization of MHS, compliance with human rights and the regulation of compulsory hospitalization. However, it has not allowed for the widespread implementation in Portugal of an organizational model for providing care in line with that of other Western European countries.

Difficulties in accessing MHS, stigma, economic problems, and regional asymmetries continue to be very strong barriers, preventing populations from receiving quality care in a homogeneous way.

In February 2017, the government ordered a formal evaluation of the degree of implementation of the NMHPlan, in the light of the World Health Organization and European Union benchmarks, which would allow (i) a detailed characterization of the evolution of the different MHS, both in terms of their structure and their functioning, thus making it possible to assess the level of progress made since 2008 in the provision of mental health care, as well as (ii) the identification of proposals considered a priority for the extension of the NMHPlan to 2020.

When drawing up the final report, the Technical Commission for the Monitoring of Mental Health Reform, coordinated by Dr. António Leuschner, chose as its "...core objective the definition of mechanisms to overcome the constraints identified over the last 10 years with regard to the reform of MHS in our country".

Ten key areas were thus defined, for each of which a conceptual framework and a state of play in national terms were made, to be able to synthetically establish a set of priority recommendations for the future.

This report aims to evaluate the implementation of these recommendations over the last three years, under the strategic responsibility of the National Coordination of Mental Health Policies, in a governance context that has changed significantly with the recent revision of the legislation on the organization of mental health services, as well as with the opportunity for funding from the Recovery and Resilience Program. In the first part, which describes the achievement of the objectives and targets of the recommendations proposed for the 10 areas defined in 2017, the following are particularly noteworthy:

- ▶ the publication of a new mental health law (Law no. 35/2023, of 21 July), which needed to be updated after more than twenty years in force, taking into account both the advances made at scientific level and the commitments made by Portugal on human rights issues within the World Health Organisation and the European Union. In this updated version, the Mental Health Law has introduced significant changes regarding the rights of people in need of mental health care, guarantees for the protection of freedom and autonomy, the conditions for involuntary treatment, the use of coercive measures and the indefinite extension of security measures in the hospitalisation of forensic patients;

- ▶ the revision of the legislation on the organization of mental health services (Decree-Law no. 113/21), which introduced a number of important innovations in relation to the previous legislation, such as: (a) enshrining the general principle that the organization and operation of MHS should be geared towards the full recovery of people with mental illness, (b) setting up a model in which there are (i) advisory bodies at national, regional and local level, (ii) coordination structures at national and regional level and (iii) MHS at local and regional level; c) creation of the National Coordination of Mental Health Policies, d) creation of the Regional Coordination of Mental Health; e) establishment of the general principle of regular evaluation of the implementation of mental health policies and plans, with the participation of independent entities; f) classification of community mental health teams (CMHT) as the fundamental core of the MHS, which should be organized into Integrated Responsibility Centers;
- ▶ the reconfiguration of the organization of mental health services, based on the principle of territorial sectorization, with the expansion of CMHT, the integration of the two remaining psychiatric hospitals into Local Health Units, the start of the process of creating Integrated Responsibility Centers and the reorganization of emergency services;

- ▶ in terms of funding, the choice of mental health as a priority area for the allocation of the Recovery and Resilience Program funds (88 million euros), which has already made it possible to build one inpatient unit in general hospitals (out of four planned), set up 15 Integrated Responsibility Centers (with a new funding model), upgrade the facilities of local MHS, set up two forensic structures in the Northern Region, create 20 new CMHT (out of 40 planned) and purchase 20 electric vehicles;
- ▶ encouraging work in the community, by distributing the new CMHT (10 for adults and 10 for children and adolescents) in regions with scarce human resources, launching a manual with guidelines for the progressive differentiation of the CMHT, creating multidisciplinary teams of trainers delivered to the CMHT;
- ▶ the creation of a collaborative model and interface between Primary Health Care and the MHS, with the aim of operationalizing the integration of care, which includes the definition of common areas of clinical management, stratification of care provision and qualification of referrals, the definition of implementation and monitoring methodologies, as well as the definition of indicators for evaluating intervention and follow-up.
- ▶ the evaluation of the pilot experiences in the context of the National Network of Integrated Continued Mental Health Care, with recommendations to unblock the obstacles identified and which have significantly hindered the development of this area of care;
- ▶ the administrative integration of the last two autonomous psychiatric hospitals (Magalhães de Lemos Hospital and Júlio de Matos Hospital), with a reduction in their role due to the transfer of care responsibilities to general hospitals, following the opening of new inpatient units. At a regional level, the preparation of the program to reshape the forensic system, with the opening of two units (inpatient unit and halfway house) at the Santo António Local Health Unit, and the regulation of the functioning of forensic units, including the procedures for signaling, evaluating and identifying social and health responses for citizens about to end their security measure;
- ▶ the revision of the financial protocol for articulation with social sector institutions, providing for payment adjusted to severity, and the definition of the terms of reference for mental health within the scope of the 'Strategy to Combat Poverty' and the 'National Strategy for the Integration of Homeless people';
- ▶ the implementation of free delivery of antipsychotic drugs in public mental health institutions, encouraging access to new formulations with fewer side effects and improving regular monitoring and continuity of care;

- ▶ the implementation of the systemic community intervention model through the creation of CMHT for children and adolescents, outside the major urban centers, and support for the implementation of nationwide mental health promotion programs, with particular emphasis on perinatal mental health and the first years of life;
- ▶ the development of health promotion and disease prevention activities through institutional initiatives and funding for non-profit organizations (associations, foundations, private social solidarity institutions, cooperatives), in the areas of promoting literacy, social inclusion, attitudes towards stigma, parenting, fostering art, as well as suicide prevention, bullying, psychosocial risk in disaster situations, in the workplace and among higher education students.

In the second part of this report, in which the Regional Coordinators take stock of the situation regarding mental health problems in their regions, they highlight the various initiatives that have already been implemented on the ground, as well as those that are currently underway and are scheduled to be completed by the end of 2026.

Preâmbulo

Preâmbulo

Com base em [dados epidemiológicos e clínicos](#) sólidos, é hoje reconhecido que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, especialmente nos países ocidentais industrializados. A título de exemplo, as perturbações psiquiátricas representam 12% da carga global de doenças em Portugal, apenas precedidas pelas doenças cerebrais/cardiovasculares, com um peso global de 14%.

A evidência científica do contributo específico das perturbações psiquiátricas para o [peso global da doença](#) tem levado os governos e as organizações internacionais a dedicar uma atenção crescente à área da saúde mental, quer no que respeita ao impacto nas populações (morbilidade, mortalidade, incapacidades), quer no que respeita à prestação de cuidados (modelo organizacional, acesso, ligação, diversidade e melhoria dos cuidados, qualidade, custos).

Na última década, o impacto de elementos com uma forte inclinação social também aumentou consideravelmente, como o advento dos direitos humanos e da cidadania, a luta contra o estigma, a participação dos doentes e das famílias nos processos de tomada de decisão, a reorientação dos serviços para a recuperação ([recovery](#)) dos utentes e a emergência da promoção e da prevenção.

Todos estes elementos criaram novos desafios e necessidades para as sociedades atuais. Sob esta pressão combinada, os serviços psiquiátricos de todo o mundo têm vindo a alterar a sua estrutura e prática aproximando-se, gradualmente, das populações que, por sua vez, assumem uma maior responsabilização e participação na organização e funcionamento dos serviços.

A criação de modelos descentralizados, em articulação estreita com os CSP e com todos os *stakeholders* envolvidos na saúde mental, quer públicos quer do setor social, com uma [prestação balanceada entre hospital e comunidade](#), é hoje largamente consensual.

Numa perspetiva global de saúde mental, embora a "perturbação clínica" continue a ser o elemento central, ela é agora enquadrada por outras dimensões igualmente críticas: bem-estar, sofrimento psicológico sub-sindrómico, prevenção, promoção, reabilitação, recuperação e direitos humanos.

A conjugação de todos estes pontos com a evidência científica entretanto acumulada nas áreas da epidemiologia e da avaliação de resultados, levou a que exista hoje um [consenso](#) internacional, solidamente estabelecido, sobre a forma como devem ser organizadas as respostas em saúde mental.

Todas as recomendações das organizações plurinacionais (OMS, OECD, UE, ONU) apontam, desde há muito tempo, no mesmo sentido, consubstanciado na [Declaração de Helsínquia](#) e na [Convenção dos Direitos das Pessoas com](#)

[Incapacidade](#), a que o nosso País se encontra formalmente vinculado.

Em Portugal, a reforma da saúde mental tem-se caracterizado, nas últimas décadas, por uma sucessão de avanços e recuos, alternando fases de transformação significativa (consubstanciada em leis de saúde mental) com períodos de refluxo. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde, estigma, problemas económicos continuam a ser barreiras muito fortes, impedindo que as populações recebam cuidados de qualidade de uma forma homogénea.

Dito de outra forma, Portugal não tem conseguido integrar a profunda reconfiguração dos serviços de saúde mental que desde há muito se verifica nos países europeus, embora o tenha feito em todas as outras áreas da medicina.

Ao continuar a ser uma exceção no panorama da enorme evolução dos serviços de saúde do nosso país, ainda para mais sem qualquer fundamento de natureza científica que o sustente, Portugal está longe de ter aplicado no terreno as medidas a que se obrigou pelas convenções internacionais que assinou e ratificou.

Esta situação tem afetado não só a população em geral, como também as pessoas que se encontram institucionalizadas (hospitais psiquiátricos, unidades forenses), tendo suscitado críticas e recomendações sucessivas de

instâncias internacionais como o [Comité Europeu para a Prevenção da Tortura](#) (União Europeia) e o [Subcomité para a Prevenção da Tortura das Nações Unidas](#).

Como se pode ler no [Relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016](#) (Relatório Avaliação do PNSM), "... a implementação do plano teve, desde o seu início, sérios constrangimentos à sua efetivação, identificados sistematicamente nas avaliações sucessivas a que o PNSM foi sujeito e que se podem sintetizar na seguinte lista:

- ▶ escasso grau de autonomia e de capacidade de decisão da estrutura responsável pela implementação do PNSM, tomando em consideração a complexidade das mudanças a implementar;
- ▶ inexistência de coordenação eficaz dos elementos do sistema de saúde mental, que incorporam os CSP, as equipas comunitárias, os hospitais e os cuidados comunitários de reabilitação. Ao fim de 10 anos, mantém-se inalterada uma grande assimetria na afetação de recursos humanos a hospitais centrais, predominantemente os localizados em Lisboa, Porto e Coimbra, impossibilitando o desenvolvimento de atividades nos hospitais mais periféricos, que se deparam com enormes dificuldades de contratação e com um grande desinvestimento por parte da maioria dos conselhos de administração;

- ▶ reduzida autonomia dos centros de decisão a nível local (e.g. SLSM integrados em hospitais gerais), com baixa capacidade de decisão dos diretores dos SLSM e dos coordenadores regionais de saúde mental, comprometendo o desenvolvimento dos serviços na comunidade;
- ▶ modelo de financiamento e gestão inadequados às necessidades específicas do setor, com inexistência de um orçamento e verbas próprias;
- ▶ dificuldades no desenvolvimento de modelos formais de articulação com os cuidados de saúde primários, agravados pela extinção da Unidade de Missão para os CSP, com quem existia uma colaboração regular;
- ▶ fraca implementação da RNCCI-SM;
- ▶ inexistência de incentivos para a realização de intervenções comunitárias, tanto por profissionais médicos como pelos restantes profissionais de saúde mental;
- ▶ inexistência a nível regional (ARS) de mecanismos executivos de monitorização da implementação efetiva dos serviços e das parcerias ao longo do sistema, baseados em *standards* da qualidade;

- ▶ sistema forense com limitações muito significativas a nível logístico, de recursos humanos e de modelo conceptual de prestação de cuidados, com escassa orientação para o desenvolvimento de estratégias facilitadoras da transição para a comunidade.”

Nesse relatório assumiu-se também a decisão de não se elaborar um novo PNSM, uma vez que a maior parte das propostas do plano existente ainda estava por aplicar no terreno; ao invés disso, focaram-se em detalhe os obstáculos e barreiras à implementação, e estabeleceram-se as recomendações prioritárias com vista ao arranque e execução das principais medidas.

Nessa senda, Portugal tem atualmente em curso um ambicioso processo de reforma de saúde mental, que visa dotar o país de capacidade de resposta aos problemas com maior prevalência e impacto na população, com particular foco nos seus elementos mais vulneráveis.

Nos últimos três anos, foi assim possível iniciar um conjunto integrado de transformações, baseado num sistema de *governance* completamente novo, e que está a dar os seus frutos.

Para além do apoio governamental, que definiu a saúde mental como uma área prioritária a nível de políticas nacionais de saúde, a reforma beneficiou de dois determinantes suplementares: por um lado, e de forma paradoxal relativamente ao seu impacto global, da pandemia COVID-19, que trouxe finalmente a saúde mental para a agenda mediática; por outro, do financiamento pelo PRR, que alocou a esta reforma um montante de aproximadamente 88 milhões de euros, algo de absolutamente inédito no nosso país.

Estamos a fazer um investimento significativo na saúde mental, que abrange desde a modificação legislativa até à reorganização dos serviços, tendo como objetivo principal a melhoria do acesso e da prestação de cuidados. Estamos também a financiar novas estruturas para adultos, crianças e adolescentes, a requalificar as instalações de muitos SLSM, a criar programas de desinstitucionalização e de psiquiatria forense, sempre com o intuito de ajudar as populações mais vulneráveis.

A estratégia que está a ser seguida em Portugal está em plena sintonia com as orientações internacionais a que o país está vinculado: setorização, desenvolvimento de equipas multidisciplinares na comunidade, cessação de internamento de doentes agudos em hospitais psiquiátricos, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, articulação com os CSP e outros agentes da comunidade, promoção da saúde e prevenção da doença.

Na base encontra-se o conceito de equipa multidisciplinar, reconhecido internacionalmente como a forma de organização que melhor consegue dar uma resposta diferenciada às múltiplas necessidades que apresentam as pessoas com problemas de saúde mental. Portugal tem profissionais de enorme talento, competência e dedicação, precisa de implementar um modelo em que o trabalho conjunto de todos ultrapasse a soma das partes.

Seja na comunidade, nas unidades de internamento ou nos hospitais de dia, é absolutamente imprescindível a existência de equipas dedicadas a funcionar a tempo inteiro, com um planeamento de atividades comum, mantendo sempre a sua autonomia técnica e profissional. Não se pode colocar no mesmo plano o trabalho colaborativo, realizado por episódios de articulação, mas descontínuo por natureza, com o trabalho contínuo de uma equipa multidisciplinar a tempo inteiro, com objetivos comuns.

O funcionamento vertical, por silos, é um dos maiores obstáculos a que o modelo de prestação de cuidados em Portugal evolua para o nível dos países congéneres. Temos de o substituir de forma progressiva, mas sem retrocessos.

Sabemos que o mesmo esforço está a ser feito em vários países da região europeia, embora com ritmos diferentes. O nosso objetivo é, com base no conhecimento dos obstáculos e barreiras que têm inviabilizado a modernização do nosso sistema, conseguir recuperar em alguns anos uma parte considerável do tempo perdido nas últimas décadas, de uma

forma consistente e que garanta a sustentabilidade da mudança. Enquanto responsáveis pela reforma, o envolvimento das Coordenações Nacional e Regionais de Saúde Mental neste processo tem sido balizado por uma série de requisitos, que considerámos obrigatórios desde o primeiro momento.

Em primeiro lugar, a fidelidade a um conjunto de princípios e valores fundamentais, de que destacamos à cabeça o respeito pelos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental e das suas famílias, que ainda estão longe de alcançar o grau de cumprimento que todos almejamos. A participação de utentes e familiares em múltiplos momentos do nosso trabalho, a começar pela revisão da legislação, tem sido insubstituível.

Em segundo lugar, a fundamentação científica rigorosa das intervenções, programas e estratégias selecionadas como prioritárias para responder às necessidades das populações. Este aspeto é particularmente importante para nós, uma vez que, com os conhecimentos de que atualmente dispomos, não é mais aceitável a opção por caminhos desprovidos de uma base científica sólida (mesmo com o que isso implicitamente significa em termos de refutabilidade). Se o exigimos em toda as restantes áreas da prestação de cuidados, por maioria de razão o exigimos no campo da saúde mental.

Em terceiro lugar, a descentralização das atividades de avaliação, análise e execução das políticas em curso, substituindo definitivamente modelos centralistas e ultrapassados de gestão, com a sua atribuição às Coordenações Regionais de Saúde Mental, agora dotadas de novas responsabilidades e maiores competências.

Em quarto lugar, a adoção de uma constante atitude diplomática, de congregação de vontades e de procura de consensos, já que nenhuma reforma da saúde mental se fez em nenhum país sem posições díspares, e até antagónicas. Num campo tão tradicionalmente fraturado pela existência de diferentes disciplinas, ideologias, modelos teóricos e corporações, e em que elucidativamente até o próprio conceito de multidisciplinaridade tem os seus opositores, a diplomacia tem permitido alcançar vários consensos e acordos, que durante muito tempo não foram possíveis.

Por último, a obrigação da prestação de contas perante a tutela, os profissionais dos serviços de saúde mental, os utentes e as suas famílias, de que este relatório é um manifesto bem ilustrativo.

A reforma em curso está programada, nas suas vertentes legislativa, logística e de reorganização de serviços, até ao final de 2026. Nos próximos dois anos estarão finalizados todos os projetos selecionados pela CNPSM para o PRR, e entraremos numa fase diferente, em que os principais objetivos serão o aumento do número de profissionais, a diferenciação das equipas multidisciplinares e a participação de

utentes e famílias nos processos de planeamento e avaliação dos serviços.

Se se conseguir terminar tudo o que está programado, será o cumprir de uma parte crucial da reforma. O apoio político sustentado a este processo, à semelhança do que tem acontecido com os outros países da Europa Ocidental, tem sido um catalisador essencial para a operacionalização do programa definido, e é uma condição absolutamente necessária para a sua finalização até 2026.

No entanto, é perfeitamente claro que grande parte do caminho ficará ainda por percorrer: de acordo com a OMS, no que à saúde mental concerne, [todos os países são países em desenvolvimento](#), e Portugal não foge a essa regra.

As mudanças de atitude face à doença mental, a diminuição do estigma, a inclusão social, a vivência plena dos direitos e expectativas de vida, são objetivos sempre inacabados, difíceis de alcançar, e que seguramente terão de ser prosseguidos durante vários anos. As mudanças culturais são as mais difíceis de alcançar, mas uma vez conseguidas passam a constituir um enorme avanço em termos de capital social para um país.

A nossa obrigação maior será sempre para as pessoas com problemas de saúde mental e com as suas famílias, que de uma vez por todas têm de passar a estar envolvidas em tudo o que lhes diz respeito.

A saúde mental de uma população, tal como a cidadania, não se constrói apenas através da melhoria dos sistemas de

prestação de cuidados. Mas temos de fazer a nossa parte. Não há tempo a perder. Não podemos permitir que, pela terceira vez, se adie por mais tempo a reforma da saúde mental em Portugal.

Em nome da CNPSM, cabe-me agradecer reconhecidamente a todos os que contribuíram para este relatório, assim como a todos os que o tornaram possível.

Tutela, membros das CRSM, profissionais de saúde, corpos dirigentes das unidades de saúde, membros de associações e federações, dirigentes autárquicos, pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias e cuidadores, a todos estamos devedores e para sempre gratos.

Lisboa, 31 de março de 2024
Miguel Xavier

Coordenador Nacional das Políticas de Saúde Mental

**Criação de uma equipa de
coordenação responsável
pela implementação do
Plano Nacional de Saúde Mental**

1. Criação de uma equipa de coordenação responsável pela implementação do Plano Nacional de Saúde Mental

Enquadramento

Desenvolver, gerir e avaliar a implementação de políticas, planos e programas de saúde mental a nível de um país ou região é um processo extremamente complexo, com dimensões que transcendem largamente a organização de serviços responsáveis pela prestação de cuidados.

A análise da literatura mostra que os processos de reforma na área da saúde mental estão dependentes de um grande número de circunstâncias específicas (estruturas, modelos, recursos) que, em grande parte, permitem explicar a heterogeneidade encontrada nos países que os implementaram. No entanto, mostra também de forma inequívoca que o sucesso depende em larga medida da existência de uma entidade autónoma responsável pela coordenação das várias dimensões integrantes do processo, razão pela qual a maior parte dos países tem optado por esse modelo, aliás recomendado pelas organizações internacionais.

A ausência de uma equipa de coordenação, com um mandato claro e com capacidade de execução, foi identificada, nas diversas avaliações

efetuadas, como uma das maiores barreiras à implementação do PNSM. Embora já presente no documento de autoavaliação produzido em 2010 no âmbito do Alto-Comissariado para a Saúde,

esta questão tornou-se central com a extinção da Coordenação Nacional de Saúde Mental em 2011 e com a sua substituição pelo então designado Programa Nacional de Saúde Mental, integrado na Direção-Geral de Saúde (DGS) e dotado de competências de decisão e autonomia ainda mais reduzidos do que os da anterior Coordenação Nacional.

Conjugando por um lado os dados da literatura, a evidência científica existente e as recomendações da OMS, e, por outro, os resultados das avaliações sucessivas do impacto desta situação na implementação do PNSM em Portugal, constatou sem dificuldade que não seria possível contornar os obstáculos evidenciados nos últimos 20 anos sem se assegurar de forma inequívoca a existência de uma estrutura orgânica de coordenação nacional, com recursos adequados, competência técnica e poder de decisão.

No [Relatório de Avaliação do PNSM](#) a instituição de um novo modelo de *governance* foi considerada a primeira prioridade estratégica para a viabilização da reforma da saúde mental, tendo sido na altura elencadas as seguintes recomendações:

- ❶ Deve ser criada uma equipa de coordenação multidisciplinar com autonomia administrativa e dotada de um orçamento próprio de funcionamento. criação de equipas comunitárias de saúde mental em todos os SLSM, com os recursos necessários para prestar uma resposta de proximidade às pessoas que vivem com problemas de saúde mental, em articulação com o setor social e os parceiros na comunidade.
- ❷ Devem ser garantidas as condições suficientes para que esta equipa possa desempenhar as suas funções de forma efetiva, ultrapassando finalmente os obstáculos repetidamente identificados nas diversas avaliações do PNSM, o que implica um compromisso a dois níveis:
 - ▶ A equipa de coordenação tem de possuir uma composição adequada ao seu nível de responsabilidade e à diversidade das áreas funcionais representadas (e.g. coordenação técnica, logística, serviços de suporte, informática e sistemas de informação), de forma em tudo análoga a outras entidades com funções de natureza afim.
 - ▶ Os níveis de autonomia e de capacidade de decisão da equipa de coordenação devem ser definidos com clareza, nomeadamente no que se refere à articulação funcional com as autoridades regionais de saúde.

Execução

As medidas tomadas permitiram responder a todas as recomendações efetuadas no Relatório, modificando por completo o modelo de coordenação estratégica da reforma de saúde mental em Portugal.

De um programa prioritário na DGS com uma equipa muito reduzida (3-4) pessoas, sem qualquer capacidade de intervenção na organização dos serviços de saúde, sem autonomia de decisão e sem nenhum impacto na definição de modelos de prestação de cuidados, foi possível passar pela primeira vez para um patamar de funcionamento completamente diferente, baseado na aquisição de competências executivas formais.

Para atingir este objetivo, foi necessário desenvolver em primeiro lugar uma base de suporte legislativo, através da publicação do [Decreto-Lei nº 113/21](#), reformulando em larga escala a organização dos serviços de saúde mental no país.



1º Encontro das CRSM

A Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental foi um dos órgãos criado pela nova legislação: funcionando na dependência do membro do Governo responsável pela área da saúde, em articulação com os serviços e organismos do Ministério da Saúde, tem como incumbência participar na definição, promover e avaliar a execução e apresentar propostas para a revisão das políticas de saúde mental, nomeadamente através do acompanhamento multidisciplinar da execução do PNSM.



CNPSP no 2º Encontro Nacional das ECSM-PA

Com a passagem de reporte da DGS para os Gabinetes do Ministério da Saúde, mudança imprescindível para a interação direta com os serviços de saúde, **ficou formalmente extinto o Programa Nacional de Saúde Mental, integrado desde 2011 na DGS.**

Outro passo igualmente importante foi a substituição dos gabinetes de apoio junto das Administrações Regionais de Saúde, que dispunham de mera função de assessoria, **pelas novas Coordenações Regionais de Saúde Mental**, órgãos com características multidisciplinares, mas agora detentores de competências concretas de participação na definição regional de políticas, na elaboração de

planos regionais e na monitorização da atividade dos serviços.



1º Encontro Nacional da CNPSP e das CRSM com os Diretores dos SLSM de Adultos

Através da criação destas novas estruturas, ficaram assim estabelecidos com clareza os níveis de autonomia e de capacidade de decisão dos órgãos de coordenação, nomeadamente no que se refere à sua articulação funcional quer com as instâncias centrais do Ministério da Saúde, quer com as autoridades regionais de saúde.



1º Encontro Nacional da CNPSP e das CRSM com os Diretores dos SLSM de Adultos

A experiência acumulada em 2022 e 2023 tem demonstrado claramente as vantagens desta reconfiguração: funcionamento em rede, descentralização da decisão para o nível regional, aumento significativo do número de profissionais de várias áreas envolvidos nos órgãos de coordenação, interação direta e regular com os serviços de saúde mental, articulação com os conselhos de administração, perspetiva multidisciplinar

na análise e avaliação das atividades, planejamento de recursos sincronizado a todo o país.

Em destaque:

- ▶ A legislação sobre organização de serviços de saúde mental é publicada em 2021 (Decreto-Lei nº 113/21).
- ▶ A Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental é criada em 2022.
- ▶ É extinto o Programa Nacional de Saúde Mental, integrado na DGS.
- ▶ São instituídas em 2022 as cinco Coordenações Regionais de Saúde Mental.
- ▶ Os Coordenadores Regionais de SM são integrados por inerência na CNPSM.

Em curso

As recomendações do Relatório de Avaliação do PNSM foram cumpridas integralmente e aplicadas com sucesso.

**Modificação do
modelo de
organização e
gestão dos serviços
de saúde mental**

2. Modificação do modelo de organização e gestão dos serviços de saúde mental

Enquadramento

Em 2007, o PNSM considerou prioritária a introdução de profundas alterações ao modelo de organização e gestão dos departamentos hospitalares de Psiquiatria e Saúde Mental, desde logo pelo cumprimento legal de organização em Centros de Responsabilidade Integrada (CRI, já previstos no [Decreto-Lei nº 35/99](#)), dotando os seus coordenadores da capacidade e responsabilidade de implementação e gestão de rede efetiva de respostas integradas, com particular ênfase nos dispositivos de proximidade.

Do ponto de vista da organização, o modelo preconizado pelas instituições internacionais mais relevantes nesta área (OMS, UE, ONU, OCDE) recomenda que os serviços de saúde mental sejam constituídos por uma rede de equipas e dispositivos na comunidade, que o internamento de situações agudas se faça exclusivamente em hospitais gerais e que haja uma articulação formal com os cuidados primários e continuados, tudo isto no contexto de uma interação constante com pessoas com doença mental, familiares e outros agentes relevantes da comunidade.

Dada a sua maior efetividade em termos de evidência científica, este modelo está implantado em todos os países da Europa Ocidental desde há décadas, e encontra-se atualmente em disseminação acelerada nos restantes estados da União Europeia.

No entanto, o Relatório de Avaliação do PNSM evidenciou que a sua implementação em Portugal era não só escassa, como marcadamente heterogénea, coexistindo modelos de organização completamente distintos não apenas entre diferentes regiões, mas também entre serviços geograficamente muito próximos, sem qualquer racional válido para tal facto.

Para além da questão organizativa geral, a manutenção de um modelo de gestão sem qualquer tipo de autonomia (nomeadamente dos diretores de serviço) foi igualmente identificada em avaliações sucessivas como um obstáculo ao desenvolvimento e diferenciação de cuidados integrados na comunidade. Com efeito, a prestação de cuidados de saúde na área da saúde mental em Portugal tem sido maioritariamente de natureza hospitalocêntrica, contribuindo para um desfasamento entre as respostas às necessidades dos cidadãos e os cuidados prestados pelos serviços, isto numa altura em que em outras áreas da Medicina se começou a assistir há alguns anos a um movimento diametralmente oposto (descentralização, hospitalização domiciliária, etc.).

Este tipo de barreira já fora aliás sublinhado na avaliação externa realizada pela OMS em 2011 ao considerar que “... o atual sistema de gestão dos serviços de saúde mental em Portugal levanta inúmeros obstáculos a qualquer tentativa de desenvolvimento racional de serviços na comunidade, favorecendo a manutenção de cuidados baseados no recurso excessivo ao internamento e desincentivando a continuidade de cuidados”.

De modo a tentar ultrapassar estes problemas estruturais, no Relatório de Avaliação do PNSM foram listadas uma série de recomendações nucleares: A modificação do modelo de organização e gestão dos serviços de saúde mental constitui sempre o eixo central de uma reforma de saúde mental, e o passo imprescindível para a implementação subsidiária das outras dimensões.

No contexto português, implicou desde logo a necessidade de proceder a uma profunda revisão legislativa, sob risco de inviabilizar qualquer processo de reforma.

- ❶ Os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) devem constituir-se como CRI, dotados de orçamento próprio, nos termos da Lei de Saúde Mental, da RCM nº 49/2008 e do decreto-lei nº 304/2009, dotando-os de autonomia, mas fundamentalmente de responsabilização e capacidade de decisão e participação necessárias ao desenvolvimento dos serviços.
- ❷ Os SLSM devem reunir as condições necessárias para:
 - ▶ organizar e capacitar equipas multidisciplinares;
 - ▶ assegurar a gestão eficiente das unidades, equipas e programas de que são responsáveis;
 - ▶ implementar uma rede de serviços comunitários, com várias tipologias de resposta;
 - ▶ prestar cuidados individualizados na comunidade, garantindo estreita articulação com os cuidados primários e continuados, serviços de apoio social e outros agentes na comunidade.
- ❸ Deve ser assegurada a descentralização de cuidados, dotando os SLSM dos hospitais mais periféricos das necessárias condições para que possam prestar cuidados de proximidade à população por eles servida.
- ❹ Deve ser clarificado o quadro de responsabilidades assistenciais dos serviços em hospitais com regime de Parcerias Público-Privadas (PPP), de forma a que assumam o seu papel de prestadores de cuidados nos mesmos termos exigidos aos restantes SLSM.

Execução

Com a **publicação do Decreto-Lei nº 113/21, de 14 de Fevereiro, foram profundamente alterados o modelo e o funcionamento das estruturas de saúde mental**, que passaram a organizar-se em (i) órgãos consultivos de âmbito nacional, regional e local, (ii) estruturas de coordenação de âmbito nacional e regional, e (iii) serviços de saúde mental de nível local e regional.



1º Encontro Nacional da CNPSM e das CRSM com os Diretores dos SLSM de Adultos

Os princípios subjacentes a esta mudança foram a proximidade e continuidade de cuidados (a nível da prestação), a competência executiva simultaneamente central e descentralizada (a nível das entidades de coordenação nacional e regionais), o empoderamento dos *stakeholders* (a nível dos órgãos consultivos e da avaliação independente), a função nuclear das equipas comunitárias e a constituição dos CRI (a nível do modelo dos serviços).

Neste momento, **estão em funcionamento pleno os órgãos de coordenação e os órgãos consultivos de saúde mental, tanto a nível nacional como regional**. A nível local foram já constituídos os Conselhos Locais de Saúde Mental (CLSM) em várias regiões do país, mas o processo ainda não está finalizado.



Conselho Local de Saúde Mental de Almada e Seixal

Como dimensão central da reorganização dos SLSM, foi instituída no PRR a criação de 40 ECSM, de adultos e de infância e adolescência, com o objetivo de aumentar as respostas em proximidade e diferenciar o trabalho efetuado a nível extra-hospitalar. **Estão já em funcionamento as primeiras 20 ECSM, distribuídas por todo o território nacional** (vd. capítulo 4), à exceção das áreas metropolitanas de Lisboa, Coimbra e Porto, que dispõem de recursos humanos em número significativamente superior. A opção da CNPSM foi assumidamente pelo apetrechamento de SLSM de regiões mais periféricas e com maiores insuficiências na provisão de profissionais.

Com a instalação de unidades de internamento de psiquiatria e saúde mental em hospitais gerais sem essa valência, deu-se continuidade ao princípio da integração de toda a assistência psiquiátrica nos SLSM de hospitais gerais

(ficando nos hospitais psiquiátricos apenas os serviços especiais de índole regional, como os forenses). Com esse desígnio, **foram concluídas as unidades de internamento de psiquiatria de adultos da ULS do Médio Ave e da ULS do Oeste, e de psiquiatria de infância e adolescência da ULS de Santa Maria.**



Nova unidade de internamento da ULS do Oeste (Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.)

Ainda de acordo com este princípio, **os dois hospitais psiquiátricos ainda remanescentes no país perderam a sua autonomia administrativa** e foram integrados na ULS de Santo António (Hospital Magalhães de Lemos) e na ULS de São José (Hospital Júlio de Matos).

No que se refere à definição das coberturas assistenciais com base no modelo de proximidade e descentralização, **a maioria dos SLSM já efetuou/programou a setorização do território sob sua responsabilidade**, com o apoio das CRSM. Cada um dos setores formados em cada SLSM fica sob responsabilidade de uma ECSM completa, a funcionar em *full-time*.



Conselho Regional de Saúde Mental de Lisboa e Vale do Tejo

Para adequar as respostas às necessidades da população, tendo em vista a disponibilidade real dos recursos humanos e as assimetrias existentes no território nacional, **foi implementada uma nova regulamentação dos serviços de urgência de adultos e de infância e adolescência**, com regras de referência claras.

Sendo a disponibilidade de recursos humanos uma das áreas mais críticas para o funcionamento dos SLSM em geral, e das ECSM em particular, **a CNPSM e as CRSM foram formalmente envolvidas na validação da distribuição de recém-especialistas**. Este é um aspeto da maior importância em termos de planeamento, uma vez que sem essa validação será muito difícil diminuir as grandes assimetrias que se verificam entre regiões centrais e mais periféricas, nomeadamente no Interior, Alentejo e Algarve. É também uma atribuição em que as CRSM têm demonstrado a sua grande relevância no modelo organizativo das estruturas de coordenação da saúde mental.

Ainda na área dos recursos humanos, e com o objetivo de sintonizar os profissionais com os princípios

fundacionais da reforma em curso, a CNPSM levou a cabo a **organização de encontros anuais com todos os jovens médicos recém-ingressados na formação especializada** de psiquiatria e de psiquiatria da infância e adolescência (PsiOpen) no país, que já envolveram 150 formandos.



1º Encontro Nacional de Receção dos novos Médicos Internos de Psiquiatria e de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (PsiOpen)

Finalmente, com o objetivo de ultrapassar os obstáculos à diferenciação dos SLSM, dotando-os de mais autonomia e capacidade de fixação dos profissionais, **deu-se início ao processo de constituição de CRI**, já previsto na legislação em 1999, mas nunca posto em prática.



2º Encontro Nacional de Receção dos novos Médicos Internos de Psiquiatria e de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (PsiOpen)



2º Encontro Nacional de Receção dos novos Médicos Internos de Psiquiatria e de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (PsiOpen)

Foram integrados 15 SLSM no projeto-piloto a decorrer em 2024, para aferição dos indicadores de desempenho da equipa (IDE) e dos indicadores de incentivos institucionais, como previsto na [Portaria n.º 73/2024, de 29 de fevereiro](#) (vd. capítulo 3).

Em destaque:

- ▶ Reorganização dos Serviços de SM (Decreto-Lei nº 113/21).
- ▶ Criação de 20 equipas comunitárias.
- ▶ Integração dos 2 hospitais psiquiátricos em ULS.
- ▶ Arranque do processo de criação dos CRI.
- ▶ Início da setorização do território.
- ▶ Reorganização dos serviços de urgência.
- ▶ Validação da colocação de recém-especialistas.

Em curso

Até 2026, estarão concluídas todas as iniciativas programadas previamente pela CNPSM, nomeadamente as que se realizam no âmbito do PRR, a grande maioria das quais já se encontra em curso. Para facilitar a leitura, descrevem-se separadamente as metas de execução do PRR (vd. capítulo 3) e as metas de reorganização dos serviços (vd. capítulos referentes às CRSM).

Metas PRR

- ▶ 10 Equipas ECSM entram em funcionamento em 2024, e as restantes 10 em 2025. Assim, a meta de criação de 40 novas ECSM ficará integralmente concluída de acordo com o planeado, assegurando-se a sua distribuição por todo o território nacional.
- ▶ No início de 2025 ficam concluídos os projetos piloto dos 15 CRI, alargando-se a sua criação a outras unidades a partir desse momento (incluem-se aqui também os serviços de psiquiatria da infância e adolescência).
- ▶ Em 2024 entra em funcionamento a unidade de internamento de adolescência da ULS de Santa Maria.
- ▶ Em 2024 entram em funcionamento as unidades de adultos e de infância e adolescência da ULS do Alto Ave (Guimarães).
- ▶ Em 2025 entra em funcionamento a unidade de internamento da ULS de Gaia.
- ▶ Até o final de 2026 entram em funcionamento o novo serviço de saúde mental da ULS de Tondela Viseu, o novo serviço de saúde mental da ULS de Entre o Douro e Vouga, e a Unidade de Internamento da ULS de Matosinhos.



Projeto de requalificação das unidades do SLSM da ULS do Alto Ave (Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E.)

Metas de reorganização

- ▶ A responsabilidade de internamento de situações agudas da área da ULS de Matosinhos é transferida do Hospital Magalhães de Lemos (ULS de Santo António) para o Hospital Pedro Hispano até ao final de 2025.
- ▶ A responsabilidade de internamento de situações agudas da área da ULS de Entre o Douro e Vouga é transferida do Hospital Magalhães de Lemos (ULS de Santo António) para o Hospital da Feira até ao final de 2025.
- ▶ A setorização dos serviços onde este processo ainda não ocorreu fica concluída até ao final de 2024, sob monitorização das CRSM.
- ▶ Até final de 2025 ficam constituídos os CLSM de todo o país.

Finanziamento

3. Financiamento

Enquadramento

O escasso financiamento do sistema de saúde mental, com uma dimensão inversa ao impacto dos problemas e com graves assimetrias regionais na afetação de recursos, tem sido um obstáculo considerável à reforma da saúde mental.

Por outro lado, e não obstante as recomendações decorrentes das sucessivas avaliações da implementação do PNSM, o modelo de contratualização e de pagamento das intervenções em saúde mental tem-se mantido inalterado, excessivamente centrado nos profissionais médicos, não prevendo a valorização da atividade de outros profissionais, e orientado quase exclusivamente para o pagamento de episódios das linhas de produção hospitalar, sem refletir as atividades de base comunitária.

Tratando-se de um duplo impasse, a CNPSM estabeleceu aqui dois objetivos gerais, com carácter prioritário: (i) obtenção de uma linha de financiamento para investimento e (ii) criação de um novo modelo de financiamento dos SLSM.

O primeiro destes objetivos foi consubstanciado na atribuição de fundos no contexto do **PRR**, ao passo que o segundo correspondeu à recente criação dos **CRI de saúde mental**. Para facilitar a leitura, os dois objetivos são descritos sequencialmente (**A** e **B**).

A. Programa de Recuperação e Resiliência

O **Mecanismo de Recuperação e Resiliência no Regulamento (UE) 2021/241**, de 12 de fevereiro, que enquadra o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), foi criado para mitigação dos graves impactos da pandemia nas economias europeias. Na área da saúde mental incluiu duas dimensões complementares: (i) uma de metas/marcos de reforma (**RE-r02**) e (ii) uma outra de investimentos (**RE-C01-i3**).

Quanto à dimensão de **Reforma da Saúde Mental (RE-r02)**, foram definidos **5 eixos de intervenção**, que enquadram a estratégia de implementação do Plano Nacional de Saúde Mental, e cuja atualidade permanece absolutamente alinhada com as diretrizes e recomendações preconizadas pelo Plano de Saúde Mental da OMS 2013-2020, nomeadamente:

- ❶ Concluir a cobertura nacional de SLSM, nas vertentes de internamento, ambulatório e intervenção comunitária, nomeadamente:
 - ▶ criação de ECSM em todos os SLSM;
 - ▶ criação de serviços de internamento nos hospitais gerais onde eles ainda não existam, eliminando os internamentos de agudos em hospitais psiquiátricos ou em hospitais longe da área de residência dos doentes;
 - ▶ constituição de CRI.
- ❷ Desinstitucionalizar as pessoas com doença mental residentes em hospitais psiquiátricos ou em instituições do setor social, que não beneficiam da oferta de cuidados da RNCCI-SM, para respostas residenciais na comunidade.
- ❸ Reconfigurar o sistema forense em Portugal, incluindo a qualificação dos internamentos de psiquiatria forense e construção de unidades forenses de transição para a comunidade (inimputáveis em liberdade para prova).
- ❹ Alargar a RNCCI-SM, com ênfase na saúde mental, com aumento progressivo da cobertura nacional e do número de lugares, a cargo da Comissão Nacional da RNCCI.
- ❺ Implementar os Planos Regionais de Saúde para as Demências, a cargo da Comissão Executiva do Plano Nacional da Saúde para as Demências.

Em termos de execução, foram efetuadas diversas alterações legislativas e regulamentares, nomeadamente a revisão da organização dos serviços de saúde mental ([Decreto-Lei n.º 113/2021](#), de 14 de dezembro), a atualização da tabela de meios complementares de diagnóstico e terapêutica de saúde mental ([Portaria 176/2022 de 7 de julho](#)), e da Lei de Saúde Mental ([Lei n.º 35/2023](#), de 21 de julho), assim como a definição de planos de ação concretos para cada medida.

Em destaque (RE-r02: Reforma da Saúde Mental):

- ▶ Constituição da Equipa de Projeto para a Conclusão da Reforma, Despacho MS de 30 de setembro de 2021 (Marco 2.1).
- ▶ Entrada em vigor do novo Decreto-Lei da Saúde Mental, Decreto-Lei n.º 113/2021 (Marco 2.5).
- ▶ Entrada em vigor da Lei de Saúde Mental, Lei n.º 35/2023 (Marco 2.9)
- ▶ Revisão da tabela de preços de atos de Saúde Mental, Portaria n.º 176/2022 a 7 de julho (Marco 2.2).
- ▶ Criação de Grupo de Trabalho para rever o Contrato de Prestação de Serviços com entidades do setor social (Marco 2.3).
- ▶ Estudo de Custo-Efetividade sobre o Modelo de Intervenção em Saúde Mental Comunitária (Marco 2.4).
- ▶ Definição do programa de reconfiguração do sistema forense, apresentado pela CNPSM a 31.03.2022, e aprovado pela tutela a 29.11.2023 (Marco 2.6).
- ▶ Definição do programa de desinstitucionalização em saúde mental, apresentado pela CNPSM a 31.12.2021 e aprovado pela tutela a 28.01.2022 (Marco 2.8).
- ▶ Aprovação dos Planos Regionais da Saúde para as Demências, Despacho n.º 12761/2021 (Marco 2.7).
- ▶ Desenvolvimento do programa de capacitação para intervenção integrada nas demências (Marco 2.10).

Para além destas realizações, assinala-se que todas as restantes metas de reforma foram integralmente cumpridas (caixa em destaque).

No que se refere à segunda dimensão, foi instituído no [Investimento RE-C01-i3](#) um montante de aproximadamente 88 milhões de euros, com uma agenda de intervenção sintetizada na tabela seguinte.

Metas/marcos a concretizar no âmbito do Investimento RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências	
Meta i3.01	Criar novas unidades de internamento em hospitais gerais, eliminando os internamentos de agudos em hospitais psiquiátricos
Meta i3.02	Criar Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) em serviços /unidades de saúde mental
Meta i3.03	Requalificar as instalações dos Serviços Locais de Saúde Mental existentes
Meta i.3.04	Criar equipas comunitárias de saúde mental (ECSM) para adultos, infância e adolescência
Meta i.3.05	Criar respostas adequadas às necessidades das pessoas com doença mental crónica institucionalizados, que não beneficiam da oferta de cuidados da RNCCI
Meta i.3.06	Requalificar instalações e equipamentos da Psiquiatria Forense
Meta i.3.07	Construir unidades residenciais forenses de transição (para regime de liberdade ara prova)
Marco 1.24	Realização de ações de sensibilização e de formação para "construir os percursos dos doentes" no contexto das demências
Marco 1.25	Conclusão do reforço da rede de cuidados de saúde mental

Em destaque (RE-C01-i03 - Investimento):

- ▶ Construção de 1 em 4 unidades de internamento previstas em hospitais gerais.
- ▶ Criação de 15 CRI de saúde mental
- ▶ Requalificação de 3 em 20 instalações de serviços locais de saúde mental.
- ▶ Criação de 20 em 40 equipas comunitárias de saúde mental e aquisição de 20 viaturas elétricas.
- ▶ Construção de 1 em 3 instalações e equipamentos da Psiquiatria Forense
- ▶ Requalificação de 1 em 3 unidades forenses de transição.

As metas i3.1, i3.2, i.3.3 e i.3.4 concorrem para a conclusão da cobertura nacional de SLSM, nas vertentes de internamento, ambulatório e intervenção comunitária.

A **meta i.3.01** visa a **criação de serviços de internamento nos hospitais gerais onde eles ainda não existam**, eliminando os internamentos de agudos em hospitais psiquiátricos ou em hospitais distantes da área de residência das pessoas com doença mental. No âmbito desta meta, destaca-se a construção de quatro novas unidades de internamento (Hospital Fernando Fonseca, E.P.E., Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, E.P.E., Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E., e Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E.), num total de 109 camas. **A construção do Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E. encontra-se concluída, tendo sido inaugurada em março de 2024**, já no contexto da ULS do Oeste.



Construção da unidade de internamento na ULS Amadora/Sintra (Hospital Fernando Fonseca)

A **meta i.3.02** prevê a **criação de CRI** nos SLSM, tendo como objetivo a melhoria da gestão, maior autonomia e a criação de incentivos profissionais (ver mais abaixo).

A **meta i.3.03** estabelece a **requalificação das instalações de SLSM de todo o país, indicados pelas CRSM, de acordo com as necessidades mais prementes**. Todos os serviços indicados foram visitados pela CNPSM, que analisou os projetos em conjunto com os responsáveis dos serviços, tendo sido entregues e validados os projetos de 20 entidades, das quais 19 já têm Orientação Técnica.



Requalificação do SLSM na ULS do Médio Ave, E.P.E. (Centro Hospitalar do Médio Ave)



Projeto de requalificação do SLSM da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro (Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro)

OT n.º 5/C01-i03/2022

1. Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E.
2. Centro Hospitalar Universitário do Santo António, E.P.E. (Hospital Magalhães Lemos)
3. Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães
4. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E.
5. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.
6. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.
7. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

OT n.º 6/C01-i03/2022

8. Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
9. Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
10. Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

OT n.º 8/C01-i03/2022

11. Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga., E.P.E.
12. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
13. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
14. Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
15. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
16. Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.
17. Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

OT n.º 9/C01-i03/2023

18. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

OT n.º 12/C01-i03/2023

19. Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Aguarda OT

20. Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.

A **meta i.3.04** contempla a **criação de 40 ECSM para adultos, infância e adolescência**, com o objetivo de implementar projetos-piloto que intervenham junto dos doentes e das suas famílias, alterando assim o atual paradigma de intervenção ainda muito focada nos hospitais e fomentando as respostas de proximidade e focadas no ambiente comunitário onde as pessoas com doença vivem, conforme recomendam as boas práticas. **Das 40 ECSM previstas, 20 encontram-se constituídas e em funcionamento** e 20 das 40 viaturas elétricas adquiridas ([Despacho n.º 2753/2020](#), de 28 de fevereiro; [Despacho n.º 8455/2022](#), de 11 de julho). As restantes 20 ECSM já se encontram identificadas pela CNPSM, aguardando a publicação dos respetivos despachos que aprovam o contingente dos postos de trabalho.



ECSM-IA e viatura elétrica da ULS da Lezíria (Hospital Distrital de Santarém)

Proposta de ECSM para 2023

- ▶ CRSM do Norte (ULS de Braga – ECSM de Adultos; ULS de Entre Douro e Vouga – ECSM para Infância e Adolescência)
- ▶ CRSM do Centro (ULS da Guarda – ECSM para Adultos; ULS Viseu Dão-Lafões – ECSM para Infância e Adolescência)
- ▶ CRSM de Lisboa e Vale do Tejo (ULS Loures-Odivelas – ECSM para Adultos; ULS do Arco Ribeirinho – ECSM para Adultos; ULS do Estuário do Tejo - ECSM para Infância e Adolescência)
- ▶ CRSM do Alentejo (ULS do Litoral Alentejano - ECSM para Adultos; ULS do Norte Alentejano ECSM para Infância e Adolescência)
- ▶ CRSM do Algarve (ULS do Algarve para Adultos)

Proposta de ECSM para 2024

- ▶ CRSM do Norte (ULS do Médio Ave – ECSM Para Adultos; ULS do Tâmega e Sousa– ECSM para Adultos; ULS do Alto Ave – ECSM para Infância e Adolescência)
- ▶ CRSM do Centro (ULS da Beira Interior – ECSM para Adultos; ULS de Castelo Branco - ECSM para Infância e Adolescência)
- ▶ CRSM de Lisboa e Vale do Tejo (ULS de Almada-Seixal – ECSM para Adultos; ULS de Lisboa Ocidental – ECSM para Infância e Adolescência; ULS Loures-Odivelas – ECSM para Infância e Adolescência)
- ▶ CRSM do Alentejo (ULS do Alentejo Central – ECSM para Adultos)
- ▶ CRSM do Algarve (ULS do Algarve – ECSM para Adultos)

A **meta i3.06** prevê a construção de três instalações e equipamentos da Psiquiatria Forense (Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Lisboa; Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.; Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E.), **já se encontrando em funcionamento a da ULS de Santo António.**

A **meta i3.07** estabelece a criação de três unidades residenciais forenses de

transição, para regime de liberdade para prova, nas mesma ULS, **já se encontrando em funcionamento a da ULS de Santo António.**

No âmbito do **Marco i3.01**, a cargo da Comissão Executiva do Plano Nacional da Saúde para as Demências, referente à realização de ações de capacitação para "construir os percursos dos doentes" no contexto das demências, **foram implementados dois programas formativos** (num total de 70 sessões, incluindo ações de psicoeducação e de sensibilização) dirigidas a 210 profissionais de serviços de saúde e sociais que trabalham diretamente com pessoas com demência e seus familiares. **Foram ainda implementadas ações de sensibilização**, decorrentes das iniciativas de formação (e.g. programa psicoeducativo para cuidadores informais na comunidade; oficinas na comunidade) dirigidas ao público em geral, envolvendo pessoas com demência, cuidadores familiares, outras equipas ligadas à saúde (aos diversos níveis de cuidados) ou à área social, em vertentes comunitárias ou de institucionalização). Para a concretização deste Marco **foi fundamental um documento de planeamento das ações de formação, elaborado pela CNPSM**, tendo por base a informação remetida pela pelas Comissões Regionais do Plano Nacional de Saúde para as Demências e pela Coordenação Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, com a indicação dos programas de formação selecionados, baseado nas necessidades e especificidades locais e regionais.

B. Centros de Responsabilidade Integrada

A **meta i.3.02** prevê a criação de CRI em SLSM, tendo como objetivo a melhoria da gestão, maior autonomia e a criação de incentivos profissionais.

Em 2022, foi publicada a [Portaria n.º 176/2022](#), de 7 de julho, que aprova as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS, como passo necessário à constituição de CRI na área da Saúde Mental.

A CNPSM apresentou a primeira proposta de modelo de CRI à tutela em 22 de dezembro de 2022.

Com a publicação da [Portaria n.º 73/2024](#), de 29 de fevereiro, **ficaram regulamentados o índice de desempenho da equipa e a atribuição dos incentivos institucionais.**

A portaria identificou como projetos-piloto, com a duração de 10 meses, as equipas dedicadas dos SLSM de 15 ULS (Amadora/Sintra, Arco Ribeirinho, Baixo Alentejo, Braga, Castelo Branco, Coimbra, Lisboa Ocidental, Loures-Odivelas, Matosinhos, Médio Tejo, Nordeste, Oeste, Aveiro, Santo António, Tâmega e Sousa). Constituiu ainda uma Comissão de Acompanhamento e avaliação dos projetos-piloto, que integra a CNPSM.

Unidades Locais de Saúde abrangidas



C. Outras realizações

Através da publicação do [Despacho nº 5609/2021](#), de 7 de junho, **foi consignada a cedência gratuita de medicamentos antipsicóticos em contexto de acompanhamento clínico, pelos estabelecimentos do SNS**, sendo a sua administração acompanhada e da responsabilidade dos respetivos serviços locais de saúde mental.

Este despacho permitiu conjugar, simultaneamente, duas ações: por um lado, diminuir as dificuldades de acesso à medicação por motivos financeiros e, por outro, assegurar que existe uma supervisão do processo terapêutico por parte dos serviços de saúde mental.

Em curso

As metas no âmbito da [RE-r02: Reforma da Saúde Mental](#) foram cumpridas integralmente.

No âmbito do [Investimento RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências](#), a CNSPM desenvolveu todos

os procedimentos, no âmbito das suas incumbências, para a concretização das metas e marcos previstos.

No âmbito das metas i3.01, i3.03, i3.06 e i3.07 será conduzida uma análise das reprogramações físicas, temporais e/ou financeiras submetidas pelos Beneficiários Finais.

A concretização da meta i3.04 encontra-se comprometida pela publicação dos despachos que autorizam o recrutamento de recursos humanos.

Para a concretização bem-sucedida da meta i3.05 será essencial o papel da Comissão de Acompanhamento na avaliação dos 15 projetos-piloto, incluindo a elaboração de recomendações para a alteração e alargamento do regime previsto na portaria.

**Modelo de
prestação de cuidados
– a centralidade das
Equipas Comunitárias
de Saúde Mental**

4. Modelo de prestação de cuidados – a centralidade das Equipas Comunitárias de Saúde Mental

Enquadramento

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

De acordo com o PNSM e com o Decreto-Lei n.º 113/2021, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, as ECSM são os pilares fundamentais e estruturantes dos SLSM.

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 em particular, e na área da saúde mental em geral.

Embora alguns serviços já estivessem organizados segundo este modelo, previamente à reforma da saúde mental, em 2021 subsistia ainda uma heterogeneidade significativa no território nacional, dificultando a proximidade e a continuidade de cuidados, que constituem os dois objetivos principais dos modernos serviços de saúde mental. Barreiras acrescidas decorriam igualmente da escassez de profissionais (nomeadamente de não-médicos), da provisão de recursos humanos entre diferentes regiões do país e de uma formação inadequada para trabalhar neste contexto.

Em resultado, foi criada uma situação de desigualdade no acesso a intervenções/programas adequados às necessidades das populações, por motivos estritamente regionais, sem qualquer base racional.



Graphical abstract produzido durante o 2º Encontro Nacional das ECSM-PA

No Relatório de Avaliação do PNSM foram elencadas recomendações da maior importância para a resolução desta situação:

- 1 Os SLSM de todo o território nacional devem ser dotados de equipas multidisciplinares ajustadas às necessidades das populações, estruturadas de acordo com os princípios organizativos estipulados no PNSM.
- 2 A provisão de recursos deve abandonar progressivamente o método histórico, e passar a obedecer a um racional técnico, que numa primeira fase poderá ser fundamentado (ainda que não exclusivamente) em índices demográficos, e que progressivamente deverá incluir outros elementos de alocação.
- 3 Os SLSM devem estar organizados de forma a disponibilizar obrigatoriamente um conjunto mínimo de prestações (dispositivos, intervenções, programas), definidos de acordo com as boas práticas e baseados na evidência.

Reconhecendo a impossibilidade de manutenção de uma situação com estes contornos, a CNPSM estabeleceu a criação de ECSM como uma das áreas prioritárias a eleger para investimento específico no contexto do PRR) tendo sido consignada a implementação de 40 novas ECSM multidisciplinares a nível nacional, mais concretamente 20 ECSM de adultos e 20 ECSM de infância e adolescência (meta de investimento RE-CO1-i03).

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-SM 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.

Execução

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 multidisciplinares**, dado ser este o modelo organizativo preconizado na legislação. Este trabalho

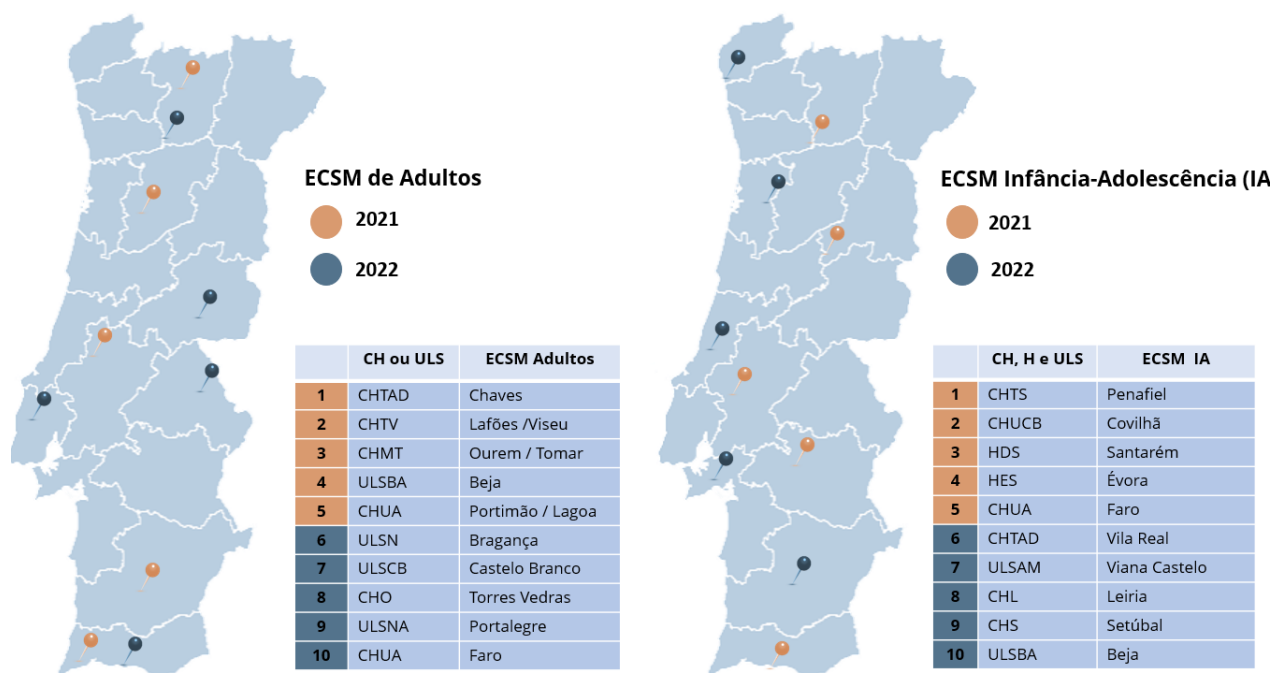
tem vindo a ser apoiado tecnicamente pelas CRSM, sob orientação da CNPSM, e corresponde ao objetivo mais global de setorização do território.

Para além desta reorganização efetuada com os recursos humanos já existentes, a CNPSM tem vindo a implementar de forma progressiva as novas ECSM previstas no PRR, as quais foram selecionadas pelas CRSM, de acordo com princípios de diminuição do peso da interioridade e da escassez de recursos.

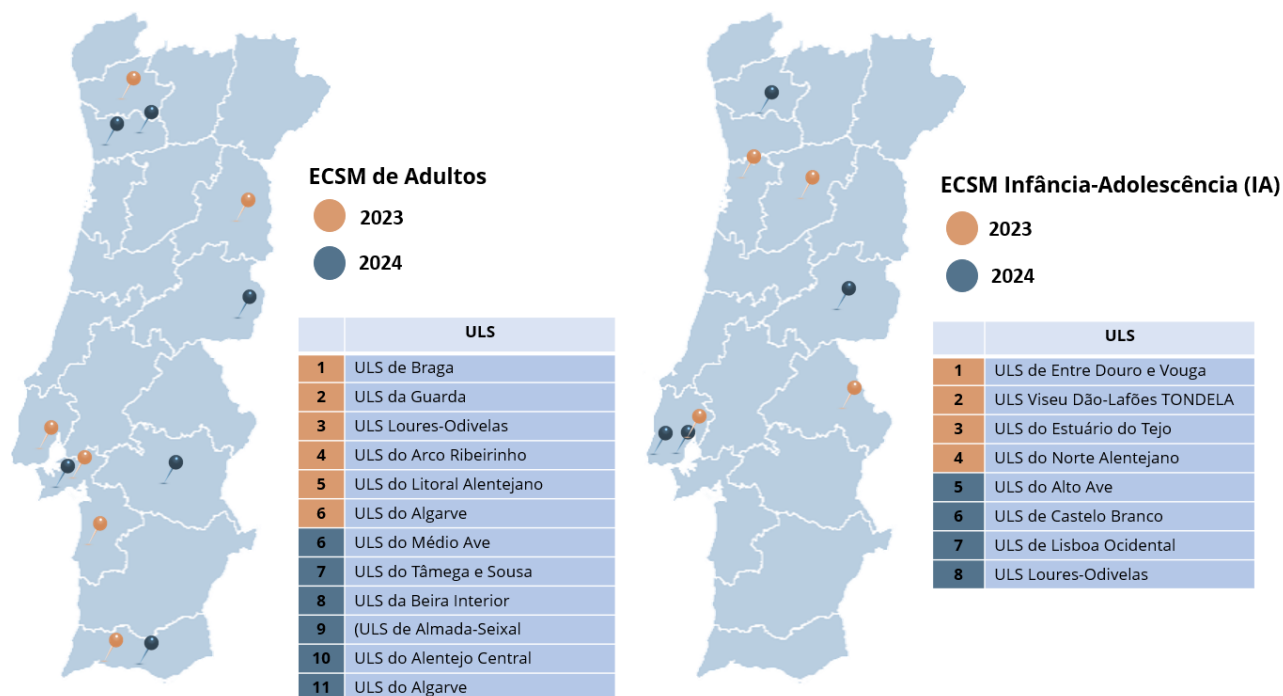
Em 2021 e 2022 foram criadas vinte ECSM (10 de adultos e 10 de infância e adolescência), cuja distribuição em termos territoriais se indicam na figura seguinte, considerando as designações à data dos hospitais, centros hospitalares e ULS.

Para a implementação das novas ECSM foram contratados recursos humanos, garantindo-se que numa fase inicial teriam no mínimo sete profissionais: um médico com a especialidade de psiquiatra, dois enfermeiros, dos quais pelo menos um com a especialidade de saúde mental, um psicólogo clínico, um assistente social/técnico superior de serviço social, um terapeuta ocupacional e um assistente técnico. A cada equipa foi entregue uma viatura para dinamizar as intervenções na comunidade.

Novas ECSM de Adultos e da Infância e Adolescência implementadas em 2021 e 2022



Novas ECSM de Adultos e da Infância e Adolescência previstas para 2023 e 2024



Para facilitar o processo de reorganização dos SLSM, a CNSPM **elaborou o “Manual para a Implementação e Desenvolvimento de ECSM para a população adulta”** (com edições em 2022 e 2023), o qual serviu de base para as formações com as novas equipas. Foram abordados o modelo de organização, as atividades essenciais da equipa, os níveis de diferenciação, os indicadores de avaliação e o cronograma de implementação e monitorização.



Formação ECSM

Com este Manual, **a CNSPM estabeleceu as orientações para a diferenciação e evolução das ECSM**. Para se maximizar a capacidade das equipas se diferenciarem de um modo dinâmico, mas sustentado, adaptando-se cada vez melhor à complexidade das situações, foram considerados dois modelos organizativos, de desenvolvimento sequencial:

1. **Equipa Comunitária de Saúde Mental - Modelo A (ECSM-A):** corresponde a uma ECSM prestadora de cuidados essenciais na comunidade. Inclui (i) um programa integrado para pessoas com doença mental grave (DMG), com atribuição de um terapeuta de referência e realização de um plano individual de cuidados e (ii) um programa de articulação com os CSP, privilegiando a consultadoria.
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. Por exemplo, numa área com uma população mais envelhecida justifica-se a criação um programa de psiquiatria geriátrica. Estes programas e respetiva implementação exigem formação e treino específico prévio (e continuado) dos profissionais das ECSM.

A CNPSM tem vindo a disponibilizar 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 com os SLSM, que incluiu:

- Constituição de uma equipa multidisciplinar de formadores da CNPSM (Joaquim Gago, Generosa Morais, Henrique Barreto, João Estrela, José João Vieira, Paula Domingos, Susana Pestana, Sandra Andrade e Vasco Inglez), e de uma equipa de formadores em cada uma das cinco regiões de saúde e respetiva formação (formação de formadores);



Formação ECSM



Equipa de formação da CNPSM

- Cursos de formação intensiva, cada um com a duração de três dias, dirigidas às ECSM para adultos financiadas pelo PRR e a algumas ECSM resultantes de reorganização de SLSM, tendo já envolvido um total aproximado de duzentos formandos.
- Organização do Encontro Nacional das ECSM, incluindo todas as equipas alvo de formação (financiadas ou não pelo PRR), para partilha de experiências e estímulo à criação de novas ECSM de forma a mobilizar, formar e estimular o desenvolvimento das ECSM.



1º Encontro Nacional das ECSM-PA



2º Encontro Nacional das ECSM-PA

Em curso

- ▶ Estão em processo de implementação as dez ECSM previstas para 2023, e calendarizada a respetiva formação.
- ▶ Estão em processo de implementação as dez ECSM previstas para 2024.
- ▶ Com este último procedimento, **fica concluída até ao final de 2024 a meta do PRR de criação de 40 novas ECSM multidisciplinares**, distribuídas por todo o país (excetuando os centros metropolitanos de Lisboa, Porto e Coimbra).
- ▶ É publicado no 1º semestre de 2024 o Manual CIR – Cuidados Integrados e Recuperação nas Equipas Comunitárias de Saúde Mental (CIR@Com), com base numa extensa revisão da primeira edição.
- ▶ Iniciam-se no 1º semestre de 2024 as formações de apoio ao processo de diferenciação das ECSM, nomeadamente monitorização, supervisão e formação de nível 2 (CIR 2) e curso de intervenção para familiares de pessoas com DMG.



1º Encontro de Formação de Formadores da CNPSM



1º Encontro de Formação de Formadores da CNPSM

- ▶ No âmbito dos projetos-piloto dos CRI, estão programados para 2024 os cursos de formação intensiva sobre reorganização dos SLSM e implementação de novas ECSM, a pedido dos próprios SLSM e ULS. Estes cursos envolvem as equipas de formação da CNPSM e das CRSM.
- ▶ A CNPSM, em articulação com a EUCOMS (European Community based Mental Health Service Providers), organiza este ano o Encontro Europeu das ECSM (21-22 nov), na sequência do interesse demonstrado por esta associação pelo processo da Reforma da Saúde Mental em Portugal.



Participação da CNPSM no Encontro Anual da EUCOMS (*European Community based Mental Health Service Providers*)

Em destaque:

- ▶ Implementação de 20 ECSM, em 2021 e 2022 (10 para adultos e 10 para infância e adolescência), com financiamento PRR.
- ▶ Lançamento do Manual para a Implementação e Desenvolvimento de ECSM para a população adulta, com orientações para a diferenciação.
- ▶ Criação de equipas multidisciplinares de formadores na CNPSM e nas CRSM.
- ▶ Cursos de formação intensiva para ECSM, dentro e fora do plano de financiamento PRR.
- ▶ Organização anual do Encontro Nacional das ECSM.

Saúde Mental e Cuidados de Saúde Primários

5. Saúde Mental e Cuidados de Saúde Primários

Enquadramento

A integração de cuidados de saúde mental nos CSP constitui um aspeto consensual das políticas de organização dos serviços de saúde mental dos países ocidentais, correspondendo a uma recomendação prioritária dos organismos de saúde internacionais.

Não obstante o consenso relativo à sua necessidade e relevância, não existe um modelo universal de articulação de cuidados de saúde mental com os CSP no âmbito das perturbações mentais comuns, sendo essencialmente função do nível de desenvolvimento dos serviços de saúde e de fatores contextuais locais.

Na análise contextual desta integração, devem ser pois relevados os dados de natureza epidemiológica e assistencial. Portugal [apresenta](#) uma elevada prevalência anual de perturbações psiquiátricas (22,9%), com predomínio para as perturbações da ansiedade e depressivas. Na área específica dos CSP, os dados disponíveis apontam para uma prevalência global de problemas de saúde mental entre os 29% e os 59%; o registo de utentes com problemas de saúde mental nos CSP mostra um padrão de aumento progressivo, comum às cinco regiões de saúde de Portugal continental, com predomínio de perturbações depressivas e da ansiedade.

Embora não exista uma norma de implementação no terreno, a articulação com os CSP é uma prática estabelecida desde há muitos anos em vários SLSM. Apesar disso, mantinham-se na avaliação de 2017 diversos problemas a justificar uma atenção especial: (i) ausência de um modelo definido de integração, com grande assimetria regional (ii) distância física entre as equipas, (iii) escassez de recursos humanos, nomeadamente de ECSM, (iv) escassez de programas estruturados de tipo *stepped care* (eg, manejo da depressão e ansiedade por etapas), capazes de disponibilizar abordagens não-farmacológicas.

Reconhecendo esta situação, o Relatório de Avaliação do PNSM reuniu as seguintes recomendações:

- ❶ Deve assumir-se a integração da saúde mental nos CSP como uma verdadeira prioridade, dotando-a de apoio político claro e estabelecendo como diretriz a sua implementação em todo o território nacional.
- ❷ Deve ser definido um modelo de integração, a partir de elementos de natureza técnico-científica (necessidades das populações, modalidades de articulação entre ACeS e SLSM, critérios de bi-referenciação, papéis e responsabilidades dos vários intervenientes, efetividade das intervenções), que seja ajustável às diferentes realidades do território nacional. Os CSP devem assumir métodos de tratamento das perturbações psiquiátricas comuns, farmacológicos e psicossociais, com recursos de pessoal qualificado adequados, sem prejuízo da articulação com os SLSM quando a severidade dos sintomas, o risco associado ou a resistência ao tratamento o justificar.
- ❸ A oferta de cuidados de saúde mental nos CSP deve ser diferenciada, passando a disponibilizar intervenções e programas terapêuticos baseados na evidência científica e com boa relação custo-efetividade. Este objetivo só será alcançável, a médio prazo, através da adequação dos recursos humanos em termos da sua diversidade, número e treino específico, uma vez que os programas mais diferenciados não devem ser executados por um grupo profissional de forma individualizada, mas por equipas multidisciplinares.

Execução

A melhoria da prestação de cuidados de saúde mental nos CSP foi considerada pela CNPSM como um dos pilares da reforma, em conjugação com a criação de ECSM.

Em termos de estratégia global, **o passo inicial correspondeu à inscrição desta dimensão específica no articulado do Decreto-Lei nº113/2021, o qual estabeleceu a obrigatoriedade da integração dos cuidados de saúde mental.**

Ao estabelecer a colaboração formal dos SLSM com os CSP, através de protocolos de articulação entre os dois níveis de cuidados (artigo 27º), o modelo organizativo pressupõe a interação dos profissionais dos departamentos de CSP e as equipas comunitárias de saúde mental dos SLSM, com foco prioritário no seguimento de pessoas com doença mental comum (modelo de cuidados colaborativos).

A nível do Ministério da Saúde, foi por esta altura criado um grupo de apoio técnico à implementação das políticas de saúde (designado por GAPS), composto por cinco coordenadores nacionais, um dos quais da área dos CSP e outro da saúde mental ([Despacho n.º 6302/2021, de 25 de junho](#)).

Profissionais dos CSP e da saúde mental elaboraram, neste âmbito, **um modelo colaborativo e de interface CSP/SLSM, cujos princípios organizativos e estratégias de implementação se encontram já finalizados (vd. Anexo 2):**

A. Promoção da saúde mental

- ▶ Identificação de estruturas promotoras de saúde mental na comunidade;
- ▶ Promoção de hábitos de vida saudáveis.

B. Identificação precoce de problemas de saúde mental

- ▶ Monitorização de forma oportunística e estruturada de fatores de risco e promotores de doença;
- ▶ Identificação e caracterização de grupos vulneráveis ou de risco.

C. Construção de um modelo colaborativo de gestão clínica, estratificação da prestação de cuidados e qualificação da referência

- ▶ Criação de programas de consultoria estabelecidos na integração dos CSP com SLSM;
- ▶ Definição de trajetos dos doentes segundo um modelo sequencial estratificado
- ▶ Criação de itinerários de referência para grupos vulneráveis
- ▶ Desenvolvimento de uma carteira de intervenções, nomeadamente programa de intervenção na doença mental comum – depressão e ansiedade - nos CSP e outros programas a implementar em função das necessidades identificadas

D. Qualificação da proposta terapêutica em saúde mental

- ▶ Harmonização de práticas de prescrição psicofarmacológica;
- ▶ Harmonização de práticas de referência para intervenções psicoterapêuticas.

E. Promoção da saúde e bem-estar dos profissionais de saúde

- ▶ Identificar situações de necessidades de intervenção a nível de equipas e profissionais.

Relativamente ao ponto C (*"Modelo colaborativo de gestão clínica, estratificação da prestação de cuidados e qualificação da referência"*), foram definidos os seguintes requisitos:

- ▶ Criação de procedimento integrado de referência e consultoria (CSP e SLSM) que preveja as dimensões de referência pelos CSP e triagem pelos SLSM;
- ▶ Consulta multidisciplinar de avaliação, com discussão conjunta de casos selecionados entre a equipa dos CSP e dos SLSM, em formato e frequência a determinar em função das necessidades clínicas identificadas e orientação posterior para consulta, em caso de necessidade, em função do diagnóstico/formulação de caso:
 1. perturbações mentais comuns (depressão e ansiedade) - de acordo com o modelo de intervenção *Stepped Care* com recurso às respostas existentes nos CSP, nomeadamente psicologia e outros profissionais relevantes;
 2. perturbações neurocognitivas e demências;
 3. perturbações depressivas recorrentes/resistentes e;
 4. Perturbações psicóticas e outras perturbações mentais graves.

Em destaque:

- ▶ Criação de um modelo colaborativo e de interface CSP/SLSM, com vista a operacionalizar a integração de cuidados.
- ▶ Definição das áreas comuns de gestão clínica, estratificação da prestação de cuidados e qualificação da referência.
- ▶ Definição de metodologias de implementação.
- ▶ Definição de indicadores de monitorização da intervenção e seguimento.

Em curso

- ▶ Estabelecimento de protocolos para implementação do modelo colaborativo entre SLSM e CSP, agora facilitado pela criação das ULS, com início em 2024.
- ▶ Desenvolvimento em 2025 do sistema de registo de informação de saúde mental nos CSP, através da criação de programa de saúde mental e do código de consulta de saúde mental e criação de alertas gerados automaticamente para pessoas sem vigilância ativa e psicofármacos prescritos há mais de três meses sem reavaliação.
- ▶ Implementação do ponto VI do Investimento RE-C01-i01 i01: Cuidados de Saúde Primários com mais Respostas, do PRR, que estabelece a criação de *"programas de intervenção psicossocial nas doenças mentais comuns (depressão e ansiedade) nos agrupamentos de centros de saúde"*. Embora esta medida do PRR esteja incluída na área dos CSP, e não da Saúde Mental, que não tem por isso atribuições formais no seu cumprimento, espera-se que entre em operacionalização dentro do cronograma previsto no PRR.
- ▶ Atualização das normas de orientação de manejo de depressão e ansiedade da DGS, em 2024 e 2025.



Unidade de Saúde Mental | ECSM de Oeiras da ULS Lisboa Ocidental



Centro de Saúde de Aljustrel



Centro de Saúde de Moncorvo



Centro de Saúde de Lagos



Centro de Saúde Figueiró dos Vinhos

**Cuidados
Continuados
Integrados de
Saúde Mental**

6. Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

Enquadramento

A incapacidade psicossocial associada a algumas perturbações psiquiátricas determina a necessidade de processos de recuperação de competências e de (re)construção das redes de suporte, que na maior parte das situações decorrem por períodos prolongados ou se transformam num apoio permanente. Neste contexto, tratamento e reabilitação psicossocial são interdependentes, interagindo em dimensões ajustadas de acordo com as necessidades da pessoa, desde o seu primeiro contacto com os profissionais da saúde mental e ao longo do processo de recuperação.

Esta perspetiva originou, em 2010, a elaboração de um projeto de respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, como elemento fundamental para a continuidade de cuidados.

Entre 2011 e 2016 este projeto não teve qualquer desenvolvimento. Pelo contrário, a perspetiva da criação de uma rede autónoma foi inviabilizada pela integração das tipologias de saúde mental na RNCCI em 2014.

Em 2017 o projeto de incremento da rede foi retomado, através do lançamento de experiências-piloto, avaliada por um grupo de trabalho nomeado pela tutela.

Tratando-se de respostas com responsabilidade partilhada da saúde e da segurança social, o trabalho de preparação e acompanhamento da experiências piloto envolveu a ACSS, o Instituto da Segurança Social (ISS), a Direção Geral da Segurança Social (DGSS), e a DGS, nomeadamente com elementos do então Programa Nacional para a Saúde Mental.

Durante o período de experiências-piloto, que durou até 2020, estiveram em desenvolvimento três áreas com diferentes desafios de acompanhamento:

- ▶ Criação de novas respostas na RNCCI-SM para adultos;
- ▶ Criação das primeiras respostas para crianças e jovens até aos 18 anos;
- ▶ Reconversão de unidades criadas ao abrigo do Despacho-Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, ou equivalentes.

Após o período de experiências piloto, existiu incremento muito pouco expressivo do número de respostas e lugares na RNCCIS-M (gráfico 1, tabela 1), mas durante 2023 não foram celebrados novos contratos, ficando a expectativa de maior incremento com o investimento previsto no [PRR](#).

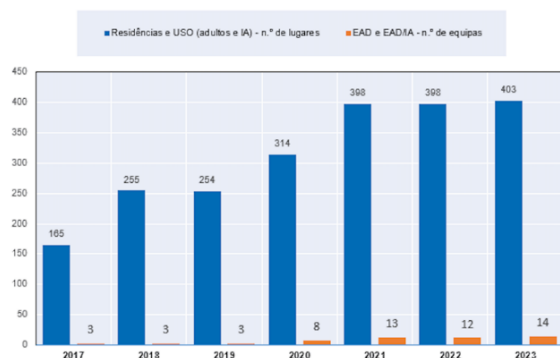


Gráfico 1. Evolução do número de vagas e de EAD

Tipo logia	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RTA	47	23	42	46	115	54
RA	0	0	1	13	2	23
RAMo	13	21	17	3	27	59
RAMa	136	30	20	50	48	42
USO	34	29	10	25	57	73
EAD	31	12	13	25	46	124
RTA/IA	38	7	7	6	12	15
USO/IA	66	85	85	40	71	11
EAD/IA	4	3	5	2	11	-
Total	349	210	200	210	389	401

Tabela 1. Evolução do número de utentes referenciados

Efetivamente, a Reforma RE-r02: Reforma da Saúde Mental, prevê no seu ponto iii) alargar a RNCCI-SM, com aumento progressivo da cobertura nacional e do número de lugares, contemplando 1000 lugares para estruturas residenciais e unidades socio-ocupacionais e 100 lugares para equipas de apoio domiciliário.

Atualmente encontram-se em funcionamento 17 residências, 15 equipas de apoio domiciliário e 9 unidades socio-ocupacionais (tabela 2), incluindo três respostas para a infância e adolescência (1 RTA/A e 2 USO/IA), que assistiram durante o ano de 2023, 725 pessoas.

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
RA	2		2			4
RAMa	1	2	1			4
RAMo		2	1	1		4
RTA		2	2			4
RTA/IA	1					1
USO	2	3			2	7
USO/IA	1				1	2
EAD	6	1	4	2	2	15
EAD/IA						0
Total	13	10	10	3	5	41

Tabela 2. Número de unidades existentes nas diferentes Regiões

Em síntese, este número de respostas continua a ser manifestamente insuficiente para as necessidades do país, não se tendo alterado significativamente o cenário prévio às experiências-piloto.

No Relatório da Avaliação do PNSM, anterior à fase de implementação dos projetos piloto da RNCCI-SM, já se assinalava a escassez de alternativas vocacionadas para a reabilitação psicossocial, e inscreviam-se as recomendações seguintes acerca da RNCCI-SM e de outras respostas no âmbito do *long term care*:

- 1 Assegurar a criação em todos os departamentos de saúde mental de equipas/unidades de saúde mental comunitária, devidamente habilitadas a assegurar cuidados integrados a pessoas com perturbações psiquiátricas graves
- 2 Avaliar, com a colaboração de entidades independentes, as experiências-piloto em curso, de modo a possibilitar eventuais alterações à Portaria n.º 68/2017 de 16 de fevereiro; avaliar as estruturas existentes ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98 (a exemplo do que já tinha sido efetuado pela EPCCISM/CNSM em 2010/2011) a fim de determinar a qualidade e a efetividade dos cuidados prestados e programar a transição destas respostas para o modelo de CCISM.
- 3 Prosseguir com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.

Desde então, a situação não conheceu uma alteração significativa, nem no aparecimento de novas respostas, nem no processo de reconversão das unidades criadas ao abrigo do Despacho-Conjunto n.º 407/98.

Execução

Com a integração das repostas de saúde mental na RNCCI, a responsabilidade desta área deixou de estar atribuída ao Programa Nacional de Saúde Mental/DGS, que passou a funcionar para este efeito como uma entidade colaborativa e de consulta.

Já neste novo contexto de atribuições, o PNSM/DGS e os SLSM colaboraram na avaliação das experiências-piloto, que foi registada no [relatório elaborado pela equipa de acompanhamento das experiências piloto de CCISM](#). Neste relatório foram salientadas diversas áreas a necessitar de uma reformulação, tais como:

- ▶ simplificação do Programa Funcional (requisitos das instalações);
- ▶ introdução da figura da “Ausência Programada”, fundamental para o treino de competências, sem prejudicar as equipas e unidades de CCISM;
- ▶ clarificação do papel do Coordenador Regional de Saúde Mental na ECR;
- ▶ clarificação do papel dos SLSM na articulação com as equipas dos CCISM;
- ▶ ajustamento de algumas condições de funcionamento das tipologias da infância e adolescência, nomeadamente, aspetos relacionados com os critérios de referenciação.

Ainda que o relatório tenha permitido clarificar alguns aspetos do funcionamento dos CCISM na [Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro](#) (que substituiu a Portaria n.º 68/2017), o resultado ficou aquém do que estava previsto, com muito pouco impacto na correção dos obstáculos ao crescimento da rede.

Ainda neste ponto, por solicitação da tutela, foi elaborado em 2019 um documento conjunto da Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI e do Programa Nacional de Saúde Mental-DGS que, com base nos constrangimentos identificados pela equipa de acompanhamento das experiências-piloto da RNCCI-SM, elencou os problemas prioritários existentes, a respetiva estratégia de resolução e atribuição de responsabilidade na promoção das ações necessárias para concretizar os objetivos pretendidos. As prioridades foram:

- ▶ a nomeação e afetação de técnicos de saúde mental para as ECR e ECL;
- ▶ a dinamização do processo de referenciação e articulação entre serviços referenciadores e equipas d RNCCI-SM;
- ▶ a consolidação do modelo da RNCCI-SM para a infância e adolescência;
- ▶ a revisão do modelo de participação dos utentes nas tipologias de SM da RNCCI;
- ▶ o acesso à medicação durante a permanência nos CCISM;
- ▶ a adaptação do Programa Funcional;
- ▶ a adaptação do SI RNCCI.

Este documento contribuiu de alguma forma para as alterações introduzidas na Portaria n.º 311/2021, mas tal como o relatório das experiências-piloto da

RNCCI-SM, não foi suficientemente aproveitado para pôr em marcha as mudanças estruturais que são necessárias para o desenvolvimento da rede.

Finalmente, refira-se que as CRSM tiveram uma participação ativa na identificação das necessidades de novas respostas a nível regional, no contexto do PRR. Espera-se que com o apoio às candidaturas do PRR se transmita um novo impulso ao crescimento mais sustentado da rede, com efeitos sentidos já em 2024.

Em curso

Ainda que fora do seu perímetro de incumbência direta, o desenvolvimento das respostas da RNCCI-SM continua a ser um dos objetivos da CNPSM, estando em curso:

- ▶ Promoção da introdução das soluções propostas no relatório das experiências-piloto, com o contributo da experiência entretanto adquirida pelos intervenientes nos CCISM, tendo por objetivo reduzir os constrangimentos ao aumento das respostas de reabilitação psicossocial;
- ▶ Envolvimento das CRSM e os SLSM no planeamento das respostas da RNCCI-SM;
- ▶ Promoção nos SLSM da referenciação para a RNCCI-SM.

**Hospitais
psiquiátricos e
serviços regionais**

7. Hospitais psiquiátricos e serviços regionais

Enquadramento

De acordo com as recomendações de todas as entidades internacionais a que Portugal se encontra vinculado, a prestação de cuidados de saúde mental deve ser efetuada a nível da comunidade, centrada nas necessidades e condições específicas dos indivíduos, em função do seu grupo etário, no meio menos restritivo possível, devendo as unidades de internamento localizar-se em hospitais gerais.

Nos últimos 20 anos têm vindo a reduzir-se progressivamente as funções outrora atribuídas aos hospitais psiquiátricos, tal como já estava previsto no PNSM em 2007. O ritmo de transferência de responsabilidades assistenciais ficou no entanto aquém do desejável, quer pela ausência de respostas em alguns hospitais gerais (e.g. internamento para pessoas com doença em fase de agudização), quer pela inexistência de um programa estruturado de desinstitucionalização.

Ainda assim, estas estruturas continuam a ter um papel de relevo na área forense.

A OMS recomenda que as unidades de tratamento de inimputáveis sujeitos a medidas de segurança devem estar dotadas de equipas multidisciplinares que garantam a estabilização clínica, os cuidados necessários, a promoção da autonomia para a vida diária, o treino de competências pessoais e sociais e a adesão à terapêutica, bem como a progressiva

reinserção comunitária, aqui em colaboração com as ECSM.

Reconhecendo não ser esta a realidade dos serviços forenses no país, aliás como amplamente refletido nas críticas e recomendações dos Comités de Prevenção de Tortura da [ONU](#) e da [União Europeia](#), o documento de Avaliação do PNSM 2007-16 emitiu as seguintes recomendações:

- 1 Deve ser concluída a transferência para hospitais gerais dos serviços locais das respetivas áreas de influência que ainda se mantêm na dependência dos hospitais psiquiátricos.
- 2 Devem ser reorganizados os espaços e recursos dos HJM, HML e HSC, de modo a assegurar o funcionamento dos serviços regionais de saúde mental de base institucional previstos para Lisboa, Porto e Coimbra, podendo ser estudada a integração dos dois primeiros em Centros Hospitalares Gerais, à semelhança do que ocorreu com o Hospital Sobral Cid.
- 3 Deve ser feita uma reorganização das unidades de internamento de inimputáveis de acordo com os princípios e recomendações de boas práticas, as quais que se deverão estruturar em modelos com regimes diferenciados, consoante a avaliação efetuada, o nível de segurança decretado ou necessário e a evolução do doente. Esta reorganização, que não diz respeito apenas aos hospitais psiquiátricos, deve ser feita em articulação intersectorial, nomeadamente com o Ministério da Justiça.

Execução

Com o intuito expresso de colocar uma meta objetiva, foi inscrita no Decreto-Lei nº 113/21 a decisão de **concluir o processo de integração de cuidados de saúde mental de nível local nos SLSM até ao final de 2025**.

Com a abertura das novas unidades de internamento previstas no PRR, tem vindo a ser efetuada progressivamente a **transferência das áreas de influência para hospitais gerais na região norte e na região de LVT** (vd. capítulos da CRSM-Norte e CRSM-LVT), processo que se continuará até 2025 (no caso das freguesias mais centrais de Lisboa, até à construção do Hospital Oriental de Lisboa).

Os dois hospitais psiquiátricos ainda remanescentes no país perderam a sua autonomia administrativa e foram integrados na ULS de Santo António (Hospital Magalhães de Lemos) e na ULS de São José (CHPL - Hospital Júlio de Matos). Com esta decisão, Portugal passou a ser um dos poucos países do mundo sem qualquer hospital psiquiátrico autónomo.

Na área forense, a primeira medida foi a publicação do [Decreto-Lei nº 70/2019, de 24 de Maio](#), que **regulamentou as regras aplicáveis à execução das medidas de internamento em unidades forenses** do Ministério da Saúde. Com esta nova base legislativa, ficaram estabelecidos os princípios orientadores da execução das medidas, clarificado o estatuto jurídico do internado, reforçados os mecanismos de tutela dos seus direitos e regulamentada a elaboração do seu plano terapêutico e de reabilitação.

Em consonância com esta nova perspetiva, a CNPSM **elaborou o Programa de Reconfiguração do Sistema Forense**, destinado a reformular logística e funcionalmente as estruturas forenses pertencentes ao Ministério da Saúde, numa aproximação aos modelos existentes na maioria dos países europeus, em que a transição para a comunidade depois do cumprimento da medida de segurança é um passo fundamental. Ainda no mesmo âmbito, **foi desenvolvido o modelo de regulamento das unidades forenses do Ministério da Saúde**, assim como os Manuais de Orientação Técnicos relevantes para a execução de medidas de segurança (Relatório de Avaliação Inicial do Internado, Plano Terapêutico e de Reabilitação, Relatórios para revisão da Situação do Internado).

Foi programada no PRR uma extensa ampliação das estruturas forenses do Ministério da Saúde, capaz de responder a uma parte significativa das necessidades previstas nesta área (a outra parte está a cargo das estruturas do Ministério da Justiça). Nesse sentido, **foram preparados os projetos para as novas unidades forenses de internamento**, a construir no Norte, Centro e Sul, com o objetivo de duplicar a lotação. Destas, a unidade no Hospital Magalhães de Lemos-ULS de Santo António já se encontra em funcionamento.



Unidades forenses da ULS de Santo António



Unidades forenses da ULS de Santo António

Foram igualmente preparados os projetos para a **criação de unidades residenciais de transição** (Porto, Coimbra e Lisboa), que ao facilitarem a passagem para regime de liberdade para prova, contribuem para que esta aproximação à comunidade se faça de forma gradual e sustentada. Trata-se de uma inovação no panorama do sistema forense em Portugal, que funcionará com base na articulação entre a DGRSP e as ECSM das áreas geográficas para onde os ex-internados irão residir. Destas, a residência no Hospital Magalhães de Lemos- ULS de Santo António já se encontra em funcionamento

Finalmente, foram publicados os **procedimentos de sinalização, avaliação e identificação de respostas sociais e de saúde para os cidadãos em cumprimento de medida de segurança em unidade forense**. Na sequência deste [despacho](#), foi instituído um grupo interministerial responsável pela análise, monitorização e acompanhamento das situações mais complexas que acompanham o processo de transição para a comunidade.

Em curso

Em 2024, entra em funcionamento a unidade de internamento da ULS da Amadora/Sintra, com reconfiguração da área assistencial do Hospital Júlio de Matos-ULS de São José.



Construção da unidade de internamento da ULS de Amadora/Sintra (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca)

Em destaque:

- ▶ Integração dos dois hospitais psiquiátricos remanescentes em ULS.
- ▶ Transferência de responsabilidades assistenciais para hospitais gerais.
- ▶ Programa de reconfiguração do sistema forense.
- ▶ Criação de estruturas forenses (internamento e transição na ULS de Santo António).
- ▶ Nova legislação para as unidades forenses do Ministério da Saúde.

Em 2025-26, entram em funcionamento as unidades de internamento das ULS de Matosinhos e de Entre Douro e Vouga, retirando esta responsabilidade assistencial ao Hospital Magalhães de Lemos-ULS de Santo António.

Em 2025, entram em funcionamento as residências forenses de transição no Hospital Sobral Cid-ULS de Coimbra e no Hospital Júlio de Matos-ULS de São José.

Em 2026, entram em funcionamento as unidades de internamento forense no Hospital Sobral Cid-ULS de Coimbra e no Hospital Júlio de Matos ULS de São José.

**Articulação com
as instituições do
sector social**

8. Articulação com as instituições do setor social

Enquadramento

A resposta aos problemas complexos de saúde mental, particularmente das pessoas com doença mental grave, exige na maioria dos casos uma contribuição muito significativa do sector social.

As instituições do setor social, nomeadamente as Ordens Religiosas, têm representado, no conjunto do sistema prestador de cuidados de saúde mental em Portugal, uma parte muito relevante.

No entanto, a sua articulação com os serviços do SNS tem estado regulada por um contrato que vigora há mais de quatro décadas, o qual se encontra obsoleto em vários aspetos, tanto do ponto de vista conceptual, como do organizativo e financeiro, e cuja atualização foi considerada prioritária.

Duas outras áreas foram igualmente consideradas prioritárias pelo Governo, numa perspetiva intersectorial: a pobreza e a situação de sem-abrigo. Os Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social têm tido uma atuação concertada nas políticas de luta contra a exclusão social, mas persistem problemas complexos nestas duas áreas, que maioritariamente se cruzam.

Da mesma forma, pertencem também à área social todas as questões relativas aos cuidados continuados, que pela sua relevância na saúde mental são abordados num outro local (vd. capítulo 6).

Execução

A intervenção da CNPSM na área social abrangeu várias dimensões, em articulação intersectorial com outras entidades ministeriais, que a seguir se descrevem.



Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa (GIRA)

Na sequência da sua inscrição como meta de reforma no PRR (milestone RE-2.3), **foi revisto o acordo de prestação de serviços estabelecido em 1983**, que definia e regulava as formas de articulação do Ministério da Saúde e dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as instituições particulares de solidariedade social com fins de saúde (IPSS). Com esta revisão, efetuada por grupo de trabalho misto nomeado para o efeito (CNPSM, ACSS, Ordens Religiosas - Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e o Instituto da Ordem Hospitaleira São João de Deus), ficou estabelecido um novo modelo de financiamento, baseado na caracterização do grau de necessidade dos utentes, ficando reformulados os objetivos do acordo (suplementaridade), as regras de acesso e os termos de contratualização.



Associação de Saúde Mental do Algarve (ASMAL)

No que se refere **à intervenção da CNPSM no contexto no contexto da Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação Sem Abrigo (ENIPSSA)**, realizaram-se as seguintes ações:

- ▶ Elaboração de um [Manual de Procedimentos de Referenciação/Articulação entre a Saúde Mental e o Setor Social 2019](#);
- ▶ Realização de diversas ações de formação sobre esta articulação, dirigidas aos profissionais do setor social e da saúde;
- ▶ Participação na avaliação da 2ª Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-abrigo 2017-2023 (ENIPSSA 2017-2023);
- ▶ Participação em reuniões de trabalho para atribuição de apoios financeiros a instituições do setor social que trabalham com as PSSA.

Tendo como grupo-alvo profissionais das Instituições Particulares de Solidariedade Social, **a CNPSM organizou fóruns nacionais específicos sobre a reabilitação psicossocial das pessoas com doenças mentais**, nomeadamente sobre as vertentes da reabilitação profissional e do emprego, apostando em:

- ▶ divulgar informação sobre as regras, as condições de acesso das pessoas a respostas de formação profissional e emprego tradicionais e diferenciadas;
- ▶ disseminar boas práticas institucionais;

- ▶ promover uma articulação mais efetiva entre as IPSS e os SLSM.



Fórum anual nacional de saúde mental



VIII Encontro Nacional das Famílias

Cruzando as dimensões social e da infância/adolescência, **a CNPSM elaborou também os objetivos estratégicos para a área da saúde mental na Estratégia Nacional de Combate à Pobreza**. A criação das ECSM da infância e adolescência foi um elemento essencial neste contexto.



Residência de Treino de Autonomia de Infância e Adolescência, Associação *Recovery* (Barcelos)

No âmbito das suas competências, a CNPSM participou regularmente em comissões e grupos de trabalho relacionados com o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (**Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental**), o Ministério da Defesa (**Rede Nacional Apoio a Militares**), o Ministério da Cultura (**IPDJ**), o Ministério da Justiça (**transição comunitária no contexto do sistema forense**) e a Câmara Municipal de Lisboa (**plano municipal de saúde mental de Lisboa**).

Em destaque:

- ▶ Revisão do protocolo de articulação com as instituições do setor social.
- ▶ Estratégia de Luta contra a Pobreza (objetivos SM).
- ▶ ENIPSSA (referenciação).
- ▶ Cooperação intersectorial.

Em curso

Em 2024:

- ▶ entra em vigor o novo protocolo de cooperação com as instituições do setor social.
- ▶ ocorre a 5ª edição do Fórum Nacional de Saúde Mental, intitulado “Cooperação entre Respostas Saúde e Segurança Social”;
- ▶ a CNPSM participa na definição da terceira Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação Sem Abrigo.

**Reorganização
dos Serviços de
Psiquiatria da
Infância e
Adolescência**

9. Reorganização dos Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Enquadramento

A saúde mental da infância e adolescência tem vindo a ser reconhecida como uma área prioritária de intervenção por dois motivos essenciais: (i) continuidade entre as perturbações psiquiátricas da idade pediátrica e as da idade adulta, e (ii) maior prevalência de problemas em populações vulneráveis, como aquelas que vivem em contextos de pobreza ou expostas a experiências adversas na infância (maus-tratos, negligência, conflitualidade familiar, doença mental parental, entre outras).

Desde a elaboração do PNSM, em 2007, que estão identificados os problemas com maiores implicações na organização dos serviços de saúde mental da infância e adolescência: aumento do número de casos, escassez de recursos humanos (principalmente de profissionais não- médicos), assimetria no acesso, heterogeneidade regional das respostas, nº de lugares de internamento insuficiente, ausência de estruturas de reabilitação psicossocial, reduzida autonomia dos serviços com funções regionais, modelo de financiamento e gestão obsoletos.

Acresce que, e não só em Portugal, tem-se assistido no pós-pandemia Covid-19 a um aumento da procura de serviços especializados de saúde mental da infância e adolescência, quer ao nível do ambulatório quer do serviço de urgência, a par com um aumento da gravidade e complexidade dos quadros clínicos.

A importância da intervenção precoce como medida eficaz e eficiente para prevenir ou reduzir a incapacidade a longo prazo das populações com problemas de saúde mental, faz com que a saúde mental da infância e adolescência deva ser entendida como uma prioridade de Saúde Pública.

Os desafios estratégicos nesta área baseiam-se assim na concretização de políticas centradas na prevenção e na transversalidade das medidas (presentes em todas as políticas), com aposta numa forte articulação intersectorial e interministerial.

Sob este pano de fundo, o Relatório de Avaliação do PNSM listou um vasto conjunto de recomendações dirigidas à saúde mental da infância e adolescência, de que se destacam:

- 1 Criação e reforço das equipas multidisciplinares de saúde mental da infância e adolescência a nível nacional.
- 2 Implementar com carácter prioritário programas de prevenção e promoção de saúde mental.
- 3 Consolidar a resposta em termos do internamento, com espaços independentes para crianças e para adolescentes.
- 4 Criação e implementação de estruturas da RNCCI-SM, tendo em conta que são fundamentais as intervenções centradas na reabilitação psicossocial.
- 5 Definir um modelo de financiamento ajustado às boas práticas clínicas.
- 6 Promover a realização de um estudo epidemiológico de âmbito nacional na área da saúde mental da infância e adolescência.

Execução

A implementação de estratégias de promoção da saúde e de prevenção da doença, de tratamento precoce e de reabilitação, veiculadas através de intervenções multidisciplinares de proximidade, com envolvimento das estruturas da comunidade, foram as linhas orientadoras da nova reforma.

1. Implementação do modelo de intervenção comunitário sistémico através da criação de equipas comunitárias de saúde mental da infância e adolescência – ECSM-IA.



ECSM-IA na ULS do Alto Ave (Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães)



ECSM-IA na ULS do Tâmega e Sousa (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)



ECSM-IA na ULS da Cova da Beira (Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira)



ECSM-IA na ULS da Lezíria (Hospital Distrital de Santarém)



ECSM-IA na ULS Alentejo Central (Hospital do Espírito Santo de Évora)



ECSM-IA ULS do Baixo Alentejo (Hospital José Joaquim Fernandes, Beja)

As ECSM-IA são parte integrante dos SLISM e organizam-se segundo o modelo comunitário de sistema de cuidados. Têm como principal objetivo assegurar a prestação de cuidados diferenciados em saúde mental infantil na comunidade à população de uma área geográfica definida (sector). São multidisciplinares na sua composição e interdisciplinares no seu funcionamento e assumem os cuidados à criança na sua realidade biopsicossocial, familiar e sistémica.

Exercem a sua função em articulação direta com os CSP, escolas e outras estruturas da comunidade, aumentando a

capacidade de intervenção efetiva junto das populações através de um trabalho em rede, não só através de consultadoria, mas também da implementação conjunta de programas de prevenção, num trabalho mais próximo e articulado.

Neste contexto, **foram criadas 10 ECSM-IA, com financiamento do PRR**, em SLISM de todas as regiões do país (vd. capítulo 4):

Foi também elaborado um manual de apoio à implementação das ECSM-IA, intitulado “Princípios Orientadores para o Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental da Infância e Adolescência”;

Foram ainda realizados dois encontros nacionais de ECSM-IA, para discussão e uniformização de procedimentos e estratégias de funcionamento.



1º Encontro Nacional das ECSM-IA



2º Encontro Nacional das ECSM-IA

2. Apoio à implementação de programas de promoção em saúde mental, de âmbito nacional, com ênfase particular na saúde mental perinatal e nos primeiros anos de vida:

- **Implementação a nível nacional do programa 'Be a Mom'**, numa parceria com a Universidade de Coimbra e a Fundação Calouste Gulbenkian. O programa 'Be a Mom' é um programa de intervenção psicológica online com eficácia comprovada na redução de sintomatologia depressiva e ansiosa no período pós-parto e na promoção da saúde mental positiva, com repercussões globais no bem-estar das mães. Dirigido a todas as mulheres no período pós-parto (atendendo à sua componente preventiva), tem uma estrutura modular assente nos princípios da terapia cognitivo-comportamental, incluindo contributos das terapias de terceira geração.



Programa 'Be a Mom'

- **Consultoria e apoio à implementação da iniciativa 'Growing Minds'**, da Fundação Calouste Gulbenkian, focada em três áreas: saúde materna e infantil, vinculação e adversidades na infância. Pretende, através de parcerias estratégicas, apoiar projetos que visam fatores de proteção e de risco para a saúde mental, com o propósito de apoiar o bem-estar e a resiliência das crianças e suas famílias, com especial enfoque nas populações mais vulneráveis.
- ## 3. Reestruturação dos serviços de urgência de Psiquiatria da Infância e Adolescência a nível nacional, em colaboração com a Direção Executiva do SNS, incluindo a elaboração conjunta do respetivo [Regulamento](#).
- ## 4. Articulação interministerial no âmbito do Projeto Garantia para a Infância (GPI), do MTSSS:
- Colaboração na iniciativa do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, criada com o objetivo de diminuir as situações de desigualdade nas populações mais vulneráveis, nomeadamente a exclusão social e a pobreza. A iniciativa prevê a criação de respostas articuladas e integradas ao nível da identificação, diagnóstico e intervenção /acompanhamento das problemáticas e necessidades destas famílias.

- ▶ Criação de grupo de trabalho pluridisciplinar de saúde mental, para articulação com o MTSSS, com o objetivo de definir as boas práticas institucionais ao nível dos lares de acolhimento para crianças e jovens. O GT elaborou uma proposta de guião temático para formação em saúde mental dos profissionais dos Núcleos Locais da GPI.

5. **Trabalho de articulação com o Ministério da Saúde, ACSS, Conselhos de Administração e SLSM (em colaboração com as CRSM).** Envolveu, entre outros: o planeamento do mapa de vagas anual da especialidade, no sentido de criar as condições para a sua abertura em hospitais mais carenciados; a sensibilização para a necessidade de transformação de unidades em serviços, pela dimensão e/ou dispersão da sua área geodemográfica; a importância de reforçar a autonomia dos serviços regionais, fundamentais pelo papel que desempenham na diferenciação dos cuidados assistenciais e na formação de internos.

Em destaque:

- ▶ Criação de ECSM-IA.
- ▶ Criação das orientações técnicas para as equipas.
- ▶ Finalização da unidade para adolescentes na ULS de Santa Maria.
- ▶ Lançamento de programas de SM na área perinatal.
- ▶ Cooperação intersectorial com outros Ministérios.

Em curso

(Nesta secção constam apenas ações de reorganização específicas na área da psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência. Existem ações comuns à psiquiatria de adultos, como as modificações no modelo de gestão e financiamento, entre outras, descritas nos respetivos capítulos.)

A multidisciplinaridade das equipas dos serviços/unidades é imprescindível para o seu funcionamento e constitui um imperativo legal (Decreto-Lei 35/99, alterado pelo Decreto-Lei 304/2009). **Está em curso a constituição das ECSM-IA propostas para 2023 e para 2024, no âmbito do PRR.**

Apesar da criação de 10 ECSM-IA, na maioria dos serviços continua a existir uma grande escassez de recursos de profissionais não-médicos, o que compromete a diversidade e qualidade das intervenções terapêuticas, estando a ser dado continuidade ao reforço da multidisciplinaridade das equipas.

O número de camas de internamento para saúde mental da infância e adolescência a nível nacional continua a ser muito reduzido (44 camas) face às necessidades.

Em 2024 entra em funcionamento a unidade de internamento para adolescentes do CHULN (ULS de Santa Maria).

Verificam-se frequentemente irregularidades nos limites etários dos doentes internados na Unidade Partilhada (unidade de internamento para adolescentes e jovens dos 15 aos 25 anos, numa parceria entre o CHPL e o HDE, da ULS São José). As *guidelines* internacionais

preconizam que as intervenções terapêuticas em idade pediátrica se restrinjam à faixa etária até aos 18 anos.

Em 2025 encerra a Unidade Partilhada da ULS São José, situada no Hospital Júlio de Matos – ULS de São José.

Mantém-se a necessidade de criar novas estruturas de reabilitação psicossocial para crianças e adolescentes, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RNCCI-SM), já que existem a nível nacional apenas três respostas para esta faixa etária. **Está em curso até 2025 a criação destas respostas, no âmbito do PRR.**

Em 2024 são planeadas estruturas para crianças e adolescentes com perturbação do desenvolvimento intelectual e alterações graves do comportamento, com menor potencial reabilitativo – **unidades para utentes de elevada complexidade** - que recorrem com frequência ao serviço de urgência e ocupam vagas no internamento, sem benefício terapêutico, e para os quais as tipologias da RNCCI-SM não constituem resposta.

Na área dos programas de promoção e prevenção em saúde mental da infância e adolescência, mantém-se o apoio e participação ativa na implementação e expansão a nível nacional do Programa 'Be a Mom' da iniciativa 'Growing Minds' e do programa '+ Contigo'.

No 2º semestre de 2024 passam a estar disponíveis os **indicadores (IDE e desempenho institucional)** necessários para a criação de CRI nos serviços de psiquiatria da infância e adolescência.

No 1º semestre de 2025 são criados os primeiros CRI de saúde mental da infância e adolescência.

Em 2025 tem início o primeiro estudo epidemiológico de morbilidade com representatividade nacional.

**Desenvolvimento
de programas de
prevenção e
promoção**

10. Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção

Enquadramento

A saúde mental de uma população não pode ser alcançada apostando unicamente no tratamento das perturbações psiquiátricas: pelo contrário, a evidência científica demonstra que [a promoção da saúde e a prevenção da doença podem conduzir a ganhos de saúde](#), aumento da inclusão social, incremento da produtividade, num contexto de melhoria dos níveis de bem-estar global.

Este é um aspeto crucial da formulação de políticas públicas de saúde: a saúde mental é uma questão de responsabilidade partilhada, em que estão implicadas as áreas do trabalho e segurança social, educação, justiça, ambiente, planeamento urbano e habitação.

A análise da literatura permite identificar sem dificuldade os tópicos mais frequentemente abordados nos documentos e recomendações desta área, que correspondem aos contextos onde existe um maior impacto potencial: programas de promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida, em casa, nas escolas e no trabalho, prevenção do suicídio e luta contra o estigma e discriminação.

A estes programas, destinados à população geral, devem associar-se programas e estratégias visando a promoção da recuperação e bem-estar de pessoas com problemas ou perturbações psiquiátricas de todas as idades, defendendo os seus direitos. A chave para a recuperação envolve ajudar as pessoas a encontrar a

combinação certa de serviços, tratamentos e outros apoios, eliminando a discriminação através da abolição das barreiras à participação no trabalho, na educação e na vida social.

Esta abordagem é particularmente importante para reduzir as desigualdades nos fatores de risco e no acesso aos serviços de saúde mental, fortalecendo a resposta às populações mais vulneráveis (e.g. pessoas sem-abrigo, vítimas de violência, migrantes e refugiados).

No entanto, apesar do reconhecimento generalizado da importância de todos estes elementos, as atividades de promoção e de prevenção em saúde mental não tiveram em Portugal, durante as duas últimas décadas, a expressão que o seu potencial impacto justificaria.

A recente pandemia COVID-19 veio reforçar a necessidade de implementação destes projetos entre nós: um exemplo paradigmático é o do Ensino Superior, em que a necessidade de melhorar a identificação dos problemas de SM nos estudantes, assim como de criar novas respostas a esse nível, têm sido sublinhadas pelos representantes estudantis, pela comunidade académica em geral e por várias entidades públicas e privadas.

Execução

Na sequência do trabalho que já vinha a ser desenvolvido pelo Programa Nacional de Saúde Mental/DGS, a CNPSM estabeleceu um extenso plano de atividades, com o objetivo de desenvolver de forma sustentada projetos e programas de promoção da saúde e prevenção da doença nas áreas acima mencionadas, através de duas vias principais: iniciativas institucionais e financiamento (por candidatura a concurso público) a entidades sem fins lucrativos – associações, fundações, instituições particulares de solidariedade social, cooperativas.



Sessão comemorativa do Dia Mundial da Saúde Mental (2022)

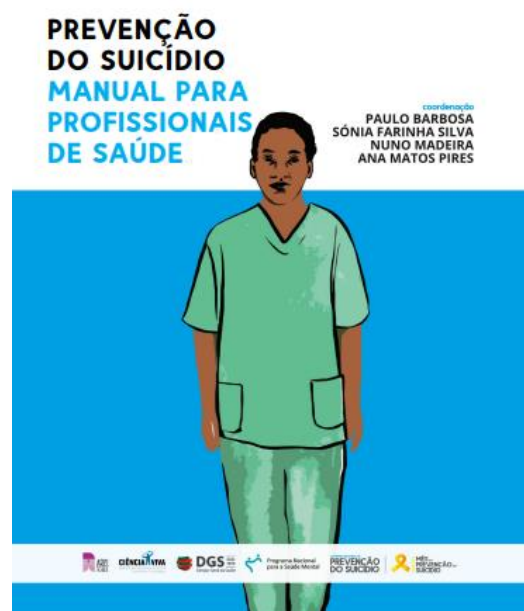


Sessão comemorativa do Dia Mundial da Saúde Mental (2023)

No âmbito da prevenção do suicídio, cuja estratégia tem estado a ser **atualizada em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Suicidologia**, foram realizadas várias ações: (i) desenvolvimento da [Campanha Nacional de Prevenção do Suicídio](#) (ii) disseminação nacional do programa “+ Contigo”, de combate ao estigma e de prevenção do suicídio em meio escolar, (iii) promoção de iniciativas regionais, no âmbito do Mês da Prevenção do Suicídio.



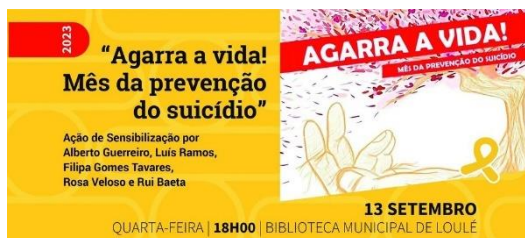
[Repositório da Campanha Nacional de Prevenção do Suicídio](#)



Manuais de Prevenção do Suicídio da ARIS da Planície



Programa + Contigo



Exemplo de uma iniciativa regional, no âmbito do Mês da Prevenção do Suicídio

Para operacionalizar a prevenção de problemas de saúde mental em situações de emergência e catástrofe, **foi elaborado um modelo de respostas de saúde mental no Serviço Nacional de Saúde e no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica**, operacionalizado através da constituição de Gabinetes Regionais de Crise nas ARS.

Foram realizadas **ações de sensibilização e formação em violência familiar**, dirigidas aos profissionais dos CSP e dos SLSM, e mantida a parceria com o CHUC e com a Agência para a Prevenção do Trauma e da Violação dos Direitos Humanos.

Ainda nesta área, a CNPSM integrou a **Comissão de Análise Integrada da Delinquência Juvenil e da Criminalidade Violenta** e participou igualmente no **Grupo Operativo Único**, responsável pelo estabelecimento de um sistema único de acolhimento e integração de requerentes e beneficiários de proteção internacional.

No âmbito das artes e cultura, a CNPSM tem organizado anualmente os projetos “**Festival Mental**” (em parceria com a empresa Safe Space Portugal) e “**Há música ao fundo do Túnel**”. Trata-se de projetos de âmbito nacional, em colaboração com os municípios, os gabinetes da cultura, o ensino superior, o sector social, os SLSM, utentes e famílias.



Festival Mental



Iniciativa “Há música ao fundo do Túnel”

Também com carácter regular, **agora no campo da prevenção e reabilitação psicossocial**, a CNPSM organiza anualmente o Fórum Nacional de Saúde Mental, dirigido aos profissionais do sector da saúde mental e da área social, e o Encontro das Famílias, este último em parceria com a Federação Portuguesa das

Famílias das Pessoas com Experiência em Doença Mental (FamiliarMente).

Na área dos direitos humanos, o destaque vai para a **publicação de uma nova lei de saúde mental** ([Lei nº 35/2023](#), de 21 de Julho), cuja extensa revisão se justificava após mais de vinte anos de vigência, considerando tanto os avanços registados a nível científico, como os compromissos assumidos por Portugal, relativamente às matérias de direitos humanos, no âmbito da OMS, do Conselho da Europa e outras instâncias internacionais (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 2006, Protocolo Adicional à Convenção de Oviedo sobre o internamento e o tratamento involuntário).

Nesta sua nova formulação, a Lei de Saúde Mental introduz modificações muito significativas no que se refere aos direitos das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, às garantias de proteção da liberdade e da autonomia, aos pressupostos para tratamento involuntário, à utilização de medidas coercivas e à não possibilidade de prorrogação indefinida das medidas de segurança de internamento de inimputáveis.

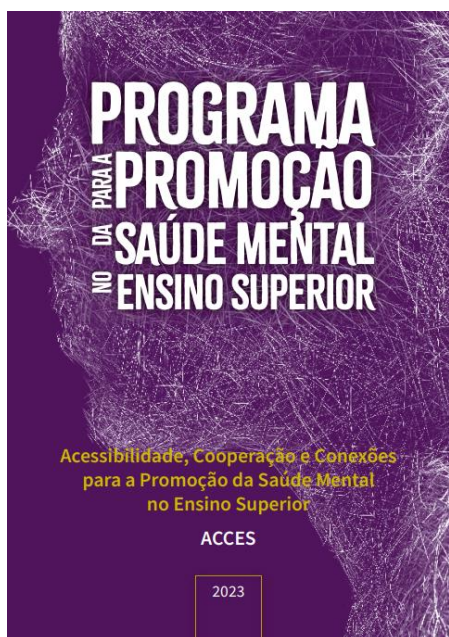
A introdução de elementos inovadores como a preferência pelo tratamento involuntário em ambulatório, a definição do regime geral da utilização de medidas coercivas, as diretivas antecipadas de vontade, a possibilidade de nomeação de pessoa de confiança, a definição do regime de gestão do património e a revogação de condições impeditivas da capacidade eleitoral, colocaram a nova lei entre as

mais avançadas a nível europeu em matéria de cumprimento dos direitos humanos das pessoas com doença mental.

Ainda dentro do campo dos direitos humanos, a CNPSM adaptou para língua portuguesa as ferramentas digitais para melhoria da garantia de cumprimento dos direitos de pessoas com doença mental da OMS ([WHO QualityRights tool kit](#)), através de um protocolo firmado com esta organização internacional. Este material estará disponível em 2024, para dar-se início à formação dos profissionais de todos os SLSM do país.

O Ensino Superior foi o alvo de um dos projetos recentes mais importantes na área da promoção e prevenção em saúde mental, que resultou do trabalho de uma **comissão técnica em que a CNPSM participou, assegurando a sua coordenação**.

Esta comissão efetuou um levantamento dos problemas, das respostas disponíveis e das respostas necessárias, assim como das boas práticas nacionais e internacionais, e com base nesses elementos elaborou o **Programa Nacional de Promoção da Saúde Mental nos Estudantes do Ensino Superior** (Programa ACCES - Acessibilidade, Cooperação e Conexões para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior). A avaliação das candidaturas foi concluída em março de 2024, estando já em fase de implementação pelas instituições do ensino superior, com uma dotação financeira de 12 milhões de euros.



[Manual do Programa para Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior \(ACCES\)](#)

Como pano de fundo, a CNPSM levou a cabo várias iniciativas de literacia de saúde mental, de que se podem destacar a divulgação de informação ([website](#)), a cedência de materiais para campanhas, a participação em programas na comunicação social, e a criação de uma série de [vídeos](#) sobre doença mental.

Finalmente, através dos Programas de Apoio Financeiro (PAF, [Dec.-Lei nº186/2006](#), [Portaria nº 418/2007](#)), **foram apoiadas as seguintes áreas de promoção e prevenção:**

	Área específica	Entidade	Implementação
1	Prevenção da depressão e suicídio	ARIS da Planície	Região do Alentejo
2	Prevenção da depressão e suicídio	Eutimia – EAAD (Aliança Europeia contra a Depressão - Portugal)	Concelhos de Lisboa, Oeiras e Cascais
3	Promoção da mudança de atitude face ao estigma e discriminação	Associação Honorífica da ESEC	Distritos de Coimbra, Lisboa e Faro
4	Promoção de SM de crianças e adolescentes	Associação Cento Doutor João dos Santos - Casa da Praia	Região de LVT
5	Promoção do apoio à integração escolar	Associação de Reabilitação e Integração Ajuda	Lisboa, Oeiras, Cascais
6	Promoção de SM de crianças com recurso à musicoterapia	DEVELOPMIND - Associação para a Promoção da Saúde Mental na Infância e Juventude	Região de LVT
7	Prevenção do risco de doença mental na relação mãe/bebé	Associação para o Planeamento da Família	Concelhos de Matosinhos, Évora e Faro
8	Prevenção do <i>bullying</i> em meio escolar	Associação Plano i	Concelhos Porto, Matosinhos e Figueira da Foz
9	Promoção da parentalidade em jovens famílias de etnia cigana	Associação para o Planeamento da Família	Distritos Porto, Évora e Faro
10	Prevenção de risco em crianças e adolescentes expostos a situações de catástrofe	Entretodos - Associação Port. de Parcerias para o Desenvolvimento Social	Regiões de LVT e Alentejo
11	Promoção de SM de crianças e adolescentes	Arisco Instituição para a Promoção Social e da Saúde	Concelhos de Loures, Cascais e Seixal
12	Promoção de SM de crianças e adolescentes	Instituto das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus,	Concelhos de Sintra, Condeixa-a-Nova e Portalegre
13	Promoção de SM positiva na DMG (Open Dialogue)	Fundação Romão de Sousa	Região do Alentejo

Área específica	Entidade	Implementação
14 Promoção de SM positiva na DMG	Mentemovimento - Associação Pró-Saúde Mental de Entre Douro e Vouga	Concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e Castelo de Paiva
15 Promoção de SM positiva na DMG	CIDB - Centro de Investigação e Desenvolvimento da Beira	Regiões Norte, Centro e LVT
16 Promoção de SM positiva na DMG	P28 Associação para o desenvolvimento criativo e artístico	Região de LVT
17 Promoção de SM para pessoas com perturbações depressivas major e bipolares	Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares	Distritos de Lisboa e Porto
18 Promoção da Inclusão Social de pessoas com doença mental	Casa do Povo de São Bartolomeu de Messines	Concelho de Silves
19 Promoção da Inclusão Social de pessoas com doença mental	Lar de São Salvador de Aramenha	Distrito de Portalegre
20 Promoção da SM no contexto laboral	ENCONTRAR+SE	Distrito de Braga
21 Prevenção risco psicossocial para vítimas dos incêndios de 2017	Cruz Vermelha Portuguesa - Sede Nacional	Distritos de Coimbra e Leiria
22 Promoção da literacia em SM	Associação ManifestaMente	Regiões LVT Alentejo e Algarve
23 Promoção da literacia em SM	Associação de Psicologia e Desenvolvimento Comunitário	Nacional
24 Advocacy de direitos humanos	Associação Nacional para a Saúde Mental	Distrito de Setúbal
26 Promoção da literacia em SM	Matiz- Associação para a Promoção da Saúde Mental	Distrito de Bragança
27 Promoção da SM no contexto LGBTI+	Associação ILGA Portugal	Região de LVT
28 Promoção da SM para idosos com doença mental	COFAC - Cooperativa de Formação e Animação Cultural	Nacional



Diário Digital Castelo Branco - Teatro: Peça foca saúde mental em Idanha-a-Nova (diariodigitalcastelobranco.pt)



[Kit saúde mental manifestamente](#)

Open Dialogue



Projeto de intervenção terapêutica na doença mental grave, adaptado do modelo finlandês “Open Dialogue”



AT MIND
WORK

Promoção da saúde mental no contexto laboral



Projeto de literacia em saúde mental e luta contra o estigma



Promoção da literacia em saúde mental, Matiz



Projeto de literacia em saúde mental e luta contra a estigma

Vários destes projetos deram origem a **manuais de implementação**, para estimular e facilitar o desenvolvimento de iniciativas em todo o território nacional.

Em destaque:

- ▶ Publicação da nova Lei de Saúde Mental.
- ▶ Preparação dos programas de redução de coerção.
- ▶ Iniciativas de prevenção do suicídio.
- ▶ Prevenção de risco psicossocial em catástrofes e ambiente laboral.
- ▶ Programa de prevenção de risco no Ensino Superior.
- ▶ Iniciativas de promoção de literacia para a população.
- ▶ Lançamento de 28 programas de promoção com apoio financeiro.
- ▶ Cooperação intersectorial com outros Ministérios.



Especificidades nos cuidados de **saúde mental** a pessoas **LGBTI+**

Promoção da SM no contexto LGBTI, Associação ILGA Portugal

Em curso

No ano de 2024:

- ▶ mantém-se em curso a estratégia de prevenção do suicídio, com a colaboração dos parceiros da comunidade;
- ▶ são lançados 12 novos programas de apoio financeiro para o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde mental e de prevenção da doença;
- ▶ são implementados os projetos aprovados no âmbito do Programa ACCES - Acessibilidade, Cooperação e Conexões para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior;
- ▶ inicia-se a primeira fase de formação em exercício sobre métodos de redução de medidas coercivas, dirigida aos profissionais dos SLSM e das unidades forenses do Ministério da Saúde;
- ▶ são retomados os Programas de Inovação em Saúde mental, dirigidos aos SLSM.

**Coordenações
Regionais de Saúde
Mental**

COORDENAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Coordenação Regional de Saúde Mental do Norte

Enquadramento

Ao longo das últimas décadas, os cuidados de saúde mental têm sido progressivamente (re)estruturados para responder às necessidades e, ao mesmo tempo, para promover a necessária atualização dos modelos de prestação de cuidados em linha com a evidência científica e as melhores práticas baseadas na evidência a nível internacional.

Na Região Norte, a implementação das disposições do PNSM recebeu um impulso legislativo significativo através da publicação do Decreto-Lei nº 113/2021, de 14 de dezembro, que estabeleceu uma Coordenação Regional descentralizada com competências fundamentais na organização da rede de cuidados de saúde mental, nomeadamente no planeamento e monitorização da atividade dos serviços. Esta estrutura, composta por profissionais de diversas áreas da saúde mental, constituiu-se como um agente nuclear para as concretizações já ocorridas.

Salienta-se a manutenção dos Conselhos Regionais de Saúde Mental, enquanto órgãos consultivos regionais, e destaca-se a criação dos Conselhos Locais de Saúde Mental, órgãos consultivos dos SLSM em cada uma das Comunidades Intermunicipais abrangidas e que contribuem para a aproximar os serviços de saúde mental das necessidades e anseios das comunidades locais.

À data da criação da CRSM existiam na região Norte 12 SLSM e um Hospital Psiquiátrico. A rede de saúde mental da região encontrava-se estruturada em torno do Hospital Psiquiátrico (Hospital de Magalhães Lemos) que desempenhava uma função pivotal, recebendo - integral ou temporariamente - todos os utentes em fase aguda internados de vasta área geográfica que integrava a Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto (UMPP) em resultado da inexistência de serviços de internamento de proximidade. A UMPP, uma urgência centralizada no Centro Hospitalar Universitário de São João, apresentava problemas de funcionamento significativos quer do ponto de vista da organização das equipas, quer do fluxo de doentes.

Na área do Minho, a rede estruturava-se com centralidade em Braga, onde funcionava a urgência que recebia os utentes das áreas de Braga, Barcelos, Alto Minho e Alto Ave durante a maior parte do período horário semanal, resultando numa sobrecarga local e na necessidade de transporte frequente de utentes entre instituições de saúde. Adicionalmente, as dotações de camas de internamento desta área revelavam-se claramente insuficientes para as necessidades.

Atendendo a esta realidade, assumiam-se como objetivos fundamentais: (i) a integração do Hospital de Magalhães Lemos num Hospital Geral (ii) a expansão e ampliação da rede de serviços de internamento de proximidade; (iii) a expansão e reestruturação da rede de serviços de urgência com melhorias ao nível da eficiência; (iv) a construção e reabilitação das unidades de ambulatório dos SLSM bem como a adaptação dos modelos de prestação de cuidados para garantir maior proximidade; (v) o estabelecimento dos Conselhos Locais de Saúde Mental nos SLSM da região.

Execução

A CRSM do Norte, a funcionar inicialmente junto da ARS Norte, I. P., e a partir deste ano a reportar à DE-SNS, é constituída por um Coordenador Regional (Pedro Morgado), uma Médica Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência (Otília Queirós), duas Médicas Especialistas em Psiquiatria (Ana Silva Pinto e Carla Rio), um Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar (Rui Macedo), um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Francisco Sampaio), um/a Psicólogo (Eunice Silva até Agosto de 2023 e Hélder Rebelo a partir de Outubro de 2023), uma Assistente Social (Teresa Dolgner), uma Terapeuta Ocupacional (Sara Sousa) e a Coordenadora da Comissão do Plano Regional de Demências (Cristina Paz).



CRSM do Norte

A CRSM do Norte trabalhou, em articulação direta com a CNPSM, as demais entidades do Ministério da Saúde e os SLSM, na concretização dos objetivos definidos para a região, entre os quais destacamos:

- ▶ reforço dos recursos humanos dos vários SLSM da região Norte, tanto a nível dos serviços de adultos como dos serviços de saúde mental da infância e da adolescência;
- ▶ integração do Hospital de Magalhães Lemos no Centro Hospitalar Universitário de Santo António, e posteriormente na ULS de Santo António;
- ▶ criação de cinco ECSM na região Norte, três para a infância e adolescência (ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, ULS do Alto Minho e ULS de Entre Douro e Vouga) e duas para serviços de adultos (ULS do Nordeste e ULS de Braga);



ECSM-IA, e respetiva viatura elétrica, de Viana do Castelo da ULS do Alto Minho



ECSM-IA, e respetiva viatura elétrica, da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro



ECSM para a população adulta da ULS do Nordeste



ECSM para a população adulta da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro)

- ▶ estímulo à setorização dos SLSM e constituição de novas equipas comunitárias de saúde mental, por reorganização da estrutura dos serviços (objetivo concretizado em 10 dos 12 SLSM da região);
- ▶ abertura do Serviço de Internamento e de Ambulatório da Unidade Local de Saúde do Médio Ave, a funcionar em Santo Tirso;
- ▶ abertura do Serviço de Hospital de Dia da ULS do Nordeste (Bragança);
- ▶ abertura de uma unidade de internamento de Psiquiatria Forense na ULS de Santo António (Hospital Magalhães de Lemos);
- ▶ abertura de uma residência forense de transição na ULS de Santo António (Hospital Magalhães de Lemos), para pessoas em situação de liberdade para prova.
- ▶ reestruturação da UMPP com implementação de um novo Regulamento, resolução da situação dos utentes que aguardavam vaga de internamento nas instalações do Serviço de Urgência, revisão da fórmula de distribuição das equipas com reforço da equidade entre SLSM participantes e implementação de um modelo transparente de coordenação e gestão;

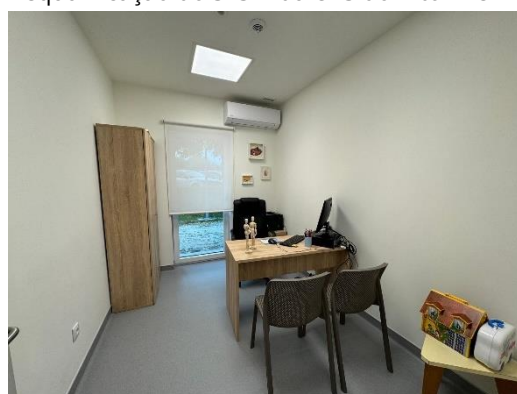
- ▶ reforço da rede de urgências da área do Minho com abertura do atendimento de urgência de psiquiatria na ULS do Alto Ave (Guimarães) e funcionamento em presença física das 8 às 20h, sete dias por semana, na ULS de Braga e ULS do Alto Minho;
- ▶ constituição de Conselhos Locais de Saúde Mental em oito dos 12 SLISM da região;
- ▶ lançamento e acompanhamento das obras de construção e/ou ampliação dos serviços de internamento das ULS de Entre Douro e Vouga, de Matosinhos, de Gaia/Espinho, do Alto Ave e de Trás-os-Montes e Alto Douro no âmbito do PRR;



Requalificação do SLISM da ULS do Alto Ave



Requalificação do serviço de internamento da ULS de Gaia/Espinho



Requalificação do SLISM da ULS do Alto Ave

- ▶ lançamento e acompanhamento das obras de construção e/ou ampliação dos serviços de ambulatório das ULS de Entre Douro e Vouga, de Matosinhos, do Alto Ave, de Trás-os-Montes e Alto Douro, do Nordeste, de Santo António (Gondomar) e do Médio Ave (Famalicão) no âmbito do PRR;



Requalificação do serviço de ambulatório da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro



Nova unidade de internamento e requalificação dos serviços de ambulatório da ULS do Médio Ave

- ▶ melhoria da integração entre os CSP, as estruturas do DICAD e os SLSM nos processos de referênciação, transmissão de informação clínica e continuidade de cuidados;
- ▶ reforço da RNCCI-SM da região Norte com abertura de uma nova EAD na região do Norte e lançamento das novas respostas no âmbito do PRR;
- ▶ participação ativa na Equipa de Coordenação Regional da RNCCI;
- ▶ articulação intersectorial com as Comunidades Intermunicipais (CIM), Autarquias, Coordenações Locais de Ação Social (CLAS), Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA), Coordenação Regional do PNPVCV, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), Instituições de Ensino Superior, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e entidades culturais da região;

- ▶ desenvolvimento, a nível regional, do programa de Formação das Equipas Comunitárias de Saúde Mental e implementação do programa regional de formação sobre Critérios de Referência para a Urgência de Psiquiatria;
- ▶ as ULS de Santo António, de Braga, do Tâmega e Sousa, de Matosinhos e do Nordeste integram os projeto-piloto para criação de Centros de Responsabilidade Integrados de Saúde Mental.



Departamento de Saúde Mental da ULS do Alto Ave



Unidades de internamento e de transição de psiquiatria forense na ULS de Santo António (Hospital Magalhães de Lemos)



Requalificação dos SLSM da ULS de Santo António (Gondomar)

Em curso

Estão em curso as seguintes iniciativas:

- ▶ requalificação dos SLSM da ULS de Entre Douro e Vouga, de Matosinhos, do Alto Ave, de Gaia/Espinho, de Trás-os-Montes e Alto Douro, do Nordeste, de Santo António (Gondomar) e do Médio Ave (Famalicão), através do financiamento do PRR;
- ▶ requalificação dos SLSM da ULS de São João e da ULS do Tâmega e Sousa, através de iniciativas das instituições;
- ▶ constituição em 2024 de duas novas ECSM de Psiquiatria de adultos (ULS de Médio Ave e ULS do Tâmega e Sousa) e uma de Psiquiatria da Infância e Adolescência (ULS do Alto Ave), no âmbito do PRR;
- ▶ realização de recomendações técnicas para os diferentes SLSM da região sobre a organização dos cuidados por setores geodemográficos, a constituição de equipas comunitárias e a evolução para o modelo de gestão por CRI;
- ▶ promoção de serviços completos englobando as diferentes áreas funcionais em todos os SLSM, nomeadamente internamento, urgência, ambulatório organizado na forma de equipas comunitárias, hospital de dia e ligação;
- ▶ melhoria da articulação da CRSM do Norte e dos SLSM com as estruturas representadas no Conselho Regional de Saúde Mental, para além dos CSP, previstas no seu Regulamento Interno.

Coordenação Regional da Saúde Mental do Centro

Enquadramento

Partindo de uma primeira avaliação das necessidades na área da saúde mental na Região Centro, o Plano Regional de Saúde Mental do Centro foi elaborado a partir de 5 eixos estratégicos:

- ▶ setorização, ECSM, articulação com os CSP e integração de outros setores da comunidade;
- ▶ cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
- ▶ promoção da saúde mental e trabalho em rede na Comunidade;
- ▶ formação e investigação;
- ▶ divulgação / Sensibilização da População.

Estes eixos foram traduzidos num conjunto de objetivos gerais:

- ▶ diminuir assimetrias na capacidade de prestação de cuidados de saúde mental entre regiões, nomeadamente no que se refere à região mais interior.
- ▶ fomentar relações de proximidade com os CSP e outros sectores/parceiros da comunidade, a par com a criação/implementação de redes secundárias, formais e não-formais;
- ▶ mapear e facilitar o acesso a estruturas de reabilitação e de intervenção comunitária;
- ▶ facilitar a partilha de informação e a formação de profissionais de saúde, cuidadores formais e informais;

- ▶ implementar os novos modelos de gestão de serviços planeados a nível nacional, baseados em boas práticas nacionais e internacionais;
- ▶ promover a diminuição do estigma e aumento da literacia em saúde mental.

Execução

No que se refere à reorganização de serviços, foram realizadas várias iniciativas:

- ▶ criação da CRSM, de composição multidisciplinar, constituída por João Redondo (coordenador), Paula Correia, Tiago Santos, José Carlos Santos, José Pedro Antunes, Diana Breda, Nuno Madeira, Filipa Troia, João Pedro Pimentel, Isabel Rosa e Anabela Fazendeiro;



CRSM do Centro

- ▶ constituição do Conselho Regional de Saúde Mental da Região Centro e aprovação do Plano Regional de Saúde Mental 2023/2024;
- ▶ elaboração do mapa dos SLSM/SRSM da região Centro, com caracterização da setorização e das carteiras de serviços disponíveis (áreas de diferenciação, recursos humanos, consultas de subespecialidade e/ou projetos inovadores);
- ▶ Identificação de necessidades específicas e áreas de desenvolvimento preferencial de cada SLSM, com base no contexto populacional;
- ▶ estabelecimento de canais de comunicação entre os vários organismos responsáveis pelas populações mais vulneráveis, reforçando a rede social de suporte;
- ▶ foi assegurado o acompanhamento regular das respostas no âmbito da ECR da RNCCI-SM;
- ▶ foram incluídos 3 SLSM da Região Centro no projeto-piloto para criação de CRI-SM – ULS de Castelo Branco, ULS de Coimbra, ULS de Aveiro;
- ▶ na região de Aveiro, criação de um Conselho Local de Saúde Mental e patrocínio da constituição da Associação RIAMENTE (associação de famílias e de utentes que sofrem de doença mental).



Associação de Famílias e Amigos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - RIAMENTE

Foram operacionalizadas metas do PRR específicas para a região:

- ▶ criação em 2021 de uma ECSM de adultos (CHTV, atual ULS de Viseu Dão-Lafões) e uma ECSM de infância e adolescência (Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira, atual ULS Cova da Beira);



ECSM para a população adulta da ULS de Viseu Dão Lafões (Centro Hospitalar Tondela Viseu)



ECSM para a infância e adolescência da ULS Cova da Beira (Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira)

- criação em 2022 uma ECSM de adultos (ULS de Castelo Branco) e uma ECSM de infância e adolescência (Centro Hospitalar de Leiria, atual ULS da Região de Leiria)



ECSM-IA Leiria



ECSM-PA Castelo Branco

- requalificação das instalações do SLSM da ULS de Castelo Branco;



Requalificação da ULS de Castelo Branco concluída em 30.04.2023

- Instalação de uma sala de *Snoezelen* na ULS da Cova da Beira.



Sala de *Snoezelen* na ULS da Cova da Beira

Outras iniciativas

Foram realizadas ações formativas dirigidas às equipas dos SLSM sobre modelos de intervenção comunitários na doença mental grave e (ii) integração dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental no fluxo de prestação de cuidados.

Foi desenvolvido projeto-piloto com o Instituto de Emprego e Formação Profissional para implementação de medidas de apoio ao emprego competitivo.

Foram executadas diversas iniciativas nas áreas da promoção e prevenção:

- violência familiar/por parceiro íntimo – encontros, estabelecimento de redes formais;



Centro de Trauma, ULS de Coimbra

- estratégia de prevenção da violência e promoção de suporte no contexto das festividades académicas da AAC/UC (protocolo CRSM do Centro, Universidade de Coimbra e Associação Académica de Coimbra);

- ▶ no âmbito da iniciativa “Cuidar de quem Cuida”, elaboração de estudo de avaliação da capacidade para o trabalho, exaustão e depressão em profissionais dos Centros de Saúde da Região Centro.

Em curso

- ▶ Estão em constituição as ECSM de adultos (ULS da Guarda) e de psiquiatria de infância e adolescência (ULS de Viseu Dão-Lafões) para 2023;
- ▶ Estão em constituição as ECSM de adultos (ULS da Cova da Beira) e de infância e adolescência para 2024 (ULS de Castelo Branco);
- ▶ Estão em curso uma série de obras financiadas pelo PRR que irão melhorar ou reorganizar as respostas existentes na Região Centro:
 - construção das instalações de um novo SLSM da ULS Dão-Lafões, junto do Hospital Geral, encerrando-se a atividade que tem decorrido desde há anos nas instalações de Abraveses;
 - construção de uma nova unidade de internamento para pessoas a cumprir medida de segurança, na ULS Coimbra (Hospital Sobral Cid);
 - construção de uma nova unidade de transição para pessoas em liberdade para prova, após cumprimento de medida segurança, na ULS Coimbra (Hospital Sobral Cid);
 - requalificação do SLSM da ULS da Guarda (internamento e consulta externa).

Coordenação Regional da Saúde Mental de Lisboa e Vale do Tejo

Enquadramento

Os problemas relativos à organização dos SLSM e à prestação de cuidados na RLVT estavam já identificados em várias avaliações prévias da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental, nomeadamente:

- ▶ persistência de uma grande assimetria na concentração de recursos humanos entre os vários SLSM da Região, devido à dificuldade na contratação de recursos humanos, sobretudo em hospitais mais periféricos (e.g., limitações à contratação, dificuldade de fixação de profissionais, opção crescente por horários a tempo parcial;
- ▶ aumento do número de contrato por prestação de serviços, com implicações importantes na dinâmica das equipas;
- ▶ situação particularmente grave na área da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, com número insuficiente de novos especialistas, e saída crescente de médicos para o sistema privado;
- ▶ reduzida contratação de profissionais não-médicos face às necessidades, dificultando a multidisciplinaridade imprescindível para a intervenção em saúde mental;
- ▶ persistência de um modelo de financiamento e gestão que não incentiva o desempenho e a diferenciação dos SLSM;
- ▶ escassez de profissionais de saúde mental nos CSP, assim como insuficiência de modelos formais de

articulação com os cuidados de saúde primários;

- ▶ agravamento de problemas socioeconómicos, com falta de respostas sociais;
- ▶ insuficiente implementação da RNCCI-SM;
- ▶ escassez de respostas para grupos específicos de doentes, de que são exemplo as perturbações de desenvolvimento e as perturbações do espectro do autismo.

Execução

No que se refere à reorganização de serviços, foram realizadas várias iniciativas:

- ▶ criação em 2022 da CRSM de LVT, composta por representantes de cada uma das áreas profissionais que trabalham em saúde mental (Teresa Maia, Marco Paulino, Georgina Maia, Ana Catarina Pereira, Mónica Loureiro, Patrícia Plácido, António Nabais, Ana Coelho, Lídia Martins, Manuel Gonçalves Pereira, Teresa Costa);



CRSM de Lisboa e Vale do Tejo

- ▶ constituição do Conselho Regional de Saúde Mental da RLVT, que aprovou o seu Regulamento e posteriormente discutiu e aprovou por unanimidade o Plano Regional de Saúde Mental 2023/2024, proposto pela CRSM;
- ▶ acompanhamento regular dos SLSM, incluindo a realização de reuniões mensais com os diretores dos SLSM, visitas programadas aos serviços, acompanhamento das novas ECSM e gestão de vagas de internamento em conjunto na Região;
- ▶ validação dos mapas regionais de vagas para médicos recém-especialistas de psiquiatria e psiquiatria da infância e adolescência;
- ▶ elaboração de planos de setorização dos SLSM e acompanhamento das iniciativas em sede de PRR;
- ▶ revisão das Redes de Referência de Psiquiatria e de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Durante este período, ocorreu a abertura de novas respostas, (algumas financiadas pelo PRR) havendo também em alguns casos a transferência de responsabilidades assistenciais entre diferentes SLSM, nomeadamente:

- ▶ a ECSM de Oeiras (ULS de Lisboa Ocidental) iniciou funções em novas instalações em 2023;
- ▶ início de funções da ECSM de Loures (ULS de Loures Odivelas), em instalações do Centro de Saúde;
- ▶ início de funcionamento da ECSM de Carcavelos (Hospital de Cascais) no Centro de Saúde de Carcavelos;
- ▶ início do funcionamento da ECSM de Torres Vedras (ULS do Oeste), financiada pelo PRR, que passou a assumir a

população até então servida pela ULS de São José (Hospital Júlio de Matos);

- ▶ transição de população assistida no ULS Loures Odivelas para a ULS de Santa Maria, de acordo com as novas áreas das ULS envolvidas.

Foram operacionalizadas metas do PRR específicas para a região:

- ▶ criação de duas ECSM (Ourém na ULS do Médio Tejo, e Torres Vedras na ULS do Oeste), e duas ECSM-IA (ULS da Lezíria e ULS da Arrábida), com contratação dos profissionais respetivos e a aquisição de quatro viaturas;



ECSM para a população adulta de Ourém na ULS Médio Tejo



ECSM para a população adulta de Torres Vedras na ULS Médio Tejo



ECSM para a infância e adolescência de Santarém na ULS da Lezíria (Hospital Distrital de Santarém)



ECSM para a infância e adolescência de Setúbal na ULS da Arrábida (Centro Hospitalar de Setúbal)



Formação para Terapeutas de Referência na ULS Amadora/Sintra (Hospital Fernando Fonseca)

- ▶ abertura de 10 camas de Internamento na ULS do Oeste (população até então atendida no CHLN) e início de funcionamento da urgência respetiva, no Hospital das Caldas da Rainha.



ULS do Oeste

A nível do serviço de Urgência, destacaram-se:

- ▶ reorganização das urgências de psiquiatria e de PIA na Região, garantindo as condições necessárias para o seu funcionamento e criando novas respostas, de acordo com o definido com a DE-SNS;
- ▶ implementação do novo regulamento das urgências de PIA;
- ▶ entrada em funcionamento das novas Urgências de PA em Cascais e no Oeste.

Outras iniciativas executadas:

- ▶ foram implementados programas de promoção da saúde mental para os filhos de pessoas com doença psiquiátrica (Programa Semente) na ULS de Amadora-Sintra e na ULS de Lisboa Ocidental e no período perinatal (Semente gravidez e primeiro ano de vida) no Departamento de Saúde Mental do HFF e nos CSP, usufruindo de financiamento externo;



Programa Semente

- ▶ o programa de prevenção do suicídio em meio escolar “+ Contigo”, foi disseminado por mais escolas da Região;
- ▶ foi assegurado o acompanhamento regular das respostas no âmbito da ECR da RNCCI-SM;
- ▶ em 2023, promoveu-se a constituição dos Conselhos Locais de Saúde Mental, estando já em funcionamento os CLSM da ULS Almada Seixal, de Cascais e dois outros em Lisboa;
- ▶ foram incluídos 6 SLSM da RLVT no projeto-piloto para criação de CRI-SM (ULS Barreiro Montijo, ULS Oeste, ULS Médio Tejo, ULS Amadora Sintra, ULS Loures Odivelas e ULS Lisboa Ocidental);
- ▶ foi estabelecida a articulação da CRSM de LVT e dos SLSM com as estruturas representadas no Conselho Regional de Saúde Mental, para além dos CSP, previstas no seu Regulamento Interno.

Em curso

- ▶ Com financiamento do PRR, constituição das ECSM (ULS Loures Odivelas, ULS Barreiro Montijo) e da ECSM-IA (ULS Estuário do Tejo), sinalizadas para 2023;
- ▶ Com financiamento do PRR, constituição da ECSM (ULS Almada Seixal) e das ECSM-IA (ULS Lisboa Ocidental e ULS Loures-Odivelas), sinalizadas para 2024;
- ▶ Durante o 1º semestre de 2024, transferência da equipa de Odivelas da ULS de São José (Hospital Júlio de Matos) para a ULS de Loures Odivelas;
- ▶ Até final de 2024, processo de transferência da área assistencial e dos profissionais da Equipa de Mafra da ULS de São José (Hospital Júlio de Matos) para a ULS de Santa Maria;
- ▶ Em 2024 tem início o funcionamento da ECSM-IA do Hospital de Cascais, com transição da responsabilidade assistencial da ULS de Lisboa Ocidental para o Hospital de Cascais, existindo instalações desde já disponíveis para instalação desta equipa no Centro de Saúde de Carcavelos;
- ▶ Até final de 2024 é finalizado o plano de alargamento da área assistencial do Hospital de Cascais, com inclusão de freguesias do Concelho de Sintra, atualmente da responsabilidade da ULS de São José;
- ▶ Até final de 2024 é atribuído o local para novas instalações da ECSM de Lisboa à ULS de Lisboa Ocidental.

Estão em curso uma série de obras financiadas pelo PRR que irão melhorar ou reorganizar as respostas existentes:

- ▶ alargamento da área assistencial da ULS de Amadora-Sintra (adultos, infância e adolescência), com inclusão de freguesias do Concelho de Sintra, atualmente da responsabilidade da ULS de São José (Hospital Júlio de Matos), a concretizar em 2024, o que inclui obras para criação de novo Internamento (alargamento de 30 para um total de 53 camas) no Hospital Fernando Fonseca, constituição de duas novas ECSM a instalar no polo hospitalar de Sintra e em Mira Sintra, e uma nova ECSM-IA no polo hospitalar de Sintra;



Requalificação ULS Amadora/Sintra (Hospital Fernando Fonseca)



Requalificação ULS Amadora/Sintra (Hospital Fernando Fonseca)

- ▶ abertura na ULS do Oeste de mais 5 camas no 1º semestre de 2024, e de mais 10 camas até final de 2024;
- ▶ abertura do Serviço de Internamento para adolescentes na ULS de Santa Maria em 2024;
- ▶ conclusão da requalificação das instalações dos SLSM consignados no PRR, de acordo com o cronograma em vigor.

Coordenação Regional da Saúde Mental do Alentejo

Enquadramento

A reconfiguração do modelo legislativo de organização das políticas de saúde mental no país, nomeadamente a revisão estabelecida no Decreto-Lei nº 113/2021, de 14 de dezembro, foi um marco essencial para a reforma da saúde mental, permitindo que se desse início à implementação de um modelo organizativo de prestação de cuidados em linha com os dos outros países da Europa Ocidental.

Em termos regionais, mantiveram-se os Conselhos Regionais de Saúde Mental como órgãos consultivos das ARS e criaram-se pela primeira vez os Conselhos Locais de Saúde Mental, estruturas consultivas dos SLSM em cada uma das Comunidades Intermunicipais, e as Coordenações Regionais de Saúde Mental, órgãos com características multidisciplinares, detentores de competências executivas.



Conselho Local de Saúde Mental do Alto Alentejo



Conselho Local de Saúde Mental do Baixo Alentejo

O Alentejo é uma área geográfica muito extensa, com uma baixa densidade populacional, acessos difíceis, maior percentagem de envelhecimento do país, acentuadas dificuldades socioeconómicas e, de acordo com dados do Relatório de Avaliação do PNSM, em 2017, a região com maior proporção de registo de perturbações depressivas, de ansiedade e demências entre os utentes inscritos em CSP. Para além disso, apresenta a maior taxa de suicídio do país.

As carências estão há muito identificadas, destacando-se:

- ▶ recursos humanos muito deficitários em todas as áreas profissionais, com uma relevância particular para a infância e adolescência. Em março de 2021 existiam apenas 19 psiquiatras e duas pedopsiquiatras no SNS da área de abrangência da ARS Alentejo.
- ▶ idoneidade formativa parcial nos três SLSM da região, com a maioria do Internato de Formação Especializada a ser feita fora dos serviços de origem;

- ▶ dificuldades muito significativas de retenção de médicos e outros profissionais, por ausência de uma estratégia de incentivos e de atribuição de vagas carenciadas;
- ▶ prestação de cuidados assegurada em muitas situações à custa do recurso a prestações de serviços, em horários parcelares;
- ▶ necessidade de envio de doentes para internamento na ULS de São José (Hospital Júlio de Matos), afastados da sua área de residência;
- ▶ impossibilidade de assegurar prestação de serviço de urgência psiquiátrica nos sete dias da semana, com envio para Lisboa de doentes a necessitar de avaliação;
- ▶ ausência de um SLSM formal na ULS do Litoral Alentejano;
- ▶ ausência completa de qualquer tipo de resposta da RNCCI-SM.

Execução

Em 2022 foi criada a CRSM do Alentejo, constituída por representantes dos diversos grupos profissionais da área da saúde mental - Ana Matos Pires (coordenadora regional), Catarina Agostinho, Salomé Ratinho, Ana Charraz, Artur Mendes, Josefa Coelho, Susana Pestana, Vasco Nogueira, Nuno Jacinto e Maria Gião.



CRSM do Alentejo

Para além da articulação direta com a CNPSM, os dois objetivos da CRSM do Alentejo foram (i) arrancar com a implementação do novo Plano Regional de Saúde Mental, e (ii) acompanhar a operacionalização das metas do PRR específicas para a região.

Assim:

- ▶ reforçaram-se os recursos humanos nos vários SLSM do Alentejo, tanto dos serviços de Psiquiatria como nos serviços e unidades de PIA;
- ▶ implementaram-se cuidados de saúde mental apoiados em procedimentos normalizados de atuação e guias de boas práticas baseados na evidência científica;
- ▶ criaram-se quatro ECSM, duas de adultos (ULS Baixo Alentejo e ULS do Norte Alentejano) e duas de infância e adolescência (ULS Alentejo Central e ULS Baixo Alentejo), com aquisição de quatro viaturas;



ECSM para a População Adulta da ULS do Norte Alentejano



ECSM para a População Adulta da ULS Baixo Alentejo

- ▶ setorizaram-se os SLISM da região, com consultas descentralizadas em todos os SLISM;

- ▶ promoveu-se a constituição de um SLISM na ULS do Litoral Alentejano;



Constituição de um SLISM na ULS do Litoral Alentejano

- ▶ desenvolveram-se projetos de promoção da saúde e de prevenção da doença (Prevenção do Suicídio, Psiquiatria Geriátrica, Progerpsi - saúde mental para profissionais de serviços de saúde -, Saúde Perinatal, Intervenção em Cuidados Paliativos, Programas de Promoção de Literacia em Saúde Mental e Luta contra o Estigma);



Progerpsi - saúde mental para profissionais de serviços de saúde



Equipa de Psiquiatria Geriátrica na ULS do Baixo Alentejo

- ▶ reorganizou-se a articulação e integração de cuidados entre os SLISM e os CSP, nomeadamente quando à referência, transmissão de informação clínica, consultadoria e continuidades de cuidados;

- ▶ reforçou-se a resposta da RNCCI-SM, com a criação de duas EAD para a população adulta (Beja e Portalegre), uma RAMa IA (Portalegre), duas RAMo (Portalegre e Évora). No âmbito do PRR, aprovaram-se ainda uma EAD IA em Beja e uma RAMa em Portalegre;
- ▶ o funcionamento da RNCCI-SM foi homogeneizado na região, com a nomeação dos elementos da saúde mental para as ECL nas quatro instituições de saúde;
- ▶ coordenaram-se os recursos, promoveu-se a articulação intersectorial e elaboraram-se protocolos com diversos *stakeholders* regionais, nomeadamente com as Comunidades Intermunicipais, Autarquias, Coordenações Locais de Ação Social, Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA), Coordenação Regional do PNPVCV, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais;
- ▶ estruturou-se a articulação académica com instituições de ensino superior politécnico (Beja, Portalegre e Setúbal), universitário (Évora) e Centros Clínicos de Investigação, (*Comprehensive Health Research Centre-UNL* e Centro Académico Clínico do Alentejo, C-Trail);



Articulação com Centro Académico Clínico do Alentejo, C-Trail

- ▶ incentivou-se a especialização e formação contínua dos profissionais, com vários mestrandos e doutorandos nos SLSM, aumento dos enfermeiros especialistas, realização de cursos de pós-graduação e de outras formações diferenciadas em todos os grupos profissionais.
- ▶ desenvolveu-se a investigação científica em saúde mental, aumentando o número e qualidade de comunicações e publicações nacionais e internacionais
- ▶ foi incluída a ULS do Baixo Alentejo nos projeto-piloto para criação de Centros de Responsabilidade Integrados de Saúde Mental.



Articulação com *Comprehensive Health Research Centre*, NOVA Medical School

Em curso

Com financiamento do PRR:

- ▶ constituição da ECSM da ULS Litoral Alentejano) e da ECSM-IA da ULS Norte Alentejano, sinalizadas para 2023;
- ▶ constituição da ECSM da ULS Alentejo Central, sinalizada para 2024;
- ▶ conclusão das obras de requalificação do SLSM da ULS Norte Alentejano, de acordo com o cronograma em vigor.

Outras iniciativas:

- ▶ elaboração em 2024 de recomendações técnicas dirigidas aos SLSM da região.
- ▶ promoção da existência, em todos os SLSM, das diferentes áreas funcionais previstas na legislação (internamento, urgência, ambulatório organizado na forma de equipas comunitárias, hospital de dia e ligação).

Coordenação Regional da Saúde Mental do Algarve

Enquadramento

Os problemas relativos à organização dos SLSM e à prestação de cuidados na região do Algarve estavam já identificados em várias avaliações prévias da implementação do PNSM, nomeadamente:

- ▶ escassez de recursos humanos nos SLSM da região, por dificuldades na sua contratação e fixação. Este problema faz-se sentir em todas as classes profissionais, mas com mais intensidade nos profissionais não médicos;
- ▶ situação particularmente difícil na área da PIA, que desde há anos tem contado apenas com um pedopsiquiatra para toda a Região, em horário reduzido;
- ▶ persistência de um modelo de financiamento que não estimula o desempenho dos profissionais;
- ▶ escassez de profissionais de saúde mental nos CSP, apenas alguns enfermeiros com a especialidade de saúde mental, mas que não estão dedicados a esta área, assim como insuficiência de modelos formais de articulação com os cuidados de saúde primários;
- ▶ insuficiente implementação da RNCCI-SM.

Para além destas questões intrínsecas aos SLSM, a Região do Algarve apresenta variáveis de contexto com relevância para a organização dos serviços, tais como:

- ▶ agravamento de problemas socioeconómicos, com falta de respostas sociais;

- ▶ assimetria sociodemográfica entre o litoral e a serra, com populações idosas em isolamento muito significativo;
- ▶ segundo distrito do país com percentagem mais elevada em suicídio, com maior expressão nas populações idosa e jovem;
- ▶ prevalência elevada de perturbações aditivas (alcoolismo nas zonas da serra, consumo de substâncias psicoativas mais frequente no litoral).

Execução

Em Março de 2022 foi [criada](#) a Coordenação Regional de Saúde Mental do Algarve, de composição multidisciplinar, constituída por Maria do Carmo Cruz (coordenadora), Paula Vilallonga, Flávia Polido, Orlando Tur, Pedro Dias, Manuela Fernandes, Natacha Gonçalves, Ana Ventura, Eduarda Tavares, Maria Clara Garcia e Cláudia Maia.



CRSM do Algarve

Os primeiros procedimentos decorreram da aplicação do Decreto-Lei nº 113/21 - foi elaborado o primeiro Plano Regional de Saúde Mental do Algarve, e constituído o Conselho Regional de Saúde Mental do Algarve, que aprovou o seu Regulamento.

No âmbito do PRR, foram criadas duas ECSM (Portimão e Loulé) e uma ECSM-IA (Faro), com aquisição concomitante de 3 viaturas, para facilitar e promover o trabalho na comunidade.



Departamento de Psiquiatria de Adultos | ULS Algarve

Foram reorganizadas as ECSM previamente existentes segundo a setorização da Região, assegurando-se à população um maior acesso a consultas descentralizadas. Neste processo, foram reforçados os recursos humanos nos dois SLSM (adultos) do Algarve.

Foram efetuados protocolos com autarquias para aquisição de instalações para as ECSM (Portimão e Loulé) e para facilitação do transporte da ECSM a Castro Marim.

A urgência de Psiquiatria de Faro passou em 2023 a ser efetuada nas instalações do Hospital Geral de Faro, em conjunto com as restantes especialidades médicas.

Implementaram-se novas respostas/cuidados de saúde mental, apoiados em procedimentos normalizados de atuação e em guias de boas práticas. Foram criadas consultas de Psicogerontologia e Intervenção Precoce, e desenvolvidas iniciativas de promoção da saúde de profissionais, tanto em Faro como em Portimão.

Foi reestruturada a articulação e integração de cuidados entre os SLSM e os CSP, nomeadamente no que se refere à referenciação, transmissão de informação clínica, consultadoria e continuidade de cuidados.

Para colmatar a insuficiência de respostas na área infanto-juvenil, o Departamento de PIA do Hospital Dona Estefânia (ULS de São José) tem mantido e reforçado a sua participação colaborativa nos GASMI (Grupos de Apoio à Saúde Mental Infantil), através da qual foi possível criar equipas multidisciplinares com profissionais dos CSP algarvios, distribuídas por todos os concelhos da Região.

Reforçou-se a resposta de cuidados continuados integrados de saúde Mental, com a criação de duas USO e duas EAD para a população adulta, e ainda uma Unidade Socio-ocupacional para infância e adolescência.

Foram desenvolvidos diversos projetos e iniciativas de boas práticas – prevenção do suicídio, campanha “Agarra a Vida”, programas de promoção de literacia em saúde mental e luta contra o estigma - implementados em várias escolas e IPSS da Região. Na mesma linha, estabeleceu-se um protocolo com a Associação Teia de Impulsos e a autarquia de Portimão, para a criação de um programa de iniciação à vela destinado a jovens com perturbações mentais graves, na marina de Portimão.



Programa “Navegar pela Mente”

Promoveu-se a articulação intersectorial e elaboraram-se protocolos com Autarquias, Coordenações Locais de Ação Social, Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem Abrigo, Coordenação Regional do PNPVCV, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (e Instituições de Ensino Superior, em particular a Universidade do Algarve.

Incentivou-se a especialização e formação contínua dos profissionais, com aumento dos enfermeiros especialistas, realização de cursos de pós-graduação e de outras formações diferenciadas em todos os grupos profissionais.

Desenvolveu-se a investigação científica em saúde mental, aumentando o número

e qualidade de comunicações e publicações, tanto a nível nacional como internacional.

Em curso

- ▶ Com financiamento do PRR, constituição das ECSM de adultos para 2023 e 2024, na ULS do Algarve;
- ▶ Requalificação dos SLSM de Faro e Portimão, também através do financiamento do PRR, até final de 2025;
- ▶ Entrada em funcionamento das estruturas aprovadas no PRR para a RNCCISM (uma RAMa para população adulta e outra para infância e adolescência, em Silves), em 2024.

Anexos

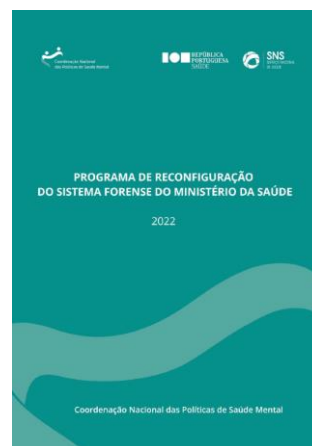
Anexo 1. Publicações desenvolvidas pela CNPSM



Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020



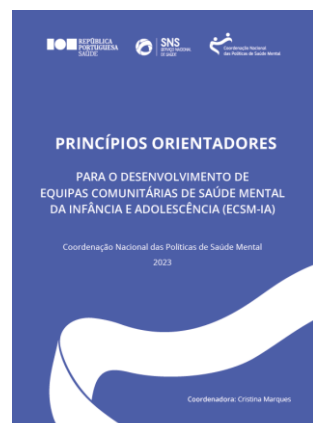
Programa de Desinstitucionalização em Saúde Mental



Programa de Reconfiguração do Sistema Forense do Ministério da Saúde



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



Princípios Orientadores para o Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental da Infância e Adolescência (ECSM-IA)



Manual CIR@Com – Cuidados Integrados e Recuperação nas Equipas Comunitárias de Saúde Mental (*no prelo*)



Programas de intervenção psicossocial validados na demência. Formação disponível em Portugal com interesse potencial para equipas

Anexo 2. Proposta de Integração de Cuidados – CSP e Saúde Mental

Ana Matos Pires, António Luz Pereira, Inês Rosendo, José Pedro Antunes, Miguel Azevedo, Nuno Jacinto, Rui Macedo, Teresa Costa, Tiago Santos, João Rodrigues, Miguel Xavier

Introdução

A integração de cuidados de Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) constitui um aspeto consensual das políticas de organização dos serviços de saúde mental na generalidade dos países e dos organismos de saúde internacionais.

Quanto à realidade portuguesa, e comparativamente com outros países europeus, o Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica (EENMP) demonstra que a utilização de serviços especializados de saúde mental encontra-se abaixo da média, enquanto, pelo contrário, a procura dos CSP é mais elevada.

O Decreto-Lei nº113/2021 de 14 de dezembro, reforça a necessidade de integração de cuidados de saúde mental, explicitando, no seu artigo 27º, a devida colaboração com os CSP, devendo ser celebrados protocolos que assegurem uma articulação programada entre os dois níveis de cuidados. Tal deve incluir profissionais dos departamentos de CSP e as equipas comunitárias de saúde mental dos SLSM das ULS, no seguimento de pessoas com doença mental grave (modelo de gestão de casos) e no seguimento de pessoas com doença mental comum (modelo de cuidados colaborativos).

Não obstante o consenso relativo à sua necessidade e relevância, não existe um modelo universal de articulação de cuidados de saúde mental com os CSP no âmbito das perturbações mentais comuns, sendo essencialmente função do nível de desenvolvimento dos serviços de saúde e de fatores contextuais locais ou regionais.

A atuação das Unidades Funcionais dos CSP no *continuum* dos cuidados de saúde mental deve guiar-se por processos bem estabelecidos para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, para as situações e problemas mais frequentes ou de maior gravidade da comunidade (perturbações mentais comuns) e suas repercussões sociais e familiares.

I. Modelo colaborativo e de interface CSP/SLSM

Será formalizado um protocolo de integração de cuidados entre o SLSM e as Unidades de CSP da sua área de influência. Este protocolo terá carácter vinculativo, assinado por ambas as estruturas.

II. Operacionalização da integração de cuidados

II.1. Objetivos

São objetivos do processo de integração no âmbito da prestação de cuidados de saúde mental na sua área funcional de influência:

- a) Promover o acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde mental;
- b) Fazer um levantamento regular das necessidades;
- c) Promover a cooperação regular entre profissionais e a articulação e complementaridade entre os vários níveis de cuidados;
- d) Monitorizar, recolher e analisar indicadores epidemiológicos, estatísticos e de qualidade, que permitam a avaliação e planeamento das ações a desenvolver;
- e) Promover a atualização de conhecimentos e desenvolvimento profissional contínuo;
- f) Promover a mudança de atitudes e práticas que facilitem a circulação da informação, clínica e outra, entre os diversos níveis de cuidados de saúde primários e hospitalares, divulgando normas e protocolos atualizados e contribuindo para a implementação de programas regionais ou nacionais nestas áreas;
- g) Qualificar a prescrição em saúde mental;
- h) Fomentar a identificação precoce de problemas de saúde mental;
- i) Dinamizar ações de sensibilização que possam contribuir para a promoção da saúde mental, numa perspetiva multidisciplinar;
- j) Promover a satisfação, motivação, resiliência e bem-estar dos profissionais;
- k) Elaborar uma proposta de plano ação a desenvolver no ano seguinte, a ser aprovada no processo de

contratualização interna da ULS, inscrita em carta de compromisso, e um relatório das atividades desenvolvidas no ano anterior, a remeter à Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, através das respetivas Coordenações Regionais de Saúde Mental e ao Conselho Clínico e de Saúde da ULS.

II.2. Princípios organizativos

A integração de cuidados de saúde mental deve assentar nos seguintes componentes:

- a) Promoção da saúde mental;
- b) Identificação precoce de problemas de saúde mental;
- c) Construção de um modelo colaborativo de gestão clínica, estratificação da prestação de cuidados e qualificação da referênciação;
- d) Qualificação da proposta terapêutica em saúde mental;
- e) Promoção da saúde e bem-estar dos profissionais de saúde

III. Estratégias de implementação

III.1. Promoção da saúde mental

III.1.1. Objetivos

III.1.1.1. Identificar estruturas promotoras de saúde mental

(Autarquias, Creches e Escolas, IPSS, ERPI, etc)

III.1.1.2. Promover hábitos de vida saudáveis (alimentação, prescrições não farmacológicas, consumo de tabaco, álcool, drogas, sexualidade, planeamento familiar)

III.1.2. Metodologia

III.1.2.1. Apresentar à CRSM as estruturas parceiras no âmbito da sua área geográfica de influência anualmente e incluir os respetivos

protocolos de criação de redes locais de parcerias na comunidade (autarquias, justiça, segurança, educação, segurança social, trabalho e representantes dos utentes) nos seus planos de ação

III.1.2.2. Apresentar projetos de intervenção conjunta na comunidade com vista à promoção de hábitos de vida saudáveis

III.1.3. Monitorização

III.1.3.1. Inclusão de pelo menos um projeto colaborativo nos planos de ação das estruturas de saúde

III.2. Identificação precoce de problemas de saúde mental

III.2.1. Objetivos

III.2.1.1. Monitorizar de forma oportunística e estruturada fatores de risco e promotores de doença (tabaco, álcool, disfuncionalidade psicossocial, antecedentes psiquiátricos)

III.2.1.2. Identificar e caracterizar grupos vulneráveis ou de risco (crianças, grávidas e puérperas, idosos, doentes crónicos, doentes em situação de exclusão social)

III.2.2. Metodologia

III.2.2.1. Utilização de programa de saúde mental no sistema de informação (SClínico) dos CSP (vd. [Apêndice 1, Sistema de Registo de Informação de Saúde Mental nos CSP](#))

III.2.2.2. Inclusão de instrumentos psicométricos de rastreio e avaliação breve em áreas-chave (doença mental comum; suicídio; violência doméstica)

III.2.2.3. Adaptação dos sistemas de informação à atividade clínica de saúde mental

III.2.2.4. Partilha e análise de indicadores de saúde mental nas equipas (CSP e SLSM)

(vd. [Apêndice 2, Indicadores de monitorização da intervenção e seguimento](#))

III.2.3. Monitorização

III.2.3.1. Demonstração da inclusão nos sistemas de informação

III.2.3.2. Análise da progressão dos indicadores, a apresentar às CRSM e CCS/Direção Clínica para os CSP

III.3. Construção de um modelo colaborativo de gestão clínica, estratificação da prestação de cuidados e qualificação da referenciação

III.3.1. Objetivos

III.3.1.1. Criar programas de consultoria estabelecidos na integração dos CSP com SLSM

III.3.1.2 Definir trajetos dos doentes segundo um modelo sequencial estratificado

III.3.1.3. Criar itinerários de referenciação para grupos vulneráveis

III.3.1.4. Desenvolver carteira de intervenções, nomeadamente programa de intervenção na doença mental comum – depressão e ansiedade - nos CSP e outros programas a implementar em função das necessidades identificadas (Apoio à parentalidade, violência doméstica, populações vulneráveis, etc.)

III.3.2. Metodologia

III.3.2.1. Criação de procedimento integrado de referenciação e consultoria (CSP e SLSM) que preveja as seguintes dimensões:

CSP –Referenciação

A referenciação é feita pelo Médico de Medicina Geral e Familiar através da ferramenta informática em uso, constando a seguinte informação:

- ▶ Antecedentes psiquiátricos e médicos relevantes
- ▶ Sintomatologia atual

- ▶ Histórico da terapêutica psicofarmacológica e outras intervenções
- ▶ Evolução clínica
- ▶ Lista de problemas identificados

SLSM - Triagem

Exclusão de referências sem os requisitos determinados e/ou patologia aditiva primária

III.3.2.2. Consulta multidisciplinar de avaliação

- ▶ Discussão conjunta de casos selecionados com equipa dos CSP e dos SLSM em formato e frequência a determinar em função das necessidades clínicas identificadas;
- ▶ Orientação posterior para consulta, em caso de necessidade, em função do diagnóstico/formulação de caso:
 1. perturbações mentais comuns (depressão e ansiedade) - de acordo com o modelo de intervenção *Stepped Care* com recurso às respostas existentes nos CSP, nomeadamente psicologia e outros profissionais relevantes. Para o efeito, devem existir modelos definidos de intervenção psicossocial (previsto no PRR – *Investimento RE-C01-i01 i01: Cuidados de Saúde Primários com Mais Respostas – vi - criar programas de intervenção psicossocial nas doenças mentais comuns (depressão e ansiedade) nos agrupamentos de centros de saúde*).
 2. Outras perturbações psiquiátricas devem ser primariamente orientadas pelos SLSM;
 3. perturbações neurocognitivas e demências
 4. perturbações depressivas recorrentes/resistentes e
 5. Perturbações psicóticas e outras perturbações mentais graves

III.3.2.3. Na transição de cuidados para os CSP, deve estar disponível no processo clínico um plano de cuidados e

formulação de caso, com as seguintes informações:

- ▶ Avaliação psicopatológica
- ▶ Diagnóstico e formulação de caso
- ▶ Estratégia psicofarmacológica (duração; objetivos)
- ▶ Outras intervenções – psicoterapia, intervenção psicossocial
- ▶ Evolução clínica
- ▶ Vulnerabilidades e fatores de agravamento
- ▶ Indicação para reavaliação psiquiátrica

III.3.2.4. Devem estar previstas formas de contacto inter-equipas para doentes já referenciados e/ou com seguimento nos SLSM

III.3.2.5. Devem estar previstas formas facilitadas de remarcação em caso de falta a consultas ou transferência inter-hospitalar e outras questões administrativas inter-instituições

III.3.2.6. Devem ser desenvolvidas ações formativas interpares no âmbito das equipas de saúde (CSP e SLSM) a incluir nos respetivos planos de ação

III.3.3. Monitorização

III.3.3.1. Publicação dos documentos de procedimento institucional

III.3.3.2. Análise do cumprimento do modelo colaborativo e de gestão da referênciação pelas CRSM e CCS/Direção Clínica para os CSP

IV. Qualificação da proposta terapêutica em saúde mental

IV.1. Objetivos

IV.1.1. Harmonizar práticas de prescrição psicofarmacológica

IV.1.2. Harmonizar práticas de referênciação para intervenções psicoterapêuticas

IV.2. Metodologia

IV.2.1. Discussão interpares sobre padrões de prescrição (CSP e SLSM)

IV.2.2. Divulgação e discussão das NOC relativas a abordagem terapêutica, incluindo a prescrição psicofarmacológica

IV.2.3. Divulgação e discussão das práticas de referenciação para intervenções psicoterapêuticas

IV.3. Monitorização

IV.3.1. Relatório de atividades (CSP e SLSM) a apresentar às CRSM e Conselhos Clínicos e de Saúde

V. Promoção da saúde e bem-estar dos profissionais

V.1. Objetivos

V.1.1. Identificar situações de necessidades de intervenção a nível de equipas e profissionais

V.2. Metodologia

V.2.1. Implementar programas pluridisciplinares de prevenção primária, secundária e terciária (CRSM) a partir de experiências existentes (e.g. Projeto PROGERPSI)

V.2.2. Criar rede de apoio e suporte a profissionais com necessidades específicas (SLSM e CSP)

V.2.3. Implementar medidas de gestão de conflitos de equipas e utentes

V.3. Monitorização

V.3.1. Relatório de atividades, a apresentar à CRSM, ao Conselho de Administração e Conselho Clínico e de Saúde de cada instituição.

APÊNDICE 1

Sistema de registo de informação de saúde mental nos CSP

1.1. Criação de Programa de Saúde Mental e do Código de Consulta de Saúde Mental

- ▶ Programa semelhante ao que existe para DM/HTS/PF/RO
- ▶ Permite o agendamento de consulta específica – no processo médico e avaliação de enfermagem
- a) Informação básica a relativa a saúde mental
 - ▶ Antecedentes psiquiátricos pessoais e familiares
 - ▶ História pessoal e formulação do problema atual
 - ▶ Lista de sintomas atuais (eventual recurso a checklists)
 - ▶ Lista de problemas/necessidades
 - dimensão familiar/conjugal (com recurso a genograma ou outras ferramentas atualmente com utilização em suporte físico)
 - dimensão socioeconómica e situação laboral (com comunicação com processo administrativo)
 - comorbilidades médicas (migração da lista de problemas médicos codificados)
- b) Avaliação psicométrica breve
 - Possibilidade utilização em consulta médica, avaliação de enfermagem ou em sala de espera, com migração para o processo clínico
 - Avaliação de qualidade de vida/satisfação pessoal (PHQ9/Dialog/DASS21)

- Mini mental/MOCA
- Audit C/NIDA
- PROM e PREM (Patient Reported Outcome/Experience Measures)

- c) Data de início do diagnóstico
- d) Data de início e tipo intervenção (farmacológica e/ou não farmacológica)
- e) Registo em cada consulta de metas/objetivos pretendidos/acordados/plano e de reconciliação terapêutica feita
- f) Registos de feedback de outros profissionais: discussão em reunião/com colegas MGF, psicólogo, psiquiatra, assistente social ou outro profissional (eventuais entradas diretas dos outros profissionais aqui, integrando processos)
- g) Inclusão de botão com folhetos que se podem imprimir com informação que possamos escolher na consulta, entre algumas pré-feitas, de estratégias de gestão de ansiedade/stress/outras

1.2 Alertas gerados automaticamente

- ▶ Utente sem vigilância ativa
- ▶ BZD/outras psicofármacos prescritos há mais de três meses sem reavaliação

APÊNDICE 2

Indicadores de monitorização da intervenção e seguimento

Doentes com novo diagnóstico de perturbação mental (perturbação mental comum)

- a) Doentes com novo diagnóstico de perturbação mental (doença mental comum) com consulta no último trimestre
- b) Proporção de utentes com diagnóstico de perturbação mental com prescrição farmacológica
- c) Proporção de utentes com diagnóstico de perturbação mental com prescrição não farmacológica
- d) Índice de seguimento adequado da pessoa com diagnóstico de depressão/ansiedade (conjunto de critérios: seguimento ativo, consultas de seguimento (2-3/semestre), intervenção e reavaliação documentada)
- e) Proporção de utentes com diagnóstico de perturbação mental com ida ao SU
- f) Proporção/número de utentes com diagnóstico de perturbação mental hiper-utilizadores do SU
- g) Proporção/número de utentes com diagnóstico de perturbação mental hiper-utilizadores da Unidade de Saúde
- h) Proporção de utentes com diagnóstico de perturbação mental com internamento psiquiátrico
- i) Proporção de utentes com diagnóstico de perturbação mental com certificado de incapacidade para o trabalho
- j) Proporção de utentes recuperados com diagnóstico de depressão

k) Proporção de utentes recuperados com diagnóstico de perturbação de ansiedade

l) Proporção de grávidas com avaliação de saúde mental

m) Proporção de puérperas com avaliação de saúde mental

n) Número de consultas previstas para saúde mental

o) Registo de avaliação de saúde mental em doentes com score de carga de doença global elevada?

p) % doentes com problema de saúde mental com CIT ativo/Tempo de CIT no último ano em pessoas com problema saúde mental.

q) Duração das prescrições psicofarmacológicas

r) % de referenciação para cuidados hospitalares com discussão prévia/ sem discussão prévia

s) % de doentes com discussão/input de outros profissionais registada

t) Registo/valoração de medidas de *outcome* e experiência dos utentes

u) Número de puérperas com rastreio de depressão pós-parto

APÊNDICE 3

Alteração das Normas de Orientação Clínica da DGS

Em curso – Inclui o conceito de formulação de caso para além do diagnóstico médico, a não obrigatoriedade de prescrição farmacológica com diagnóstico de depressão e a relevância de intervenções não farmacológicas, entre outros.

