

PREÂMBULO

Good mental health is related to mental and psychological well-being. WHO's work to improve the mental health of individuals and society at large includes the promotion of mental well-being, the prevention of mental disorders, the protection of human rights and the care of people affected by mental disorders.

WHO, 2017

Nos termos da legislação em vigor, cabe às administrações regionais de saúde assegurar o acesso das populações dos respetivos âmbitos territoriais a cuidados de saúde de qualidade, ajustando a resposta às reais necessidades em saúde e aos recursos disponíveis. A saúde mental é uma área fundamental à saúde geral dos indivíduos, das comunidades e das populações, sendo priorizada, a nível nacional, mediante o Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção-geral da Saúde e, a nível regional, pelo Programa Regional de Saúde Mental da ARS Centro.

De acordo com a OMS, o bem-estar mental é um componente fundamental da atual definição de saúde. A boa saúde mental permite aos indivíduos a realização do seu potencial e, desta forma, contribuir para a construção e desenvolvimento das comunidades onde se inserem.

Ao abrigo do decreto-lei nº 35/99, de 5 de fevereiro, republicado em anexo ao decreto-lei nº 304/2009 de 22 de outubro (artigo 8º), foi constituído, em fevereiro de 2017, o Conselho Regional de Saúde Mental do Centro (CRSMC).

Este órgão consultivo do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) inclui, nas suas atribuições legais, *“propor à administração regional de saúde as medidas consideradas necessárias à melhoria da prestação de cuidados de saúde mental”*. Sem prejuízo do seu caráter circunstanciado e episódico, em função de solicitações ou diligências *ad hoc*, importa estribar a intervenção deste órgão, traduzida na promoção da saúde mental regional, num documento orientador.

Em conformidade com o exposto, a elaboração do Plano Regional de Saúde Mental foi um dos pontos discutidos na reunião ordinária de 30/11/2017 do CRSMC. Foi, desde logo, constituído um grupo de trabalho, presidido pelo Presidente do CRSMC, Dr António Pires Preto e coordenado operacionalmente pelo Dr Lúcio Meneses de Almeida, representante da ARS Centro na comissão e relator deste grupo.

O grupo de trabalho, necessariamente multidisciplinar e multisetorial, é, ainda, constituído pelos seguintes elementos do CRSMC: Dr José Garrido (Diretor do Serviço de Pedopsiquiatria do CHUC); Dr José Rocha Almeida (Médico, Coordenador da DICAD da ARS Centro); Engº Ramiro Miranda (Diretor do Centro Distrital de Coimbra do Instituto de Segurança Social) e Drª Ana Maria Carvalho (Diretora do Núcleo de Intervenção Social); Enfº Ricardo Correia de Matos (Presidente do Conselho Diretivo Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros) e Enfº Pedro Lopes (Secretário do Conselho Diretivo Regional); Dr Fernando Lopes (Médico, Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS do Baixo Mondego da ARS Centro); Dr Duarte Falcão (Médico, Casa de Saúde Santa Isabel), Dr Jorge Humberto Silva (Diretor do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE), Dr Cláudio Viriato Laureano (Diretor do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Leiria EPE), Drª Cristina Quadros (Presidente da Delegação Regional do Centro da Ordem dos Psicólogos).

O presente documento insere-se num nível estratégico de planeamento regional em saúde, em alinhamento com dois documentos de âmbito nacional: o Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão a 2020) e o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, objeto de avaliação em julho de 2017, tendo em vista a sua extensão para 2020. Tem, ainda, como documento enquadrador o Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário 2017-2018 (http://cnis.pt/wp-content/uploads/2015/09/Protocolo-de-compromisso-2017-2018_3-maio-2017.pdf). A nível regional, procurou-se, igualmente, alinhar o presente documento com o Plano Regional de Saúde da ARS Centro (<http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitorizacao%20e%20avaliacao/Plano%20Regional%20Saude%20ARS%20Centro%202015-2016.pdf>).

O “Perfil de saúde da região Centro”, elaborado pelo Departamento de Saúde Pública da ARS Centro/Observatório Regional de Saúde e disponível no sítio institucional da ARS Centro (<http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Paginas/Diagnostico.aspx>), é outro dos instrumentos da maior pertinência para a caracterização do estado de saúde (resultados) e dos seus determinantes (exposições sociais, incluindo as de índole sociodemográfica, da maior relevância epidemiológica em saúde mental).

Mas porque num mundo global, devemos “pensar globalmente para agir localmente”, foi objeto de consideração o Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial da Saúde (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1). Este plano contempla, nos seus objetivos, o reforço da liderança e governança em saúde mental; a disponibilização de serviços de saúde e sociais responsivos, integrados e compreensivos de base comunitária; a implementação de estratégias promotoras da saúde mental; e o reforço dos sistemas de informação, evidência e investigação em saúde mental.

O Plano Europeu de Saúde Mental (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>) é outro dos documentos de referência, quer para o Plano Nacional de Saúde Mental, quer para o presente plano. Considerando que as doenças mentais afetam, anualmente, 25% da população da região europeia da OMS, a OMS Euro considera que os desafios a enfrentar têm a ver com o bem-estar mental e com a prestação de cuidados de qualidade aos indivíduos com problemas de saúde mental.

Outros documentos de relevo incluem, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Mental da DGS, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017) e, mais recentemente (abril de 2017), o Programa Nacional de Prevenção da Depressão (Ordem dos Psicólogos).

Os objetivos da ONU para o desenvolvimento sustentável (<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>) incluem, além da boa saúde e do bem-estar, a igualdade de género e a redução das iniquidades. Incluem, ainda, o estabelecimento de parcerias como estratégia para alcançar objetivos.

Intervir em saúde pública é intervir a um nível multisetorial e multidisciplinar, concertando esforços e promovendo vontades. Entende a CRSMC que a promoção da saúde mental implica a participação ativa dos agentes comunitários, designadamente os externos ao setor da saúde, bem como a valoração do cidadão e dos seus cuidadores como agentes primordiais da saúde mental e geral.

Além do concurso generalizado dos diversos atores sociais, implica a discussão transparente do presente documento – que se entende, até à sua homologação, como um documento de trabalho, aberto à sociedade civil regional.

Mais saúde mental pressupõe mais intervenção social e mais literacia em saúde. Não pressupõe, necessariamente, mais recursos, mas antes uma melhor organização/articulação dos já existentes e o ajustamento do sistema aos desafios do envelhecimento demográfico, da institucionalização dos idosos e das doenças crónicas associados ao primeiro. Em conformidade com o Plano Nacional de Saúde, importa promover o envelhecimento ativo e saudável como estratégia para a redução da carga das doenças crónicas e, em concreto, da doença mental.

Aos instrumentos promotores da saúde mental de que a região Centro dispõe no presente (Programa Regional de Saúde Mental, Conselho Regional de Saúde Mental, prestadores sociais e da saúde, públicos e privados, e, muito naturalmente, do papel regulador de todo o sistema por parte da ARS Centro), acrescerá o presente documento.

Coimbra, março de 2018

1. ENQUADRAMENTO

A saúde mental é uma das áreas da maior relevância para a saúde das populações. A priorização da saúde mental nas estratégias nacionais que visam obter ganhos em saúde encontra-se traduzida na criação do Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM), um dos programas prioritários de saúde do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, com revisão e extensão a 2020 (PNS).

Os eixos estratégicos do PNSM incluem: a promoção e implementação de programas promotores do bem-estar e da saúde mental da população portuguesa, a par do tratamento e reabilitação das doenças mentais; promoção da articulação dos cuidados especializados com os cuidados primários e outros setores relevantes; desenvolvimento da rede nacional de cuidados continuados integrados em saúde mental; dinamização da participação de utentes e cuidadores na reabilitação e integração social dos indivíduos portadores de doença mental grave.

A promoção do acesso a cuidados de saúde mental, integrados no “sistema geral de saúde”, bem como a diminuição da institucionalização dos doentes mentais é um dos objetivos do PNSM.

As metas deste programa prioritário da Direção-geral da Saúde (DGS) contemplam o aumento do registo das perturbações mentais nos cuidados de saúde primários, o controlo/estabilização da prescrição de benzodiazepinas; o apoio à criação da rede nacional de cuidados continuados integrados em saúde mental; e o aumento das ações de promoção da saúde mental/prevenção da doença mental pelo PNSM.

A Administração Regional de Saúde do Centro IP (ARSC) é o instituto público do Ministério da Saúde, responsável por garantir, à população do seu âmbito geodemográfico de intervenção, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, ajustando os recursos disponíveis às reais necessidades em saúde.

O Programa Regional de Saúde da ARSC (PRS) contempla a saúde mental, através do Programa Regional de Saúde Mental, como área prioritária de intervenção regional, em alinhamento com os documentos estratégicos nacionais (PNS e programas prioritários nacionais).

É entendimento da ARSC, em alinhamento com o PNS e o PNSM, que a promoção da saúde mental das populações, determinante fundamental da saúde geral, implica o “rasgar” de fronteiras biomédicas e do setor da saúde e a integração de estratégias intersectoriais e multidisciplinares.

Implica a disponibilização de serviços de saúde de proximidade, capazes de prestar cuidados em contexto comunitário e em estreita articulação com os serviços de psiquiatria hospitalar. Tal vai ao encontro dos objetivos do projeto SNS + Proximidade do Ministério da Saúde. A criação de unidades de saúde mental comunitária (USMC), além das que operam na ARSC desde 2011, é um dos objetivos operacionais do PRS 2015-2016.

De acordo com o **Programa Regional de Saúde da ARSC (2015-2016)**, a estratégia regional para a saúde mental tem, como meta, a implementação de unidades de saúde mental comunitária (USMC). Em termos de objetivos específicos, correspondem aos seguintes:

- Assegurar o acesso a serviços de saúde mental de qualidade (indicador: número de USMC)
- Promover e proteger os direitos dos doentes
- Criação de uma unidade piloto de cuidados continuados em psiquiatria e saúde mental (indicador: número de unidades CCI SM)
- Reduzir o impacto das perturbações mentais (objetivo de saúde)
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, promovendo um melhor acesso por parte dos doentes e a participação das comunidades, utentes e famílias
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no “sistema geral” de saúde, no âmbito dos diversos níveis de cuidados (primários, diferenciados/hospitalares e continuados integrados), de modo a diminuir a institucionalização dos doentes.

Relativamente aos indicadores de resultado (*outcome*), foram identificados dois: a proporção de utentes inscritos com registo de perturbação depressiva nos CSP (códigos P76 e P03); a diminuição do número de internamentos nas áreas em que existem USMC.

O **Plano Regional de Saúde 2018-2020 da ARSC**, em fase de elaboração, prevê a inclusão de um indicador/meta na área da saúde mental, constante do plano anterior: (aumento do) registo de perturbações mentais nos cuidados de saúde primários, operacionalmente definido como a proporção de inscritos, de ambos os sexos e todas as idades, com diagnóstico ativo de ansiedade e depressão.

A estratégia regional de saúde para 2018-2020 contempla a saúde mental como área prioritária de intervenção, juntamente com os estilos saudáveis de vida e a prevenção de comportamentos de risco e a rede nacional de cuidados continuados integrados na região – entre outras.

A **Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e na Dependências (DICAD)** da ARS Centro é a estrutura responsável pela intervenção naquele âmbito. A DICAD tem por missão promover a integração, harmonização e qualificação das intervenções preventivas e terapêuticas no campo dos comportamentos aditivos e das dependências na região centro. Funciona no âmbito territorial de jurisdição da ARS Centro e exerce as suas competências em estreita articulação com os diferentes departamentos da ARS Centro, bem como com as unidades de intervenção local, ACeS, unidades locais de saúde (ULS), rede hospitalar e com outras instituições, públicas ou privadas, com intervenção na área dos comportamentos aditivos e das dependências.

Esta divisão realiza, anualmente e no âmbito do Dia da Defesa Nacional (cidadãos de ambos os sexos, com 18 anos de idade), um inquérito aos consumos e comportamentos aditivos (incluindo tabaco e álcool, bem como acesso à internet no âmbito de redes sociais, jogos ou apostas *on line*).

Presentemente (fevereiro de 2018), a ARS Centro disponibiliza, na sua página, o inquérito relativo a 2014 (<http://www.arscentro.min-saude.pt/Documents/informa%C3%A7%C3%B5es/2017/Inqu%C3%A9rito%20DDN%202014%20-%20Regiao%20Centro.pdf>).

Relativamente ao grupo etário das crianças e dos adolescentes, a OMS estima que 15-20% sofrem de algum tipo de doença ou perturbação mental diagnosticável, designadamente (por ordem decrescente de prevalência), distúrbios de ansiedade e depressão, distúrbios do comportamento (incluindo PHDA) e distúrbios do comportamento alimentar, perturbações do espectro autista e psicose (Garrido, 2016).

Os distúrbios de comportamento são mais frequentes em rapazes pré-púberes, enquanto que as perturbações de ansiedade e depressão são mais frequentes em raparigas pós-púberes. Nos últimos anos, tem-se observado, nos países ocidentais, um aumento substancial de comportamentos auto-lesivos, sendo o suicídio a segunda causa de morte na adolescência em Portugal (Garrido, 2016).

Do ponto de vista de Saúde Pública, o grupo etário das crianças e adolescentes é da maior relevância, face aos ganhos em saúde passíveis de obter e à sua transcendência social e económica.

O presente plano regional assenta nos seguintes **eixos estratégicos fundamentais**/áreas *major* de intervenção:

1. *Capacitação e literacia* em saúde mental (utentes/doentes e cuidadores), incluindo estratégias de *coping* e de prevenção do *burn out* (em articulação com a estratégia regional/programa regional de capacitação e literacia em saúde da ARSC) e a prevenção dos comportamentos aditivos e dependências (em articulação com a DICAD e com a estratégia regional/programa regional de capacitação e literacia em saúde da ARSC);
2. *Apoio à tomada de decisão*/criação de unidades da rede de cuidados continuados em saúde mental da região (PRSM/Conselho Diretivo da ARSC);
3. Melhoria do registo clínico em saúde mental e sensibilização dos clínicos, designadamente ao nível da rede de cuidados de saúde primários (ACeS e ULS), para a *prevenção da “medicalização”* de respostas fisiológicas a acontecimentos adversos (sobremedicalização/sobrediagnóstico) e para a prescrição apropriada de psicotrópicos (prevenção quaternária) – em consistência com as iniciativas, em curso, do grupo técnico regional (cuidados de saúde primários) para a governação clínica e em saúde da ARS Centro;
4. Alargamento da *resposta de proximidade*/oferta de serviços em saúde mental (USMC), incluindo a constituição de grupos operativos no âmbito da catástrofe;
5. *Integração* dos cuidados, na área da saúde mental, mediante uma articulação efetiva de âmbito intra e intersectorial – designadamente, nas áreas da psicologia e do apoio social.

Desde já se identificam os seguintes *stakeholders*, sem prejuízo de outros que venham a ser considerados: rede de serviços de saúde do SNS na região (saúde pública, cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados integrados); DICAD; serviços de psiquiatria e saúde mental; serviço social; autarquias; associações de doentes e utentes (gerais e da área da saúde mental); setor da educação (estrutura regional).

Relativamente à rede de cuidados continuados integrados em saúde mental, a experiência-piloto, ao abrigo do Despacho 1269/2017, de 6 de fevereiro, traduziu-se na prestação de um total de 46 respostas na região, incluindo 8 lugares na tipologia residência de apoio moderado (RAMo), localizados em Penela.

Presentemente a região dispõe de uma equipa de apoio domiciliário, com capacidade para 8 visitas/dia e de 30 lugares na tipologia USO (unidade socio-ocupacional). Desde o primeiro trimestre de 2018 que a capacidade, nesta tipologia, aumentou 30 lugares (distrito de Viseu).

2. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO

2.1. Perfil de saúde da região Centro

(Fonte: ARSC/DSP. Disponível em http://www.arscentro.min-saude.pt/microsites/PeRS2017/PeRS_Centro_2017.htm)

A região de saúde do Centro conta com 1.674.660 residentes, dos quais 53% são do sexo feminino (estimativa a 2016).

A esperança de vida à nascença da população da região de saúde do Centro é superior à do Continente, estimando-se em 81,7 anos para ambos os sexos (triénio 2014-16), enquanto que na população continental é de 81,4 anos.

A sua **estrutura etária** (fig.1) evidencia um duplo envelhecimento, de base e de topo, consistente com um índice de envelhecimento superior ao continental e ao todo nacional (região de saúde: 190,4; Continente: 149,6).

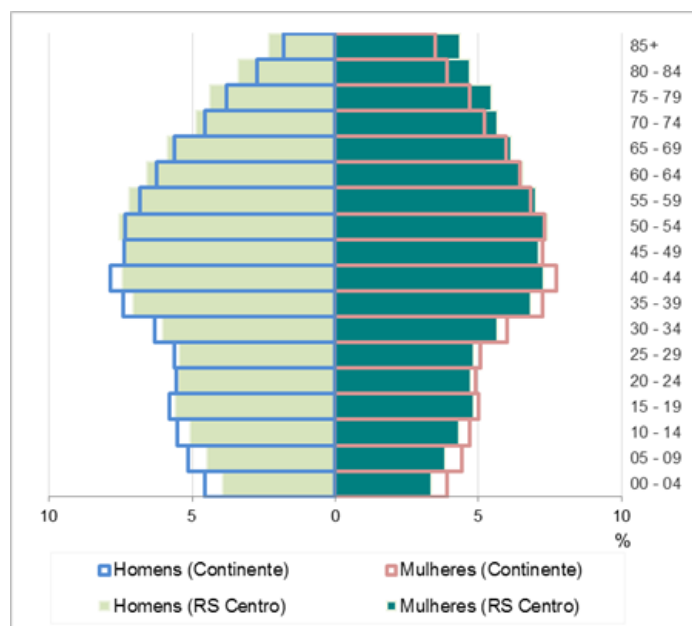


Fig. 1. Estrutura etária da região de saúde do Centro e do Continente

O ACeS do Pinhal Interior Sul (ULS de Castelo Branco) é o que apresenta o índice mais elevado (328,5), sendo os ACeS do Pinhal Litoral e do Baixo Vouga aqueles que apresentam os índices de envelhecimento mais baixos da região, semelhantes ao do Continente (149,9) – figura 2.

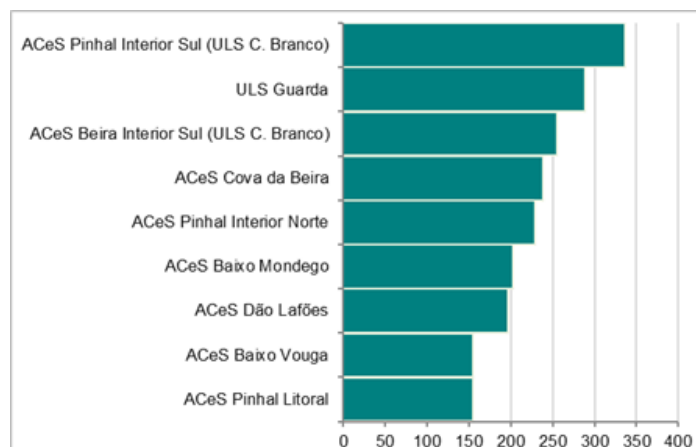


Fig. 2. Estrutura etária da região de saúde do Centro e do Continente

Em termos concelhios, verifica-se que, à semelhança dos ACeS (NUTS III), os concelhos do interior são os mais envelhecidos (figura 3).

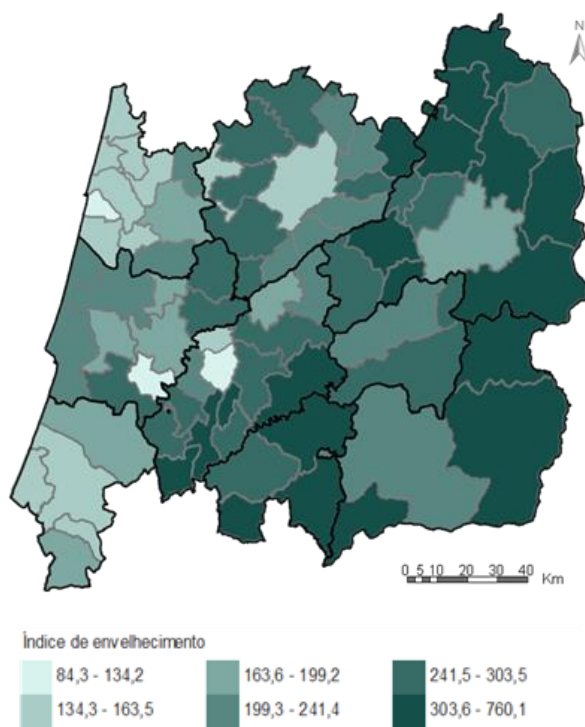


Fig. 3. Índice de envelhecimento por concelho da região de saúde do Centro (2016)

No que diz respeito a **indicadores sociodemográficos**, a população ativa tem uma distribuição por setores de atividade semelhante à do Continente, sendo que a proporção de trabalhadores dos setores primário e secundário de atividade é ligeiramente superior (fig. 4).

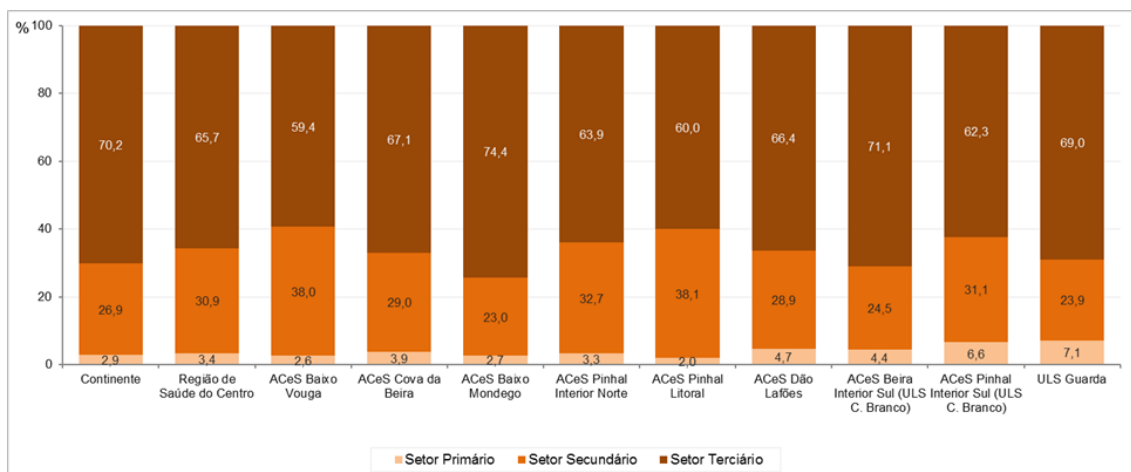


Fig. 4. Distribuição da população empregada por setor de atividade (Continente, região de saúde do Centro e ACeS – censos 2011)

O **poder de compra** (*per capita*) da população da região é cerca de 12% inferior ao do Continente, sendo de 100,8 no Continente e de 89,2 na região de saúde do Centro. Não obstante, essa diferença tem-se vindo a reduzir (figura 5).

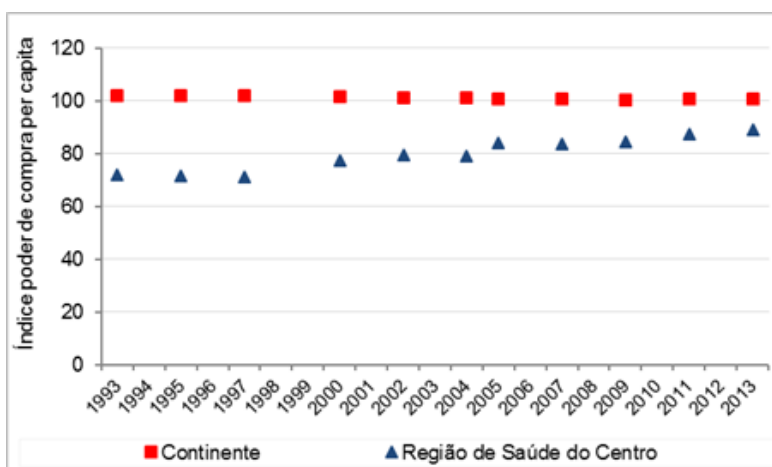


Fig. 5. Evolução do poder de compra *per capita* no Continente e na região (1993-2013)

Quanto ao **desemprego** (inscritos em centros de emprego com idade igual ou superior a 15 anos), este é inferior ao do Continente (região: 43,7; Continente: 53,6).

O ACeS da Cova da Beira é o que apresenta o valor mais elevado da região (58,9 inscritos/1000 habitantes em idade potencialmente ativa/15 ou mais anos), sendo mesmo superior ao do Continente. Em contrapartida, o ACeS do Pinhal Interior Sul (ULS Castelo Branco) é o que apresenta o valor mais baixo da região de saúde (32,9/1000).

A figura 6 ilustra a taxa de desemprego por concelhos da região de saúde, em dezembro de 2016.

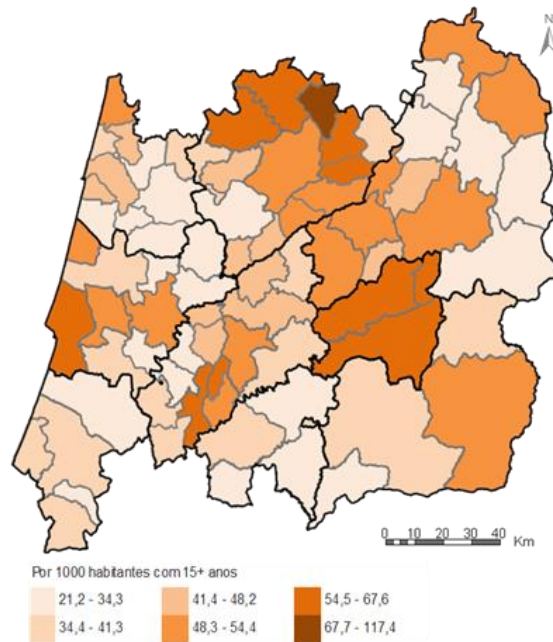


Fig.6. Desempregados inscritos nos centros de emprego, por concelho da região de saúde do Centro (2016)

A proporção (permilagem) de população em idade potencialmente ativa **beneficiária do RSI** (rendimento de social de inserção) em 2016 é inferior à do Continente (região: 24,3‰; Continente: 30,4‰), variando entre 13,7 (ACeS Pinhal Interior Norte/ULSCB) e 33,9 (ACeS Cova da Beira).

Em termos de **segurança pública**, a região apresenta indicadores inferiores aos do Continente: taxa de criminalidade 25,9/1000 habitantes (Continente: 31,9/1000), sendo a taxa de condução com alcoolémia superior a 1,2 igual à do Continente (2,0/1000 habitantes).

No que diz respeito ao **consumo de álcool** (dados do INS 2005/2006), 51,2% da população regional reportou ter consumido alguma bebida alcoólica nesse ano, valor inferior ao do Continente (53,8%).

É evidente a diferença entre o consumo auto-reportado por sexo, que foi de 65,9% nos homens (Continente: 66,0%) e de 37,5% nas mulheres (Continente: 43,3%).

O vinho é a bebida alcoólica mais consumida em ambos os sexos, seguido da cerveja – ainda que esta última é mais “popular” nos homens do que entre nas mulheres (figura 7).

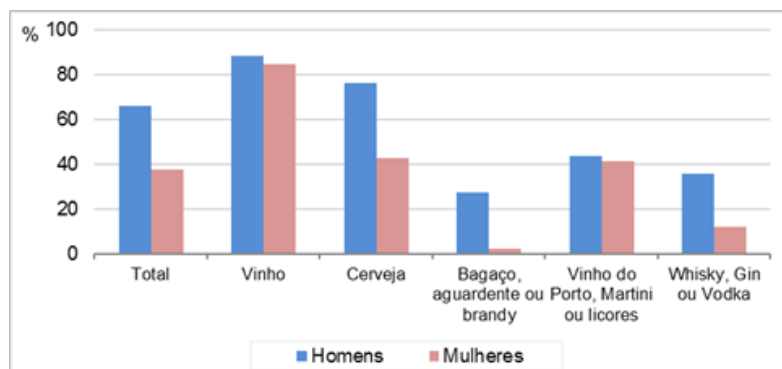


Fig.7. População residente na região de saúde do Centro consumidora de bebidas alcoólicas (consumo auto-reportado, desagregado por sexo e por tipo de bebida – INS 2005/2006)

Ao contrário dos restantes grupos etários, em que a prevalência de consumidores de bebidas alcoólicas é inferior à do Continente, a região Centro apresenta uma prevalência de consumidores do grupo etário dos 15-24 anos superior (figura 8).

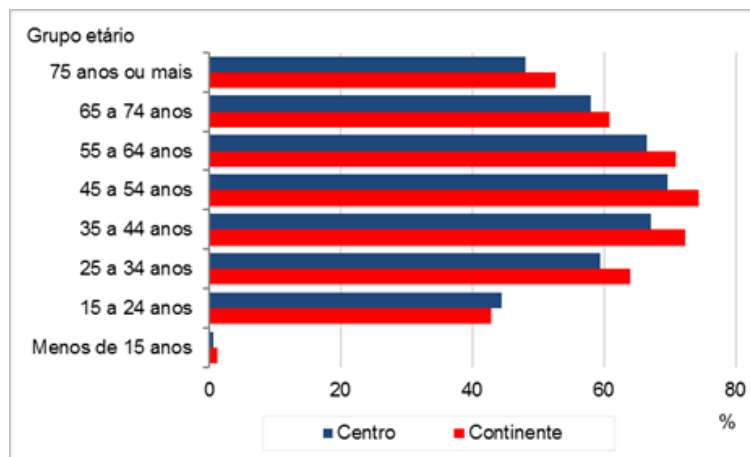


Fig.8. População residente na região de saúde do Centro consumidora de bebidas alcoólicas (consumo auto-reportado, desagregado por sexo e grupo etário – INS 2005/2006)

Em termos de **auto percepção da saúde**, avaliada através do proxy “**satisfação com a vida**” (escala de 1/bastante insatisfeito a 5/bastante satisfeito” – Inquérito Nacional de Saúde 2014, INE, 2016), 76% da população regional manifestou-se satisfeita, valor ligeiramente superior ao todo nacional (74%).

A desagregação, por sexo, evidencia a clássica diferença: 78% dos homens e 73% das mulheres da região Centro reportaram estar satisfeitos com a vida.

2.2. Rede de serviços de saúde

A rede de serviços de saúde do âmbito territorial da ARS Centro (SNS) encontra-se organizada em agrupamentos de centros de saúde (ACeS), prestadores de cuidados de saúde primários e em entidades hospitalares, incluindo as unidades de locais de saúde da Guarda e de Castelo Branco, responsáveis por assegurar a prestação daquele nível de cuidados.

A ARS Centro conta com 64 centros de saúde, correspondentes aos seus 6 serviços desconcentrados/ACeS (Baixo Mondego, Baixo Vouga, Cova da Beira, Dão Lafões, Pinhal Interior Norte e Pinhal Litoral). Os restantes 21 centros de saúde integram a rede de cuidados de saúde primários das ULS da Guarda e de Castelo Branco).

Os **agrupamentos de centros de saúde/rede de cuidados de saúde primários** são constituídos por unidades funcionais, totalizando 9 unidades de saúde pública/USP (1 por ACeS), que asseguram as funções de serviço de saúde pública/observatório de saúde local, 6 unidades de recursos assistenciais partilhados/URAP (1 por ACeS), que constituem uma “bolsa” de profissionais como psicólogos, nutricionistas e outros, 56 unidades de cuidados na comunidade (especialmente vocacionadas para a educação para a saúde e para o apoio domiciliário), além das 63 unidades de saúde familiar (USF) e das 85 unidades de cuidados de saúde personalizados (quadro 1).

ACES ULS	CS	USF	UCSP (homologadas)	UCC
Baixo Mondego	15	19	13	11
Baixo Vouga	11	20	14	11
Cova da Beira	3	0	5	3
Dão Lafões	15	14	11	9
Pinhal Interior Norte	14	3	11	12
Pinhal Litoral	6	6	14	4
ULS de Castelo Branco	8	0	4	4
ULS da Guarda	13	1	13	2
Total	85	63	85	56

Fonte: ARS Centro, IP

Quadro 1. Unidades funcionais da rede de cuidados de saúde primários da região de saúde do Centro por ACeS/ULS (exceto USP e URAP) a 31/12/2016

A ARS Centro assegura, através da sua **Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD)**, a resposta regional, preventiva e terapêutica, no âmbito das adições.

Compete à DICAD “assegurar a execução dos programas de intervenção local, visando a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção de comportamentos aditivos e a diminuição das dependências” (ARSC, 2017 - Relatório de Atividades 2016).

A rede de serviços da DICAD (“unidades de intervenção local”) integra 6 centros de resposta integrada (CRI), localizados em Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu, 1 unidade de internamento (a Comunidade Terapêutica “Arco-Íris”) e, ainda, a Unidade de Alcoologia e a Unidade de Desabituação (figura 9).

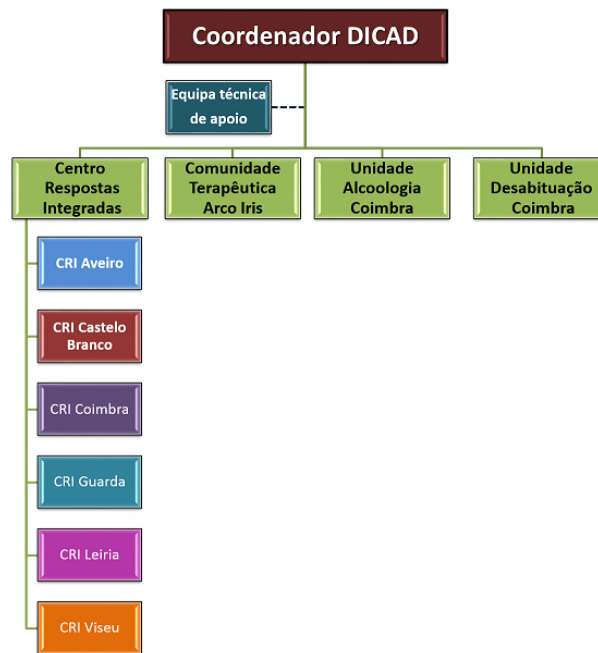


Figura 9. Organograma da DICAD da ARS Centro

A **rede hospitalar** do âmbito territorial da ARS Centro é constituída por 12 entidades hospitalares da região incluem 5 centros hospitalares, 1 hospital distrital (Hospital Distrital da Figueira da Foz), o IPO de Coimbra, o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais, as ULS da Guarda e de Castelo Branco (hospitais de Sousa Martins e de Seia e hospital Amato Lusitano) e os hospitais SPA de Cantanhede e de Ovar.

A lotação hospitalar praticada a 31 de dezembro de 2016 (região de saúde do Centro) corresponde a 4679 camas, excluindo **251 camas de psiquiatria** forense, de residentes e de reabilitação psicossocial no CHUC (110+70+20), no Centro Hospitalar de Leiria (0+50+0) e no Centro Hospitalar da Cova da Beira (0+1+0) - quadro 2.

Instituições Hospitalares	Forenses	Residentes	Reabilitação Psicossocial
CHCB	0	1	0
CHL	0	50	0
CHUC	110	70	20
Total	110	121	20

Fonte: SICA

Quadro 2. Lotação psiquiatria (forenses, residentes e reabilitação) a 31/12/2016 (fonte: SICA – citado por ARSC/DSP)

À exceção dos hospitais SPA e do hospital Nossa Senhora da Assunção, de Seia, as restantes entidades dispõem de **serviço de psiquiatria**, sendo que o CHUC assegura a resposta de internamento e urgência na área da pedopsiquiatria.

Relativamente aos cuidados de saúde mental de base comunitária, cujas primeiras unidades foram criadas em 2011, existem 2 unidades de saúde mental comunitária (USMC) na região Centro (Leiria Norte e Pinhal Interior Norte), ambas dependentes do CHUC e correspondentes a 6 equipas de saúde mental comunitária.

Acrescem, a estas unidades, 5 equipas de saúde mental comunitária, integrando um elemento multidisciplinar por equipa.

A rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) conta, na região de saúde, com 2295 camas, de todas as tipologias. Quanto à rede nacional de cuidados paliativos, recentemente autonomizada da primeira, conta com 69 camas.

No que diz respeito à resposta comunitária, no âmbito dos **cuidados continuados integrados em saúde mental**, a rede integra, na região, 8 lugares na tipologia residência de apoio moderado (RAMo), localizados em Penela, uma equipa de apoio domiciliário, em Coimbra, com capacidade para 8 visitas/dias e 60 lugares na tipologia USO, localizados em Coimbra (30) e em Viseu (30).

2.3. Problemas de saúde mental/adições (ICPC-2)

Os problemas ativos de saúde em registo pelos cuidados de saúde primários (classificação ICPC-2) incluem comportamentos, com o abuso de álcool e de drogas. De acordo com o Observatório Regional de Saúde/Departamento de Saúde Pública, a proporção de inscritos, na região de saúde, com “abuso crónico de álcool” é ligeiramente superior ao do Continente (1,5% contra 1,4%), sendo a distribuição por sexo idêntica (homens: 2,8%; mulheres: 0,3%).

Em termos sub-regionais, o ACeS com uma menor prevalência de abuso crónico é o ACeS da Beira Interior Sul (ULS Castelo Branco), observando-se a maior prevalência nos ACeS do Pinhal Interior Sul (ULS Castelo Branco) e do Pinhal Interior Norte.

Quanto ao abuso de drogas (código ICPC-2 P19), a prevalência é inferior à do Continente (0,4% contra 0,5%), sendo essa diferença mais acentuada no sexo masculino (0,5% contra 0,7%).

As **perturbações depressivas** (código ICPC-2 P76) são o 3º problema de saúde mais prevalente (12,4%, dos utentes inscritos, na região contra 10,4% no Continente), sendo superior, em ambos os sexos, na região relativamente ao Continente (homens: 5,3% contra 4,4%; mulheres: 18,7% contra 15,8%).

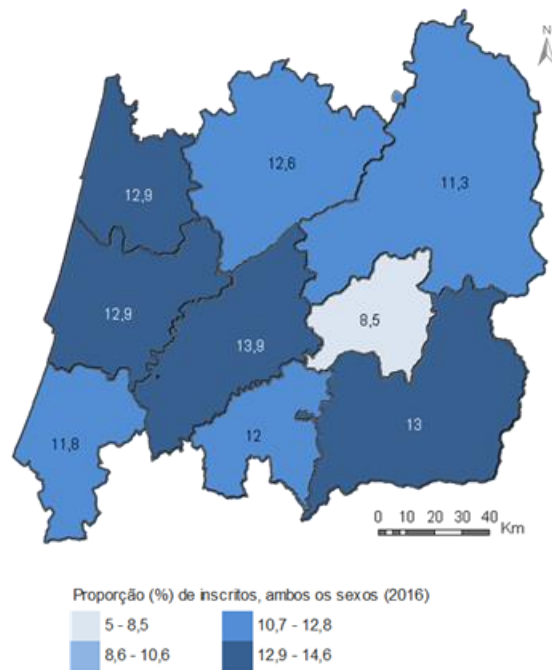


Figura 10. Proporção de inscritos (ambos os sexos) com registo de “perturbações depressivas” (2016)

O diagnóstico ativo mais prevalente na região de saúde são as “alterações do metabolismo dos lípidos” (P93), seguido da “hipertensão” (códigos K86 e K87) – fonte: ARS Centro/Departamento de Saúde Pública – Observatório Regional de Saúde, 2017.

3. VISÃO, MISSÃO E VALORES

O Plano Regional de Saúde Mental da ARS Centro (PlanoRSMC) tem como **visão** assegurar, aos utentes da região de saúde do Centro, o acesso a cuidados de qualidade, na área da saúde mental, centrados no utente e nas suas necessidades psicoafectivas e sociais, mediante a defesa dos direitos e da dignidade dos utentes, combatendo o estigma e promovendo a sua inclusão efetiva na sociedade, e a prestação de cuidados humanizados, preferencialmente, em contexto comunitário e familiar.

A sua **missão** consiste em executar, no âmbito da região de saúde do Centro, o Plano Nacional de Saúde Mental e dotar o Programa Regional de Saúde Mental das linhas estratégicas a nível regional.

O PlanoRSMC rege-se pelos seguintes **valores e princípios**:

- *Equidade* no acesso a cuidados de saúde mental
- *Humanização* dos cuidados na área da saúde mental
- *Combate ao estigma* e a todas as formas de discriminação negativa dos doentes mentais e seus familiares
- Prestação de cuidados de *proximidade*
- *Integração* entre os vários níveis de cuidados
- Promoção da *participação* dos utentes/doentes e suas famílias/cuidadores informais
- *Centralidade*, da resposta na área da saúde mental, no cidadão-utente
- *Transparência* na tomada de decisão

4. OBJETIVOS OPERACIONAIS PARA 2018

- Formalizar 2 unidades de saúde mental comunitária – dependentes, respetivamente, do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu e do Centro Hospitalar de Leiria
- Aumentar a capacidade da rede de cuidados continuados em saúde mental, em todas as suas tipologias
- Assegurar a dotação de profissionais da área da saúde mental/psiquiatria de acordo com os rácios definidos pelas redes de referência vigentes
- Assegurar o funcionamento do CRSMC, nos termos do regulamento interno em vigor (2 reuniões ordinárias anuais)
- Realizar 9 reuniões formativas, na área saúde mental (diagnóstico & registo/codificação e intervenção em contexto de catástrofe), destinadas a clínicos dos CSP, em articulação com o grupo técnico regional para a governação clínica e em saúde da ARS Centro
- Realizar o perfil da saúde mental da região de saúde do Centro, em articulação com o Observatório Regional de Saúde/Departamento de Saúde Pública da ARSC e com a colaboração da DICAD Centro

5. OBJETIVOS DE SAÚDE PARA 2020

- Diminuir o número de internamentos e reinternamentos de agudos em psiquiatria de adultos
- Reduzir a prescrição de benzodiazepinas pelos CSP
- Aumentar a proporção de residentes na região Centro que reportam, no âmbito do Inquérito Nacional de Saúde, uma autoperceção positiva da sua saúde mental, medida através do *proxy* “satisfação com a vida”

6. ESTRATÉGIAS

1. *Capacitação e literacia* em saúde mental (utentes/doentes e cuidadores), em articulação estreita com a estratégia regional de capacitação e literacia em saúde (projeto SNS + Proximidade e novo centro de contacto do SNS).
 - Realização do Fórum Regional de Saúde Mental, em data a agendar. Esta iniciativa pretende sensibilizar a sociedade civil para a relevância da promoção da saúde mental em contexto comunitário e participativo (autarquias, associações de doentes e de utentes, escolas, IPSS, etc.)
 - Comemoração, descentralizada na região, do Dia Mundial da Saúde Mental (10 de outubro)
 - Planeamento de ações de sensibilização em contexto escolar (em articulação estreita com o Programa Nacional de Saúde Escolar – este programa nacional é coordenado, a nível local/agrupamental, pela unidade de saúde pública)
2. *Apoio à tomada de decisão/criação* de unidades da rede de cuidados continuados em saúde mental da região, baseada em critérios de racionalidade alocativa e de equidade.
 - O Conselho Regional de Saúde Mental assessora, tecnicamente, o Conselho Diretivo da ARS no desenho, implementação e consolidação da rede regional de cuidados continuados em saúde mental
 - Criação de grupos de trabalho *ad hoc* (estrutura flexível, de nível operacional), para elaboração de parecer, a submeter, pelo Presidente do CRSMC, ao Conselho Diretivo da ARS
 - Elaboração, em articulação com o Observatório Regional de Saúde/Departamento de Saúde Pública da ARS do perfil da saúde mental da região de saúde do Centro
3. *Melhoria do registo clínico em saúde mental* (CSP) e sensibilização dos clínicos (ACeS e ULS) para a prevenção da “medicalização” de respostas fisiológicas a acontecimentos adversos (sobremedicalização/sobrediagnóstico) e para a prescrição apropriada de psicotrópicos (prevenção quaternária).
 - Realização de ações de formação, descentralizadas por ACeS, em estreita articulação com os conselhos clínicos e de saúde dos ACeS/diretores clínicos para os cuidados de saúde primários das ULS
 - Monitorização da prescrição de “fármacos-sentilena” na área da saúde mental
4. Reforçar a *resposta de proximidade/oferta* de serviços em saúde mental, baseada em critérios de racionalidade alocativa e de equidade e assente em equipas multidisciplinares (trabalho concertado e em equipa).
 - O Conselho Regional de Saúde Mental proporá, ao Conselho Diretivo da ARS e em articulação estreita com as entidades hospitalares de referência, a criação de novas USMC, em função das necessidades e dos recursos disponíveis
 - O CRSMC identifica necessidades em recursos humanos e materiais, tendo em vista a dotação das unidades funcionais dos ACeS e das USMC dos meios necessários
 - O CRSMC monitoriza, através de grupos de trabalho, a atividade das USMC, tendo em vista avaliar a qualidade dos cuidados e necessidades em recursos

5. *Integração* dos cuidados, na área da saúde mental

- Assegurar o funcionamento do CRSMC, através da realização de reuniões, nos termos do seu regulamento
- Promoção da articulação efetiva, de âmbito intra e intersectorial, entre os parceiros relevantes identificados
- Promoção da articulação entre os diversos níveis de cuidados do SNS (primários, hospitalares, continuados integrados e de saúde pública)
- Emissão de orientações, a submeter pelo Conselho Diretivo da ARSC, à rede de serviços de saúde da região, tendo em vista a efetividade da resposta sistémica na área da saúde mental

Considera-se, ainda, que deverão ser encetados esforços tendo em vista a criação, tutelar, do **estatuto do cuidador informal**, como forma de promover a sua valoração no sistema de saúde-segurança social e de prevenir o *burn out* associado.

De salientar que as estratégias de *coping*, visando a prevenção do *burn out*, deverão incluir a totalidade dos atores do sistema de saúde, incluindo os profissionais de saúde. Considera-se que as entidades de saúde deverão promover, através dos respetivos serviços de saúde ocupacional/medicina do trabalho, um ambiente promotor da saúde mental, bem como estratégias de deteção e resposta precoces no âmbito do *burn out*.

7. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

O Plano Regional de Saúde Mental será objeto de avaliação através de relatório anual, a elaborar pelo CRSMC até 1 de março do ano seguinte ao ano em apreço e a submeter ao Conselho Diretivo a ARS Centro para homologação.

Tendo em consideração a vigência do presente plano (2018-2020), o primeiro relatório será elaborado até 1 de março de 2019.