



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

### **Desigualdade no Acesso à Saúde Mental em Crianças e Adolescentes**

**Revisão da Bibliografia**

Maria Luísa Caetano Baltazar

**Orientado por:**

Professora Doutora Cristina Ribeiro

---

**Junho'2024**

## **Resumo**

### **Introdução**

De acordo com a OMS, estima-se que uma em cada sete crianças entre dez e dezanove anos sofra de uma perturbação mental, que frequentemente permanece subdiagnosticada e subtratada devido ao estigma associado a doenças mentais e à inacessibilidade a cuidados de saúde. Depressão, ansiedade e distúrbios comportamentais são das principais causas de doença e incapacidade em adolescentes. O suicídio é a quarta causa de morte entre os quinze a vinte e nove anos.

Adicionalmente, crianças com perturbações mentais enfrentam riscos de exclusão social, estigma (que atrasa a procura de ajuda), dificuldades educacionais, comportamentos de risco, problemas de saúde física e violações dos direitos humanos.

Os Cuidados de Saúde Primários acompanham o desenvolvimento psicomotor da criança, tendo a possibilidade de intervir precocemente, e de apostar na prevenção de doenças mentais.

### **Objetivos**

Este trabalho visa reunir informação relevante acerca do acesso de crianças e adolescentes à saúde mental, às políticas de saúde em vigor e o papel dos cuidados primários na saúde mental desta população. Pretende-se, também, realizar propostas de políticas de saúde para Portugal, de modo a promover uma intervenção que reequilibre a balança do acesso a Saúde Mental.

### **Metodologia**

Este trabalho baseia-se na pesquisa e análise de artigos, publicados nos últimos vinte anos, sobre desigualdades no acesso à saúde mental de crianças e adolescentes, bem como nas políticas de saúde adotadas por diferentes países e as diretrizes da Organização Mundial de Saúde. Os motores de busca utilizados foram o PubMed e consultou-se bases de dados de Saúde Mental reconhecidas como fidedignas (OMS, DGS, AAP, UNICEF, Comissão Europeia).

### **Conclusão**

Tendo por base a análise bibliográfica e as características do Serviço Nacional de Saúde atual, a conclusão deste trabalho são propostas de políticas de saúde de combate à inacessibilidade a cuidados de Saúde Mental através dos Cuidados de Saúde Primários.

**Palavras-Chave:** Cuidados de Saúde Primários, Acesso a Saúde Mental, Crianças e Adolescentes, Políticas de Saúde

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, sem qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

## **Abstract**

### **Introduction**

According to the WHO, it is estimated that one in every seven children between the ages of ten and nineteen suffers from a mental disorder, which often remains underdiagnosed and undertreated due to the stigma associated with mental illness and inaccessibility to healthcare. Depression, anxiety, and behavioral disorders are the main causes of illness and disability in adolescents. Suicide is the fourth leading cause of death among those aged fifteen to twenty-nine.

Additionally, children with mental disorders face risks of social exclusion, stigma (which delays seeking help), educational difficulties, risky behaviors, physical health problems and human rights violations.

Primary Health Care monitors the child's psychomotor development, with the possibility of taking an action on an early stage and focusing on the prevention of mental illnesses.

### **Goals**

This work aims to gather relevant information about children and adolescents' access to mental health, current health policies and the role of primary care in the mental health of this population. It is also aimed to make health policy proposals for Portugal, to promote an intervention that rebalances the access to Mental Health.

### **Methodology**

This work is based on research and analysis of articles, published in the last twenty years, on inequalities in access to mental health for children and adolescents, as well as health policies adopted by different countries and the guidelines of the WHO. The search engines used were PubMed and Mental Health databases recognized as reliable were consulted (WHO, DGS, AAP, UNICEF, European Commission).

## **Conclusions**

Based on bibliographical analysis and the characteristics of the current Portuguese National Health Service, the conclusion of this work are proposals for health policies to combat inaccessibility to Mental Health care through Primary Health Care.

**Keywords:** Primary Health Care, Access to Mental Health, Children and Adolescents, Health Policies

## Índice

<b>Resumo</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Introdução e Enquadramento</b> .....	<b>6</b>
<b>O potencial da Integração da SMI nos CSP em contexto de Saúde Infantil</b> .....	<b>9</b>
1. Determinante: Falta de acesso a Cuidados Especializados   Solução nos CSP: Alta taxa de visitas aos CSP .....	10
2. Determinante: Estigma de Doenças Mentais   Solução nos CSP: Normalização da prestação de Cuidados de SM.....	12
3. Determinante: Custos dos Cuidados de SM   Solução nos CSP: Prestação de CSP em fases precoces da doença mental reduz custos .....	13
<b>Abordagens até à data</b> .....	<b>19</b>
<b>Cuidados Colaborativos e Colocação</b> .....	<b>24</b>
A. Cuidados Colaborativos .....	24
B. Colocação .....	25
<b>Validar Desafios</b> .....	<b>27</b>
1. Restrições de tempo.....	27
2. Reembolso .....	28
3. Falta de interesse/experiência no tratamento de doenças mentais .....	28
<b>Abordagens Práticas para Profissionais de Saúde Individualmente</b> .....	<b>29</b>
<b>Medidas baseadas na evidência</b> .....	<b>30</b>
1. Rastreios.....	30
2. Procurar Educação Médica Continuada (EMC) relevante ou certificação de especialidade	34
3. Desenvolver uma Lista de Recursos .....	34
4. Tecnologias Digitais e SM.....	35
<b>Exemplos de sucesso de intervenções nos CSP</b> .....	<b>37</b>
Paquistão – Programa <i>Thinking Healthy</i> .....	38
Austrália - <i>Headspace</i> .....	39
<b>Conclusão – Propostas de Políticas de Saúde para Portugal</b> .....	<b>39</b>
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>43</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>44</b>

## Introdução e Enquadramento

A Saúde Mental (SM) é uma componente essencial da saúde do ser humano. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define-a como um estado de bem-estar que permite às pessoas realizar as suas capacidades e potencial, lidar com o stress normal do dia-a-dia, trabalhar produtivamente e contribuir ativamente para a sua comunidade. Como tal, SM não é equivalente a ausência de perturbações mentais. A SM existe num continuum que pode incluir períodos de bem-estar e períodos de sofrimento, muitos dos quais nunca evoluirão para uma doença diagnosticável. Uma boa SM resulta em benefícios de saúde, sociais e económicos que incluem: uma melhor saúde física, a redução de comportamentos destrutivos para a saúde, um melhor desempenho académico, maior produtividade laboral, melhores salários, redução do absentismo, menos crime, maior participação na vida social e redução da mortalidade.<sup>1</sup>

Deste modo, ter SM na infância traduz-se num desenvolvimento psicomotor e emocional adequado para a idade, sendo a criança capaz aprender comportamentos sociais saudáveis, gerir e ultrapassar problemas. Assim, a Saúde Mental Infantil (SMI) tem um impacto positivo na qualidade de vida da criança, permitindo-lhe ter um bom funcionamento em casa, na escola e na sociedade.<sup>2</sup>

As perturbações mentais em crianças são descritas como alterações sérias na forma como as crianças normalmente aprendem, se comportam ou lidam com suas emoções, causando angústia e dificuldades na sua rotina. Apesar de ser natural as crianças ocasionalmente experienciarem medos, preocupações ou comportamentos disruptivos, se os sintomas forem graves, persistentes e interferirem nas atividades escolares, domésticas ou de lazer, a criança pode ser diagnosticada com uma perturbação mental. Tais perturbações associam-se a riscos para a saúde durante todo o decorrer da vida da pessoa, prejudicando a saúde global do indivíduo (tanto a saúde física como mental) e limitando as oportunidades de levar uma vida plena na idade adulta.<sup>2,3</sup>

Globalmente, uma em cada seis pessoas tem entre 10 e 19 anos de idade, estimando-se que um em cada sete jovens entre os 10 e os 19 anos enfrenta uma perturbação mental, representando 13% da carga global de doença nessa faixa etária. Isto representa 86 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos e 80 milhões de adolescentes entre 10 e 14 anos. Contudo, frequentemente estas perturbações mentais permanecem subdiagnosticadas e subtratadas,

sendo as taxas de prevalência de doenças diagnosticadas mais elevadas nas regiões do Médio Oriente e Norte de África, América do Norte e Europa Ocidental. Ademais, crianças e jovens também relatam sofrimento psicossocial que não cumpre critério de diagnósticos de perturbação epidemiológica, mas que têm impacto nas suas vidas, saúde e perspetivas para o futuro. <sup>4</sup>

Entre as principais causas de doença e incapacidade entre os adolescentes estão a depressão, ansiedade e distúrbios comportamentais. O suicídio, a nível global, é a quarta principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos, estimando-se que 45 800 adolescentes morram por suicídio a cada ano, ou seja, mais de 1 pessoa a cada 11 minutos. Quando analisados os dados da Europa Ocidental, o suicídio sobe para a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos, sendo apenas ultrapassado pelos acidentes rodoviários. <sup>3,4</sup>

Relativamente à União Europeia (UE), o Parlamento Europeu admite, no Relatório sobre SM em 2023, que nove milhões de adolescentes na Europa (com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos) vivem com problemas de SM e que a ansiedade e a depressão representam mais de metade dos casos. Para além disso, destaca-se que 19% dos rapazes europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos sofrem de perturbações mentais, bem como mais de 16% das raparigas na mesma idade, mas que 70% das crianças e adolescentes que sofrem de problemas de saúde mental não recebem intervenções adequadas numa idade suficientemente precoce. <sup>5</sup>

Quanto aos dados portugueses, não é possível encontrar dados relativos exclusivamente a SMI. Contudo, de acordo com o relatório *Health at a Glance 2018*, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 18,4% da população portuguesa sofre de doença mental, onde se inclui ansiedade, depressão ou problemas com o consumo de álcool e drogas. <sup>6</sup>

Embora crianças de todos os grupos sociodemográficos sejam afetadas por distúrbios de SM, estudos mostram taxas aumentadas desses distúrbios e resultados menos favoráveis para minorias étnicas/raciais, jovens da comunidade LGBTQI+, crianças de famílias economicamente desfavorecidas e crianças com incapacidades do desenvolvimento. <sup>7,8</sup>

Atualmente, o *cyberbullying* e a exposição a realidades selecionadas nas redes sociais impactam consideravelmente a SM de crianças e adolescentes durante o desenvolvimento da sua identidade. Estes novos fatores de stress podem contribuir para o desenvolvimento de

distúrbios alimentares, perturbações do sono, falta de concentração, irritabilidade e hostilidade. Isso resulta em défices funcionais significativos e redução do desempenho escolar, profissional e em atividades extracurriculares.<sup>9,10</sup>

Relativamente ao impacto negativo considerável que a pandemia de COVID-19 teve na SM de crianças e adolescentes, especialmente naqueles com vulnerabilidades pré-existentes, nos Estado Unidos da América (EUA), a Academia Americana de Pediatria (AAP), a Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente (AACAP) e a Associação de Hospitais Pediátricos Americana declararam conjuntamente uma emergência nacional na SMI. Estas três entidades reconheceram a pandemia de COVID-19 intensificou uma crise de SMI pré-existente e alertam para o facto de as famílias americanas terem sido profundamente afetadas, com mais de 140 000 crianças nos EUA perdendo cuidadores primários e/ou secundários, afetando de forma desproporcional jovens de comunidades étnicas. Isto resultou em taxas mais elevadas de depressão, ansiedade, trauma, solidão e comportamentos suicidas entre os jovens, com repercussões duradouras para indivíduos, famílias e comunidades.<sup>11</sup>

No entanto, a UNICEF ressalva no seu relatório “O Estado das Crianças no Mundo 2021”, que a pandemia da COVID-19 representa apenas a ponta do iceberg dos maus *outcomes* em SM. Mesmo na ausência de uma pandemia, o sofrimento psicossocial e a má SM afetam uma grande quantidade de crianças.<sup>4</sup>

Adicionalmente, adolescentes com perturbações mentais são particularmente vulneráveis à exclusão social, discriminação, estigma (que afeta a procurar de ajuda psicológica), dificuldades educacionais, comportamentos de risco, problemas de saúde física e violações dos direitos humanos. Crianças e adolescentes que enfrentam distúrbios de saúde mental manifestam um crescimento e desenvolvimento desregulado durante a infância, frequentemente resultando em incapacidades duradouras e comprometimento funcional na idade adulta.<sup>9</sup>

Nos EUA, estima-se que exista um atraso de 8 a 10 anos entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento de distúrbios de SM em crianças e jovens.<sup>12</sup>

Um grande estudo transversal envolvendo 17 países e 47 609 participantes mostrou uma associação estatisticamente significativa entre a presença de doença mental e condições físicas crónicas subsequentes, incluindo doenças cardíacas, dor crónica e acidente vascular cerebral, sugerindo que a SM de uma pessoa tem um impacto direto sobre sua saúde física.

Deste modo, diagnosticar e tratar doenças mentais precocemente pode prevenir consequências para a saúde a longo prazo.<sup>13</sup>

Tendo tudo isto em conta, e considerando que estudos demonstram que 34,6 % de todos os problemas mentais têm início até aos 14 anos e 62,5 % até aos 25 anos<sup>5</sup>, as consequências da falta de tratamento de perturbações mentais são evidentes e indiscutíveis, sendo imperativo enfrentar esta questão na população pediátrica.

Neste trabalho, serão discutidas possíveis abordagens para diminuir a desigualdade no acesso a SM de crianças e adolescentes tendo como pilar os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

## **O potencial da Integração da SMI nos CSP em contexto de Saúde Infantil**

Uma das principais causas das disparidades nos *outcomes* da SMI é a falta de acesso. Esta disparidade no acesso a SMI tem múltiplas causas.<sup>7</sup> Neste sentido, para colmatar esta inacessibilidade, é necessário considerar os locais onde as crianças e jovens passam o seu tempo e onde recebem cuidados de saúde.

Os CSP são o local inicial onde os pacientes com queixas de SM se apresentam para avaliação e tratamento. A proporção de consultas de Saúde Infantil relacionadas com perturbações mentais e comportamentais tem crescido mais rápido do que outro tipo de consulta de CSP.<sup>9</sup>

Embora as crianças e as famílias procurem frequentemente os CSP sem enquadrar propriamente como uma consulta de SM, 25% dos pacientes atendidos nos CSP em contexto de Saúde Infantil cumprem os critérios de diagnóstico para pelo menos uma doença de SM, e mais de 40% dos doentes apresenta problemas funcionais em casa ou na escola, mas não cumpre critérios de diagnósticos. Os dados atuais relacionam a lacuna nos cuidados de SM a múltiplos fatores, incluindo a falta de profissionais especializados, o estigma da doença mental, os elevados custos associados à receção de cuidados especializados e a falta de cobertura de seguro.<sup>9</sup>

A integração da SMI nos CSP é, então, uma proposta para mitigar a inacessibilidade de SM. Esta proposta tem em conta o facto de CSP acompanharem, em contexto de Saúde Infantil, continuamente crianças e jovens no seu desenvolvimento pessoal, pelo que realizam consultas frequentes e muitos têm uma relação de confiança de longa-duração com o seu

médico de família, proporcionando uma oportunidade para detetar e tratar problemas de SM o mais precocemente no seu curso.<sup>7</sup>

Mais especificamente, serão abordados abaixo em maior detalhe determinantes, considerados problemas de acesso à SMI, e como os CSP têm o potencial de colmatar em parte essa realidade:

### **1. Determinante: Falta de acesso a Cuidados Especializados | Solução nos CSP: Alta taxa de visitas aos CSP**

O número de recursos humanos especializados em SMI (pedopsiquiatras e terapeutas especializados em tratar crianças e adolescentes) é insuficiente para a alta prevalência das perturbações mentais nesta faixa etária.<sup>14</sup>

Globalmente, estima-se que o número de psiquiatras especializados no tratamento de crianças e adolescentes seja inferior a 0,1 por 100 000 em todos os países, exceto nos países de alto rendimento, onde a estimativa é de 5,5 por 100.000.<sup>4</sup>

Em 2015, a AACAP recomendou como rácio de oferta adequada 47 especialistas de SMI por 100.000 crianças. Nesse mesmo ano, realizou o mapeamento nacional destes especialistas e verificou-se que nenhum dos 50 estados dos EUA respeitava esta recomendação. Este mapeamento também evidenciou uma escassez grave em 41 dos 50 estados, com apenas 1 a 17 pedopsiquiatras por cada 100 000 crianças.<sup>15</sup>

Para além da escassez de especialistas em SMI, a sua distribuição inequitativa resulta em desvantagens significativas para crianças de áreas rurais ou de famílias socioeconomicamente desfavorecidas.<sup>14</sup>

Relativamente aos números portugueses, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) fez uma análise, no relatório “Sem Mais Tempo a Perder: Saúde Mental em Portugal”, do número de médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência em estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Serviço Regional de Saúde (SRS) em 2014 e 2019. Nesta análise verifica-se uma melhoria de 2014 para 2019, com um acréscimo de 24 Psiquiatras da Infância e Adolescência, contando em 2019 com 124 profissionais especializados. Contudo, permanecem disparidades geográficas acentuadas:<sup>16</sup>

- Região do Alentejo: dois Psiquiatras da Infância e Adolescência nas instituições do SNS;

- Região do Algarve: um Psiquiatra da Infância e Adolescência nas instituições do SNS;
- A faixa interior da região Centro tinha apenas três Psiquiatras da Infância e Adolescência (2 em Viseu e 1 na Covilhã);
- A faixa interior da região Norte tinha apenas dois especialistas.

Em 2019, o rácio de Psiquiatras de Infância e Adolescência por 100.000 crianças e jovens variava entre 1,1 no Algarve e 7,0 na região Norte. A Região Autónoma da Madeira regista um rácio superior às regiões de Alentejo, Algarve e Açores, existindo, em 2019, no SRS da Madeira tantos médicos especialistas em Psiquiatria da Infância e Adolescência como nas regiões do Alentejo e Algarve juntas.<sup>16</sup>

Quanto aos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) em 2019, para uma consulta muito prioritária, em que o TMRG deveria ser até 30 dias, os hospitais de Loures, Braga, e Tomar demoravam 42, 55 e 66 dias, respetivamente. Os hospitais supracitados em conjunto com os hospitais de Santo Tirso e Beja registavam também, no período entre junho e agosto de 2019, um tempo médio de resposta superior a 60 dias para a realização de uma consulta prioritária, sendo o tempo médio de resposta em Loures o dobro do TMRG para este nível de prioridade.<sup>16</sup>

Mais recentemente, em 2022, segundo os dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), em Portugal há 136 psiquiatras para crianças e adolescentes com contrato ativo no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo que a maioria encontra-se em Lisboa e Vale do Tejo (56), seguindo-se o Norte (54), o Centro (23), o Alentejo (dois) e o Algarve (1). Investigações recentes identificam os CSP como uma solução inexplorada para resolver a crescente crise de SM na população pediátrica.

Em 2016, Bitton e a sua equipa realizaram um inquérito transversal, a nível populacional, envolvendo uma amostra de 16 731 participantes. Estes pacientes, quando inquiridos indicaram uma forte preferência pelos seus médicos assistentes nos CSP. A investigação atribui este resultado ao facto dos pacientes acreditarem que os seus prestadores de cuidados de saúde nos CSP os conhecem bem e percebem-nos como conhecedores, solidários e dignos de confiança.<sup>17</sup>

Em 2017, a equipa de Balasubramanian realizou um estudo que avaliou a eficácia do tratamento de perturbações mentais nos CSP em 475 pacientes com depressão e/ou ansiedade: mais de metade dos pacientes apresentou uma redução clinicamente significativa

nos sintomas, conforme indicado pelos seus scores no PHQ-9 (*9-item Patient Health Questionnaire*) e num inquérito de satisfação auto-relatada. Assim, com este trabalho concluíram que: integrar SM e CSP, quando adaptados para se integrarem nas práticas comunitárias, reduziu a gravidade da depressão e melhorou a experiência de cuidados dos pacientes; a integração é um investimento valioso; líderes clínicos, decisores políticos e financiadores devem apoiar a integração em suas comunidades.<sup>18</sup>

## **2. Determinante: Estigma de Doenças Mentais | Solução nos CSP: Normalização da prestação de Cuidados de SM**

O estigma público em relação à SM é definido como o conjunto de atitudes e crenças negativas que motivam indivíduos a temer, rejeitar, evitar e discriminar pessoas com doenças mentais.<sup>19</sup>

Existe uma relação de longa data entre o estigma e as doenças mentais, que se manifesta através de diversas dimensões inter-relacionadas, como rotulagem, estereótipos, separação e discriminação.

Indivíduos estigmatizados experienciam sentimentos de vergonha e perda de autoestima, resultando numa menor participação em atividades académicas e profissionais, com conseqüente isolamento. Assim, muitos associam o diagnóstico de uma perturbação mental a um estigma, o que os leva a hesitar e atrasar a procura de ajuda.<sup>4</sup>

O estigma manifesta-se de diversas formas, como público, percebido, internalizado, antecipado, experimentado ou através de associação com membros da família ou amigos que sofrem de doenças mentais. Assim, este pode ser perpetuado por pessoas de todas as esferas da vida, incluindo familiares e amigos daqueles com perturbações mentais, e profissionais de saúde, inclusive os que trabalham em SM.<sup>20,21</sup>

A rotulagem, que reconhece um problema de SM, pode aumentar a consciência, mas também está associada a estereótipos negativos, criando uma separação entre aqueles com e sem rótulo.<sup>22</sup> Deste modo, por um lado, pode facilitar o acesso ao tratamento, fornecendo informações sobre o problema e como abordá-lo. No entanto, há o risco de desenvolver autoestigma ou ser estigmatizado por outros, dissuadindo, então, alguns adolescentes de procurar ajuda para evitar rótulos e possíveis efeitos prejudiciais do estigma em suas vidas.<sup>22</sup>

Tendo isto em conta, o estigma da doença mental representa uma barreira significativa para os jovens, tendo como consequências negativas a vergonha, autoacusação, isolamento, discriminação, atraso na procura de ajuda médica e baixa adesão ao tratamento.<sup>20,21</sup>

A literatura sobre busca de ajuda em SM para adolescentes destaca o papel do estigma nas decisões dos responsáveis (por exemplo, pais) e dos próprios adolescentes, que muitas vezes preferem apoio informal de amigos.<sup>22</sup>

Para além disto, o papel preponderante do estigma sobre a SM começa cedo na vida da criança. Aos 6 anos, as crianças reconhecem termos depreciativos do quotidiano, associados a condições mentais, como louco ou zangado. Aos 10 anos, as crianças estão familiarizadas com os estereótipos culturais que denigrem as pessoas com problemas de SM.<sup>4</sup> Tendo então o papel preponderante do estigma na SM em conta, os CSP podem desempenhar um papel significativo na redução deste, e a gestão de doenças mentais nos CSP oferece a "normalidade" e o conforto do ambiente característico destes cuidados. Acesso aos cuidados de SM dentro dos CSP permite que os pacientes recebam serviços do seu médico de confiança num ambiente familiar. Discutir preocupações sobre SM e terapêutica usando um método semelhante ao de qualquer outra doença que uma criança possa experimentar ajuda a reduzir o estigma e aprimora o acesso.<sup>23</sup>

Num estudo de pesquisa qualitativa envolvendo 166 profissionais de saúde (42,2% CSP, 57,8% profissionais de SM) e uma revisão separada da literatura, foi constatado que quanto melhor a relação entre um paciente e o prestador de cuidados de saúde, e quanto mais os profissionais se sentiam confortáveis e confiantes em discutir doenças mentais com seus pacientes, menor era a probabilidade de os pacientes se sentirem estigmatizados ao procurarem cuidados para questões de SM.<sup>23,24</sup>

### **3. Determinante: Custos dos Cuidados de SM | Solução nos CSP: Prestação de CSP em fases precoces da doença mental reduz custos**

Relativamente aos EUA, as preocupações relacionadas com a SM em 2016 custaram 201 mil milhões de dólares, classificando a doença mental como a principal causa de incapacidade e a maior fonte de encargos económicos em todo o mundo.<sup>25</sup>

Também nos EUA, segundo um estudo levado a cabo pela *RAND Corporation*, verificou-se um aumento de 26% nos gastos com SM para pessoas com idade inferior ou igual a 19 anos entre março de 2020 e agosto de 2022 num grande grupo cujas famílias têm seguro fornecido pelo empregador. Durante o mesmo período, a utilização de serviços de SM aumentou 22%. O estudo constatou também que o uso da telessaúde para pacientes pediátricos aumentou mais de 30 vezes durante os primeiros meses da pandemia e permaneceu 23 vezes o normal em agosto de 2022, mesmo quando os cuidados presenciais atingiram 75% dos níveis pré-pandemia. Estas descobertas foram publicadas pela revista *JAMA Network Open*.<sup>26</sup>

As doenças mentais em crianças e adolescentes dos países europeus têm uma prevalência estimada de 15,5%, sendo que este número tem tendência a aumentar, tendo em conta o panorama atual europeu (impacto da pandemia COVID-19 e Guerra na Ucrânia e Rússia).<sup>27</sup>

Como explicado no trabalho de Suhrcke *et al.* em 2008, no qual foram analisados aspetos económicos da SM em crianças e adolescentes na Europa, a doença mental infantil afeta diversas esferas da vida das crianças e jovens, dos seus familiares e amigos, e em última instância da sociedade em geral, acarretando um conjunto de **perdas económicas nestas três vertentes:** <sup>28</sup>

- **Na vertente da vida das crianças e adolescentes com problemas mentais:** custos dos tratamentos e serviços de saúde; redução da capacidade de aprendizagem; futura incapacidade e perda de produtividade; custos difíceis de estimar como o sofrimento, o suicídio, o estigma e a exclusão social;
- **Na vertente da família e amigos:** os custos dos cuidados informais, que engloba uma redução do tempo de trabalho e produtividade, e encargo psicológico da doença;
- **Na vertente da sociedade:** os custos referem-se à redução da produtividade, à potencial perda de vidas custos relacionados com serviços educativos e criminais.

Para além das crianças com um diagnóstico de perturbação mental, existem muitas outras com problemas de comportamento embora sem preencher na totalidade os critérios de diagnóstico clínico, mas que apresentam igualmente maior probabilidade de sofrer dificuldades persistentes ao nível da SM, baixo desempenho escolar, salários baixos, gravidez

precoce, problemas relacionais, assim como maior probabilidade de se envolverem em comportamentos delinquentes e atividades criminosas no futuro.<sup>28 29</sup>

Tendo isto em conta, os custos para a sociedade são significativos e de difícil cálculo, sendo ainda escassos os estudos europeus de avaliação económica do encargo da doença mental de crianças e jovens, sendo a maioria dos estudos realizados no Reino Unido.

Os custos totais estimados, em média, por ano e por criança, segundo esta revisão, variam entre os €7,376 e os €64,703, dependendo da idade e da perturbação mental em causa. Abaixo encontra-se a tabela traduzida desta análise de Suhrcke *et al.* em 2008.<sup>28</sup>

País	Estudo	População do Estudo		Custo anual médio (por criança)
		Idades Incluídas	Doença Mental	
Reino Unido	Barrett et al.	mar/18	Adolescentes que cometeram infrações penais (31% com necessidades de SM, dois terços dos quais apresentavam sintomas depressivos significativos).	€ 51 930
Reino Unido	Minnis et al.	mai/16	Crianças em lares adotivos, das quais 90% foram anteriormente abusadas ou negligenciadas.	€ 20 248
Reino Unido	Romeo et al.	03/ago	Comportamento antissocial grave	€ 7 376
Reino Unido	Clark et al.	ago/18	Distúrbios emocionais, comportamentais e de saúde mental	€ 64 703
Reino Unido	Muntz et al.	02/out	Problemas comportamentais graves	€ 12 946
Reino Unido	Jäbrink et al.	04/out	Perturbações do do espectro autista	€ 52 725
Reino Unido	Beecham et al.	04/nov	Dificuldades de aprendizagem graves	€ 24 517

Tabela 1: Avaliações económicas do custo global da doença mental de crianças e adolescentes para a sociedade retirada e traduzida de *Economic aspects of mental health in children and adolescents* (Suhrcke *et al.*, 2008).

Por fim, ainda nesta revisão, estima-se que o custo médio anual da SM de crianças e adolescentes com doenças mentais para o sistema de saúde possa variar de 296€ a 3 842€. Esta variabilidade dos custos pode dever-se a diversos fatores, como: gravidade da doença mental de cada criança; comorbilidades; idade das crianças e dos pais; o tipo de metodologia utilizada para estimar os custos.<sup>28</sup>

Relativamente a números mais recentes a nível europeu, o Parlamento Europeu admite que os custos com a perda de SM das crianças e jovens na UE estão avaliados em 50 mil milhões de euros.<sup>5</sup> Além disso, o relatório "*Health at a Glance Europe 2018*" destacou que os problemas de SM afetam cerca de 84 milhões de pessoas em toda a UE, sendo os custos totais dos problemas de SM estimados em mais de 4% do PIB (mais de 600 mil milhões de euros) nos 27 países da UE e no Reino Unido.<sup>6</sup>

Mais recentemente, o relatório "*Health at a Glance Europe 2022*" mostrou que quase metade dos jovens europeus relatam necessidades não atendidas para cuidados de SM, e a proporção de jovens relatando sintomas de depressão em vários países da UE mais que duplicou durante a pandemia.<sup>30</sup>

À escala global, uma análise dos custos de SM mais recente foi levada a cabo por McDaid e Evans-Lacko que iniciaram por estimar a carga de doenças atribuíveis à SM expressas em anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), sendo que um DALY representa a perda de um ano de vida saudável causada por incapacidade ou morte prematura.<sup>31</sup> Deste modo, os investigadores atribuíram um valor monetário a cada ano sem doença com base na produção média com que cada pessoa contribui numa economia. Assim, um DALY equivale ao produto interno bruto (PIB) per capita de um país, expresso em termos de paridade de poder de compra (PPC). Esta formulação permite que comparações sejam feitas globalmente.

Utilizando esta metodologia, a análise dos dados indica que a perda anual de capital humano causada por problemas de SM em crianças de 0 a 19 anos é de 387,2 mil milhões de dólares. Deste valor, 47 mil milhões de dólares reflete a perda causada por suicídio e 340,2 mil milhões de dólares reflete perturbações de ansiedade (26,93%), perturbações comportamentais (22,63%) e depressão (21,87%).<sup>4</sup>

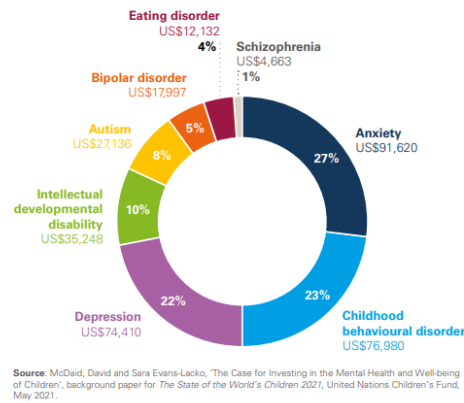


Figura 1: Custos de Doenças Mentais baseado no PIB per capita ajustado por Paridade de Poder de Compra, em dólares americanos, Retirado de *The state of the world's children 2021* (UNICEF, 2021)

Estas estimativas atribuem maiores custos económicos à má SM nas economias mais produtivas. Contudo, é necessário ter em conta que o fardo epidemiológico das condições de SM de crianças e adolescentes existe desproporcionalmente nos países menos desenvolvidos. Esta é uma questão demográfica porque as crianças e os jovens nos países em desenvolvimento constituem uma percentagem maior da população do que nos países desenvolvidos.<sup>32</sup>

Apesar destes números serem surpreendentes, provavelmente não cobrem o custo total das condições de SM, uma vez que os cálculos não refletem totalmente os custos financeiros e fiscais que as condições de SM de crianças e adolescentes impõem aos sistemas de saúde, educação, assistência social e justiça criminal, por exemplo, porque são baseados em anos de vida perdidos como resultado de invalidez ou morte.

Para além disto, também é destacado neste relatório que a SM representa apenas 2,1% das despesas médias dos governos com a saúde em geral em todo o mundo, apesar da procura de apoio pela população. Esta falta de investimento reflete-se na incapacidade por parte da força de trabalho – incluindo os trabalhadores na comunidade – de resolver problemas de SM em vários sectores, incluindo CSP, educação, proteção social e outros, por não estar devidamente equipada.<sup>4</sup>

Relativamente aos números portugueses, em 2015 estimou-se que em Portugal, custos de SM totalizavam 3,7% do PIB, o equivalente a 6,6 mil milhões de euros dos quais 2,0 mil milhões em custos diretos com o sistema de saúde, 1,7 mil milhões com benefícios sociais

e 2,9 mil milhões de euros com custos indiretos no mercado de trabalho. O CNS considera que estes custos, apesar de elevados, estão subestimados, pois não consideram benefícios de assistência social, custos de doenças físicas e acidentes associadas com os problemas de SM, diminuição das oportunidades de emprego e cuidadores informais.<sup>33</sup> Assim, particularmente em Portugal, considera-se que a recolha de dados sobre estes indicadores é ainda incipiente e que deveria ser feita de forma mais sistematizada.<sup>33</sup> Quanto a dados específicos dos custos em SMI não é possível encontrar relatórios disponíveis.

Perdas de capital humano causadas por condições de SM são constatadas na investigação sobre os custos da inação. No entanto, há também vantagens financeiras em fazer algo, como investir em iniciativas para promover e proteger a SM de crianças e adolescentes.

Diversos estudos demonstraram a eficácia das intervenções para prevenir e tratar as perturbações mentais nos adolescentes, e as avaliações económicas demonstraram a sua relação custo-eficácia.<sup>34</sup>

Por exemplo, Chisholm et al realizaram um estudo de caso de investimento global em SM e determinaram que o aumento do tratamento da depressão e da ansiedade em pessoas com 15 anos ou mais levaria a 43 milhões de anos adicionais de vida saudável e produziria um valor económico líquido de 399 mil milhões de dólares a um custo de 147 mil milhões de dólares entre 2016 e 2030.<sup>35</sup>

Um estudo australiano de 2018 concluiu que se poderia obter uma poupança líquida de 90 milhões de dólares a curto prazo se se investisse na prevenção e no tratamento precoce da depressão e da ansiedade em todas as idades, bem como da solidão em adultos mais velhos.<sup>36</sup>

Deste modo, é necessário um maior investimento em intervenções eficazes em termos de custos e específicas para os adolescentes, a fim de fazer face ao elevado peso destas doenças.<sup>37</sup>

Neste sentido, a Região Europeia da OMS definiu cinco prioridades para a SM, sendo uma delas focada especificamente no desenvolvimento de serviços, particularmente práticas comunitárias em países de médio e baixo rendimentos, onde os serviços têm sido tradicionalmente prestados em grandes instituições mentais.<sup>38</sup>

Para além disto, o Quadro Europeu de Ação em matéria de SM da OMS (EFAMH), que abrange o período 2021-2025, refere a necessidade de transformação dos Serviços de SM de modo a caminharmos em direção a uma cobertura universal da saúde.<sup>39</sup>

Essa transformação requer não apenas o potencial redesenho ou reconfiguração de serviços para serviços mais acessíveis e cuidados centrados na pessoa, mas também a consideração de outras dimensões da cobertura universal de saúde, incluindo o requalificar e formar prestadores de cuidados de saúde e sociais em habilidades e competências relacionadas a uma prática de saúde mental na comunidade.<sup>39</sup>

Assim, de acordo com a EFAMH, um modelo equilibrado de cuidados exige um sistema com cuidados de SM baseados na comunidade, prestados por equipas multidisciplinares especializadas em SM e apoiado por profissionais da saúde de CSP.<sup>39</sup>

## **Abordagens até à data**

A maioria dos fatores que moldam a SM não são biológicos, mas baseados na experiência e no ambiente, podendo, como tal, ser alterados. Para isso, é essencial identificá-los, de modo a formular programas e políticas que promovam e protejam a SM. Estes fatores alteram-se consoante a idade do indivíduo e podem ser sistematizados em três categorias: no mundo da criança, no mundo que a rodeia e no mundo em geral. Nesta tabela, retirada do relatório “O Estado das Crianças no Mundo 2021” da UNICEF, é possível identificar os fatores de risco mais comuns:<sup>4</sup>

Perinatal	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Idade materna inferior a 18 anos na data de nascimento da criança</li><li>2. Baixo peso à nascença</li></ol>
Infância precoce	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Ausência do mínimo aceitável de uma dieta com mais de cinco grupos de comida</li><li>4. Ausência de matrícula na pré-escola</li><li>5. Ausência de objetos para brincar</li></ol>

Infância	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ausência de frequência na escola primária</li> <li>7. Disciplinamento violento</li> <li>8. Orfandade</li> <li>9. Trabalho infantil</li> <li>10. Inexistência de amigos chegados</li> <li>11. <i>Bullying</i></li> <li>12. Falta de atividade física</li> <li>13. Comportamento sedentário</li> <li>14. Excesso de peso</li> <li>15. Baixo peso</li> <li>16. Uso excessivo de álcool</li> <li>17. Uso de Marijuana</li> <li>18. Ausência de frequência no ensino secundário</li> <li>19. Sem estar na educação, trabalho ou capacitação</li> <li>20. Casamento infantil</li> <li>21. Violência por parceiro íntimo- sexual física ou psicológica</li> </ol>
----------	--

Tabela 2: Fatores ao longo da vida que afetam a SM, tabela retirada e traduzida de *The state of the world's children 2021* (UNICEF, 2021)

Até à data, apesar de ainda insuficientes, estão a ser envidados esforços para fazer a diferença na SM das crianças e dos jovens. Alguns esforços bem-sucedidos centram-se nestes fatores de risco que surgem no mundo da criança, apoiando os pais e os prestadores de cuidados na medida em que estes fornecem bases de apoio às crianças e aos adolescentes. Outros esforços focam-se no mundo que rodeia a criança e incluem intervenções a nível escolar. No entanto, nos fatores relativos ao mundo em geral, a resolução destes problemas exige mudanças significativas nos sectores sociais, sendo necessário abordar questões como a pobreza, a discriminação, a exclusão e os conflitos.<sup>4</sup>

Deste modo, nos últimos anos, os defensores globais da SM uniram-se para promover iniciativas que sensibilizassem e abordassem a SM das crianças e dos jovens. Exemplos destas iniciativas são:

- **"Kit de Ferramentas de Saúde Mental" desenvolvido pela AAP**

Em 2007, nos EUA, a AAP lançou um "Kit de Ferramentas de Saúde Mental" destinado aos prestadores de cuidados de saúde. Este documento apresenta técnicas e competências para abordar diretamente os problemas de SM na infância e serve como modelo para o tratamento de doenças mentais nos CSP. <sup>9</sup> Em 2021, a AAP relançou uma segunda edição deste guia.<sup>40</sup>

- **Modelo de estrutura em pirâmide dos serviços de Saúde Mental pela OMS**

Também em 2007, a OMS promoveu abordagens para normalizar a integração da SM nos CSP, quando publicou a "Pirâmide da Estrutura de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para a Saúde Mental", um modelo global de integração da SM nos CSP. <sup>9</sup>

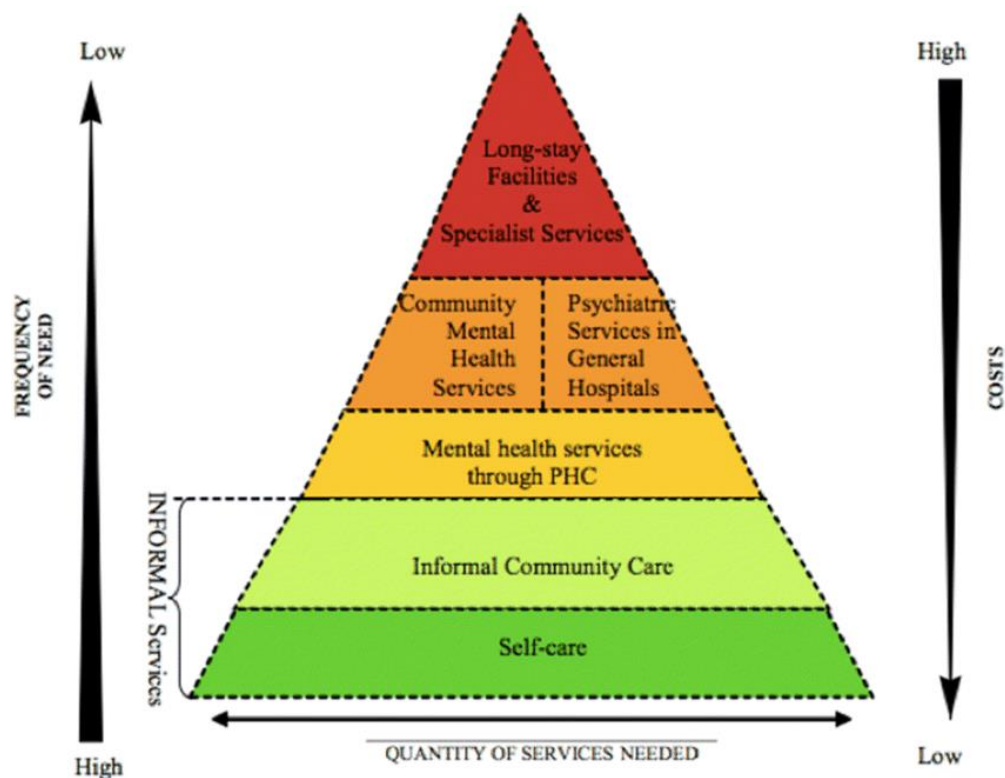


Figura 2: A estrutura em pirâmide da OMS que descreve a combinação ideal de serviços para a SM, retirado de *Improving health systems and services for mental health. Mental health policy and service guidance package* (Funk M et al., 2009)

Através deste modelo, a OMS recomenda que os serviços de SM sejam estabelecidos ou transformados para promover o autocuidado, criar ou reforçar as estruturas informais de prestação de cuidados baseadas na comunidade, integrar os cuidados de SM nos serviços de CSP, criar serviços de SM baseados na comunidade, estabelecer serviços de SM em hospitais distritais e limitar o número de hospitais psiquiátricos.<sup>41</sup>

Embora este modelo já tenha mais de uma década, os seus pontos-chave mantêm-se relevantes e atuais, com especial destaque para a capacidade dos profissionais dos CSP para abordar precocemente a doença mental infantil, bem como para identificar preocupações que não satisfazem os critérios de diagnóstico de acordo com o DSM-V, mas que continuam a afetar o crescimento saudável, o desenvolvimento e o funcionamento da vida. Desde então, diversas estratégias têm sido exploradas para melhorar o acesso a cuidados de SM na população pediátrica.<sup>9</sup>

- **Plano de Ação Global para Saúde Mental (MHAP) pela OMS**

Em 2013, a OMS publicou o MHAP que apresentava quatro objetivos – com metas e indicadores – de modo a orientar os países: liderança e governação eficazes; prestação abrangente e integrada de serviços nas comunidades; estratégias de implementação para promoção e prevenção; e sistemas de informação, evidências e investigação reforçados.<sup>8</sup> Em 2019, o MHAP foi alargado até 2030, para se alinhar com o calendário dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.<sup>42</sup>

- **Programa de Ação para Lacunas de SM (mhGAP) pela OMS**

A OMS também emitiu orientações sobre intervenções para a prevenção e gestão de perturbações prioritárias de SM, neurológicas e de consumo de substâncias, como depressão, suicídio e perturbações comportamentais. O mhGAP visa aumentar a capacidade financeira e recursos humanos dedicados à SM e fornece orientação sobre intervenções que podem alcançar mais pessoas. Apresenta intervenções que podem ser adaptadas às situações nacionais e locais, especialmente nos países de baixo e médio rendimento.<sup>43</sup>

- **ScaleUp Hubs pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH)**

Nos EUA, em 2015, de modo a combater a inacessibilidade a SM por crianças e jovens e a falta de prática clínica de SM baseada em evidência, os NIMH desenvolveu uma rede de investigações globais denominada “*NIMH Scale-Up Hubs*”. Os *hubs* são centros interdisciplinares e têm como objetivo: aumentar o alcance, a acessibilidade, a qualidade, os custos e a efetividade dos serviços de SM; melhorar a aprendizagem e o desenvolvimento colaborativos; desenvolver capacidade local para implementação de investigação; estabelecer uma relação com *stakeholders* governamentais, não-governamentais e comunitários.<sup>44</sup>

Assim, investigações levadas a cabo em países de baixo e médio rendimento fornecem evidência científica para políticas de saúde e intervenções na comunidade para melhorar acesso a SM.<sup>44</sup> No mapa abaixo encontram-se assinalados os diversos centros desta rede de investigação consoante o tema do projeto.<sup>45</sup>

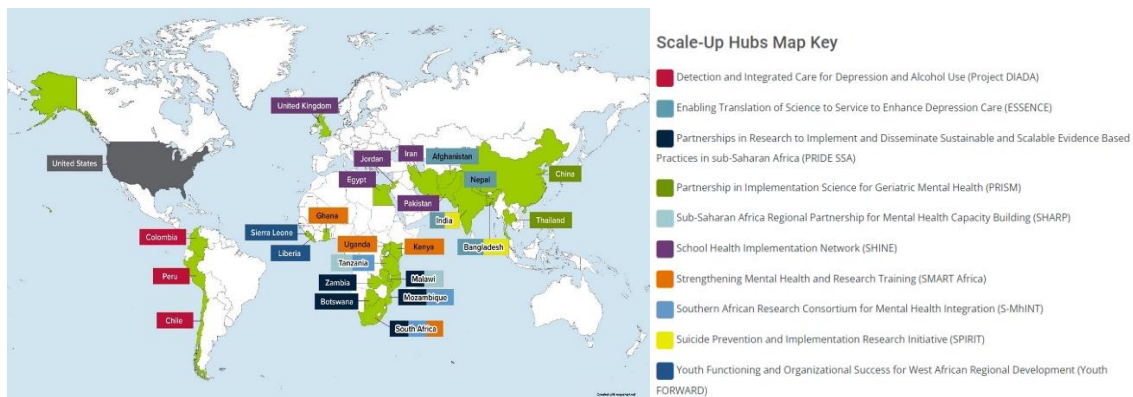


Figura 3: Centros de Scale-up Hubs retirado de *Scale-up Hubs: Conversations and Lessons Learned*<sup>45</sup>

- **Programa para Melhorar os Cuidados de SM (PRIME)**

Entre 2011 e 2019, o PRIME foi um consórcio de instituições de investigação e ministérios da saúde em cinco países (Índia, Nepal, África do Sul, Etiópia e Uganda), com o objetivo de criar evidência através de investigação de alta qualidade sobre a melhor forma de implementar e expandir a cobertura de programas de tratamento de SM para perturbações mentais prioritárias em contextos de CSP em ambientes com poucos recursos. O PRIME desenvolveu, implementou, avaliou e ampliou planos integrados de SM ao longo de oito anos.<sup>46</sup>

Esta iniciativa focou-se nas quatro perturbações mentais que contribuem para a maior carga geral de doenças e para os quais havia evidências de intervenções custo-efetivas: abuso de álcool, depressão (incluindo depressão materna), psicose e epilepsia. O PRIME desenvolveu um plano integrado de cuidados de SM que compreende pacotes de cuidados de SM para prestação de CSP e cuidados de saúde materna, para se adequar ao cenário único de cada país de estudo. Avaliou, também, a viabilidade, aceitabilidade e impacto destes pacotes com quatro estudos separados, incluindo um inquérito à comunidade, um inquérito às instalações, um estudo de coorte e um estudo de caso. O PRIME expandiu então para 94 instalações nos cinco países do estudo.<sup>46</sup>

Na fase final, estabeleceu parcerias com outros países para além da rede PRIME, com o objetivo de ajudar a dar um contributo contínuo e significativo para um investimento mais amplo na saúde mental e nos cuidados de saúde mental.<sup>46</sup>

## **Cuidados Colaborativos e Colocação**

Os modelos mais populares de gestão da SM nos CSP incluem **a gestão colaborativa dos cuidados e a colocação**, ambos envolvendo a coordenação entre especialistas em saúde comportamental e CSP.

### **A. Cuidados Colaborativos**

O modelo de cuidados colaborativos é um modelo baseado em evidência, amplamente reconhecido, para a integração da saúde comportamental, com os primeiros ensaios de efetividade positiva publicados no início dos anos 1990.<sup>12</sup> Nos cuidados colaborativos, o prestador de CSP (o médico assistente) trabalha com outros membros de uma equipa baseada nos CSP, que pode incluir pessoal de enfermagem com formação especializada, assistentes sociais e gestores de cuidados. O destaque também é colocado em especialistas de saúde comportamental que ajudam o médico assistente a gerir pacientes com doenças mentais no seu próprio ambiente, reservando as referências para os casos mais graves e agudos que requerem cuidados especializados intensivos.<sup>47</sup> São também elementos-chave deste modelo a colaboração com os recursos da comunidade e o envolvimento dos pacientes na tomada de decisões relacionadas com o tratamento, assumindo um papel ativo.<sup>48</sup>

Assim, é apoiado uma cultura de "construção de equipas", através da qual se estabelece um contacto regular (por telecomunicação ou pessoalmente) entre os prestadores de CSP e especialistas para construir relações profissionais, estabelecer linhas de comunicação e reforçar a continuidade dos cuidados.<sup>49</sup>

Este é o modelo típico utilizado quando os prestadores de CSP trabalham com prestadores de outras especialidades e a sua implementação e prática são apoiadas por uma vasta investigação.<sup>50</sup> Numa meta-análise dos resultados de 79 estudos envolvendo pacientes com depressão e ansiedade, verificou-se que tanto os pacientes como os prestadores de cuidados favoreciam a abordagem de cuidados colaborativos nos cuidados a curto, médio e

longo prazo.<sup>51</sup> Apesar destas estatísticas promissoras, poderá argumentar-se que os cuidados verdadeiramente colaborativos são difíceis de alcançar porque requerem uma mudança fundamental no sistema de cuidados.<sup>51</sup> Além disso, alguns estudos sugerem que, embora os cuidados colaborativos sejam eficazes, são frequentemente mais dispendiosos.<sup>52</sup>

## **B. Colocação**

Nos **modelos de colocação**, os especialistas em saúde comportamental, incluindo psiquiatras, psicólogos e enfermeiros com formação especializada ou médicos assistentes, trabalham diretamente no local com os prestadores de CSP para gerir os problemas de SM.<sup>53</sup> Embora a atração por este modelo seja cada vez maior, a literatura deixa muitas questões sem respostas e sugere que a colocação por si só não melhora os resultados em termos de SM.<sup>53</sup> A escassez de especialistas em SM limita simplesmente a viabilidade deste modelo.<sup>54</sup>

## **C. Unidades Locais de Saúde (ULS)**

O aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população portuguesa, o seu envelhecimento, as crescentes exigências e expectativas de resposta do SNS exigem que este continue a aumentar o acesso e a eficiência dos cuidados de saúde prestados. Assim, a implementação de modelos organizacionais que promovam a gestão integrada de CSP e cuidados hospitalares, assegurando o foco nas pessoas ganharam no decorrer dos anos maior relevância.

Neste sentido, a alínea d) do n.º 2 da Base 20 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, estabelece que o SNS deve pautar a sua atuação pela integração de cuidados. A referida integração visa, entre outros, assegurar aos beneficiários do SNS o acesso ao tipo de cuidados que mais se coaduna com as suas necessidades efetivas.<sup>55</sup> Reconhece-se, assim, a centralidade da pessoa, pelo que um modelo integrado de cuidados permite a obtenção de ganhos em saúde, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia, promovendo os CSP como a base do sistema e reforçando os meios e recursos necessários para a sua missão.<sup>55</sup>

Deste modo, passadas mais de duas décadas da criação da primeira ULS em Portugal (Decreto-Lei n.º 207/99), em Matosinhos, bem como mais de uma década da criação da

última ULS, observa-se, atualmente, uma reorganização do SNS que tem como propósito organizar as respostas em saúde centradas na pessoa.

Assim, a 7 de Novembro de 2023, com a publicação em Diário da República do Decreto-Lei n.º 102/2023 procedeu-se à integração dos ACES, hospitais e centros hospitalares já existentes no modelo das ULS. Tal medida, constitui uma qualificação da resposta do SNS, simplificando os processos, incrementando a articulação entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados, aumentando a autonomia gestonária, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.<sup>56</sup>

O amadurecimento deste modelo organizativo permite que as ULS beneficiem de novos instrumentos de gestão, designadamente: <sup>56</sup>

- i) uma estratificação pelo risco, que identifique a distribuição da carga de doença na população;
- ii) sistemas de informação que potenciem a integração de cuidados, como o registo de saúde eletrónico único;
- iii) incentivos ao desempenho, financeiros e não financeiros, focados nos resultados e na criação de valor;
- iv) modelos inovadores de prestação de cuidados, baseados em equipas que assumem compromissos centrados na resposta às pessoas, com destaque para as unidades de saúde familiar e as unidades de cuidados na comunidade, no âmbito dos cuidados primários, ou para área hospitalar, os centros de responsabilidade integrados.

A criação de 31 novas ULS, perfazendo um total de 39 ULS a nível nacional, é uma das maiores reformas na organização do SNS desde a sua criação em 1979, designadamente com impacto nas administrações regionais de saúde e no aumento das competências e autonomia das instituições, mantendo como uma das suas dimensões transversais a livre escolha pelo utente da instituição de saúde onde pretende ter resposta, devendo o sistema de financiamento acomodar esta vertente.

Esta reorganização direciona os cuidados de saúde portugueses para um modelo integrativo que, como abordado anteriormente, é um modelo capaz de reduzir a

inacessibilidade a crianças e jovens a cuidados de saúde mental, promovendo a prevenção da doença e articulando os CSP com os cuidados especializados de SM.

## **Validar Desafios**

Embora os CSP estejam otimamente posicionados para responder às necessidades de SM em idade pediátrica, são vários os desafios identificados na literatura atual, incluindo barreiras culturais, estruturais e financeiras.<sup>57</sup> A sobrecarga de formação adicional, de encontrar tempo para prestar cuidados de SM de rotina em contextos de CSP e os problemas com o reembolso são desafios comprovados à integração da saúde comportamental.<sup>50</sup>

### **1. Restrições de tempo**

A barreira mais frequentemente identificada na literatura existente é a atual estrutura organizacional das práticas de CSP, que limita a quantidade de tempo disponível para rastrear, diagnosticar e tratar adequadamente as complexidades das perturbações mentais e comportamentais.<sup>58</sup> Estas restrições de tempo têm como consequência uma abordagem terapêutica limitada a medicação psicotrópica, porque os prestadores de cuidados não têm tempo e/ou formação para prestar também o aconselhamento psicossocial necessário.<sup>59</sup>

Para além disto, as consultas de CSP são geralmente mais curtas do que as consultas com psiquiatras, e o tempo atribuído aos cuidados de SM é ainda mais limitado numa consulta de cuidados primários, onde as exigências concorrentes de condições médicas agudas e crónicas são a regra e não a exceção.<sup>59</sup> Tradicionalmente, os CSP de saúde infantil são um ambiente desafiante e de ritmo acelerado, com consultas de 10 a 15 minutos consecutivas para os pacientes, e adaptar-se a isto como especialista em saúde comportamental ou psiquiatra é um ajuste desafiante e irrealista.<sup>47</sup> Uma diminuição na pressão do tempo permite um ambiente mais propício ao tratamento de doenças mentais. Wissow et al. propõem que as mudanças nos CSP são menos suscetíveis de depender da aprendizagem de novos métodos e da procura de formação adicional, mas mais da mudança das rotinas do consultório e da reavaliação das prioridades organizacionais.<sup>60,61</sup>

## **2. Reembolso**

Para além da pressão das limitações de tempo, um dos maiores desafios à integração plena dos cuidados de SM nos CSP é a falta de reembolso adequado para estes serviços.<sup>62</sup>

## **3. Falta de interesse/experiência no tratamento de doenças mentais**

Um estudo sobre programas de internato de CSP em dois grandes hospitais universitários nos EUA, verificou que os médicos recebem formação insuficiente em cuidados de SM e, subsequentemente, relatam baixos níveis de conforto e confiança no tratamento de pacientes com doenças mentais.<sup>63</sup>

Do mesmo modo, numa revisão exaustiva da literatura de 2015, os enfermeiros de prática avançada especializados em cuidados primários tinham pouca ou nenhuma formação adicional em cuidados de SM, não existindo literatura publicada que identifique as práticas atuais de formação em SM dos enfermeiros de cuidados primários de nível de mestrado ou doutoramento.<sup>64</sup>

Existe também uma grande variabilidade no nível de interesse dos prestadores de CSP no tratamento das doenças mentais. Os resultados de um estudo realizado por Iskander et al. em 2014 sugerem que, embora uma maior formação em cuidados de SM tenha aumentado o nível de conforto dos médicos no tratamento de doenças mentais, não alterou a sua prática.<sup>63</sup> De facto, 90% dos internos indicaram que preferiam tratar menos pacientes com doença mental, ou nenhum.<sup>63</sup> Embora a maioria dos prestadores de cuidados de saúde pediátricos assumam a responsabilidade de identificar problemas de saúde mental, muito menos afirmam o seu papel no tratamento dos mesmos.<sup>65</sup>

Em Portugal, foi realizado um estudo em 2022, pela equipa Psiquiatria Infância e Adolescência do Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, no qual os participantes, médicos e técnicos dos CSP, frequentaram uma formação sobre SMI e preencheram um questionário de 22 perguntas no início e no final do curso, elaborado pela comissão científica. Do total de 120 participantes, a diferença na pontuação dos questionários inicial e final global foi estatisticamente significativa, sendo a média de respostas corretas dos questionários iniciais de 75,15% e dos questionários finais de 86,40%. Em 15 das 22 questões foi obtida uma diferença estatisticamente significativa. Com estes resultados, a equipa

reconhece o impacto significativo que esta formação teve na aquisição de novos conhecimentos em SMI.<sup>66</sup>

Também a nível nacional, foi publicado em 2023 na AIMGF Magazine um estudo transversal e descritivo da população de médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) a exercer em Portugal que avaliou a perceção das necessidades e dificuldades que os médicos MGF sentem na área da SM Infantojuvenil. Neste estudo, a amostra preencheu um questionário online de 16 perguntas, com respostas fechadas com escala de *Likert* e abertas dirigidas ao tipo de articulação com os serviços de SMI, sintomas mais frequentes e tipo de formação que estariam interessados.<sup>67</sup>

Verificou-se que aproximadamente metade (49%) da amostra admitiu grandes dificuldades na gestão das perturbações mentais da infância/adolescência, situando a maior dificuldade na área da intervenção (71%). A articulação dos centros de saúde com a SMI, quando existe, é realizada sob a forma de reuniões de discussão. Contudo, em aproximadamente metade (49,5%) dos centros de saúde não existe articulação com os serviços de SMI.<sup>67</sup>

Ainda nesta investigação científica, conclui-se que o modelo de formação de curso intensivo era o método de capacitação de eleição. Deste modo, é reforçada a necessidade da colaboração entre médicos de MGF e os serviços de SMI no desenho de futuros projetos, procurando uma articulação mais efetiva e respostas úteis e dirigidas aos desafios da prática clínica, quer através da divulgação das recomendações nacionais para a prática clínica da SMI nos CSP, quer através de formações teórico-práticas de curta duração.<sup>67</sup>

## **Abordagens Práticas para Profissionais de Saúde Individualmente**

Os modelos mais comuns de cuidados para crianças com perturbações de saúde comportamental destacam as referências e a colaboração com especialistas em saúde comportamental.<sup>68</sup> No entanto, numa grande revisão sistemática, foi avaliada a eficácia da mudança de práticas nos CSP utilizando intervenções complexas, com uma conclusão comum de que, de todas as intervenções aplicadas, foram observadas mais melhorias quando as estratégias visavam os prestadores individuais.<sup>69</sup> Isto é indicativo do potencial do prestador para criar mudanças a um nível mais amplo, começando pelas suas próprias práticas pessoais

e alterando as suas rotinas atuais. Com a escassez de recursos externos de SM, devem ser exploradas abordagens práticas e autogeridas para os CSP pediátricos.

## **Medidas baseadas na evidência**

### **1. Rastreamentos**

Os principais resultados de um estudo extenso dos Serviços Secretos dos EUA, que analisou 37 tiroteios em massa e violência contra alvos em escolas, foram que os ataques raramente ocorreram de forma impulsiva, mas sim como resultado de um planejamento abrangente e de eventos cumulativos; os atacantes também demonstraram sinais de doença mental antes do ataque.<sup>70</sup>

A investigação sugere não haver um padrão ou "perfil" de alunos que participaram nesses ataques, no entanto, características importantes, como demografia, personalidade e história social e acadêmica, variavam significativamente. Além disso, apesar de apresentarem vários sinais de doença mental, como pensamentos ou tentativas suicidas, 78% dos agressores nunca passaram por uma avaliação formal de SM.<sup>70</sup>

Deste modo, os resultados apoiam o rastreamento e a vigilância universais de todos os pacientes pediátricos, independentemente dos fatores de risco percebidos ou auto-relatados. A utilização de ferramentas de rastreamento é uma forma de uniformizar os cuidados e identificar os doentes em risco que, de outra forma, podem não apresentar sinais ou sintomas de doença mental, antes que a sua condição se agrave ao ponto de provocar violência ou danos autoinfligidos.

A Bright Futures, desenvolvida pela AAP, é uma das *guidelines* mais amplamente aceitas e utilizadas para os cuidados de saúde preventivos pediátricos nos EUA, e identifica o rastreamento e a vigilância dos pacientes em todas as oportunidades como uma ferramenta inestimável para a promoção da saúde.<sup>71,72</sup>

As *guidelines* discutem a importância de promover e apoiar não só a saúde física, mas também o bem-estar cognitivo, social e emocional, que contribuem para um crescimento e desenvolvimento saudáveis.<sup>73</sup>

Embora as ferramentas de triagem padronizadas estejam prontamente disponíveis para os prestadores de cuidados e sejam métodos comprovados para identificar pacientes com problemas de SM, estudos mostram que elas são significativamente subutilizadas.<sup>65</sup> Num estudo que envolveu 69 prestadores de CSP, verificou-se que, embora a maioria destes concorde que a abordagem da SM é importante para a saúde geral do paciente, menos de metade rastreava ou avaliava rotineiramente o estado comportamental ou de desenvolvimento atual do seu paciente.<sup>65</sup>

Para resolver esse problema, a AAP oferece uma lista abrangente de ferramentas de triagem e avaliação para uso na população pediátrica. Isso inclui a altamente específica Lista de Verificação de Sintomas Pediátricos de 17 itens e a mais abrangente Lista de Verificação de Sintomas Pediátricos de 35 itens, ambas de livre acesso, fáceis de preencher e rápidas de pontuar.<sup>74</sup>

Os formulários podem ser enviados por correio antes da consulta ou entregues no local de atendimento e são uma forma econômica e eficaz de obter as opiniões de vários observadores, incluindo pais, professores e até irmãos. Quando um paciente apresenta um resultado positivo durante um exame de saúde infantil, é possível, se necessário, agendar uma "consulta de problemas" mais longa para abordar adequadamente quaisquer preocupações.<sup>75</sup>

Tornar esses exames uma parte rotineira da prática pode normalizar as preocupações comuns com a SM e tem o poder de reduzir o estigma relacionado. Numa síntese narrativa de 45 artigos que descrevem 38 estudos, Wissow et. al (2016) revelaram que os rastreios enquadrados como universais e confidenciais foram os mais amplamente aceites, e mesmo os rastreios negativos iniciaram mais discussões e aumentaram o número de encaminhamentos para a SM. Tal como os prestadores de cuidados de saúde registam as medições de altura e peso num gráfico de crescimento como um marcador do estado de saúde física atual, a vigilância da SM ao longo do tempo pode ser feita utilizando ferramentas de rastreio padronizadas. As ferramentas de rastreio são uma forma eficaz e pouco dispendiosa de integrar rastreios de SM numa variedade de contextos de prática em cada exame de bem-estar.<sup>60</sup>

Para além disto, temos de considerar que os serviços especializados em SM geralmente focam-se no diagnóstico e tratamento de condições sintomáticas. No entanto, os CSP podem desempenhar um papel único ao identificar sinais subclínicos de problemas de

SM, usando, por exemplo, a aplicação de programas de rastreio. Os CSP têm experiência em implementar programas de rastreio de diversas condições, como distúrbios de desenvolvimento e problemas de visão/audição. Portanto, incorporar processos de triagem universal em SM nesse contexto seria uma medida natural.<sup>76</sup> Projetos atuais apoiam a viabilidade desta hipótese (tabela 3).<sup>76,77</sup>

Exemplos de ferramentas de rastreio comumente utilizadas em saúde comportamental em CSP de saúde infantil
<p><b>Período Pós-natal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)</li> <li>• Questionário de Saúde do Paciente-2 (PHQ-2) ou Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)</li> </ul> <p><b>Bebés e Crianças pequenas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionários de idades e fases: sócio-emocionais (ASQ: SE)</li> <li>• Avaliação pelos pais do estado de desenvolvimento (PEDS)</li> <li>• <i>Checklist</i> de Sintomas Pediátricos (PSC)</li> <li>• O Inquérito de Bem-Estar de Crianças Pequenas (SWYC)</li> </ul> <p><b>Adolescentes e Jovem Adultos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questões de rastreio de Suicídio (ASQ)</li> <li>• Perturbação de Ansiedade Generalizada 7 (GAD-7)</li> <li>• Questionário de Saúde do Paciente-4 (PHQ-4)</li> <li>• Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)</li> <li>• <i>Checklist</i> de Sintomas Pediátricos (PSC)</li> </ul>

Tabela 3: Exemplos de ferramentas de rastreio comumente utilizadas em saúde comportamental em CSP de saúde infantil

Deste modo, o rastreio universal é importante na redução de disparidades, uma vez que pacientes/famílias vulneráveis podem responder menos voluntariamente a preocupações de SM. Rastreios seletivos têm um potencial estigmatizante e reforçar preconceitos.

Os rastreios também devem incorporar conhecimento sobre os efeitos de experiências adversas e traumas na infância – incluindo traumas vivenciados no sistema de saúde – e também experiências protetoras na infância que podem mitigar os efeitos do trauma.<sup>78</sup>

Uma área emergente de rastreio está relacionada com o suicídio, que é uma das principais causas de morte entre adolescentes, com taxas substancialmente mais altas entre jovens pertencentes a minorias e LGBTQI+. Nos EUA, embora não seja atualmente recomendado pela *Task Force* de Serviços Preventivos dos EUA devido a evidências insuficientes<sup>79</sup>, a AAP<sup>80</sup>, a AACAP<sup>81</sup>, e a Associação Americana de Psicologia<sup>82</sup> defenderam o rastreio universal do suicídio para jovens. O efeito da triagem universal nas disparidades no suicídio ainda necessita de ser estudado.

Contudo, para os programas de rastreio terem um valor clínico é necessário uma posterior avaliação e tratamento. Tradicionalmente, os CSP que identificassem problemas de SM Infantil nestes programas de rastreio, iriam referenciar o paciente para cuidados especializados em SM Infantil. Contudo, muitos dos pacientes não chegam a receber esses cuidados, especialmente crianças de meios desfavorecidos. Isto evidencia a necessidade emergente de integrar a SM Infantil nos CSP e aplicar modelos eficazes de integração, como os cuidados colaborativos abordados anteriormente.<sup>7</sup>

Adicionalmente, é essencial entender os fatores raciais, étnicos e culturais que afetam a administração e os métodos de rastreamento, bem como discutir as preferências dos serviços para que os processos de rastreamento sejam executados com sucesso. Além disso, há poucos estudos disponíveis que validam instrumentos convencionais para rastreio de SMI em minorias. Descobriu-se que aspetos da comunicação prestador-paciente, como o idioma, a cultura e a confiança, afetam a escolha do paciente de procurar CSP para problemas de SMI.<sup>83</sup>

Relativamente à realidade portuguesa, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil constata que a consulta de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação de perturbações emocionais e do comportamento nesta faixa etária. Ademais, afirma que o diagnóstico de condições psicopatológicas e de risco, assim como a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas, deve transformar-se numa prioridade. Contudo, apesar de incentivar a promoção de saúde e o acompanhamento das crianças e jovens de modo a

identificar precocemente psicopatologia e de existir um momento formal para o rastreio da perturbações no espectro do autismo, não existe nenhum momento de rastreio formal para doenças mentais.<sup>84</sup>

## **2. Procurar Educação Médica Continuada (EMC) relevante ou certificação de especialidade**

Embora a EMC tenha surgido para ajudar os profissionais de saúde a disseminar informação, tem sido amplamente utilizada para aumentar a confiança dos prestadores de cuidados e ajudar a mudar comportamentos na prática clínica.<sup>85</sup>

A obtenção do EMC promove a responsabilização do prestador de cuidados e desempenha um papel na melhoria da gestão, formação de equipas e comunicação interpessoal.<sup>85</sup>

Num estudo sobre a eficácia de um programa de educação continuada sobre as competências de gestão da saúde mental dos prestadores de cuidados primários pediátricos (n = 7.582), evidenciou que os prestadores que participaram na educação continuada trataram os seus pacientes com mais confiança e eficácia, fazendo encaminhamentos mais apropriados e deixando os encaminhamentos de emergência apenas para os casos clinicamente mais graves.<sup>86</sup>

A EMC é uma parte indispensável para manter a competência na prática e ajuda os prestadores a manterem-se atualizados sobre questões clínicas relevantes.<sup>87</sup>

## **3. Desenvolver uma Lista de Recursos**

Num estudo sobre métodos de formação em sete clínicas de CSP, descobriu-se que a formação dos prestadores, por si só, não é suficiente para aumentar o seu nível de confiança ou melhorar os resultados de saúde dos pacientes com perturbações comportamentais.<sup>88</sup>

Ao invés, discute a “ligação ativa” como um dos componentes mais importantes na prestação de cuidados de SM abrangentes, que envolve mapear organizações e recursos locais de SM para utilização tanto pelos pacientes como pelos prestadores.<sup>88</sup>

A investigação mostra que, com um aumento nos rastreios de rotina de SM, ocorrerá inevitavelmente um aumento das taxas de rastreios positivos e a subsequente necessidade de tratamento ou encaminhamento.<sup>89</sup> No entanto, os prestadores de CSP podem não estar

cientes dos recursos disponíveis e podem interpretar mal os serviços como sendo inconvenientes ou indisponíveis para os seus pacientes.<sup>65</sup>

Ao desenvolver e adaptar uma lista de recursos que se adaptam às necessidades e prioridades locais das práticas individuais, o nível de confiança dos prestadores e a prontidão para adaptar e tratar a doença mental em todas as suas complexidades podem aumentar.<sup>88</sup> Estar consciente e utilizar recursos adicionais disponíveis na comunidade local apoia um cuidado holístico e centrado no paciente.<sup>53</sup>

#### **4. Tecnologias Digitais e SM**

A pandemia veio enfatizar os benefícios que as tecnologias digitais podem ter na vida das crianças. Para além disto, a pandemia também pôs em evidência o elevado custo em termos de perda de oportunidades educativas e económicas pelos cerca de 2,2 mil milhões de crianças e jovens com menos de 25 anos com acesso limitado ou inexistente à Internet.<sup>90</sup> Embora o uso de redes sociais seja frequentemente apresentado como uma das principais causas de depressão e ansiedade entre crianças e jovens, a investigação apresenta um quadro muito mais matizado. De um modo geral, existe atualmente um conjunto substancial de investigação que indica apenas uma pequena associação - que pode ser positiva ou negativa - entre a utilização das redes sociais e a SM, incluindo a depressão, a ansiedade e o bem-estar. A pequena dimensão das associações tornou difícil aferir se as redes sociais contribuem para a depressão em jovens ou se os jovens com depressão têm maior probabilidade de utilizar as redes sociais.<sup>91</sup> Além disso, alguns jovens que se sentem sozinhos e isolados ou deprimidos e ansiosos podem recorrer às redes sociais e ao mundo *online* para encontrar amigos e apoio ou comunidades que ajudem a satisfazer as suas necessidades.<sup>92</sup>

Relativamente ao tempo de ecrã, existe apenas evidência limitada de uma forte associação com maus resultados em termos de SM. Por exemplo, uma grande análise das revisões efetuadas no Reino Unido identifica uma evidência moderadamente forte de uma associação entre taxas mais elevadas de tempo de ecrã (incluindo ver televisão) e sintomas depressivos, mas apenas evidência fraca ou inexistente para a ansiedade e perturbações comportamentais.<sup>93</sup>

Contudo, é importante enfatizar que a tecnologia digital também se está a tornar numa parte importante dos serviços de SM e de apoio psicossocial. Esta pode ser: um meio

para educar e difundir informação sobre SM; uma ajuda na triagem e diagnóstico; um canal para tratamento e prestação de cuidados; e uma ferramenta para treinar e supervisionar profissionais de SM.<sup>94</sup>

Além disso, a tecnologia digital pode ser útil para monitorar tendências humanas no comportamento, ajudando a formular intervenções com precisão. A tecnologia digital tem, também, o potencial de reforçar a força laboral global em cuidados de SM e ajudar prestar serviços de SM de forma equitativa em locais onde estes são atualmente escassos.<sup>95</sup>

As intervenções digitais são aplicadas para respostas de SM e apoio psicossocial em vários formatos, entre os quais websites, jogos, aplicações, robótica e realidade virtual. Uma revisão sistemática das intervenções digitais concluiu que é provável que os jovens respondam quando o serviço é conveniente, individualizado e anónimo, e quando tem um mínimo de texto e oferece oportunidades de ligação com os pares.<sup>96</sup>

EMPOWER, uma plataforma de formação digital liderada *pelo Global Mental Health Lab* de Harvard, é uma das intervenções digitais promissoras em uso.<sup>97</sup> O seu objetivo é criar uma força de trabalho global no domínio da SM e colmatar o hiato entre a necessidade e a falta de serviços de alta qualidade e baseados em evidência em muitas partes do mundo.

A EMPOWER utiliza tecnologia digital para formar e fornecer orientação em tempo real aos profissionais de saúde na comunidade, incluindo enfermeiros, assistentes sociais e parteiras. Também utiliza plataformas digitais para acompanhar remotamente os efeitos das intervenções de cuidados de saúde mental.

Em 2021, realizou-se um teste piloto da EMPOWER na Índia e estão em curso esforços para lançar o programa nos EUA. A EMPOWER também está a desenvolver conteúdo sobre parentalidade, uma abordagem fundamental para construir a base da SM em crianças e jovens.

Além da capacitação, a tecnologia digital também está aplicada para fornecer tratamento. A terapia cognitivo-comportamental computadorizada (c-TCC) é um exemplo, e pode ser moderadamente eficaz no tratamento da depressão e da ansiedade em jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos, particularmente quando associada a componentes presenciais para encorajar a adesão.<sup>98</sup>

*Smart, Positive, Active, Realistic X-factor thoughts* (SPARX) é uma abordagem inovadora de c-TCC, que consiste num jogo de computador desenvolvido na Nova Zelândia para jovens.<sup>99</sup> O objetivo do jogo é restaurar o equilíbrio num mundo consumido por pensamentos

sombrios, negativos e automáticos. Nele, os jogadores seguem um avatar através de um mundo de fantasia de tarefas que incorporam habilidades de TCC, incluindo relaxamento, regulação da emoção e reestruturação mental de pensamentos e suposições.<sup>100</sup>

Em 2017, um estudo que testava este jogo que era realizado antes dos exames finais do ensino secundário indicou que o SPARX reduziu os sintomas de depressão a curto prazo. Contudo, 18 meses após o estudo, não se verificou um efeito sustentado.<sup>101</sup> O SPARX é financiado pelo Ministério da Saúde da Nova Zelândia e o jogo está disponível gratuitamente em toda a Nova Zelândia.

Em 2020, o SPARX foi incluído como parte de um estudo destinado a determinar se as aplicações para smartphones eram uma forma eficaz de tratar a depressão dos estudantes.<sup>102</sup>

## **Exemplos de sucesso de intervenções nos CSP**

Apesar dos esforços globais promissores, as respostas nacionais aos desafios de SM das crianças e dos jovens continuam a ser desiguais. Apesar da maioria das crianças e jovens viver em países de baixo rendimento, é nos países de alto rendimento que há maior probabilidade para crianças e jovens de receber intervenções para tratar problemas de SM.<sup>4</sup> Uma análise dos dados do projeto SM em Desenvolvimento (MIND) da OMS – uma base de dados *online* de recursos nacionais e internacionais – mostrou que a maioria dos países não tem políticas específicas de SM para crianças e adolescentes.<sup>4</sup>

De acordo com o Atlas de SM da OMS de 2020, e tendo em consideração as lacunas na recolha de dados (apenas 31 por cento dos Estados-Membros compilaram dados do sector público sobre SM e apenas 40 por cento compilaram dados de SM como parte de estatísticas gerais de saúde), 68 por cento dos Estados-Membros da OMS relataram ter pelo menos dois programas nacionais e multissectoriais de promoção e prevenção da SM em funcionamento.<sup>103</sup>

Dos 420 programas de prevenção e promoção comunicados por 148 países:

- 18 por cento centraram-se na sensibilização para a SM ou na redução do estigma;
- 17 por cento tiveram base escolar;
- 15 por cento abordaram o suicídio.

As outras categorias incluíam o desenvolvimento na primeira infância, a SM parental/materna, a SM relacionada com o trabalho e a SM e o apoio psicossocial como parte da preparação para catástrofes e da redução do risco de catástrofes.<sup>103</sup>

Tendo isto em conta, são descritos de seguida exemplos de iniciativas nacionais de intervenções em CSP com o objetivo de reduzir as disparidades no acesso à SM de crianças e jovens.

### **Paquistão – Programa *Thinking Healthy***

Desde 2007, no Paquistão, o Programa *Thinking Healthy* (THP) tem contactado as mães para combater a depressão perinatal.<sup>104</sup>

O programa integra a SM numa plataforma de CSP. Inicialmente, era ministrado por um corpo estabelecido de trabalhadores de CSP baseados na comunidade, chamados *Lady Health Workers*, mas atualmente envolve membros da comunidade com formação.<sup>105</sup>

Este programa é baseado em terapia cognitivo-comportamental (TCC) e inclui quatro sessões uma vez por semana para mulheres no seu último mês de gravidez, três sessões no mês após o nascimento e sessões mensais durante os nove meses seguintes.<sup>104</sup>

As primeiras avaliações do THP demonstraram que este diminuiu para metade a incidência de depressão. Além disso, as mães participantes no programa relataram maior estimulação com seus filhos e maior uso subsequente de contraceptivos. Os bebés no estudo tinham menos probabilidades de ter episódios de diarreia e maior probabilidade de terem recebido imunizações.<sup>106</sup> Um estudo de acompanhamento sete anos mais tarde mostrou uma redução de 17 por cento na depressão entre as mães no programa. As mães também demonstraram maior investimento de tempo e financeiro nos filhos.<sup>107</sup>

Com base no seu sucesso, o THP foi incorporado no Programa Nacional para Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental do Paquistão, incluído no pacote universal de cuidados de saúde do país e incluído no Plano do Presidente para Promover a Saúde Mental dos Paquistaneses. Além disso, o programa foi incluído no guia de intervenção do Programa de Ação para Lacunas de Saúde Mental (mhGAP) da OMS e foi implementado noutros países, como o Bangladesh, a Bolívia, a Índia, a Nigéria, o Peru<sup>107</sup> e o Vietname.<sup>108</sup> Estão em curso projetos-piloto na China e numa aplicação para o telemóvel no Quênia.<sup>109</sup>

## **Austrália - Headspace**

Uma das iniciativas para jovens de maior duração é o *Headspace*, um sistema de centros de CSP para jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 25 anos na Austrália, iniciado em 2006.<sup>110</sup>

O *Headspace* integra a SM em intervenções que também prestam apoio vocacional, abordam a saúde física e sexual e o consumo de álcool e drogas.<sup>111</sup> Os serviços podem também ser prestados *online*, telefonicamente ou por mensagens de texto. Além disso, o *Headspace* chega às escolas primárias e secundárias com ferramentas para ajudar professores e pais a apoiar alunos com problemas de SM. Alguns dos centros oferecem serviços especializados de SM que cuidam de jovens com condições complexas, incluindo psicose.<sup>110</sup> A participação de adolescentes e jovens é uma componente crítica do *Headspace*. Estes são envolvidos nas decisões sobre os seus próprios cuidados e servem como conselheiros para o desenvolvimento, estratégia e planeamento operacional deste sistema. Outra vantagem que se verifica neste sistema é a capacidade de alcançar comunidades historicamente menos propensas a procurar serviços de SM, como jovens de comunidades aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres.

Desde que foi iniciado pela Fundação Nacional de Saúde Mental Juvenil da Austrália, cresceu de 10 centros para uma rede nacional de 110 centros. As avaliações destacaram resultados positivos em SM para adolescentes e jovens. Contudo, os desafios incluem longas listas de espera para serviços e escassez de pessoal.<sup>112</sup>

## **Conclusão – Propostas de Políticas de Saúde para Portugal**

Tendo em consideração os temas abordados nesta revisão narrativa da bibliografia relativa à inacessibilidade dos cuidados de SM por crianças e adolescentes, o seu impacto negativo não afeta apenas as crianças no decorrer da sua infância, mas posteriormente na sua vida adulta, traduzindo-se num impacto negativo para a pessoa, a sua família e, em última instância, para a sociedade no geral – as doença mentais encontram-se entre as principais causas de doença e incapacidade entre os adolescentes<sup>3</sup>; o suicídio é a quarta principal causa de morte entre os 15 e 29 anos a nível global<sup>3</sup>; adolescentes com perturbações mentais são particularmente vulneráveis à exclusão social, discriminação, estigma e violação de direitos humanos<sup>9</sup>; há uma associação estatisticamente significativa entre a presença de doença

mental e condições físicas crónicas subsequentes<sup>13</sup>; os custos da perda de SM são significativos para a sociedade.

Deste modo, sendo a SM uma componente essencial da saúde do ser humano e tendo os problemas de SM um início precoce na vida da pessoa - 34,6 % de todos os problemas mentais têm início até aos 14 anos e 62,5 % até aos 25 anos<sup>5</sup> - torna-se imperativo agir e criar políticas de saúde e iniciativas que visem promover a SMI. A OMS e a UNICEF têm promovido iniciativas neste sentido, e alguns países são já exemplos de sucesso na implementação de projetos inovadores.

É consensual que a resposta para a inacessibilidade a cuidados de SM de crianças e jovens passa pelos CSP, sendo o modelo colaborativo um modelo baseado em evidência de integração de SM nos CSP. Este modelo implica um trabalho de uma equipa multidisciplinar sediada nos CSP, mas com uma linha de comunicação estabelecida com um especialista de SM que apoia o médico assistente a gerir os pacientes com doenças mentais e reservando a referência hospitalar para casos mais graves. Deste modo, a maioria dos pacientes é acompanhada nos CSP por uma equipa multidisciplinar. O modelo colaborativo é, então, centrado no paciente que tem um papel ativo na tomada de decisões.<sup>48</sup>

Neste sentido, Portugal, apesar da falta de investimento em SM e da escassez de profissionais de saúde especializados em SM de crianças e adolescentes, está atualmente a adotar um modelo organizacional que promove a gestão integrada de CSP e cuidados hospitalares, com a implementação do modelo de ULS. Esta reestruturação de cuidados de saúde do SNS, direciona-o para cuidados colaborativos e integrados centrados no paciente. Deste modo, estamos perante uma janela única de oportunidade de adotar políticas de saúde que visem aumentar a efetividade dos Cuidados de SM de crianças e jovens.

Assim, tendo em consideração a evidência exposta nesta revisão bibliográfica, apresento propostas de políticas de saúde que visam melhorar os cuidados de saúde mental de crianças e jovens a nível nacional:

1. Elaboração de um documento destinado a profissionais de saúde com técnicas e competências para abordar problemas de SM na infância e modelos de tratamento de doenças mentais no CSP.

À semelhança do “Kit de Ferramentas de SM” desenvolvido pela AAP<sup>40</sup>, a elaboração de um documento com esta finalidade para a realidade portuguesa pode aumentar a confiança dos profissionais dos CSP na deteção e tratamento precoce de doenças

mentais. Ademais, tal medida pode diminuir heterogeneidades na prática clínica na gestão de doenças mentais de crianças e adolescentes.

2. Com adoção de modelos ULS, a linha de comunicação entre as equipas de CSP e os especialistas de SM de crianças e adolescentes é facilitada. Esta mesma comunicação deve ser incentivada com regularidade, quer seja por telecomunicação, quer seja pessoalmente.
3. Tendo por base modelos de colocação, aumentar o número de especialistas em saúde comportamental, incluindo psiquiatras, psicólogos e enfermeiros com formação especializada ou médicos assistentes, a trabalhar diretamente no local com os prestadores de CSP para gerir os problemas de SM. Contudo, a viabilidade desta proposta é comprometida pela escassez de especialistas em SM de crianças e adolescentes.
4. De modo a aumentar o grau de conhecimento e de confiança de tratamento de pacientes com doenças mentais por parte dos prestadores de CSP, deve ser promovida a contínua formação dos mesmos. A educação médica continuada pode ser feita através de formações teórico-práticas de curta duração ou formação de curso intensivo.
5. Com o objetivo de uniformizar os cuidados e identificar os doentes em risco que, de outra forma, podem não apresentar sinais ou sintomas de doença mental, a implementação de programas de rastreio e vigilância universais de todos os pacientes em idade pediátrica, independentemente dos fatores de risco deve ser uma medida a ser considerada.

Uma vigilância rápida e efetiva pode ser obtida através da aplicação da abrangente Lista de Verificação de Sintomas Pediátricos de 35 itens desenvolvida pela AAP<sup>74</sup> nas consultas de CSP de Saúde Infantil. Este formulário é de livre acesso e está disponível em diversos idiomas, incluindo português de Portugal, e pode ser aplicada na consulta ou ser entregue à família, preenchida em casa/sala de espera e analisada na consulta posteriormente.<sup>75</sup>

Esta prática seria uma forma económica e eficaz de obter as opiniões de vários observadores, incluindo pais, professores e até irmãos, capaz de normalizar as preocupações comuns com a SM e reduzir o estigma relacionado.

6. Desenvolver uma lista de recursos a nível nacional que mapeie organizações e recursos locais de SM para utilização tanto pelos pacientes como pelos prestadores. Com este inventário, os prestadores de CSP ficam cientes dos recursos disponíveis também na comunidade, apoiando uma abordagem holística.
7. Investimento em tecnologias digitais como ferramenta para o aumento de SM. As novas tecnologias podem ter diferentes benefícios na área da SM infantil e juvenil: um meio para educar e aumentar a literacia em SM; uma ajuda na triagem e diagnóstico; um canal para tratamento e prestação de cuidados; e uma ferramenta para treinar e supervisionar profissionais de SM.  

O uso de tecnologias, para além de todos os benefícios abordados anteriormente, permite ainda colmatar alguns desafios que enfrentamos no combate da inacessibilidade a SM por crianças e jovens, como a escassez de recursos humanos especializados e a heterogeneidade da sua distribuição a nível nacional.
8. Promover intervenções comunitárias dos CSP de modo a aumentar a literacia em SM de crianças e adolescentes e identificar casos de risco, aproximando os CSP da comunidade e diminuindo o estigma relativo a doenças mentais.

## **Agradecimentos**

À Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e ao Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, por terem sido Casa ao longo destes seis anos e me terem proporcionado uma formação completa e rigorosa.

Um especial agradecimento à Professora Doutora Cristina Ribeiro, minha orientadora, pelo contributo extraordinário e pelas sugestões dadas que permitiram a concretização deste trabalho e, principalmente, pela prontidão em ajudar.

Por fim, à minha família e amigos pelo apoio incondicional.

## Bibliografia

1. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Investir na Saúde Mental através da Intervenção Psicológica. Published online 2013.  
[https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/investir\\_na\\_sa\\_\\_de\\_psic\\_em\\_por\\_tugal.pdf](https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/investir_na_sa__de_psic_em_por_tugal.pdf)
2. CDC. What Is Children's Mental Health? Centers for Disease Control and Prevention. Published July 26, 2023. Accessed January 21, 2024.  
<https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/basics.html>
3. Mental health of adolescents. Accessed January 21, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
4. UNICEF, ed. *On My Mind: Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health*. UNICEF; 2021.
5. CERDAS S. RELATÓRIO sobre a saúde mental | A9-0367/2023 | Parlamento Europeu. Accessed February 19, 2024. [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0367\\_PT.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0367_PT.html)
6. OECD. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018. Accessed February 19, 2024.  
[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018\\_health\\_glance\\_eur-2018-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en)
7. Arrojo MJ, Bromberg J, Walter HJ, Vernacchio L. Pediatric Primary-Care Integrated Behavioral Health: A Framework for Reducing Inequities in Behavioral Health Care and Outcomes for Children. *Pediatr Clin North Am*. 2023;70(4):775-789.  
doi:10.1016/j.pcl.2023.04.004
8. World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013-2020*. World Health Organization; 2013. Accessed February 9, 2024.  
<https://iris.who.int/handle/10665/89966>

9. Brino KAS. Pediatric Mental Health and the Power of Primary Care: Practical Approaches and Validating Challenges. *J Pediatr Health Care*. 2020;34(2):e12-e20. doi:10.1016/j.pedhc.2019.09.013
10. Smahel D, Machackova H, Mascheroni G, et al. *EU Kids Online 2020: Survey Results from 19 Countries.*; 2020. doi:10.21953/lse.47fdeqj01ofo
11. AAP-AACAP-CHA Declaration of a National Emergency in Child and Adolescent Mental Health. Accessed January 21, 2024. <https://www.aap.org/en/advocacy/child-and-adolescent-healthy-mental-development/aap-aacap-cha-declaration-of-a-national-emergency-in-child-and-adolescent-mental-health/>
12. Njoroge WFM, Hostutler CA, Schwartz BS, Mautone JA. Integrated Behavioral Health in Pediatric Primary Care. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(12):106. doi:10.1007/s11920-016-0745-7
13. Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, et al. Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(2):150-158. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2688
14. McBain RK, Cantor JH, Kofner A, Stein BD, Yu H. Ongoing Disparities in Digital and In-Person Access to Child Psychiatric Services in the United States. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2022;61(7):926-933. doi:10.1016/j.jaac.2021.11.028
15. Sittig A. Increasing the Child and Adolescent Psychiatry Workforce.
16. 2019 - CNS. Accessed April 4, 2024. <https://www.cns.min-saude.pt/2023/02/16/2019/>
17. Bitton A, Baughman AW, Carlini S, Weissman JS, Bates DW. Enhanced primary care and impact on quality of care in Massachusetts. *Am J Manag Care*. 2016;22(5):e169-174.
18. Balasubramanian BA, Cohen DJ, Jetelina KK, et al. Outcomes of Integrated Behavioral Health with Primary Care. *J Am Board Fam Med*. 2017;30(2):130-139. doi:10.3122/jabfm.2017.02.160234

19. Parcesepe AM, Cabassa LJ. Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Adm Policy Ment Health*. 2013;40(5):384-399. doi:10.1007/s10488-012-0430-z
20. Latoo J, Mistry M, Alabdulla M, et al. Mental health stigma: the role of dualism, uncertainty, causation and treatability. *Gen Psychiatr*. 2021;34(4):e100498. doi:10.1136/gpsych-2021-100498
21. Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45(1):11-27. doi:10.1017/S0033291714000129
22. Villatoro AP, DuPont-Reyes MJ, Phelan JC, Link BG. 'Me' vs. 'Them': How Mental Illness Stigma Influences Adolescent Help-Seeking Behaviors for Oneself and Recommendations for Peers. *Stigma Health*. 2022;7(3):300-310. doi:10.1037/sah0000392
23. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res*. 2014;218(0):35-38. doi:10.1016/j.psychres.2014.04.028
24. Rössler W. The stigma of mental disorders. *EMBO reports*. 2016;17(9):1250-1253. doi:10.15252/embr.201643041
25. Sung JY, Kacmarek CN, Schleider JL. Economic Evaluations of Mental Health Programs for Children and Adolescents in the United States: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2021;24(1):1-19. doi:10.1007/s10567-020-00333-1
26. Kalmin MM, Cantor JH, Bravata DM, Ho PC, Whaley C, McBain RK. Utilization and Spending on Mental Health Services Among Children and Youths With Commercial Insurance. *JAMA Network Open*. 2023;6(10):e2336979. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.36979
27. Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J, Umla-Runge K, Newbury-Birch D. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and

- adolescents in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Published online December 30, 2022:1-18. doi:10.1007/s00787-022-02131-2
28. Suhrcke M, Pillas D, Selai C. Economic aspects of mental health in children and adolescents.
  29. Parsonage M. *The Chance of a Lifetime: Preventing Early Conduct Problems and Reducing Crime.*; 2009.
  30. OECD. *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2022. Accessed February 19, 2024. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022\\_507433b0-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en)
  31. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
  32. World Population Prospects - Population Division - United Nations. Accessed March 17, 2024. <https://population.un.org/wpp/>
  33. Conselho Nacional de Saúde. Sem Mais Tempo a Perder | Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Published online 2019. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
  34. Stelmach R, Kocher EL, Kataria I, Jackson-Morris AM, Saxena S, Nugent R. The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: a modelling study. *BMJ Global Health*. 2022;7(6):e007759. doi:10.1136/bmjgh-2021-007759
  35. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415-424. doi:10.1016/S2215-0366(16)30024-4

36. Carter L, Stanford J. *Investing in Better Mental Health in Australian Workplaces*. Centre for Future Work; 2021. Accessed March 17, 2024. <https://apo.org.au/node/313144>
37. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369(9569):1302-1313. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7
38. Mental health EURO. Accessed March 17, 2024. <https://www.who.int/europe/health-topics/mental-health>
39. WHO European framework for action on mental health 2021–2025. Accessed February 19, 2024. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057813>
40. AAP. ADDRESSING MENTAL HEALTH CONCERNS IN PEDIATRICS: A PRACTICAL RESOURCE TOOLKIT FOR CLINICIANS, 2ND EDITION. Published online 2021. [https://downloads.aap.org/AAP/PDF/Mental\\_Health\\_Tools\\_for\\_Pediatrics.pdf](https://downloads.aap.org/AAP/PDF/Mental_Health_Tools_for_Pediatrics.pdf)
41. Mukala Mayoyo E, Criel B, Sow A, Coppieters Y, Chenge F. Understanding the mix of services for mental health care in urban DR Congo: a qualitative descriptive study. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):1206. doi:10.1186/s12913-023-10219-x
42. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Accessed March 19, 2024. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240031029>
43. mhGAP Intervention Guide - Version 2.0. Accessed March 19, 2024. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549790>
44. Rahman A, Naslund JA, Betancourt TS, et al. The NIMH global mental health research community and COVID-19. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(10):834-836. doi:10.1016/S2215-0366(20)30347-3
45. Scale-up Hubs: Conversations and Lessons Learned - National Institute of Mental Health (NIMH). Accessed March 20, 2024. <https://www.nimh.nih.gov/about/organization/cgmhr/scaleuphubs/scale-up-hubs-conversations-and-lessons-learned>

46. PRIME: Programme for Improving Mental Health Care. Centre for Global Mental Health. Accessed March 20, 2024. <https://www.centreforglobalmentalhealth.org/prime-programme-for-improving-mental-health-care>
47. Schreiter EAZ, Pandhi N, Fondow MDM, et al. Consulting Psychiatry within an Integrated Primary Care Model. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(4):1522-1530. doi:10.1353/hpu.2013.0178
48. Goodrich DE, Kilbourne AM, Nord KM, Bauer MS. Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Current Psychiatry Reports*. 2013;15(8). doi:10.1007/s11920-013-0383-2
49. Kim B, Lucatorto MA, Hawthorne K, et al. Care coordination between specialty care and primary care: a focus group study of provider perspectives on strong practices and improvement opportunities. *J Multidiscip Healthc*. 2015;8:47-58. doi:10.2147/JMDH.S73469
50. Kolko DJ, Perrin E. The integration of behavioral health interventions in children's health care: services, science, and suggestions. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014;43(2):216-228. doi:10.1080/15374416.2013.862804
51. Katzelnick DJ, Williams MD. Large-Scale Dissemination of Collaborative Care and Implications for Psychiatry. *Psychiatr Serv*. 2015;66(9):904-906. doi:10.1176/appi.ps.201400529
52. Jolly JB, Fluet NR, Reis MD, Stern CH, Thompson AW, Jolly GA. Review of behavioral health integration in primary care at Baylor Scott and White Healthcare, Central Region. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2016;29(2):131-136.
53. McGough PM, Bauer AM, Collins L, Dugdale DC. Integrating Behavioral Health into Primary Care. *Popul Health Manag*. 2016;19(2):81-87. doi:10.1089/pop.2015.0039
54. Weitzman C, Wegner L, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, et al. Promoting optimal development: screening for behavioral and emotional problems. *Pediatrics*. 2015;135(2):384-395. doi:10.1542/peds.2014-3716

- 55.: :: Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro. Accessed April 24, 2024.  
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?artigo\\_id=3197B0005&nid=3197&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so\\_miolo=&nversao=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=3197B0005&nid=3197&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=)
56. Decreto-Lei n.º 102/2023 | DR. Accessed April 23, 2024.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
57. Guerrero AP, Takesue CL, Medeiros JH, et al. Primary Care Integration of Psychiatric and Behavioral Health Services: A Primer for Providers and Case Report of Local Implementation. *Hawaii J Med Public Health*. 2017;76(6):147-151.
58. Arora PG, Connors EH, Coble K, Blizzard A, Wissow L, Pruitt D. Pediatric Primary Care Providers' Use of Behavioral Health Consultation. *Psychiatr Serv*. 2017;68(6):531-534. doi:10.1176/appi.ps.201600479
59. Olfson M, Kroenke K, Wang S, Blanco C. Trends in office-based mental health care provided by psychiatrists and primary care physicians. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(3):247-253. doi:10.4088/JCP.13m08834
60. Wissow LS, van Ginneken N, Chandna J, Rahman A. wa. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63(1):97-113. doi:10.1016/j.pcl.2015.08.005
61. Ellner AL, Phillips RS. The Coming Primary Care Revolution. *J Gen Intern Med*. 2017;32(4):380-386. doi:10.1007/s11606-016-3944-3
62. Sanchez K. Collaborative care in real-world settings: barriers and opportunities for sustainability. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:71-74. doi:10.2147/PPA.S120070
63. Iskandar JW, Sharma T, Alishayev I, Mingoia J, Vance JE, Ali R. Mental Health From the Perspective of Primary Care Residents: A Pilot Survey. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*. 2014;16(4). doi:10.4088/PCC.14m01662
64. Theophilos T, Green R, Cashin A. Nurse Practitioner Mental Health Care in the Primary Context: A Californian Case Study. *Healthcare*. 2015;3(1):162-171. doi:10.3390/healthcare3010162

65. Dempster N, Wildman B, Duby J. Perception of primary care pediatricians of effectiveness, acceptability, and availability of mental health services. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*. 2013;19. doi:10.1177/1367493513503585
66. Amaro R, Pinto SV, Ribeiro CG, et al. Vamos falar de saúde mental infantil? Um estudo do impacto de formação especializada em saúde mental infantil para médicos e técnicos de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2022;38(6):631-638. doi:10.32385/rpmgf.v38i6.13096
67. Ana Teresa Gonçalves de Sousa Prata, Sarah do Amaral, Madalena Rodrigues, Mariana Pereira Alves, Mónica Mata, Inês Oliveira. Perceção dos Médicos de Família sobre Saúde Mental Infanto-juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. *AIMGF Magazine*. 2023;v.13(nº 1).  
<https://gestor.aimgfzonanorte.pt/Uploads/Magazine/Documentos/3055AIMGFvolume13-1%20AInvestigacao10.pdf>
68. Yogman MW, Betjemann S, Sagaser A, Brecher L. Integrated Behavioral Health Care in Pediatric Primary Care: A Quality Improvement Project. *Clin Pediatr (Phila)*. 2018;57(4):461-470. doi:10.1177/0009922817730344
69. Lau R, Stevenson F, Ong BN, et al. Achieving change in primary care--causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. *Implement Sci*. 2016;11:40. doi:10.1186/s13012-016-0396-4
70. Vossekul B, Fein RA, Reddy M, Borum R, Modzeleski W. UNITED STATES SECRET SERVICE AND UNITED STATES DEPARTMENT OF EDUCATION.
71. Finnell SME, Stanton JL, Downs SM. Actionable recommendations in the Bright Futures child health supervision guidelines. *Appl Clin Inform*. 2014;5(3):651-659. doi:10.4338/ACI-2014-02-RA-0012
72. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 3rd ed. American Academy of Pediatrics; 2007. doi:10.1542/9781581102239

73. Fussell J, Rodgers C, Conners Edge N. Pediatric Screening in Primary Care Settings. *The Journal of the Arkansas Medical Society*. 2016;113:108-109.
74. Pediatric Symptom Checklist. Massachusetts General Hospital. Accessed April 24, 2024. <https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist>
75. Aitken K. M. Augustyn, B. Zuckerman and E.B. Caronna (eds.): The Zuckerman Parker Handbook of Developmental and Behavioral Pediatrics for Primary Care. *Journal of Autism and Developmental Disorders - J AUTISM DEV DISORD*. 2012;42. doi:10.1007/s10803-011-1253-6
76. Walter HJ, Vernacchio L, Correa ET, et al. Five-Phase Replication of Behavioral Health Integration in Pediatric Primary Care. *Pediatrics*. 2021;148(2):e2020001073. doi:10.1542/peds.2020-001073
77. Savageau JA, Keller D, Willis G, et al. Behavioral Health Screening among Massachusetts Children Receiving Medicaid. *The Journal of Pediatrics*. 2016;178:261-267. doi:10.1016/j.jpeds.2016.07.029
78. Office of the Surgeon General (OSG). *Protecting Youth Mental Health: The U.S. Surgeon General's Advisory*. US Department of Health and Human Services; 2021. Accessed February 8, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK575984/>
79. Programs for the Prevention of Suicide Among Adolescents and Young Adults. Accessed February 8, 2024. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031525.htm>
80. Jenco M, Editor NC. AAP urges suicide screening despite USPSTF call for more research. Published online December 4, 2022. Accessed February 8, 2024. <https://publications.aap.org/aapnews/news/19948/AAP-urges-suicide-screening-despite-USPSTF-call>
81. AACAP. Suicide Prevention. Accessed February 8, 2024. [https://www.aacap.org/aacap/Policy\\_Statements/2019/AACAP\\_Policy\\_Statement\\_on\\_Suicide\\_Prevention.aspx](https://www.aacap.org/aacap/Policy_Statements/2019/AACAP_Policy_Statement_on_Suicide_Prevention.aspx)

82. Responding to the US Preventive Services Task Force recommendations on screening for depression and suicide risk in children and adolescents. Accessed February 8, 2024. <https://www.apaservices.org/advocacy/news/preventive-depression-suicide-children-adolescents>
83. Lewis FJ, Rappleyea D, Didericksen K, Sira N, Byrd J, Buton A. Bringing Inclusion Into Pediatric Primary Health Care: A Systematic Review of the Behavioral Health Treatment of Racial and Ethnic Minority Youth. *Journal of Pediatric Health Care*. 2021;35(6):e32-e42. doi:10.1016/j.pedhc.2021.04.002
84. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Accessed April 24, 2024. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
85. Filipe HP, Silva ED, Stulting AA, Golnik KC. Continuing professional development: best practices. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2014;21(2):134-141. doi:10.4103/0974-9233.129760
86. McCaffrey ESN, Chang S, Farrelly G, Rahman A, Cawthorpe D. Mental health literacy in primary care: Canadian Research and Education for the Advancement of Child Health (CanREACH). *Evid Based Med*. 2017;22(4):123-131. doi:10.1136/ebmed-2017-110714
87. Davies S, Lorello GR, Downey K, Friedman Z. Effective learning environments – the process of creating and maintaining an online continuing education tool. *Adv Med Educ Pract*. 2017;8:447-452. doi:10.2147/AMEP.S136348
88. Chew-Graham C, Burroughs H, Hibbert D, et al. Aiming to improve the quality of primary mental health care: developing an intervention for underserved communities. *BMC Fam Pract*. 2014;15:68. doi:10.1186/1471-2296-15-68
89. Hacker K, Penfold R, Arsenault L, Zhang F, Soumerai SB, Wissow LS. Effect of Behavioral Health Screening and Co-located Services on Ambulatory and Inpatient Utilization. *Psychiatr Serv*. 2015;66(11):1141-1148. doi:10.1176/appi.ps.201400315

90. Avanesian G, Amaro D, Mishra S, et al. *HOW MANY CHILDREN AND YOUNG PEOPLE HAVE INTERNET ACCESS AT HOME? Estimating Digital Connectivity during the COVID-19 Pandemic.*; 2020.
91. Odgers CL, Jensen MR. Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(3):336-348. doi:10.1111/jcpp.13190
92. Jenzen O, Karl I. Make, share, care: Social media and LGBTQ youth engagement. *Ada: A Journal of Gender, New Media, and Technology*. 2014;5. doi:10.7264/N39P2ZX3
93. Stiglic N, Viner RM. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews. *BMJ Open*. 2019;9(1):e023191. doi:10.1136/bmjopen-2018-023191
94. Naslund JA, Gonsalves PP, Gruebner O, et al. Digital Innovations for Global Mental Health: Opportunities for Data Science, Task Sharing, and Early Intervention. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2019;6(4):337-351. doi:10.1007/s40501-019-00186-8
95. Naslund JA, Aschbrenner KA, Araya R, et al. Digital technology for treating and preventing mental disorders in low-income and middle-income countries: a narrative review of the literature. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(6):486-500. doi:10.1016/S2215-0366(17)30096-2
96. Liverpool S, Mota CP, Sales CMD, et al. Engaging Children and Young People in Digital Mental Health Interventions: Systematic Review of Modes of Delivery, Facilitators, and Barriers. *J Med Internet Res*. 2020;22(6):e16317. doi:10.2196/16317
97. About EMPOWER. Accessed March 17, 2024. <https://mentalhealthforalllab.hms.harvard.edu/about-empower>
98. Lehtimaki S, Martic J, Wahl B, Foster KT, Schwalbe N. Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic Overview. *JMIR Ment Health*. 2021;8(4):e25847. doi:10.2196/25847

99. Merry SN, Stasiak K, Shepherd M, Frampton C, Fleming T, Lucassen MFG. The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*. 2012;344:e2598. doi:10.1136/bmj.e2598
100. Lucassen MF, Stasiak K, Fleming T, et al. Computerized cognitive behavioural therapy for gender minority adolescents: Analysis of the real-world implementation of SPARX in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry*. 2021;55(9):874-882. doi:10.1177/0004867420976846
101. Perry Y, Werner-Seidler A, Calear A, et al. Preventing Depression in Final Year Secondary Students: School-Based Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2017;19(11):e369. doi:10.2196/jmir.8241
102. Werner-Seidler A, Huckvale K, Larsen ME, et al. A trial protocol for the effectiveness of digital interventions for preventing depression in adolescents: The Future Proofing Study. *Trials*. 2020;21(1):2. doi:10.1186/s13063-019-3901-7
103. Organization WH. *Mental Health Atlas 2020*. World Health Organization; 2021. Accessed March 20, 2024. <https://iris.who.int/handle/10665/345946>
104. Rahman A, Fisher J, Bower P, et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2013;91(8):593-601. doi:10.2471/BLT.12.109819
105. Sikander S, Ahmad I, Atif N, et al. Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through volunteer peers: a cluster randomised controlled trial in Pakistan. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(2):128-139. doi:10.1016/S2215-0366(18)30467-X
106. Baranov V, Bhalotra S, Biroli P, Maselko J. Maternal Depression, Women's Empowerment, and Parental Investment: Evidence from a Randomized Controlled Trial. *American Economic Review*. 2020;110(3):824-859. doi:10.1257/aer.20180511

107. Eappen BS, Aguilar M, Ramos K, et al. Preparing to launch the “Thinking Healthy Programme” perinatal depression intervention in Urban Lima, Peru: experiences from the field. *Glob Ment Health (Camb)*. 2018;5:e41. doi:10.1017/gmh.2018.32
108. Fisher J, Nguyen H, Mannava P, et al. Translation, cultural adaptation and field-testing of the Thinking Healthy Program for Vietnam. *Global Health*. 2014;10:37. doi:10.1186/1744-8603-10-37
109. Nisar A, Yin J, Yiping N, et al. Making therapies culturally relevant: translation, cultural adaptation and field-testing of the Thinking Healthy Programme for perinatal depression in China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):368. doi:10.1186/s12884-020-03044-1
110. Rickwood D, Paraskakis M, Quin D, et al. Australia’s innovation in youth mental health care: The headspace centre model. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(1):159-166. doi:10.1111/eip.12740
111. McGorry P, Trethowan J, Rickwood D. Creating headspace for integrated youth mental health care. *World Psychiatry*. 2019;18(2):140-141. doi:10.1002/wps.20619
112. Hilferty F, Cassells R, Muir K, Katz I. *Is Headspace Making a Difference to Young People’s Lives?* Social Policy Research Centre; 2016. Accessed March 17, 2024. <https://apo.org.au/node/71950>