

REPÚBLICA DE CABO VERDE



Ministério da Saúde e
da Segurança Social
Direção Nacional da Saúde

PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL

2021 - 2025



Programa Nacional de

SAÚDE MENTAL

República de Cabo Verde



Ministério da Saúde e
da Segurança Social

Direção Nacional da Saúde

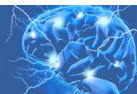
Serviço de Prevenção e
Controle de Doenças

PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL

Programa Nacional de

SAÚDE
MENTAL

2021 - 2025



Ficha técnica

Ministro da Saúde e da Segurança Social

Dr. Arlindo Nascimento do Rosário

Diretor Nacional da Saúde

Dr. Jorge Noel Barreto

Diretor do Serviço de Prevenção e Controle de Doenças

Dr. Carlos Pedro Faria de Brito

Coordenador do Programa Nacional de Saúde Mental

Dr. Aristides Delgado da Luz

Grupo de coordenação técnica e editorial:

Doutor Pedro Machado, dos Santos (OMS)

Dra. Edith Pereira (OMS)

Dr. José Maria Teixeira (OMS)

Dr. Aristides da Luz (MSSS)

Dr. Jorge Noel Barreto (MSSS)

Dr. Artur Jorge Correia (MSSS)

Núcleo de Apoio Técnico ao Programa Nacional de Saúde Mental

Cláudia M. da Silva Galina Rodrigues, Psicóloga Clínica e da Saúde, DSSV

Daniel Silves Ferreira, Médico Psiquiatra HAN

João Miguel Vaz, Médico Psiquiatra HAN

José Teixeira, Psicólogo Clínico

Maria Francisca Tavares Alvarenga Varela, Psicóloga Clínica, HAN

Odete Mota, Enfermeira e Professora

Olavo de Jesus Delgado da Luz, Terapeuta Ocupacional

Paulo Jorge Rodrigues da Graça, Médico Clínico Geral

Romine A. Lima Fortes Oliveira, Psicóloga Clínica, HBS

Suely Simone G.P.A.S. de Carvalho, Assistente Social, DSP

Assistência técnica e financeira





Entidades que participaram na elaboração deste Plano

Jesele Martins Dias	Diretora, Serviços de Recursos Humanos Ministério da Saúde e Segurança Social	DP
Paulo Soares	Diretor, Direção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Saúde e Segurança Social	DP
Elionora Helena Sousa	Diretora, Serviço de Inclusão Educativa e Promoção da Cidadania, Direção Nacional de Educação	DP
Ulardina Furtado	Delegada de Saúde, Delegacia de Saúde da Cidade da Praia	SC
Suely Carvalho	Assistente Social, Delegacia de Saúde da Cidade da Praia	SC
Ângela Paiva	Psicóloga, Delegacia de Saúde da Cidade da Praia	SC
Amarina Monteiro	Psicóloga, Delegacia de Saúde da Cidade da Praia	SC
Geralda	Enfermeira, Delegacia de Saúde da Cidade da Praia	SC
Hirondina Borges	Médica, Serviço de Oncologia, Hospital Agostinho Neto	SH
Albertina Lima	Médica, Serviço de Neurologia, Hospital Agostinho Neto	SH
Antónia Fortes	Médica, Serviço de Neurologia, Hospital Agostinho Neto	SH
Yalexis Gonzalez	Médica, Serviço de Psiquiatria, Hospital Baptista de Sousa	SH
Teresa Andrade	Psicóloga, Serviço de Psicologia, Hospital Baptista de Sousa	SH
Romine Oliveira	Psicóloga, Serviço de Psiquiatria, Hospital Baptista de Sousa	SH
José Roberto	Enfermeiro, Serviço de Psiquiatria, Hospital Baptista de Sousa	SH
Elísio Silva	Delegado de Saúde, Delegacia de Saúde de São Vicente	SC
Eurídice Lima	Psicóloga, Delegacia de Saúde de São Vicente	SC
Cibele	Centro de Apoio a Crianças com Vulnerabilidades Especiais	CM
Olavo da Luz	Terapeuta Ocupacional	
Albertina Coelho	Psicóloga, Centro de Terapia Ocupacional de Ribeira de Vinha	SC
José de Pina	Enfermeiro, Centro de Terapia Ocupacional de Ribeira de Vinha	SC
Leila Gonçalves	Diretora, Centro de Saúde da Ribeirinha	SC
Anabela Alfama Menezes	Psicóloga, Centro de Saúde da Ribeirinha	SC
António Graça	Utente Centro de Acolhimento a Doentes Mentais de São Vicente	CM
José Dias	Pai de criança com deficiência, Associação de Pais e Amigos de Crianças com Necessidades Educativas (SOLUS)	ONG/Fam
Manuel Faustino	Psiquiatra, Casa Civil da Presidência da República	DP
Maria Manuela Medina	Técnica da Unidade Educação Especial /Serviço Inclusão Educativa e Promoção da Cidadania SIEPC/DNE	Ed



Maria Jesus Ribeiro	Técnica da Unidade Educação Especial /Serviço Inclusão Educativa e Promoção da Cidadania SIEPC/DNE	Ed
Neusa Andrade	Técnica da Unidade Educação Especial /Serviço Inclusão Educativa e Promoção da Cidadania SIEPC/DNE	Ed
Fátima Barbosa	Técnica da Unidade Educação Especial /Serviço Inclusão Educativa e Promoção da Cidadania SIEPC/DNE	Ed
Vitorino Pina Ramos	Coordenador da Equipa Multidisciplinar de Apoio á Educação Inclusiva (EMAEI) da Praia	Ed
Amandia Neves	Técnica da Equipa EMAEI Praia	Ed
Alicia Vieira	Professora da Escola Nova Presidência em Achada Sto. António	Ed
Francisca Alvarenga	Familiar de aluno com deficiência intelectual	ONG/Fam
Osvaldina Araújo	Comissão de Coordenação de Álcool e Outras Drogas	SC
Paulo Graça	Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe	SC
Helena Rebelo Rodrigues	Comissão Dinamizadora do Movimento Cidades Saudáveis	UN
João Batista	Diretor, Gabinete Técnico Região Sanitária do Norte de Santiago	SH
Imadoeno Cabral	Diretor, Hospital de Santa Rita Vieira	SH
Maria da Luz Mendonça	Presidente, Instituto Nacional de Saúde Pública	DP
Júlio Rodrigues	Administrador, Instituto Nacional de Saúde Pública	DP
Cristina Andrade	Diretora, Nações Unidas Contra Drogas e Crimes - CV	UN
Ercília Carvalho	Psicóloga, Hospital de Santa Rita Vieira	SH
Jeremi	Médico, Serviço de Psiquiatria, Extensão Trindade, Hospital Agostinho Neto	SH
António Spínola	Psicólogo, Serviço de Psiquiatria, Extensão Trindade, Hospital Agostinho Neto	SH
Maritza Rosabal Peña	Ministra, Ministério da Educação, Família e Inclusão Social	DP
Eduíno Moniz	Presidente, Associação Promoção da Saúde Mental “A Ponte”	ONG/Fam
Isabel Moniz	Presidente, Associação de Pais e Amigos de Crianças e Jovens com Necessidades Especiais “A Colmeia”	ONG/Fam



Agradecimentos

O Plano Estratégico Nacional de Saúde Mental (PENSM) 2021-2025 é o culminar de um longo processo, que envolveu a participação de diversas instituições, individualidades e grupos de trabalho, cujo contributo tornou possível apresentar este produto final.

Os nossos agradecimentos são dirigidos a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, colaboraram em todas as etapas da elaboração deste Plano Estratégico de Saúde Mental 2021-2025.

Gostaríamos de destacar o compromisso e a dedicação de todos os setores e instituições que permitiram alcançar este resultado.

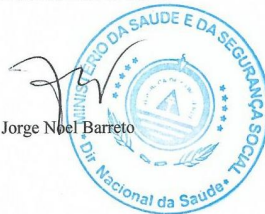
Para a elaboração deste Plano e a sua edição contamos com a assistência técnica e financeira do Sistema das Nações Unidas, através da Organização Mundial da Saúde (OMS), que aproveitamos a ocasião para apresentarmos os nossos especiais agradecimentos.

Uma palavra de apreço à equipa técnica de seguimento e à consultoria internacional pelo excelente desempenho nas atividades realizadas que agora nos permite disponibilizar este importante documento orientador com as principais estratégias para se alcançar resultados cada vez melhores na área da Saúde Mental em Cabo Verde.

O nosso muito obrigado!

O Diretor Nacional de Saúde

Jorge Nôel Barreto





Prefácio

A saúde mental, parte integral da saúde, desempenha um papel essencial no bem-estar geral de todos nós, sendo tão importante quanto a nossa saúde física. Contempla muito mais que as patologias do foro mental, psiquiátrico e psicológico, embora estas últimas imponham cargas significativas a nível individual, familiar e das comunidades onde estes estejam inseridos.

A saúde mental tem a ver com aspetos essenciais da nossa vida, que vão desde a forma como nos sentimos e nos autoavaliámos; até às formas como lidamos com as adversidades e nos adaptamos a novas circunstâncias de vida e às mudanças. Inclui sermos capazes de superar crises, resolver perdas afetivas e conflitos emocionais e termos a capacidade de reconhecer os nossos limites e os sinais de mal-estar e atuar de forma a mantermo-nos saudáveis mentalmente. Mas acima de tudo, tem a ver com a capacidade de projetarmos a nossa vida de forma a descobrirmos o verdadeiro sentido e propósito da nossa existência.

A doença mental, por outro lado, não é sinal de fracasso pessoal e certamente não acontece apenas aos outros. Na verdade, globalmente, uma em cada quatro pessoas (25% dos indivíduos) desenvolve uma ou mais perturbações mentais em algum momento da vida e estudos recentes estimam que existam cerca de 790 milhões de pessoas que sofrem de perturbações mentais, o que representa 10% da população mundial.

As perturbações mentais e comportamentais podem ser encontradas em todos os países; em localidades rurais e urbanas; afeta homens e mulheres, em todas as fases da vida; em qualquer estrato socioeconómico e acarretam um enorme sofrimento e incapacidade individual e familiar, representando um elevado custo económico para as sociedades.

Ao longo do último ano, 2020, ao enfrentarmos uma pandemia sem precedentes na história da nossa geração, fomos relembrados que a *“saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”*, mas também que *“sem saúde mental não pode haver verdadeira saúde física”*.

Em Cabo Verde, as orientações programáticas da Política Nacional de Saúde relacionadas com os cuidados na área da saúde mental vão no sentido de assegurar o acesso equitativo a estes cuidados a todas as pessoas e em todos os lugares. Para que isso seja materializado, as ações devem ser coordenadas, intersectoriais e sempre baseadas na evidência científica. É necessário haver um plano estratégico específico, com objetivos claros a serem alcançados a curto, médio e longo prazo, com uma visão territorial e com ações que contemplem os diferentes níveis de cuidados e serviços em saúde.

O presente Plano Estratégico Nacional de Saúde Mental (2021-2025) traça as políticas de saúde mental que vão para além da problemática da doença mental e destaca o ser humano, portador de doença mental, no centro das suas ações. Para que os cuidados de saúde mental cheguem a todos e em todos os lugares e que tenham uma ação humana, histórica, social e cultural, integradora e não estigmatizante devem partir dos cuidados primários de saúde integrados no pacote nacional de cuidados de saúde.

Neste sentido, o alicerce dos cuidados de saúde mental em Cabo Verde deve estar nos cuidados primários de saúde mental, tal como muito bem enfatizado no documento. Os cuidados primários de saúde mental devem ser robustos e com ações centradas na promoção da saúde, na prevenção



e/ou deteção precoce de doenças e em que os cuidados são prestados às pessoas nas comunidades onde estas estão integradas.

Os cuidados secundários de saúde mental, definidos essencialmente pelas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a doentes na fase aguda de doença e cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, devem ser prestados nos hospitais centrais e regionais, integrados no pacote de cuidados de saúde hospitalares.

Finalmente, importa frisar que os cuidados de saúde mental terciários, também designados por cuidados continuados integrados, em que se incluem respostas de reabilitação psicossocial, figuram como uma necessidade premente. Com cuidados terciários robustos os utentes terão melhor qualidade de vida, o sistema de saúde integrará na sociedade pessoas que infelizmente a doença mental privou de uma das maiores virtudes do ser humano - tornar-se um ser social na sua plenitude. Com estes cuidados será possível promover a autonomia e a funcionalidade do doente mental crónico, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Trata-se de um modelo de gestão em saúde que visa a eficiência e a acessibilidade dos cuidados de saúde mental e simultaneamente a redução dos custos económicos totais para o sistema de saúde, mas acima de tudo, promover a valorização da pessoa humana nas suas diferentes valências.

É esta a resposta almejada por todos nós. Cuidados de saúde mental de âmbito territorial e desenhados de acordo com a realidade demográfica e social de cada ilha ou região. Almejamos um sistema de saúde mental centrado na pessoa humana, na sua história e cultura, inserido no contexto social e como promotor de uma sociedade mais justa, inclusiva e humana.

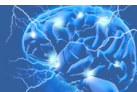
O Ministério da Saúde e da Segurança Social agradece o escritório da Organização Mundial de Saúde em Cabo Verde pela assistência técnica e apoio financeiro na elaboração deste plano, bem como a toda a equipa do Núcleo de Apoio Técnico ao programa pela sempre presente disponibilidade técnica e profissional.

Como organismo público que tutela a saúde em Cabo Verde tudo faremos para que esta geração e as gerações vindouras vivam em plenitude a sua saúde, contemplando todas os seus aspetos, incluindo o bem-estar mental.

O Ministro da Saúde e da Segurança Social,



-Arlindo Nascimento do Rosário-

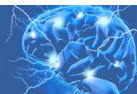


Índice Geral

Índice de Tabelas	10
Índice de Gráficos	10
Índice de Figuras	10
Lista de Abreviaturas	11
INTRODUÇÃO	12
Saúde Mental - Enquadramento	12
Pontos Chave	12
Política Nacional de Saúde Mental	14
Resumo da Análise Situacional	16
Determinantes	23
Perfil demográfico	24
Perfil de Sustentabilidade - Saúde Mental e ODSs	27
ODS 1, 2 e 6 Erradicação da pobreza, fome e falta de saneamento	28
ODS 3 e 4 Boa saúde e educação	31
ODS 5, 10 e 16 Promover a igualdade, a paz e a justiça	33
ODS 8, 9 e 11 Prosperidade económica, comunidades sustentáveis e empregos	36
ODS 7, 12, 13, 14 e 15 Proteger o planeta e os recursos naturais	38
Resumo da Análise	40
ESTRATÉGIA PARA A SAÚDE MENTAL	41
Envolvimento e capacitação de parceiros	42
Orientação Política - Visão, Missão, Objetivo e Princípios	44
Eixos Estratégicos (EE)	45
Objetivos Estratégicos (OE) - 2021 / 2025	51
Arranjos de implementação - Liderança e Governança	52
Áreas de atividades	54
Formação e Certificação	54
Programas e modelos	55
Produtos	55
Indicadores de Desempenho	56
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	60
EE1. Promoção do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida	61
OE1. Implementar consulta de desenvolvimento em todos os concelhos do território e em dois centros de referência	61
OE2. Promover o envolvimento das famílias no desenvolvimento do ciclo de vida	64
OE3. Reforçar a articulação intra e intersectorial para o desenvolvimento de competências psicossociais ao longo do ciclo de vida	67
EE2. Serviços de Saúde Mental	69



OE4. Adequar os Serviços de Urgência Psiquiátrica e Psicológica nos diferentes níveis de cuidados	69
OE5. Aumentar o acesso a consultas de ambulatório na área das doenças neuropsiquiátricas	72
OE6. Integrar o internamento psiquiátrico na abordagem global em saúde mental	75
EE3. Reabilitação Psicossocial	77
OE7. Promover a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental e deficiência intelectual	77
OE8. Promover a saúde mental na comunidade	81
EE4. Formação em Saúde Mental	83
OE9. Assegurar a qualidade dos cuidados através da ação formativa em saúde mental	83
OE10. Assegurar o acolhimento dos profissionais com vista à integração nos serviços de saúde mental	85
OE11. Promover a especialização dos profissionais de saúde mental	86
EE5. Investigação e divulgação em Saúde Mental	87
OE12. Promover a investigação e o apoio à decisão em saúde mental	87



Índice de Tabelas

Tabela 1 - Associações financiadas pelo MSSS entre 2016 e 2017	16
Tabela 2 - Frequência de termos de Saúde Mental identificados no Plano Nacional de Promoção da Saúde 2018-2021	21
Tabela 3 - Frequência de termos de Saúde Mental identificados na Nota Conceptual - Campanha de Prevenção do Uso Abusivo do Alcool em Cabo Verde	22
Tabela 4 - Fatores envolvidos na génese e evolução das doenças	24
Tabela 5 - Prevalência de anemia, em 2005 e 2015	30
Tabela 6 - Tempo médio semanal (h.m) dedicado ao trabalho doméstico por sexo, segundo grupo etário (2012)	34
Tabela 7 - Proporção da população que considera que os processos de tomada de decisão são inclusivos e adequados, por sexo e grupo etário, em 2013 e 2016.	35
Tabela 8 -Evolução da percentagem dos agregados familiares com acesso a instalações sanitárias (sanita/retrete), entre 2013 e 2017	39

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Profissionais empregados nas diferentes estruturas do MSSS	16
Gráfico 2 - Formações sobre Deficiência Intelectual 2014-2019 Ministério da Educação	17
Gráfico 3 - Relatório de Atividades 2018 Programa Nacional de Saúde Mental	18
Gráfico 4 - Motivo de consulta no Serviço de Psiquiatria, por grupo etário, entre 2015 e 2018 (HBS)	18
Gráfico 5 - Taxa de mortalidade por lesões auto-provocadas intencionalmente (suicídio), entre 2012 e 2016.	19
Gráfico 6 - Suicídio em S. Vicente, por grupo etário, entre 2008 e 2018	19
Gráfico 7 - Internamentos no Serviço de Psiquiatria, por grupo etário, entre 2009 e 2018	20
Gráfico 8 - Proporção da população abaixo da linha de pobreza internacional, por meio de residência, sexo e grupo etário.	29

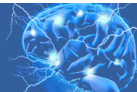
Índice de Figuras

Fig.1 - Densidade Populacional (habitantes/Km2), por ilha, em 2017	25
Fig.2 - Dimensão média do agregado familiar, em meio urbano e meio rural, em 2010 e 2018.	26
Fig.3 - Distribuição geográfica do agregado familiar, em meio urbano e meio rural, em 2010 e 2018.	26
Fig.4 - Proporção de diplomados no ensino superior, segundo o sexo (2017).	33
Fig.5 - % mulheres que declararam ter sido vítimas de violência física, quer pelo marido, quer por outras pessoas, por grupo etário (2005).	34
Fig.6 - Proporção de mulheres no poder executivo (2004-2016).	35
Fig.7 - Evolução da população com 15 ou mais anos desempregada e da taxa de desemprego (%), entre 2013/2018.	36
Fig.8 - Distribuição da população ativa em 2018, por sexo e por meio de residência.	37
Fig.9 - Percentagem de população com acesso à energia elétrica (2012-2016).	38
Fig.10 - Principais Vulnerabilidades de Cabo Verde	39
Fig.11 - Análise SWOT do contexto da Saúde Mental em CV em 2019	40
Fig.12 - Roteiro de atuação prioritário PENSM 2021-2025	45
Fig.13 - Eixos Estratégicos: Áreas de atuação prioritárias PENSM 2021-2025	50



Lista de Abreviaturas

APD	- Ajuda Pública ao Desenvolvimento
BAD	- Banco Africano de Desenvolvimento
CV	- Cabo Verde
DMNT	- Doenças Maternas, Nutricionais e Transmissíveis
DNT	- Doenças Não Transmissíveis
INE	- Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde
INSP	- Instituto Nacional de Saúde Pública
LIP	- Limiar Internacional de Pobreza
LNP	- Limiar Nacional de Pobreza
HT	- Hospital da Trindade (Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto - Extensão Trindade)
PEDS	- Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável
mhGAP	- Programa mundial de ação para superar as lacunas em saúde mental
MNS	- Perturbações mentais, neurológicas e por uso de substâncias
MSSS	- Ministério da Saúde e da Segurança Social
NAT	- Núcleo de Apoio Técnico
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PMA	- Países Menos Avançado
PNSM	- Programa Nacional de Saúde Mental
PRM	- Países de Rendimento Médio
PENSM21/25	- Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental 2021-2025
SIEPC/DNE	- Serviço Inclusão Educativa e Promoção da Cidadania / Direção Nacional de Saúde
UN	- United Nations
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	- World Health Organization



INTRODUÇÃO

Saúde Mental - Enquadramento

Ao nível global, uma em cada quatro pessoas (25% dos indivíduos) desenvolve uma ou mais perturbações mentais em algum momento da vida. Hoje, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, existem 450 milhões de pessoas que sofrem de perturbações mentais. Os problemas de saúde mental já representam cinco das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo; chegando a quase um terço da incapacidade no mundo. Entre os principais contribuintes estão: depressão, abuso de substâncias, esquizofrenia e demência. Esta carga (“burden”) cria um enorme impacto em termos de sofrimento, incapacidade e perda económica. Embora as perturbações mentais afetem as pessoas em todos os grupos da sociedade em todos os países, as pessoas mais pobres são desproporcionalmente afetadas.

À medida que as pessoas vivem mais e as populações envelhecem, o número de pessoas com perturbações mentais aumentará nas próximas décadas, e essas tendências indicam que a carga aumentará significativamente no futuro.

As perturbações mentais têm custos económicos claros. As pessoas afetadas e as suas famílias ou cuidadores muitas vezes experienciam a redução da produtividade, tanto em casa (contexto familiar), como no trabalho (contexto laboral). A perda de salários (rendimento), combinados com a possibilidade de custos associados aos cuidados de saúde e a comportamentos de risco (e.g. dependência de substâncias ou atividades), podem afetar seriamente a situação financeira das pessoas com doença e das suas famílias, criando ou agravando a condição de pobreza.

Os números são sempre impressionantes e impactantes, independentemente do contexto ou do lugar onde os custos económicos e sociais associados às perturbações mentais tenham sido estudados¹.

Pontos Chave

1. A saúde mental é essencial para a saúde e isso reflete-se na definição de saúde presente na Constituição da OMS: "Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade. É um direito fundamental do ser humano".

A evidência chama à atenção para estreita relação entre a saúde mental e a saúde física (WHO, 2014; Scott et al., 2016; Ohmberger et al., 2017; Rhiannon Lee et al, 2017; Daré et al, 2019). Nesse contexto, existe um forte apelo para que as políticas públicas considerem os seus efeitos, diretos e indiretos e assumam esta relação como inseparável na procura de um estado de bem-estar completo.

Lacunas em Saúde Mental - mhGap (OMS, 2008, 2016)

2. As perturbações mentais, neurológicas e por uso de substâncias² (MNS) são muito frequentes e representam uma grande carga de doenças e incapacidade ao nível mundial. No entanto, existe uma grande lacuna entre a capacidade dos sistemas de saúde e os recursos disponíveis - i.e. entre o que é urgentemente necessário e o que se encontra disponível para reduzir essa carga. Aproximadamente 1 em cada 10 pessoas sofrem de problemas de saúde mental, mas, em todo o

¹ Nos estados Unidos, os custos das perturbações mentais representaram cerca de 2,5% do produto nacional bruto.

² Mental, Neurological and Substance use disorders”; A PAHO/OMS sugere também “Transtornos Mentais, Neurológicos e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas”.



mundo, apenas 1% dos profissionais de saúde presta cuidados de saúde mental. Estas perturbações MNS interferem substancialmente na capacidade de aprendizagem das crianças e na capacidade de funcionamento adequado dos adultos na família, no trabalho e na sociedade em geral.

3. De acordo com o Atlas de Saúde Mental de 2014 (OMS, 2015), mais de 45% da população mundial vive num país onde há menos de 1 psiquiatra por 100.000 pessoas e até menos neurologistas. No entanto, se dependesse exclusivamente de especialistas, para prestar serviços pessoas com perturbações MNS, milhões de pessoas ficariam impedidas ter acesso aos serviços de que precisam. Embora existam intervenções disponíveis, estas geralmente não se baseiam em evidências e não apresentam grande qualidade.

Cobertura universal de saúde para saúde mental (OMS, 2018)

4. A partilha de tarefas, incluindo o aproveitamento de plataformas baseadas na comunidade, é essencial para promoção, prevenção, tratamento e atendimento na área da saúde mental.
5. A integração com outros programas de saúde, como VIH, Doenças Não Transmissíveis e saúde materno-infantil, são pontos de entrada para abordar objetivos compartilhados de acesso equitativo, melhores resultados de saúde e redução do estigma.
6. Não se pode realizar uma avaliação do desenvolvimento sustentável sem o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde mental.

Promover cuidados centrados nas pessoas e na recuperação, orientados para os direitos humanos, ao nível de políticas, serviços e práticas jurídicas (OMS, 2018)

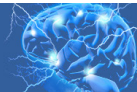
7. “Direito é qualidade” (“QualityRights”) é a iniciativa global da OMS para melhorar a qualidade dos cuidados e promover os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas. A iniciativa está a ganhar força em diferentes países de África, da Europa e do Sudeste Asiático.

Acelerar a prevenção do suicídio

8. Reduzir o estigma é fundamental, inclusive em estruturas e instituições. Caso contrário, o suicídio continuará a ser uma crise silenciosa na saúde pública. Todos precisamos de conhecer a ajuda disponível.
9. A aceleração virá da partilha de aprendizagens entre todos os países - independentemente do estágio de implementação das estratégias nacionais de prevenção ao suicídio.
10. A avaliação das estratégias nacionais de prevenção ao suicídio é essencial para acelerar o progresso.

Desenvolver instrumentos baseados na comunidade

11. O envolvimento dos assistentes sociais em saúde mental e de toda a comunidade pode ajudar as pessoas a viver melhor juntas; no presente, vamos além dos profissionais de saúde para abordar os determinantes sociais da saúde mental.
12. A plataforma comunitária é o local ideal para cuidar da saúde mental ao longo da vida.



13. As comunidades devem encontrar maneiras de apoiar a saúde mental colhendo os resultados de intervenções comunitárias disponíveis e mostrem evidência.

Construir no presente uma força de trabalho para o futuro

14. A formação prévia é a aprendizagem que ocorre na preparação para uma futura função profissional. Formadores na área da saúde e decisores devem ser informados sobre os benefícios e o impactos da formação prévia (e.g. “mhGAP - Manual de Intervenção³⁴ em perturbações MNS na rede de atenção básica em saúde” que visa aprimorar e fortalecer os currículos formativos).

Ajudar os adolescentes a prosperar (HAT⁵)

15. Envolver as várias partes interessadas (e.g. adolescentes, utentes finais e decisores políticos) em todas as fases: do desenho, à adaptação e disponibilização da intervenção.
16. Os determinantes sociais de saúde mental precisam ser abordados, juntamente com a resiliência e as competências individuais.
17. É necessária uma abordagem de curso de vida e sensível ao género, levando em consideração contextos socioculturais específicos e as diferentes formulações/constelações de risco.

Criar um percurso de cuidados para pessoas com demência: “não deixar ninguém para trás”

18. A vida não termina por causa da demência. É necessária uma abordagem positiva para os “percurso da demência”¹⁶. O diagnóstico de demência deve abrir portas e fortalecer, contemplando os lemas de “viver bem” e da “saúde para todos”¹⁷.
19. Evocar os grandes “C”s da criação de “percurso de demência” coordenados: compaixão, cuidado, capacitação, deteção de casos, colaboração, adaptabilidade cultural⁸.

Política Nacional de Saúde Mental

A 1ª Estratégia Nacional de Saúde, elaborada em 1976, preconizava a criação dum Centro de Psiquiatria Comunitária, com funções de prevenção (rastreamento), tratamento (consulta e internamento), reabilitação, educação (sanitária), formação (de profissionais de saúde), administração e saneamento. Para o Centro previa-se a dotação do pessoal considerado indispensável, incluindo psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais (4), terapeutas ocupacionais, enfermeiros, serventes e

³⁴ *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings* (WHO, 2010)

⁴ Os países interessados em integrar o mhGAP-IG na formação prévia (“pré-serviço”) são incentivados a colaborar com outros países interessados e com a OMS, para promover a partilha de conhecimentos baseados nas evidências e de materiais atualizados.

⁵ “*Helping Adolescents Thrive*”

⁶ *#dementiathways*

⁷ *#livingwell* e *#HealthForAll*

⁸ “*Compassion, Caring, Capacity-building, Case-detection, Collaboration, Cultural adaptability*”



cozinheiros. Este Centro veio a ser construído na localidade da Trindade (Ilha de Santiago) e equipado no âmbito do Projeto de Desenvolvimento Sanitário financiado pelo Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) e pelo Governo de Cabo Verde. A construção ficou concluída entre 1989/1990, mas só entrou em funcionamento em 2003.

O Serviço de Psiquiatria do Hospital Dr. Agostinho Neto - Extensão Trindade (HT) (10km do Hospital Central Agostinho Neto, na Praia) é atualmente o maior serviço de referência para as perturbações psiquiátricas em todo o território nacional, recebendo doentes das diversas ilhas do país. O HT tem uma lotação de quarenta camas e presta cuidados nas modalidades de consulta externa e internamento. No internamento, inclui-se o tratamento medicamentoso, psicoterapia, terapia ocupacional. Funcionam também alguns grupos, nomeadamente grupos de ajuda mútua, de famílias grupo terapêutico de alcoólatras.

Em 2000, entrou em funcionamento o Centro de Terapia Ocupacional (CTO) da Ribeira de Vinha, na Ilha de S. Vicente, que funciona como um Centro de Dia, de forma integrada com o ambulatório e enfermaria de psiquiatria do Hospital Baptista de Sousa e, igualmente, ligado à Delegacia de Saúde.

Em outubro de 2008, foi aberta a enfermaria de saúde mental, no Hospital Regional João Morais, na Ribeira Grande de Santo Antão.

A partir de 1988 o país passou a contar com um Programa de Saúde Mental, com os seguintes objetivos: “permitir a cada doente mental ter acesso ao tratamento psiquiátrico, promover ações de prevenção das doenças mentais, formar e sensibilizar o pessoal dos cuidados primários de saúde, assim como todos os profissionais que trabalham na prevenção e deteção precoce dos transtornos mentais” (MSSS, 2009).

O último “Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental 2009-2013”⁹ assumia sete (7) Eixos Estratégicos que assentavam em sete (7) Objetivos Gerais e 28 Objetivos Específicos - operacionalizados através de 25 (i) Estratégias de Intervenção e (ii) Linhas de Ação.

Devido a muitos fatores, relacionados com a conjuntura nacional, o Plano 2009-2013 não chegou a ser implementado e desde então não foi desenvolvida qualquer outro documento estratégico para a saúde mental. Algum progresso importante foi feito, no entanto, sobretudo ao nível das políticas relacionadas com o consumo de bebidas alcoólicas, através do desenvolvimento do “Plano Estratégico multisetorial de Combate aos Problemas Ligados ao Álcool 2016-2020” (Resolução do Conselho de Ministros, 2016), da Nova Lei do álcool (Lei n.º 51/IX/2019) e da campanha de prevenção do uso abusivo do álcool “Menos Álcool, Mais Vida”.

A saúde mental sempre foi uma preocupação dos sucessivos governos. Não obstante, existe agora um ambiente nacional favorável que reconhece fortes argumentos para melhorar radicalmente os serviços e a promoção da saúde mental. À semelhança dos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” propostos pelas Nações Unidas (UN General Assembly Resolution, 2015), muitos setores nacionais reconhecem a necessidade de investimento ao nível da saúde mental, por meio do desenvolvimento articulado e eficaz de iniciativas e estruturas que atuam direta e indiretamente na área da saúde mental.

⁹ “A 12 de Janeiro de 2007, S. Exa o Ministro do Estado e da Saúde reuniu os profissionais de Saúde Mental, incluindo outros responsáveis da Saúde com o “objectivo de recolher subsídios para a elaboração da Política de Saúde Mental e mostrar o engajamento do Governo de Cabo Verde para questões da Saúde Mental”. Na sequência deste encontro, a composição do núcleo de um Grupo de Trabalho (GT) foi concluída e realizou-se o primeiro encontro do grupo a 16 de Fevereiro” (Plano Estratégico Nacional para Saúde Mental 2009-2013).



Resumo da Análise Situacional

Planeamento Orçamento e Gestão (MSSS)¹⁰

- Em 2019 a “Saúde Mental” passará a contemplar uma Rubrica individualizada no MSSS (ao contrário do praticado em anos anteriores);
- Em 2018 foi beneficiada apenas uma associação externa ao serviço público de saúde, tendo o financiamento decrescido mais de 50% face a 2017, ano em que foram beneficiadas quatro associações;

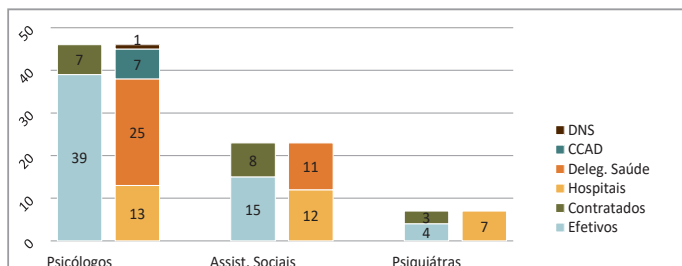
Tabela 1 - Associações financiadas pelo MSSS entre 2016 e 2017

Beneficiário	Anos			Total
	2016	2017	2018	
Igreja do Nazareno	25 000	50 000	-	75 00000
Associação Promoção da Saude Mental “A Ponte”	254 500	1 487 525	-	1 742 025
Jovens com uma Missão Tendas El Shaddai	-	150 000	500 000	650 000
Afoca - Silas Leite, Agencia de Fomento a Ocupação e Animação Sociedade Unipessoal, Lda.	100 000	-	-	100 000
Associação de Pais e Amigos de Crianças e Jovens com Necessidades Especiais “A Colmeia”	-	60 00000	-	60 000
TOTAL	379 500	2 287 525	500 000	3 167 025
%	12,0	72,2	15,8	100

Recursos Humanos (MSSS)

- O MSSS conta, atualmente, com 76 profissionais da área da Psiquiatria (n=7), da Psicologia (n=46) e do Serviço Social (n=23);
- Com respeito ao vínculo laboral, 76,3% dos profissionais encontram-se efetivos e 23,7% em regime de contrato;
- A maioria dos psicólogos trabalha nos cuidados primários e a totalidade dos psiquiatras encontra-se vinculado às estruturas hospitalares;

Gráfico 1 - Profissionais empregados nas diferentes estruturas do MSSS



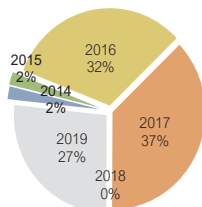
¹⁰ No que diz respeito ao financiamento, regista-se ao nível administrativo uma preocupação com a área da saúde mental



Educação

- O Ministério da Educação conta com 81 técnicos dedicados às Necessidades Educativas Especiais: 4 ao nível nacional e 77 ao nível de concelhia;
- Entre 2014 e 2019 foram realizadas oito formações dedicadas ao tema da deficiência intelectual - um total de 163 horas de formação;
- Em 2016 e 2017 foram os anos em que se afetaram mais horas de formação anual, nesta área: 60 horas em 2016 (32%) e 70 horas em 2017 (37%);
- Em 2018 não se registou qualquer tipo de ação de formação;
- Os temas abordados nas ações de formação incidem, sobretudo, sobre as metodologias e as técnicas de intervenção/atendimento;

Gráfico 2 - Formações sobre Deficiência Intelectual 2014-2019 Ministério da Educação



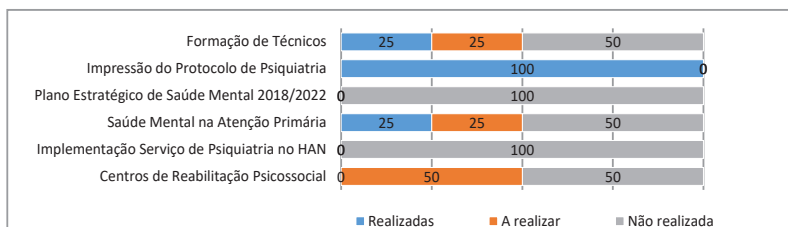
Programa Nacional para a Saúde Mental

- Priorização da saúde mental nas atividades de promoção da saúde junto INSP;
- Observação de experiências estrangeiras e participação em conferências internacionais - Tráfico e consumo de estupefacientes na Costa Ocidental Africana;
- Comemorações de Dias Mundiais - Saúde e Saúde Mental (e.g. Depressão e SM no contexto laboral);
- Elaborado o Protocolo Terapêutico de Psiquiatria
- Articulação com CCAD - harmonização dos protocolos de tratamento e conduta para as toxicodependências, em acordo com o Protocolo Terapêutico de Psiquiatria
- Articulação com os cuidados de saúde primários:
 - Elaboração e disseminação ficha para recolha dos dados estatísticos de saúde mental (delegacias de saúde);
 - Visitas de supervisão e apoio nas delegacias de saúde;
 - Descentralização das consultas de psiquiatria (São Vicente);



- Acompanhamento da implementação dos respetivos planos de atividades;
- Elaborado o Plano Nacional de Formação dos Enfermeiros de Saúde Mental;
- Estabelecimento de protocolo com ONG especializada em saúde mental (“A Ponte”);
- Concursos para recrutamento de pessoal e formação especializada (contratos de aquisição de bens e serviços);

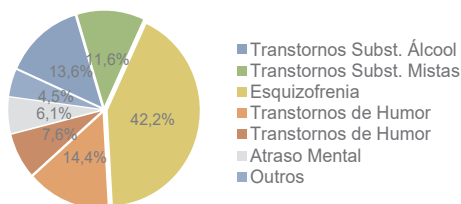
Gráfico 3 - Relatório de Atividades 2018 Programa Nacional de Saúde Mental



Consulta no Serviço de Psiquiatria - Hospital Baptista de Sousa

- Entre 2015 e 2018 a "esquizofrenia, transtornos esquizotípicos delirantes" foi o principal motivo de procura de cuidados ao nível da consulta e do internamento psiquiátrico (n=167; 42,3%), seguida dos “transtornos de humor (afetivos)” (n=57; 14,4%) e do “álcool” no âmbito dos “transtornos ligados à utilização de substâncias psicoativas” (n=54; 13,7%);

Gráfico 4 - Motivo de consulta no Serviço de Psiquiatria, por grupo etário, entre 2015 e 2018 (HBS)



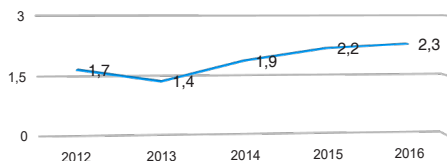
Suicídio

Nacional

- Apesar de uma diminuição de 0,3 p.p entre 2012 e 2013, nos últimos quatro anos registados, houve um aumento de 0,9 p.p. em relação a taxa de mortalidade relacionada ao suicídio, atingindo em 2016 os 2,3%.



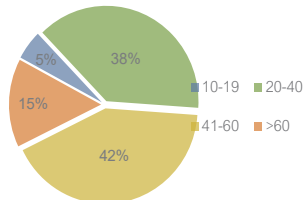
Gráfico 5 - Taxa de mortalidade por lesões auto-provocadas intencionalmente (suicídio), entre 2012 e 2016.



S. Vicente

- Entre 2008 e 2018 foram declarados 83 óbitos por suicídio;
- A maioria dos suicídios foram devidos a enforcamento (n= 78; 94%), cometidos por homens (n=47; 90%)¹¹ e no grupo etário entre os 41 e os 60 anos (42%; n=25)¹²;
- Nos últimos 5 anos (2014-2018) os dados apresentam uma maior consistência (entre 9 e 12 suicídios) e um aumento substancial face aos anos anteriores (entre 3 e 8).

Gráfico 6 - Suicídio em S. Vicente, por grupo etário, entre 2008 e 2018



Internamento Serviço de Psiquiatria - Hospital Baptista de Sousa

- Entre 2009 e 2018 foram realizados 1245 internamentos psiquiátricos;
- Com exceção dos anos 2013, 2014 e 2015 (respetivamente com 132, 213 e 135 internamentos), existe uma tendência decrescente, ao longo da última década, registando-se em 2018 (n=72; 47,4%) cerca de metade dos internamentos de 2009 (n=152);
- Os indivíduos do sexo masculino apresentam sempre números de internamento superiores (entre 57,5% e os 66,3%), com exceção do ano 2018 (48,6%);

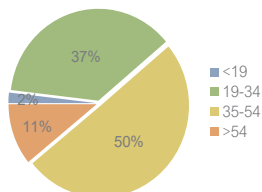
¹¹ 2012-2018

¹² 2013-2018



- O maior número internamentos dá-se em indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos (n=673; 54,1%);

Gráfico 7 - Internamentos no Serviço de Psiquiatria, por grupo etário, entre 2009 e 2018



- Em 2018, as “alterações de comportamento” foram o principal motivo de internamento (52%; n=33), seguido da “agitação psicomotora” (22%; n=14), do “consumo de substancias psicoativas” (16% n=10) e da “tentativa de suicídio” (8%; n=5);
- Em 2017, a perturbação “bipolar” representou 92% dos transtornos de humor, seguido da depressão (8%);
- Com respeito ao estado civil, em 2017, 86% dos indivíduos era solteiro (n=55), 6% casado (n=4) e 3% viúvo (n=2);
- Metade dos indivíduos internados em 2017 tinham entre 1 e 6 anos de escolaridade (n=17). Este valor passa para menos de metade (21%; n=7) para a escolaridade entre 7 e 9 anos e segue a tendência de diminuição, com o aumento da escolaridade;
- Em 2017, 32% dos indivíduos internados tinha hábitos de consumo de álcool (n=11), 6% hábito de consumo de tabaco (n=2) e 38% vários “hábitos tóxicos” (n=13);
- Entre as pessoas internadas no serviço de psiquiatria em 2017, apenas 41% (n=26) continha apoio da família e apenas 47% (n=30) continha “ocupação”;
- Em 2017, apenas 6% (n=4) dos indivíduos teve mais de 30 dias de internamento. A maioria teve menos de 8 dias (39%; n=25) ou entre 8 e 15 dias (38%; n=24);

Internamento Psiquiátrico - Ribeira Grande, Santo Antão

- Em 2018 foram realizados 172 internamentos psiquiátricos, registando-se uma tendência para o aumento ao longo dos últimos quatro anos (170 em 2017, 145 em 2016 e 155 em 2015);
- Entre 2015 e 2018, na Ribeira Grande de Santo Antão, o “Alcoolismo “tem sido sempre a principal causa de internamento psiquiátrico - 49,7% em 2015 (n=77), 48,3% em 2016 (n=70), 37,6% em 2016 (n=64) e 47,1% em 2018 (n=81);



Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental

2021 - 2025

- Neste contexto, a esquizofrenia tende a ser o segundo motivo de internamento psiquiátrico representando 19,8% do total de internamentos, em 2018 (n=34);
- Os dados de 2015 e 2016 indicam que os indivíduos do sexo masculino tendem a procurar mais o internamento psiquiátrico em Santo Antão - 69,0% e 70,3%), respetivamente;

Consulta de Psiquiatria em Contexto Hospitalar - Ribeira Grande, Santo Antão

- Em 2018 foram realizadas mais consultas a indivíduos do sexo masculino em Santo Antão (54,9%; n=229), invertendo os dados de 2016 e 2017 onde cerca de 54% das consultas eram efetuadas por mulheres (n=116 e n=271, respetivamente).
- Neste contexto a esquizofrenia parece ser o principal motivo de procurar de cuidados psiquiátricos hospitalares em ambulatório, representando 27,1% em 2018 (n=113) e 22,9% em 2017 (n=113);

Instituto Nacional de Saúde Pública

- A análise de conteúdo do "Plano Nacional de Promoção da Saúde 2018- 2021" revela que os principais termos diretamente relacionados com a “saúde mental” se encontram ausentes, com exceção dos termos relativos à área das “adições”:
 - Palavras como “mental”, “depressão”, “deficiência”, incapacidade”, “psiquiatria” e “adições” não aparecem no documento (i.e., zero ocorrências);
 - As palavras “tabaco”, “álcool” e “consumo” são registadas 24, 35 e 72 vezes, respetivamente;

Tabela 2 - Frequência de termos de Saúde Mental identificados no Plano Nacional de Promoção da Saúde 2018-2021

Área	Termos	Frequência	Área	Termos	Frequência
Saúde Mental	Depressão	0	Adições	Adição/adições	0
	Deficiência	0		Psicoativas	14
	Incapacidade	0		Tabaco	24
	Saúde Mental	0		Álcool	35
	Psiquiatria	0		Consumo	72
	Psicologia/lógicos	2	Articulação	Pluri/Multidisciplinar	3
	Psicossocial	2		Multissetorial	8
Comportamento e Bem-estar	(Mudança de) atitude	1	Outras	VIH/SIDA	15



Área	Termos	Frequência	Área	Termos	Frequência
	Qualidade de vida	5		Atividade física	25
	Bem-estar	8		Cidades Saudáveis	38
	Estilos de vida	13		Prevenção	50
	Comportamento	15		Promoção da saúde	341
	Participação	24			

Comissão de Coordenação do Álcool e outras Drogas

- A análise de conteúdo da “Nota Conceptual da Campanha de Prevenção do Uso Abusivo do Álcool em Cabo Verde” (2018) revela que os principais termos diretamente relacionados com a saúde mental se encontram ausentes, com exceção dos termos relativos à área das adições:
 - Palavras como “mental”, “depressão”, “deficiência”, “incapacidade”, “psiquiatria”, “psicológicos”, “psicossocial” e “adições” não aparecem no documento (i.e., zero ocorrências);
 - As palavras “tabaco”, “álcool” e “consumo” são registadas 1, 104 e 11 vezes, respetivamente;

Tabela 3 - Frequência de termos de Saúde Mental identificados na Nota Conceptual - Campanha de Prevenção do Uso Abusivo do Álcool em Cabo Verde

Área	Termos	Frequência	Área	Termos	Frequência
Saúde Mental	Depressão	0	Adições	Adição/aditivos	0
	Deficiência	0		Psicoativas	1
	Incapacidade	0		Tabaco	1
	Saúde Mental	0		Álcool/Alcoólicas	104
	Psiquiatria	0		Consumo	11
	Psicologia/lógicos	0	Articulação	Pluri/Multidisciplinar	1
	Psicossocial	0		Multissetorial	3
Comportamento e Bem-estar	(Mudança de) atitude	0	Outras	Atividade física	0
	Qualidade de vida	0		Cidades Saudáveis	0
	Bem-estar	0		Prevenção	18
	Estilos de vida (saudáveis)	4		Promoção da saúde	0
	Comportamento	4			
	Participação	1			



Determinantes

A análise prévia sugere que, dentro do país, (i) as desigualdades em saúde podem ocorrer em diferentes eixos de estratificação social, económica e política e que (ii) certos subgrupos populacionais correm maior risco de desenvolver perturbações mentais devido à maior exposição e vulnerabilidade a circunstâncias desfavoráveis - i.e. sociais, económicas e ambientais, inter-relacionadas com o género (Marmot et al., 2013).

Esta desvantagem social começa antes do nascimento e acumula-se ao longo da vida. Para compreender e combater as desigualdades mentais e físicas, a evidência impõe uma clara abordagem ao longo da vida, focada nos fatores protetores e nos fatores de risco (WHO & FCG, 2014).

Esta abordagem implica que as medidas para melhorar as condições da vida cotidiana comecem antes do nascimento e progridam para a primeira infância, para a adolescência, para a construção da intimidade/família, para as idades de trabalho e, também, para as idades mais avançadas. Na prática, traduz-se numa ação continuada, ao longo dos diferentes estágios da vida, que proporciona mais oportunidades para melhorar a saúde mental da população e que reduz o risco das perturbações mentais associadas a desigualdades sociais.

No entanto, apesar da abordagem ser considerada pertinente (e passível de sucesso), em qualquer país e em qualquer estágio de desenvolvimento, deve aqui assumir-se o princípio chave do universalismo proporcional: as políticas devem ser universais, mas proporcionadas à necessidade. Assumindo-se, assim, que a concentração exclusiva em pessoas mais desfavorecidas não permite alcançar a imprescindível redução nas desigualdades em saúde, necessária para reduzir a inclinação do gradiente social em saúde. É por isso importante que as ações sejam universais, porém adaptadas, proporcionalmente, ao nível de desvantagem.

A forte associação entre os fatores de risco de perturbações mentais comuns e a desigualdades, sugere igualmente que quanto maior for a desigualdade social, maior será também a desigualdade do risco. Acrescendo que os fatores protetores e os fatores de risco atuam em níveis diferentes, incluindo: o indivíduo, a família, a comunidade, a estrutura e os níveis populacionais.

Existem, efetivamente fatores sociais e psicológicos que podem causar stress continuado (e.g. ansiedade, insegurança, baixa autoestima e isolamento) e que têm um efeito significativo na saúde - doenças e morte prematura¹³. Como tal, a saúde mental não pode ser exclusivamente equacionada de acordo com a quantidade e qualidade dos cuidados médicos, mas, pelo contrário, deve também levar em consideração a experiência diferencial e o impacto dos determinantes¹⁴ sociais ao longo da vida.

Para favorecer a análise desse impacto, os fatores envolvidos na génese e evolução das doenças são agrupados em três categorias:

- Fatores predisponentes - colocam a pessoa em risco de desenvolver um problema.

¹³ Alguns modelos permitem classificar as diferentes comunidades através de fatores que influenciam a esperança de vida e o bem-estar. O "County Health Rankings Model" é um dos modelos que, com base em 30 medidas, ajudam as comunidades a entenderem a situação de saúde atual dos seus residentes (*health outcomes*) e o que podemos mudar para melhorar a saúde (fatores de saúde).

¹⁴ Ao nível da saúde pública, quaisquer fatores que provoquem ou contribuam para uma mudança no estado de saúde são designados de "determinantes".



- Fatores precipitantes - evento específico ou “gatilho” para o início do problema atual.
- Fatores perpetuantes - mantêm o problema depois que ele é estabelecido.

Tabela 4 - Fatores envolvidos na gênese e evolução das doenças

Fatores Predisponentes	Fatores precipitantes	Fatores Perpetuantes
* Fatores genéticos	* Físicos - drogas, traumatismos	* Violência continuada
* Fatores ligados à gravidez e parto	* Infeciosos	* Pobreza
* Desenvolvimento precoce infantil	* Psicossociais	* Desemprego
* Ambiente familiar		* Ausência de tratamento
* Fatores sociais		* Isolamento social
* Ambiente físico		
* Educação		
* Emprego		
* Trabalho		
* Condições de trabalho		
* Habitação		
Fonte: Caldas de Almeida et al., 2014		

As condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, vêm-se assim influenciadas pela políticas institucionais e organizacionais ao nível da educação, da assistência social e do trabalho, com um enorme impacto nas oportunidades e na autonomia das pessoas - i.e. capacidade de escolher o seu próprio curso na vida, ambos essenciais à saúde mental e o bem-estar.

Para efetivar a sua ação abrangente e adaptada à realidade do país, o Plano Estratégico para a Saúde Mental efetiva nos próximos capítulos uma descrição contextualizada e atualizada do perfil demográfico e do perfil de sustentabilidade.

Perfil demográfico

Cabo Verde é arquipélago de origem vulcânica, situado no Oceano Atlântico a 500 quilómetros da costa ocidental de África. Abrange uma área de 4.033 Km² e é constituído por 10 ilhas, das quais nove são habitadas. Geograficamente, o arquipélago divide-se em dois grupos, Barlavento e Sotavento, de acordo com os ventos dominantes. A norte, as Ilhas de Barlavento, constituídas pelas ilhas de Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal e Boa Vista. A Sul, Maio, Santiago, Fogo e Brava formam as Ilhas de Sotavento. Administrativamente, o país é dividido em 22 municípios.

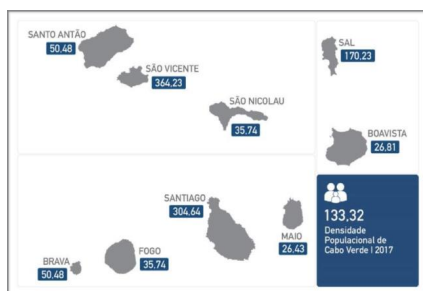
Apenas 10% do seu território está classificado como terra arável e o país possui recursos minerais limitados. O clima é semiárido (saheliano), quente e húmido. As precipitações são de uma irregularidade sazonal e espacial pronunciadas. Em todo o arquipélago, agosto e sobretudo setembro são os meses mais húmidos.



O arquipélago esteve sob a soberania de Portugal¹⁵, por um período de aproximadamente 500 anos, tendo as ilhas servido de palco de uma grande miscigenação e cruzamento de influências, dando origem a uma cultura, um modo de estar e ser cabo-verdianos. Em 1975, o país tornou-se independente e, desde então, tem feito um percurso de desenvolvimento humano e crescimento económico que lhe permitiu sair da classificação de Pais Menos Avançado (HIC), no final 2007 e estar presentemente situado entre os Países de Rendimento Médio (MIC). As políticas têm sido amplamente orientadas para o consenso e desde a sua independência não sofreu um único golpe de estado. As eleições são consideradas livres e imparciais, e os partidos no poder alternam regularmente (World Bank, 2019).

Em 2017 o país tinha 537 661 habitantes (INE^b, 2018) e uma densidade populacional que atingia o valor de 133,32 habitantes/km²¹⁶ (Fig. 1).

Fig.1 - Densidade Populacional (habitantes/Km²), por ilha, em 2017



Fonte: INE, 2019

Apesar da transição demográfica - (i) aumento do número total de habitantes¹⁷, (ii) aumento da esperança média de vida e (iii) diminuição na taxa global de fertilidade (2,3 filhos/mulher em 2016) - a população revela-se extremamente jovem: 1/4 da população (26,5%) tem menos de 15 anos e 37,1% tem idades entre os 15 e os 34 anos. A população cabo-verdiana apresenta uma idade média de cerca de 28,6 anos, sendo a média mundial de 30 anos. Apesar de continuar a baixo das suas aspirações, com uma da esperança média de vida à nascença para as mulheres oito anos superior à dos homens - 80,2 anos e 72,2 anos, respetivamente (INE^b, 2018) Cabo Verde encontra-se acima dos países com o seu padrão estrutural, ocupando o segundo lugar mais alto em África (World Bank, 2019).

Os agregados familiares aumentaram 40% entre 2010 (n=116.873) e 2018 (n=156.582), mas a sua dimensão média diminuiu de 4,2 para 3,5. Sendo esta diminuição mais acentuada no meio rural: 4,7 para 3,6 (Fig.2). Entre 2000 e 2015 registou-se também uma diversificação das tipologias familiares e uma diminuição dos agregados conjugais: 27% para 24% no caso dos casais isolados e 19% para 16% nos casais compostos. Apesar da figura materna continuar a revelar-se o polo agregador da família (i.e. comum na história social cabo-verdiana), a percentagem de menores de 18 anos a viver com o pai ausente

¹⁵ Descoberto entre 1460 e 1462 por navegadores ao serviço da coroa portuguesa.

¹⁶ As ilhas com maior densidade populacional são a ilha de São Vicente (364,23 hab./Km²), seguida da ilha de Santiago (304,64 hab./km²) e Sal (170,23 hab./km²).

¹⁷ No Censo 2010 Cabo Verde tinha 508 659 habitantes.

¹⁸ Crescimento aproximado de 6,5%, em menos de 10 anos.



aumentou, passando dos 53% apurados pelo Censo de 2010 para pelo menos 55,9% em 2017. Em 2015, 4,3% das crianças vivia somente com o pai e 13,6% das quase 9500 crianças registadas não tinha o nome do pai (INE, 2015).

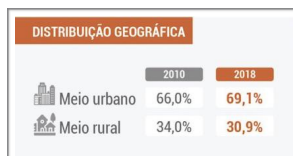
Fig.2 - Dimensão média do agregado familiar, em meio urbano e meio rural, em 2010 e 2018.



Fonte: INE, 2019

A Cidade da Praia, a maior cidade de Cabo Verde, serve como capital administrativa, comercial e financeira. Segundo as projeções oficiais do Instituto Nacional de Estatística para 2019, a Cidade da Praia terá aproximadamente 166,5 mil habitantes (cerca de 30% da população total), enquanto que São Vicente, o segundo concelho mais populoso, contará com metade do número de habitantes da capital (cerca de 84 mil). Por sua vez, os concelhos menos populosos (Santa Catarina do Fogo, Brava e Paul/Santo Antão) terão entre 5 mil e 6 mil habitantes. Ao contrário dos dois maiores centros urbanos, com uma tendência de crescimento nos últimos anos¹⁹, os concelhos mais rurais tendem a perder população (INE, 2015). De 2010 para 2018, o meio urbano aumentou de 66,0% para 69,1% e o meio rural diminuiu de 34,0% para 30,9% do total da população (Fig.3).

Fig.3 - Distribuição geográfica do agregado familiar, em meio urbano e meio rural, em 2010 e 2018.



Fonte: INE, 2019

¹⁹ No Censo 2010 a Cidade da Praia tinha 131 602 habitantes.



Perfil de Sustentabilidade - Saúde Mental e ODS

A Saúde mental e o bem-estar psicossocial, definidos pela OMS, desde 1978, como partes integrantes da saúde, têm sido abordados em muitas resoluções da ONU. No entanto, apenas recentemente a saúde mental foi incluída na agenda global unificada²⁰. A adoção dos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” (ODS), em 2015, estabeleceu como compromisso priorizar a “prevenção e o tratamento de doenças não transmissíveis, incluindo desenvolvimento comportamental e as perturbações neurológicas, que constituem um grande desafio para o desenvolvimento sustentável” (https://www.who.int/mental_health/SDGs/en/).

Com respeito à consecução dos ODS relacionados com a saúde em geral, as prioridades do Escritório Regional da OMS (2018) assentam numa abordagem proactiva de apoio aos países. Nesse sentido, encontra-se comprometido a conceptualizar a saúde nos ODS, priorizando a mobilização de ações intersectoriais, entre as várias partes interessadas (*stakeholders*). Para alcançar as metas dos ODS que influenciam a saúde, a OMS propõe as seguintes ações:

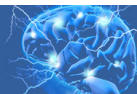
- Reforçar os sistemas de saúde para a cobertura universal de saúde, no contexto dos ODS
- Respeitar a equidade e os direitos humanos na criação e operacionalização das ações de saúde
- Reforçar da mobilização dos recursos domésticos
- Potencializar a investigação científica e a inovação para melhorar as ações dos ODS, e
- Desenvolver sistemas de monitorização e avaliação para os ODS

Em sequência, os ODS apresentam um racional e um enquadramento que permitem, igualmente, uma abordagem da saúde mental, sob muitas perspectivas e com uma urgência renovada. Para o efeito contribuem as seguintes características dos objetivos, comuns às duas dimensões:

- Universalidade²¹ - tal como a saúde mental diz respeito a ricos e a pobres - i.e. mesmo as famílias mais privilegiadas enfrentam problemas de saúde mental e são confrontados com o sofrimento, por exemplo, associado à depressão, suicídio ou à dependência de substâncias ou atividades;
- Multissetorialidade - as inovações e o progresso dum sector afetam outros, pelo que se torna necessária a colaboração entre setores e disciplinas para atingir metas - i.e. promover a saúde mental e bem-estar de todos, através de um tratamento bom e digno de acordo com as necessidades, requer cooperação multidisciplinar que não se esgota apenas no setor de saúde.
- Boas parcerias - a saúde mental implica parcerias entre a sociedade civil, o setor privado, governos e organizações não-governamentais - i.e. as boas praticas resultantes dessas parcerias podem ser partilhadas e aplicadas à agenda geral dos ODS.

²⁰ Ao contrário dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milénium” (ODM), estabelecidos em 2000, a saúde está refletida na maioria dos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” (ODS).

²¹ A universalidade dos objectivos é inovadora - i.e. não restringe os objetivos apenas aos países pobres.



Como demonstrado, este PENSM21/25 pretende estar alinhado com os objetivos e os indicadores definidos nos compromissos estabelecidos ao nível nacional, regional e mundial. Assim sendo, com o intuito de apoiar os processos de seguimento e avaliação dos indicadores que constam nesses compromissos, este Plano apresenta uma revisão dos 17 temas na perspetiva da saúde mental, sublinhando como a melhoria da saúde mental pode apoiar os esforços para alcançar os ODS e como o progresso em direção às 17 metas pode impactar a saúde mental.

ODS 1, 2 e 6 | Erradicação da pobreza, fome e falta de saneamento

- Os problemas de saúde mental constituem uma enorme carga para os indivíduos e as sociedades, tanto em termos de sofrimento humano e económicos
- A depressão é o maior contribuinte para os anos vividos com incapacidade
- Mais de 80% das pessoas com perturbações mentais vivem em países com baixo e médio rendimento (LMICs)
- As doenças mentais e o abuso de substâncias são as principais causas da carga de doenças, sendo responsáveis por quase 9% e 17% da carga total (LMICs)
- Estima-se que aproximadamente 80% das pessoas em LMIC com perturbações mentais graves não recebem tratamento
- A pobreza afeta diretamente a saúde mental - *e.g.* desnutrição que pode prejudicar o desenvolvimento do cérebro (*e.g.* crescimento de neurónios) e função (*e.g.* síntese de neurotransmissores, manutenção do tecido cerebral)
- A deficiência de iodo na gravidez aumenta o risco de danos cerebrais irreversíveis



De acordo com o Banco Mundial, apesar dos desafios associados ao facto de ser uma pequena economia insular, Cabo Verde assistiu a um espetacular progresso social e económico entre 1990 e 2008, impulsionado sobretudo pelo rápido desenvolvimento de estâncias turísticas inclusivas. Durante o período 2009-2015, o crescimento económico desacelerou significativamente, como resultado do impacto prolongado da crise financeira global. Medidas orçamentais contracíclicas não restauraram em crescimento, levando pelo contrário a um forte aumento do nível da dívida (World Bank, 2019).

A recuperação do crescimento do produto interno bruto (PIB) teve início em 2016 e foi consolidada em 2017 e em 2018. De acordo com o Relatório do Banco de Cabo Verde, o PIB anual cresceu 4,7%, 4,0% e 5,5%, respetivamente (Banco de Cabo Verde, 2019). As contas orçamentais registaram um défice de 3,09% do PIB em 2017²², ligeiramente acima do nível alcançado em 2016 (3,04%). As receitas subiram para níveis recorde de 28,5% do PIB. No entanto, este aumento foi contrabalançado pela maior despesa (31,6% do PIB), impulsionada especialmente pela aquisição de recursos associados à reestruturação do projeto de habitação social, no montante de 2,5% do PIB. A despesa pública diminuiu de 1,7 pontos percentuais para 126,1% do PIB em 2017, devido à valorização da taxa de câmbio.

No entanto, o país mantém-se com elevado risco de sobre-endividamento externo. A consolidação dos seus resultados como um país de rendimento médio e o maior reforço das condições para a redução da pobreza e para a promoção da prosperidade

²² Em 2017, o deficit público cabo-verdiano caiu de 130% para 126,5% do PIB.

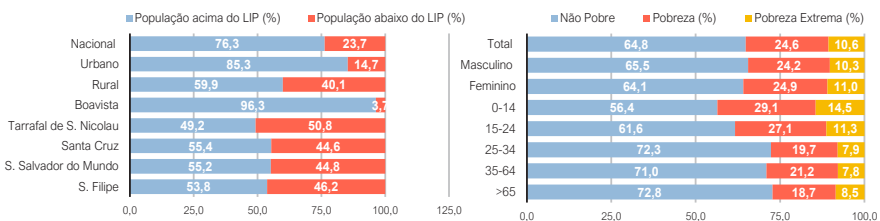


partilhada são desafios cruciais. Com a sua pequena economia aberta, Cabo Verde é vulnerável a mudanças e aos desenvolvimentos económicos globais.

Em 2015, 35% da população (n=179.909) vivia com um consumo médio anual por pessoa abaixo do limiar internacional de pobreza (LIP)²³ (mais baixo que Limiar Nacional de Pobreza). Dentro deste grupo, a proporção de pessoas em situação de pobreza absoluta extrema fixou-se em 10,6% (INE^b, 2018).

O cenário agrava-se se tivermos em conta os limiares da pobreza fixados para o país (LNP)²⁴. Uma vez que os valores mínimos para garantir as necessidades básicas de alimentação e de bens e serviços não alimentares se encontra a acima dos estipulados internacionalmente (INE^c, 2018).

Gráfico 8 - Proporção da população abaixo da linha de pobreza internacional, por meio de residência, sexo e grupo etário.



Fonte: INE, 2019

Geograficamente, observou-se que a pobreza é mais acentuada no meio rural, onde é notória uma diminuição da população, em consequência do êxodo para o meio urbano, ao longo dos últimos anos. Cerca de metade da população residente em meio rural (49%; n=88.524) é considerada como pobre. Estes, por sua vez, representam 49,2% do total dos pobres a nível nacional. No meio urbano, a incidência da pobreza fixa-se em 27,8% (n=91.384).

A pobreza infantil representa 45,4% do total dos pobres, em Cabo Verde (n=81.645), estimando-se que 43,0% do total pessoas com menos de 18 anos vivam em agregados cujo consumo médio anual por pessoa fique abaixo dos limiares da pobreza fixados para o país.

Uma análise regional evidencia alguma assimetria, a nível do país. Por um lado, temos as ilhas do Sal e da Boa Vista, cuja incidência da pobreza, tanto nível da população total, como infantil, é significativamente as mais baixas e, por outro, concelhos que apresentam incidências de pobreza total e infantil superiores, como Porto Novo, São Filipe, Tarrafal de São Nicolau e São Salvador do Mundo. Destaca-se, pela negativa, o concelho do Paul, um dos mais pobres do país (LIP=44,5; LNP=50,9%), a registar a maior incidência de pobreza infantil (68,8%).

²³ Limiar Internacional de Pobreza: 1,90 dólares/dia = 192,98 CVE/dia à Taxa de Câmbio de 101,57 (2015).

²⁴ Limiar Nacional de Pobreza: 262 CVE/dia em meio urbano e 224 CVE/dia em meio rural.



As crianças pobres residentes no concelho da Praia registam uma incidência de pobreza infantil na ordem dos 35,4% e representam cerca de 22,8% do total das crianças pobres, a nível nacional. De realçar que a ilha de Santiago alberga 61,1% dos 81 645 pobres do país.

A falta de acesso às necessidades básicas de alimentação (i.e. refeições com micronutrientes necessários ao crescimento saudável), contribui para distúrbios cognitivos e comportamentais, decorrentes à carência de iodo²⁵ e de ferro, responsável pela uma elevada taxa de anemia no país, sobretudo em mulheres grávidas e crianças até aos 12 anos.

De acordo com o Inquérito sobre os Distúrbios Devidos a Carência em Iodo (IDDCI) em 2010, a percentagem da população (crianças 6-12 anos) com carência de iodo atingia os 7,6%, ainda compatível com a situação de endemia leve²⁶ (Ministério da Saúde, 2015).

Relativamente à anemia, os resultados preliminares do terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (INE^a, 2019), revela que 43% das grávidas e 28,6% de mulheres em idades férteis (15 aos 49 anos) encontram-se com problemas de anemia. Entre as crianças (<5anos) a prevalência baixou globalmente cerca de 18% - de 55% em 2005, para 43% em 2018 (Tabela 4). Apesar da redução nos três níveis de severidade (leve, moderada e grave), entre 2005 e 2018, estes resultados são ainda interpretados como um grave problema de saúde pública²⁷ que afeta de forma irreversível o desenvolvimento mental e físico das crianças (UNICEF, 2019).

Tabela 5 - Prevalência de anemia, em 2005 e 2015

	2005 (%)	2018 (%)
Geral	55	43
Leve	53	48
Moderada	49	45
Grave	1,7	0,5

Fonte: INE, 2019

²⁵ Importante na maturação de áreas do sistema nervoso central.

²⁶ Em 1996 a prevalência era de 25,5%

²⁷ A OMS classifica como "um problema grave de saúde pública" qualquer prevalência de anemia acima dos 40%.



ODS 3 e 4 | Boa saúde e educação

- Os lados físicos, mentais e sociais da saúde estão inter-relacionados - melhorias na saúde física terão impacto na saúde mental e vice-versa (e.g. o abuso de substâncias/câncer no fígado - depressão/risco de não procurar tratamento ou tomar medicamentos)
- A saúde mental e o bem-estar psicossocial são importantes para a educação e a frequência escolar das crianças
- A educação de qualidade promove e protege a saúde mental através do conhecimento e competências para a vida, promoção de segurança, atividades significativas e redes sociais
- A inter-relação é importante ao longo da vida e muito evidente na primeira infância
- Semelhante à saúde mental, o desenvolvimento na 1ª Infância é parte integrante do alcance dos ODS (obj. 4)
- A privação precoce e o stress tóxico podem prejudicar a saúde física e mental, a educação e outras áreas de desenvolvimento importantes.
- Uma parentalidade fraca/pobre pode alterar a química e a arquitetura do cérebro, também para as gerações subsequentes
- Intervenções no início da vida estabelecem uma trajetória para uma boa saúde ao longo da vida e podem levar a uma menor incidência de doenças não transmissíveis

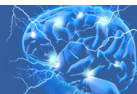


Em Cabo Verde, o sistema de saúde baseia-se nos modelos de Estado de Bem-Estar Social. O direito à saúde encontra-se constitucionalmente consagrado (artigo 70º), bem como a proteção social (artigo 69º) e pode ser considerado como sendo universal e tendencialmente gratuito (Lei Constitucional n.º 1/V/99).

Os diferentes programas do governo e o mais recente Documento da Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza III (Resolução do Conselho de Ministros, 2014) consideram o investimento na promoção da saúde como um eixo estratégico fundamental, com um forte impacto no desenvolvimento económico e social do país, bem com um fator essencial na diminuição da desigualdade entre os cidadãos.

De acordo com o relatório da OMS sobre “O estado da saúde da Região África” (Escritório Regional da OMS para a África, 2018), Cabo Verde encontra-se entre os países cujas boas práticas podem ser exploradas em diferentes áreas da saúde, sobretudo pela boa procura de serviços essenciais por parte das comunidades e pela resiliência do sistema de saúde. No geral, a esperança de vida saudável e as taxas de morbilidade e mortalidade apresentam-se melhores que as médias regionais.

Segundo o Observatório Africano de Saúde, as crescentes melhorias dos indicadores de saúde materna, neonatal, infantil, a mortalidade geral, etc., colocam mesmo Cabo Verde entre os melhores no ranking dos países africanos. A mortalidade geral que se situava em 5,4 por mil em 2004, baixou para 4,8 em 2010. Em particular, a taxa de mortalidade infantil (<5 anos) que se situava em 63 mortes por 1.000 nascimentos em 1990 baixou para 17 por 1.000 nascimentos em 2017 (73%) e a mortalidade materna diminuiu 84%, de 256 para 42 mortes por 100.000 nascimentos em 2015 (World Bank, 2019). Além disso, a cobertura de imunização aumentou para as principais doenças infantis importantes (incluindo hepatite, difteria, coqueluche, tétano e sarampo). Entre 2000 e 2017, a imunização contra sarampo em crianças de 12 a 23 meses melhorou de 86% para 96%. Da mesma forma, a taxa de nascimentos assistidos por profissionais de saúde qualificados atingiu 91% em 2015, enquanto que em 2005 tinha sido apenas 78%.



Entre as medidas de acesso aos cuidados de saúde²⁸ encontra-se o serviço de teleconsultas, realizadas por centros de referência, que permitiram reduzir em um terço as deslocações de doentes das ilhas para consultas hospitalares. Em 2016, o Hospital Dr. Agostinho Neto realizou a maioria das teleconsultas (72%) - mais do dobro do serviço prestado no Hospital Dr. Baptista de Sousa (28%). A neurologia foi a especialidade mais usada pelo Serviço Nacional Telemedicina (28%), seguida pela cardiologia (15,5%), pela urologia (8,5%) e pela ortopedia (8,1%), representando as restantes especialidades 39,9% das teleconsultas realizadas nas estruturas de saúde/hospitais (INE³, 2018)

Efetivamente, o país conseguiu reduzir a carga de doenças (DALY²⁹s) de uns estimados 43.000 por 100.000 habitantes em 1990, para 26.000 em 2016. Não obstante, as doenças maternas, nutricionais e transmissíveis (DMNT) e as doenças não transmissíveis (DNT) assumem pesos quase idênticos, na análise do número de anos perdidos por incapacidade (YLD³⁰) (44% e 46%, respetivamente). Este impacto da categoria DMNT (44%) é relativamente alto para aspirações de Cabo Verde. Contudo, como percebemos anteriormente, justifica-se pela prevalência atual de doenças transmissíveis, e não pelas patologias maternas ou nutricionais.

As DNT, representam dois terços do total de mortes, tendo as mortes por lesões tornando-se mais prevalentes nas últimas décadas, atendendo o aumento observado nas categorias: "lesões por transporte" e "autoagressão e violência" (World Bank, 2019).

Percebe-se, assim, que os indicadores de saúde retratam a fase de transição epidemiológica em que o País se encontra: a coexistência duma significativa prevalência de doenças transmissíveis, a par de uma crescente prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, que se refletem claramente nas principais causas da mortalidade da população em geral.

As despesas com a saúde, apesar de mostrarem uma tendência ascendente gradual entre 2012³¹ e 2016 (16%), refletida também nas dotações orçamentárias de 2017, 2018 e 2019, permanecem abaixo das metas para o setor - i.e. 10% do total de gastos públicos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde (2012-2016). Entre 2012 e 2016, os gastos per capita caíram de 78,5 US\$ para 77,6 US\$, sugerindo que os gastos no setor não foram suficientes para acompanhar o crescimento da população.

No entanto, como a situação sanitária está no caminho certo para a necessária à consecução dos ODS.

Atualmente a escolaridade obrigatória é de oito anos, mas, segundo o programa de governo, prevê-se um progressivo alargamento até aos 12 anos de escolaridade que poderá ser acompanhada do aumento da taxa de alfabetização a acima dos 90%. De acordo com o último Anuário Estatístico (INE, 2017), em 2017 a população cabo-verdiana apresentava uma taxa de alfabetização (capacidade de ler e escrever) em torno dos 80% e a população com mais de 15 anos uma taxa de 89% - um aumento de 1,8 pontos percentuais, na comparação com o ano de 2013 (87,2%). Na faixa etária dos 15 aos 24 anos, a taxa de alfabetizados é de 98,9%. No entanto, a partir dos 65 anos a taxa de analfabetos ainda ronda os 59%, remetendo para uma menor sensibilização relativa à importância da escolarização.

²⁸ Em 2016, cerca de 60% (i) das urgências e (si) dos internamentos realizados nos hospitais centrais foram atendidas no Hospital Dr. Agostinho Neto e 40% no Hospital Dr. Baptista de Sousa (i.e., ambas as modalidades).

²⁹ DALY: *disability-adjusted years of life* = anos de vida ajustados pela incapacidade.

³⁰ YLD: *Years Lived with Disability* = anos de vida perdidos por doença e/ou incapacidade.

³¹ Até 2016, o setor da saúde representava 8,4% do total das despesas públicas e 3,2% do PIB.



Analisando por sexo, constata-se que, globalmente, a taxa de alfabetização é maior nos homens (93,3%) do que nas mulheres (84,7%), o que evidencia uma desigualdade histórica de acesso à educação. No entanto, no que diz respeito à população entre os 15 e os 24 anos esta desigualdade por sexo tem sido praticamente inexistente, ao longo dos cinco últimos anos. Estes resultados refletem o esforço implementado no sentido de se alcançar maior equidade de género, e do meio de residência, na educação.

Parece, no entanto, importante salientar a disparidade na frequência do ensino superior que tem mostrado uma inversão da desigualdade histórica, uma vez que as mulheres tendem a aumentar o seu nível de escolaridade face aos homens. Nos últimos quatro anos, por cada 100 estudantes do sexo masculino a frequentarem o ensino superior, 145 eram do sexo feminino. Esta relação vê-se confirmada na “proporção de diplomados no ensino superior”, registada em 2017 (INE^b, 2018).

Fig.4 - Proporção de diplomados no ensino superior, segundo o sexo (2017).



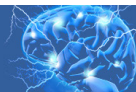
Fonte: INE, 2018

ODS 5, 10 e 16 | Promover a igualdade, a paz e a justiça

- A desigualdade, a discriminação e o estigma são evidentes quando se trata de saúde mental
- Um dos desafios na implementação de serviços de saúde mental é o estigma - percepções negativas de uma comunidade em relação a pessoas com perturbações mentais ou problemas de saúde mental.
- O estigma da doença mental afeta negativamente a vida das pessoas e aumenta a carga da doença
- Os efeitos negativos do estigma em relação às pessoas com doença mental podem influenciar todas as áreas da vida, incluindo expectativa de vida, aprendizagem, trabalho e relações sociais
- Além da escassez de recursos para prevenção, cuidados e tratamento, atitudes negativas em relação à saúde mental também podem limitar o acesso ao tratamento
- Atitudes negativas coincidem frequentemente com práticas negativas, como esconder ou punir pessoas com problemas de saúde mental
- Uma boa saúde mental e redução do abuso de substâncias podem contribuir para reduzir a violência, e as intervenções psicossociais fazem parte da transformação de conflitos como forma de quebrar o ciclo de violência



Presentemente, tanto o Programa do Governo, como o PEDS, apresenta um forte enfoque na inclusão social e assumem, como compromisso para a governação, o combate à descriminação e às desigualdades sociais através da promoção da dignidade e da autonomia (Ministério das Finanças, 2018).



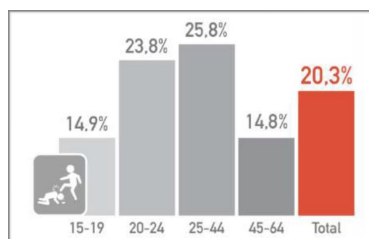
O estigma e o preconceito são ainda considerados barreiras fundamentais ao desenvolvimento de respostas mais adequadas e à criação de um ambiente favorável à saúde mental, em Cabo Verde.

O relatório sobre os sistemas de saúde (OMS, 2000), revela que, na Região Africa, os direitos dos utentes com patologias potencialmente estigmatizantes foram considerados protegidos por 43% dos inquiridos (Escritório Regional da OMS para a Africa, 2018). Persistem, contudo, algumas contradições relativamente à implementação eficaz de políticas para ajudar nas abordagens a cuidados dignificados. Estas passam (i) pelo numero inadequado de funcionários (impedindo que estes tenham tempo para lidar com as preocupações dos utentes) e (ii) pelos desafios relativos às infraestruturas que dificultam o atendimento e a privacidade (especialmente em unidades publicas, comparado com as privadas).

Apesar do ordenamento jurídico cabo-verdiano adotar uma série de diplomas legais de combate à discriminação, o país continua a registar importantes desafios para alcançar a plena igualdade, com destaque, por exemplo, para a violência baseada no género e a autonomia económica das mulheres, a sua participação na política e na tomada de decisão.

Cerca de 1/4 das mulheres entre os 20 e os 44 anos declararam ter sido vítimas de violência física, perpetrada quer pelo marido, quer por outras pessoas (Fig.5).

Fig.5 - % mulheres que declararam ter sido vítimas de violência física, quer pelo marido, quer por outras pessoas, por grupo etário (2005).



Fonte: INE^b, 2018

Os principais ramos de atividade das mulheres são o comércio, a agricultura e o emprego doméstico, todos marcados pela informalidade e pelo baixo rendimento. À elevada, e superior, presença das mulheres no setor informal não agrícola em 2015 (58,8% nas mulheres e 41,2% nos homens), junta-se o número de horas por semana dedicado ao trabalho doméstico (não remunerado), quase o dobro da dedicação masculina (INE^b, 2018). Ambos comprometem transição para o sector formal, bem como os benefícios económicos e sociais que advêm dessa mesma transição.

Tabela 6 - Tempo médio semanal (h.m) dedicado ao trabalho doméstico por sexo, segundo grupo etário (2012).

	Hora/Sem.	%
Masculino	36h2m	37,7
Feminino	59h40	62,3

Fonte: INE^b, 2018



Contudo, apesar da persistência da discriminação de género, de vária ordem, no mercado laboral, a proporção de mulheres no poder executivo tem vindo a melhorar, quase triplicando no espaço de 11 anos. Em 2015 as mulheres já representavam mais de metade dos lugares do poder executivo (55%) (Fig.6).

Fig.6 - Proporção de mulheres no poder executivo (2004-2016).



Fonte: INE⁹, 2018

A participação nos diferentes níveis de tomada de decisão parece estar globalmente comprometida, atendendo à proporção da população que considera os processos de tomada de decisão como inclusivos ou adequados (Tabela 7). Nos dados mais recente, para além de não se assinalam diferenças ao nível do género, regista-se um decréscimo na apreciação relativa à tomada de decisão, entre 2013 e 2016, por parte de todos os grupos etários. Na última avaliação (2016), as pessoas com mais de 55 anos foram as que consideram os processos mais inclusivos e adequados. Não obstante, em percentagem, este grupo etário não chega aos 25% (i.e., menos de uma em cada quatro pessoas).

Tabela 7 - Proporção da população que considera que os processos de tomada de decisão são inclusivos e adequados, por sexo e grupo etário, em 2013 e 2016.

	2013 (%)	2016 (%)
Nacional	17,4	15,7
Masculino	16,7	15,6
Feminino	18,0	15,7
18 - 24	9,1	5,6
25 - 34	16,2	12,7
35 - 44	17,3	19,3
45 - 54	18,1	17,4
>55	31,8	22,3

Fonte: INE⁹, 2018



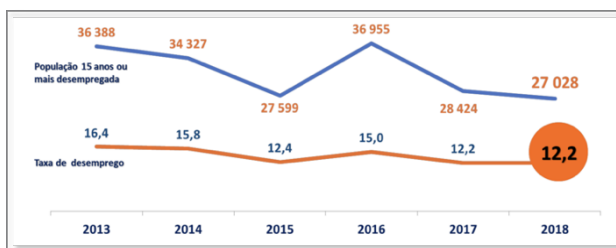
ODS 8, 9 e 11 | Prosperidade económica, comunidades sustentáveis e empregos

- Uma má saúde mental e a dependência de substâncias e atividades ameaçam a prosperidade económica
- A depressão materna pode afetar a pobreza e também ter consequências negativas para as crianças (e.g. maior risco de não ser vacinado ou tratamento inadequado para doenças da infância)
- A saúde materna também pode ter efeitos diretos e indiretos sobre a pobreza e a prosperidade
- A saúde mental é importante para a capacidade de trabalho das pessoas e, portanto, para sua produtividade e rendimento/economia.
- No entanto, o trabalho também desempenha um papel crucial na saúde mental das pessoas - locais de trabalho oferecem oportunidades para promover a dignidade, a igualdade e a saúde
- O fortalecimento da capacidade de trabalho das pessoas também promove o crescimento económico e a inclusão
- Cidades e comunidades sustentáveis exigirão mudança de comportamento e inovação - energia limpa ou consumo responsável, bem-estar, redes sociais e a realização de todo o potencial humano - fatores que influenciarão a capacidade das pessoas e a vontade de se adaptar e aprender



Em 2018 o mercado de trabalho cabo-verdiano foi marcado pela redução das populações ativa e empregada (INE, 2019). A taxa de atividade fixou-se nos 55,6% da população em idade ativa (59,2% em 2017), em função da redução da população empregada de 203.775 para 195.000. A taxa de desemprego, entretanto, manteve-se nos 12,2%, reflexo da redução da população desempregada em 4,9% e do aumento da população inativa em 10,9%. A duração média no desemprego é de 12 meses, com maior duração para as mulheres (17 meses) que para os homens (9 meses).

Fig.7 - Evolução da população com 15 ou mais anos desempregada e da taxa de desemprego (%), entre 2013 e 2018.



Fonte: INE, 2018

A taxa de desemprego apresenta-se menor nos indivíduos do sexo masculino do que nos do sexo feminino. Em 2017, o desemprego feminino foi de 12,8% e nos homens 11,8%. No que se refere ao desemprego juvenil (15 – 24 anos), a taxa também diminuiu, tendo passado de 41,0%, em 2016, para 32,4%, em 2017 (INE^b, 2018).



Contudo, com respeito a este último grupo etário, constata-se que ainda existe perto de 1/3 de jovens fora do sistema educativo e que na última década, entre 2011 a 2017 havia sempre mais jovens raparigas que rapazes fora deste sistema.

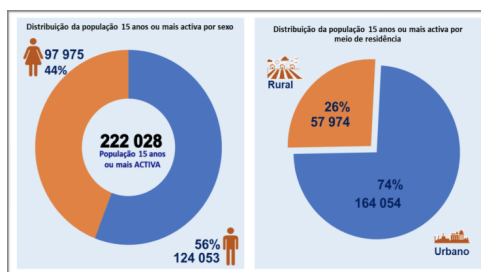
Em 2013, foram identificadas 10.913 crianças entre os 5 e os 17 anos envolvidas no trabalho infantil. A maior a proporção destes incidia sobre o sector da agricultura e da pesca. Nesta atividade, encontravam-se envolvidos 77,3% dos jovens no sexo masculino (n=5.315) e 70% do sexo feminino (n=2.830) (INE^b, 2018).

Esta dinâmica laboral poderá também ser explicada pelas condições climáticas desfavoráveis e a diminuição da capacidade de absorção da mão de obra ociosa³² do sector primário (comparativamente menos qualificada), por outros setores de atividade, nomeadamente o terciário.

Em termos de meio de residência, verifica-se que, entre 2013 e 2018, em todos os concelhos, a taxa de atividade foi sempre superior no meio urbano. Em 2017, no meio urbano, esta taxa foi de 65,4%, enquanto no meio rural foi de 45,8% (INE^b, 2018).

Em 2018, a distribuição da população ativa estava nos 74% e 26%, respetivamente (Fig.). No mesmo ano, o numero de empregados reduziu, tanto nas zonas rurais (em 1.085) como nas zonas urbanas (em 7.690) (Fig.8).

Fig.8 - Distribuição da população ativa em 2018, por sexo e por meio de residência.



Fonte: INE^b, 2019

³² A capacidade ociosa é aquilo que se deixou de produzir, por diferentes razões. A capacidade ociosa ou *idle capacity* é representada pela diferença entre o que foi produzido e o que seria possível produzir com toda a capacidade existente.



ODS 7, 12, 13, 14 e 15 | Proteger o planeta e os recursos naturais

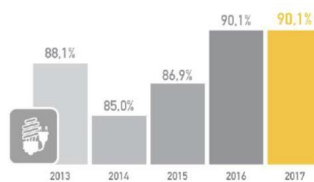
- Os recursos naturais afetam a saúde das pessoas, e a saúde das pessoas terá consequências sobre sua capacidade de gerir as mudanças necessárias para um ambiente mais sustentável
- O fortalecimento da resiliência das pessoas e das comunidades, incluindo sua saúde mental, é um passo importante para a redução do risco de desastres
- O stress financeiro é o mais forte preditor de problemas de saúde mental, ilustrando a complexidade das questões e por que os ODS estão interligados e que as soluções exigirão parcerias e cooperação generalizadas



A reduzida população do país, distribuída por uma vasta área de mar, constitui uma importante condicionante para o crescimento e desenvolvimento. Isso limita economias de escala e cria problemas significativos de conectividade, bem como desafios ao fornecimento de serviços como energia, água e saneamento (para além da educação e da saúde, revistos anteriormente).

O acesso confiável e sustentável à energia elétrica encontra-se assegurado para cerca de 90% da população, em acordo com os dados registados em 2016 e 2017, mostrando uma melhoria face aos anos anteriores (Fig.). O acesso é, no entanto, superior no meio urbano (92%), em comparação com o meio rural (85,7%). São Salvador do Mundo, Brava e Sal são os concelhos onde existe uma maior percentagem da população com acesso à energia elétrica (97,5%, 95,9% e 95,2%, respetivamente) e S. Filipe e Tarrafal os concelhos com menos acesso (79,3% e 72,2%, respetivamente) (INE, 2018).

Fig.9 - Percentagem de população com acesso à energia elétrica (2012-2016).



Fonte: INE, 2018

Segundo o Anuário Estatístico de 2017 (INE, 2018), cerca de 68% dos agregados familiares residiam em alojamentos com ligação à rede pública de distribuição de água (i.e., acesso à água canalizada), contudo somente 66,2% tinham a rede pública como a principal fonte de abastecimento de água. Cerca de 9% dos agregados familiares abastecem-se na casa de vizinhos e os restantes recorrem a outras alternativas (chafarizes, autotanques, cisternas, nascentes, poços, etc.). Em S. Salvador do Mundo apenas 13,1% da população tem acesso à rede pública.



Por seu lado, o acesso a instalações sanitárias é maior face à água canalizada, mas apresenta menores níveis quando comparado com a energia elétrica. Apesar do aumento gradual, desde de 2013, em 2017 a percentagem dos agregados familiares com acesso a instalações sanitárias permaneceu nos 80%. Em 2017, na Ribeira Grande de Santiago, na Boavista e em Santa Cruz pouco mais de metade da população têm acesso a sanita/retrete (54,8%, 57,7% e 57,7%).

Tabela 8 -Evolução da percentagem dos agregados familiares com acesso a instalações sanitárias (sanita/retrete), entre 2013 e 2017

Ano	2013	2014	2015	2016	2017
% Nacional	72,4	74,7	77,4	80,1	80,8

De acordo com o atual Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável (PEDS) 2017/2021 (Ministério das Finanças, 2018), o maior desafio de Cabo Verde, enquanto LMIC, prende-se com a necessidade de construir uma economia com um alto nível de crescimento sustentável e inclusivo, capaz de superar as suas principais vulnerabilidades: naturais e estruturais (Fig.10).

Fig.10 - Principais Vulnerabilidades de Cabo Verde

- **Produção agrícola:** Cabo Verde importa mais de 80% dos alimentos de que a sua população necessita;
- **Exportações de bens:** as exportações de Cabo Verde estão limitadas a um número muito reduzido de produtos;
- **Ambiente:** a diminuição e a irregularidade da pluviosidade estão na origem das secas que constituem a principal causa do fenómeno de desertificação, com efeitos devastadores nos frágeis ecossistemas do país;
- **Mudanças Climáticas:** como um Pequeno País Insular de rendimento médio baixo, os efeitos e o impacto das mudanças climáticas têm mais acuidade;
- **Dispersão geográfica:** a insularidade fragmentada em 10 ilhas, com uma orografia muito íngreme e acidentada (na maioria das ilhas) tem efeitos extremamente pesados nos custos das infraestruturas de base, dos serviços e dos bens essenciais;
- **Segurança:** a localização estratégica, a extensão do litoral e da zona económica exclusiva tornam Cabo Verde particularmente exposto às novas ameaças, tais como o tráfico de drogas e de pessoas, a imigração ilegal e a criminalidade internacional;
- **Energia:** a dependência energética do exterior é da ordem de 75%.

Fonte: (Ministério das Finanças, 2018)

No entanto, o país encontra-se confrontado com dois grandes desafios adicionais aos quais tem que responder em simultâneo: (i) garantir, no médio prazo e com recursos endógenos, a sobrevivência da comunidade residente, numa perspetiva de redução da Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) e (ii) desenvolvimento autossustentado e acelerado, para responder às legítimas aspirações da população a padrões de vida superiores.

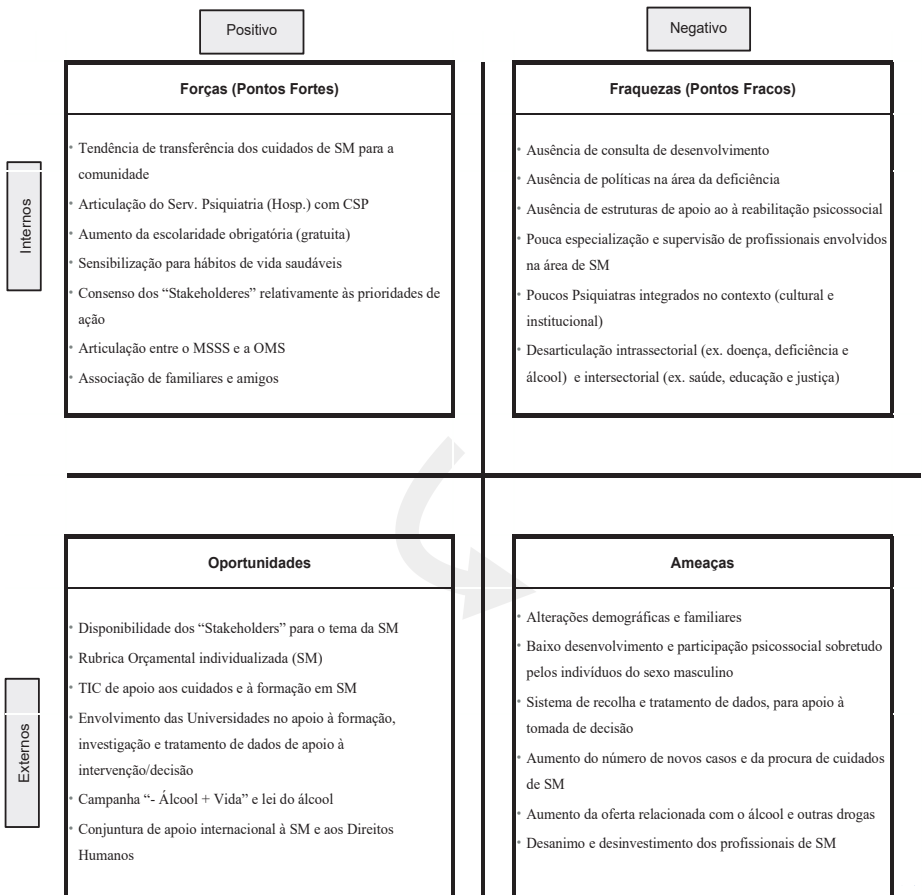


Resumo da Análise

A análise de contexto e diagnóstico, com vista a elaboração de PENSM21/25 contribuiu fundamentar a análise SWOT - “Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats” (Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças). Esta técnica é uma das mais utilizadas na investigação e na intervenção social, pela sua aparente simplicidade e pode ser um contributo efetivo para o processo de contextualização (Schiefer et al., 2006).

Apresentam-se, aqui, as dimensões/quadrantes e a ordem de preenchimento mais adequada à realidade clínico-social que se pretendem abordar. Nesta intervenção, iniciamos a análise pelo quadrante dos “Pontos Fracos” (fraquezas) e procuramos atribuir uma ordem de correlação, mais útil a eventuais justaposições (e.g. Forças vs. Fraquezas).

Fig.11 - Análise SWOT do contexto da Saúde Mental em CV em 2019





ESTRATÉGIA PARA A SAÚDE MENTAL

Em consistência com este momento internacional e nacional, foi acordada a produção de um documento, com carácter abrangente, simplificado e prático: “Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental 2021-202” (PSM21/25)³³.

O PSM21/25 pretende assumir estreitos vínculos conceituais e estratégicos com outros planos e estratégias de ação global, como a “Estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool” (WHO, 2010), o “Plano de ação global em saúde dos trabalhadores 2008-2017” (WHO, 2007) e o “Plano de ação global para prevenção e controlo de doenças não transmissíveis 2008-2013 (WHO, 2013). Baseia-se também nos planos de ação e estratégias regionais da OMS (Região África) para saúde mental e abuso de substâncias que já foram adotados ou estão em processo de desenvolvimento, como o documento “Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana” (Ferreira-Borges, C. et al., 2013).

O plano de saúde mental foi elaborado para gerar, igualmente, sinergias com outros programas relevantes ao nível nacional, conduzidos pelas estruturas governamentais, organizações do sistema das Nações Unidas, organizações intergovernamentais e parceiros da sociedade civil.

O PSM21/25 aproveita, mas não o duplica, o trabalho desenvolvido no “Plano Estratégico multisetorial de Combate aos Problemas Ligados ao Alcool 2016-2020” (Resolução do Conselho de Ministros, 2016), no “Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021” (MSSS, 2019) ou no “Plano Nacional de Promoção da Saúde 2018-2021” (Antares Consulting, 2018). O documento é de intenção global e tem como objetivo fornecer orientação para os diferentes programas de ação nacionais, em particular o “Programa Nacional para a Saúde Mental”. Aborda a resposta do setor social e outros setores relevantes, bem como estratégias de promoção e prevenção, independentemente do tamanho dos recursos. Sempre que possível, os objetivos (não alcançados) da Política de Saúde Mental anterior foram incorporados neste novo documento.

Atendendo ao carácter abrangente, foi desenvolvido por meio de uma ampla consulta junto das diferentes partes interessadas (“stakeholders”): decisores, serviços, sociedade civil e parceiros internacionais. Possui uma abordagem abrangente e multisetorial, com um forte apelo à articulação e coordenação dos serviços dos setores social e de saúde, dando especial atenção à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, assistência e recuperação. Também estabelece ações claras para os sectores governamentais, “Programa Nacional para a Saúde Mental” e para os parceiros ao nível nacional e regional, propondo indicadores e metas principais que podem ser usados para avaliar a aplicação, o progresso e o impacto.

Neste Plano, o termo “perturbações mentais” é usado para se referir a uma série de transtornos mentais e comportamentais listados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima revisão (CID³⁴-10). Isso inclui perturbações com elevada morbilidade, como depressão, perturbação bipolar, esquizofrenia, perturbações de ansiedade, demência, perturbações por abuso de substâncias, deficiências intelectuais e perturbações comportamentais e de desenvolvimento, geralmente, com início na infância e adolescência, incluindo o autismo. Em relação à demência e às perturbações por abuso de substâncias, podem ser também necessárias outras estratégias preventivas - e.g. como as descritas no relatório da OMS sobre demência (WHO, 2012) ou na Estratégia global para redução do uso nocivo de álcool (WHO, 2010). Além disso, o plano cobre a prevenção do suicídio e muitas das ações são também relevantes para condições associadas à saúde mental, como a epilepsia. O termo “grupos vulneráveis” é usado no PENS21/25 para se

³³ De forma geral, entre as políticas (mais gerais e abrangentes) e os programas (direcionados e específicos) encontram-se os planos que não são nem mais nem menos que linhas de orientação estratégica que fundamentam os programas.

³⁴ ICD - *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*



referir a indivíduos ou grupos de indivíduos vulneráveis aos contextos e aos ambientes a que se encontram expostos (em oposição a qualquer problema inerente de fragilidade ou falta de capacidade).

Preteende-se, assim, fortalecer um sistema de saúde mental essencial/básico, mas abrangente, baseado na comunidade, consistente com os princípios globais de saúde mental e com os padrões universalmente aceites, e com potencial de concretização até 2025 (se as áreas de ação descritas neste documento forem alcançadas).

No centro do plano de estratégico encontram-se assim duas premissas fundamentais. Por um lado, o princípio de que "não há saúde, sem saúde mental" e, por outro, o princípio de que todas partes interessadas devem estar envolvidas, colocando a pessoas em situação de doença no centro da política - "nada para nós sem nós".

Envolvimento e capacitação de parceiros

O processo de desenvolvimento da política de saúde mental é sobretudo político. E em menor medida poderá implicar ações técnicas e aquisição de recursos. Assenta-se, assim, num princípio global de que é preciso mais do que financiamento público (governamental) para evitar desperdícios ou causar situações de fragilidade e dependência.

A governança é, assim, crucial para a elaboração e implementação de políticas de saúde mental bem-sucedidas. Embora a governança seja um tópico amplo e complexo, os seus conceitos e ideias podem ser agrupados em cinco domínios principais³⁵: Transparência, Responsabilidade, Participação, Integridade e Capacidade (TAPIC)³⁶ (Greer et al., 2019).

Estes domínios afetam a probabilidade de que políticas viáveis sejam adotadas, implementadas e produzam os resultados pretendidos. Considera-se, por isso, fundamental dar a devida atenção ao desenvolvimento de capacidades locais, processos de participação e às alianças com as diferentes partes interessadas/envolvidas.

Apesar de essencial, o ponto de vista dos profissionais de saúde mental, ao nível do Ministério da Saúde e Segurança Social (MSSS), revela-se insuficiente para definir a filosofia, objetivos e áreas de ação, ou formular um plano com prioridades e recursos numa abordagem mais "holística" e menos focada no "modelo biomédico", conforme referido no recente relatório das Nações Unidas³⁷ (UN Human Rights Council, 2019).

Nesse sentido, e para que a política de saúde mental seja bem-sucedida, conta-se com o envolvimento do MSSS nos processos de consulta (continuada), desenvolvimento e implementação, em cada uma das etapas (i.e., envolvimento precoce). O processo político tem aqui o potencial de envolver as pessoas e de colocar ao seu alcance ("nas mãos de cada um") as questões de saúde mental que mais as afetam.

Existe uma grande variedade de pessoas, organizações e comunidades que participam no processo, cada qual com os seus próprios valores particulares, interesses, pontos fortes e pontos fracos. Espera-se, por isso, a ocorrência de diversas interações, conflitos e negociações.

O desenvolvimento e a implementação da política de saúde mental, como de qualquer outra, pode começar do topo ou das bases. Contudo, começar pelos decisores, sem o apoio das partes envolvidas, tornará mais difícil a execução do Plano e

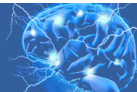
³⁵ Apesar das muitas definições, estruturas e recomendações sobrepostas, a revisão da literatura remete para cinco conceitos/ideias de governança.

³⁶ TAPIC = *Transparency, Accountability, Participation, Integrity and Capacity*.

³⁷ *UN Special Rapporteur*



comprometerá a sua colocação em prática, mais tarde. A comunidade deve ter, por isso, oportunidades para discutir os valores e os princípios associados à saúde mental e considerar as várias estratégias que podem ser razoáveis de aplicar (Driscoll, 1998).



Orientação Política - Visão, Missão, Objetivo e Princípios

Visão

Preende-se com este PENSM21/25 apoiar o desenvolvimento de um sistema que promova a recuperação, o bem-estar e a resiliência.

A sua visão assenta num sistema abrangente de cuidados de saúde mental, com serviços comunitários robustos. Neste sistema todos os cidadãos têm direito a serviços dedicados à promoção e ao apoio do seu bem-estar mental/psicológico, à prevenção de problemas de saúde mental e de doenças mentais e ao tratamento de perturbações neuropsiquiátricas (relacionadas com a saúde mental e com uso de substâncias).

Missão

Indivíduos com problemas de saúde mental têm direito de acesso a serviços e a apoios para lidar com suas condições, diminuir o seu sofrimento e assegurar o seu funcionamento completo. Esses serviços e apoios devem estar disponíveis o mais próximo possível de suas residências e das suas comunidades, com vista a uma vivência plena e produtiva.

Objetivo Global

Promover e proteger os direitos humanos e a dignidade das pessoas com problemas de saúde mental através (i) da melhoria os serviços existentes, (ii) da formação, treino e integração de pessoal qualificado e (iii) da articulação com outros setores, governamentais e não governamentais.

Princípios

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, ao nível dos cuidados primários e hospitalares, de modo a facilitar o acesso e diminuir a institucionalização;
- Garantir serviços dedicados às perturbações mentais, neurológicas e por uso de substâncias, culturalmente adequados e baseados na evidência;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação e envolvimento das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- Desenvolver a articulação dos serviços de saúde com outros sectores, no âmbito do apoio e monitorização de atividades efetivas, ao nível da promoção e prevenção da saúde;
- Reconhecer e cultivar a capacidade das comunidades para reduzir o estigma e o impacto das perturbações mentais, por meio da coesão social, da resiliência coletiva e da partilha de soluções.



Eixos Estratégicos (EE)

Por forma a tornar-se num instrumento essencial, capaz de garantir a clareza da visão e do propósito de melhoria da saúde mental e do bem-estar psicológico dos cidadãos de Cabo Verde, foi estabelecido um roteiro para desenvolvimento, implementação, avaliação e melhoria da qualidade dos serviços, em acordo com as premissas e os princípios subjacentes ao sistema de saúde mental.

Em acordo (i) com a 1ª Estratégia Nacional de Saúde (1976), (si) com o levantamento de consulta junto das diferentes partes interessadas (“stakeholders”) e (iii) com os resultados da análise SWAT, foi estabelecida uma abordagem abrangente e multissetorial, com um forte apelo à coordenação e articulação da saúde mental com outros serviços de saúde e com os serviços dos setores social, educação e municípios, dando especial atenção à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, assistência e recuperação.

Nesse sentido, foram estabelecidos níveis e áreas de atuação prioritárias, adequados ao percurso de cuidados (Fig.12). Prevê-se, para o efeito, a criação de respostas intermédias, ao nível da reabilitação psicossocial, entre os cuidados de saúde primários (“início de linha”) e as estruturas hospitalares (“fim de linha”).

Fig.12 - Roteiro de atuação prioritário | PENSM 2021-2025

Articulação	Nível	Central	Regional
Saúde	Hospitalar	Santiago S. Vicente Santiago Norte	Santo Antão Fogo e Brava “SAI”
Saúde Municípios	Reabilitação Psicossocial	Doença Mental Crónica Deficiência Intelectual Comportamentos Aditivos	
Saúde Educação Municípios	Desenvolv.	Desenvolvimento da Criança, do Adolescente e do Adulto	
Saúde	Comunitário	Centros de Saúde	

Para um percurso de cuidados adaptado ao percurso da doença, conta-se com as seguintes estruturas, com responsabilidade direta do MSSS:

- Centros de Saúde - cuidados de proximidade dirigidos à prevenção e à promoção da saúde mental, com enfoque na deteção precoce/rastreo, monitorização e acompanhamento;
- Centros de Apoio Psicossocial - cuidados intermédios dirigidos à prevenção e reabilitação/recuperação, com enfoque diferenciado na doença mental crónica, na deficiência intelectual e nos comportamentos aditivos;



- Serviços de Saúde Mental - cuidados hospitalares especializados dirigidos ao diagnóstico, estabilização, planeamento e supervisão terapêutica, com enfoque na urgência, consulta de ambulatório e internamento psiquiátrico.

A articulação dos cuidados de saúde mental (entre si), com outros cuidados de saúde e com outros sectores da sociedade (e.g. educação, justiça, municípios, etc.), contribuirá para uma abordagem direcionada, facilitadora e sustentada do desenvolvimento psicossocial, ao longo do percurso de vida.

Neste contexto de atuação, ficam identificadas e delineadas cinco áreas prioritárias ou eixos estratégicos (EE), em acordo com as principais linhas de orientação para a Saúde Mental - ajustadas ao perfil demográfico e ao perfil de sustentabilidade (ODSs), descritos na primeira parte do PENSM21/25. Apesar das suas especificidades, as diferentes áreas contêm uma lógica de continuidade (linguagem e princípios) e de partilha de experiências.

EE1. Desenvolvimento da criança, do adolescente e do adulto

Para que a pessoa atinja todo seu potencial de desenvolvimento é necessário ter atenção à sua evolução normal e aos fatores que possam intervir na mesma. Portanto, é necessário o seu acompanhamento não só pelos familiares, mas também por profissionais que possam ajudar na identificação de alterações, encaminhando-as o mais precocemente/atempadamente possível para um acompanhamento adequado.

A visão reducionista tende a assentar na avaliação do crescimento (biológico), contemplando os aspetos quantitativos das proporções do organismo, ou seja, ocupa-se das mudanças das dimensões corporais, como o peso, a altura, o perímetro cefálico, etc. O desenvolvimento, por seu lado, compreende também as mudanças qualitativas (psicossociais), tais como aquisição e o aperfeiçoamento de capacidades e funções, que permitem à criança, ao adolescente e ao adulto realizar novas tarefas e novos papéis, progressivamente mais complexos (i.e. com maior habilidade, responsabilidade e compromisso).

A saúde mental e os serviços relacionados têm um papel importante a desempenhar na ligação das pessoas com uma variedade de sectores e apoios comunitários, na construção e na avaliação do potencial de desenvolvimento.

- **Consulta** - Avaliação do desenvolvimento enquanto componente essencial do acompanhamento periódico da saúde infantil, com enfoque no ciclo de vida. Considerando que os primeiros anos de vida moldam e influenciam aprendizagem, a saúde, o emprego e outras dimensões da vida posterior, as consultas dirigidas ao desenvolvimento bio-psico-social da infância (e da adolescência) asseguram grandes benefícios, quando instituídos numa base regular, nos cuidados de proximidade e complementados, numa vertente mais especializada, ao nível dos hospitais centrais.
- **Envolvimento** - Dinamização da participação efetiva da pessoa e da sua rede social formal e informal ³⁸ no acompanhamento, e na prestação de cuidados, ao longo do ciclo de vida. A inclusão, o apoio e a coesão social, enquanto poderoso efeito protetor na saúde e prevenção de doenças, passa em larga medida pelo envolvimento dos implicados e pelo suporte social/familiar (i.e., pessoas de referência) que, efetivamente, contribui para mais comportamentos saudáveis, aumento da autoestima e equilíbrio emocional. A promoção da responsabilidade equitativa favorece a autonomia e a alternância de papeis e diminui os riscos da responsabilidade exclusiva - e.g. desgaste da saúde física e

³⁸ Cuidados prestados por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas que não recebem retribuição económica pela ajuda.



psicológica³⁹ de quem cuida diária e ininterruptamente de pessoas com perturbações mentais neurológicas e por uso de substâncias (MNS).

- **Articulação** - Atenção repartida pelas diferentes partes interessadas assegura a continuidade do acompanhamento ao longo do ciclo de vida, a visão abrangente e holística das necessidades da pessoa, a disponibilidade diversificada de competências, educação, conhecimentos e apoio mútuo. Esta abordagem, multidisciplinar e multisectorial (e.g. educação, justiça, trabalho etc.), transmite elevados benefícios tanto para os cidadãos, como para os profissionais de saúde mental, ao nível do funcionamento pessoal (individual e familiar), da qualidade de vida e dos resultados/custos em saúde.

EE2. Serviços de Saúde Mental

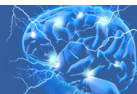
A intervenção em saúde mental pauta-se por cuidados especializados dirigidos a pessoas com perturbações psicológicas e psiquiátricas. São sempre desenvolvidos num plano individual e personalizado para cada caso), com vista ao progresso terapêutico e à recuperação da qualidade de vida. Para além da ligação/apoio às pessoas assistidas em serviços de outras especialidades, os cuidados de saúde mental podem ser prestados nas seguintes modalidades:

- **Internamento** - resposta efetiva dos hospitais gerais, dirigida a portador de anomalia psíquica grave que se encontram em fase aguda de descompensação e que por força dela:
 - Crie uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado;
 - Não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.
- **Ambulatório** - resposta efetiva dos hospitais gerais (geralmente marcada antecipadamente) que permite substituir o tratamento em regime de internamento e efetivar a articulação com os cuidados de saúde primários e respetivos profissionais, designadamente os médicos de família, psicólogos e, no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência, também em articulação com os estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário. Em termos gerais, promovem a avaliação e atualização do estado mental, bem como a revisão da abordagem terapêutica.
- **Urgência** - atendimento em serviços de urgência dos hospitais gerais, ou no âmbito de estruturas de intervenção na crise, com vista à estabilização de perturbações mentais (agudas ou crónicas), cujo comportamento exige intervenção imediata.

EE3. Reabilitação Psicossocial

A prestação de cuidados de saúde mental é indissociável das atividades de reabilitação psicossocial, que são desenvolvidas preferencialmente por equipas multidisciplinares e em contexto comunitário, designadamente em unidades sócio-

³⁹ A subjetividade no cuidar pode ter um tempo diferente do começo objectivo da prestação de cuidados.



ocupacionais e de treino de competências, estruturas para integração profissional (empresas de inserção/emprego apoiado e emprego protegido), unidades residenciais comunitárias ou domicílio.

A Reabilitação Psicossocial apoia as pessoas com perturbações MNS e suas famílias no desenvolvimento de competências e no acesso a recursos de suporte, com vista à maximização da autonomia, da funcionalidade e da integração social. Enquanto sector da saúde mental, dedica o seu foco à recuperação, à integração na comunidade e à melhoria da qualidade de vida.

A avaliação e a intervenção assentam numa base programática, contemplando a identificação de objetivos e a obtenção de competências necessárias para os alcançar.

- **Doença Mental Crónica**⁴⁰ - Abordagem mais específica e complementar ao tratamento comum pessoas com doença mental crónica de evolução prolongada, com o objetivo capacitar a pessoa com perturbação mental a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restrito possível.
- **Deficiência Intelectual**⁴¹ - Abordagem focada no aumento e otimização de competências individuais e recursos ambientais/contextuais, por forma a que a pessoa com deficiência possa atingir o seu nível potencial de funcionamento independente, participação e integração social, num sistema de apoio social de longa duração, baseado na promoção da autonomia e na redução da discriminação e do estigma.
- **Comportamentos Aditivos**⁴² - Recursos terapêuticos dirigidos a pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias ou de atividades, assentes em programas específicos de desenvolvimento de competências e gestão da doença (redução de riscos, minimização de danos e ressocialização), em momentos simultâneos ou sucessivos, com propósito de reduzir os consumos, prevenir comportamentos aditivos e diminuir as dependências.

EE4. Formação

A formação de recursos humanos é uma área-chave no desenvolvimento de políticas e serviços de saúde mental, e fundamentais para alcançar a implementação de programas e cuidados de qualidade, baseados na evidência. A procura e a oferta formativa baseiam-se na dinâmica estabelecida entre as necessidades expressas pelos indivíduos e organizações prestadoras de cuidados e as instituições académicas, credenciadas e vocacionadas para suprimir essas necessidades.

⁴⁰ Abrange um leque alargado de perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença. As doenças mentais manifestam-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existem alterações ou perda de capacidades.

⁴¹ Não é, em si mesma, uma doença, embora possa resultar de uma afeção orgânica ou uma alteração genética, que ocorre à nascença ou na infância. Definida na ICD10 como uma condição interrompida ou incompleta do desenvolvimento da mente e caracteriza por limitações das capacidades cognitivas durante o período de desenvolvimento, com repercussões ao nível do funcionamento intelectual abaixo da média e incapacidade de adaptação às exigências culturais da sociedade.

⁴² Psicopatologia determinada por características da personalidade e incapacidades pessoais, que evidenciam alterações ao nível do estado de consciência, memória, regulação de afetos e controlo de impulsos. As pessoas com problemas associados ao uso de substâncias ou a atividades apresentam frequentemente *coping* ineficaz, relacionado com baixa autoestima; ansiedade e/ou depressão; incapacidade de cumprir as expectativas associadas ao papel; alteração na participação social; incapacidade de assegurar as necessidades básicas; baixa tolerância à frustração. Entende-se também como um comportamento desadaptativo (retirada e isolamento social), associado à transferência do prazer encontrado nas relações, para o prazer encontrado no uso de substâncias. É um fenómeno multideterminado por fatores de origem diversa que, conjugados, criam as condições necessários ao seu aparecimento e manutenção.



- **Educação** - Capacitação e a certificação de profissionais, baseada em recursos académicos específicos (complementares à formação de base), devidamente estruturados, sistematizados e avaliados, com vista à melhoria das respostas em saúde mental - i.e. respostas educativas sustentadas, fundamentadas e eficazes.
- **Treino e supervisão** - Reforço das competências e dos conhecimentos sobre os problemas de saúde mental, através de metodologias práticas e reflexivas, dirigidas à orientação e à análise dos desafios impostos pela realidade contextual. Consolidação e revisão continuada dos modelos avaliação e intervenção disponíveis, atualizados e adaptados ao contexto de intervenção (efetivos, eficazes e eficientes). Incorporação de uma ética de isenção e de promoção da autonomia e da dignidade das pessoas com problemas de saúde mental e dos seus cuidadores.
- **Especialização** - Investimento individual e institucional no aperfeiçoamento de profissionais de saúde mental, envolvidos em áreas prioritárias de atuação, com vista à criação figuras de referência para execução de serviços avançados/especializados e orientação/supervisão de profissionais não especializados.

EE5. Investigação

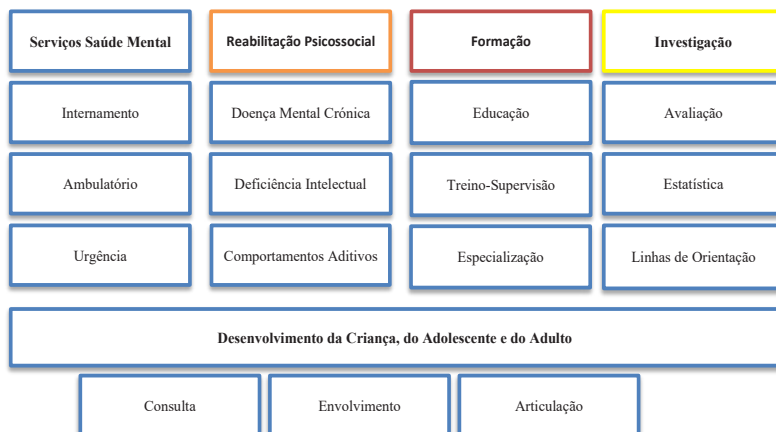
A evidência e a investigação em saúde mental são fundamentais para fechar a lacuna entre o que é necessário e o que se encontra atualmente disponível para reduzir a carga das perturbações MNS e para promover a saúde mental.

A recolha e a comunicação (divulgação/publicação) de informações e evidências (práticas/científicas) em saúde mental podem ser usadas para fortalecer o sistema de saúde mental que, conseqüentemente, resultará em melhores cuidados e melhores serviços prestados aos indivíduos e às comunidades.

- **Avaliação** - Estudo do funcionamento individual ou sistémico e da causa ou múltiplas causas do problema identificado, bem como dos recursos, dos meios ou das opções mais adequadas à sua resolução. Apoio à monitorização e determinação da eficácia/eficiência política, terapêutica e formativa - e.g. A avaliação de atividades e programas de intervenção, baseadas no envolvimento/satisfação, nos principais componentes de eficácia ou na análise de custo-benefício das ações direcionadas a diferentes grupos-alvo, contribui para a redefinição da própria estratégia.
- **Estatística** - Recolha eficiente de dados e componentes-chave em saúde mental para assegurar o planeamento informado das intervenções. Fornece um repositório de dados dos serviços de saúde mental para apoiar a acreditação ou auditoria do sistema global de saúde. Preocupa-se em entender e controlar as perturbações mentais, investigando empiricamente a taxa de incidência e prevalência, bem como as associações entre: (i) as variações na exposição a agentes causadores de doença, externos ao indivíduo; (ii) variação na resistência dos indivíduos expostos aos agentes causadores de doenças e (iii) variação nos recursos de resistência nos ambientes dos indivíduos expostos.
- **Linhas de Orientação** - Diretrizes técnico-normativas dirigidas a um padrão de boas-práticas, suportadas em auditorias/avaliações, revisões e investigações operacionais (“investigação-ação”). Orientação e enquadramento da intervenção em saúde mental, baseados em quadros teórico-práticos de referência que ajudam a identificar as melhores opções (i.e., fundamentados do ponto de vista conceptual e baseados na evidência), nomeadamente no que diz respeito à elaboração de programas dirigidos ao bem-estar psicológico, ao desenvolvimento humano e à proteção dos direitos humanos de pessoas com perturbações mentais.



Fig.13 - Eixos Estratégicos: Áreas de atuação prioritárias | PENSM 2021-2025





Objetivos Estratégicos (OE) - 2021 / 2025

Esta política estratégica para Saúde Mental, assente numa base de entendimento e alinhamento entre as diferentes partes interessadas, define doze objetivos estratégicos (OE) enquadrados nas cinco áreas prioritárias ou eixos estratégicos (EE)

Promoção do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (EE1)

OE1. Implementar Consulta de Desenvolvimento em todos os concelhos do território e dois centros de referência

OE2. Promover o envolvimento das famílias no desenvolvimento do ciclo de vida - criança, adolescente e adulto

OE3. Reforçar a articulação intra e intersectorial para o desenvolvimento de competências psicossociais ao longo do ciclo de vida (criança, adolescente e adulto)

Serviços de Saúde Mental (EE2)

OE4. Adequar os serviços de urgência psiquiátrica e psicológica nos diferentes níveis de cuidados

OE5. Aumentar o acesso às consultas de ambulatório na área das doenças neuropsiquiátricas

OE6. Integrar o internamento psiquiátrico na abordagem global em saúde mental

Reabilitação Psicossocial (EE3)

OE7. Promover a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental e deficiência intelectual

OE8. Promover a saúde mental na comunidade

Formação em Saúde Mental (EE4)

OE9. Assegurar a qualidade dos cuidados de saúde através da ação formativa em saúde mental

OE10. Assegurar o acolhimento dos profissionais com vista à integração nos serviços de saúde mental

OE11. Promover a especialização dos profissionais de saúde mental

Investigação e divulgação em Saúde Mental (EE5)

OE12. Promover a investigação e o apoio à decisão em saúde mental



Arranjos de implementação - Liderança e Governança

Esta política e estratégia fornece suporte ao Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM), através do seu Núcleo de Apoio Técnico (NAT), para implementar e supervisionar os cuidados, a formação/certificação e a investigação, através de ações organizadas, sistematizadas e avaliadas.

O estabelecimento das condições do PNSM e os seus pressupostos devem ser desenvolvidos com base no documento estratégico - PENSM21/25, em acordo com as necessidades identificadas e com objetivos estratégicos (OE) nele delineados. Na prática, o Programa carece de ações de reflexão/planeamento, implementação e manutenção, mas serão os objetivos estratégicos do Plano que permitem demonstrar em que medida se conseguiu resolver os problemas identificados - relativo à necessidade e ordem de prioridade.

Certos de que as necessidades ao nível da Saúde Mental são muitas vezes extensas e diversas e que os recursos, por seu lado, são muitas vezes limitados, do ponto de vista metodológico, o plano de trabalhos do PNSM deve estabelecer um sistema de prioridades para cada ano de atividade (i.e. Programa Anual) que permita identificar quais os problemas que serão abordados antes e depois. Para esta decisão contribuem as prioridades normativas (governamentais e institucionais), os recursos disponíveis (próprios/presentes), as oportunidades para obtenção de novos recursos e a otimização destes.

Para auxiliar a liderança e o estabelecimento da ordem de prioridades dos diferentes objetivos estratégicos⁴³ poder-se-á recorrer a uma matriz de tempo⁴⁴, que ajuda a tomar decisões, tendo por base os termos de urgência e de importância (i.e. organizar o tempo disponível), apresentada em relatórios semestrais no âmbito das jornadas de saúde mental relativas a linhas do PENSM21/25 (OE8.2.)

Em termos gerais, confere-se ao NAT do PNSM as seguintes atribuições:

- Desenvolver, coordenar e monitorizar a rede de cuidados, a formação e a informação em saúde mental;
- Promover e dinamizar a monitorização da saúde mental da população cabo-verdiana, no que respeita aos principais indicadores de morbilidade e de utilização dos serviços;
- Promover a implementação de programas de promoção do bem-estar e da saúde mental da população e da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais, das deficiências e dos problemas associados à dependência de substâncias e atividades;
- Incentivar a articulação dos cuidados especializados de saúde mental com os cuidados de saúde primários, assim como com outros sectores considerados relevantes para a implementação do Plano Nacional da Saúde Mental;
- Dinamizar a participação de todas as partes interessadas na reabilitação e integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves;

⁴³ Chama-se também à atenção para o facto dos objectivos instrumentais (e.g. implementar um programa dirigido à saúde materno-infantil/relação precoce) poderem ser por vezes confundidos com os objectivos de resultado que correspondem aos efeitos do próprio programa.

⁴⁴ Com origem no planeamento militar, o “Modelo de Eisenhower” funciona como uma técnica de hierarquização das prioridades de intervenção (Schiefer et al., 2006).



O PNSM deverá contemplar a governança e a coordenação de um conjunto de subprogramas específicos⁴⁵ (associados aos diferentes OE), através do seu NAT, por forma a concretizar toda estratégia política relacionada com o bem-estar e a saúde mental dos seus cidadãos. O NAT assume um apoio executivo especializado às diferentes “Áreas de Atividade” (em baixo), designado para cada uma dessas áreas uma equipa de coordenação (e.g. equipa do NAT dedicada à Formação e Certificação).

Estes esforços sistemáticos realizados para alcançar objetivos pré-planificados (iniciativas ou subprogramas), com o fim de melhorar a saúde mental, o conhecimento, as atitudes e a prática nos seus diferentes níveis de intervenção (bio-psico-social) devem, no entanto, ser também alvo também de uma avaliação por parte do Conselho Nacional de Saúde Mental (Lei n.º 37/VIII/2013)⁴⁶, pelo menos, num momento intermédio e no fim da sua execução.

Enquanto órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental, o Conselho Nacional de Saúde Mental deve adicionar ao seu diploma próprio esta mesma competência de funcionamento: Acompanhamento e avaliação periódica do PENSM/2025.

Avaliação de Impacte

A avaliação do PNSM deve assentar em métodos científicos e traduzir-se numa investigação sistemática sobre os efeitos, os resultados e a concretização dos objetivos estratégicos (OE), naturalmente, com vista a uma consciente tomada-de-decisão. Considera-se, para o efeito, diferentes tipos de avaliação que se podem apresentar em acordo com a forma (sumativa e formativa), a autoria (externa e interna) e a função (proactiva ou reactiva). Apesar da apresentação “dual”, estes tipos de avaliação são vistos como complementares e não como antagónicos.

Ainda que a verdadeira avaliação se encontre associada à implementação e à análise dos efeitos do PENSM21/25, anualmente, podem ser consideradas outras formas de avaliação ao longo de todo o ciclo de implementação - i.e. considerando os momentos de implementação a avaliação dos diferentes subprogramas, por parte da Coordenação do PNSM.

Neste caso, podemos classificar as diferentes fases da implementação em acordo com a sua pertinência (avaliação de necessidades), adequação (avaliação de recursos, meios ou opções necessárias ao cumprimento dos OE ou resolução dos problemas identificados, inerente ao período da pré-avaliação), avaliabilidade (facilidade e exequibilidade da avaliação do subprograma), suficiência (avaliação formativa, relativa ao progresso e à relação entre os meios disponíveis e os efeitos esperados) e efetividade-eficácia-eficiência (avaliação sumativa de efeitos, resultados e impacto).

Os efeitos da intervenção, não só junto do grupo-alvo com perturbações MNS, mas também na sociedade em geral, no ambiente domiciliar/institucional ou na economia, são designados de “impacte”. A avaliação dos diferentes níveis de impacte pode ser apresentada também sob a forma de matriz temporal⁴⁷, por forma a ilustrar a situação antes, durante (pontos intermédios) e depois da aplicação da iniciativa ou subprograma.

⁴⁵ Ações humanas e recursos materiais desenhados para serem implementados organizadamente, na realidade social cabo-verdiana, com o propósito de resolver os problemas identificados

⁴⁶ Diploma legislativo que “estabelece os princípios gerais de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica”.

⁴⁷ O “diagrama teia de aranha” é muitas vezes identificado como uma ferramenta de monitorização de impacte.



Para facilitar a exequibilidade e a neutralidade do processo de monitorização e avaliação, o MSSS poderá recorrer a um consultor externo para complementar o trabalho desenvolvido pelo NAT, sobretudo, nos momentos de contacto com o Conselho Nacional de Saúde Mental.

Áreas de atividades

Na prossecução da sua missão e no exercício das suas competências, o NAT do PNSM executa um plano de ação, em função dos princípios e dos objetivos do PENSM21/25 agrupados nas seguintes áreas de atividade: “Formação e certificação”, “Programas e modelos”, “Produtos” e “Indicadores de desempenho” (descritos em baixo, por área, numa ordem de prioridades).

As ações/atividades encontram-se discriminadas por diferentes parâmetros de referência: “Calendário”, “Recursos humanos”, “Recursos materiais”, “Resultados esperados”, “Indicadores Objetivos e Verificáveis”, “Fonte de Verificação” e “Pressupostos” (Anexos).

Este plano, com execução anual e monitorização/avaliação semestral, passará a contemplar, ainda, uma orçamentação adequada a cada ação, em acordo com o contexto de implementação (realidade local) e com possíveis ajustes, nomeadamente, ao nível do calendário e dos recursos aqui previstos.

Formação e Certificação

Recursos Humanos

- Criação de modelo de formação e modelo de certificação em Saúde Mental (OE 9.1. |OE 9.2.)
 - Formação e certificação de competências de comunicação em profissionais que atuam na área da saúde mental (OE3.2.)
 - Formação e certificação de profissionais de diferentes setores que atuam na área da saúde mental em “primeiros socorros psicológicos”⁴⁸ (OE4.2.)
 - Formação e certificação de psicólogos médicos, enfermeiros, educadores para avaliar e intervir na área do desenvolvimento (OE1.1.)
 - Formação e certificação de enfermeiros, psicólogos e educadores para trabalhar na área da saúde materno-infantil e relação precoce (OE2.1.)
 - Formação e certificação de profissionais de saúde mental em “urgências psiquiátricas” (OE4.3.)

⁴⁸ Os “Primeiros Socorros Psicológicos” têm como objetivo proporcionar apoio humano básico; fornecer informação prática; e mostrar empatia, preocupação, respeito e confiança nas capacidades do indivíduo para superar as dificuldades. As pessoas devem ser abordadas com empatia, numa atitude de receptividade, e devem ser protegidas relativamente ao ambiente. Podem necessitar de ajuda prática enquanto recuperam, gradualmente, as suas capacidades para o fazerem autonomamente.



- Formação e certificação de profissionais dos cuidados de saúde primários em cursos de doenças prioritárias (OE5.2.)
- Formação e certificação de profissionais em (3) programas de reabilitação psicossocial: doença mental, deficiência intelectual e comportamentos aditivos (OE7.4.)

Serviços e Equipamentos

- Certificação de estruturas de saúde como “amigas”⁴⁹ da saúde mental (OE5.3.)
- Certificação de estruturas educacionais, jurídicas, sociais e de saúde na área da reabilitação psicossocial (OE7.1.)

Programas e modelos

Avaliação

- Criação e aplicação de modelo uniformizado de rastreio, avaliação e monitorização na área do desenvolvimento (OE1.2)

Intervenção

- Criação e aplicação de modelo de acolhimento de profissionais de Saúde Mental (OE 10.1.)
- Criação e aplicação de programa dirigido à saúde materno-infantil/relação precoce (OE2.2.)
- Criação e aplicação de modelos de intervenção junto de pessoas com perturbações de desenvolvimento (OE1.3.)
- Criação e aplicação de modelo de alta hospitalar, referenciação e acompanhamento (OE6.2.)

Produtos

Ações Públicas

- Realização de ações de sensibilização de saúde mental junto da sociedade civil (OE8.1.)
- Realização de (10) jornadas de saúde mental relativas a linhas do PENSM21/25 (OE8.2.)
- Realização de iniciativas conjuntas entre diferentes setores públicos, promotoras do desenvolvimento de competências psicossociais ao longo do ciclo de vida (OE3.1.)

⁴⁹ Estruturas de Saúde/Organizações disponíveis para aprender um pouco mais sobre Saúde Mental e, consequentemente, transformar essa aprendizagem em ações concretas. Não implica necessariamente ter serviços especializados e de base regular, para acompanhar pessoas com perturbações MNS. O que se pretende é que a organização e os seus profissionais se recordem e ponham em prática o que aprenderam, sempre que lidar ou conviver com pessoas com algum problema psicológico ou perturbação MNS.



Estruturas e equipamentos

- Criação de sala para observação e estabilização de sintomatologia neuropsiquiátrica nos serviços de saúde (OE4.1.)
- Criação de serviço de internamento psiquiátrico em todos hospitais: centrais (8 a 10 camas) e regionais (4 camas) (OE6.1.)
- Criação de Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) - Estruturas intermédias nos diferentes Municípios (OE7.3.)
- Criação de plataforma informática oficial/governamental dedicada à Saúde Mental (OE12.4.)

Recursos Humanos

- Criação de bolsa de especialização para profissionais de Saúde Mental (OE11.1.)
- Criação de Equipas Multidisciplinares Reabilitação Psicossocial nas diferentes Delegacias de Saúde (OE7.2.)

Indicadores de Desempenho

- Aumento de dados e evidência em saúde mental⁵⁰ (OE12.1)
- Aumento da emissão de Linhas de Orientação para a saúde mental (OE12.3)
- Aumento da participação de 3º elemento em consultas de saúde infantil/familiar e em encontros formais/reuniões nas Escolas (OE2.2.)
- Aumento das consultas nos serviços de psiquiatria e de telemedicina (OE5.1.)
- Aumento das interconsultas hospitalares e comunitárias (OE5.1.)
- Aumento da referência para Equipa Multidisciplinar de Reabilitação Psicossocial EMRP (Delegacias de Saúde) (OE6.2.)

⁵⁰ Objectivo em conformidade com as conclusões e objectivos da oficina sobre a Avaliação no Contexto da Intervenção psicológica, promovida pelo Programa de Saúde Mental (Relatório de Atividades do Ano 2016)



BIBLIOGRAFIA

Banco de Cabo Verde (2019). Banco de Cabo Verde: Relatório Anual de 2018. Cabo Verde: Praia.

Daré, L. O., Bruand, P. E., Gérard, D., Marin, B., Lameyre, V., Boumédiène, F., & Preux, P. M. (2019). Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis. *BMC public health*, 19(1), 304.

Dybdahl, B. (2017). Mental health is an integral part of the sustainable development goals. *Prev Med Commun Health*

Escritório Regional da OMS para a África (2018). O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos objectivos de desenvolvimento sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde.

Ferreira-Borges, C., Ketsela, T., Munodawafa, D., & Alisalad, A. (2013). Reduction of the harmful use of alcohol: A strategy for the WHO African Region. *The African Health Monitor*, 16, 31-35.

Greer, S., Vasev, N., Jarman, H., Wismar, M., & Figueras, J. (2019). It's the governance, stupid! TAPIC: a governance framework to strengthen decision making and implementation. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Instituto Nacional de Estatística (2015). Anuário Estatístico de Cabo Verde 2015: Projeções Demográficas de Cabo Verde 2010-2030. Direcção de Estatísticas Demográficas e Sociais. Cabo Verde: Praia.

Instituto Nacional de Estatística (2017). Inquérito às Despesas e Receitas Familiares. Cabo Verde: Praia.

Instituto Nacional de Estatística^a (2018). Brochura Dia Mundial da Saúde 2018.

Instituto Nacional de Estatística^b (2018). Anuário Estatístico de Cabo Verde 2017: Projeções Demográficas de Cabo Verde 2010-2030. Cabo Verde: Praia.

Instituto Nacional de Estatística^c (2018). Perfil da Pobreza: Um olhar sobre as crianças. Departamento das Estatísticas Demográficas e Sociais. Cabo Verde: Praia.

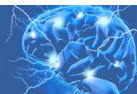
Instituto Nacional de Estatística^a (2019). Resultados preliminares do terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva. Cabo Verde: Praia.

Instituto Nacional de Estatística^b (2019). Inquérito Multiobjetivo Contínuo 2018: Estatísticas do Mercado de Trabalho. Direcção de Estatísticas Demográficas e Sociais. Cabo Verde: Praia.

Instituto Nacional de Estatística^c (2019). Dados Estatísticos sobre a família em Cabo Verde: Dia Internacional da Família. Cabo Verde: Praia.

Lei n.º 37/VIII/2013, de 7 de agosto. República de Cabo Verde n.º 39/2013, Série I de 2019-08-07; pp. 995-1001.

Lei n.º 51/IX/2019, de 8 de abril. Nova Lei do Alcool. "B.O." da República de Cabo Verde n.º 40/2019, Série I de 2019-04-08; pp. 692-703.



Lei Constitucional n.º 1/V/99 de 23 de Novembro. Constituição da República de Cabo Verde.

Marmot M., Bloomer E., Goldblatt P. (2013). The Role of Social Determinants in Tackling Health Objectives in a Context of Economic Crisis. *Public Health Rev*; 35:1–24.

Ministério das Finanças (2018). Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável 2017/2021. Direção Nacional do Planeamento. Governo de Cabo Verde.

Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) 2015-2020. República de Cabo Verde.

Ministério da Saúde e da Segurança Social (2019). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021. República de Cabo Verde.

Ministério da Saúde e da Segurança Social (2009). Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental 2009-2013. República de Cabo Verde.

Ohmberger J., Fichera E. & Sutton, M. (2017) The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*, Volume 195.

Organização Mundial da Saúde (2000). Relatório da Saúde Mundial 2000. Sistemas de saúde: melhorar o desempenho. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 26/2014, de 19 de março. Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza III (DECRP III). “B.O.” da República de Cabo Verde n.º 20/2014, SUP, Série I de 2014-03-19; pp. 2-72.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 51/2016, de 18 de abril. Plano Estratégico multisectorial de Combate aos Problemas Ligados ao álcool 2016-2020. “B.O.” da República de Cabo Verde n.º 29/2016, Série I de 2016-04-18; pp. 1044-75.

Rhannon Lee, W. et al. (2017). Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 52, Issue 5, 653 - 666.

Schiefer, U., Teixeira, P.J. & Monteiro, S. (2006). Manual de facilitação para a gestão de eventos e processo participativos. Cascais: Principia.

Schiefer, U., Bal-Dobel, L., Batista, A., Reinald, D., Nogueira, J. & Teixeira, P. (2006). Manual de planeamento e avaliação de projectos. Cascais: Principia.

Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Kessler, R. C. (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA psychiatry*. 73. 1-9.

UN Human Rights Council (2019). Report of the Special Rapporteur on the Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Report of the Special Rapporteur A/HRC/41/34.

UN General Assembly Resolution n.º 70/1 (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, A/Res/70/1.

UNICEF (2019). Campanha “Solidariedade de Ferro”. <https://www.unicef.pt/actualidade/noticias/vitaferro-cabo-verde/>



World Bank (2019). Cabo Verde Aspectos Gerais: Contexto. <https://www.worldbank.org/pt/country/caboverde/overview>

World Bank (2019). Revisiting the Efficiency of Public Spending to Reduce Debt and Improve Education and Health Outcomes. Public Expenditure Review. The World Bank Group: African Region.

World Health Organization (2007). Global Plan of Action on Workers 'Health 2008–2017. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2008). Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization and Alzheimer's Disease International (2012). Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2013). Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation (2014). Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014.

World Health Organization (2015). Mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2018). mhGAP FORUM 2018. "Accelerating Country Action on Mental Health". Geneva: World Health Organization.



ANEXOS



EE1. Promoção do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida

OE1. Implementar consulta de desenvolvimento em todos os concelhos do território e em dois centros de referência

Atividades OE1

- 1.1. Formação na área do desenvolvimento: rastreio, avaliação e intervenção
- 1.2. Implementação do modelo uniformizado de rastreio, avaliação e monitorização
- 1.3. Implementação dos modelos de intervenção em perturbações do desenvolvimento

Atividade 1.1.	Formação na área do desenvolvimento: rastreio, avaliação e intervenção									
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Modelo		Sessões Formativas		Avaliação		Sessões Formativas		Avaliação	
Recursos Humanos	Psicólogos (saúde/educação), médicos, enfermeiros, educadores Formadores									
Recursos Materiais	Programa de Formação, Materiais pedagógicos									
Resultado Esperado	Certificação de psicólogos (saúde e educação), médicos, enfermeiros, educadores: 50% até 1S'2022 e 100% 1S'2024									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de profissionais certificados (monitorização anual)									
Fonte de Verificação	Relatórios de formação Relatório semestral do PNSM									
Pressupostos	Envolvimento do MSSS e Ministério da Educação na identificação e apoio de profissionais. Envolvimento do PNSM, Ministério da Educação e de Universidades no planeamento, construção de conteúdos formativos e avaliação de resultados (em acordo com o modelo global de formação e avaliação).									



Atividade 1.2.

Implementação do modelo uniformizado de rastreio, avaliação e monitorização

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Modelo 0		Implementação		Modelo 1		Avaliação		Avaliação	
Recursos Humanos	Psicólogos, Médicos e Enfermeiros Especialistas									
Recursos Materiais	Escala de avaliação									
Resultado Esperado	Maternidades, Centros de Saúde, Escolas e Pediatria aplicam escalas de avaliação, devidamente selecionadas pela Coordenação PSM.									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Centro de Referência aplica modelo de avaliação avançado.									
	Número de avaliações realizadas por estrutura.									
Fonte de Verificação	Número de contactos estabelecidos com a criança, familiares e educadores.									
	Relatório semestral por parte de cada estrutura									
Pressupostos	Relatório semestral do PNSM									
	Envolvimento do MSSS e Ministério da Educação na identificação e apoio de profissionais.									
	Envolvimento do PNSM, do PNSP e de Universidades no planeamento, adaptação de modelo e avaliação de resultados (em acordo com o modelo de avaliação).									



Atividade 1.3.

Implementação dos modelos de intervenção em perturbações do desenvolvimento

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção do Modelo		Implementação			Avaliação		Avaliação		
Recursos Humanos	Psicólogos (saúde/educação), médicos, enfermeiros, educadores, terapeutas Especialistas									
Recursos Materiais	Materiais didáticos e técnicos									
Resultado Esperado	Delegacias de Saúde e Centros de Referência implementem modelos de intervenção até ao final de 2022									
	Pessoas com indicação que beneficiam da intervenção: 30% até 2S'2022, 50% 2S'2023 e 70% 2S'2025									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de estruturas que implementaram o modelo.									
	% de pessoas com indicação que beneficiam da intervenção									
Fonte de Verificação	Relatório semestral por parte de cada estrutura									
	Relatório semestral do PNSM (com apoio das Delegacias de Saúde e dos Serviços Hospitalares)									
Pressupostos	Envolvimento do MSSS e Ministério da Educação na identificação e apoio de profissionais.									
	Envolvimento do PNSM, Ministério da Educação e de Universidades no planeamento, adaptação de modelo e avaliação de resultados (em acordo com o modelo global de avaliação).									



OE2. Promover o envolvimento das famílias no desenvolvimento do ciclo de vida

Atividades OE2

- 2.1. Formação de profissionais na área da saúde materno-infantil e na relação precoce/vinculação
- 2.2. Aplicação de programa sistematizado de saúde materno-infantil e relação precoce/vinculação
- 2.3. Aplicação de iniciativas de envolvimento e discriminação positiva do parceiro no acompanhamento da criança

Atividade 2.1.	Formação de profissionais na área da saúde materno-infantil e na relação precoce/vinculação									
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Modelo		Sessões Formativas							
Recursos Humanos	Enfermeiros e Psicólogos									
Recursos Materiais	Materiais didáticos e técnicos									
Resultado Esperado	Delegacias de Saúde implementem certificação até final de 2022									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de Profissionais certificados									
Fonte de Verificação	Relatórios de formação									
	Relatório semestral por parte de cada estrutura Relatório semestral do PNSM (com apoio das Delegacias de Saúde)									
Pressupostos	Envolvimento do MSSS na identificação e apoio de profissionais. Envolvimento do PNSM e de Universidades no planeamento, construção de conteúdos formativos e avaliação de resultados (em acordo com o modelo global de formação e avaliação).									



Atividade 2.2.

Aplicação de programa sistematizado de saúde materno-infantil e ralação precoce/vinculação

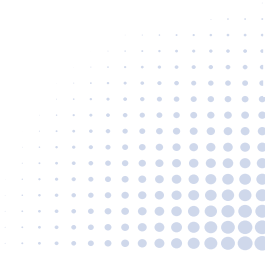
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção do Programa		Implementação			Avaliação		Avaliação		
Recursos Humanos	Enfermeiros e Psicólogos									
Recursos Materiais	Programa de sistematizado de saúde materno-infantil e ralação precoce/vinculação									
Resultado Esperado	Centros de Saúde implementam programa: 30% até 2S'2022, 50% 2S'2023 e 70% 2S'2025									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Aumento dos indicadores de vinculo materno-infantil									
	Número de profissionais certificados para a aplicação do programa									
Fonte de Verificação	Resultados da aplicação do programa									
	Relatório semestral por parte de cada estrutura									
Pressupostos	Baseada em iniciativas locais com sucesso (e.g. Ribeira Grande de Santo Antão e Achada Grande de Trás). Articulação com a maternidade (e.g. mostrar o “percurso do parto”).									
	Envolvimento do MSSS na identificação e apoio de profissionais.									
	Envolvimento do PNSM e de Universidades no planeamento, adaptação de programa e avaliação de resultados (em acordo com o modelo global de programas e avaliação).									



Atividade 2.3.

Aplicação de iniciativas de envolvimento e discriminação positiva do parceiro no acompanhamento da criança

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção do Modelo			Avaliação		Avaliação		Avaliação		Avaliação
Recursos Humanos	Todos os profissionais de saúde e educação									
Recursos Materiais	(em função das iniciativas)									
Resultado Esperado	Aumento da participação de 3º elemento nas atividades relacionadas com o desenvolvimento bio-psico-social									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de presenças de 3º elemento em atendimentos em consultas saúde infantil e familiar									
	Número de presenças de 3º elemento em encontros formais/reuniões nas Escolas									
Fonte de Verificação	Relatório estatístico das estruturas de saúde e educação									
Pressupostos	Introdução do Logotipo do PNSM nas campanhas de sensibilização à participação.									





OE3. Reforçar a articulação intra e intersectorial para o desenvolvimento de competências psicossociais ao longo do ciclo de vida

Atividades OE3

3.1. Desenvolver iniciativas bilaterais entre sectores públicos - 2 vezes/ano

3.2. Formação de competência de comunicação, incluindo referência e contra referência, entre diferentes profissionais na área da saúde mental

Atividade 3.1.	Desenvolver iniciativas bilaterais entre sectores públicos - 2 vezes/ano									
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Iniciat. 1	Iniciat. 2	Iniciat. 3	Iniciat. 4	Iniciat. 5	Iniciat. 6	Iniciat. 7	Iniciat. 8	Iniciat. 9	Iniciat. 10
Recursos Humanos	Gabinetes dos diferentes ministérios									
Recursos Materiais	(em função das iniciativas)									
Resultado Esperado	Aumento de iniciativas conjuntas entre os diferentes setores (para técnicos)									
	Assinatura de compromissos (despachos conjuntos ou memorandos de entendimento) entre diferentes setores/decisores									
	Número de encontros Formais (públicos) entre a saúde mental e outros setores da sociedade									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de compromissos (despachos conjuntos ou memorandos de entendimento) entre diferentes setores/decisores									
	Número de medidas aplicadas de acordo com os compromissos									
Fonte de Verificação	Relatório de atividades do PNSM									
Pressupostos	Saúde (Mental) e outros setores da sociedade: educação, justiça, transportes, municípios, ONGs, forças de segurança. Facilitar a comunicação entre os técnicos.									



Atividade 3.2.

Formação de competência de comunicação, incluindo referência e contra referência, entre diferentes profissionais na área da SM

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção do Programa		Sessões Formativas			Avaliação		Avaliação		Avaliação
Recursos Humanos	Profissionais que atuam na área da saúde mental: doença, deficiência e comportamentos aditivos									
Recursos Materiais	Programa de competências de comunicação em saúde mental									
	Estruturas ligadas à SM implementem formação de competências de comunicação até final de 2022									
Resultado Esperado	Aumento da satisfação dos utentes e dos profissionais									
	Aumento da articulação entre os profissionais									
	Número de estruturas que implementara a formação									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de profissionais certificados									
	Satisfação dos utentes e profissionais (incluindo medida relativa à articulação - referência e contra referência)									
	Relatórios de formação									
Fonte de Verificação	Relatório semestral por parte de cada estrutura									
	Relatório semestral do PNSM (com apoio das Delegacias de Saúde e dos Serviços de Psiquiatria)									
	Envolvimento de estruturas no âmbito da doença mental, incapacidade intelectual e comportamentos aditivos.									
Pressupostos	Envolvimento do MSSS na identificação e apoio de profissionais.									
	Envolvimento do PNSM e de Universidades no planeamento, adaptação de programa e avaliação de resultados (em acordo com o modelo global de programas e avaliação).									



EE2. Serviços de Saúde Mental

OE4. Adequar os Serviços de Urgência Psiquiátrica e Psicológica nos diferentes níveis de cuidados

Atividades OE4

- 4.1. Criação de espaços adequados para observação e estabilização de pessoas com sintomatologia neuropsiquiátrica
- 4.2. Formação de profissionais na área dos “primeiros socorros psicológicos”
- 4.3. Formação de profissionais de saúde na área das “urgências psiquiátricas”

Atividade 4.1.	Criação de espaços adequados para observação e estabilização de pessoas com sintomatologia neuropsiquiátrica									
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Implementação			Avaliação		Avaliação				Avaliação
Recursos Humanos	Responsáveis hospitalares, psiquiatras e psicólogos									
Recursos Materiais	Sala de observação e estabilização psiquiátrica nos diferentes níveis de cuidados									
Resultado Esperado	Centros de Saúde e Hospitais implementação de espaços de urgência psiquiátrica: 30% até 2S'2022, 50% 2S'2023 e 70% 2S'2025									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de serviços com espaço de urgência adequados									
Fonte de Verificação	Relatório estatístico das estruturas de saúde Relatório semestral do PNSM (com apoio das Delegacias de Saúde e dos Serviços de Psiquiatria)									
Pressupostos	Reconhecimento por parte de todos os serviços de saúde das vantagens inerentes ao procedimento Todas as estruturas de saúde devem empenhar-se nesta concretização									



Atividade 4.2.

Formação de profissionais na área dos “primeiros socorros psicológicos”

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção do Programa		Sessões Formativas			Avaliação		Sessões Formativas		Avaliação
Recursos Humanos	Profissionais de diferentes setores que atuam na área da saúde mental									
Recursos Materiais	Materiais didáticos e técnicos									
Resultado Esperado	Delegacias de Saúde e Urgências Hospitalares implementem certificação em “1º Socorros psicológicos” até final de 2022									
	Profissionais certificados: 30% até 2S'2022, 50% 2S'2023 e 100% 2S'2025									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de profissionais certificados em “primeiros socorros psicológicos”									
Fonte de Verificação	Relatórios de formação Relatório semestral do PNSM (com apoio dos Serviços envolvidos)									
Pressupostos	Todos os profissionais que atuam na área da saúde mental podem/devem ser certificados (e.g. assistentes sociais, professores, forças de segurança, etc.)									



Atividade 4.3.	Formação de profissionais de saúde na área das “urgências psiquiátricas”										
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25	
Calendário	Construção do Programa		Implementação			Avaliação		Sessões Formativas			Avaliação
Recursos Humanos	Médicos e enfermeiros										
Recursos Materiais	Materiais didáticos e técnicos										
Resultado Esperado	Delegacias de Saúde e Urgências Hospitalares implementem certificação em “urgências psiquiátricas” até final de 2022										
	Profissionais certificados: 30% até 2S'2022, 50% 2S'2023 e 100% 2S'2025										
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de estruturas que implementam certificação										
	Número de profissionais certificados em “urgências psiquiátricas”										
Fonte de Verificação	Relatórios de formação										
	Relatório das Delegacias de Saúde										
	Relatório semestral do PNSM (com apoio das Delegacias de Saúde e dos Serviços de Psiquiatria)										
Pressupostos	Todas as estruturas de saúde devem empenhar-se nesta concretização										



OE5. Aumentar o acesso a consultas de ambulatório na área das doenças neuropsiquiátricas

Atividades OE5

- 5.1. Promoção da descentralização das consultas de psiquiatria
- 5.2. Formação de profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários
- 5.3. Certificação de estruturas de saúde como “amigas” da saúde mental

Atividade 5.1.	Promoção da descentralização das consultas de psiquiatria									
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário		Avaliação		Avaliação		Avaliação		Avaliação		Avaliação
Recursos Humanos	Psiquiatras									
Recursos Materiais	Apoio à deslocação de Psiquiatras e Telemedicina									
Resultado Esperado	Aumento do acesso às consultas de ambulatório nos diferentes espaços geográficos									
	Aumento do contacto entre a psiquiatria e os outros serviços de saúde									
	Número de consultas no serviço de psiquiatria (género, idade, residência)									
	Número de consultas de telemedicina (género, idade, residência)									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de interconsultas (ligação) em contexto hospitalar (género, idade, residência)									
	Número de interconsultas (ligação) em contexto comunitário (género, idade, residência)									
Fonte de Verificação	Relatório do Serviços de Psiquiatria									
	Relatório semestral do PNSM (com apoio das Delegacias de Saúde, Telemedicina e dos Serviços de Psiquiatria)									
Pressupostos	Revisão do registo de consultas e classificação de doentes									



Atividade 5.2.

Formação de profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção do Programa		Sessões Formativas			Avaliação		Sessões Formativas		Avaliação
Recursos Humanos	Clínicos Gerais, Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes Sociais									
Recursos Materiais	Materiais didáticos e técnicos									
	Delegacias de Saúde implementem certificação em doenças prioritárias (CV) até final de 2022									
Resultado Esperado	Profissionais certificados: 30% até 2S'2022, 50% 2S'2023 e 100% 2S'2025									
	Aumento do acesso às consultas de ambulatório nos diferentes espaços geográficos									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de profissionais certificados em cursos de doenças prioritárias									
	Relatórios de formação									
Fonte de Verificação	Relatório das Delegacias de Saúde									
	Relatório semestral do PNSM (com apoio das Delegacias de Saúde)									
Pressupostos	PNSM identifica doenças prioritárias (e.g. psicoses, depressão/suicídio, comportamentos aditivos, perturbações de ansiedade, etc.)									



Atividade 5.3.

Certificação de estruturas de saúde como “amigas” da saúde mental

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção do Programa		Implementação			Avaliação		Avaliação		
Recursos Humanos	Profissionais dos serviços de saúde									
Recursos Materiais	Programa e protocolo de certificação									
Resultado Esperado	Estruturas de Saúde implementem certificação na área da saúde mental									
	Estruturas certificadas: 30% até 2S'2022, 50% 2S'2023 e 100% 2S'2025									
	Aumento do acesso às consultas de ambulatório nos diferentes espaços geográficos									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de estruturas certificadas em cursos de doenças prioritárias									
Fonte de Verificação	Relatórios de certificação Relatório semestral do PNSM									
Pressupostos	“Acolher e traduzir” - empatia com todos os utilizadores e profissionais. Critérios de certificação são definidos pelo MSSS, OMS, Universidades, etc.									



OE6. Integrar o internamento psiquiátrico na abordagem global em saúde mental

Atividades OE6

6.1. Criação de serviço de internamento psiquiátrico, integrado nos hospitais centrais e regionais

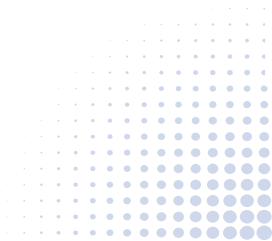
6.2. Integrar o internamento psiquiátrico na abordagem global em saúde mental

Atividade 6.1.	Criação de serviço de internamento psiquiátrico, integrado nos hospitais centrais e regionais									
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Implementação			Avaliação		Avaliação		Avaliação		Avaliação
Recursos Humanos	Psiquiatria, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social									
Recursos Materiais	8/10 camas nos hospitais gerais e 4 camas nos regionais (ref. OMS 0,1 - 0,16 /1000 hab.)									
Resultado Esperado	Serviço de internamento psiquiátrico em todos os hospitais centrais e regionais									
	Extinção dos internamentos na área da saúde mental fora das estruturas hospitalares									
	Redução do tempo de internamento									
	Redução de internamentos por motivos sociais (não clínicos)									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de estruturas hospitalares com serviço internamento psiquiátrico									
	Número de internamentos/reinternamentos realizados									
	Motivo do internamento									
Fonte de Verificação	Tempos de internamentos									
	Relatórios dos serviços de psiquiatria Relatório semestral do PNSM									
Pressupostos	Internamentos devem (vir a) ser exclusivamente realizados pela psiquiatria									



Atividade 6.2. Implementação de “protocolo de alta hospitalar” com vista à reintegração na comunidade

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Implementação			Avaliação		Avaliação		Avaliação		Avaliação
Recursos Humanos	Psiquiatria, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social									
Recursos Materiais	Protocolo de referênciação e acompanhamento									
Resultado Esperado	Aumento da referênciação para Equipa Multidisciplinar de Reabilitação Psicossocial EMRP (Delegacias de Saúde)									
	Aumento do número de pessoas com acesso a programas de reabilitação psicossocial, após alta hospitalar									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de referencias e contra referências									
Fonte de Verificação	Relatório das Delegacias de Saúde (com apoio dos CAPS) Relatório dos Serviços de Psiquiatria Relatório semestral do PNSM									
Pressupostos	A referênciação após a alta do internamento é efetuada para a EMRP do Delegacia de Saúde									





EE3. Reabilitação Psicossocial

OE7. Promover a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental e deficiência intelectual

Atividades OE7

- 7.1. Certificação de estruturas educacionais, jurídicas, sociais e de saúde na área da reabilitação psicossocial
- 7.2. Criação de Equipas Multidisciplinares Reabilitação Psicossocial nas diferentes Delegacias de Saúde
- 7.3. Criação de Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) - Estruturas intermédias nos diferentes Municípios
- 7.4. Formação de profissionais em três programas de reabilitação psicossocial

Atividade 7.1.	Certificação de estruturas educacionais, jurídicas, sociais e de saúde na área da reabilitação psicossocial										
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25	
Calendário	Construção do Modelo		Implementação			Avaliação		Avaliação			
Recursos Humanos	Responsáveis pela estruturas que intervêm na reabilitação psicossocial										
Recursos Materiais	Modelo e protocolo de certificação										
Resultado Esperado	Estruturas certificadas: 30% até 2S'2022, 50% 2S'2023 e 100% 2S'2025										
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Aumento do acesso à Reabilitação Psicossocial nos diferentes espaços geográficos										
	Número de estruturas certificadas na área da Reabilitação Psicossocial										
Fonte de Verificação	Número de pessoas que beneficiam de Reabilitação Psicossocial nos diferentes espaços geográficos										
	Relatórios de certificação Relatório semestral do PNSM										
Pressupostos	Criar critérios de certificação de acordo com os diferentes tipos de estruturas de apoio e definidos pelo MSSS, OMS, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, Universidades, etc.										



Atividade 7.2.

Criação de Equipas Multidisciplinares Reabilitação Psicossocial nas diferentes Delegacias de Saúde

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Implementação			Avaliação		Avaliação		Avaliação		Avaliação
Recursos Humanos	Médicos, Psicólogos, Enfermeiros, Assistente Social, Agentes Sanitários, Fisioterapeuta									
Recursos Materiais	Escala de avaliação e modelo de intervenção									
Resultado Esperado	Delegacia de saúde implementam modelo uniformizado de avaliação e monitorização									
	Delegacia de saúde implementam Planos Individuais de Intervenção									
	Número de estruturas que implementaram as equipas Reabilitação Psicossocial									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	% de pessoas com indicação que beneficiam da avaliação por estrutura de saúde									
	% de pessoas com indicação que beneficiam da intervenção por estrutura									
Fonte de Verificação	Relatório semestral da Delegacias de Saúde									
	Relatório semestral do PNSM									
	Identificação e adequação dos modelos de avaliação e intervenção (individual e coletiva).									
Pressupostos	Envolvimento do MSSS na identificação e apoio de profissionais.									
	Envolvimento do PNSM e de Universidades no planeamento, adaptação de modelo e avaliação de resultados (em acordo com o modelo de avaliação).									



Atividade 7.3. Criação de Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) - Estruturas intermédias nos diferentes Municípios

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Implementação			Avaliação		Avaliação		Avaliação		Avaliação
Recursos Humanos	Equipa multidisciplinar na área da saúde mental									
Recursos Materiais	Sala/anexo ou estrutura dedicada à reabilitação psicossocial									
Resultado Esperado	Governo impulsiona a criação de Centros de Apoio Psicossocial nos diferentes municípios: 30% até 2S'2022, 50% 2S'2023 e 70% 2S'2025									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Delegacias de Saúde implementem modelos de intervenção e monitorização até ao final de 2025									
	Número de Municípios que implementaram Centros de Apoio Psicossocial									
Fonte de Verificação	Número de pessoas com indicação que beneficiam de Programas Reabilitação Psicossocial									
	Relatórios dos Municípios									
Pressupostos	Relatório semestral do PNSM (como o apoio das estruturas intermédias)									
	Centros de Dia que abrangem as três áreas prioritárias: Doença Mental, Incapacidade Intelectual e Comportamentos Aditivos									



Atividade 7.4.

Formação de profissionais em três programas de reabilitação psicossocial

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção do Programa		Sessões Formativas			Avaliação		Sessões Formativas		Avaliação
Recursos Humanos	Equipa multidisciplinar dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS)									
Recursos Materiais	Materiais didáticos e técnicos									
Resultado Esperado	Profissionais dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) com formação em programas de intervenção na área da doença mental, deficiência intelectual e comportamentos aditivos									
	Monitorização da intervenção psicossocial									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de profissionais formados em programas de intervenção									
	Número de profissionais formados por Centros de Apoio Psicossocial (CAPS)									
Fonte de Verificação	Relatórios de Formação									
	Relatórios dos Municípios									
	Relatório semestral do PNSM (como o apoio das estruturas intermédias)									
Pressupostos	Os programas são selecionados pelo PNSM, em articulação com as entidades formadores e Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), com o envolvimento dos beneficiários									



OE8. Promover a saúde mental na comunidade

Atividades OE8

8.1. Ações de sensibilização na sociedade civil

8.2. Realização de 10 jornadas de saúde mental - 2 vezes/ano

Atividade 8.1.	Ações de sensibilização na sociedade civil									
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário		Avaliação		Avaliação		Avaliação		Avaliação		Avaliação
Recursos Humanos	Profissionais de saúde mental e parceiros da sociedade civil									
Recursos Materiais	Em acordo com as campanhas									
	Pelo menos uma campanha temática de sensibilização, por ano, com a participação de “campeões”									
Resultado Esperado	Articulação com diferentes sectores da sociedade civil									
	Diminuição do estigma e aumento do conhecimento									
	Recursos disponibilizados pelos diferentes setores									
	Número de campanhas realizadas									
	Número de campeões envolvidos									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de setores envolvidos									
	Montante investido pelo setor parceiro									
	Conhecimento, atitudes e crenças, associadas aos temas da campanha de saúde mental									
Fonte de Verificação	Relatórios, orçamentos e questionário de opinião									
	Relatório de atividades do PNSM									
Pressupostos	Promoção de comportamentos saudáveis (mais relações positivas e menos doença). Campeões: pessoas de referência, presentes em diferentes setores da sociedade (e.g. cultura, desporto, educação).									
	Articulação com o Dia Mundial para a Saúde Mental e os eixos do PENSM21/25									



Atividade 8.2.

Realização de 10 jornadas de saúde mental - 2 vezes/ano

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Iniciat. 1	Iniciat. 2	Iniciat. 3	Iniciat. 4	Iniciat. 5	Iniciat. 6	Iniciat. 7	Iniciat. 8	Iniciat. 9	Iniciat. 10
Recursos Humanos	Profissionais de saúde mental									
Recursos Materiais	Sala de reunião/conferência, telemedicina, deslocações da equipa de coordenação									
Resultado Esperado	Duas jornadas de saúde mental por ano, com temas relativos às principais linhas do PENSM21/25									
	Apresentação dos resultados semestrais relativos à implementação do Programa Nacional de SM									
	Envolvimento dos profissionais de saúde mental: participação e organização									
	Número de jornadas realizadas									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de participantes									
	Número de profissionais envolvidos por tarefa: organização, comunicação, grupos de trabalho, etc.									
Fonte de Verificação	Relatório de atividades do PNSM (com o apoio das instituições envolvidas)									
Pressupostos	Dia Mundial da Saúde Mental e, pelo menos, outra jornada realizada no semestre anterior com tema nacional. Realizados descentralizadas pelos principais centros de atividade (5 hospitais e 5 comunidade).									



EE4. Formação em Saúde Mental

OE9. Assegurar a qualidade dos cuidados através da ação formativa em saúde mental

Atividades OE9

9.1. Desenvolvimento de modelo de formação na área da saúde mental pelo Programa Nacional de Saúde Mental

9.2. Certificação da formação na área da saúde mental pelas entidades formadoras locais, em concertação com o Programa Nacional de Saúde Mental

Atividade 9.1.	Desenvolvimento de modelo de formação na área da saúde mental pelo Programa Nacional de Saúde Mental									
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção do Modelo				Reavaliação		Reavaliação		Reavaliação	
Recursos Humanos	Profissionais de saúde mental, Docentes e Investigadores									
Recursos Materiais	Material didático									
Resultado Esperado	Criação de modelo de formação									
	Reavaliação anual da sua aplicação									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Avaliação do modelo 360°									
	Número de pessoas que participaram na reavaliação do modelo									
Fonte de Verificação	Questionário de avaliação									
	Relatório de atividades do PNSM (com o apoio das Universidades envolvidas)									
Pressupostos	O modelo de formação inclui de base: (i) módulos obrigatórios de acordo com o PENSM21/25, (si) critérios de avaliação e (si) articulação institucional (Programa Nacional, com entidades formadoras e, eventualmente, outras entidades implicadas) no desenvolvimento de conteúdos. O modelo pode ser revisto, com base nestes pressupostos.									



Atividade 9.2. Certificação da formação na área da saúde mental pelas entidades formadoras locais, em concertação com o Programa Nacional de Saúde Mental

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção do Modelo		Implementação			Avaliação				Avaliação
Recursos Humanos	Responsáveis por entidades formadoras, Profissionais de Saúde Mental, Docentes e Investigadores									
Recursos Materiais	Material didático									
	Implementação de modelo de certificação das formações na área da saúde mental									
Resultado Esperado	Envolvimento de entidades formadoras locais, em concertação com o PNSM									
	Aumento de competências na área da saúde mental de acordo com o modelo de avaliação									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de formações certificadas por entidades locais									
	Número de pessoas com formação certificada na área da saúde mental									
Fonte de Verificação	Relatório de atividades do PNSM (com o apoio das Universidades envolvidas)									
Pressupostos	Considera-se entidade formadora instituições de ensino superior ou outras devidamente certificadas pelo MSSS e PNSM. Contempla-se a possibilidade de concertação com outras entidades (e.g. Ministérios, Universidades nacionais e estrangeiras)									



OE10. Assegurar o acolhimento dos profissionais com vista à integração nos serviços de saúde mental

Atividades OE10

10.1. Criação de modelo de acolhimento para profissionais de saúde mental

Atividade 10.1.	Criação de modelo de acolhimento para profissionais de saúde mental									
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção do Modelo		Implementação			Avaliação				Avaliação
Recursos Humanos	Profissionais de saúde mental, Docentes e Investigadores									
Recursos Materiais	Dossier de Acolhimento									
Resultado Esperado	Implementação de modelo de acolhimento a profissionais que integrem os serviços de saúde mental									
	Melhoria da articulação intersectorial									
	Melhoria do desempenho individual de acordo com o modelo de acolhimento									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de formações certificadas por entidades locais									
	Número de pessoas com formação certificada na área da saúde mental									
Fonte de Verificação	Relatório de atividades do PNSM (com o apoio das Universidades envolvidas)									
Pressupostos	Considera-se a criação de um dossier de acolhimento por parte do Programa Nacional em articulação com o IFP, com particular atenção aos aspetos linguísticos e culturais, sobretudo para estrangeiros em regime de cooperação (disponibilizado na altura do contrato). Estágio (observação e supervisão) de 3 meses nos 3 níveis de cuidados: hospitalares, comunidade/delegacias e CAPs (1 mês/nível).									



OE11. Promover a especialização dos profissionais de saúde mental

Atividades OE11

11.1. Implementação de especialização de profissionais da área da saúde mental

Atividade 11.1.	Implementação de especialização de profissionais da área da saúde mental									
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Iniciat. 1	Avaliação	Iniciat. 2	Avaliação	Iniciat. 3	Avaliação	Iniciat. 4	Avaliação	Iniciat. 5	Avaliação
Recursos Humanos	Profissionais de Saúde Mental, Docentes e Investigadores									
Recursos Materiais	Bolsa de Especialização e Material de divulgação									
Resultado Esperado	Criação de regulamento para concurso de atribuição de apoio									
	Especialização de três profissionais de saúde mental									
	Melhoria do desempenho individual e da qualidade dos serviços prestados									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Criação de bolsa de especialistas/supervisores para as diferentes áreas de atuação									
	Número de candidatos aceites a concurso									
Fonte de Verificação	Número de profissionais que terminaram a especialização									
	Relatório de atividades do PNSM (com o apoio das Universidades envolvidas)									
Pressupostos	Criação de especialistas, nos 3 níveis de cuidados: hospitalares, comunidade/delegacias e CAPs (1 especialista/nível/ano). O Programa Nacional envolve-se na negociação para criação de especialistas.									



EE5. Investigação e divulgação em Saúde Mental

OE12. Promover a investigação e o apoio à decisão em saúde mental

Atividades OE12

- 12.1. Criação de grupo de trabalho no âmbito da avaliação de pessoas, programas e atividades
- 12.2. Desenvolvimento do modelo de recolha e análise de dados
- 12.3 Emissão de Linhas de Orientação para a saúde mental
- 12.4. Criação de plataforma informática oficial/governamental dedicada à saúde mental

Atividade 12.1.	Criação de Grupo de Trabalho no âmbito da avaliação de Pessoas, Programas e Atividades em saúde mental									
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção de Modelo		Implementação			Avaliação		Avaliação		Avaliação
Recursos Humanos	Profissionais de Saúde Mental, Docentes e Investigadores									
Recursos Materiais	Material de apoio à atividade do grupo de trabalho									
Resultado Esperado	Identificação e seleção de provas de avaliação psicológica adaptadas às necessidades e à realidade de CV									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Criação de modelo de monitorização e determinação da eficácia/eficiência de Programas e Atividades									
	Aumento de dados e evidência em saúde mental									
	Número de pessoas com perturbações MNS envolvidas no processo de avaliação formal									
Fonte de Verificação	Número de profissionais de saúde mental envolvidos em processos de avaliação formal									
	Número de provas/testes formalmente selecionadas pelo PNSM									
	Número de programa de saúde mental avaliados									
Pressupostos	Relatório de atividades do PNSM (com o apoio do Grupo de Trabalho)									
	Relatórios de Formação (em Programas do PNSM)									
	Relatórios das diferentes unidades onde se realizam as avaliações									
Pressupostos	Identificação de profissionais de saúde/especialistas envolvidos em atividade de avaliação psicológica. Atender aos fundamentos do Projeto Oficina sobre a Avaliação no Contexto da Intervenção psicológica (Relatório de Saúde Mental, 2016).									



Atividade 12.2.

Desenvolvimento do modelo de recolha e análise de dados

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Construção de Modelo		Implementação			Avaliação		Avaliação		Avaliação
Recursos Humanos	Profissionais de saúde mental, Técnicos de Estatística, Decisores, Docentes e Investigadores									
Recursos Materiais	Material de apoio à atividade									
	Criação de regulamento/procedimentos para recolha de dados em saúde mental									
	Uniformização dos procedimentos de recolha									
Resultado Esperado	Aumento do número de dados relativos à saúde mental									
	Aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários									
	Aumento do número de publicações relativas à saúde mental em CV									
	Número (%) de perturbações mentais registadas nos Cuidados de Saúde Primários									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de profissionais envolvidos na recolha, codificação e análise									
	Número de publicações na área da saúde mental									
	Relatório semestral por parte de cada estrutura envolvida na recolha de dados									
Fonte de Verificação	Relatório do PNSP									
	Relatório semestral do PNSM									
Pressupostos	Envolvimento do MSSS na identificação e apoio de profissionais. Envolvimento do PNSM, do PNSP e de Universidades no planeamento, adaptação de modelo e avaliação de resultados (em acordo com o modelo nacional). Consideram-se publicações parciais (e.g. relatórios globais) e exclusivas para a saúde mental									



Atividade 12.3.

Emissão de Linhas de Orientação

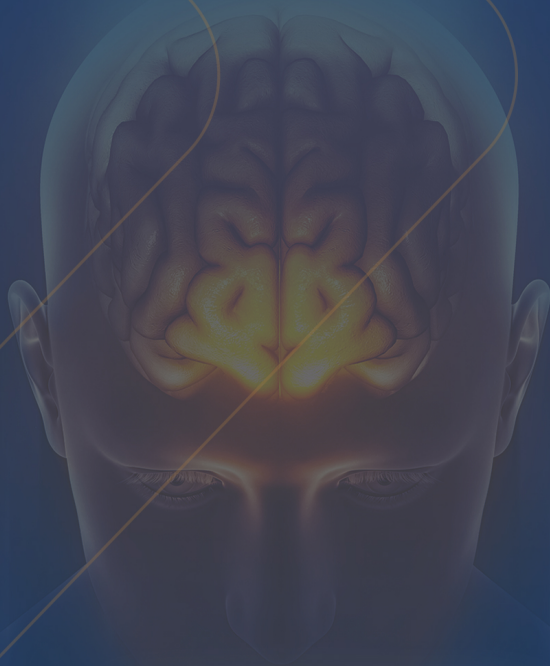
	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Implementação		Publicação	Avaliação	Publicação	Avaliação	Publicação	Avaliação	Publicação	Avaliação
Recursos Humanos	Profissionais de saúde mental									
Recursos Materiais	Boletim de divulgação/sítio da Internet									
Resultado Esperado	Melhoria quantitativa e qualitativa de orientações técnico normativa na área da saúde mental									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Aumento da articulação intersectorial									
	Número de Linhas de Orientação emitidas									
Fonte de Verificação	Número de referências feitas em publicações oficiais/governamentais ou académicas									
	Relatório semestral do PNSM									
Pressupostos	Criação de grupos de trabalho por área prioritárias para emissão de Linhas de Orientação (“ <i>guide lines</i> ”)									



Atividade 12.4.

Criação de plataforma informática oficial/governamental dedicada à saúde mental

	1S '21	2S '21	1S '22	2S '22	1S '23	2S '23	1S '24	2S '24	1S '25	2S '25
Calendário	Implementação		Publicação/Avaliação		Publicação/Avaliação		Publicação/Avaliação		Publicação/Avaliação	
Recursos Humanos	Profissionais de saúde mental, Técnicos de Informática e Decisores									
Recursos Materiais	Domínio da Internet e material informático									
	Aumento da visibilidade relativa aos temas da saúde mental									
Resultado Esperado	Dinamização da atividades informativas									
	Aumento do conhecimento relativo à saúde mental									
	Número de publicações oficiais/governamentais ou académicas									
Indicadores Objetivos e Verificáveis	Número de dados recolhidos (e.g. inquéritos on-line)									
	Número de Linhas de Orientação emitidas									
Fonte de Verificação	Relatório semestral do PNSM									
Pressupostos	A dinamização do sítio assenta nos princípios do PENSM21/25 (e.g. Reconhecer e cultivar a capacidade das comunidades para reduzir o estigma), promove as boas-práticas e serve de plataforma de apoio à decisão (e.g. inquéritos on-line).									



PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL



Ministério da Saúde e
da Segurança Social
Direção Nacional da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
Cabo Verde

2021 - 2025