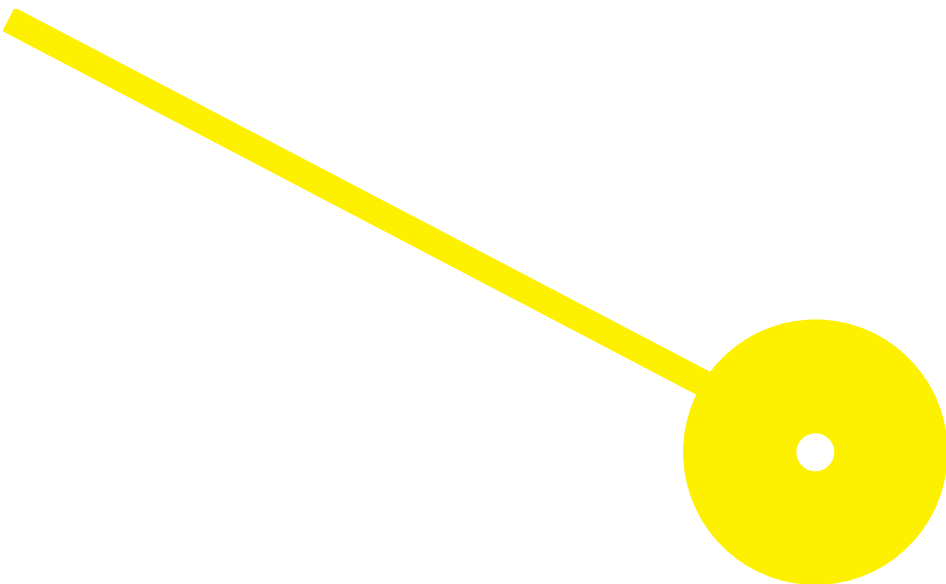


Políticas de Saúde Mental nos Países da Europa do Sul (PIGS): Análise Comparativa

Jorge Manuel De Seiça Rasteiro

09/**2024**





Políticas de Saúde Mental nos Países da Europa do Sul (PIGS): Análise Comparativa

Autor

Jorge Manuel De Seíça Rasteiro

Orientador(es)

Professor Doutor Jorge Manuel Condeço Ribeiro – ESS – IPP

Professor Doutor Pedro Ricardo Luís Morgado – Universidade do Minho

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de **Mestre em Gestão de Organizações – Ramo de Gestão Unidades de Saúde** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

Expresso o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho e para o meu desenvolvimento durante o curso de mestrado.

Um agradecimento especial aos meus orientadores, Prof. Jorge Condeço e Prof. Pedro Morgado, cuja sabedoria, paciência e rigor académico foram essenciais para a orientação e sucesso deste estudo. A sua dedicação e apoio incondicional foram fundamentais em cada etapa deste percurso. Estendo os meus agradecimentos a todos os professores do mestrado, cujas lições e incentivos foram vitais para a minha formação académica e pessoal.

Aos meus colegas do grupo de trabalho MGO – 5 estrelas, um sincero obrigado pela colaboração, amizade e todos os momentos partilhados durante esta jornada. Cada uma de vocês contribuiu de forma única para o enriquecimento desta experiência.

Um agradecimento muito especial à minha mulher, Fátima Saraiva, pelo amor, compreensão e apoio constante, que foram indispensáveis nos momentos mais desafiantes. Aos meus filhos, Rui, Beatriz e Ana Carolina Rasteiro, o meu carinho e gratidão por toda a alegria e motivação que me trouxeram.

Bem hajam!

Resumo

A Saúde mental tornou-se um tema de destaque, especialmente evidenciado durante a pandemia de COVID-19, que intensificou problemas preexistentes e desencadeou novas problemáticas. Estudos como o COH-FIT e pesquisas em Portugal revelaram impactos significativos na saúde mental, mostrando variações conforme o nível de rendimento e condição social. A retoma dos níveis de saúde mental pré-pandemia após dois anos, e os altos índices de sintomas depressivos e ansiosos, ilustram a urgência em abordar estas questões.

A análise da situação reforça a necessidade de intervenções direcionadas, especialmente em períodos críticos, e a importância de acesso facilitado a métodos comprovados de promoção da saúde mental. Este panorama reafirma o impacto extenso das doenças mentais, não apenas individualmente, mas também a nível familiar e social, exigindo políticas públicas robustas e específicas para mitigar tais efeitos.

A saúde mental é um direito humano essencial, parte integrante do bem-estar geral. Os investimentos nessa área são vistos como fundamentais não só para melhorar a qualidade de vida a curto prazo, mas também para benefícios económicos e sociais a médio e longo prazo, como o incremento da produtividade e a mitigação dos ciclos de pobreza. Assim, a saúde mental emerge como um campo crucial para intervenção governamental e social, visando um futuro mais promissor e inclusivo para todos os indivíduos afetados.

Palavras-chave: Saúde Mental; Políticas de Saúde Mental; Sistemas de Saúde; Europa do Sul; Desafios em Saúde Mental

Abstract

Mental health has become a hot topic, especially during the COVID-19 pandemic, which has intensified pre-existing problems and triggered new ones. Studies such as COH-FIT and surveys in Portugal have revealed significant impacts on mental health, showing variations according to income level and social status. The return to pre-pandemic levels of mental health after two years, and the high rates of depressive and anxiety symptoms, illustrate the urgency of addressing these issues.

Analysing the situation reinforces the need for targeted interventions, especially in critical periods, and the importance of easy access to proven methods of mental health promotion. This panorama reaffirms the extensive impact of mental illness, not only individually, but also at family and social level, requiring robust and specific public policies to mitigate such effects.

Mental health is an essential human right, an integral part of general well-being. Investments in this area are seen as fundamental not only for improving quality of life in the short term, but also for economic and social benefits in the medium and long term, such as increasing productivity and mitigating cycles of poverty. Mental health is thus emerging as a crucial field for government and social intervention, with a view to a more promising and inclusive future for all affected individuals.

Keywords: Mental Health; Mental Health Policies; Health Systems; Southern Europe; Mental Health Challenges

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Contexto e justificação.....	2
1.2. Objetivos e finalidades da pesquisa.....	3
2. Metodologia.....	4
3. PIGS.....	4
3.1. Conceitos em saúde mental.....	6
3.2. Determinantes da saúde mental.....	7
3.3. Políticas de saúde mental na europa do Sul.....	13
4. Análise comparativa das Políticas de Saúde Mental.....	15
4.1. Evolução da Legislação de Saúde Mental nos países do sul da Europa.....	16
4.1.1. Portugal.....	16
4.1.2. Itália.....	17
4.1.3. Grécia.....	18
4.1.4. Espanha.....	19
4.1.5. Análise Comparativa.....	20
4.2. Os planos / programas de Saúde Mental.....	21
4.2.1. Portugal.....	21
4.2.2. Itália.....	25
4.2.3. Grécia.....	26
4.2.4. Espanha.....	28
4.3. A abordagem aos comportamentos aditivos.....	30
5. Problemática e Custos com a Saúde Mental.....	33
6. Discussão.....	40
7. Conclusão.....	48
8. Referências Bibliográficas.....	51
9. Anexos.....	60

Índice de Tabelas

TABELA 1 – TABELA COMPARATIVA	21
--	----

Índice de Figuras

FIGURA 1 - DÉFICE/ EXCEDENTE	5
FIGURA 2 - % DÍVIDA PÚBLICA	5
FIGURA 3 - POPULAÇÃO	6
FIGURA 4 – PIB PER CAPITA	6
FIGURA 5 – CUSTOS DIRETOS E CUSTOS INDIRETOS	34
FIGURA 6 - ESTIMATIVA CUSTOS TOTAIS (DIRETO E INDIRETOS) DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL, EM MILHÕES DE € E EM % DO PIB (2015)	34
FIGURA 7 – PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA EU	35
FIGURA 8 – CONSUMO BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE ADULTOS (2010-2015)	35
FIGURA 9 – PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL, ITÁLIA, GRÉCIA E ESPANHA	36
FIGURA 10 - COMPARATIVOS DOS DIAS DE TRABALHO PERDIDOS EM 2020 E 2022	38
FIGURA 11 - CUSTOS DEVIDO A PROBLEMAS DE STRESS E DE SAÚDE PSICOLÓGICA	38
FIGURA 12 - CUSTOS DA SAÚDE EM % DO PIB	39
FIGURA 13 - GASTOS PER CAPITA EM SAÚDE EM EUROS	40

1. Introdução

Tema premente na atualidade, a saúde mental emergiu como particular foco de discussão durante a pandemia COVID-19, nos anos de 2020 a 2023 (World Health Organization, 2022b), sendo amplamente debatida na esfera mediática, entre profissionais especializados e na opinião pública. A importância deste tópico é vastamente substantiada por estudos vários, dos quais salientamos o *Collaborative Outcomes Study on Health and Functioning during Infection Times* (COH-FIT) realizado entre 26 de abril 2020 e 19 de junho de 2022 (Solmi et al., 2024) e um inquérito online realizado em Portugal entre 24 e 27 de março de 2020 (Paulino et al., 2021). Do primeiro resultou a conclusão que a pandemia de COVID-19 teve um impacto adverso significativo no bem-estar e na saúde mental da população em todo o mundo, variando conforme o nível de rendimento dos países e entre diferentes grupos populacionais com fatores de risco previamente identificados. O efeito foi mais acentuado na presença de múltiplos fatores de risco concomitantes, embora a associação com o número de mortes e as restrições impostas pela pandemia tenha sido relativamente reduzida. Após mais de dois anos, observou-se um retorno generalizado a níveis de saúde mental próximos dos anteriores à pandemia. No segundo os resultados revelaram que 11,7% dos inquiridos apresentavam sintomas de depressão de nível moderado a grave, 16,9% sofriam de ansiedade moderada a grave, e 5,6% exibiam níveis moderados a graves de stress. Além disso, 49,2% da amostra relatou ter sentido um impacto psicológico moderado ou severo devido ao surto de COVID-19. Os grupos com maior risco incluíam mulheres, pessoas desempregadas, indivíduos com menor nível de escolaridade, residentes em áreas rurais e aqueles que apresentavam sintomas semelhantes aos da gripe ou com doenças crónicas preexistentes.

Os resultados evidenciam a necessidade de investigações mais aprofundadas para identificação de grupos populacionais mais vulneráveis e que durante períodos de maior incidência de infeção, é essencial adotar medidas para proteger estes mesmos grupos e direcionar intervenções para mitigar fatores de vulnerabilidade. Neste contexto, é crucial facilitar o acesso a estratégias comprovadas para promover o bem-estar e a saúde mental.

O impacto das doenças mentais transcende o âmbito individual, estendendo-se às famílias e à sociedade e reclamando atenção crítica, de modo a orientar o desenvolvimento e a adaptação de políticas públicas e intervenções específicas no campo da saúde mental.

A saúde mental, tida pela World Health Organization (WHO) como parte integrante da nossa saúde e do nosso bem-estar geral é um direito humano básico, existente num *continuum*

complexo, com experiências que vão desde o estado de bem-estar ótimo a estados debilitantes de grande sofrimento e dor emocional (World Health Organization, 2022b).

Investir em Saúde Mental é melhorar o presente, o futuro e a vida. Dito de outra forma, é terminar com a exclusão e a privação de direitos básicos, reduzir o sofrimento, melhorar a saúde, a qualidade e a esperança de vida daqueles que padecem de doença mental e dos que lhes estão ou são mais próximos, e assim, fazer progredir a saúde pública. Mais, é poder permitir o desenvolvimento económico e social, uma vez que uma saúde mental deficiente reduz a produtividade, afeta as relações sociais e fomenta ciclos agravados de pobreza e desvantagens, travando o desenvolvimento do país.

Antes da pandemia do Covid 19, em 2016, a União Europeia (UE) alertava os estados-membros da necessidade de assumirem sérios compromissos de forma a garantir mais cuidados de saúde mental. Na altura, estimava-se que a doença mental representasse mais de 450 milhões de euros só em custos diretos (cuidados médicos, faltas ao trabalho, etc). Entre 2012 e 2015, Portugal enfrentou um retrocesso significativo, influenciado pelas políticas vigentes e pela crise económica (Maia, 2016). Segundo Álvaro de Carvalho (Maia, 2016), então Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, não seriam necessárias grandes alterações legislativas para cumprir as recomendações da EU, contudo, acentuou a urgência de uma nova organização e de um novo modelo de financiamento. Um exemplo disso são os centros de responsabilidade integrada (CRI), decreto lei nº. 374/1999 de 18 de setembro, que, embora estivessem previstos na legislação, ainda não tinham sido implementados de maneira eficaz, estando neste momento já em funcionamento os projetos piloto de CRI de Saúde Mental em 13 das 15 Unidades Locais de Saúde (ULS) selecionadas.

1.1. Contexto e justificação

Os países da Europa do Sul têm enfrentado crises económicas severas nas últimas décadas, particularmente a crise financeira global de 2008 e a subsequente crise da dívida soberana europeia. Estas crises resultaram em significativas restrições orçamentais e medidas de austeridade, que tiveram repercussões diretas nos sistemas de saúde pública, incluindo a saúde mental. Adicionalmente, a pandemia de COVID-19 exacerbou as fragilidades existentes, aumentando a prevalência de problemas de saúde mental e colocando pressão adicional sobre os sistemas de saúde.

As políticas de saúde mental, nos países da Europa do Sul, refletem um contexto de desafios económicos, sociais e culturais específicos. A realização de uma análise comparativa entre Portugal, Itália, Grécia e Espanha (PIGS) é relevante, não apenas pelas semelhanças históricas e

económicas que partilham, mas também pela capacidade de identificar práticas eficazes, assim como áreas de necessidade comuns e distintas entre esses países. Este tipo de análise é crucial para fundamentar políticas e intervenções futuras, com o objetivo de promover melhorias na saúde mental da população e, conseqüentemente, elevar a sua qualidade de vida. A análise das políticas de saúde mental pode fornecer *insights* sobre como esses países têm gerido a saúde mental em tempos de crise e quais as estratégias mais eficazes.

Embora os PIGS partilhem algumas características comuns, cada país tem desenvolvido e implementado políticas de saúde mental de maneira distinta. Esta diversidade oferece uma oportunidade única para comparar e avaliar a eficácia de diferentes abordagens políticas e estratégias de implementação, permitindo identificar melhores práticas e áreas de melhoria. A avaliação de impacto das políticas de saúde mental é crucial para assegurar que as intervenções são eficazes e proporcionam um uso eficiente dos recursos disponíveis. Estudos baseados na evidência são essenciais para informar os decisores políticos e garantir que as políticas de saúde mental estejam alinhadas com as necessidades da população. As desigualdades em saúde são uma questão crítica nos países do sul da Europa. Uma análise comparativa pode revelar como diferentes políticas abordam (ou falham em abordar) estas desigualdades, oferecendo recomendações para políticas mais inclusivas e equitativas.

1.2. Objetivos e finalidades da pesquisa

Determinar o nível de investimento atual em saúde mental nos países da Europa do Sul e determinar os resultados obtidos (a qualidade dos serviços e o acesso aos cuidados), permitindo assim:

- 1.2.1. Identificar e categorizar os desafios políticos e económicos que dificultam ou facilitam a alocação de recursos na área da saúde mental;**
- 1.2.2. Aferir o estado atual de investimento e quais os seus impactos nos sistemas de saúde e na população;**
- 1.2.3. Perceber / detetar as oportunidades de melhoria na alocação de recursos e na prestação do cuidado, com especial foco em Portugal;**
- 1.2.4. Identificar estratégias eficazes para superar os desafios políticos, económicos e de gestão;**
- 1.2.5. Encontrar medidas concretas que possam otimizar a alocação de recursos e passíveis de ser implementadas em Portugal;**
- 1.2.6. Realizar recomendações para melhorar o atendimento e o apoio às pessoas com problemas de saúde mental.**

2. Metodologia

Realizámos um estudo observacional descritivo utilizando dados secundários. A pesquisa de informações foi realizada nas seguintes bases de dados eletrónicas: Google Scholar, WHO Mental Health Atlas, WHO MiNDbank, Science Direct, Lancet Public Health, e PubMed. Utilizámos termos temáticos específicos, incluindo: Política de Saúde Mental, Política Nacional de Saúde, relatórios, revisão de políticas, Lei Nacional de Saúde Mental, Projeto de Lei, Legislação e Jurisprudência, e o nome dos países (Portugal, Itália, Grécia e Espanha).

As fontes de dados primárias incluíram: Leis e decretos-lei relacionados à saúde mental e aos comportamentos aditivos e das dependências de cada país; relatórios e documentos oficiais de saúde pública de cada país; publicações académicas e dados de organizações internacionais.

Foi, ainda, realizada uma pesquisa manual adicional (utilizando o Google) nos sites oficiais do Ministério da Saúde de cada país. Quando não encontrámos documentos disponíveis online, entrámos em contato por email com as embaixadas e/ou ministérios correspondentes.

A informação tratada incluiu: Políticas nacionais de saúde mental mais recentes; documentos disponíveis em Português e/ou Inglês ou, se em outras línguas, com traduções disponíveis em Inglês e/ou Português. Para documentos sem tradução, utilizámos o programa "DEEPL TRANSLATE"; leis formalmente aprovadas ou em fase de aprovação.; estratégias ou políticas de saúde nacionais e regionais que incluam componentes de saúde mental; planos de Recuperação e Resiliência (PRR) de cada país; e programas relacionados com comportamentos aditivos e dependências.

A informação foi sintetizada e, quando possível, comparada, com o objetivo de analisar e resumir os resultados das diversas fontes, identificando semelhanças e diferenças na literatura revista, com base no conteúdo das políticas identificadas nos países da Europa do Sul (PIGS).

3. PIGS

A referência aos países do sul da Europa está frequentemente associada ao acrónimo "PIGS", cuja conotação pejorativa é evidente, derivando do termo "*pig*" (porco, em inglês). Este acrónimo surgiu na década de 1990, designando Portugal, Itália, Grécia e Espanha, e reflete não apenas as proximidades geográficas e culturais desses países, mas também uma componente económica, ao associá-los a défices financeiros crónicos. A mensagem implícita nesta designação sugere que esses países são incapazes de uma gestão eficaz e dependem, para sua sustentabilidade, dos países do norte da Europa, agravando os seus níveis de endividamento. Além de simplista e redutora, esta classificação foi instrumental na intensificação da especulação em torno das

dívidas soberanas destes países, exacerbando ainda mais os seus desequilíbrios económicos a partir de 2010 (Castro Caldas, 2012).

Embora partilhem níveis elevados de dívida pública, estes quatro países apresentam diferenças significativas entre si. A crise das dívidas soberanas, que inicialmente eclodiu na Grécia, rapidamente se disseminou para Portugal, Espanha e Itália, gerando pressões económicas substanciais. Este fenómeno obrigou esses países a recorrer a assistência financeira internacional, tanto para estabilizar os seus governos como para resgatar os sistemas bancários nacionais, evitando colapsos económicos de maior dimensão. Estas intervenções financeiras internacionais foram acompanhadas por rigorosos programas de ajustamento económico, com o objetivo de garantir a sustentabilidade das finanças públicas e promover a competitividade dos bens e serviços produzidos. Tais medidas incluíram reformas estruturais, cortes na despesa pública e a implementação de políticas de austeridade, destinadas a corrigir desequilíbrios orçamentais e a estimular o crescimento económico a longo prazo. No entanto, estas reformas tiveram impactos variados, gerando desafios sociais e económicos significativos nos países afetados (Nieves, 2019; Tribunal de Contas Europeu (TCE), 2015). Uma análise aos valores do défice (Figura 1), revela uja tendência negativa para a Itália, com aumento considerável do défice em 2023, contudo, Grécia, Espanha e Portugal não seguem a mesma tendência, com Portugal a atingir em 2023 um excedente, enquanto que em relação à dívida publica (Figura 2), e na comparação 2010 – 2023 um aumento das mesmas com exceção de Portugal que consegue diminuir a sua dívida publica abaixo dos 100%.

Figura 1 – Défice/Excedente

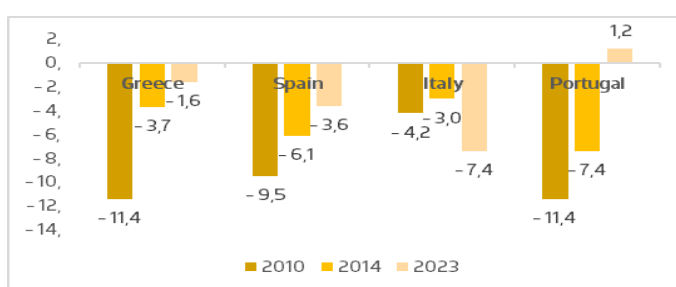
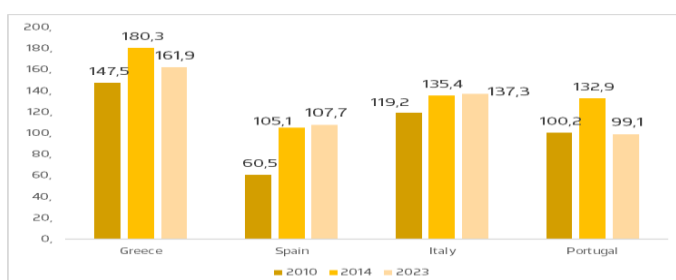


Figura 2 – % Dívida Pública



Fonte: Eurostat 2024

Ao analisar a variação absoluta e relativa das dívidas públicas entre 2010 e 2023 (Figura 2), observamos os seguintes dados: na Grécia, a dívida aumentou em 14,4 mil milhões de euros, o que representa uma subida de 9,8% face ao valor inicial de 2010. Em Espanha, verificou-se um acréscimo de 47,2 mil milhões de euros, correspondente a um aumento de 77,85% em relação a 2010. Na Itália, a variação foi de 18,1 mil milhões de euros, equivalente a um aumento de 15,2% relativamente ao valor de 2010. Já em Portugal, houve uma diminuição de 1,1 mil milhões de euros, traduzindo-se numa redução de 1,1% face a 2010.

É evidente que, desde 2010, Portugal tem apresentado o melhor desempenho, registando em 2023 um excedente orçamental de 1,2% do PIB, com a dívida pública a representar 99,1% do PIB nacional. Com a população a manter-se estável (Figura 3), o PIB per capita (Figura 4) sofreu variações nos quatro países entre 2010 e 2023. Entre 2010 e 2014, em consequência das medidas de austeridade e das dificuldades enfrentadas, o rendimento per capita caiu 16% na Grécia, enquanto nos restantes países a queda foi entre 4% e 5%. A partir de 2014, Portugal registou o maior crescimento, com um aumento de 21%, seguido pela Grécia com 14%, Espanha com 13% e Itália com 11%.

Figura 3 – População

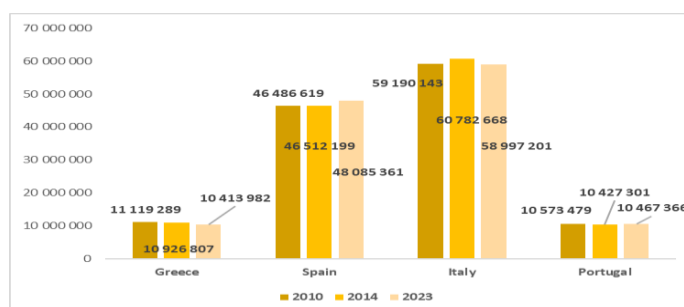
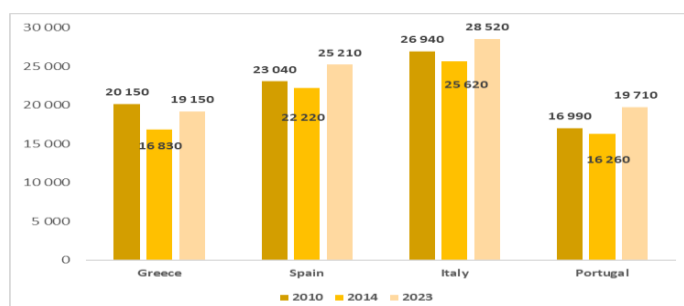


Figura 4 – PIB per capita



Fonte: Eurostat 2024

3.1. Conceitos em saúde mental

A saúde mental é um estado de bem-estar que permite às pessoas lidar com as tensões da vida, realizar as suas competências e contribuir para a sua comunidade. É uma componente integral da

saúde e do bem-estar que sustenta as nossas competências individuais e coletivas para tomar decisões, estabelecer relações e moldar o mundo em que vivemos. A saúde mental, direito humano básico, é crucial para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconómico (World Health Organization, 2022a).

Mais do que ausência de perturbação mental, a saúde mental existe num *continuum* complexo, vivido de forma diferente de pessoa para pessoa, possuindo graus variáveis de dificuldade e angústia que conduzem a resultados sociais e clínicos potencialmente muito diferentes.

As condições de doença mental incluem perturbações mentais e deficiências psicossociais, e outros estados mentais associados a angústia significativa, a perturbação do funcionamento ou a risco de automutilação ou auto-dano. Logo é indiscutível e urgente a necessidade de ação neste campo, nomeadamente no que concerne à identificação e implementação estratégias acessíveis, eficazes e viáveis para promover, proteger e recuperar a saúde mental. A saúde mental, sendo parte integrante do nosso bem-estar, é influenciada por uma complexa interação de tensões e fragilidades individuais, sociais e estruturais. Possui um valor intrínseco e instrumental (World Health Organization, 2022a).

3.2. Determinantes da saúde mental

Ao longo da vida, são diversos os determinantes individuais, sociais e estruturais que interagem para influenciar o estado de saúde mental de um indivíduo e, conseqüentemente, a sua posição no *continuum* da saúde mental. Fatores psicológicos e biológicos individuais (e.g. competências emocionais, padrões de consumo de substâncias e predisposições genéticas), podem aumentar a vulnerabilidade para problemas de saúde mental. Mais, a exposição a circunstâncias sociais, económicas, geopolíticas e ambientais desfavoráveis, como pobreza, violência, desigualdade e degradação ambiental, acrescem o risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental. Estes riscos podem manifestar-se em qualquer uma das fases da vida, sendo particularmente prejudiciais durante períodos sensíveis do desenvolvimento, como é o caso da primeira infância. Por outro lado, fatores de proteção ao longo da vida podem promover a resiliência e mitigar os efeitos adversos dos fatores de risco supramencionados. Constituem-se fatores de proteção as competências individuais e atributos sociais e emocionais, interações sociais positivas, acesso a educação de qualidade, emprego digno, ambientes seguros e coesão comunitária.

Tanto os fatores de risco quanto os de proteção podem ser observados em diferentes escalas na sociedade. Ameaças de âmbito local intensificam os perigos para indivíduos, famílias e comunidades inteiras. Por outro lado, ameaças de contexto global impactam populações

completas, abrangendo fenômenos como crises económicas, epidemias, emergências humanitárias, deslocações forçadas e alterações climáticas.

Muitas pessoas expostas a fatores de risco não desenvolvem problemas de saúde mental, enquanto outras que não possuem fatores de risco conhecidos podem apresentar esses problemas. No entanto, o bem-estar mental de um indivíduo pode ser significativamente influenciado pela interação entre esses determinantes. (World Health Organization, 2022c)

Como exposto, são vários os fatores que determinam a saúde mental (biológicos, psicológicos, ambientais sociais e económicos), contudo, para o presente trabalho interessa salientar os fatores sociais e económicos, seguindo-se uma breve abordagem destes dois.

Podemos associar as desigualdades sociais a risco acrescido de muitas perturbações mentais. Logo, melhorar as condições da vida quotidiana, trará oportunidades para melhorar a saúde mental da população e para reduzir os riscos das perturbações mentais associadas às desigualdades sociais (World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Áreas fundamentais que podem influenciar o risco de perturbação mental e que se constituem oportunidades de intervenção para reduzir esse mesmo risco incluem: o ciclo de vida; pais, famílias e agregados familiares (*e.g.*, comportamentos / atitudes parentais, condições materiais, condições de emprego/desemprego); comunidade (*e.g.*, confiança e segurança na vizinhança, violência/crime, participação na comunidade); serviços locais (*e.g.*, prestação de cuidados e educação, cuidados de saúde, serviços para jovens/adolescentes, água potável e saneamento); fatores a nível nacional (*e.g.*, redução pobreza, desigualdade, discriminação, direitos humanos, políticas nacionais que promovam o acesso à educação, aos cuidados de saúde, habitação, políticas de proteção social comuns; (Bell et al., 2013)

O desemprego e o emprego de má qualidade constituem importantes fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais, contribuindo significativamente para a perpetuação das desigualdades em saúde mental, uma vez que esses riscos estão fortemente associados à posição sócio económica e aos níveis de qualificação profissional. Estudos que analisam os efeitos das recessões económicas sobre a saúde indicam uma correlação significativa entre o desemprego e o surgimento de sintomas de depressão e ansiedade (Catalano et al., 2011), sublinhando a influência das condições laborais na saúde mental. Estes impactos revelam-se especialmente graves entre os indivíduos em situação de desemprego prolongado. Portanto, políticas e estratégias voltadas para a redução do desemprego de longa duração são extremamente importantes para diminuir o risco de perturbações mentais nos adultos (Marmot Review Team, 2010).

Empregos de má qualidade (sem contrato e contratos de muita curta duração) e com pouca segurança tem significativos impactos negativos na saúde mental. Inversamente, segurança no emprego e o sentido de controlo no trabalho são pilares de uma boa saúde mental (Marmot Review Team, 2010). Assim, as entidades patronais podem desempenhar um papel fundamental quer na redução quer no agravamento potencial das perturbações mentais da população ativa, devendo instituir as melhores práticas para que ocorra um maior equilíbrio entre a recompensa e controlo no trabalho e as condições do mesmo. De igual modo, as estratégias e as políticas para proporcionar rendimentos suficientes para uma vida saudável são importantes, seja por medidas de proteção social, seja por políticas de salário mínimo (World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

A estabilidade laboral, tal como a satisfação no trabalho, estão relacionadas com melhores níveis de saúde e bem-estar. Contrariamente o desemprego está associado a maiores níveis de doença e mortalidade precoce, mais ainda onde, a situação de desemprego acarrete ou possa acarretar a carência de bens essenciais, nomeadamente alimentação, para o próprio e para a sua família. Esta situação associa-se a elevadas taxas de ansiedade e depressão, bem como de suicídio (Wilkinson et al., 2003; World Health Organization, 2008).

Estudos têm demonstrado uma forte associação inversa entre o nível educacional e a ocorrência de doença mental, nomeadamente perturbações mentais comuns (PMC) (Patel & Kleinman, 2003). Quanto mais elevado o nível educacional, menor a incidência de PMC (Araya, 2003). Um dos mecanismos subjacentes a esta relação sugere que um nível mais elevado de educação facilita o acesso a empregos melhor remunerados, melhores condições habitacionais e uma maior integração social (Patel & Kleinman, 2003; World Health Organization, 2001). Em contrapartida, um baixo nível educacional pode refletir a exposição a condições adversas na infância (Patel & Kleinman, 2003), ou um contexto socioeconómico desfavorecido. A insuficiência educacional, frequentemente associada a fatores como desemprego, pobreza e exclusão social, pode representar uma barreira significativa no acesso aos cuidados de saúde, especialmente para aqueles que, devido a esses fatores, já se encontram em maior risco de desenvolver perturbações mentais (World Health Organization, 2001).

Numa visão estrita, a pobreza, refere-se à falta de dinheiro ou bens materiais. Numa perspetiva mais ampla, que é também aquela que abarca a relação com a doença mental, pode ser entendida como a falta de meios (sociais, económicos, educacionais World Health Organization, 2001). Do ponto de vista epidemiológico, a pobreza caracteriza-se por fatores como baixo nível socioeconómico, privação, más condições habitacionais, desemprego, baixa escolaridade e falta

de coesão familiar (Saraceno & Barbui, 1997). Esses fatores não se limitam a países de baixo rendimento, mas também afetam uma parcela significativa da população em nações mais ricas. A pobreza também condiciona barreiras no acesso aos serviços de saúde (não só no que se refere à prestação de cuidados de saúde mental especializados, como também para os cuidados de saúde primários), verificando-se sérias limitações especialmente nos segmentos da população socialmente mais desfavorecidos (World Health Organization, 2001, 2008).

GermAnn e Ardiles (Germann & Ardiles, 2009) declaram que os governos devem adotar uma abordagem equilibrada da política nacional de saúde mental, que reflita tanto a promoção como a prevenção, tendo simultaneamente em conta as desigualdades em matéria de saúde mental e os determinantes sociais mais amplos da saúde. No entanto, em muitos países de baixo e médio rendimento¹, as pessoas que vivem na pobreza correm um risco acrescido de problemas de saúde mental devido a níveis mais elevados de stress, exclusão social, subnutrição e exposição à violência e a traumas, fatores que são frequentemente ignorados pelos decisores políticos (Lund et al., 2011). Neste contexto, torna-se importante que as ações e as intervenções para apoio à saúde mental sejam universais, adaptadas e proporcionais ao nível de desvantagem. Muitas vezes, as políticas orientadas para grupos de população considerados de maior risco, apesar das eventuais virtudes, em especial na eficiência de custos e na conceção dos serviços, não deixa de ter as suas limitações, pois ao serem dirigidos a camadas da população mais desfavorecida, podem, mais facilmente, ser reduzidos ou mesmo suspensos (World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Os fatores de risco e de proteção associados à saúde mental exercem influência em diversos níveis, abrangendo o indivíduo, a família, a comunidade e as estruturas populacionais. Para efetivar uma abordagem centrada nos determinantes sociais da saúde, é imprescindível adotar medidas em setores como a saúde, a educação, os serviços sociais, transporte e habitação. Embora o setor da saúde possa liderar essas iniciativas, é crucial que colaborações intersetoriais também estejam envolvidas, garantindo que a contribuição para a saúde seja claramente delineada. Para tal, são necessários o envolvimento e a cooperação de organizações internacionais, governos, organizações não governamentais, instituições sociais, prestadores de serviços, grupos comunitários, voluntários e o setor privado. A redução das disparidades na saúde será mais efetiva ao priorizar a equidade na saúde em todas as políticas e em todos os setores (World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

¹ Classificação feita pelo Banco Mundial, que divide o mundo em quatro categorias de acordo com o rendimento nacional bruto per capita, usando o método atlas – países de baixo rendimento, países de rendimento médio-baixo, países de rendimento médio-alto e países de rendimento elevado. (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378832-what-is-the-world-bank-atlas-method>)

Podemos afirmar que o impacto da saúde mental na economia é enorme. A economia, que abrange a produção, distribuição e consumo de bens e serviços, tem uma relação bidirecional e complexa com a saúde mental. As consequências desfavoráveis dessa interação incluem perdas de produtividade e a necessidade de alocação de recursos para tratamentos, resultando em custos diretos e indiretos. Esses riscos e efeitos, tanto pessoais quanto económicos, podem afetar todo o ciclo de vida, repercutindo-se na família e na comunidade em geral (Knapp & Wong, 2020). Já em 2011, o Fórum Económico Mundial previa que até 2030 os problemas com a saúde mental representariam mais de metade dos encargos económicos globais que são atribuíveis às doenças não transmissíveis, num valor perto dos seis triliões de dólares. (Bloom et al., 2012)

Por seu turno, a desvantagem económica está associada a uma maior probabilidade de doença mental, possivelmente devido a uma maior exposição a fatores de risco, como exclusão social, e a um menor acesso a fatores de proteção, como educação, ou a uma complexa espiral descendente, envolvendo uma inter-relação de fatores como pobreza, custos de tratamento e dificuldade de emprego (conhecida como hipótese da "deriva") (Knapp & Lemmi, 2014, 2019). A Associação Europeia de Psiquiatria emitiu recentemente diretrizes sobre saúde mental e crises económicas na Europa (Martin-Carrasco et al., 2016), onde se destaca a necessidade de desenvolver abordagens políticas abrangentes para enfrentar os impactos complexos e significativos decorrentes destas questões. Dado que os recursos são escassos e com o objetivo de maximizar a saúde e o bem-estar, análises económicas são necessárias para que os decisores possam identificar as melhores opções na alocação dos recursos disponíveis (Knapp & Lemmi, 2019).

A tomada de decisão sobre que políticas a adotar implica vários desafios e várias respostas (cf. Anexo I). Na tomada de decisão, ponderam-se fatores como a economia, a evidência científica e, inevitavelmente, a ideologia. No entanto, surgem desafios significativos ao tentar converter essas evidências em recomendações práticas. As informações disponíveis são frequentemente incompletas, e, apesar do aumento do foco na relação custo-eficácia, persistem áreas com conhecimento insuficiente, como as implicações económicas das doenças mentais e os impactos dos tratamentos associados. As avaliações económicas sobre a proteção dos direitos individuais ou o apoio à recuperação são escassas (Knapp & Wong, 2020). Da mesma forma, torna-se necessário colmatar as lacunas entre o conhecimento, as políticas e a práticas. Passos futuros devem dar ênfase à promoção da saúde mental, à melhoria da deteção precoce e das intervenções em contextos clínicos, escolas e comunidade, com o apoio essencial da sociedade e dos decisores políticos (Arango et al., 2018). Ainda são escassos os esforços para abordar aspetos mais amplos da doença mental, como a ausência de consciencialização, a discriminação

e o estigma (Thornicroft et al., 2016). A complexidade de medir e interpretar os impactos económicos, aliada a variáveis contextuais e metodológicas, contribui para a dificuldade em alcançar consenso em torno da sua validade e aplicação. (Knapp & Wong, 2020).

Desconsiderar os custos económicos e os encargos enfrentados pelos prestadores de cuidados pode levar a uma subavaliação dos modelos de cuidados comunitários. Paralelamente, a omissão das perdas de produtividade nas análises e formulação de políticas públicas dificulta a adoção de uma postura mais inclusiva por parte dos empregadores em relação às doenças mentais. A natureza crónica de muitas patologias mentais implica que os seus impactos económicos se prolonguem ao longo do tempo, tornando os benefícios de tratamentos mais eficazes visíveis apenas após vários anos. Esta realidade não só complica a argumentação em favor de investimentos na prevenção, como também torna mais difícil convencer os decisores políticos a alocar recursos no presente, quando os retornos só serão evidentes a longo prazo (Knapp et al., 2011; McDaid D et al., 2017).

Os desafios anteriormente referidos alimentam a problemática da chamada "contabilidade diagonal", caracterizada por um duplo desincentivo. Neste cenário, os investimentos realizados em intervenções de um determinado setor resultam em economias ou benefícios que se manifestam predominantemente em outros setores e, muitas vezes, apenas a longo prazo. Essa desconexão temporal e intersectorial entre os custos iniciais e os ganhos futuros torna difícil justificar, do ponto de vista económico, a implementação de intervenções que, apesar de potencialmente vantajosas, não apresentam retornos imediatos no setor que assume o investimento (Knapp & Wong, 2020).

Embora as evidências estatísticas possam não ser muito significativas, elas demonstram claramente a existência de fortes correlações entre a pobreza e as perturbações mentais, o que deve ser uma preocupação fundamental nas estratégias de desenvolvimento. As intervenções na saúde mental revelam-se, assim, elementos essenciais não apenas para a melhoria do bem-estar individual, mas também como fatores impulsionadores do progresso económico (Funk et al., 2012; Lund et al., 2011b).

As respostas adequadas devem sustentar-se numa base sólida de evidências, onde a realização de análises de custo-eficácia, ou análises económicas equivalentes, deve ser a norma e não a exceção. A promoção de parcerias colaborativas entre os cuidados de saúde primários e os especialistas em saúde mental pode melhorar os resultados clínicos sem gerar custos líquidos adicionais, ou com um impacto financeiro limitado. Modelos inovadores de psiquiatria de ligação têm demonstrado que a melhoria do apoio às necessidades de saúde mental pode, efetivamente, reduzir os custos hospitalares associados aos cuidados de saúde (Naylor et al., 2012). Uma

política de saúde mental eficaz deve integrar estratégias para reduzir desigualdades no acesso à saúde, educação e emprego, bem como garantir tratamento adequado e melhorar a qualidade de vida das populações afetadas (Funk et al., 2012). Num contexto mais abrangente, esta abordagem sustenta firmemente a necessidade de uma cobertura universal de saúde, com paridade efetiva entre a saúde física e mental. Adicionalmente, a diversidade de circunstâncias, experiências, resultados e custos requer a formulação de políticas públicas e programas de tratamento que reconheçam essa heterogeneidade e respondam de forma adequada às diferentes necessidades da população. Políticas adaptadas e flexíveis são essenciais para garantir que o sistema de saúde seja inclusivo e eficaz, promovendo cuidados de qualidade que atendam tanto às exigências individuais quanto às coletivas (Kilbourne et al., 2018). Entre outros aspetos, isto apoia as abordagens orientadas para a recuperação, em especial tendo em conta as provas económicas que as apoiam (Knapp et al., 2014), e outros modos de tomada de decisão descentralizada, como os orçamentos pessoais (Webber et al., 2014).

A coordenação de ações entre múltiplos agentes, incluindo indivíduos, famílias, comunidades e organizações, bem como entre os setores público e privado, representa um desafio significativo que frequentemente exige compromissos entre diferentes "departamentos" ou áreas de atuação. O governo deve não apenas facilitar a cooperação intersectorial, mas também incentivar e, em muitos casos, financiar investimentos cujos benefícios são predominantemente de longo prazo, garantindo assim um desenvolvimento sustentável e equilibrado (Knapp & Wong, 2020).

3.3. Políticas de saúde mental na Europa do Sul

As políticas de saúde mental enfrentam desafios específicos devido aos fatores económicos, sociais e culturais. A saúde mental tem impactos económicos e sociais extremamente significativos. A inadequação dos serviços e o subfinanciamento resultam em altos custos diretos, como baixas médicas e hospitalizações, e custos indiretos, como perda de produtividade e absentismo. Estes custos não afetam apenas os indivíduos, mas também as famílias, a comunidade e as economias nacionais. Portugal, Itália, Grécia e Espanha tem vindo, ao mesmo tempo com que se têm debatido com crises económicas, a procurar estratégias para melhorarem a saúde mental das suas populações.

Em Portugal, a publicação da lei 36/98 de 24 de julho configurou um novo enquadramento para as intervenções em saúde mental. Em 2016, foi instituído o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) através do Despacho n.º 6401/2016 de 11 de maio, considerado um programa prioritário da Direção-Geral da Saúde (DGS). A criação e evolução do Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) visa abordar de forma estruturada e coordenada os desafios relacionados

com a saúde mental em Portugal. Desde a monitorização dos principais indicadores até à implementação de programas de promoção, prevenção e reabilitação, o PNSM procura melhorar o bem-estar da população e fortalecer a articulação entre os cuidados especializados e primários, enquanto desenvolve redes integradas de cuidados continuados. No entanto, a eficácia dessas iniciativas enfrenta um desafio persistente: a escassez de recursos financeiros e a distribuição desigual dos mesmos continuam a ser grandes obstáculos, limitando o alcance e a implementação plena das estratégias definidas pelo programa.

A despeito dos esforços empreendidos, a escassez de recursos financeiros e a sua distribuição desigual persistem como obstáculos significativos, comprometendo a eficácia e o alcance das iniciativas propostas. Esta realidade é evidenciada pelos dados relativos à disponibilidade de profissionais de saúde mental no Sistema Nacional de Saúde.

De acordo com informações providenciadas pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), constata-se a inscrição de aproximadamente 22000 psicólogos. Por outro lado, a Ordem dos Médicos informa que 1660 psiquiatras estão inscritos. Relativamente à inserção destes profissionais no Sistema Nacional de Saúde, a OPP indica a existência de 1063 psicólogos, correspondendo a um rácio de 10,63 psicólogos por cada 100000 habitantes (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2022). Em contrapartida, não há informação disponível acerca da distribuição de psiquiatras no SNS. Contudo, sabe-se que a proporção é de aproximadamente 16 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, segundo dados da Ordem dos Médicos.

Desde 2006, Espanha tem implementado uma estratégia nacional centrada na promoção da saúde mental, prevenção de distúrbios mentais, diagnóstico e tratamento de pessoas com condições de saúde mental. Neste contexto, a estratégia em questão propõe-se a aprimorar a articulação intra e interinstitucional, bem como a implementar medidas que promovam a inclusão social e o combate ao estigma das perturbações mentais. Estas iniciativas visam criar uma abordagem mais holística e eficaz no âmbito da saúde mental. Mais tarde, esta abordagem foi revista e atualizada para o período 2022–2026, (Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022–2026, 2022), ajustando-se às necessidades emergentes.

A estratégia é alicerçada em vários princípios fundamentais: o reconhecimento da pessoa com problemas de saúde mental como um sujeito de direitos, com uma abordagem que inclui um enfoque de género; a participação ativa tanto dos indivíduos afetados quanto dos seus familiares; a promoção do diálogo e da escuta ativa; o foco na recuperação pessoal; e a oferta de cuidados personalizados e seguros, com garantia de continuidade assistencial. Além disso, considera-se a pessoa como uma parte integrante da comunidade, com direitos e obrigações.

Apesar desta estrutura sólida, a escassez de recursos, tanto humanos quanto financeiros, continua a dificultar a execução eficaz da estratégia, exacerbando os desafios já existentes. Entre 2015 e 2018, a média de psiquiatras no sistema nacional de saúde em Espanha era de 8,3 por cada 100.000 habitantes. No que diz respeito à psicologia clínica e enfermagem especializada em saúde mental, embora os dados mais recentes sejam limitados, em 2021 havia 8041 psicólogos clínicos e 7159 enfermeiros especializados em saúde mental, refletindo a insuficiência de profissionais para atender à crescente demanda (Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026, 2022).

A Itália foi pioneira na reforma psiquiátrica com a promulgação da lei de 13 de maio de 1978, conhecida como Lei Basaglia, que desinstitucionalizou os doentes psiquiátricos e integrou os serviços de saúde mental na comunidade. Posteriormente, o Plano Nacional de Saúde Mental, aprovado em 2013 (Re. Atti N4/Cv, 2013), focou-se na continuidade dos cuidados e na qualidade dos serviços prestados. Contudo, a escassez de recursos humanos e financeiros, aliada à disparidade na implementação de serviços e políticas entre as diferentes regiões, continua a ser um grande desafio.

Na Grécia, a crise económica tem imposto desafios significativos à implementação de políticas de saúde mental. O país iniciou a reorganização de seu sistema de serviços de saúde mental em 1984, com o apoio da União Europeia (então Comunidade Económica Europeia) através do regulamento nº 815 de 1984. Em 1997, foi aprovado e financiado pela UE o primeiro plano nacional para a saúde mental, conhecido como Psychargos. O plano atual, que abrange o período de 2021 a 2030, identifica 10 prioridades distribuídas em 5 eixos verticais e 5 horizontais (National Action Plan For Mental Health 2021-2030, 2023). Entre outros objetivos, busca desenvolver uma rede de serviços comunitários de saúde mental. No entanto, as políticas de austeridade resultaram em cortes drásticos nos orçamentos para a saúde mental, exacerbando a já limitada capacidade de resposta do sistema de saúde mental. A falta de integração entre os serviços de saúde mental e os cuidados primários, dificulta uma resposta mais eficaz às necessidades da população.

4. Análise comparativa das Políticas de Saúde Mental

Política é entendida como todo o processo de tomada de decisão coletiva que envolve a alocação de recursos, o exercício do poder e a regulação de normas e valores na sociedade. Reflete a escolha feita pelos decisores e têm como objetivo priorizar metas e designar os recursos disponíveis (que são sempre limitados) de maneira a alcançar os objetivos propostos (Souza, 2006). As políticas públicas de saúde referem-se às escolhas, decisões e ações adotadas pelos

governos para promover e proteger a saúde da população. O patologista alemão do século XIX, Rudolf Virchow, destacou a importância das condições sociais, económicas e ambientais na saúde das populações. Já na segunda metade do século XX, o médico escocês Archie Cochrane enfatizou e promoveu a importância do uso de evidências científicas na tomada de decisões em saúde. De destacar a importância das políticas públicas de saúde no combate a doenças infecciosas (1977-1990), o papel crucial do planeamento, a relevância de abordagens sistémicas no desenvolvimento de políticas de saúde eficazes (Green, 1979, 1981) e a necessidade de políticas que abordem as disparidades sociais e económicas na saúde das populações (Whitehead, 2015).

Assim e neste contexto podemos definir políticas de saúde mental como um conjunto de estratégias e ações governamentais visando promover e proteger a saúde mental da população.

4.1. Evolução da Legislação de Saúde Mental nos países do sul da Europa

4.1.1. Portugal

Em Portugal, a trajetória da legislação de saúde mental reflete um processo contínuo de desenvolvimento e aprimoramento das políticas ao longo dos anos. Uma análise cronológica das leis e decretos implementados oferece uma visão clara das prioridades e estratégias adotadas pelo governo português para melhorar a prestação de cuidados psiquiátricos e de saúde mental ao longo dos tempos.

A Lei de 4 de julho de 1889 marca o início da preocupação legislativa com a saúde mental em Portugal, e é um passo fundamental para criar infraestruturas voltadas ao tratamento de pessoas com doença mental. Com o Decreto de 13 de maio de 1911 foi criado o Hospital Júlio de Matos, uma das instituições mais emblemáticas em Portugal dedicadas à saúde mental. Já a lei nº 2:006 de 11 de abril de 1945, proporcionou um quadro jurídico mais estruturado para a administração dos cuidados psiquiátricos, marcando um avanço na regulamentação e organização dos serviços de saúde mental, refletindo a evolução da compreensão das necessidades de saúde mental na sociedade portuguesa. Por sua vez o Projeto de proposta de Lei nº 522 de 12 de dezembro de 1962, foca-se na promoção da saúde mental, propondo uma abordagem mais holística que visava reduzir a incidência de doenças mentais através de intervenções preventivas e educativas.

Com a Lei 36/98 de 24 de julho ocorre uma reforma significativa ao estabelecer-se um quadro legislativo abrangente para a prestação de cuidados de saúde mental. Incorpora princípios de direitos humanos e enfatiza a importância do tratamento digno e adequado para pessoas com doenças mentais. A organização da prestação de cuidados em psiquiatria e saúde mental, especificando a estrutura e os procedimentos dos serviços, tem o seu respaldo no decreto-lei

35/99 de 5 de fevereiro, onde encontramos o objetivo de promover maior eficácia e qualidade na prestação de cuidados.

Com a Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 de 6 de março e com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007–2016 (*Plano Nacional de Saúde Mental 2007–2016, 2007*), é dado um passo crucial na evolução da saúde mental em Portugal.

O Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 janeiro, vem criar unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. Com o intuito de reforçar a importância de um sistema de saúde mental bem organizado e acessível, o Decreto-Lei 113/2021 de 14 de dezembro, estabelece os princípios gerais e as regras de organização dos serviços, sublinhando a necessidade de serviços integrados e coordenados. Por fim, a lei 35/2023 de 21 de julho, representa a atualização mais recente na legislação de saúde mental em Portugal. A evolução da legislação de saúde mental em Portugal demonstra um compromisso contínuo com a melhoria dos serviços de saúde mental e a proteção dos direitos das pessoas com doença mental desde a construção dos primeiros hospitais psiquiátricos no final do século XIX até as reformas legislativas mais recentes, o foco tem sido a criação de um sistema de saúde mental inclusivo, eficiente e capaz de responder adequadamente às necessidades da população.

4.1.2. Itália

"Não é assim tão importante se haverá ou não asilos e clínicas encerrados no futuro, é importante que tenhamos provado que é possível fazer de outra forma, que sabemos que há outra maneira de lidar com o problema, mesmo sem o constrangimento". (Franco Basaglia).

A legislação de saúde mental Italiana passou por transformações significativas ao longo das décadas, refletindo mudanças nas abordagens e nas políticas de tratamento e cuidado das pessoas com doenças mentais.

A Lei de 13 de maio, conhecida como a "lei Basaglia", foi um marco na história da saúde mental Italiana. Determina o fecho dos manicómios e regulamenta o tratamento sanitário obrigatório, visava à desinstitucionalização dos pacientes, promovendo o tratamento comunitário e a integração social. A rede de serviços locais de saúde mental substituiu os manicómios, enfatizando uma abordagem mais humanizada e comunitária para o tratamento de pessoas com doenças mentais. Nesse mesmo ano, a Lei nº 833 de 23 de dezembro de 1978, foi fundamental na criação do Servizio Sanitario Nazionale (SSN), estabelecendo um sistema de saúde universal e descentralizado, assegurando acesso igualitário aos serviços de saúde, incluído os de saúde mental. A integração dos serviços de saúde mental no SSN reforçou a abordagem comunitária e

descentralizada iniciada pela Lei de 13 de maio, fortalecendo o compromisso com a desinstitucionalização e a prestação de cuidados em ambientes menos restritivos.

Já no ano 2000, a Lei nº 328 de 8 de novembro de 2000 conhecida como a lei quadro para a implementação de um sistema integrado de intervenções e serviços sociais, estabelece as bases para uma abordagem mais holística e coordenada entre serviços sociais e os serviços de saúde de forma melhorar o atendimento às necessidades das pessoas com doença mental.

A proposta de Lei nº 2233 de 27 de março de 2014, introduz regras para fortalecer a participação dos utentes e cidadãos nos serviços de saúde mental. Visa garantir uma maior resposta dos serviços à necessidades dos utentes e família, promover o envolvimento da comunidade e aumentar a transparência, a responsabilidade e a inclusão dos utentes na tomada de decisão e na gestão nos serviços de saúde mental.

Com o Decreto da Presidência do Conselho de Ministros nº 195 de 20 de outubro de 2023, identifica-se a saúde mental como uma questão de grande complexidade, exigindo orientações específicas. Promove a elaboração de estratégias específicas para a melhoria dos serviços de saúde mental, dando especial importância às abordagens integradas e coordenadas.

Desde o fecho dos manicómios, à criação de um sistema nacional de saúde, até a implementação de um sistema integrado de serviços sociais e o fortalecimento da participação dos utentes, a abordagem italiana tem sido progressiva e inclusiva. Essas mudanças visam, principalmente, a desinstitucionalização, a integração social e a promoção de um tratamento comunitário e humanizado para a pessoa com doença mental, eficazes centrados no utente.

4.1.3. Grécia

A legislação de saúde mental na Grécia reflete um esforço contínuo para melhorar a qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde mental. A Grécia demonstrou um compromisso significativo com a reforma de seu sistema de saúde mental, revelando um foco crescente na modernização, inclusão e eficiência dos serviços de saúde mental.

A Lei 1397/1983 de 7 de outubro, cria o Sistema Nacional de Saúde (ESY), marcando o início de uma era de modernização no setor da saúde na Grécia. A legislação estabelece a base para a prestação de cuidados de saúde acessíveis e universais, incluindo serviços de saúde mental. A criação do ESY foi um passo fundamental para garantir que todos os cidadãos tivessem acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição socioeconómica, promovendo equidade no acesso aos serviços de saúde.

A lei 2071/1992 de 15 de julho, introduz reformas importantes para melhorar a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde, incluindo os de saúde mental. Destaca a necessidade de um

sistema de saúde mais coordenado e estruturado, capaz de responder de forma mais eficaz às necessidades da população.

A lei 2.716/1999 de 17 de maio, foi um marco na trajetória da saúde mental na Grécia. A lei estabelece novas diretrizes para a melhoria dos serviços e promoveu a inclusão social das pessoas com doença mental. Enfatiza a necessidade de tornar os serviços de saúde mental mais abrangentes e acessíveis, reconhecendo a importância de integrar cuidados de saúde mental no contexto de um sistema de saúde mais amplo.

Diferentemente da Espanha e da Itália, onde a desinstitucionalização foi um foco claro das reformas legislativas, a Grécia concentrou-se mais na modernização e no desenvolvimento dos serviços de saúde mental dentro do contexto de um sistema de saúde nacional abrangente. A implementação eficaz das políticas de saúde mental na Grécia enfrenta desafios significativos, especialmente no que diz respeito à necessidade de uma abordagem mais coordenada e de orientações políticas específicas.

4.1.4. Espanha

A trajetória da legislação de saúde mental na Espanha reflete um compromisso significativo com a proteção dos direitos das pessoas com doença mental e a melhoria dos serviços de saúde mental. Esse compromisso é evidenciado por importantes marcos legislativos que promovem a desinstitucionalização, a integração comunitária e um tratamento mais inclusivo e abrangente. A análise dos principais decretos e leis, desde a década de 1980 até 2023, revela um esforço contínuo para adaptar e melhorar o sistema de saúde mental, enfrentando desafios políticos e sociais ao longo do tempo.

A lei nº 14 de 25 de abril, foi um marco crucial na reforma do sistema de saúde mental na Espanha, promovendo o fecho de quase todas as instituições psiquiátricas, ou asilos, iniciando um movimento significativo em direção à desinstitucionalização. Esta mudança promove uma abordagem mais humanizada, focada na reabilitação e reintegração social, e foi fundamental para a inclusão de pessoas com doença mental no sistema de saúde geral.

O Real Decreto nº. 1030 de 16 de setembro de 2006, vem reforçar a estrutura organizacional dos serviços de saúde mental, garantindo que os cuidados prestados fossem padronizados e atualizados e com acesso a cuidados de qualidade.

No ano de 2023 é aprovado a Lei nº. 6 de 22 de março, pela Comunidade Autónoma de La Rioja, sendo a primeira a estabelecer normas específicas no domínio da saúde mental na Espanha.

Impõe rácios mínimos de pessoal especializado em saúde mental², e institui um programa específico de prevenção ao suicídio, medidas para melhorar os cuidados a toxicodependentes, e reduzir o uso de restrições em lares residenciais. Reconhece a vulnerabilidade das mulheres devido a fatores como discriminação e violência de género³. (Cadenas, 2023).

Apesar dos avanços significativos, a Espanha ainda enfrenta desafios na implementação de uma legislação de saúde mental eficaz, pois, não existe, até o momento, uma lei estatal única e abrangente que regule a saúde mental de forma abrangente.

4.1.5. Análise Comparativa

A análise comparativa das legislações de saúde mental (Tabela 1) em Portugal, Itália, Grécia e Espanha revela um panorama diversificado, com semelhanças e diferenças marcantes em suas abordagens e implementações. Assim tanto Itália como Espanha priorizaram a desinstitucionalização e a integração dos serviços de saúde mental na comunidade, substituindo as instituições psiquiátricas por serviços comunitários de saúde mental.

Portugal e a Itália demonstram forte preocupação com a integração dos serviços de saúde mental com os serviços sociais. Portugal, com várias reformas legislativas desde 1998, e Itália, com a Lei 328/2000 de 13 de novembro, promoveram uma abordagem holística que visa melhorar a colaboração entre diferentes setores para proporcionar cuidados mais completos promovendo a inclusão e a melhoria contínua dos cuidados. A Grécia iniciou a modernização com o Sistema Nacional de Saúde em 1983 e continuou com reformas específicas para saúde mental em 1999. De modo diferente, Espanha e Itália implementaram uma abordagem legislativa mais abrangente, que contempla não apenas o processo de desinstitucionalização, mas também a estruturação de sistemas nacionais de saúde desde a sua gênese. A Espanha fez isso com a Lei Geral de Saúde em 1986, e a Itália com a Lei 833/1978 de 28 de dezembro, ambos estabelecendo sistemas universais e descentralizados. Por seu lado, Portugal e Grécia focaram-se mais na modernização dos serviços dentro de um contexto mais amplo de reforma do sistema de saúde. Portugal e Grécia têm leis que refletem um esforço contínuo para melhorar os serviços dentro de um sistema nacional de saúde já estabelecido, sem a mesma ênfase na desinstitucionalização precoce. A Espanha, apesar dos avanços, enfrenta desafios na implementação de uma legislação de saúde mental eficaz a nível nacional, com lacunas na legislação estatal única e desafios contínuos na concretização das políticas enquanto Portugal e Itália têm marcos legislativos mais robustos e

² 18 psiquiatras, 18 psicólogos clínicos e 23 enfermeiros especializados por cada 100.000 habitantes

³ O financiamento para essas medidas virá dos orçamentos regionais de 2023 e anos seguintes, garantindo um apoio financeiro contínuo para a implementação dessas políticas

estabelecidos. A Itália, em particular, tem uma legislação bem estabelecida que suporta um sistema integrado de cuidados. Portugal, com a legislação mais recente, continua a aprimorar o sistema de saúde mental, enquanto a Grécia tem-se concentrado na modernização e desenvolvimento dentro de um sistema nacional mais amplo, com menos foco na desinstitucionalização. Apesar dos países, com exceção de Portugal, se debaterem com as divisões e assimetrias regionais, o que encontramos é um compromisso comum com a reforma e melhoria dos serviços de saúde mental, enfrentando, todos, grandes desafios na implementação efetiva das políticas e na garantia que os serviços de saúde mental sejam acessíveis, eficazes e centrado no utente. Todos procuram uma trajetória de esforço contínuo para responder às necessidades emergentes e melhorar a qualidade dos cuidados em saúde mental (Tabela 1).

Tabela 1 – Tabela Comparativa

País	Principais Leis	Objetivos e Abordagens	Desafios
Portugal	Lei nº 36/98 (24 de julho de 1998) Decreto-Lei nº 8/2010 (28 de janeiro de 2010) Decreto-Lei nº 113/2021 (14 de dezembro de 2021) Lei nº 35/2023 (21 de julho de 2023)	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque nos direitos humanos Promoção da saúde mental Integração de cuidados e desinstitucionalização Desenvolvimento de redes de Serviços Comunitários 	<ul style="list-style-type: none"> Escassez de recursos Financeiros Distribuição desigual de recursos Longos tempos espera para consultas psiquiátricas Implementação ineficaz de Centros de Responsabilidade Integrada
Itália	Lei 13 de maio de 1978 (Lei Basaglia) Lei nº 833 (23 de dezembro de 1978) Lei nº 328 (8 de novembro) Plano de Ação Nacional Para a Saúde Mental (2013)	<ul style="list-style-type: none"> Desinstitucionalização doentes Integração dos serviços de saúde mental no Serviço Nacional de Saúde Foco na continuidade dos cuidados e qualidade dos serviços 	<ul style="list-style-type: none"> Fragmentação dos serviços- Desigualdade no acesso aos cuidados Escassez de recursos humanos e financeiros
Grécia	Lei 1397/1983 (7 de outubro de 1983) Lei 2071/1992 (15 de julho de 1992) Lei 2716/1999 (17 de maio de 1999) Plano Nacional de Saúde Mental (2021-2030)	<ul style="list-style-type: none"> Criação do Sistema Nacional de Saúde Melhoria da eficiência e eficácia nos serviços de saúde Desenvolvimento de serviços comunitários de saúde mental 	<ul style="list-style-type: none"> Políticas de austeridade resultando em cortes drásticos Falta de integração entre serviços de saúde mental e cuidados primários Necessidade de uma abordagem mais coordenada
Espanha	Lei nº 14 (25 de abril de 1986) Real Decreto nº. 1030 (16 de setembro de 2006) Lei nº. 6 (22 de março de 2023)	<ul style="list-style-type: none"> Integração de cuidados de saúde mental no sistema geral Desinstitucionalização Promoção da reabilitação e reintegração social 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de uma lei estatal única e abrangente Lacunas na legislação e implementação Desafios de coordenação entre comunidades autónomas

4.2. Os planos / programas de Saúde Mental

4.2.1. Portugal

O Plano Nacional de Saúde Mental foi uma resposta às crescentes necessidades de cuidados de saúde mental e focou-se na modernização, descentralização e integração dos serviços. Os principais objetivos do plano assentam em:

1. Garantir a equidade no acesso aos cuidados, assegurando que todas as pessoas, especialmente os grupos mais vulneráveis tenham acesso a cuidados de saúde mental de qualidade;
2. Salvaguarda dos Direitos Humanos garantindo a proteção dos direitos pessoais com problemas de saúde mental, promovendo a dignidade e a autonomia;
3. Mitigar o impacto das perturbações mentais, procurando reduzir o impacto da doença mental na sociedade através estratégias eficazes de prevenção e tratamento;
4. Promover a descentralização dos serviços para fornecer cuidados mais próximos da população diminuindo a dependência de instituições psiquiátricas;
5. Integrar os cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, incluindo cuidados primários e hospitais gerais, promovendo uma abordagem holística e integrada.

Alicerçando-se nas áreas estratégicas:

- Finalizar a implementação da rede de serviços da saúde mental a nível local, promovendo a transição dos cuidados prestados em hospitais psiquiátricos para hospitais gerais e fomentando o desenvolvimento de equipas de saúde mental comunitária;
- Enfatizar a reabilitação e a integração social de indivíduos com doença mental grave, favorecendo o suporte comunitário;
- Estabelecer unidades dedicadas ao tratamento de perturbações alimentares e outras condições específicas;
- Substituir gradualmente os hospitais psiquiátricos por uma rede de cuidados comunitários;
- Fortalecer a assistência a jovens com transtornos mentais, desenvolvendo serviços especializados e integrados com setores como educação e justiça;
- Aperfeiçoar a coordenação para uma abordagem integrada e contínua, melhorando a resposta aos pacientes;
- Implementar programas focados na promoção da saúde mental e na prevenção de doenças, abordando questões como abuso de substâncias, suicídio e violência.

O Programa Nacional para a Saúde Mental, estabelecido pelo despacho nº 6402 de 2016 de 11 maio, foi criado como um programa prioritário da Direção Geral da Saúde, visava implementar as diretrizes do Plano Nacional de Saúde Mental e monitorizar a evolução dos serviços de saúde

mental. O programa foi extinto em 2021 com a introdução do Decreto-Lei nº 113/2021 de 14 de dezembro.

Este decreto não apenas extingue o Plano Nacional para a Saúde Mental, instituído pelo Despacho nº 6401/2016, de 16 de maio, como também estabelece os princípios gerais para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde mental. A Base 13 da nova Lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo à Lei nº 95/2019 de 4 de setembro, é igualmente referenciada como um fundamento legal para essa reorganização dos serviços (ver anexo II)

O Decreto-Lei nº 113/2021 de 14 de dezembro vem responder às crescentes necessidades de cuidados de saúde mental em Portugal. Aborda as lacunas identificadas na implementação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (*Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*, 2007). Refere uma prevalência significativa de perturbações mentais no país (22,9%), falta de acesso adequado aos cuidados de saúde mental, procurando recuperar o atraso causado pelo Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) 2011-2014. O decreto lei 113/20121 de 14 de dezembro apresenta alguns aspetos inovadores:

- i) a organização e funcionamento dos serviços de saúde mental devem orientar-se para a recuperação integral das pessoas com doença mental, promovendo um enfoque na reintegração e na melhoria da qualidade de vida;
- ii) as políticas e planos devem ser avaliados com a participação de entidades independentes, incluindo representantes de associações de utentes e familiares, garantindo transparência e responsabilidade;
- iii) definidos três instrumentos fundamentais para o planeamento: o Plano Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde Mental e os Planos Regionais de Saúde Mental;
- iv) implementação de um modelo organizacional com órgãos consultivos a nível nacional, regional e local, estruturas de coordenação e serviços de saúde mental em diferentes níveis;
- v) coordenação das políticas de saúde mental por uma equipe nacional, incluindo um coordenador específico, para promover e avaliar a execução das políticas e do Plano Nacional de Saúde Mental;
- vi) prestação de cuidados em hospitais e centros psiquiátricos deve ser marcadamente residual, com foco na desinstitucionalização e reintegração na comunidade;
- vii) integração dos serviços de saúde mental com cuidados primários e serviços de reabilitação psicossocial para assegurar continuidade e coordenação no atendimento.

Revogada a lei nº. 26/98 de 24 de julho, a Lei nº. 35/2023 de 21 de julho estabelece um marco atual para a política de saúde mental em Portugal. Os princípios fundamentais são:

- a) o Governo, através do Ministério da Saúde, é responsável por definir, promover, executar, acompanhar e avaliar a política de saúde mental. A política deve ser dinâmica, evolutiva e adaptável aos avanços científicos e às necessidades em diferentes níveis;
- b) Cuidados centrados na pessoa e onde os serviços devem reconhecer a individualidade, subjetividade, necessidades específicas e nível de autonomia de cada pessoa. O internamento hospitalar deve ser uma medida de último recurso;
- c) equipas multidisciplinares capazes de responder de forma integrada às diversas necessidades das pessoas.
- d) garantir a igualdade de acesso igualitário e de qualidade aos cuidados de saúde mental sem discriminação, e no tempo clinicamente necessário.

Os seus objetivos passam por

- i) assegurar que as pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental possam exercer os seus direitos e combater o estigma associado à doença mental;
- ii) melhorar a saúde mental das populações através de medidas sustentáveis que promovam a saúde, previnam e tratem a doença mental e facilitem a reabilitação e inclusão;
- iii) integrar a saúde mental nas políticas públicas e promover a cooperação entre diferentes áreas governativas com impacto direto ou indireto na saúde mental;
- iv) garantir a participação ativa das pessoas com necessidades e cuidados de saúde mental e familiares na definição, acompanhamento e avaliação das políticas e planos;
- v) promover a utilização de conhecimento científico e a implementação de boas práticas em saúde mental.

A Lei nº 35/2023 de 21 de julho é uma tentativa de consolidar e avançar os esforços anteriores, promovendo um sistema de saúde mental mais inclusivo e adaptado às necessidades atuais. Contudo, a eficácia desta lei dependerá da implementação prática das suas diretrizes, mas sobretudo da capacidade do sistema de saúde em responder de forma ágil e eficaz às crescentes procuras.

Portugal tem demonstrado um compromisso contínuo com a melhoria da saúde mental, refletido nas suas recentes legislações. O sucesso destas reformas dependerá da execução efetiva das políticas, da alocação adequada de recursos (escassos) e da integração eficaz dos cuidados em todos os níveis.

4.2.2. Itália

O Ministério da Saúde da Itália publicou as Diretrizes Nacionais para a Saúde Mental (*Linee Di Indirizzo Nazionali per La Salute Mentale*, 2008), que enfatizam a importância de fortalecer a saúde mental como parte integrante do sistema de saúde. A análise do cenário atual destaca desafios como a fragmentação dos serviços, a desigualdade no acesso aos cuidados e a falta de dados consistentes para tomada de decisão. As diretrizes identificam a necessidade de uma abordagem coordenada e a integração dos serviços de saúde mental com outros setores de saúde como áreas prioritárias.

As autoridades de saúde são impelidas a desenvolver e implementar políticas que promovam a inclusão social e o bem-estar mental, garantindo a acessibilidade universal dos serviços. Recomenda-se a criação de redes de serviços de saúde mental integrados e a formação contínua dos profissionais de saúde como medidas fundamentais para a melhoria da qualidade do atendimento.

Em 2010, em resposta a essas diretrizes, o governo italiano estabelece o Sistema Informativo para a Saúde Mental (SISM) por meio do Decreto de 15 de outubro de 2010, integrando-o ao Novo Sistema Informativo Sanitário (NSIS). O SISM foi criado para monitorizar as atividades dos serviços de saúde mental, apoiar a gestão dos recursos dos Departamentos de Saúde Mental (DSM) e contribuir para a criação de indicadores de estrutura, processo e resultado tanto a nível regional quanto nacional. Este decreto define o SISM como uma ferramenta essencial para a recolha e análise de dados relacionados com a saúde mental, abrangendo os serviços oferecidos a adultos com problemas psiquiátricos e suas famílias, e estabelece diretrizes para a proteção, confidencialidade e segurança das informações pessoais.

Em 2013, o Plano de Ação Nacional para a Saúde Mental (*Piano Di Azioni Nazionale per La Salute Mentale*, 2013), fundamentado em diretrizes internacionais como a Declaração de Helsínquia ("Declaration of Helsinki," 2008) e o Plano de Ação da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2013), visa abordar as crescentes necessidades de saúde mental da população italiana, promovendo um sistema de saúde mental eficiente e coordenado em todo o país. Foca-se na deteção precoce e no tratamento antecipado de distúrbios mentais, especialmente na gestão de situações complexas que exigem cuidados contínuos, estratégias específicas para o atendimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes.

Adicionalmente, o plano enfatiza a integração dos serviços de saúde mental com outras áreas, como serviços sociais, para otimizar os recursos e proporcionar uma assistência mais abrangente. A importância de políticas que priorizem a formação contínua dos profissionais e o

desenvolvimento de um sistema robusto de informação para monitorização e avaliação das ações implementadas é fortemente destacada. É estruturado em torno de um modelo de intervenção comunitária, com ênfase na promoção e proteção da saúde mental da população e destaca a necessidade urgente de maior investimento, expansão dos recursos humanos, implementação de reformas adicionais e melhoria na formação dos profissionais de saúde para que o sistema esteja preparado para responder eficazmente a desafios futuros semelhantes.

4.2.3. Grécia

O sistema de saúde mental grego passou por reformas significativas nos últimos vinte anos. Alinhadas com as tendências e práticas de outros países europeus, essas reformas visavam criar um sistema de serviços de saúde mental centrado na comunidade. A implementação dessas mudanças foi viabilizada pelo programa "Psychargos", um plano estratégico e operacional nacional desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Solidariedade Social da Grécia. O programa cofinanciado em 75% pela União Europeia por um período de cinco anos, e onde após esse período a responsabilidade financeira dos serviços recai integralmente no orçamento nacional grego (Loukidou et al., 2013). O "Psychargos" foi o catalisador para o desenvolvimento de serviços baseados na comunidade (G. Christodoulou et al., 2010; Loukidou et al., 2013). Iniciado como um projeto de 10 anos (1997–2006), com um financiamento de 700 milhões de euros, o programa tinha como objetivos principais:

- a) concluir as reformas psiquiátricas, incluindo a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos de longa permanência e o fecho de oito hospitais psiquiátricos;
- b) realocar pacientes em novos serviços de reabilitação psicossocial e cuidados ao domicílio;
- c) desenvolver uma rede de serviços comunitários de saúde mental.

A Lei 2716 de 1999 de 17 de maio estabeleceu os princípios fundamentais para a prática da saúde mental na Grécia, definindo as "unidades de saúde mental" e introduzindo as "unidades de cooperação social" para proporcionar oportunidades de trabalho e independência económica a pessoas com doença mental.

A primeira fase, Psychargos I (1997–2001), focou-se na formação de profissionais de saúde mental, melhoria das infraestruturas e das condições de vida dos residentes, além de preparar os doentes para a vida em comunidade por meio do desenvolvimento de habilidades laborais (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016a). A segunda fase, Psychargos II (2001–2010), continuou a promover a desinstitucionalização e o fortalecimento dos serviços de saúde mental comunitários, incluindo o fecho de hospitais psiquiátricos e a criação de serviços psiquiátricos em

hospitais gerais, bem como o desenvolvimento de serviços especializados, introduz a sectorização dos serviços de saúde mental, organizando a prestação de cuidados em áreas geográficas específicas para facilitar a coordenação e eficiência. (Tabela Psychargos – adaptado) (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016b). (ver ANEXO III)

Até janeiro de 2016, quatro hospitais psiquiátricos foram fechados, mantendo apenas unidades administrativas para apoiar albergues, serviços de ambulatório e unidades de reabilitação nas áreas atendidas. Os hospitais restantes continuaram a prestar serviços para unidades de reabilitação social e albergues, com uma redução substancial do número de pacientes crónicos. Além disso, várias organizações não governamentais (ONGs) foram criadas para apoiar os projetos do "Psychargos". Em 2012, havia 65 ONGs envolvidas, operando 220 unidades (30% de todas as unidades de saúde mental), com 50% das camas de desinstitucionalização e um orçamento total de 45 milhões de euros em 2010. No setor privado, havia 4.207 camas de internamento em 2007 (G. N. Christodoulou et al., 2012; Madianos, 2013). A última revisão do programa abrange o período de 2011 a 2020 (*2011-2020 National Action Plan Psychargos*, 2011). Numa avaliação ex post, tanto prestadores quanto utilizadores de serviços apontaram diversos aspetos positivos das reformas do "Psychargos", como a redução significativa de internamentos de longa duração, o fecho definitivo de alguns hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de uma vasta rede de serviços comunitários em várias regiões do país (Loukidou et al., 2013). Além disso, houve uma gradual aceitação pelas comunidades locais de pessoas com doenças mentais, bem como mudanças positivas na atitude dos profissionais de saúde em relação ao cuidado centrado no paciente (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016a).

Em março de 2023, foi publicado o documento detalhando a estratégia para reformar e modernizar o sistema de saúde mental grego, o Plano Nacional para a Saúde Mental (Plano Nacional de Ação Para a Saúde Mental 2021-2030, 2023). Este plano tem como meta desinstitucionalizar os cuidados de saúde mental, promover a transição gradual dos hospitais psiquiátricos para serviços comunitários, e inclui a criação de uma rede de serviços comunitários e programas de apoio nas comunidades locais. O objetivo é garantir acesso universal a serviços de saúde mental de qualidade, independentemente da situação económica dos cidadãos, e assegurar respostas rápidas e eficazes às necessidades dos pacientes.

O plano é estruturado em torno de dez eixos de intervenção, sendo cinco verticais e cinco horizontais, para a proteção da saúde mental dos cidadãos e a melhoria dos serviços de saúde mental na Grécia. Os eixos verticais incluem a conclusão da abolição dos cuidados institucionais, o desenvolvimento da rede comunitária de cuidados de saúde, a criação de serviços especializados para crianças e adolescentes, a reforma dos serviços psiquiátricos forenses e a

conclusão da Rede Nacional de Cooperativas Sociais de Responsabilidade Limitada (CoSPE). Os eixos horizontais abordam a implementação da sectorização em todo o país, a redução de hospitalizações involuntárias para níveis alinhados com a média da UE, a promoção da integração de pessoas com problemas de saúde mental no mercado de trabalho, a proteção dos direitos dos doentes mentais e a integração da saúde mental nos planos de preparação e resposta a emergências.

4.2.4. Espanha

A Espanha promulga a Lei Geral da Saúde Pública, lei 14 de 29 de abril de 1986, que dedica o capítulo III à saúde mental. O artigo 20 do capítulo II desta lei enfatiza a plena integração dos doentes mentais no sistema geral de saúde, equiparando-os aos demais pacientes. Esta legislação facilitou a transformação dos hospitais psiquiátricos, promoveu a desinstitucionalização e a integração dos cuidados de saúde mental nos serviços de saúde primários e em programas comunitários. Foram criados centros de saúde mental para atendimentos em ambulatório, unidades de internamento em hospitais gerais e comunidades terapêuticas para tratamento e reabilitação de pessoas com distúrbios mentais mais graves (Montejo J & Espino A, 1998).

Após dez anos da implementação desta reforma psiquiátrica, algumas comunidades autónomas, como Andaluzia, Astúrias e Madrid, registraram mudanças significativas. Nessas regiões, o número de camas em hospitais psiquiátricos reduziu-se substancialmente (100 para menos de 25 por 100000 habitantes). Os serviços sociais, em várias regiões, desenvolveram programas de reabilitação, incluindo empresas sociais que ofereciam emprego remunerado para pessoas com deficiência mental. A formação clínica para psiquiatras e psicólogos foi expandida, resultando em um aumento significativo no número desses profissionais (Mental Health Policy, Plans and Programmes (Update Version 2), 2005).

Dada a diversidade geográfica e cultural das 17 regiões autónomas da Espanha, a criação de um único documento que aborde as diferentes realidades do país é desafiadora. No entanto, foi possível observar que 12 regiões autónomas (ver ANEXO IV) elaboraram planos de ação específicos para saúde mental. Em 2008, o Ministério da Saúde e Consumo da Espanha publicou o "Síntese da Estratégia em Saúde Mental do Sistema Nacional de Saúde" (Strategy in Mental Health of the National Health System, 2008), sublinhando a necessidade de melhorar a preocupação com a saúde mental no país. O documento aponta que 9% da população espanhola sofre de algum transtorno mental, e que mais de 15% poderá vir a enfrentar esse tipo de condição ao longo da vida, com um impacto significativo na sua qualidade de vida. Fundamentada na

Declaração de Helsínquia (“Declaration of Helsinki,” 2008), a estratégia adota uma abordagem integrada que abrange a promoção da saúde mental, a prevenção de transtornos mentais, a coordenação institucional, a formação contínua de profissionais de saúde, a investigação em saúde mental, bem como o desenvolvimento de sistemas de informação e avaliação.

Em 2022, a “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” (Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022–2026, 2022), têm como objetivo melhorar a saúde mental da população e fornecer um atendimento integral às pessoas com problemas de saúde mental. Baseada nos direitos humanos, inclusão social e combate ao estigma, objetiva a recuperação e integração na comunidade dos indivíduos. O documento define objetivos para melhorar a saúde mental da população. Assenta em dez linhas estratégicas:

- a) autonomia e direitos com enfoque na pessoa;
- b) promoção e prevenção dos problemas de saúde mental;
- c) prevenção, deteção precoce e tratamento do comportamento suicida;
- d) cuidado para pessoas com problemas de saúde mental no modelo de recuperação em contexto comunitário;
- e) saúde mental na infância e adolescência;
- f) cuidados e intervenção junto da família;
- g) coordenação entre serviços;
- h) participação da comunidade;
- i) formação de profissionais;
- j) pesquisa, inovação e conhecimento.

O documento sublinha que a estratégia deve respeitar e promover os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental, integrando aspetos biológicos, psicológicos e sociais. Deve ser alvo do diálogo entre as diferentes partes interessadas, incluindo profissionais de saúde, pacientes, familiares, organizações e instituições governamentais, refletindo um esforço conjunto para aprimorar a saúde mental no país.

Os centros de saúde mental, hospitais de dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais estão agora integrados em redes de serviços bem estruturadas. Há também uma colaboração intersectorial com serviços sociais que oferecem habitação, programas de reabilitação e empresas sociais (Mental Health Policy, Plans and Programmes (Update Version 2), 2005).

O combate ao estigma associado ao transtorno mental e a melhoria da coordenação entre os serviços de saúde e os serviços sociais permanecem como necessidades importantes. Embora a política nacional de saúde mental tenha sido estabelecida através da Lei Geral de Saúde Pública (Ley 14, 1986) , houve variações no ritmo e na extensão da sua implementação nas diferentes

comunidades autónomas, dependendo dos contextos políticos locais e da influência das partes interessada (Mental Health Policy, Plans and Programmes (Update Version 2), 2005).

Os planos e programas de saúde mental, ao integrarem uma abordagem holística e multidisciplinar, constituem um alicerce fundamental para a compreensão e intervenção nos comportamentos aditivos e dependências, reconhecendo a complexidade biopsicossocial subjacente a estas perturbações.

4.3. A abordagem aos comportamentos aditivos

O panorama das políticas de saúde mental e combate aos comportamentos aditivos em Portugal, Itália, Grécia e Espanha revela abordagens distintas, mas convergentes, que refletem as particularidades culturais, sociais e políticas de cada país, enquanto se alinham com as melhores práticas internacionais e diretrizes da União Europeia.

Em Portugal, o relatório "Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios" (Comportamentos Aditivos. Perspetivas e Desafios, 2021), publicado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), oferece uma visão abrangente da evolução dos comportamentos aditivos no país. Este documento destaca uma mudança de paradigma significativa, passando de uma abordagem punitiva para uma abordagem centrada nos direitos humanos e na saúde pública. Ao explorar a relação entre drogas e criminalidade no século XXI, enfatiza o papel crescente das estratégias de regulação e redução de danos. A ênfase na ciência da prevenção, qualificação profissional e adaptação das políticas à diversificação dos padrões de consumo sublinha a complexidade dos desafios enfrentados. O relatório também aborda questões atuais, como a legalização da cannabis e o surgimento de novas substâncias psicoativas, sugerindo uma reavaliação contínua das políticas públicas.

Na Itália, o Plano de Ação Nacional para as Dependências (PAND) (*Piano Di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025*, 2022) reflete um esforço colaborativo que se alinha com as diretrizes europeias, abordando tanto a redução da procura quanto da oferta de drogas, além de mitigar os danos associados ao uso de substâncias. Estruturado em três linhas principais – redução da procura, redução da oferta e combate aos danos relacionados com a droga – o plano italiano destaca-se pela sua abordagem abrangente e integrada. A ênfase na governança, cooperação internacional e inclusão social das populações vulneráveis demonstra uma visão holística e baseada em evidências para fortalecer a resposta institucional às dependências.

Na Grécia, o planeamento estratégico do Ministério da Saúde para o tratamento da toxicod dependência (Planeamento Estratégico No Domínio Do Tratamento Da Toxicod dependência, 2018) também adota uma abordagem ampla e multifacetada, com foco na

redução da procura, tratamento, redução de danos e reintegração social. As prioridades estratégicas gregas, como o acesso universal ao tratamento e a expansão da cobertura geográfica, sublinham a importância da equidade no acesso aos serviços de saúde. A inclusão de programas de desintoxicação, reabilitação e integração social, além de uma ênfase na colaboração entre serviços financiados por fundos europeus e nacionais, reflete um compromisso em reduzir as desigualdades regionais e fortalecer a rede de cuidados de saúde mental e combate às dependências.

Em Espanha, o "Plan de Acción sobre Adicciones" (*Plan de Acción Sobre Adicciones 2021-24, 2022*), aprovado em 2022, reflete uma estratégia integrada que aborda tanto as dependências de substâncias quanto as comportamentais. Este plano destaca-se pela ênfase na prevenção, na redução de danos e na reintegração social, incluindo medidas específicas para a proteção de menores e a integração da perspectiva de género. A coordenação intersectorial e a cooperação internacional são também componentes centrais, reconhecendo a complexidade global das adições e a necessidade de uma resposta coordenada.

As políticas públicas centradas nos comportamentos aditivos e na promoção da saúde mental em Portugal, Itália, Grécia e Espanha revelam tendências que podem influenciar o desenvolvimento de estratégias em outros países. Observa-se uma clara transição de abordagens punitivas para modelos que priorizam a saúde pública e os direitos humanos. Esta mudança é evidenciada, por exemplo, no relatório português "Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios" (*Comportamentos Aditivos. Perspetivas e Desafios, 2021*), que reflete um realinhamento paradigmático dentro de um contexto sociocultural mais amplo. Esta evolução sublinha a importância de abordar os comportamentos aditivos e os problemas de saúde mental como questões de saúde, em vez de problemas criminais. As implicações futuras podem incluir a expansão de programas de redução de danos e a criação de quadros legais mais flexíveis para substâncias controladas, como sugerido no debate em torno da legalização da canábis.

Outro aspeto fundamental é a integração e cooperação entre diferentes setores governamentais e instituições. O "Plano de Ação Nacional para as Dependências" Italiano exemplifica essa abordagem, destacando a necessidade de uma governança eficaz e de cooperação internacional. Além disso, a importância crescente da prevenção e da educação é evidente. O plano estratégico Grego enfatiza o fortalecimento das intervenções preventivas, especialmente entre populações vulneráveis. As políticas futuras podem focar-se na implementação de programas educativos abrangentes e campanhas de conscientização, integrando estas iniciativas em currículos escolares e campanhas nacionais.

Por fim, há uma clara tendência para políticas baseadas em evidências científicas. O "Plan de Acción sobre Adicciones" Espanhol demonstra esse compromisso, propondo melhorias na recolha de dados e de pesquisa. É provável que haja uma procura crescente para que políticas públicas sejam continuamente revistas e adaptadas com base em novos dados e pesquisas, o que pode aumentar a colaboração entre governos e instituições de pesquisa.

A investigação das políticas públicas destinadas a enfrentar e combater os comportamentos aditivos em Portugal, Itália, Grécia e Espanha demonstra uma tendência para a adoção de estratégias mais holísticas, inclusivas e fundamentadas em evidências científicas. Apesar das particularidades e contextos distintos inerentes a cada país, verifica-se um compromisso comum no sentido de modernizar as abordagens, com enfoque na promoção dos direitos humanos, na saúde pública e na inclusão social.

Essas estratégias apontam para um futuro em que as políticas públicas sejam mais adaptáveis às mudanças sociais e tecnológicas, com ênfase na cooperação internacional e coordenação multissetorial. Seguir esse caminho poderá resultar em melhorias significativas nos resultados de saúde e na gestão de comportamentos aditivos, trazendo benefícios importantes para a sociedade. Os elementos-chave comuns às estratégias nacionais incluem:

- a transição de abordagens punitivas para modelos centrados na saúde pública;
- a ênfase na prevenção, redução de danos e reintegração social;
- o reconhecimento da complexidade das dependências, incluindo comportamentos aditivos não substanciais;
- a integração de serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários;
- o foco em populações vulneráveis, como jovens e mulheres.
- o compromisso com políticas baseadas em evidências e avaliação contínua.

No entanto, o sucesso dessas estratégias dependerá da alocação eficaz de recursos, coordenação entre os diversos atores envolvidos e capacidade de adaptação a novos desafios. A natureza dinâmica dos comportamentos aditivos e dos problemas de saúde mental exigirá uma vigilância constante e flexibilidade para ajustar políticas em resposta a novas tendências e ameaças emergentes. Estudos futuros serão necessários para avaliar a eficácia dessas abordagens e sua aplicabilidade em diferentes contextos socioeconómicos, além de monitorizar como essas políticas respondem a desafios emergentes, como o impacto das tecnologias digitais na saúde mental e o surgimento de novas substâncias psicoativas.

Em resumo, os planos e estratégias analisados refletem um esforço conjunto para enfrentar os desafios complexos das dependências e da saúde mental, com base em evidências científicas e

boas práticas internacionais. Sublinham a importância de uma implementação eficaz e adaptável, apontando para um futuro onde a saúde mental e o bem-estar sejam prioridades centrais nas políticas públicas de saúde.

Tendo em consideração a interligação entre os planos de saúde mental e a abordagem aos comportamentos aditivos, torna-se imperativo analisar criticamente as estratégias implementadas e os seus resultados, o que constitui o cerne da discussão do presente trabalho

5. Problemática e Custos com a Saúde Mental

A alocação de recursos para a saúde mental enfrenta desafios significativos, tanto políticos quanto económicos. Frequentemente, a saúde mental é relegada a um segundo plano nas agendas políticas, resultando numa alocação insuficiente de recursos (Thornicroft & Tansella, 2002). A falta de uma política de saúde mental integrada, aliada a políticas fragmentadas e mal coordenadas, leva frequentemente à duplicação de esforços ou a lacunas significativas na prestação de serviços (Jacob et al., 2007). O estigma associado às condições de saúde mental (Sartorius, 2007) e a influência de grupos de interesse que não priorizam essa área (Kickbusch, 2007) podem também impactar negativamente a alocação de recursos.

As limitações orçamentais e o alto custo dos tratamentos, geralmente com retornos a longo prazo, representam barreiras significativas para o financiamento adequado da saúde mental (Knapp & Parsonage, 2011). Desigualdades na distribuição de recursos entre diferentes países e regiões agravam essas disparidades, resultando em diferenças de acesso e qualidade dos cuidados de saúde mental (Marmot & Bell, 2012).

O crescente reconhecimento da importância da saúde mental para o bem-estar geral pode ser um catalisador para melhorar a alocação de recursos (Patel et al., 2018). A adoção de novas tecnologias, como plataformas digitais, e o estabelecimento de parcerias público-privadas, podem facilitar o financiamento de serviços inovadores em saúde mental (Brinkerhoff & Brinkerhoff, 2011). Movimentos de advocacy⁴ e uma maior consciencialização sobre a importância da saúde mental, também têm o potencial de influenciar políticas públicas e mobilizar recursos adicionais para essa área (Thornicroft et al., 2016).

Em média, os países alocam apenas cerca de 2% dos seus orçamentos da saúde para a saúde mental, um montante claramente insuficiente para atender às necessidades da população (World Health Organization, 2021b). Em países como Itália, Grécia, Espanha e Portugal, a saúde mental está emergindo como uma prioridade nas políticas públicas, com um reconhecimento crescente

⁴ apoio público ou recomendação a uma determinada causa ou política.

de que o investimento nessa área é crucial para promover a saúde geral e reduzir os custos elevados associados ao tratamento da doença mental (Patel et al., 2018). Os custos associados à saúde mental são categorizados em dois tipos principais: diretos e indiretos (Figura 5). Em 2015, estes custos representavam entre 3% e ligeiramente mais de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), conforme ilustrado na Figura 6.

Figura 5 – Custos diretos e Custos Indiretos

CUSTOS DIRETOS		CUSTOS INDIRETOS	
Gastos com Serviços de Saúde		Perda de Produtividade	
Medicação		Absentismo	
Intervenções		Presentismo	
Reabilitação		Rotatividade	
Hospitalizações		Erros / Acidentes	
Gastos Não Relacionados com a Saúde		Morte Prematura e Problemas de Saúde Física	
Pagamento de seguros			
Problemas legais			
Pagamento de multas e compensações			

Nota. Fonte (Hassard et al., 2021)

Figura 6 – Estimativa custos totais (direto e indiretos) dos problemas de saúde mental, em milhões de € e em % do PIB (2015)

	Custos Totais		Custo Diretos				Custos Indiretos	
			No sistema de saúde		Em benefícios sociais		No Mercado de trabalho	
	em milhões €	% PIB	em milhões €	% PIB	em milhões €	% PIB	em milhões €	% PIB
Portugal	6580	3,66%	2048	1,14%	1652	0,92%	2880	1,60%
Itália	54487	3,30%	20221	1,22%	15787	0,96%	18478	1,12%
Grécia	5311	3,01%	2241	1,27%	1440	0,82%	1630	0,92%
Espanha	45058	4,17%	14415	1,33%	12318	1,14%	18325	1,70%

Nota. Fonte: traduzido e adaptado de OECD estimates based on Eurostat Database

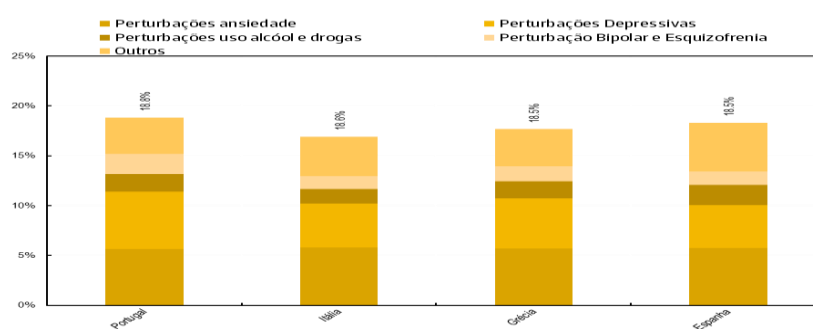
Estes custos destacam a necessidade de uma abordagem mais integrada e abrangente para a saúde mental, que envolva investimentos adequados⁵, incluindo o aumento da alocação do orçamento, a ampliação dos serviços disponíveis, e um foco reforçado na prevenção e promoção da saúde mental. Além disso, é fundamental assegurar a coordenação eficaz de políticas e programas de prevenção e tratamento, sustentados por evidências científicas, bem como intensificar o combate ao estigma associado às perturbações mentais.

O subfinanciamento da saúde mental não apenas agrava as desigualdades socioeconómicas (Marmot, 2015a), mas também reforça o estigma em torno dos transtornos mentais (Thornicroft et al., 2008a). Esta situação é especialmente preocupante nos países do grupo PIGS (Portugal, Itália, Grécia e Espanha), onde a prevalência de transtornos mentais é alarmante. Analisando o número de casos por 100000 habitantes, Portugal regista a maior incidência, com 19936 casos,

⁵ A saúde mental representará 15% da carga global das doenças. O investimento nesta área, em Portugal, deveria corresponder a 15% do orçamento da saúde (Silva, 2020).

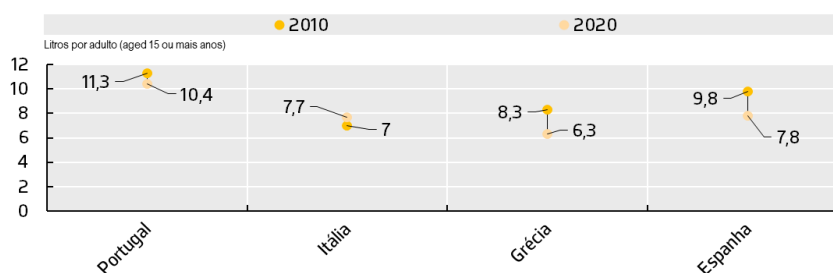
seguido pela Espanha com 18667, Grécia com 18262 e Itália com 16361. Esses números destacam Portugal não apenas como o país com maior prevalência entre os quatro, mas também como um dos países com as taxas mais altas de distúrbios mentais no cenário global (anexo V). A saúde mental representa um desafio significativo na Europa, com aproximadamente uma em cada seis pessoas a enfrentar problemas nesta área (Figura 7; anexo VI). Paralelamente, o consumo excessivo de álcool continua a ser uma preocupação relevante, destacando-se Portugal com um consumo médio de 10,4 litros por pessoa acima dos 15 anos entre 2010 e 2020 (Figura 8). Estes dados evidenciam não só a urgência de um maior investimento em saúde mental, mas também o impacto substancial das práticas culturais e sociais na saúde da população.

Figura 7 – Problemas de saúde mental na EU



Nota. adaptado de IHME, 2018 (estimativas referentes 2016)

Figura 8 – Consumo bebidas alcoólicas entre adultos (2010-2015)



Nota. Traduzido e adaptado de OECD Health Statistics 2022 and WHO Global

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM), diversos fatores podem aumentar a vulnerabilidade à depressão, incluindo o consumo de álcool, o uso de substâncias de abuso e a vivência de eventos adversos, como a perda de entes queridos, desemprego, divórcio, doenças graves, abandono e maus-tratos. Além disso, condições médicas subjacentes também podem contribuir significativamente para uma maior predisposição a essa condição. Segundo a WHO, a depressão é a perturbação mental mais comum na União Europeia, afetando cerca de 50 milhões de pessoas. As estatísticas mostram que aproximadamente 11% da população europeia enfrentará um episódio de depressão ao longo da vida, tornando-a a segunda

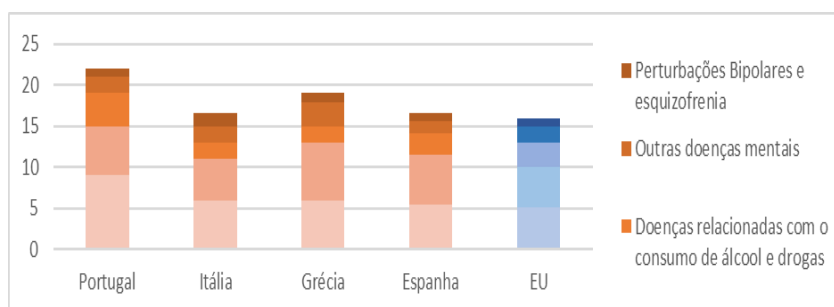
principal causa de incapacidade. Em Portugal, estima-se que cerca de 8% da população sofra de depressão, colocando o país na quinta posição em termos de prevalência de casos entre os países europeus (SNS 24). Estes números reforçam a importância de estratégias de prevenção e intervenção precoce para reduzir os fatores de risco e fornecer suporte adequado a indivíduos em situações vulneráveis (Ver Anexo VI).

O subfinanciamento na área da saúde mental, segundo Miguel Xavier, diretor do Programa Nacional de Saúde Mental, requer um aumento significativo, com a alocação de 15% do orçamento da saúde para esta área (Silva, 2020). Esta insuficiência de recursos não só agrava as desigualdades socioeconómicas (Marmot, 2015b), como também perpetua o estigma associado às perturbações mentais (Thornicroft et al., 2008b). Este cenário é particularmente preocupante nos países do grupo PIGS, onde a prevalência de transtornos mentais apresenta números alarmantes. O Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME, 2022), mostra-nos que a prevalência de distúrbios mentais varia significativamente entre os países do sul da Europa (Figura 9). Em Portugal, aproximadamente 22% da população sofre de algum tipo de perturbação mental, uma taxa consideravelmente mais elevada do que nos países vizinhos. Em comparação, a Itália apresenta uma prevalência de 16,6%, a Grécia de 19%, e em Espanha, cerca de uma em cada seis pessoas enfrenta problemas de saúde mental.

Em Portugal, as perturbações mais comuns são a ansiedade e a depressão, afetando respetivamente 9% e 6% da população. As perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, incluindo álcool e drogas, afetam cerca de 4% dos portugueses.

Na Itália, a ansiedade afeta 6% da população, a depressão 5%, e os problemas relacionados ao uso de substâncias 2%. A Grécia apresenta uma prevalência de 7% para depressão, 6% para ansiedade e 2% para transtornos relacionados ao consumo de substâncias. Em Espanha, a depressão atinge cerca de 6% da população, a ansiedade 5,5%, e os transtornos ligados ao consumo de álcool e drogas aproximadamente 3%. (Figura 9)

Figura 9 – Prevalência de problemas de saúde mental em Portugal, Itália, Grécia e Espanha



Nota. A média da UE não é ponderada. Fonte: IHME (dados relativos a 2019)

É imperativo considerar a possibilidade de que alguns diagnósticos de depressão possam, na realidade, mascarar perturbações da personalidade, nomeadamente a perturbação da personalidade *borderline*, dada a sobreposição sintomatológica entre estas condições. Sintomas como humor deprimido persistente, alterações no padrão de sono, fadiga, défices de concentração, indecisão, anedonia, ideação suicida e sentimentos de desvalorização e desesperança são comuns a ambos os quadros clínicos, potenciando diagnósticos diferenciais imprecisos.

Estas imprecisões diagnósticas não só exacerbam o sofrimento dos doentes, que ficam privados de intervenções terapêuticas adequadas à sua condição específica, mas também acarretam custos acrescidos para o sistema de saúde e para a sociedade em geral. A identificação precoce e precisa destas perturbações é crucial para a implementação de estratégias terapêuticas eficazes e para a otimização dos recursos de saúde mental.

Conforme ilustrado na Figura 6, os custos totais, tanto diretos quanto indiretos, constituem uma parcela significativa do PIB de cada país. Em Portugal, estimativas para o ano de 2019 indicam que as perturbações de saúde mental resultaram na perda de aproximadamente 310000 anos de vida (IHME, 2022; State of Health in the EU Portugal The Country Health Profile Series, 2023). Adicionalmente, cerca de 40% dos custos diretos e indiretos associados às perturbações mentais em Portugal estão relacionados com a redução da participação e produtividade no mercado de trabalho. Em comparação, na Espanha, essa proporção é aproximadamente de 33%. Esses dados evidenciam que a carga económica e a perda de produtividade associadas às perturbações de saúde mental são mais pronunciadas em Portugal do que nos seus países vizinhos. O impacto das perturbações mentais é, portanto, mais acentuado na comunidade, na economia e no sistema nacional de saúde português em relação aos seus parceiros e países vizinhos.

Em Portugal, a Ordem dos Psicólogos Portugueses publicou um relatório em 2023 que estima os custos associados ao stress e aos problemas de saúde psicológica no contexto laboral. De acordo com este relatório, aproximadamente 50% dos dias de absentismo no trabalho são atribuíveis ao stress e a questões de saúde psicológica. Considerando que, em média, os trabalhadores em Portugal faltam ao trabalho 15,8 dias por motivos de saúde, calcula-se que cerca de 8 desses dias estejam relacionados diretamente com o stress ou problemas de saúde psicológica. Além do impacto do absentismo, é igualmente importante considerar os efeitos do presentismo, onde os trabalhadores, apesar de estarem fisicamente presentes no local de trabalho, apresentam desempenhos reduzidos devido a problemas de saúde mental (Goetzel et al., 2004). Na Figura 10 encontramos os dias de trabalho perdidos devido ao absentismo e ao presentismo e na Figura 11

os custos devido aos problemas de stress e de saúde psicológica (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2023).

Figura 10 – *Comparativos dos dias de trabalho perdidos em 2020 e 2022*

	2020	2022
Tempo de trabalho perdido devido a absentismo	6,2	8
Tempo de trabalho perdido devido a absentismo	12,4	15,8

Nota. retirado de Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações – Relatórios do Custo de Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica (2023) pp 34

Figura 11 – *Custos devido a problemas de stress e de saúde psicológica*

	PME		Grandes Empresas		Total Empresas Portuguesas	
	2020	2022	2020	2022	2020	2022
Absentismo	€ 840 milhões	€ 1,4 Mil milhões	€ 222 milhões	€ 382 milhões	€ 1,1 mil milhões	€ 1,8 mil milhões
Presentismo	€ 1,7 mil milhões	€ 2,8 mil milhões	€ 445 milhões	€ 754 milhões	€ 2,1 mil milhões	€ 3,5 mil milhões
Perda de Produtividade	€ 2,5 mil milhões	€ 4,2 mil milhões	€ 667 milhões	€ 1,1 mil milhões	€ 3,2 mil milhões	€ 5,3 mil milhões

Nota. retirado de Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações – Relatórios do Custo de Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica (2023) pp 34

Gostaríamos de destacar aqui uma observação importante sobre o consumo de psicofármacos, que em Portugal se revela mais elevado do que na maioria dos outros países da União Europeia. Entre 2017 e 2022, o uso de antidepressivos aumentou em 45%. Isso levanta algumas questões como: Esse aumento no consumo resulta de um diagnóstico mais preciso das perturbações mentais? Dever-se-á a uma melhor acessibilidade aos tratamentos?

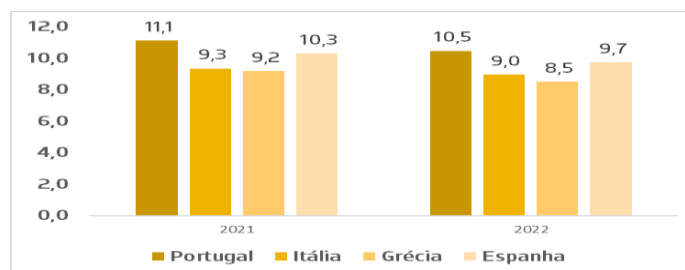
Por outro lado, o consumo de ansiolíticos manteve-se estável, embora ainda seja bastante elevado, ultrapassando em 40% o observado em Espanha (Madeira et al., 2023; State of Health in the EU Portugal The Country Health Profile Series, 2023). É importante notar que, numa análise realizada entre 2016 e 2019 sobre padrões de consumo farmacológico, constatou-se que as mulheres consomem três vezes mais antidepressivos do que os homens. Além disso, o uso de antidepressivos e ansiolíticos aumenta de forma linear com a idade em ambos os géneros (Madeira et al., 2023). Esse mesmo estudo revelou que dois terços das prescrições de psicofármacos foram realizadas por médicos de medicina geral e familiar, enquanto apenas 21% foram prescritas por especialistas em neurologia e psiquiatria (Madeira et al., 2023).

A pandemia de COVID-19 acentuou a necessidade de um maior foco na saúde mental em Espanha, levando o governo a adotar uma Estratégia de Saúde Mental para 2022-2026

(*Estrategia-Salud-Mental-2022-2026*, 2021). Esta estratégia foi desenvolvida com a colaboração de sociedades científicas, pacientes, suas famílias e as Comunidades Autónomas, com o objetivo de melhorar os serviços e o apoio às famílias. A estratégia enfatiza um modelo de cuidados comunitários e abrangentes, integrando os direitos de cidadania, a recuperação e a luta contra o estigma por meio de dez iniciativas específicas. Além disso, o Plano de Ação para a Saúde Mental 2022–2024 (Ministerio de Sanidad, 2022), com um orçamento de 100 milhões de euros, foca-se na formação profissional, em campanhas de sensibilização e na melhoria dos recursos humanos. Espanha também implementou serviços específicos para a prevenção do suicídio, incluindo uma linha direta de crise que está a operar desde maio de 2022. Desde fevereiro de 2023, os acompanhantes de pessoas em risco iminente de suicídio podem receber um subsídio de licença de até duas semanas, permitindo que as pessoas em alto risco sejam cuidadas por familiares (State of Health in the EU Spain The Country Health Profile Series, 2023).

A criação da especialidade de psiquiatria da infância e adolescência em 2021 destaca a preocupação crescente com a saúde mental das crianças e adolescentes, com uma atualização no perfil profissional e na formação dos especialistas. Esta abordagem pretende melhorar a qualidade dos cuidados prestados e aumentar a competência dos profissionais de saúde mental (State of Health in the EU Spain The Country Health Profile Series, 2023). Em 2021 o país consagrou 10,7% do PIB às despesas de saúde, um pouco menos que a média europeia que se situa nos 11% (figura 12).

Figura 12 – Custos da saúde em % do PIB

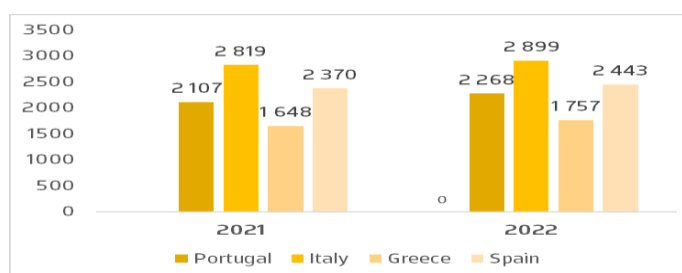


Nota. Fonte: [Health expenditure and financing](#) OECD

Embora as despesas de saúde per capita (Figura 13) tenham vindo a aumentar nos últimos anos, manteve-se cerca de um terço da média da UE. A Espanha tem uma elevada proteção financeira e garante uma cobertura universal dos cuidados de saúde através de um vasto pacote de prestações de saúde. A despesa pública é a principal fonte de financiamento da saúde, mas, apesar disso, os seguros de saúde privado têm vindo a aumentar. O Plano de Recuperação e Resiliência de Espanha dedica 1,7 mil milhões de euros ao investimento no sector da saúde durante o período 2021–26, centrando-se no aumento do equipamento médico de alta tecnologia,

na melhoria da preparação do sistema de saúde, no reforço da promoção da saúde e na transformação digital dos cuidados de saúde.

Figura 13 – Gastos per capita em saúde em euros



Fonte: [PPP detailed results, Nominal expenditure per capita](#) OECD

6. Discussão

Estudos observacionais descritivos que utilizam dados secundários, apesar de serem valiosos para análises comparativas e sínteses de informação, apresentam algumas limitações inerentes à sua natureza. As principais limitações encontradas foram as seguintes:

- Qualidade e confiabilidade dos dados secundários, pois podem estar desatualizados, incompletos ou inconsistentes, o que compromete a precisão das análises realizadas;
- Disponibilidade limitada de dados específicos, com dificuldades em obter informações detalhadas para certas regiões ou períodos de tempo;
- Acesso restrito a determinados documentos e a disponibilidade dos mesmos ser limitada por restrições de acesso ou até mesmo pela falta de resposta de entidades oficiais.
- Desafios administrativos na recolha de dados, pois em países como Itália, Grécia e Espanha, onde a responsabilidade pela implementação de planos de saúde mental é delegada às regiões, as informações oficiais a nível nacional podem não ser representativas, levando a disparidades significativas e falta de dados uniformes e facilmente acessíveis.
- As diferenças metodológicas entre países dificultam comparações diretas e podem resultar em análises distorcidas ou incompletas.
- Os dados muitas vezes não refletem mudanças recentes em políticas e práticas de saúde mental, o que é crítico em um campo que está em constante evolução.
- Desafios na tradução de documentos, pois a interpretação de documentos em outras línguas pode introduzir erros ou omissões;

Estas limitações e/ou obstáculos estabelecem a complexidade e os desafios para se obter uma compreensão comparativa e abrangente da situação da saúde mental em diferentes contextos nacionais.

A seguir, procederemos a uma análise detalhada das políticas de saúde mental em cada um dos países e, em seguida, faremos uma comparação abrangente entre as abordagens adotadas.

Desde a década de 1980, a Grécia tem reformado seu sistema de saúde mental, com o Plano Nacional de Saúde Mental Psychargos iniciando no final dos anos 90 (State of Health in the EU Greece The Country Health Profile Series, 2023). Em 2019, implementou-se um plano inovador com o intuito de promover o desenvolvimento de unidades móveis, hospitais de dia e equipas comunitárias de saúde mental. Este plano teve impactos positivos significativos na eficácia da prestação de cuidados de saúde mental.

O Plano de Ação Nacional para a Saúde Pública (Sdivanis, 2021) e o Plano de Ação Nacional para a Saúde Mental (Plano Nacional de Ação Para a Saúde Mental 2021–2030, 2023) introduziram políticas para promover, proteger e melhorar a saúde mental, especialmente para grupos vulneráveis. A abordagem inclui o desenvolvimento de serviços para crianças e adolescentes, apoio a doentes com Alzheimer, autismo, abuso de substâncias e alcoolismo. Estão também a ser desenvolvidas aplicações Web e serviços de saúde mental digitalizados para apoiar pessoas com dependências. A pandemia destacou a necessidade urgente de cuidados de saúde mental, uma vez que um quarto das necessidades de saúde não atendidas estava relacionada a esta área. As reformas visam uma maior integração dos serviços e a eliminação do estigma, com foco em garantir acesso universal aos serviços de saúde mental e promover a recuperação e inclusão social. As prioridades estratégicas são apoiadas pelos investimentos no sector da saúde previstos no Plano de Recuperação e Resiliência da Grécia com 54 milhões de euros e nos instrumentos da política de coesão da UE, que canalizam fundos para a modernização das infraestruturas e do equipamento dos centros de cuidados primários e dos hospitais públicos, bem como para várias ações destinadas a implementar a transformação digital dos serviços de saúde. O financiamento destina-se igualmente a apoiar as medidas de grande alcance no âmbito da estratégia nacional de prevenção da saúde pública Spyros Doxiadis⁶.

⁶ A unidade de diagnóstico e terapêutica para crianças “SPYROS DOXIADIS” é uma organização científica não governamental e sem fins lucrativos. É a primeira equipa científica interdisciplinar na Grécia, fundada em 1982 para o desenvolvimento e saúde emocional de crianças e adolescentes, para a proteção e desenvolvimento da sua personalidade e bem-estar. O fundador e inspirador da Unidade foi o Professor de Pediatria, Spyros Doxiadis, que acreditava firmemente que a melhor forma de abordar as questões de desenvolvimento complexas da infância é através da colaboração de profissionais de saúde de todas as áreas no contexto de um grupo interdisciplinar.

A depressão e as perturbações de ansiedade, bem como as perturbações relacionadas com o consumo de álcool e de drogas, constituem a maior parte dos encargos com a saúde mental na Grécia e afetam desproporcionadamente as pessoas de grupos com rendimentos mais baixos. Durante a pandemia de COVID-19, mais de um quarto das necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas estavam relacionadas com os cuidados de saúde mental. As reformas em curso têm vindo gradualmente a deslocar a prestação de cuidados de saúde dos cuidados institucionalizados para a prestação de serviços baseados na comunidade. O Plano de Ação Nacional para a Saúde Pública 2021-25 e o novo Plano de Ação Nacional para a Saúde Mental 2021-2030 contêm políticas e intervenções multifacetadas para reconfigurar a prestação de serviços de saúde mental durante a próxima década.

Em Itália, os serviços de saúde mental são organizados localmente, com uma estrutura escalonada que coordena os cuidados primários, ambulatoriais e internamentos (State of Health in the EU Italy The Country Health Profile Series, 2023). O Plano de Ação Nacional para a Saúde Mental (Piano Di Azioni Nazionale per La Salute Mentale, 2013) continua a ser a principal orientação, focando na integração dos serviços de saúde mental com os cuidados primários e na criação de políticas públicas voltadas para a prevenção e reabilitação.

A fragmentação dos serviços, desigualdade no acesso e a falta de dados consistentes são desafios contínuos. A formação contínua dos profissionais de saúde, o desenvolvimento de redes de serviços de saúde mental integrados e um sistema nacional de informação sobre saúde mental são medidas fundamentais para melhorar o atendimento.

O Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) italiano (Descrizione Delle Riforme e Degli Investimenti, 2021), com um orçamento de 16,1 mil milhões de euros para a saúde, visa a digitalização dos serviços de saúde, a modernização de equipamentos hospitalares, e o fortalecimento dos cuidados comunitários. O investimento inclui a criação de um sistema de registo eletrónico de doentes e formação de novos médicos, incluindo especialistas em saúde mental. O documento sublinha a importância de estabelecer um Sistema Nacional de Informação sobre Saúde Mental, que permitirá a recolha, análise e uso eficaz de dados para monitorizar a situação de saúde mental no país. Este sistema é visto como crucial para apoiar a tomada de decisão baseada em evidências e para a avaliação contínua dos programas de saúde mental.

A formação e a investigação são identificadas como pilares fundamentais para o desenvolvimento da saúde mental. O documento recomenda o fortalecimento da formação dos profissionais de saúde, com foco na formação contínua e na integração de novas tecnologias. Além disso, a promoção de pesquisas que possam informar as políticas e práticas de saúde

mental é vista como essencial para o avanço do campo (State of Health in the EU Italy The Country Health Profile Series, 2023).

Portugal apresenta uma notável disparidade de género, na prevalência de depressão, onde as mulheres são mais afetadas que os homens. As condições socioeconómicas também influenciam a prevalência de depressão, sendo mais elevada entre a população de rendimentos mais baixos (State of Health in the EU Portugal The Country Health Profile Series, 2023).

O Plano de Recuperação e Resiliência de Portugal destina 1,38 mil milhões de euros à melhoria da acessibilidade, eficiência e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com uma parte significativa do orçamento focada na expansão dos cuidados primários e na modernização digital. Cerca de 20% do orçamento é alocado para reforçar a saúde mental e os cuidados continuados, com investimentos de 88 milhões de euros em saúde mental (State of Health in the EU Portugal The Country Health Profile Series, 2023). A organização dos serviços de saúde mental em Portugal é descentralizada, com um papel crucial dos serviços de saúde locais na integração dos cuidados primários e hospitalares. A implementação do Plano Nacional de Saúde Mental com as novas normas introduzidas em 2021 incentivam a desinstitucionalização e a integração dos cuidados de saúde mental em hospitais gerais e unidades de cuidados continuados.

A estrutura organizacional dos serviços de saúde mental em Portugal é caracterizada por um modelo descentralizado e hierarquizado. Os serviços de saúde locais são responsáveis pela prestação de cuidados essenciais em saúde mental, assegurando a articulação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares, tanto em regime de ambulatório quanto de internamento. A nível regional, os serviços de saúde desempenham um papel suplementar, oferecendo serviços especializados e coordenando as atividades das unidades locais. A implementação do Plano Nacional de Saúde Mental, promovido pelo governo, é supervisionada por um organismo nacional de coordenação que monitoriza a adesão das unidades operacionais.

Os serviços de saúde mental ao nível dos cuidados primários estão integrados na rede de centros de saúde de Portugal. Com o desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Mental e a introdução de um novo quadro normativo para os serviços de saúde mental em 2021, os esforços para desinstitucionalização dos cuidados de saúde mental ganharam um novo ímpeto.

Neste contexto, o governo português tem promovido a integração de um número crescente de doentes psiquiátricos em hospitais gerais e unidades designadas de cuidados continuados, acelerando a transição de um modelo tradicional de internamento para um modelo mais comunitário e integrado de prestação de cuidados.

Persistem obstáculos significativos no que diz respeito à acessibilidade aos serviços de saúde mental em Portugal, especialmente devido à oferta insuficiente de pessoal clínico e à ausência de

critérios de referência padronizados. Esses fatores contribuem para o agravamento das listas de espera nos serviços especializados de saúde mental. Entre outubro e dezembro de 2022, aproximadamente 40% dos estabelecimentos de cuidados de saúde do SNS que reportaram dados sobre tempos médios de espera não cumpriram os tempos máximos estabelecidos para consultas psiquiátricas gerais prioritárias (Entidade Reguladora da Saúde, 2022). Em contraste, os tempos de espera para consultas psiquiátricas não prioritárias apresentaram melhores resultados, com 75% dos estabelecimentos assegurando acesso em até 150 dias, e um tempo médio de espera de 109 dias.

Os tempos de espera para serviços psiquiátricos pediátricos foram ainda mais longos, com uma espera média de quase dois meses para consultas prioritárias e de 145 dias para consultas não prioritárias (Serviço Nacional de Saúde, 2023). No entanto, persistem desafios significativos, como a escassez de profissionais de saúde mental e a falta de critérios de referência padronizados, resultando em longos tempos de espera para consultas psiquiátricas, especialmente para crianças e adolescentes. Regiões como Alentejo e Algarve enfrentam maiores dificuldades devido à menor concentração de profissionais de saúde mental. Em resposta a estes desafios, o Governo português, no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental, está a implementar ativamente medidas para mitigar a escassez de profissionais de saúde mental e promover uma distribuição mais equitativa dos serviços em todo o território nacional. Estas ações visam reduzir as desigualdades regionais e melhorar o acesso ao cuidado mental, garantindo que todas as regiões tenham recursos adequados para atender às necessidades da população. O Plano Nacional de Saúde Mental de Portugal deverá melhorar a disponibilidade de serviços de saúde mental e atenuar as disparidades regionais na oferta nos próximos anos.

Estas observações destacam as abordagens diferenciadas, mas complementares, adotadas por Espanha, Grécia, Itália e Portugal na busca por melhorias na saúde mental, promovendo modelos comunitários, desinstitucionalização e integração dos cuidados de saúde mental nos sistemas de saúde mais amplos.

A análise das políticas de combate às dependências em Portugal, Itália, Grécia e Espanha revela uma convergência significativa em direção a abordagens holísticas, centradas nos direitos humanos e na saúde pública. Essa tendência reflete uma mudança paradigmática importante no tratamento de questões relacionadas à saúde mental e ao uso de substâncias na Europa do Sul, destacando um compromisso crescente com políticas baseadas em evidências e boas práticas internacionais.

O exemplo de Portugal, evidenciado no documento (Comportamentos Aditivos. Perspetivas e Desafios, 2021), ilustra claramente uma transição de abordagens punitivas para modelos focados

na saúde pública e nos direitos humanos. Esta mudança não é isolada, sendo observada também nos planos estratégicos de Itália, Grécia e Espanha. A evolução das políticas nesses países reflete um reconhecimento crescente da complexidade dos comportamentos aditivos e da necessidade de respostas multidimensionais, integrando saúde mental e fatores sociais na abordagem do uso de substâncias.

Um elemento comum nos planos analisados é a ênfase na integração de serviços e na coordenação multissetorial. O (*Piano Di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025, 2022*) da Itália e o (*Plan de Acción Sobre Adicciones 2021-24, 2022*) da Espanha destacam-se pela estruturação de linhas estratégicas que abrangem desde a redução da procura até o combate aos danos relacionados às drogas. Essa abordagem integrada reflete uma compreensão mais sofisticada da interconexão entre saúde mental, uso de substâncias e condições sociais, promovendo uma resposta mais abrangente e coordenada aos desafios das dependências.

Todos os países estudados demonstram um compromisso robusto com estratégias de prevenção e redução de danos. O plano grego, por exemplo, enfatiza a expansão de serviços como unidades de acesso direto e áreas de consumo supervisionado, em linha com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa abordagem pragmática representa uma evolução significativa em relação às políticas anteriores, que frequentemente se concentravam exclusivamente na abstinência. Além disso, os planos destacam a necessidade de atenção especial às populações vulneráveis. O plano espanhol, por exemplo, inclui uma perspectiva de gênero explícita e foca-se na proteção de menores, refletindo uma compreensão mais profunda das necessidades específicas de diferentes grupos populacionais no contexto da saúde mental e das dependências.

A ênfase em políticas baseadas em evidências e na implementação de mecanismos de avaliação contínua é outro aspecto central dos planos analisados. O plano italiano, por exemplo, reconhece a gestão do conhecimento como um componente transversal de apoio, sublinhando a importância da coleta de dados e da pesquisa para o desenvolvimento de políticas eficazes e adaptáveis. Esse enfoque é essencial para garantir que as estratégias adotadas sejam efetivas e possam ser ajustadas em resposta a novos desafios e tendências emergentes.

Apesar da convergência nas abordagens, os planos também revelam desafios comuns de implementação. Questões como a alocação efetiva de recursos, a coordenação entre diferentes setores governamentais e a necessidade de adaptação a novas formas de dependência, incluindo comportamentos aditivos não relacionados a substâncias, são recorrentes. O sucesso dessas políticas dependerá da sua implementação eficaz, da capacidade de adaptação a novos desafios e da avaliação contínua com base em evidências.

Futuros estudos poderão focar na eficácia comparativa dessas abordagens e em como elas respondem a desafios emergentes, como o impacto das tecnologias digitais na saúde mental e o surgimento de novas substâncias psicoativas. A implementação dessas políticas, se realizada de forma coerente e adaptável, pode levar a melhorias significativas nos resultados de saúde e na gestão de comportamentos aditivos, beneficiando a sociedade de forma ampla.

Essas estratégias sublinham a importância de uma implementação eficaz e adaptável, prometendo um futuro onde a saúde mental e o bem-estar sejam prioridades centrais das políticas públicas de saúde. A continuidade desse caminho será crucial para promover uma sociedade mais saudável e resiliente.

A análise comparativa das políticas de saúde mental e combate às dependências em Portugal, Itália, Grécia e Espanha revela uma evolução significativa em direção a abordagens mais humanizadas, integradas e baseadas em evidências. Esta convergência reflete uma compreensão mais profunda da complexidade dos comportamentos aditivos e da saúde mental, alinhando-se com as melhores práticas internacionais.

Em declarações ao jornal Expresso em 29 de maio de 2024, Miguel Xavier, Coordenador Nacional para as Políticas de Saúde Mental, destacou que "o processo de desinstitucionalização de pacientes com doenças mentais em Portugal, bem como a implementação de diversas estratégias para melhorar o atendimento de saúde mental, continuam a enfrentar desafios significativos" (Bento & Bastos, 2024). Entre as ações planeadas, Miguel Xavier salientou a criação de equipas comunitárias para adultos, crianças e adolescentes; a introdução de programas estruturados de intervenção para ansiedade e depressão nos centros de saúde; a abertura de unidades de internamento para casos agudos em hospitais gerais; a criação de serviços de saúde mental regionais focados no internamento de pacientes de elevada complexidade; e a expansão dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI).

Miguel Xavier apontou que "algumas dessas iniciativas estão em andamento, enquanto outras ainda aguardam implementação." Por exemplo, das 40 equipas comunitárias previstas no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), apenas 20 estão atualmente operacionais. As dez equipas prometidas para o ano anterior (2023), bem como as dez programadas para o presente ano (2024), ainda não foram formadas devido à falta de autorização do Ministério das Finanças para a contratação dos profissionais necessários. No que diz respeito à criação de unidades de internamento para casos agudos, Miguel Xavier indicou que "o processo está em curso." As obras em todas as unidades previstas foram concluídas, exceto a abertura da unidade de pedopsiquiatria no Hospital Pulido Valente, que ainda está pendente.

É importante destacar que, apesar dos avanços, a desinstitucionalização de pacientes com condições crónicas ainda não foi concretizada. O Programa de Desinstitucionalização em Saúde Mental, desenvolvido pela coordenação nacional, está finalizado há dois anos, mas a sua implementação ainda não ocorreu. Do mesmo modo, os programas de intervenção para ansiedade e depressão nos centros de saúde não foram iniciados, principalmente devido à ausência de financiamento específico para a contratação de profissionais adequadamente formados. Acelerar a execução dessas medidas representaria um progresso significativo. Nesse sentido, é fundamental assegurar que o Plano Nacional de Saúde Mental e o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) sejam plenamente implementados até 2026, a fim de atender às necessidades da população e aprimorar a qualidade dos serviços de saúde mental no país.

Atualmente, em países como Espanha, Grécia, Itália e Portugal, a escassez de recursos no setor da saúde mental é notória. Em Portugal, a ausência de uma visão política clara e atempada tem impedido a criação de condições adequadas para o bom funcionamento dos serviços de saúde, dificultando o atendimento das necessidades da população de forma eficiente. Problemas como a má gestão e organização dos serviços públicos, que também afetam outros setores como a justiça e a educação, são crónicos e decorrem de políticas frequentemente moldadas por ideologias, dificultando o diálogo e a colaboração entre os diferentes atores políticos para a criação de políticas sustentáveis a médio e longo prazo.

Este contexto é agravado pela falta de implementação prática de legislações muitas vezes pioneiras. Por exemplo, em 2016, o diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental já afirmava que não seriam necessárias grandes mudanças legislativas para seguir as recomendações da União Europeia. No entanto, a ausência de regulamentação impede a concretização de reformas importantes. Um exemplo disto é o atraso na implementação eficaz dos Centros de Responsabilidade Integrada, criados pela legislação de 1999, que só agora, em 2024, poderão ser finalizados, em parte graças aos 88 milhões de euros provenientes do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR). A pandemia de COVID-19 acentuou as fragilidades do sistema, tanto a nível económico como de saúde física e mental, e, embora haja investimento, a escassez de recursos humanos ameaça a viabilidade de muitos serviços.

A doença mental, sendo uma condição invisível, é muitas vezes subvalorizada, o que agrava o estigma e dificulta a organização eficiente dos serviços de saúde. Além do estigma, a prevenção deve ser uma prioridade desde cedo, começando nas escolas. É crucial desenvolver uma abordagem integrada que envolva diferentes setores da sociedade, de forma a responder eficazmente às necessidades daqueles que direta ou indiretamente sofrem com doenças mentais.

A abordagem holística do paciente, que coloca o indivíduo no centro de uma equipa multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, terapeutas e outros profissionais de saúde, é a que melhor atende às suas necessidades. Essa estrutura, que promove a colaboração entre os profissionais, tem o potencial de proporcionar um atendimento mais eficaz e centrado no utente. Importa, por isso, resistir às pressões corporativas no sentido de serem desenvolvidas medidas avulsas, centradas numa única disciplina da saúde mental e que desviam recursos da abordagem multidisciplinar comunitária.

Em suma, é imprescindível uma reformulação das políticas públicas, baseadas em evidências e menos em ideologias, que promovam ações a médio e longo prazo. Estas políticas devem integrar o setor público, privado e social, mobilizando comunidades, famílias e indivíduos. O financiamento baseado em resultados, a criação de equipas multidisciplinares e a expansão dos cuidados comunitários e familiares são estratégias que, a longo prazo, trarão melhorias significativas na saúde mental e na prevenção do estigma.

Além disso, aumentar a transparência na alocação de recursos e adotar sistemas de gestão baseados em evidências são medidas essenciais para melhorar a saúde mental. As políticas de saúde mental devem ser pensadas para o médio e longo prazo, assim como o tratamento, uma vez que os seus efeitos positivos só se manifestam ao longo do tempo.

Finalmente, o sucesso destas políticas depende do compromisso e da vontade dos decisores políticos em construir uma sociedade em que o indivíduo possa prosperar e contribuir para o bem comum. Da mesma forma, é necessário encontrar formas de minimizar as perdas de produtividade causadas por absentismo e presentismo, através da criação de estratégias que mudem a mentalidade das empresas, incentivando-as a adotar medidas preventivas e de promoção do bem-estar mental.

7. Conclusão

A saúde mental é um componente essencial do bem-estar geral e requer uma abordagem coordenada e abrangente para garantir que todos os indivíduos tenham acesso aos cuidados de que necessitam. Com base em práticas internacionais e diretrizes estabelecidas, especialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentamos algumas recomendações para o fortalecimento das políticas de saúde mental, com enfoque na integração, equidade e direitos humanos.

É essencial reforçar a colaboração entre diferentes setores governamentais, como a saúde, a educação, a justiça e os serviços sociais, para desenvolver uma abordagem mais holística e integrada em relação à saúde mental. Essa coordenação é crucial para garantir que os serviços e

intervenções sejam abrangentes e eficazes, promovendo uma resposta unificada aos desafios complexos relacionados à saúde mental (Patel et al., 2018).

Aumentar os investimentos em programas de prevenção e detecção precoce é fundamental, especialmente para crianças e jovens, que são populações vulneráveis e em fase de desenvolvimento. A saúde mental deve ser integrada nos cuidados primários para facilitar o acesso e garantir que os problemas sejam identificados e tratados o mais cedo possível (World Health Organization, 2021a).

Garantir que todas as políticas e práticas de saúde mental respeitem e promovam os direitos humanos dos doentes é essencial para combater o estigma e a discriminação. As intervenções devem ser desenvolvidas focalizadas nos direitos, na autonomia e na dignidade dos indivíduos, assegurando uma abordagem inclusiva e respeitosa (Saxena et al., 2013).

Continuar a transição dos cuidados institucionais para serviços baseados na comunidade é fundamental para proporcionar um atendimento mais próximo e acessível às pessoas. Essa mudança deve garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde mental em todas as regiões, reduzindo as disparidades regionais e sociais (Thornicroft & Tansella, 2013).

Desenvolver programas específicos para grupos de risco (idosos, minorias étnicas, pessoas LGBTI+ e indivíduos com comorbidades), é crucial para atender às necessidades distintas desses grupos. Políticas direcionadas podem ajudar a superar as barreiras de acesso e oferecer cuidados adaptados às suas particularidades (Lund et al., 2018).

Incorporar as tecnologias digitais é uma estratégia eficaz para melhorar o acesso e a continuidade dos cuidados de saúde mental, especialmente em áreas remotas ou com acesso limitado aos serviços de saúde tradicionais. As ferramentas digitais podem complementar o atendimento presencial e oferecer suporte contínuo aos pacientes (Torous et al., 2020).

Investir na formação contínua dos profissionais de saúde mental é essencial para manter a qualidade e a eficácia dos serviços prestados. Além disso, é importante capacitar os profissionais de cuidados primários em questões de saúde mental, garantindo que estejam preparados para identificar e gerir adequadamente os problemas de saúde mental na sua prática diária (Wainberg et al., 2017).

Fortalecer os sistemas de recolha de dados e pesquisa é crucial para informar a formulação de políticas e avaliar a eficácia das intervenções. Uma abordagem baseada em evidências assegura que as estratégias adotadas sejam fundamentadas em conhecimento científico sólido e adaptáveis às necessidades em constante mudança (World Health Organization, 2013).

Reconhecer e abordar a interconexão entre problemas de saúde mental e dependências é fundamental para oferecer tratamento eficaz e integrado. Políticas e serviços que combinem a

gestão de ambos os aspetos podem melhorar os resultados de saúde e promover uma recuperação mais completa (Patel et al., 2016).

Desenvolver políticas que promovam ambientes de trabalho saudáveis e apoiem a saúde mental dos trabalhadores é essencial para o bem-estar geral da população. Programas de prevenção, suporte psicológico e iniciativas para reduzir o stresse no local de trabalho devem ser incentivados (World Health Organization, 2021a).

Incluir ativamente pacientes e familiares no desenvolvimento e implementação de políticas e serviços de saúde mental garante que as necessidades e perspetivas dos utentes sejam consideradas. Esse envolvimento pode melhorar a adesão ao tratamento e promover uma recuperação mais sustentável (Patel et al., 2018).

Fortalecer a colaboração e o intercâmbio de boas práticas entre países é crucial para aprimorar as políticas de saúde mental. Alinhar-se com diretrizes internacionais, como as da OMS, e compartilhar experiências e conhecimentos pode ajudar os países a enfrentarem desafios comuns e a implementar soluções inovadoras (Caldas de Almeida, 2013).

Estas recomendações visam a criação de um sistema de saúde mental mais inclusivo, acessível e eficaz, capaz de responder tanto aos desafios presentes quanto aos que se avizinham. A sua implementação contribuirá não só para a promoção do bem-estar mental, como também para a redução das desigualdades em saúde e para o fortalecimento da capacidade de resposta dos sistemas de saúde, proporcionando benefícios a toda a sociedade.

Julgamos ser necessário a realização de estudos mais aprofundados sobre o custo-efetividade das intervenções em saúde mental, como avaliações económicas mais amplas dos programas de prevenção e promoção da saúde mental nas escolas e na comunidade. Estudos sobre o impacto dos transtornos mentais no serviço nacional de saúde. Estudos sobre qual a eficácia a médio e a longo prazo da prestação e cuidados de saúde mental integrados nos cuidados primários de saúde, e qual a eficácia das diferentes estratégias de prevenção na incidência de problemas de saúde mental, e, também, estudos sobre o impacto que as intervenções digitais e tecnológicas podem ter na melhoria do acesso e dos resultados em saúde mental.

Achamos que as políticas públicas para serem eficazes devem ser planeadas a médio e longo prazo, com modelos de financiamento baseados no desempenho, equipas multidisciplinares e o envolvimento da comunidade e das famílias. Para garantir a sua eficácia, é fundamental realizar avaliações ex post, que orientem tanto os gestores na melhoria contínua dos serviços, como os decisores políticos na alocação mais eficiente dos recursos,

8. Referências Bibliográficas

2011-2020 National Action Plan Psychargos. (2011).

Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R., & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)

Araya, R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(7), 501–505. <https://doi.org/10.1136/jech.57.7.501>

Bell, R., Donkin, A., & Marmot, M. (2013). *Tackling structural and social issues to reduce inequities in children's outcomes Tackling Structural and Social Issues to Reduce Inequities in Children's Outcomes in Low-to Middle-income Countries*. www.unicef-irc.org

Bento, H., & Bastos, J. P. (2024). Só uma das medidas apresentadas pelo Governo para a saúde mental é nova. *Expresso*, 21–21. Só uma das medidas apresentadas pelo Governo para a saúde mental é nova

Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, Abrahams-Gessel, Bloom, S., Fathima, L. R., Feigl, S., Gaziano, A. B., Mowafi, T., Pandya, M., Rosenberg, K., Stein, B., & Weinstein, &. (2012). *Program On The Global Demography Of Aging Working Paper Series The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. <http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>

Brinkerhoff, D. W., & Brinkerhoff, J. M. (2011). Public-private partnerships: Perspectives on purposes, publicness, and good governance. *Public Administration and Development*, 31(1), 2–14. <https://doi.org/10.1002/pad.584>

Cadenas, J. (2023, March 17). La pionera ley de salud mental de La Rioja aumenta las ratios de especialistas para reducir tiempos de espera y la excesiva medicalización. *Newtral*. <https://www.newtral.es/ley-salud-mental-rioja/20230317/>

Caldas de Almeida, J. M. (2013). Mental health services development in Latin America and the Caribbean: achievements, barriers and facilitating factors. *International Health*, 5(1), 15–18. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihs013>

Candeias, A., Macedo, E., Esteves, A., & Sá, L. (2021). Legislar para proteger: Lei Sena, a primeira lei de saúde mental em Portugal (1889). *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(No5). <https://doi.org/10.12707/RV20103>

Castro Caldas, J. M. (2012). *PIGS*. Centro de Estudos Sociais UC - Observatório Sobre Crises e Alternativas.

- https://www.ces.uc.pt/ces/observatorios/crisalt/index.php?id=6522&id_lingua=1&pag=6833&letter=P
- Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K., & Anderson, E. (2011). The Health Effects of Economic Decline. *Annual Review of Public Health*, 32(1), 431–450. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101146>
- Christodoulou, G. N., Ploumpidis, D. N., Christodoulou, N. G., & C. Anagnostopoulos, D. (2012). The state of psychiatry in Greece. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 301–306. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.691874>
- Christodoulou, G., Ploumpidis, D., Christodoulou, N., & Anagnostopoulos, D. (2010). Mental health profile of Greece. *International Psychiatry: Bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, 7(3), 64–67.
- Comportamentos aditivos. Perspetivas e desafios.* (2021).
- Declaration of Helsinki. (2008). In *The World Medical Association, Inc.*
- Decreto-Lei No 8/2010, de 28 de janeiro, Pub. L. No. Diário da República n.º 19/2010, Série I de 2010-01-28, Diário da República 257 (2010). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/8-2010-616776>
- Decreto-Lei No 35/99, de 5 de fevereiro, Pub. L. No. Diário da República n.º 30/2999, Diário da República – I série – A 676 (1999). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/35-1999-169001>
- Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.* (n.d.).
- Decreto-Lei n.º 113, Pub. L. No. 240, Diário da República, 1ª série 104 (2021). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>
- Decreto-Lei No374, Pub. L. No. 219, I Diário da República 6489 (1999).
- Descrizione delle Riforme e degli Investimenti.* (2021).
- Entidade Reguladora da Saude. (2022). *Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg-no-acesso-a-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/#quais-sao-os-tempos-maximos-de-resposta-garantidos>
- esayegh. (n.d.). *Nueva Ley Nacional de SALUD MENTAL*.
- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022–2026. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud – Período 2022–2026. In *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022–2026*.
- Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.* (2021).

- Funk, M., Drew, N., & Knapp, M. (2012). Mental health, poverty and development. *Journal of Public Mental Health, 11*(4), 166–185. <https://doi.org/10.1108/17465721211289356>
- Germann, K., & Ardiles, P. (2009). *Toward Flourishing for All... Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention Policy Background Paper uthors 2 A*.
- Giannakopoulos, G., & Anagnostopoulos, D. C. (2016a). Psychiatric reform in Greece: an overview. *BJPsych Bulletin, 40*(6), 326–328. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.053652>
- Giannakopoulos, G., & Anagnostopoulos, D. C. (2016b). Psychiatric reform in Greece: an overview. *BJPsych Bulletin, 40*(6), 326–328. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.053652>
- Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 46*(4), 398–412. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000121151.40413.bd>
- IHME. (2022). *Global Burden of Disease (GBD) study; Institute for Health Metrics and Evaluation*.
- Jacob, K., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J., Sreenivas, V., & Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet, 370*(9592), 1061–1077. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61241-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61241-0)
- Kickbusch, I. (2007). Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bulletin of the World Health Organization, 85*(3), 230–232. <https://doi.org/10.2471/BLT.06.039222>
- Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Rublee, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry, 17*(1), 30–38. <https://doi.org/10.1002/wps.20482>
- Knapp, M., Andrew, A., Mcdaid, D., Lemmi, V., Mccrone, P., Park, A.-L., Parsonage, M., Boardman, J., & Shepherd, G. (2014). *Making the business case for effective interventions for people with schizophrenia and psychosis* (Issue 1).
- Knapp, M., & Lemmi, V. (2014). Noncommunicable Disease: The Case of Mental Health, Macroeconomic Effect of. In *Encyclopedia of Health Economics* (pp. 366–369). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00613-1>
- Knapp, M., & Lemmi, V. (2019). *The Routledge Handbook of International Development, Mental Health and Wellbeing* (L. Davidson, Ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429397844>
- Knapp, M., Mcdaid, D., & Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*.

- Knapp, M., & Parsonage, M. (2011). *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*. <https://www.researchgate.net/publication/232250392>
- Knapp, M., & Wong, G. (2020). Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry, 19*(1), 3–14. <https://doi.org/10.1002/wps.20692>
- Legge 8 Novembre , No 328, Pub. L. No. 265, Gazzetta Ufficiale (2000).
- LEGGE 13 Maggio, Pub. L. No. no 180, Gazzetta Ufficiale (1978). <https://www.normattiva.it/esporta/attoCompleto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1978-05-16&atto.codiceRedazionale=078U0180>
- Legge 23 Dicembre, No 833, Pub. L. No. 360, Gazzetta Ufficiale (1978).
- Lei 1397, Pub. L. No. 143, Diário Oficial (1983).
- Lei de 4 julho, Pub. L. No. Diário do Governo no 155 de 15 de julho, Ministério dos Negócios do Reino – Direção Geral de Administração Política e Civil 318 (1889) <https://legislacaoregia.parlamento.pt/V/1/63/44/p179>
- Lei Do Ministério No 2071, Pub. L. No. 123, Diário Oficial (1992).
- Lei Do Ministério No 2716, Pub. L. No. 96, Diário Oficial (1999).
- Lei Nº 35, Diário da República, 1o série 2 (2023).
- Lei Nº. 36, Pub. L. No. Diário da República n.o 169/1998, Série I-A, Diário da República – I série –A 3544 (1998).
- Lei Nº. 95/2019, Pub. L. No. 169, Diário da República 55 (2019).
- Lei Nº 95/2019, Pub. L. No. Diário da República nº 169/2019, Série I-A, Assembleia da República (2019).
- Lei No2:006, Pub. L. No. Diário do Governo no 77 de 11 abril 1945, Diário do Governo 241 (1945).
- Ley 6/2023, Pub. L. No. 96, Boletín Oficial del Estado (2023).
- Ley 14, Pub. L. No. 102, Boletín Oficial del Estado (1986).
- Ley salud mental*. (n.d.).
- Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale*. (2008).
- Loukidou, E., Mastroyannakis, A., Power, T., Thornicroft, G., Craig, T., & Bouras, N. (2013). Greek mental health reforms: views and perceptions of professionals and service users. *Psychiatriki, 24*.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry, 5*(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)

- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., Knapp, M., & Patel, V. (2011a). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, *378*(9801), 1502–1514. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60754-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60754-X)
- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., Knapp, M., & Patel, V. (2011b). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, *378*(9801), 1502–1514. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60754-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60754-X)
- Madeira, L., Queiroz, G., & Henriques, R. (2023). Prepandemic psychotropic drug status in Portugal: a nationwide pharmacoepidemiologic profile. *Scientific Reports*, *13*(1), 6912. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33765-0>
- Madianos, M. G. (2013). Economic crisis, mental health and psychiatric care: what happened to the “psychiatric reform” in Greece? *Psychiatrike = Psychiatriki*, *24*(1), 13–16.
- Maia, A. (2016). UE exige aos governos que tratem melhor a saúde mental. *Diário de Notícias*. <https://www.dn.pt/sociedade/ue-exige-aos-governos-que-tratem-melhor-a-saude-mental-5396567.html>
- Marmot, M. (2015a). The health gap: the challenge of an unequal world. *The Lancet*, *386*(10011), 2442–2444. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
- Marmot, M. (2015b). The health gap: the challenge of an unequal world. *The Lancet*, *386*(10011), 2442–2444. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, *126*(SUPPL.1), S4–S10. <https://doi.org/10.1016/J.PUHE.2012.05.014>
- Marmot Review Team. (2010). *Fair Society, Healthy Lives the Marmot Review*.
- Martin-Carrasco, M., Evans-Lacko, S., Dom, G., Christodoulou, N. G., Samochowiec, J., González-Fraile, E., Bienkowski, P., Gómez-Beneyto, M., Dos Santos, M. J. H., & Wasserman, D. (2016). EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *266*(2), 89–124. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0681-x>
- McDaid D, Park AL, & Knapp M. (2017). *Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health*. www.facebook.com/PublicHealthEngland
- Mental health policy, plans and programmes (update version 2)*. (2005).
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Mental Health Action Plan 2022–2024*.

- Montejo J, & Espino A. (1998). *Sobre los resultados de la reforma psiquiatría y de la salud mental en España* (García J, Espino A, & Lara L, Eds.; Díaz de Santos).
- National Action Plan For Mental Health 2021–2030*. (2023).
- Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M., & A, G. (2012). *Long-Term Conditions and Mental Health: The Cost of Co-Morbidities*.
- Nieves, V. (2019, May 23). *Qué ha sido de los PIGS? El estigma de los países rezagados de la Eurozona ocho años después*. El Economista.Es.
<https://www.economista.es/economia/noticias/9881889/05/19/Que-ha-sido-de-los-PIGS-El-estigma-de-los-paises-rezagados-de-la-Eurozona-ocho-anos-despues-.html>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2023). *Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações – Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal*. www.ordemdospsicologos.pt
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A. J., Hyman, S., Laxminarayan, R., Levin, C., Lund, C., Medina Mora, M. E., Petersen, I., Scott, J., Shidhaye, R., Vijayakumar, L., Thornicroft, G., & Whiteford, H. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *The Lancet*, 387(10028), 1672–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14576893/>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, Mário. R., & Silva, Carlos. F. (2021). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022–2025*. (2022).
- Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*. (2013).
- Plan de Acción Sobre Adicciones 2021–24*. (2022). <https://cpage.mpr.gob.es>

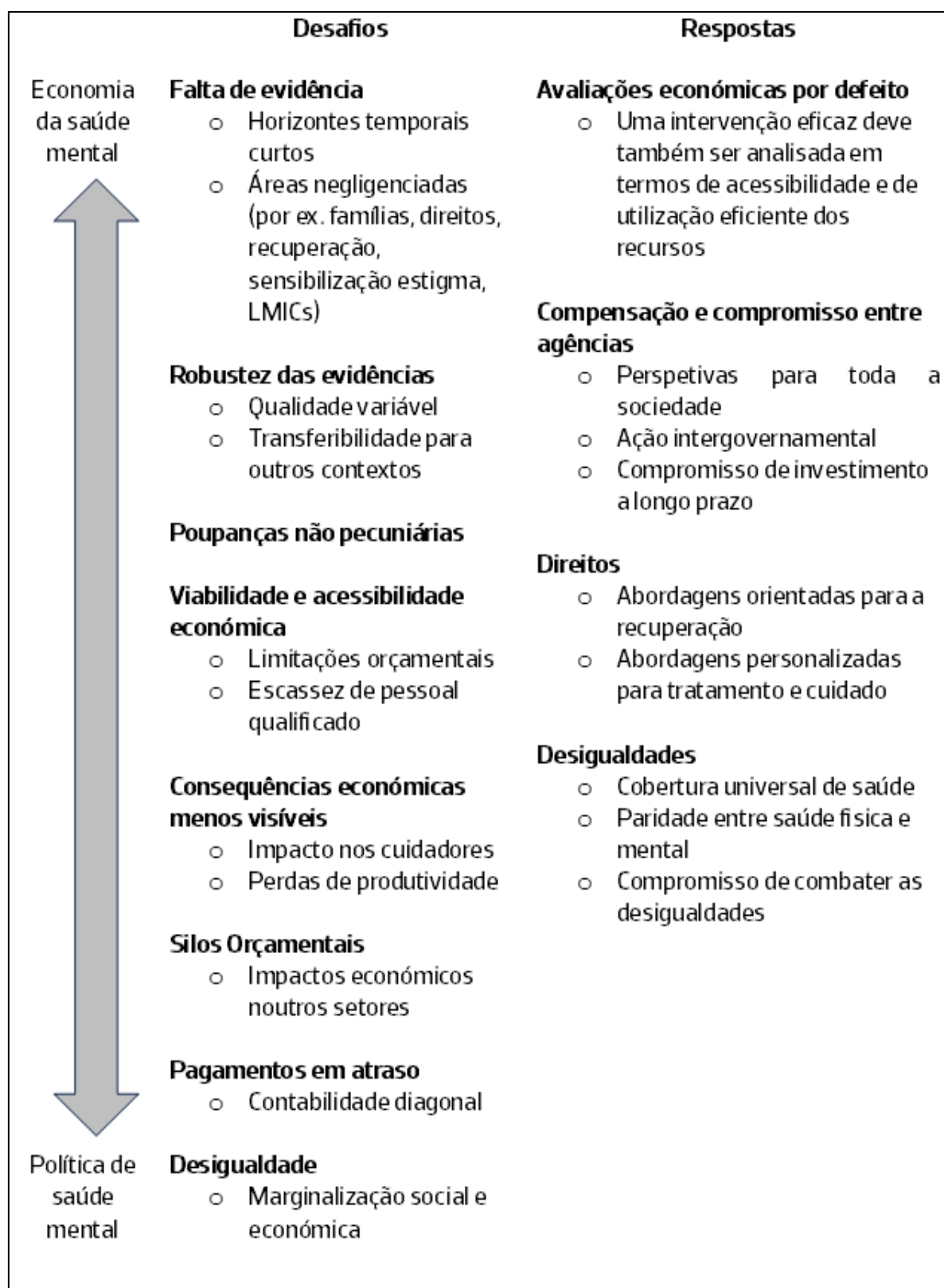
- Planeamento estratégico no domínio do tratamento da toxicod dependência.* (2018).
<http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>
- Plano Nacional de Ação para a Saúde Mental 2021–2030.* (2023).
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007–2016.* (2007). <http://www.acs.min-saude.pt>
- Projeto de Proposta de Lei No 522, Pub. L. No. 31, Actas da Câmara Corporativa (1962).
- Proposta de Legge, Pub. L. No. 2233, Camera dei Deputati (2014).
- Re. Atti No4/Cv, Pub. L. No. Confereza Unificata (2013).
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=4430&area=salute%20mentale&menu=azioni>
- Saraceno, B., & Barbui, C. (1997). Poverty and Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(3), 285–290. <https://doi.org/10.1177/070674379704200306>
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370(9590), 810–811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)
- Saxena, S., Funk, M., & Chisholm, D. (2013). World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. *The Lancet*, 381(9882), 1970–1971. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61139-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61139-3)
- Sdivanis. (2021). *Plano de Ação Nacional Para a Saúde Pública 2021 – 2025.*
- Silva, J. C. (2020, May 25). *Portugal gasta em saúde mental apenas a terça parte do que deveria.* <https://rr.sapo.pt/noticia/pais/2020/05/25/portugal-gasta-em-saude-mental- apenas-a-terca-parte-do-que-deveria/194185/>
- Solmi, M., Thompson, T., Estradé, A., Agorastos, A., Radua, J., Cortese, S., Dragioti, E., Leisch, F., Vancampfort, D., Thygesen, L. C., Aschauer, H., Schlögelhofer, M., Aschauer, E., Schneeberger, A., Huber, C. G., Hasler, G., Conus, P., Cuénod, K. Q. Do, von Känel, R., ... Correll, C. U. (2024). Global and risk-group stratified well-being and mental health during the COVID-19 pandemic in adults: Results from the international COH-FIT Study. *Psychiatry Research*, 115972. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115972>
- Souza, C. (2006). Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 16, 20–45. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>
- State of Health in the EU Greece The Country Health Profile Series.* (2023).
- State of Health in the EU Italy The Country Health Profile Series.* (2023).
- State of Health in the EU Portugal The Country Health Profile Series.* (2023).
- State of Health in the EU Spain The Country Health Profile Series.* (2023).
- Strategy in Mental Health of the National Health System.* (2008).

- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E. (2008a). Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, *2*(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-3>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E. (2008b). Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, *2*(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-3>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, *387*(10023), 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *1*(2), 84–90.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*, *202*(4), 246–248. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.111377>
- Torous, J., Jän Myrick, K., Rauseo-Ricupero, N., & Firth, J. (2020). Digital Mental Health and COVID-19: Using Technology Today to Accelerate the Curve on Access and Quality Tomorrow. *JMIR Mental Health*, *7*(3), e18848. <https://doi.org/10.2196/18848>
- Tribunal de Contas Europeu (TCE). (2015). *Assistência financeira prestada a países em dificuldades*.
- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., Neria, Y., Bradford, J.-M. E., Oquendo, M. A., & Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports*, *19*(5), 28. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>
- Webber, M., Treacy, S., Carr, S., Clark, M., & Parker, G. (2014). The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *Journal of Mental Health*, *23*(3), 146–155. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.910642>
- Wilkinson, R., Marmot, M., & Academic Search Complete. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. (2 edition). World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- World Health Organization, & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*.

- World Health Organization. (2001). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*.
- World Health Organization. (2008). *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report: executive summary*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020*.
- World Health Organization. (2021a). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013_2030*.
- World Health Organization. (2021b). *Mental health atlas 2020*.
- World Health Organization. (2022a). *Mental health*. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2
- World Health Organization. (2022b). *World mental health report: transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356119>
- World Health Organization. (2022c, June 17). *Determinants of mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

ANEXOS

ANEXO I



Nota: adaptado e traduzido de (Knapp & Wong, 2020)

ANEXO II

Nova Lei de Bases – Base 13

1 – O Estado promove a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados.

2 – Os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, e ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada e prioritariamente a nível da comunidade.

3 – As pessoas afetadas por doenças mentais não podem ser estigmatizadas ou negativamente discriminadas ou desrespeitadas em contexto de saúde, em virtude desse estado.

Nota. In Diário da República, 1ª série, nº 165 – Lei nº. 95/2919 de 4 de setembro, pp.60

ANEXO III

Table Psychargos Mental health services developed under the Psychargos programme		
Type of service	<i>N</i>	Beds/places
Community mental health centres	43	
Day centres	57	855-900 places
Mobile units	25	
Out-patient psychiatric clinics	37	
Psychiatric departments in general hospitals	28	650 beds
Hostels and sheltered apartments	343	3100 beds and 2000 places in rehabilitation services

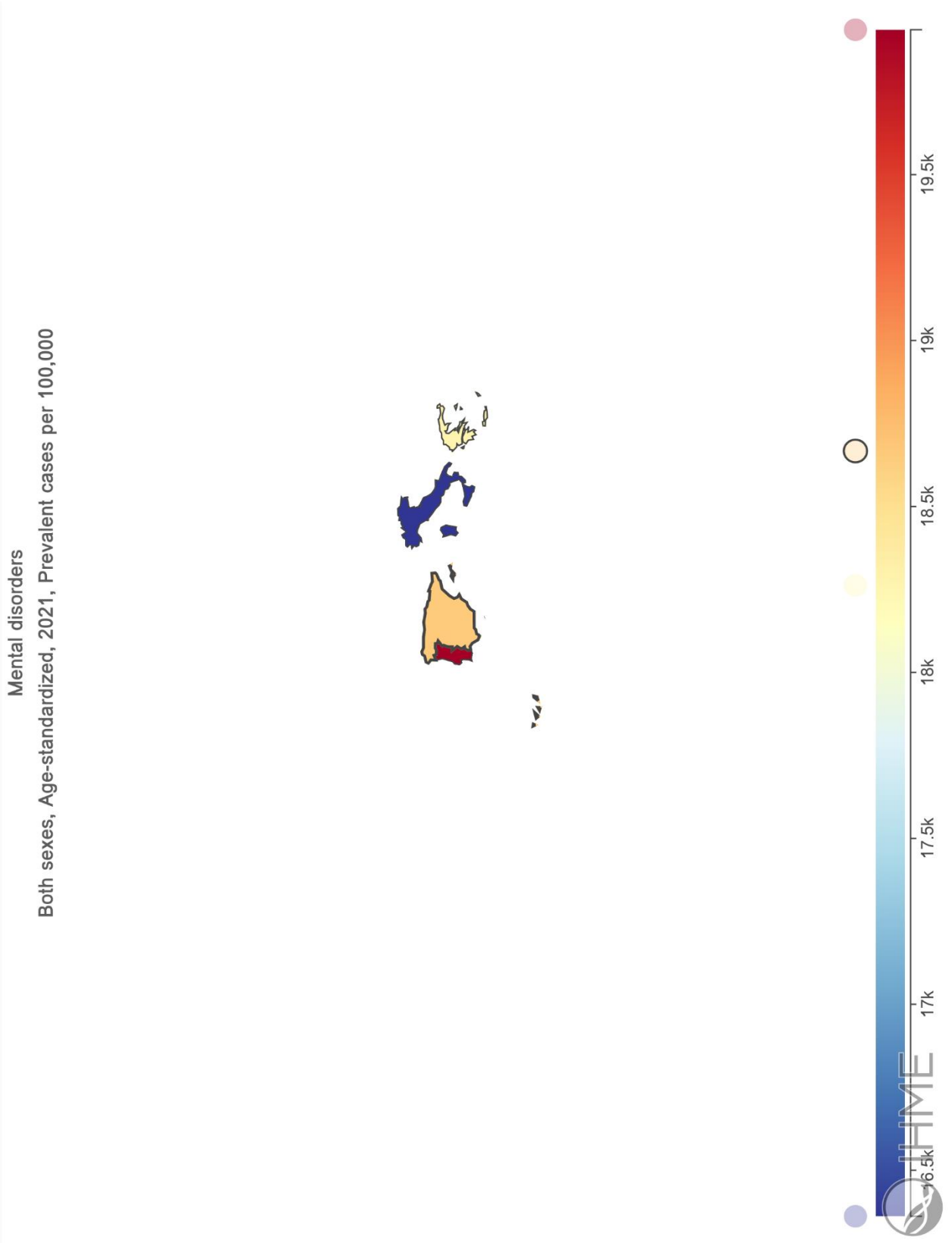
Nota. adaptado Psychiatric reform in Greece: an Overview; Giannopoulos, G; Anagnostopoulos, D.C; (2016) BJPsych Bulletin; pp 327

ANEXO IV

Região	Nº Planos	Data último Plano	Região	Nº Planos	Data último Plano
Andalucía	3	2008	Madrid	1	2010
Aragão	1	2002	Murcia	2	2010
Castilla – La Mancha	3	2014	Navarra	3	2012
Catalonia	1	2014	Pais Vasco	1	2010
Galicia	1	2010	Asturias	1	2011
Larioja	1	2010	Valencia	1	2011

Nota. Retirado e adaptado de WHO MindBank :More Inclusiveness Needed in Disability and Development – Spain: Mental Health Strategies and Plans
(https://extranet.who.int/mindbank/collection/country/spain/mental_health_strategies_and_plans)

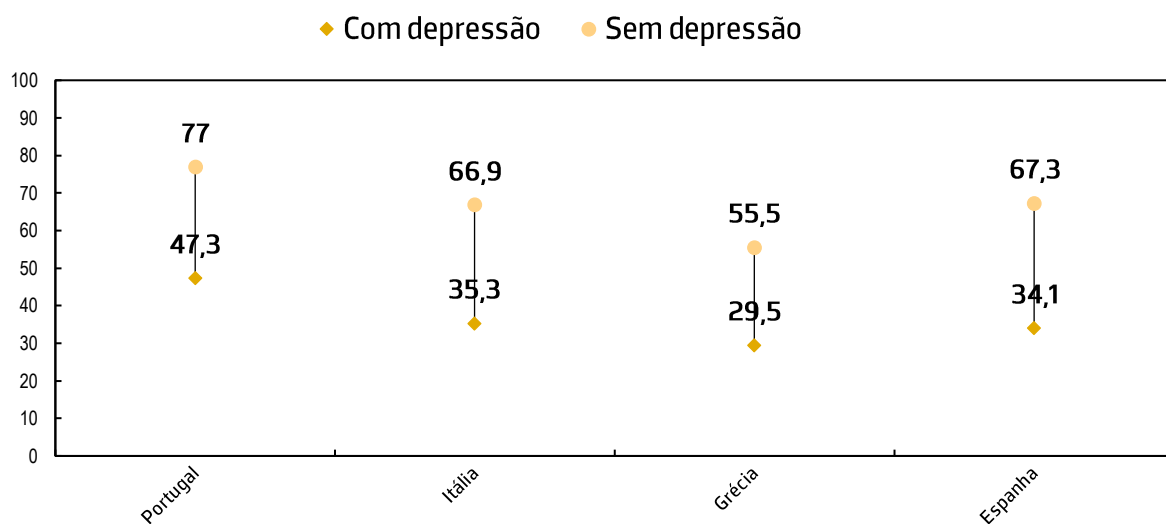
ANEXO V



Nota: extraído de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

ANEXO VI

Pessoas com Depressão Crónica têm muito menos probabilidades de trabalhar ⁷



Nota. Traduzido e adaptado Eurostat Database, based on the European Health Interview Survey (2014)

⁷ Média ponderada da UE28. As pessoas com depressão são identificadas através da pergunta “Durante os últimos 12 meses, teve alguma das seguintes doenças?”, sendo a depressão uma dessas doenças.