

**Estrutura para
a Saúde Mental
da Região Autónoma
dos Açores**

**Coordenação
Henrique Prata Ribeiro
Vogais
Eduardo Azevedo
Pedro Mackay**

Programa Regional para a Saúde Mental dos Açores



Índice

Introdução	5
Visão	7
Missão	7
Fundamentação	8
Objetivos	8
Metodologia	9
Etapas: apresentação e implementação do PRSMA	9
Equidade	10
Organização dos serviços	13
Rede hospitalar do SRS da RAA	15
Institutos hospitalares	16
Outras estruturas	17
Cuidados de saúde primários	17
Articulação inter-serviços	18
Saúde escolar	23
Covid-19: O que esperar e onde atuar	24
Saúde mental e exercício físico	26
Literacia em saúde	27
Conclusões	28
Referências	29

**Lista de
abreviaturas,
siglas e
acrónimos**

CSP — Cuidados de Saúde Primários
DRS — Direção Regional da Saúde
HDES — Hospital do Divino Espírito Santo
HH — Hospital da Horta
HSEIT — Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira
MGF — Medicina Geral e Familiar
OCDE — Organização para a Cooperação
e Desenvolvimento Económico
OMS — Organização Mundial de Saúde
PR SMA — Plano Regional de Saúde Mental dos Açores
RAA — Região Autónoma dos Açores
RRCCISM — Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
de Saúde Mental
SRS — Serviço Regional de Saúde
SRSD — Secretaria Regional da Saúde e Desporto
USI — Unidades de Saúde de Ilha

Introdução

Existe na Região Autónoma dos Açores (RAA) uma necessidade de estruturar e coordenar a ação nas áreas da saúde e doença mental. A elaboração de um Programa Regional para a Saúde Mental dos Açores (PR SMA) é, dessa forma, o primeiro passo para melhor servir a população da região, articulando e otimizando recursos no seu interesse. O presente Programa pretende alinhar-se com aquilo que são as boas práticas a nível internacional e concertar a RAA com o que vem sendo implementado no restante país, através do Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM).¹ Dessa forma, procurar-se-á uma intervenção holística, com foco na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e ligada a todos os setores da sociedade, dando respostas de proximidade.

Segundo os últimos dados de saúde disponíveis, que apresentam uma análise comparativa dos diferentes países da União Europeia, constata-se que Portugal tem claras insuficiências no que concerne à área da Saúde Mental. Como seu resultado, destaca-se o facto de ser o segundo país da Europa com maior prevalência de perturbações psiquiátricas, apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte.²

Estima-se que 23,8% do total de anos vividos com incapacidade (YLD) por parte dos portugueses correspondam a doenças mentais e do comportamento,^{2,3} sendo que custos diretos e indiretos com Saúde Mental rondam os 6.500 milhões de €/ano.⁴ Ainda assim, assiste-se a uma atribuição de verba anual deficitária a esta área, face ao que representa na carga global de doenças no nosso país. Este défice na atribuição de verbas produz necessidades a nível de infraestruturas, mas também a nível de recursos humanos. O número de psiquiatras e pedopsiquiatras em Portugal era de 13/100.000 habitantes, no ano de 2016, quando a média da OCDE, que inclui os 35 países membros, era de 17/100.000.⁵ O número de enfermeiros especialistas em saúde mental era de 11,8/100.000 habitantes e o de psicólogos de 10,1/100.000 habitantes. Na RAA, o número atual de psiquiatras e pedopsiquiatras encontra-se nos 5,9/100.000 habitantes. O rácio mínimo de psiquiatras comumente recomendado é de 10/100.000, acrescendo a isso que em vários países já se recomenda um rácio superior a este.⁶ Subdividindo pelas áreas de influência (expectáveis) das ilhas; para a área de São Miguel, o rácio de psiquiatras é de 5,4/100.000 habitantes; para a da ilha Terceira é de 5,8/100.000 habitantes e para a do Faial de 4/100.000 habitantes.

No total das ilhas, o número de camas para internamento de agudos ronda os 11/100.000 habitantes. Quanto à pedopsiquiatria, os números são mais preocupantes, tendo o arquipélago um único pedopsiquiatra a tempo inteiro no Serviço Regional de Saúde (SRS). O número de enfermeiros especialistas em Saúde Mental é de 13,6/100.000 habitantes. Regista-se no arquipélago um número de psicólogos de 16,6/100.000, superior à média nacional, mas que está em processo de crescimento para os 25/100.000, dentro da estratégia preventiva para a Saúde Mental que se pretende implementar com o presente Programa. Este enquadramento é essencial para que consigamos procurar soluções que tragam resposta às insuficiências.

A descontinuidade geográfica que se verifica na região impõe desafios particulares. Tem-se observado, ao longo de anos, uma disparidade de recursos e de acesso à informação entre diferentes populações, dificultando o trabalho quer das equipas dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), quer dos cuidados especializados. O défice de profissionais de saúde mental acima evidenciado, assume-se como um aspecto central a reverter. Importa também implementar novos procedimentos e abordagens alternativas para fazer face às carências identificadas, nomeadamente a nível da articulação entre rede hospitalar e CSP.

Como em qualquer estrutura assistencial com vários níveis de atuação, a abordagem do PRSMA passará pelo reforço quer da qualidade, quer da integração dos CSP no âmbito da saúde e da doença mental, com perspetivas de tratamento dos casos de doença que não necessitem de envio para a consulta de especialidade, mas também a nível preventivo, em articulação com outras estruturas, nomeadamente as escolas, nas quais deverá ser levada a cabo uma política de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis.

Sendo a Saúde um indubitável Direito Humano, a ação governativa obriga-se a colocá-la na hierarquia das suas responsabilidades e sobretudo na visão do futuro, desenvolvendo compromissos pragmáticos para garantir esse direito e possibilitar a sua integração na vida dos cidadãos.

Assume-se como objetivo primordial do PRSMA a promoção do desenvolvimento de cuidados de saúde mental de proximidade e de qualidade à população açoriana, bem como a integração da saúde mental nos CSP e a reorganização dos serviços de pedopsiquiatria, psiquiatria e Saúde Mental, promovendo uma adequada articulação entre as diversas respostas ao nível do SRS e entidades convencionadas, ou com protocolo ou contrato celebrado com a Região com ação no âmbito da doença mental grave e da Saúde Mental.

Ainda que o PRSMA tenha medidas com graus de dificuldade de implementação distintos, todo ele foi desenhado com o cuidado de que seja exequível o que nele se encontra. Não houve, no desenho do presente Programa, qualquer preocupação temporal relacionada com a vigência da atual Estrutura para a Saúde Mental da Região Autónoma dos Açores – até ao final do ano de 2023 – mas antes uma ideia de prestação de cuidados de saúde de qualidade na área da Saúde Mental, a longo prazo, a todos os açorianos.

Visão

Assegurar a toda a população da RAA o acesso a serviços adequados para promover a saúde mental e o devido tratamento de doença mental grave, prestando cuidados de qualidade e facilitando a reintegração e a recuperação das pessoas com doença mental.

Missão

Contribuir para o desenvolvimento harmonioso da saúde mental dos açorianos, na dualidade saúde – doença, aos diferentes níveis de prevenção, ao longo do ciclo vital, fomentando nesse sentido um aumento da literacia em Saúde Mental na região e uma maior articulação entre serviços, nomeadamente CSP, cuidados hospitalares e serviços de referência no continente, numa perspetiva de SRS em articulação entre o setor público, privado e social⁷.

Fundamentação

No sentido do desenvolvimento do PRSMA, foi assumido como ponto de partida de trabalho a análise da informação de referência, respeitante ao contexto nacional, de onde se destacam: o Programa Nacional para a Saúde Mental, de 2017, da Direção Geral da Saúde; o Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020, da Comissão Técnica de Acompanhamento da reforma da Saúde Mental, de Julho de 2017; o Relatório do Conselho Nacional de Saúde com a designação “Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década, de 2019; o Relatório de Primavera 2019 com o tema “Saúde - Um direito humano”, apresentado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, o relatório “Rede de referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental” de 2004 e o livro “Recomendações para o futuro da Saúde” da 2.ª Edição do *Health Parliament Portugal*. Outros documentos de referência internacional foram também utilizados, nomeadamente os publicados por organismos europeus, como os relatórios “*Health at a Glance*”, “*Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 – 2020*”, “*Joint Action on Mental Health and Wellbeing - Mental Health in All Policies*”, “*European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing - final conference, Brussels*” e outros, disponibilizados pela OMS, como o “*Mental Health Atlas 2017*”. Para além destes documentos, recorreu-se a artigos publicados em revistas internacionais, com revisão por pares.

Objetivos

Promover o desenvolvimento de cuidados de saúde mental de proximidade e de qualidade à população;

Garantir o acesso equitativo e de qualidade aos cuidados de saúde mental e o acesso ao devido tratamento de doenças mentais, a todos os açorianos;

Reorganizar os serviços de pedopsiquiatria, psiquiatria e saúde mental, promovendo uma adequada articulação entre as diversas respostas ao nível do SRS e entidades convencionadas, ou com protocolo ou contrato celebrado com a Região com ação nesses âmbitos;

Promover a transversalidade da saúde mental em todas as áreas da saúde, articulando em complementaridade os serviços de saúde públicos e privados, e com outros setores para além da Saúde^{7,8};

Promover o acesso a informação em Saúde, através da promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, através de intervenções centradas nas escolas que promovam a saúde mental e tenham impacto na prevenção e sinalização precoce das doenças;

Implementar intervenções para pessoas/grupos em situação de vulnerabilidade acrescida decorrente das contingências sociais e da autorrelação com a pandemia.

Metodologia

Pretende-se introduzir no PRSMA, para além da vertente técnica que resultará nesta primeira versão, uma dinâmica de participação, que permita a promoção da cidadania, envolvendo utentes, familiares e demais instituições da sociedade civil. Isto permitirá identificar necessidades, ajustar o planeamento de medidas e a avaliação dos serviços. Para que isto aconteça, os utentes e famílias necessitam de oportunidades e apoio para se organizarem. Partindo do reconhecimento do direito das pessoas com perturbações mentais de se manifestarem e de se autodeterminarem, entramos no contexto da participação pública em saúde, que possibilita aos grupos mais vulneráveis, marginalizados e desprotegidos socioeconomicamente – onde se enquadram parte das pessoas com perturbações mentais – expressar e introduzir no planeamento da saúde as suas reais necessidades e preocupações. Esta participação pública em Saúde Mental assume particular relevância nas medidas que visem promover a redução da iniquidade.

Etapas para apresentação e implementação do PRSMA

Constituição de grupo de trabalho para elaboração de proposta de PRSMA e para a sua primeira fase de implementação, durante os anos civis de 2022 e 2023;

Apresentação e discussão pública do PRSMA, no dia 28 de janeiro de 2022;

Durante o primeiro mês após a apresentação do PRSMA, decorreu o período de consulta pública. Pretende-se que o Programa tenha uma base e abrangência técnica, fundamentada em ciência e nos modelos nacionais e internacionais de saúde, mas que consiga auscultar as necessidades da população da

RAA, que irá usufruir do seu serviço. Este período de auscultação terminou no dia 28 de Fevereiro de 2022;

No dia 28 de Março de 2022, foi apresentada a versão final do PRSMA em função dos contributos apresentados, para aprovação em Conselho de Governo;

Ao longo de todo o período de vigência da atual equipa da Estrutura para a Saúde Mental (2022 - 2023) as diretrizes do PRSMA encontrar-se-ão a ser implementadas e deverão continuar a sê-lo após a sua cessação de funções.

Equidade

Considerando que, em saúde, a equidade é a pedra basilar dos cuidados prestados pelos serviços de Saúde, há várias medidas que são propostas como via de aumentar esse fator. As principais formas de gerar equidade estão relacionadas com acesso a cuidados e podem ser enumerados os objetivos principais neste campo:

- Possibilitar a frequência de espaço exterior para todos os doentes internados, pela questão do Internamento Compulsivo;
- Financiar a 100% a medicação antipsicótica a todos os cidadãos – começando pela medicação injetável e progredindo através da recomendação da criação de uma central de custos para o efeito;
- Financiar todos os tratamentos coercivos – incluindo todos os tratamentos compulsivos (nomeadamente medicação), para além do internamento, em ambulatório;
- Promover a criação de estruturas forenses, dando prioridade a uma primeira estrutura de Liberdade para Prova;
- Permitir o acesso a electroconvulsivoterapia;

O acesso ao espaço exterior por parte dos doentes psiquiátricos internados é considerado essencial. Nos serviços que integram doentes compulsivos, em especial, essa possibilidade tem que ser assegurada, pela sua não possibilidade de solicitar alta contra parecer médico. Este contacto com o espaço exterior não é apenas uma forma de ajudar a recuperação psicológica, mas também um Direito Humano do qual muitas vezes estes doentes se veem arbitrariamente privados – os doentes internados no serviço de Psiquiatria do Hospital do Divino Espírito Santo têm acesso a

um pátio amplo e os doentes internados no serviço de Psiquiatria do Hospital de Santo Espírito na ilha Terceira encontram-se dele privados, por uma mera questão de residência. Dever-se-á, na ilha Terceira, contratar serviços de um arquiteto, para criar um acesso ao espaço exterior no serviço de internamento. Esta preocupação deverá estar presente em qualquer estabelecimento com capacidade para realizar internamentos involuntários.

Dever-se-á financiar a 100% a medicação antipsicótica para todos os doentes, de todas as ilhas e a receber cuidados de quaisquer instituições – os custos com a Esquizofrenia são maioritariamente indiretos e estão relacionados com a perda de capacidade funcional destas pessoas, que muitas vezes não conseguem integrar-se socialmente e desempenhar uma profissão.⁹ Acredita-se que a utilização de antipsicóticos típicos, pela natureza dos efeitos secundários que causam, dificulta ainda mais a sua possível integração. O pagamento da totalidade deste tipo de medicação a estes doentes terá como objetivo permitir-lhes um menor impacto da medicação a nível funcional, com potencial de aumento do cumprimento terapêutico. No longo prazo, para além de diminuir a morbilidade destes doentes, estima-se que venha a haver um ganho financeiro, pelo menor número de internamentos e outro tipo de apoios de que fossem necessitar. A forma que se propõe para este financiamento é o de compra centralizada. Esta compra centralizada deve acontecer para a medicação injetável numa primeira fase, devendo posteriormente ser alargada à medicação oral e eventualmente a outras áreas médicas. A dispensa da medicação injetável deverá ser feita da forma que mais convier aos doentes, devendo ser dadas as opções de toma para estes fármacos – nos hospitais, nos Centros de Saúde, através das equipas comunitárias ou de administração nos Institutos Hospitaleiros. Deverá ser discutido um eventual papel das farmácias nesta rede de distribuição e administração dos fármacos. Quanto à medicação oral, dever-se-á criar uma portaria – numa fase inicial para os doentes diagnosticados com Esquizofrenia – que garanta a sua comparticipação a 100%, também por uma questão de equidade.

Ainda no concernente ao financiamento de medicação, considera-se que todos os tratamentos decorrentes de mecanismos coercivos devem ser pagos na sua totalidade – especial atenção a ser dada ao Tratamento Compulsivo em Ambulatório – no qual toda a medicação necessária deve ser fornecida de forma gratuita ao doente que a está a fazer por ordem judicial.

Considera-se igualmente uma questão de equidade, no que concerne à diferenciação de meios privativos de Liberdade entre doentes psiquiátricos inimputáveis e população imputável para ilícitos típicos, a não existência de estruturas de internamento forense, ou de estruturas de Liberdade para Prova. Dever-se-á promover a criação destes tipos de estruturas, sendo que não se considera que exista, de momento, nem até ao final do ano de 2023, capacidade para criar a primeira destas – não há na RAA número suficiente de psiquiatras ou de enfermeiros especializados em Saúde Mental. Por esse motivo, dever-se-á dar prioridade à reintegração dos doentes inimputáveis nas suas comunidades, através de estruturas de Liberdade para Prova com vários graus de autonomia – esta estrutura deverá, por motivos de dimensão, ser criada na ilha de São Miguel.

Deverá haver atribuição de camas a doentes psiquiátricos em ilhas sem serviço de Psiquiatria, para que possam esses doentes ser internados junto da sua comunidade e receber visitas, devendo estas camas estar integradas, nos serviços de Medicina Interna, ou em USI, no caso das ilhas que não disponham de cuidados hospitalares. Para a Pedopsiquiatria, o mesmo deverá ser articulado com os serviços de Pediatria. Estes serviços, aquando da atribuição de camas, devem ser dotados de material de videoconferência, para que psiquiatras e pedopsiquiatras das ilhas Terceira, São Miguel e Faial ou do continente possam estar atribuídos como consultores dos vários serviços, ou que observem os próprios doentes à distância, se necessário, de acordo com a área de influência dos hospitais.

É ainda uma prioridade do PRSMA a instalação ou adaptação de algum espaço hospitalar, para que seja criado um serviço de electroconvulsivoterapia, devendo dotar-se esse serviço do necessário material e garantindo a presença de anestesista.

Organização dos serviços

No âmbito da organização de Serviços, a maioria das iniciativas a implementar e desenvolver, deverão procurar promover o desenvolvimento de cuidados de saúde mental de proximidade e de qualidade à população açoriana, ainda que tendencialmente mantendo a presente organização dos serviços. Considera-se necessário, no entanto, compreender qual a melhor forma de gerar uma colaboração mais eficaz entre o sector público, privado e social, que consiga contribuir para esse aumento de acesso e de qualidade da prestação de serviços na região.

Recomenda-se a implementação das seguintes medidas gerais:

- Criação de acordos de colaboração entre estruturas da RAA e entre estruturas da RAA e do continente, promovendo consultoria e teleconsulta, que devem ser remuneradas;
- Contratação de profissionais especializados, com especial enfoque na pedopsiquiatria nas ilhas de São Miguel, Terceira e Faial; propostas para fixação no arquipélago de mais médicos psiquiatras, enfermeiros especialistas de Saúde Mental, psicólogos, técnicos de saúde ocupacional e psicomotricistas;
- Reavaliação das normas e critérios de referenciação entre os CSP e os serviços hospitalares - emitindo o PRSMA critérios de referenciação a ser seguidos pelas equipas;
- Criação de uma plataforma eletrónica para os MGF referenciem os utentes para as consultas de especialidade psiquiátrica - permitindo aos referenciadores obterem informação de retorno, bem como indicação de tempo de espera para consulta, e aos triadores devolver informação, quando aplicável;
- Criação de condições nos serviços de internamento para a frequência de espaço exterior, como anteriormente referido na área da “Equidade”;
- Criação de uma central de compras para a compra dos antipsicóticos atípicos;
- Criação, em articulação com o Instituto de Segurança Social dos Açores (ISSA), de um novo tipo de emprego protegido para doentes que cumpram o seu tratamento e tenham sentido crítico para o seu processo patológico;
- Contratação externa de profissionais para a realização de perícias forenses - acompanhado de capacitação de médicos e psicólogos da RAA para que se qualifiquem para obtenção do grau de subespecialidade forense;

- Articulação online entre SRSD e os Institutos Hospitaleiros, que sirva de base para os pagamentos;
- Articulação entre a Estrutura para a Saúde Mental e a Equipa de Coordenação Regional dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
- Procura de sinergia entre entidades públicas e privadas para a contratação de profissionais para a RAA, flexibilizando modalidades de trabalho disponíveis;
- Criação de equipas comunitárias, como definido pelo Programa Nacional para a Saúde Mental¹ e pela nova organização e funcionamento dos serviços de psiquiatria e Saúde Mental¹⁰;
- Criação de um hospital de dia na ilha do Faial, associado ao serviço de Psiquiatria do Hospital da Horta e dinamização dos dos hospitais das ilhas de São Miguel e Terceira;
- Criação e contratualização de indicadores de avaliação de desempenho e qualidade nos CSP para a área da Saúde Mental;
- Criação de modelo de prescrição social;
- Criação de estruturas forenses, com prioridade a estrutura de Liberdade para Prova que possa servir doentes inimputáveis da RAA, que se encontram a cumprir medida de segurança no continente;
- Articulação com entidades de natureza pública, social ou privada, no sentido da criação de unidades de cuidados especializados para pessoas com doenças neurodegenerativas;
- Articulação com entidades de natureza pública, social ou privada, no sentido de garantir equidade no acesso e no financiamento dos doentes psiquiátricos na RAA;
- Dotar as equipas comunitárias com técnicos multi-disciplinares especializados.

A presente organização dos serviços, dentro do que não se menciona como necessária mudança, deverá ser tendencialmente mantida. O PRSMA deverá procurar implementar medidas que visem uma melhor articulação entre os serviços da RAA, dentro do SRS, mas também fora deste. Aquilo que se pretende é uma colaboração e procura de sinergias entre todos os *stakeholders* da Saúde na área da Saúde Mental. As medidas que o PRSMA pretende implementar incidem em diferentes contextos:

Rede hospitalar do SRS da RAA

Destaca-se a importância de aumentar a articulação e disponibilidade de colaboração entre os diferentes serviços hospitalares. Um dos temas fulcrais que é necessário abordar para esta colaboração é o da pedopsiquiatria. Considera-se que os três serviços da RAA devem, como explicitado noutra secção do PRSMA, criar acordos e oferecer aos hospitais com os quais esses acordos sejam celebrados, as necessárias condições tecnológicas para que seja feita constante consultoria na área, quer aos médicos de MGF, quer aos médicos pediatras. A adição de leitos hospitalares para Psiquiatria da Infância e Adolescência deve igualmente ser considerada.

Também na capacidade de atrair profissionais para a RAA, dever-se-á criar regimes de contratação mais flexíveis para os profissionais especializados na área da Saúde Mental, permitindo que estes possam trabalhar nos serviços públicos a tempo parcial ou mesmo de alternância. Neste sentido, dever-se-á procurar colaboração junto de entidades públicas e privadas.

Pretende-se a criação de equipas comunitárias, articuladas com Unidades de Saúde de Ilha (USI) e serviço hospitalar. À sementeira do proposto para as questões de consultoria, dever-se-á contratar médicos de MGF que recebam formação na área da Psiquiatria e que reportem aos MGF das áreas de residência e, se necessário, a um psiquiatra que está designado para aquela estrutura. Esses médicos deverão integrar equipas compostas por enfermeiros, psicólogos, técnicos de terapia ocupacional e psicomotricistas.

Outro objetivo é a contratação de doentes para que possam interagir com outros, baseados em experiência na primeira pessoa. Estes doentes serão doentes estabilizados, com crítica para a sua doença e que irão ao hospital visitar doentes internados nos serviços de doentes agudos, para partilhar a sua experiência com doentes com o mesmo diagnóstico e falar da importância da adesão ao tratamento e ao acompanhamento.¹¹ Estes doentes receberão formação para o efeito – primeiro em grupo e posteriormente individualmente – e tendencialmente serão doentes com doença psicótica. Deverão ser remunerados para o efeito.

Como forma de dar resposta às necessidades relacionadas com a Psiquiatria Forense, dever-se-á procurar peritos para contratação externa. Esta contratação deverá ocorrer sempre que os serviços considerarem que não têm capacidade para dar resposta aos pedidos. Apesar disso, será relevante para o arquipélago que possa haver profissionais com a subespecialidade de Psiquiatria Forense, pelo que isso deve ser tido em conta.

Deverá ser equacionado, nas áreas nas quais não seja claro o ganho económico de medidas dispendiosas de implementar, recorrer-se a Títulos de Impacto Social.

Deverão os hospitais das ilhas de São Miguel, Terceira e Faial estar dotados da necessária infraestruturas para a execução de todas as necessárias atividades desempenhadas pelos seus serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria.

Institutos hospitaleiros

Deverão os Institutos Hospitaleiros, passar a integrar informação específica - a definir em colaboração, respeitante aos doentes integrados nas suas estruturas, na Plataforma digital de Saúde Mental a operacionalizar pelo SRSD. A inclusão da referida informação na plataforma permitirá uma monitorização em tempo real de toda a atividade – diagnósticos, altas e vagas.

Considera-se que a prioridade na utilização de recursos para internamentos de agudos é a utilização dos serviços dos hospitais públicos – os internamentos apenas deverão ocorrer nas Casas de Saúde, por referenciação hospitalar, quando os internamentos nos serviços públicos se encontrem numa lotação de 100% da sua capacidade.

Deve ser feita uma nova revisão dos doentes internados nas Casas de Saúde da RAA – dever-se-á compreender se os doentes se encontram nas circunstâncias pelas quais deram entrada e se o financiamento do qual são alvo se deve manter inalterado.

Recomenda-se a manutenção da intervenção comunitária, através da equipa de saúde mental domiciliária, do projeto “Cuidando Ilha Terceira”.

Outras estruturas

Deverão ser dados os primeiros passos no sentido da criação de serviços de Cuidados Continuados e Integrados de Saúde Mental, com condições próprias para acolher determinada tipologia de doentes. Deverá ser levada a cabo uma reorganização dos requisitos técnicos de arquitetura para abrir estas estruturas.¹² Até à criação das mesmas, é imperativo que sofrer de doença mental não seja critério de exclusão aquando da referenciação para os Cuidados Continuados gerais, visto que não há uma estrutura alternativa que consiga dar resposta a esses doentes.

Dever-se-á definir o mesmo montante de financiamento para estruturas diferentes que estejam a receber doentes com diagnósticos similares.

Cuidados de saúde primários

Os médicos de MGF são aqueles que mais doentes com perturbações mentais observam. Num funcionamento ideal dos cuidados de saúde, estes tratarão os casos mais simples - a maioria dos casos de depressão, ansiedade e insónia - e posteriormente referenciarão para os cuidados especializados de Psiquiatria os casos para os quais não consigam encontrar solução. Considera-se essencial criar condições e dar incentivos aos médicos dos CSP, para que estes estejam capacitados e ganhem interesse em tratar pessoas com doença mental. Com essa finalidade, serão os objetivos do PRSMA:

- A criação/aplicação de indicadores de avaliação de desempenho e qualidade contratualizados nos CSP - o cumprimento de metas determinaria maior financiamento, na forma de incentivos - um destes indicadores deverá ter relação com a referenciação feita pelas equipas de saúde escolar, a fim de contribuir para mensuração do seu impacto; Poder-se-á utilizar, durante os dois primeiros anos de implementação do PRSMA, indicadores diferentes nos três grupos de ilhas, de acordo com a área de influência, para posterior mensuração de impacto;
- A criação de um sistema de Prescrição Social. Este consistiria numa comparticipação por parte do Governo da RAA de alguns tipos de atividades que possam, de forma não farmacológica, ter um impacto positivo na saúde da população¹². Embora este espectro pudesse tornar-se mais amplo no futuro e até levar à criação de um novo perfil de profissional de articulação

entre as áreas da Saúde e Social, sugere-se que na RAA se comece por selecionar critérios de inclusão de doentes que mais beneficiassem, por exemplo, de prática de exercício físico.

Os ganhos em saúde deste grupo de utentes devem ser mensurados por médicos MGF;

- Dinamizar o processo formativo dos profissionais que integram as Equipas de Saúde Mental Comunitárias e criar nessas equipas o conceito de técnico de referência;

- Recomendar que as USI, através das Equipas de Saúde Mental Comunitária, procedam à elaboração de programas de educação e de sensibilização da população para a promoção da saúde e prevenção da doença mental nas áreas da depressão, ansiedade, demência, comportamentos aditivos e suicídio;

- Recomendar a organização de cursos de formação, na área de psiquiatria e pedopsiquiatria para os MGF.

Articulação inter-serviços

A **articulação inter-serviços** é essencial ao bom funcionamento da área da Saúde Mental na RAA e será essencial criar formas de garantir que todos os serviços se encontram com uma atuação coordenada e que sirva a mesma ideia geral, partilhando os mesmos objetivos. Nesse sentido, sugerem-se várias medidas, como:

- Criação de um sistema de videoconferência para consultoria e discussão de casos clínicos – a articulação deverá ser feita entre os médicos psiquiatras e os médicos de MGF, bem como os médicos de medicina interna de ilhas nas quais não exista suficiente apoio de psiquiatras. Esse sistema poderá, para além da consultoria ou discussão de casos clínicos, ser utilizado para observar doentes;

- A RAA deverá fornecer computadores para videoconferência a hospitais específicos, bem como aos Centros de saúde da RAA, para realização de consultoria e discussão de casos clínicos, no âmbito da psiquiatria e pedopsiquiatria. Nesse sentido, dever-se-á criar protocolos de colaboração com hospitais identificados como de referência nos âmbitos referidos.

- A consultoria pode ser implementada num horário semanal fixo na agenda do médico psiquiatra, com inscrição de consultas ou mera consultoria para discussão de casos clínicos, diretamente a partir de qualquer centro de saúde da RAA.

— As horas dos médicos, quando fora do seu horário regular de trabalho, devem ser pagas pela prestação deste serviço. O valor deverá estar tabelado e deve ser superior para o médico que dá formação do que para aquele (ou aqueles) que a recebem, no caso das chamadas de consultoria. Os actos de consulta deverão ser pagos em conformidade com a actividade em causa;

— As articulações entre os médicos devem, preferencialmente, ser organizadas e cada psiquiatra/pedopsiquiatra deverá ter o seu grupo designado para consultoria, de forma a estreitar laços e facilitar a comunicação entre os profissionais;

— A contratação de profissionais em falta na RAA – pedopsiquiatras, psiquiatras, enfermeiros especialistas em saúde mental, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas – poderá ser feita em colaboração com entidades públicas e privadas e com possibilidade de horários parciais ou alternados, como forma de fomentar a vinda de profissionais especializados;

— Deverá ser criada uma lista de critérios de referência dos CSP para os cuidados hospitalares na área da psiquiatria e pedopsiquiatria – critérios previamente definidos entre pares, leia-se, entre os MGF e psiquiatras. Deve igualmente ser fomentada uma boa triagem das primeiras consultas; Uma rede regional de referência hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência poderá igualmente ser estruturada;

— Criação de uma plataforma eletrónica para os MGF referenciar os doentes para as consultas de especialidade – permitindo aos referenciadores obterem informação de retorno, bem como indicação de tempo de espera para consulta, e aos triadores devolver informação, quando aplicável.

— Deverá ser criado um núcleo de investigação que envolva toda a área da Saúde Mental da RAA e que centralize novos projectos de investigação e procure colaborações com projetos externos. Será essencial incluir nesta articulação a Universidade dos Açores;

— Deverá ser criado um modelo para a inclusão da avaliação de risco psicossocial por parte da Medicina do Trabalho, em articulação com os CSP.

— Deverá ser criado um grupo de trabalho, com representação dos CSP, Hospitais da RAA, Institutos Hospitaleiros e outros *stakeholders*, no sentido da implementação do plano nacional de prevenção do suicídio;¹³

— Colaboração com o setor privado, no sentido de criar empregos protegidos. Nesse aspecto, destaca-se a importância dos hospitais de dia, nos quais os doentes treinarão funções para desempenhar profissões e que igualmente servirão de ponto de contacto para as empresas que estejam à procura de trabalhadores nas áreas nas quais exerçam. Mais ainda, poder-se-á procurar empresas que queiram financiar e ficar envolvidas com Centros de Dia a ser criados na RAA;

— Cada médico psiquiatra do arquipélago deverá igualmente tornar-se psiquiatra de referência para um determinado número de MGF, com consultoria regular (via videoconferência) acerca de casos clínicos - esta articulação permitiria não só reforçar a colaboração entre os serviços hospitalares e CSP, mas também formar com qualidade os MGF da região, dotando-os de capacidade de resolução de casos menos graves, melhorando a qualidade dos serviços prestados aos doentes, mas também a das referências feitas aos serviços de psiquiatria;

— Assumindo que um dos indicadores a incluir na avaliação de desempenho dos CSP será relacionado com o consumo alcoólico da população e que, para além do álcool, há na RAA um aparente consumo crescente de novas substâncias psicoativas (drogas sintéticas), deverá ser criada articulação entre os serviços de psiquiatria, CSP e Centro de Atendimento a Toxicodependentes, e em consonância com o preconizado pela Direção Regional da Prevenção e Combate às Dependências, a fim de criar estratégias de mitigação do consumo. Para além disso, as estratégias de comunicação pública devem incluir abordagens a esta temática. Dever-se-á compreender que substâncias têm sido consumidas e quais as formas de preparação, a fim de se organizar uma campanha que seja eficiente na mensagem pretendida e que chegue ao público-alvo - neste campo, poderá ser útil recorrer a técnica de *nudge*;

— Deverá ser criado um sistema de vigilância de eventual doença psiquiátrica na população sem-abrigo das ilhas, tendencialmente com equipas das autarquias a trabalhar em conjunto com os Centros de Saúde e IPSSs;

— Os serviços de videoconsulta, referidos no presente Programa, deverão ser integrados no projeto de Digitalização da Saúde, como está previsto no Programa de Recuperação e Resiliência para a RAA, desenvolvendo o Hospital Virtual dos Açores.

Dado o baixo número de psiquiatras na RAA – 5,1/100.000 habitantes, ou seja, abaixo do número mínimo recomendado por algumas instituições, de 10/100.000 e dado o facto de não se conseguir ter em permanência psiquiatras em todas as ilhas, um sistema de videoconferência para consultoria e discussão de casos clínicos deverá ser implementado. Os médicos envolvidos, se fora do seu horário de trabalho, deverão ser remunerados por este serviço – que será dependente das necessidades apuradas para a sua área de influência, mas que se sugere seja de pelo menos 2 horas a cada duas semanas. As redes de suporte deverão ser criadas e cada médico deverá trabalhar preferencialmente com as mesmas equipas a seu cargo – gerando desta forma proximidade entre as equipas hospitalares e dos CSP. Esta modalidade deverá ser opcional, para que não se sobrecarregue os médicos, que já prestam um trabalho assistencial que lhes produz um desgaste significativo. Dessa forma, não havendo na RAA médicos que queiram ser contratados nesse regime de consultoria, poder-se-á contratar horas a médicos do continente, especialistas em Psiquiatria.

A resolução da questão do défice de pedopsiquiatria deve ser prioritária. Nesse sentido, devem ser criadas condições para contratação de profissionais – essas condições poderão incluir a solução de negociar contratos a tempo parcial, bem como regimes de contrato com presença alternada na RAA (ex. metade do mês). Mesmo que estas opções sejam viáveis, o mesmo regime de viodeoconsultoria e videoconsulta assistida deverá ser estabelecido com hospitais nos quais haja pedopsiquiatras – a RAA deverá, para garantir a facilidade dessa consultoria, comprar o necessário equipamento e cedê-lo aos hospitais com os quais se criem protocolos. Deverá igualmente ser organizado um curso de abordagens básicas em pedopsiquiatria para médicos de MGF e pediatras da RAA.

Deverá ser criado um protocolo no que concerne a referência de doentes do serviço de Psiquiatria do Hospital da Horta para o Hospital da ilha Terceira, pela ausência de um espaço físico e camas de internamento próprias para acomodar doentes agitados.

Dever-se-á procurar sinergias com as empresas presentes na RAA para a criação de empregos protegidos para os doentes psiquiátricos, em articulação com hospitais de dia dos serviços

de psiquiatria – desta forma, salienta-se outra das prioridades definidas para a RAA, a criação de um hospital de dia na ilha do Faial e a dinamização dos das ilhas de São Miguel e Terceira.

Dever-se-á criar um núcleo de investigação, para que possa ser realizada investigação clínica original, ou simplesmente replicação de protocolos de investigação na RAA. Este núcleo de investigação deverá ser composto por elementos dos três serviços de psiquiatria, bem como estatistas para tratamento de dados. Esta articulação deve ainda incluir a Universidade dos Açores e entidades particulares que queiram estar envolvidas.

A nível da Saúde Mental na área do trabalho, deverá a Medicina do Trabalho passar a incluir a Saúde Mental – a criação de alguns indicadores poderá ajudar a uma mais competente e atempada sinalização para os CSP.

Dever-se-á incentivar os internos da RAA da área da MGF a realizar estágios na área da Psiquiatria. A criação de um programa de formação atrativo para que estes internos passem a escolher, dentro do seu tempo de estágios opcionais, a frequência desta especialidade, poderá gerar a médio prazo, uma mais competente resolução dos casos mais simples e melhores referenciações para os cuidados especializados.

Assumindo que um dos indicadores a incluir na avaliação de desempenho dos CSP será relacionado com o consumo alcoólico da população e que, para além do álcool, há na RAA um aparente consumo crescente de novas substâncias psicoativas (drogas sintéticas), deverá ser criada articulação entre os serviços de psiquiatria, CSP e Centro de Atendimento a Toxicodependentes, a fim de criar estratégias de mitigação do consumo. Para além disso, as estratégias de comunicação pública devem incluir abordagens a esta temática. Dever-se-á compreender que substâncias têm sido consumidas e quais as formas de preparação, a fim de se organizar uma campanha que seja eficiente na mensagem pretendida e que chegue ao público-alvo.

Deverá ser criado um sistema de vigilância de doença psiquiátrica na população sem-abrigo da RAA, tendencialmente com equipas autárquicas a trabalhar em conjunto com os CSP, serviços de psiquiatria e IPSSs.

Saúde escolar

A **Saúde Mental dos adultos** tem uma ligação inequívoca com todo o seu trajeto de vida, sendo reconhecido o papel quer da infância, quer da adolescência na prevenção do desenvolvimento de perturbações mentais nos cidadãos adultos. Para além da predisposição genética para as referidas perturbações, há muitos fatores ambientais que têm um enorme peso para o aparecimento das doenças. Dessa forma, serão as recomendações principais para esta área:

- Atribuir a função de Técnico Escolar de Saúde, dentro das Equipas de Saúde Escolar, designado para cada escola e inspirado na figura do “Professor Coordenador de Saúde”;
- Aumentar articulação dos CSP com as redes e planos de prevenção e combate às problemáticas com expressão na comunidade escolar;
- Reforço das equipas de Saúde Mental das escolas e universidade;
- Parceria com o Turismo dos Açores para ações de campanha com figuras públicas.

Dever-se-á criar, não apenas para a área da Saúde Mental, mas para outras áreas da Saúde no geral, a figura do Técnico Escolar de Saúde, sendo este técnico apenas uma atribuição formal da gestão de cada escola a um elemento das Equipas de Saúde Escolar. Estes técnicos receberão formação por parte de médicos de MGF para que melhor sinalizem e articulem com os profissionais de saúde das equipas de saúde escolar, com ligação aos Cuidados de Saúde Primários. Mediante a necessidade identificada, deverão os CSP remeter os casos para cuidados hospitalares. Para além disto, deverá ainda este técnico organizar, em conjunto com os profissionais de saúde da respetiva equipa de saúde escolar, eventos de promoção de saúde e disseminação de informação de saúde nas escolas. Ainda que a proposta original não seja recente,^{7,14,15} a sua pertinência mantém-se e a sua implementação poderá ser vantajosa para a RAA, alargando o leque de referenciadores de crianças e adolescentes ou em risco de desenvolver doenças ou doentes para os cuidados de saúde. O Técnico Escolar de Saúde deverá manter-se integrado e em articulação com os CSP e serviços hospitalares.¹⁶

Deverá ser facilitada a articulação entre CSP e a estruturas existentes de planeamento e intervenção nas problemáticas com expressão em contexto escolar, com eventual reforço do número de psicólogos nas escolas, caso tal se mostre necessário. Essas mesmas redes deverão articular, posteriormente, com os CSP nos casos nos quais a psicologia considere ser necessária uma avaliação e eventual encaminhamento para serviços de pedopsiquiatria.

Dever-se-á trabalhar com o Turismo dos Açores no sentido de criar, com figuras públicas que visitem as ilhas, ações nas escolas para debater temas relacionados com a Saúde Mental. Essas figuras públicas deverão receber formação prévia nos temas e estar acompanhadas por profissionais qualificados durante esses eventos.

Covid-19: O que esperar e onde actuar

A Covid-19 veio chamar a atenção, a nível internacional, para a relevância da Saúde Mental. Com a grande maioria dos países a optar por confinamentos, uns mais prolongados do que outros, o stress psicológico foi notório e grande parte da população experienciou sintomas de algum sofrimento psicológico. Vários estudos demonstram esse aumento de sintomas psicológicos numa primeira fase, com outros a demonstrar que a maioria das pessoas se adapta e consegue regressar ao seu funcionamento normal. Sabemos, no entanto, que uma parte da população progredirá para doença psiquiátrica após este período de stress. Sabe-se ainda, por exemplo, que é esperado um excedente de cerca de 53 milhões de casos de depressão e de 73 milhões de perturbação de ansiedade em todo o mundo.¹⁷ Deveremos tentar compreender como lidar com este excesso de perturbações psiquiátricas, que necessariamente terá de chegar aos cuidados de saúde – será muito importante reforçar a capacitação de médicos de MGF para que consigam tratar de forma eficaz as perturbações psiquiátricas mais ligeiras, de forma a permitir que os serviços especializados tenham capacidade de tratar adequadamente os doentes mais graves. Mais ainda, a identificação dos principais grupos que se encontram em risco de desenvolver perturbações é também muito relevante, para

que se compreenda onde atuar. As mulheres, os mais jovens, os desempregados¹⁸ e os doentes psiquiátricos parecem encontrar-se especialmente vulneráveis.^{19,20} Também os profissionais de saúde, pela carga extraordinária de trabalho que cumpriram durante este período, necessitarão de vigilância para um risco aumentado de *burnout*.²¹

As principais medidas propostas neste contexto passarão por:

- Implementação de estratégias de vigilância para puérperas e grávidas, no âmbito da Saúde Mental perinatal;
- Criação de estratégia de vigilância para doentes com ideação suicida;
- Capacitação de médicos MGF como acima descrito;
- Vigilância dos estudantes nas escolas e faculdades como acima descrito;
- Vigilância da população desempregada.

Pelo acima exposto e dado que a área de medicina materna ser tendencialmente uma área de pressão psicológica para mulheres jovens, fará sentido criar estratégias de vigilância para estas pessoas. Deverá ser elaborado um documento de pesquisa rápida dos principais sintomas associados às perturbações mais comuns durante a gravidez e no pós-parto, com critérios de referência de grávidas e puérperas quer para os CSP, quer para os serviços de Psiquiatria. Deverá, associado ao plano de criação de um sistema de mensagens automáticas para vigilância de ideação suicida em doentes com tentativas de suicídio falhadas²² – tem aumentado o total de suicídios em idade ativa (<65 anos)²³ e contacto com pessoas em situação de desemprego, ser criado um sistema de mensagens automáticas para vigilância de mulheres grávidas e puérperas, que possa facilitar o seu acesso aos cuidados de saúde caso tal seja necessário – este sistema de mensagens deverá inquirir as pessoas que sejam nele registadas pelos médicos com perguntas-chave para a pesquisa pretendida e deverá ser uma via de encaminhamento para antecipação de consultas ou, em casos de perigo iminente, para a urgência de psiquiatria.

Deverão os Centros de emprego iniciar programas de vigilância em saúde mental. Neste sentido, poderá ser necessário proceder-se à contratação de psicólogos e à preparação dos que já se

encontram afetos às estruturas de emprego. Esses psicólogos, em articulação com os Centros de Saúde da área de residência, deverão implementar programas de rastreio de perturbações mentais, fazendo o devido encaminhamento de pessoas com perturbações psiquiátricas para os Cuidados de Saúde Primários. Para além disso, como referido acima, devem as pessoas em situação de desemprego ser incluídas num sistema automatizado de envio de mensagens como forma de vigilância e sinalização de indivíduos em risco. Da mesma forma, um reforço das equipas de psicologia da Universidade e outras escolas encontra-se recomendado, bem como um aumento da divulgação da existência desses gabinetes nas próprias universidades e escolas.

Saúde mental e exercício físico

É conhecido o impacto do exercício físico na saúde mental, existindo evidência robusta acerca dos seus efeitos positivos nos quadros de depressão, esquizofrenia e processos demenciais. Segundo a OMS,²⁴ o exercício físico pode ser usado como uma estratégia complementar a modalidades de tratamento para prevenir e fazer face a situações de doença mental, contribuindo para o retardar o seu aparecimento e diminuição do impacto dos respetivos sintomas. Neste sentido, o PRSMA, visando a melhoria das condições de saúde mental na RAA, contempla as seguintes medidas de promoção da saúde mental através do exercício físico:

- Deverão as USI, através das Equipas de Saúde Mental Comunitária, proceder à elaboração de programas de educação e de sensibilização da população para a importância do exercício físico na promoção da saúde e prevenção da doença mental nas áreas da depressão, ansiedade, demência e comportamentos aditivos;
- As equipas de saúde escolar dos CSP devem promover ações formativas nas escolas, com enfoque no impacto do exercício físico na saúde mental;
- Promover, ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), a integração do exercício físico como estratégia complementar, quer no âmbito da prevenção, quer no tratamento de pessoas com doença mental (com evidência nas perturbações de humor e de ansiedade – com maior prevalência nos CSP);

— Recomendar a articulação entre SRSD, municípios e juntas de freguesia, no sentido da melhoria das condições de acesso, por parte de pessoas portadores de doença mental, a espaços da comunidade, para a prática de exercício físico recreativo - integrando esta prática de exercício num modelo de prescrição social.

Literacia em saúde

Recomenda-se a implementação de campanhas orientadas para promoção do conhecimento na área da Saúde Mental como recomendado pela OMS.²⁵ Essas campanhas devem funcionar a vários níveis, com procura de impacto a nível da educação da população, com vista a reduzir o estigma e criar conhecimento em relação a saúde e doença mental, facilitando o acesso das populações aos cuidados de saúde.²⁶ Algumas das medidas adotadas, a vários níveis de execução e procurando chegar ao maior número de pessoas possível, devem incluir:

— Criação de espaços de discussão/chegada de informação em meios de comunicação social para toda a população, discutindo temas diversos, desde a prevenção de doença mental à informação acerca de sintomas de doença que possam ser identificados pela população geral. Nesse sentido, relações devem ser estabelecidas entre a Secretaria Regional da Saúde e Desporto, as televisões, jornais e rádios locais para a possibilidade de se criar um método de financiamento destas ações;

— Campanha de sensibilização para banir a utilização do termo “droga leve” quando se faz referência à canábis, dado o perigo que esta representa para os mais jovens na faixa etária na qual tipicamente surgem as psicoses. Estas campanhas poderão ter uma compensação financeira por parte da RAA aos meios de comunicação social;

— Em contexto escolar, criação de momentos informativos, baseados em *guidelines* orientadoras partilhadas pela SRSD e promovidos pelo Técnico Escolar de Saúde, inspirado na figura do “Professor Coordenador de Saúde”.

— Criação de estratégias de *nudge* como forma de promover adesão à terapêutica por parte dos doentes (poderia ter especial utilidade em doentes psicóticos); alterar perceção quanto uso de drogas; influenciar os médicos psiquiatras a prescrever menos antipsicóticos típicos.

Conclusões

O presente Programa, designado por Programa Regional de Saúde Mental dos Açores, surge na sequência de um processo de análise e levantamento de necessidades da área da Saúde Mental na Região Autónoma dos Açores, nomeadamente das estruturas que nesta área da Saúde servem a população. A preocupação, na construção do PRSMA, foi a de obter um documento atual, adaptado à realidade nacional e internacional, mas que fosse exequível e adequado às necessidades da RAA. As medidas neste documento enumeradas pretendem valorizar o trabalho dos serviços e de todas as estruturas ligadas à Saúde Mental, elevando-o, através de várias medidas que visam a sua maior e mais eficiente articulação. Para além disso, trará respostas inovadoras e que certamente serão causadoras de impacto positivo na Saúde Mental da população da RAA.

Este Programa não pretende ser exclusivamente um Programa para a Saúde Mental. Aborda vários campos da vivência dos cidadãos, procurando articular diferentes níveis de cuidados, desde os hospitalares continentais, aos hospitalares regionais, aos CSP e aos prestados pelos Institutos Hospitalares. Fá-lo, tendo uma ótica de utilidade para o cidadão, cruzando serviços públicos, serviços privados e a área social. Apenas de um entendimento sinérgico se considera que os melhores cuidados conseguem chegar à população. É por isso um Programa de Saúde, obrigatoriamente tocando todos os níveis da vida dos indivíduos, apostando na informação para a quebra de estigma, na prevenção de doenças e no seu tratamento, que são conceitos que se imiscuem com todas essas áreas de vivência.

Destacam-se medidas geradoras de equidade, medidas de proteção dos Direitos Humanos, medidas dirigidas à organização dos serviços, à sua inter-articulação e medidas dirigidas a uma necessária adaptação ao que nos esperará na fase final de uma pandemia. Não menos relevante é o facto de, ao nível dos cuidados de saúde, se procurar uma resposta de proximidade para com as pessoas, focando a atuação num trajeto que passa por equipas comunitárias, capacitação dos CSP e um novo modelo de atuação nos cuidados especializados.

É o objetivo primordial deste Programa servir os açorianos e tornar o SRS uma entidade mais forte, mais capaz de dar resposta às necessidades da região e mais flexível nas suas articulações.

Importa referir que este documento não se extinguirá com a cessação de funções da presente Estrutura para a Saúde Mental, devendo manter-se como linha orientadora da Saúde Mental na Região Autónoma dos Açores.

Referências

1. Carvalho, Á. A. D., Mateus, P., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Oliveira, A. L., Alves, M. I., & Martins, J. (2016). Portugal Saúde Mental em Números, 2015. *Portugal Saúde Mental em Números, 2015*, 5-113.
2. Xavier, M., & Almeida, J. M. C. (2010). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1.º relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/278786138_Estudo_Epidemiologico_Nacional_de_Saude_Mental_1_Relatorio
3. Mendes, Felismina, et al. "Saúde um Direito Humano. Relatório de Primavera 2019." (2019).
4. OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
5. Conselho Nacional de Saúde. Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS, 2019.
6. Burvill PW. Looking beyond the 1:10,000 ratio of psychiatrists to population. *Aust N Z J Psychiatry*. 1992 Jun;26(2):265-9. PMID: 1642618.
7. Botezat, I., et al. "Joint Action on Mental Health and Well being." *Mental Health in all policies* (2018).
8. European & Commission. "European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing." *EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Brussels* (2016).
9. Gouveia, Miguel, et al. "O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015." *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health* (2017).
10. Decreto-Lei n.º 113/2021 – Diário da República n.º 240/2021, Série I de 2021-12-14
11. Castelein, Stynke, et al. "The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118.1 (2008): 64-72.
12. Novas Recomendações para a Saúde - livro do projeto Health Parliament Portugal (2021).
13. Carvalho, Álvaro. "Plano Nacional de Prevenção do Suicídio-2013/2017-Portugal." (2013).
14. de Educação Sexual, Grupo de Trabalho. "Relatório final." *Retirado em setembro 20* (2007): 2010.
15. Heitor, M. J., et al. "Rede de referência de psiquiatria e saúde mental." Lisboa: *Direcção-Geral da Saúde* (2004).
16. Rampazzo et al. "Joint Action on Mental Health and Well-being Situation analysis and recommendations for action" (2016)
17. Santomauro, Damian F., et al. "Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic." *The Lancet* 398.10312 (2021): 1700-1712.
18. Paulino, Mauro, et al. "COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population." *Psychology, Health & Medicine* 26.1 (2021): 44-55.

19. Ribeiro, Henrique Prata, André Ponte, Miguel Raimundo, and Tiago Reis Marques. "Mental health risk factors during the first wave of the COVID-19 pandemic." *BJPsych Open* 7, no. 6 (2021).
20. Dos Santos, Carolina Ferreira, Maria Picó-Pérez, and Pedro Morgado. "COVID-19 and Mental Health—What Do We Know So Far?." *Frontiers in Psychiatry* 11 (2020).
21. Ferreira, Sónia, et al. "A Wake-up Call for Burnout in Portuguese Physicians During the COVID-19 Outbreak: National Survey Study." *JMIR Public Health and Surveillance* 7.6 (2021): e24312.
22. Larsen, Mark Erik, et al. "A mobile text message intervention to reduce repeat suicidal episodes: design and development of reconnecting after a suicide attempt (RAFT)." *JMIR mental health* 4.4 (2017): e56.
23. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016). *Saúde: procuram-se novos caminhos. Relatório de Primavera*. Ed. ENSP. http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf
24. *Motion for your mind – Physical activity for mental health promotion, protection and care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019;
25. WHO (2013). *WHO Global Mental Health Action Plan 2013-2020*. http://www.who.int/entity/mental_health/publications/action_plan/en/index.html
26. Martins, R. A. S., and Luis Saboga-Nunes. "A literacia para a saúde no setting escolar." *Revista de Educação Popular* 18.3 (2019): 268-275.

