



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ACESSO E QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL



SETEMBRO DE 2015

Índice

Sumário executivo	1
1. Introdução.....	4
2. Enquadramento legal e normativo	10
2.1. Evolução legislativa.....	10
2.2. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.....	14
2.3. Planos nacionais complementares	20
3. Acesso.....	23
3.1. Prevalência das doenças mentais em Portugal	23
3.2. Descrição da oferta publicamente financiada	27
3.3. Rede de referência de psiquiatria e saúde mental	34
3.4. Vertente geográfica do acesso	41
3.4.1. Rádios de recursos humanos e técnicos da rede publicamente financiada	41
3.4.2. Análise do acesso potencial.....	50
3.5. Vertente temporal do acesso.....	71
3.6. O processo de desinstitucionalização.....	74
4. Qualidade	83
4.1. Indicadores de qualidade e utilização	83
4.2. Segurança do utente	88
4.2.1. Normas e orientações	89
4.2.2. Descrição dos procedimentos efetivamente implementados.....	94
4.3. Satisfação dos utentes	103
4.4. Reclamações dos utentes de serviços de saúde mental	104
5. Conclusão.....	108
Anexo I – Projeto de rede de referência da ACSS.....	111
Anexo II – Referência inter-hospitalar de urgência psiquiátrica da ARS Lisboa...	128
Anexo III – Oferta hospitalar pública	131
Anexo IV – Oferta hospitalar social (acordo com SNS)	132



Índice de Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CE – Comissão Europeia

CNRSSM – Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

CTH – Consulta a Tempo e Horas

CH – Centro Hospitalar

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS – Direção-Geral da Saúde

DIDAC – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PNRCAD – Plano Nacional para a Redução dos Comportamento Aditivos das Dependências

PORI – Plano Operacional de Repostas Integradas

PPP – Parceira público-privada

PRI – Programas de Respostas Integradas

RNCCI – Rede nacional de cuidados continuados integrados

RRH – Rede de Referência Hospitalar

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SICO – Sistema de Informação dos Certificados de Óbito

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SLSM – Serviços Locais de Saúde Mental

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UE – União Europeia

Sumário executivo

Dados do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, publicado em 2013, revelam que, em 2012, em cada 100 portugueses 22,9 tinham uma perturbação psiquiátrica, sendo Portugal um dos países com maior prevalência de perturbações psiquiátricas na Europa (Caldas de Almeida e Xavier, 2013¹). O Programa Nacional para a Saúde Mental figura no grupo dos programas nacionais prioritários da Direção-Geral da Saúde (DGS), facto que revela a crescente preocupação com a saúde mental ao nível das políticas públicas.

Neste contexto, o presente estudo foi realizado ao abrigo das atribuições e incumbências estabelecidas no n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

O estudo divide-se em cinco capítulos, sendo o primeiro dedicado à contextualização da temática da saúde mental, em Portugal e a nível internacional. No capítulo 2 é descrita a evolução legislativa, os objetivos e grau de concretização do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, que revela a existência de um desfasamento no cumprimento dos objetivos definidos, concretamente no que se refere à implementação da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, à definição de um modelo de financiamento da prestação de cuidados baseado em princípios de contratualização, ao desenvolvimento de uma política de avaliação e garantia de qualidade dos serviços e à criação de um sistema informático para recolha e tratamento de informação de todos os prestadores de cuidados de saúde mental.

Do que resulta da análise do acesso, em termos de proximidade e capacidade face à população, empreendida no capítulo 3, concluiu-se que os rácios de recursos humanos por habitantes, nos prestadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS), encontram-se abaixo dos objetivos definidos pela DGS, em 1995, com exceção para o número de psicólogos por habitantes. Todavia, numa avaliação produzida em 2011, a Organização Mundial de Saúde concluiu que face aos padrões europeus, o número de psiquiatras por população era relativamente adequado, mas o número de enfermeiros a trabalhar em saúde mental e o número de psicólogos eram extremamente baixos. Numa ótica regional, o número de camas em psiquiatria de adultos por habitantes,

¹ Caldas de Almeida JM., Xavier M. (coord.) (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa.

nesses prestadores, é inferior aos rácios definidos pela DGS na Administração Regional de Saúde (ARS) Norte e ARS Alentejo, e apenas a ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo dispõem de resposta em internamento em psiquiatria da infância e da adolescência. A maioria da população reside em regiões com nível de acesso baixo ou encontra-se a mais de 40 minutos de cuidados públicos de psiquiatria e apenas 1,5% da população beneficia de um nível de acesso considerado alto, percentagem que se reduz para os 0,3% no caso da psiquiatria da infância e da adolescência. Existem assimetrias regionais no acesso a cuidados públicos de saúde mental, sendo a escassez mais vincada na ARS Alentejo e na ARS Algarve, e a maioria dos estabelecimentos de natureza social com acordo com o SNS não se encontram nas regiões com menor nível de acesso. Se considerada a rede não pública que poderia ser utilizada para reduzir esta escassez, verifica-se que a ARS Alentejo continua a ter a maior percentagem de população residente em áreas de baixo acesso, ou que se encontra a mais de 40 minutos de distância de cuidados não públicos de psiquiatria, e na ARS Algarve 76% da população tem igualmente um baixo nível de acesso a cuidados não públicos de psiquiatria da infância e da adolescência.

Em Portugal, em linha com os objetivos do PNSM 2007-2016, iniciou-se um processo de encerramento de hospitais psiquiátricos e de transferência dos doentes para outro tipo de estruturas na comunidade. Como decorre do PNSM, o sucesso de tal processo de desinstitucionalização depende de a saída dos utentes se desenvolver de acordo com o ritmo de criação de estruturas de cuidados continuados. Não obstante a constatação de terem sido encontradas alternativas residenciais para os doentes que estavam internados nos hospitais psiquiátricos encerrados, este encerramento não foi acompanhado da criação de novas estruturas, tanto mais que as metas relativas a cuidados continuados no PNSM 2007-2016 apresentam desfasamentos temporais na concretização, e a rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, prevista no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro², carece de implementação (ACSS, 2015³).

No capítulo 4, dedicado à qualidade, são calculados como indicadores de qualidade a taxa de reinternamento e a taxa de segundos episódios pela mesma causa, que aumentaram entre 2012 e 2013, e a taxa de suicídio, que não variou significativamente

² Alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, e posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, que prevê, no que respeita às unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, que as mesmas estão integradas na RNCCI, sendo coordenadas pelas mesmas estruturas.

³ ACSS (2015) *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*, Lisboa, Ministério da Saúde.

a nível nacional, existindo contudo diferenças regionais marcadas, com as ARS Alentejo e Algarve a apresentarem as taxas mais elevadas. Ainda neste capítulo, resumem-se os procedimentos implementados por um conjunto de prestadores visitados, tendo-se observado que os prestadores acreditados/certificados têm uma melhor definição de procedimento e aplicação dos mesmos, bem como uma maior preocupação com o registo e controlo de indicadores. Nesse âmbito, foi possível verificar que os procedimentos implementados pelos prestadores são definidos internamente, daí resultando falta de uniformidade dos mesmos. Tal pode atribuir-se à inexistência de disposições legais para definição de quais os procedimentos que devem ser seguidos para melhorar o nível de qualidade. Por último, apresenta-se a evolução das reclamações dos utentes de serviços de saúde mental rececionadas pela ERS.

O quinto capítulo apresenta as principais conclusões do estudo, denotando a necessidade de se promover melhorias no acesso e na qualidade dos cuidados, que favoreçam a redução da prevalência da doença mental e das assimetrias regionais, o que poderá passar pela definição de normas e orientações formais que instituem requisitos mínimos de organização e funcionamento, a observar pelos prestadores de cuidados de saúde mental, e pela efetiva implementação da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental e das disposições previstas no PNSM, e sua monitorização.

1. Introdução

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo consegue identificar as suas competências, pode lidar com os eventos de tensão da sua vida, trabalha com produtividade e atinge resultados e é capaz de contribuir para a sua sociedade⁴.

A doença mental inclui problemas de saúde mental e de tensão, comportamento prejudicado por situações de ansiedade, sintomas e diagnóstico de distúrbios mentais (Comissão Europeia, 2005⁵), que sejam enquadráveis na 10.ª revisão do *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) (OMS, 2013⁶). A doença mental pode ser dividida em cinco grandes grupos: distúrbios mentais comuns, de que é exemplo a depressão; distúrbios mentais graves, como a esquizofrenia; distúrbios alimentares, como a anorexia nervosa; distúrbios de personalidade e demências, nos quais se inclui o *Alzheimer* (Petrea e McCulloch, 2013⁷).

Ao nível da prevalência, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), cerca de 5% da população ativa tem um problema de saúde mental grave, e mais de 15% é afetada por uma perturbação mental comum. A informação disponível na OCDE sugere que uma em duas pessoas terá uma doença mental na vida, com consequências negativas nas perspetivas de emprego, produtividade e salários (OCDE, 2014⁸). Na União Europeia (UE), estima-se que pelo menos 165 milhões de pessoas (38% da população) tenham problemas de saúde mental, a qualquer momento, sendo a mais comum a ansiedade, que atinge 14% da população (Petrea e McCulloch, 2013).

De acordo com o indicador que mede a carga da doença expressa em número de anos perdidos devido a problemas de saúde, incapacidade ou morte prematura (DALY⁹), os distúrbios neuropsiquiátricos correspondem à segunda maior causa de

⁴ OMS (2001) *Strengthening mental health promotion*, Geneva (Fact sheet n.º 220).

⁵ Comissão Europeia (2005) *Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*, Brussels, Comissão Europeia.

⁶ OMS (2013) *Mental health action plan 2013-2020*, Geneva, OMS.

⁷ Petrea, I.; McCulloch, A. (2013) Mental Health, in Mackenbach, J.; McKee, M. (eds) *Successes and Failures of Health Policy in Europe*, Berkshire, McGraw-Hill Education, 193-213.

⁸ OCDE (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Health Policy Studies, Paris, OECD Publishing.

⁹ *Disability-adjusted life year*.

perda de DALY na Europa, correspondendo a 19% do total de perda (Petrea e McCulloch, 2013).

A importância da demência no panorama das doenças mentais, para além das consequências físicas que se encontram associada a esta doença (OMS, 2012¹⁰), assume particular relevo se se considerar a tendência crescente de envelhecimento da população. Assim, se atualmente esta doença representa já a segunda maior causa de incapacidade em pessoas de idade superior a 70 anos e um custo de 645 mil milhões de dólares por ano, em todo o mundo (OCDE, 2015¹¹), a prevalência desta doença tenderá a acompanhar a evolução da estrutura etária da população.

A temática da saúde mental, e a sua prevenção, assumem especial importância considerada a prossecução da sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde. Com efeito, os problemas de saúde mental admitem custos diretos e indiretos que podem exceder os 4% do PIB, nos países da OCDE, entendendo-se por custos diretos as despesas médicas e os custos sociais com os cuidados continuados de longo termo, sendo certo que os problemas de saúde mental aumentam também a dificuldade e os custos de tratamento de outras doenças (OCDE, 2014). Os custos indiretos (ou de produtividade) referem-se à produção perdida devido à doença e à morte prematura e ao tempo de lazer de que abdicam familiares e amigos para acompanhamento do doente (Barros, 2009¹²).

Além do mais, os problemas de saúde mental propiciam a ocorrência de outras doenças, devido à redução do funcionamento do sistema imunitário, baixa adesão aos tratamentos médicos e barreiras sociais à obtenção de tratamento (OMS, 2009¹³). Como doenças associadas a problemas de saúde mental destacam-se designadamente o cancro, as doenças cardiovasculares, a diabetes, podendo ocorrer também situações de causalidade inversa, ou seja, problemas de saúde mental, como a depressão poderem ser espoletados por ocorrência de uma outra doença (OMS, 2013¹⁴).

Ao nível das consequências dos problemas de saúde mental, refira-se que nas pessoas com distúrbios mentais graves se verifica uma taxa de mortalidade, ajustada

¹⁰ OMS (2012) *Dementia: a public health priority*, Geneve, OMS.

¹¹ OCDE (2015) *Addressing Dementia: The OECD Response*, *OECD Health Policy Studies*, Paris, OECD Publishing.

¹² Barros, P.P. (2009) *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*, Coimbra, Almedina.

¹³ OMS (2009) *Improving health systems and services for mental health*, Geneve, OMS.

¹⁴ OMS (2013) *Mental Health Action Plan, 2013-2020*, Geneve, OMS.

pela idade e pelo género, maior do que na população em geral (OCDE, 2014¹⁵). A título de exemplo, pessoas com depressão e esquizofrenia têm entre 40% a 60% mais probabilidade de morrer prematuramente, devido a problemas de saúde não vigiados (como cancro, doenças cardiovasculares, diabetes e sida), e maior probabilidade de cometerem a suicídio. O suicídio, enquanto consequência máxima das doenças mentais, é responsável pela morte de uma pessoa em cada 40 segundos e é a segunda causa mais comum de mortalidade entre os jovens dos 15 a 29 anos, em todo o mundo (OMS, 2013). Em Portugal, no ano de 2014, o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses registou 1.074 casos de suicídio, o que representa mais do dobro das mortes em acidentes rodoviários¹⁶.

Considerada a importância desta temática, foram sendo desenvolvidas por diversas organizações europeias e internacionais, programas e iniciativas sobre a saúde mental em geral ou algum problema em específico (como é o caso do suicídio ou dos comportamentos aditivos), no sentido de identificar as suas consequências e promover a sua prevenção.

Com efeito, em 2005 a Comissão Europeia (CE) publicou o “Livro Verde: Melhorar a Saúde Mental da população”¹⁷, na sequência da Conferência Ministerial dos Estados Membros da região europeia da OMS, realizada em Helsínquia, em que foi redigida uma Declaração Final sob o título “Enfrentar os desafios, construir soluções”, subscrita pelo Governo Português.

Nessa sequência, a UE realizou nova conferência, em 2008¹⁸, da qual resultou a assinatura do “*European Pact for Mental Health and Well-being*”¹⁹, que admite como prioritárias cinco áreas de ação na saúde mental, concretamente: prevenção da depressão e suicídio; saúde mental na infância e educação; saúde mental no local de trabalho; saúde mental das pessoas idosas; combate ao estigma e exclusão social.

A título de exemplo de programas comunitários específicos associados à saúde mental – o que evidencia que o carácter de programas gerais no âmbito da saúde mental não esgota a opção por adotar programas direcionados –, refira-se o Plano de Ação da UE

¹⁵ OCDE (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Health Policy Studies, Paris, OECD Publishing.

¹⁶ Notícia veiculada pelo Jornal de Notícias em 25 de abril de 2015.

¹⁷ Comissão Europeia (2005) *Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*, Brussels, Comissão Europeia.

¹⁸ High-level conference “Together for Mental Health and Wellbeing”, Brussels, 13 June 2008.

¹⁹ No âmbito da conferência “*EU High-level Conference: Together for mental health and wellbeing*” Brussels, 2008.

de Luta Contra a Droga 2013-2016, que admite como objetivos, designadamente, contribuir para a redução do consumo de droga e suas consequências, contribuir para o desmantelamento do mercado das drogas ilícitas e para reduzir a oferta, intensificar o diálogo e cooperação entre a UE e países terceiros, e promover a melhor compreensão do fenómeno da droga e do impacto das intervenções efetuadas, a fim de disponibilizar dados em que assentem políticas futuras.

As iniciativas que foram sendo desenvolvidas em matéria de saúde mental a nível internacional culminaram com a elaboração do Plano de Ação da Saúde Mental 2013-2020 (OMS, 2013²⁰), pela OMS, que reconhece o papel essencial da saúde mental para a saúde de toda a população, e cujo objetivo é atingir equidade através da cobertura de saúde universal (com ênfase no papel da saúde mental), advogando a importância da prevenção. Este plano foi desenhado com o intuito de favorecer a criação de sinergias com outros programas relevantes desenvolvidos, em paralelo, pelos países pertencentes à Organização das Nações Unidas.

Não obstante, tal plano geral não invalida a adoção de estratégias de prevenção adicional em áreas específicas, de que é exemplo o consumo de substâncias ou a tentativa de suicídio. Com efeito, em 2014, a OMS desenvolveu um relatório para sustentar a atuação política, no sentido de tornar a prevenção do suicídio um imperativo das políticas a implementar (OMS, 2014²¹).

A importância de promover a saúde mental é igualmente advogada pela OCDE, cuja atuação em 2014 incluiu a publicação de um relatório em que evidenciou o impacto social e económico de negligenciar os cuidados de saúde mental (OCDE, 2014), tendo como publicação complementar um relatório que analisou as consequências de problemas de saúde mental ao nível do trabalho e sua produtividade (Arends *et al.*, 2014²²).

Certo é que a prevalência de doenças mentais se acentua em Portugal, que apresentava, em 2012, uma das mais elevadas taxas de prevalência de doenças mentais na Europa, considerados os dados do *World Mental Health Initiative* (Caldas

²⁰ OMS (2013) *Mental health action plan 2013 – 2020*, Geneva, OMS.

²¹ OMS (2014) *Preventing Suicide: A global imperative*, Geneva, OMS.

²² Arends, I. *et al.* (2014), *Mental Health and Work: Achieving Well-integrated Policies and Service Delivery*, *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 161, OECD Publishing.

de Almeida e Xavier, 2013²³). Com efeito, conforme referido no predito estudo, Portugal, com uma prevalência anual de perturbações psiquiátricas de 22,9%, apenas é ultrapassado pela Irlanda do Norte (se apenas considerados os países europeus estudados), em que a prevalência foi de 23,1%, e pelos Estados Unidos da América (EUA), com uma percentagem de 26,4%, segundo informação da Direção-Geral da Saúde (DGS)²⁴. No nosso país, as principais problemáticas na área da saúde mental assentam na sua prevalência elevada, nas dificuldades de acesso a cuidados de saúde mental por parte de pessoas com doenças mentais graves, e na impossibilidade dos utentes beneficiarem dos modelos de intervenção, assentes em programas de tratamento e reabilitação psicossocial (DGS, 2012²⁵).

Não obstante os reconhecidos custos diretos e indiretos, ainda, a elevada prevalência e a elevada contribuição das doenças mentais para a carga global das doenças, certo é que os recursos financeiros disponíveis em Portugal, para intervenção nesta área, aquando da elaboração do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, eram reduzidos face às necessidades, e encontravam-se distribuídos assimetricamente pelas regiões²⁶. Por outro lado, embora se incentive o tratamento das doenças mentais na comunidade, o internamento consumia, em 2007, 83% dos recursos (PNSM 2007-2016). Comparando com outros países, Portugal apresentou, entre 2008 e 2011, um nível baixo de despesas de saúde por hospitais da área da saúde mental e abuso de substâncias, *per capita*, inferior ao da Espanha e da Grécia, e inferior ao valor de 2008 (OPSS, 2015²⁷).

Considerando a importância da saúde mental tal como descrita, assumiu-se como prioritária a inclusão no Plano de Atividades da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) para 2015 a realização um estudo com o objetivo de avaliar o acesso e a qualidade na rede pública e privada de cuidados de saúde mental, em Portugal Continental²⁸. O objetivo assim descrito assume relevância no âmbito da missão e atribuições desta

²³ Caldas de Almeida JM., Xavier M. (coord.) (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa.

²⁴ DGS (2014) *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

²⁵ DGS (2012) *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*, Lisboa, DGS.

²⁶ Cfr. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março.

²⁷ OPSS (2015) *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*.

²⁸ Com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, que veio adaptar os estatutos da ERS à lei-quadro das entidades reguladoras independentes, o seu âmbito territorial de atuação passou a incluir as regiões autónomas da Madeira e dos Açores. No entanto, o presente estudo incide apenas sobre a realidade do território continental, uma vez que as principais fontes de informação consultadas e utilizadas como referência nas análises realizadas não incluem informação sobre essas regiões autónomas.

Entidade, em concreto quanto “[à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes” (cfr. alínea b) do n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto).

No presente estudo não serão alvo de aprofundamento áreas específicas como a dos comportamentos aditivos e dependências (CAD), dadas as suas especificidades quer a nível organizativo, quer a nível legal, pelo que o estudo que se apresenta não obsta a uma futura análise destas temáticas.

O estudo divide-se nos seguintes capítulos: no capítulo 2 é descrita a evolução legislativa e os objetivos e grau de concretização do PNSM 2007-2016; o capítulo 3 diz respeito ao acesso, onde se caracteriza a prevalência das doenças mentais em Portugal e se analisa a adequação da oferta à distribuição da população, em termos de proximidade e capacidade, assim como se descreve o processo de encerramento de três hospitais psiquiátricos portugueses; no capítulo 4 são analisados indicadores de qualidade e índices de satisfação dos utentes, é descrita a evolução do número de reclamações rececionadas pela ERS sobre saúde mental e são resumidos os principais procedimentos verificados no decurso de visitas a alguns serviços de psiquiatria; por fim, no capítulo 5 enunciam-se as principais conclusões.

Numa nota final deste capítulo introdutório, a ERS pretende agradecer a colaboração de diversas instituições e peritos no âmbito do estudo que se apresenta, realçando-se em particular o contributo do Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, Dr. Álvaro Carvalho. Adicionalmente, impõe-se um agradecimento ao Professor António Leuschner, ao Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida e à Professora Doutora Filipa Pacheco Palha, pelos contributos que enriqueceram este trabalho.

2. Enquadramento legal e normativo

No presente capítulo procede-se à apresentação da evolução legislativa na área da saúde mental, são descritos os valores do PNSM 2007-2016 e aferido o cumprimento dos objetivos e metas tal como aí definidas, com base na informação disponibilizada pela Direção do Programa Nacional para a Saúde Mental e de peritos, e, finalmente, são resumidos os objetivos principais dos Planos Nacionais complementares ao PNSM, nomeadamente no que se refere aos CAD e ao suicídio.

2.1. Evolução legislativa

A preocupação com a temática da saúde mental teve efeitos legais, no ordenamento jurídico português, no início da década de 60, com a Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963, designada Lei de Saúde Mental.

Ao nível da organização das unidades afetas ao tratamento de pessoas com problemas de saúde mental, foram sendo criados “centros de saúde mental nos diferentes distritos, bem como centros de saúde mental infantil e juvenil, de âmbito regional, em Lisboa, Porto e Coimbra” (cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro).²⁹

Nessa sequência, foi criada, em 1984, a Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (na, então, Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários), enquanto entidade de gestão verticalizada com as funções do extinto Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP).

Cerca de dez anos depois, em 1994, a evolução das questões associadas à saúde mental e suas exigências, implicaram a necessidade de atualizar a Lei de Saúde Mental em vigor desde 1963, e, nesse, ano foi constituída a Comissão para o Estudo da Saúde Mental, no âmbito da DGS, cujas contribuições serviram de base à atual Lei de Saúde Mental (publicada pela Lei n.º 36/98, de 24 de junho), bem como ao Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro, que a regulamenta.

²⁹ Porém, esta forma organizativa foi preterida mediante a extinção dos mesmos centros de saúde pelo Decreto-Lei n.º 127/92, de 3 de julho, com transferência das atribuições dos centros de saúde mental para hospitais gerais, centrais e distritais, bem como dos centros de saúde mental infantil e juvenil para os hospitais pediátricos.

Na mesma linha de adaptação a uma nova realidade da saúde mental, e assumida a complexidade dos problemas de saúde mental e suas interações com os CAD, surgiu a necessidade de alargar a rede de serviços públicos de tratamento e a reinserção de toxicodependentes, através da Lei n.º 7/97, de 8 de março.

O estudo desenvolvido pela referida Comissão para o Estudo da Saúde Mental culminou com a definição de uma nova Lei da Saúde Mental, plasmada na Lei n.º 36/98, de 24 de julho, com as alterações previstas na Lei n.º 101/99, de 26 de julho, da qual passaram também a constar as regras para o internamento compulsivo.

Assim, a atual Lei da Saúde Mental estabelece “[...] os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental”, determinando, no seu artigo 4.º, que o Conselho Nacional de Saúde Mental é o órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental.

Em 2005, a DGS definiu e publicou a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, tendo a Rede de Psiquiatria da Infância e Adolescência sido posteriormente publicada através de despacho da Ministra da Saúde de 15 de junho de 2011.

O Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro, procedeu à alteração do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro³⁰, em respeito pelo previsto no artigo 47.º, da secção II, da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, e estabeleceu o novo regime de organização e funcionamento dos serviços, que se pretende “adequado às necessidades dos cidadãos, nomeadamente através da efetiva articulação funcional com as áreas da educação, do emprego e ação social [...] necessariamente em estreita articulação com os centros de saúde e demais instituições do Serviço Nacional de Saúde” (cfr. preâmbulo do decreto-lei). Neste âmbito a prestação de cuidados de saúde mental desenvolve-se em **serviços locais**, que são a base do sistema (cfr. n.º 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro), **serviços regionais**, que devem apoiar e complementar os serviços locais de saúde mental de cada Administração Regional de Saúde (ARS) (cfr. n.º 2 do artigo 7.º do decreto-lei), e **hospitais psiquiátricos**, que devem assegurar os cuidados de nível local enquanto nestas áreas não forem criados serviços locais, dar resposta em valências que exijam intervenções

³⁰ O Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, procedendo à primeira alteração e à republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, e à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro.

predominantemente institucionais [...]”, e prestar os cuidados exigidos pelos doentes de evolução prolongada, que aí se encontrem em regime de internamento, promovendo a humanização e melhoria das condições de vida, “[...] desenvolvendo programas de reabilitação adaptados às suas necessidades específicas e apoiando a sua reinserção na comunidade” (cfr. n.º 1 do artigo 16.º do decreto-lei).

A preocupação crescente com a adequação da saúde mental às necessidades da população portuguesa assume especial relevo com o Despacho n.º 11 411/2006, de 26 de abril³¹) pelo qual é criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM), com a atribuição de estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental a nível nacional e propor um plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental.

O trabalho desenvolvido pela CNRSSM culminou com a definição do PNSM 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março, diploma que cria, igualmente, a Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, presidida pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde Mental.

A natureza de programa vertical de saúde do PNSM impõe que a sua coordenação e acompanhamento da execução seja assegurada pelo Alto Comissariado da Saúde³², pelo que este nomeou o coordenador responsável pelo Plano, de acordo com a exigência concretizada pelo Despacho n.º 10464/2008, de 27 de março da Ministra da Saúde³³, coordenador posteriormente substituído pelo Despacho n.º 13021/2011, de 19 de setembro³⁴.

Com a nova aprovação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, a alínea b) do n.º 1 do seu artigo 23.º, determinou a extinção dos quatro coordenadores nacionais dos programas verticais de saúde relativos a doenças cardiovasculares, a doenças oncológicas, ao VIH/SIDA e à saúde mental, bem como a criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), extinguindo, em consequência, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP, cometendo às ARS a componente de operacionalização das políticas de saúde.

³¹ Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 101/2006, de 25 de maio.

³² Aquando da extinção do Alto Comissariado da Saúde, as atribuições que lhe pertenciam passaram a ser abrangidas pela DGS.

³³ Publicado em Diário da República, 2.ª Série, n.º 70, de 9 de abril.

³⁴ Publicado em Diário da República, 2.ª Série, n.º 188, de 29 de setembro.

Não obstante, a importância da definição de políticas na área da saúde mental é reiterada com a identificação do Programa Nacional para a Saúde Mental como um dos programas de saúde prioritários a desenvolver pela DGS, ao abrigo do Despacho de 3 de janeiro de 2012 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, sendo que o Diretor-Geral da Saúde nomeia, obtida a concordância do membro do Governo responsável pela área da saúde, o diretor de cada um dos programas de saúde prioritários.

A preocupação com a saúde mental em Portugal, com ênfase na adequação entre a prestação de cuidados de saúde mental e as necessidades da população, é reforçada com a publicação do Despacho n.º 3250/2014, de 19 de fevereiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde³⁵, que cria “um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar a situação da prestação de cuidados de saúde mental e das necessidades na área da saúde mental, atendendo à forma como os recursos se encontram distribuídos entre as várias regiões do País entre o internamento e as respostas em regime ambulatorio, tendo em atenção as necessidades específicas de cuidados na infância e adolescência e nos adultos, incluindo problemas associados ao álcool e drogas bem como de cuidados continuados integrados de saúde mental.” (cfr. n.º 1 do referido despacho).

Deve ainda ressaltar-se que a garantia da saúde mental não se encontra apenas ligada à prestação de cuidados de saúde, sendo desejável a intervenção simultânea em diversas áreas, designadamente a social. Esta multidisciplinariedade encontra-se desde logo patente no Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Assim, este despacho apresenta como objetivo “[...] criar condições que possibilitem uma intervenção articulada da saúde e da ação social dirigida às pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sócio-familiares em que se inserem” (cfr. n.º 1.º do despacho).

Nessa sequência, o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, veio criar um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental “[...] destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade [...]” (cfr. n.º 1 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro). Neste âmbito, as unidades e equipas de cuidados continuados incluem: unidades

³⁵ Publicado em Diário da República, 2.ª Série, de 27 de fevereiro.

residenciais, unidades socio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, que se articulam com os serviços locais de saúde mental e com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) (cfr. n.º 2, do mencionado artigo 1.º). Porém, as respostas previstas no referido decreto-lei não foram implementadas, pelo que se manterão as que decorrem do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (ACSS, 2015³⁶).

2.2. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016

A política em saúde mental que atualmente se desenvolve em Portugal assenta no PNSM 2007-2016, cuja implementação se encontrava inicialmente sob responsabilidade da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, entretanto extinta pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, que definiu a nova orgânica do Ministério da Saúde. Em concreto, desde essa data passaram a ser criados os Programas Nacionais prioritários onde se inclui o da Saúde Mental, cujas direções são nomeadas pelo Diretor-Geral da Saúde.

No essencial, em linha com as orientações da OMS e de outras organizações internacionais, o PNSM tem como valores a indivisibilidade da saúde mental face à saúde em geral, com preferência pelos cuidados na comunidade, ou seja, os cuidados de saúde devem ser prestados em meio menos restrito possível; a proteção dos direitos humanos das pessoas com perturbações mentais, incluindo o direito aos cuidados adequados, residência e emprego, bem como a proteção contra a discriminação; e a coordenação e integração de cuidados, de modo a facilitar a sua continuidade.

Aquando da definição do PNSM 2007-2016 foram identificados constrangimentos no âmbito da prestação de cuidados de saúde mental, nas vertentes do acesso, equidade e qualidade. Concretamente, apurou-se que apenas uma pequena parte das pessoas com problemas de saúde mental tinha acesso a cuidados de saúde, que existia elevada concentração dos recursos em Lisboa, Porto e Coimbra, que a distribuição de recursos humanos era igualmente assimétrica, que existia escassez de profissionais não médicos nas equipas de saúde mental (designadamente psicólogos, enfermeiros,

³⁶ ACSS (2015) *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*, Lisboa, Ministério da Saúde.

técnicos de serviço social e terapeutas ocupacionais), e, finalmente, que os padrões de qualidade se encontravam aquém do razoável³⁷.

No sentido de suprir algumas daquelas insuficiências, foram estabelecidos como objetivos para o PNSM: “[a]ssegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País”; “[p]romover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental”; “[r]educir o impacte das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações”; “[p]romover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias”; “[p]romover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde [...] de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização” (cfr. preâmbulo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março).

Numa avaliação intercalar ao PNSM 2007-2016, realizada pela DGS em 2012, foi possível constatar que as principais problemáticas da saúde mental assentavam na elevada prevalência das doenças, nas dificuldades de acesso a cuidados de saúde mental por pessoas com doenças mentais graves, e na dificuldade sentida pelos utentes de beneficiar de modelos de intervenção, concretamente de programas de tratamento e reabilitação psicossocial (DGS, 2012³⁸).

Neste contexto, revelou-se necessário fazer um balanço aos objetivos atingidos, até esse momento, e o levantamento dos principais constrangimentos à implementação do Plano tal como previsto (DGS, 2012³⁹) e, em última instância, à viabilização de uma melhor saúde mental em Portugal. Os objetivos atingidos em 2012 referem-se à desinstitucionalização por via de encerramento e reestruturação de hospitais psiquiátricos, ao desenvolvimento de novos serviços e programas na comunidade, ao lançamento de bases dos cuidados continuados e criação de respostas no âmbito dos sem-abrigo e da violência doméstica (DGS, 2012⁴⁰).

Não obstante, naquele mesmo relatório é evidenciado o atraso na implementação do PNSM, iniciado com desfasamento de um ano face ao previsto. Dificultaram essa

³⁷ Ministério da Saúde (2008) *Resumo Executivo. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*, Lisboa, Coordenação Nacional de Saúde Mental.

³⁸ DGS (2012) *Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações Programáticas*, Lisboa, DGS.

³⁹ DGS (2012) *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*, Lisboa, DGS.

⁴⁰ *Idem*.

implementação constrangimentos estruturais dos quais foram destacados o modelo de financiamento, na medida em que não existe um orçamento específico para o PNSM, não ser clara a distribuição de responsabilidade entre os diversos intervenientes da saúde mental na implementação do plano e ausência de autonomia administrativa e financeira da Coordenação Nacional da Saúde Mental, e ainda, a falta de articulação com outras reformas em curso na saúde, designadamente as relacionadas com os cuidados na área do CAD, bem como a não existência de *guidelines* que “promovam a prescrição racional de psicofármacos e do envolvimento de profissionais não médicos em programas terapêuticos, de efetividade comprovada, para doenças psiquiátricas” (DGS, 2012⁴¹).

A este respeito, os dados mais recentes confirmam um elevado consumo de psicofármacos em Portugal, com 24,3% das mulheres e 9,8% dos homens a referirem ter tomado ansiolíticos nos 12 meses anteriores à realização da entrevista no âmbito da *World Mental Health Survey Initiative*. As percentagens mais elevadas de recurso a este tipo de medicação encontram-se entre as pessoas com diagnósticos de perturbações depressivas, uma vez que 50% das mulheres e 31,8% dos homens com este tipo de perturbações referiram tomar ansiolíticos e apenas 38,2% e 24,5%, respetivamente, tomaram antidepressivos (Caldas de Almeida e Xavier, 2013⁴²).

Posição da Direção do Programa Nacional para a Saúde Mental e de outros intervenientes na saúde mental

Para aferir do cumprimento dos objetivos previstos no PNSM, até à data, a ERS solicitou ao Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental informação quanto ao grau de cumprimento das metas aí definidas⁴³.

O conteúdo da resposta rececionada pela ERS foi analisada à luz dos objetivos do PNSM que incluem assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental, a descentralização dos serviços e a integração dos cuidados de saúde mental, como acima melhor descrito, e que colocam como desafios designadamente a necessidade de completar a Rede Nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), desenvolver os serviços regionais, promover a diferenciação dos cuidados, e

⁴¹ *Idem*.

⁴² Caldas de Almeida JM., Xavier M. (coord.) (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa.

⁴³ Por ofício de 19 de março de 2015, respondido a 13 de abril de 2015.

desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de doentes mentais graves⁴⁴. Nesse sentido, no que aqui importa ressaltar da análise ao conteúdo da resposta, existem assimetrias regionais quanto à implementação das medidas previstas para a Rede de SLMS, sendo estes serviços um elemento central para a proximidade dos cuidados. Concretamente, se é certo que as ARS Norte, Centro e Algarve apresentam a realização total ou parcial das metas definidas, nas ARS LVT e Alentejo algumas das tarefas não se encontram realizadas, não obstante terem tido como data de conclusão prevista o ano de 2008.

Ao nível da estruturação e integração de cuidados, aliam-se ao ponto anterior dificuldades de desenvolvimento dos serviços regionais de saúde mental, necessários para complementar os serviços locais em áreas específicas, em que nenhuma das ações foi concretizada até 2008, como esperado, bem como a demora na implementação da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, em que a introdução de um novo quadro legislativo não logrou ser acompanhada da respetiva implementação.

Ainda, ao nível da melhoria da qualidade prevista no PNSM, é possível concluir da resposta do Diretor do Programa à ERS que, quer o desenvolvimento de uma política de avaliação e garantia de qualidade, quer a efetiva avaliação de qualidade dos serviços, que tinham como data prevista de conclusão o ano de 2008, não se encontram realizadas. Em idêntica situação de não concretização encontram-se questões estruturais do plano, como a criação de um sistema informático que garanta, com eficiência, a recolha e tratamento da informação de todas as instituições, bem como a implementação de um modelo de financiamento baseado em princípios de contratualização. Recorde-se que a desadequação do modelo de financiamento foi identificada como um dos principais constrangimentos estruturais associados à saúde mental em Portugal, aquando da reatualização do plano em 2012.

Como já havia sido mencionado aquando da reatualização do Plano em 2012, bem como no Relatório de Autoavaliação dos programas nacionais, em 2010 (DGS, 2010)⁴⁵, e no Relatório de avaliação externa do PNSM realizado pela OMS⁴⁶, em 2011, foram identificados pelo Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, na

⁴⁴ Cfr. Preâmbulo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março.

⁴⁵ DGS (2010) *Programas Nacionais de Saúde: O que foi conseguido. Auto-avaliação de Programas Nacionais – PNS 2004-2010*, Lisboa, DGS.

⁴⁶ OMS (2011) *WHO Mission to assess the progress of the mental health reforms in Portugal*, Copenhaga, WHO Regional Office for Europe.

resposta às questões da ERS, constrangimentos que contribuíram para os atrasos e a dificuldade de implementação de algumas das metas previstas. Concretamente, foi esclarecido que os constrangimentos atualmente existentes se prendem com: escasso grau de autonomia e de capacidade de decisão da estrutura responsável pela implementação do PNSM; inexistência de coordenação eficaz dos elementos do sistema de saúde mental; escassa implementação das orientações da DGS pelas ARS; dificuldades de articulação com os cuidados primários, agravados pela extinção da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários; reduzida autonomia dos centros de decisão a nível local; modelo de financiamento e gestão inadequados; não implementação na rede de cuidados continuados integrados de saúde mental; inexistência de incentivos para a realização de intervenções comunitárias; inexistência a nível regional de mecanismos de monitorização baseados em referenciais de qualidade.

Como ponto positivo, foi destacada pelo Diretor do Programa a concretização das ações associadas ao encerramento dos hospitais psiquiátricos, cujo processo de desinstitucionalização dos utentes que aí se encontravam internados será analisado na secção 3.6.

No âmbito do VI Encontro Internacional da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental, organizado com a colaboração do Programa Nacional de Saúde Mental, relativa à temática “Saúde Mental em Portugal – Ponto de Situação”, realizado no mês de maio de 2015, na Covilhã, foram identificados constrangimentos e pontos de melhoria, refletindo a ótica de diversos intervenientes na prestação de cuidados da área da saúde mental, cujo conteúdo importa resumir para o presente estudo. Em primeiro lugar, refira-se que da intervenção do Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental resultou a identificação do ponto de situação da implementação do PNSM 2007-2016, de constrangimentos e desafios consonantes com a resposta à ERS anteriormente sumariada.

No âmbito das “Oficinas de discussão” que decorreram no VI Encontro Internacional da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental, que incluíram um painel de psiquiatras, enfermeiros e psicólogos a desenvolver a sua atividade profissional em hospitais psiquiátricos e SLSM do SNS, representantes de instituições do setor social e de associações de doentes e familiares de várias zonas do país, que garantem a representatividade da amostra de participantes, foram identificados os principais constrangimentos com que se deparam as várias instituições, bem como algumas questões quanto à implementação do PNSM 2007-2016. A este concreto respeito, não

obstante parecer haver consenso quanto à utilidade e validade do PNSM para garantia de uma melhor prestação de cuidados de saúde mental, certo é que é igualmente alvo de concordância a falta de implementação de disposições previstas nesse mesmo Plano, que leva a entropias no sistema. As problemáticas referidas que geraram consenso junto da maioria dos participantes relacionam-se com a falta de estratégias locais de saúde que permitam a adequação do plano às realidades locais, a falta de autonomia dos departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental, a não implementação da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, e, ainda, com o desajustamento do modelo de financiamento face às especificidades da saúde mental. Ora, como visto, estes constrangimentos foram ao encontro do que havia sido referido pela Direção do Programa Nacional para a Saúde Mental na resposta que dirigiu à ERS, e anteriormente aquando da avaliação da OMS em 2011⁴⁷, e da reatualização ao PNSM empreendida em 2012⁴⁸.

Ainda a respeito do cumprimento dos objetivos definidos no PNSM 2007-2016, o Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida, em contributo enviado à ERS, referiu que aos constrangimentos enunciados anteriormente se alia o escasso desenvolvimento registado na criação de equipas de saúde mental comunitárias a nível dos SLSM, embora a evidência demonstre que estas equipas são o núcleo essencial dos serviços de saúde mental.

Concretamente quanto ao financiamento, a principal questão colocada nas “Oficinas de discussão” do Encontro prende-se com o facto de a fórmula de financiamento no contrato ser idêntica às outras especialidades, não acautelando, designadamente, a necessidade de cuidados na comunidade, cujo financiamento não se encontra previsto nos moldes necessários. Assim, o modelo tal como definido reforça a vertente “hospitalocêntrica” e promove a manutenção de assimetrias de recursos. Nesse sentido, foi advogada a necessidade de o financiamento se aproximar da capitação e permitir formas de avaliação que valorizem o trabalho extra hospitalar, designadamente comunitário.

No que se refere à rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, foi consensual a necessidade de proceder à sua implementação, face à carência de estruturas de reinserção/reabilitação e foi ademais denunciada a existência de legislação demasiado rígida que afasta as instituições sociais que articulam com os

⁴⁷ OMS (2011) *WHO Mission to assess the progress of the mental health reforms in Portugal*, Copenhaga, WHO Regional Office for Europe.

⁴⁸ DGS (2012) *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*, Lisboa, DGS.

Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental. Foi referido por alguns dos representantes dessas instituições, com acordo com o SNS ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, que estas instituições se encontram impossibilitadas de alargar a sua oferta nesta área, por ainda não se encontrar disponível a possibilidade de estabelecer novos acordos ao abrigo do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, e por não se poderem candidatar a novos projetos enquanto vigorar o referido despacho conjunto, não existindo igualmente atualização do modelo de financiamento. Porém, foi alvo de consenso a preocupação com as notícias publicadas sobre os termos da proposta do Governo de implementação da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, emitida em Comunicado do Conselho de Ministros de 7 de maio de 2015, nomeadamente no que se refere à eventualidade de promover o recurso a estruturas desinseridas e afastadas do meio sociocultural e familiar dos utentes, tendo sido defendido que os cuidados continuados integrados deverão estar inseridos no meio familiar, quando possível, e perante essa impossibilidade em estruturas de proximidade integradas na comunidade.

Por último, importa referir que, na ótica de representantes de associação de famílias de pessoas com doença mental, não se encontram previstas legalmente as respostas a dar às pessoas com problemas de saúde mental que se encontram ao cuidado das famílias, nem o acompanhamento devido às famílias de pessoas com doença mental. Nessa sequência, foi admitida a necessidade de centrar mais no doente e nas famílias as preocupações e não tanto em indicadores de desempenho dos prestadores.

2.3. Planos nacionais complementares

A implementação do PNSM não obsta à necessidade de eventuais planos complementares em áreas relacionadas com a saúde mental, como é o caso dos comportamentos aditivos, que admitem uma organização específica dos cuidados, incluindo uma rede de referência própria, e um plano nacional específico. Não obstante o presente estudo não incidir sobre áreas específicas como os CAD, tal como mencionado na introdução, entende-se oportuno a referência ao Plano Nacional elaborado nessa área, para efeitos de enquadramento legal e normativo.

Nesse âmbito, o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos das Dependências 2013-2020⁴⁹ surgiu da necessidade de elaboração de um plano nacional único no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências⁵⁰. Este documento pressupõe a vontade de “consolidar e aprofundar uma política integrada no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências, baseada na articulação intersectorial, visando ganhos sustentáveis em saúde e bem-estar social”, e ampliar a abordagem e as respostas ao âmbito de outros CAD, que incluem, não apenas as drogas ilícitas, as novas substâncias psicoativas e o álcool, mas também os medicamentos, os anabolizantes e o jogo. Para tal, foram definidos cinco objetivos, nomeadamente, diminuir e prevenir os problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, os comportamentos aditivos e as dependências, reduzir a disponibilidade de drogas ilícitas e das novas substâncias psicoativas no mercado e garantir que a sua disponibilização, acesso e consumo seja feita de forma segura e não induza o consumo de risco, proporcionar oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor do comportamento aditivo, e também, assegurar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e a sustentabilidade das políticas e intervenções (SICAD, 2014⁵¹). Para concretização deste Plano Nacional encontram-se previstos dois planos de ação sequenciados, com duração de quatro anos cada, cuja elaboração, monitorização e avaliação pretende possibilitar a adequação à evolução do contexto e ao conhecimento adquirido (SICAD, 2013⁵²).

Dada a especificidade dos CAD, patente designadamente na existência de um Plano Nacional autónomo e na apresentação de uma rede de referência distinta da Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, denominada Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos⁵³, este tipo de comportamentos não será alvo de tratamento aprofundado no presente estudo.

⁴⁹ Que tem como suporte para a sua implementação o Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016, criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2014, de 29 de dezembro.

⁵⁰ Gesaworld, SA. (2012) *Avaliação Externa Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDT)*, Barcelona, Gesaworld, SA.

⁵¹ SICAD (2014) *Resumo Executivo do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*, Lisboa, SICAD.

⁵² SICAD (2013) *Plano Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016*, Lisboa, SICAD.

⁵³ A Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências inclui não só prestadores de cuidados de saúde públicos, mas também algumas entidades privadas que têm assumido um papel relevante no tratamento dos CAD, e outros organismos que podem estar envolvidos no acompanhamento destas populações, como sejam os de cariz social.

Para mais detalhe consultar

Refira-se ainda, a título de exemplo de atuação específica em matéria com repercussões na saúde mental, a existência do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017, que surgiu com o intuito de colmatar a falta de um programa sistematizado e articulado para prevenção do suicídio, que permita a identificação de intervenções, a avaliação da sua implementação e da sua eficácia. Este plano tem como valores a acessibilidade e equidade, a multiculturalidade e multidisciplinaridade, a proximidade, a sustentabilidade e a necessidade de ter por base a evidência científica e boas práticas.

<http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Home%20Page.aspx>.

3. Acesso

O capítulo que se apresenta sob o tema de acesso aos cuidados de saúde mental estrutura-se em seis partes, com início na caracterização da procura com base em indicadores de prevalência de perturbações mentais, em Portugal.

Tal como tem sido advogado para a saúde física, os cuidados de saúde primários são a base para os cuidados de saúde mental de elevada qualidade (OMS, 2009⁵⁴). Em primeiro lugar são descritas as diferentes tipologias de prestação de cuidados de saúde mental atualmente previstas no SNS, conforme previstas no enquadramento legal anteriormente descrito. Não obstante, cumpre considerar em todas as análises do presente capítulo que os fluxos de encaminhamento dos utentes dentro do SNS devem respeitar, à semelhança do que sucede com as outras prestações de saúde, as redes de referência hospitalar (RRH), que, no caso concreto, se subdividem em Psiquiatria de Adultos e Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Tendo em consideração os pressupostos acima descritos, é posteriormente apresentada a vertente geográfica do acesso, que inclui a análise da proximidade à rede do SNS e à rede privada, ponderada pela capacidade dos prestadores, com base no número de profissionais de saúde. Em complemento, para avaliação da adequação da distribuição da oferta pelo território, são apresentados os rácios de capacidade por habitantes, a nível regional, com base em recursos humanos e número de camas, comparando-os com os rácios usualmente utilizados como referência. Por último, é analisada a vertente temporal do acesso, mediante a análise dos tempos de espera para cuidados de saúde mental, e aferição do cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG).

3.1. Prevalência das doenças mentais em Portugal

Em Portugal, a prevalência das doenças mentais diagnosticadas, em 2013, atingiu 22,9% do total da população, contribuindo para este valor de forma mais expressiva as perturbações da ansiedade, que afetaram 16,5% da população portuguesa nesse ano (DGS, 2014⁵⁵).

⁵⁴ OMS (2009) *Improving health systems and services for mental health*, Geneve, OMS.

⁵⁵ DGS (2014) *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

No âmbito do Projeto de Prevenção da Depressão na Adolescência, os resultados de um estudo realizado com base numa amostra de 439 alunos do 8.º e 9.º ano de escolaridade, com média de idades de 14 anos, do distrito de Coimbra, apontam para que 17,3% dos alunos entrevistados se encontrem em risco de depressão, enquanto 10% apresentaram sintomatologia clínica significativa segundo as normas de cotação do questionário⁵⁶.

Apesar da elevada prevalência de problemas de saúde mental que continua a observar-se em Portugal, cerca de 65% dos doentes com diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica moderada não utilizou cuidados de saúde mental, nos 12 meses anteriores à entrevista realizada no âmbito da *World Mental Health Survey Initiative* (Caldas de Almeida e Xavier, 2013⁵⁷). Ainda assim, o *treatment gap* (diferença entre o número de pessoas que necessitam de tratamento e as que realmente a ele têm acesso) em Portugal era inferior ao de países como a Alemanha, a França ou a Itália (Wang *et al.*, 2011⁵⁸).

Considerando os indicadores referentes ao suicídio, enquanto consequência última de problemas de saúde mental, houve registo de 1.015 suicídios em 2012, como consta do gráfico *infra*, superior ao número apresentado em 2011. Existem, porém, indícios de que estes valores se encontrem subestimados devido ao grande número de mortes de causa indeterminada no período apresentado (DGS, 2014⁵⁹). É expectável a melhoria da informação disponível, com apresentação de dados mais atualizados e rigorosos, por via da centralização de dados no Sistema de Informação dos Certificados de Óbito⁶⁰ a todo o território nacional, que teve início em janeiro de 2014 (DGS, 2014).

⁵⁶ Resultados obtidos no âmbito do Projeto de Prevenção da Depressão na Adolescência, desenvolvido pela Prof. Doutora Ana Matos, integrada no Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra.

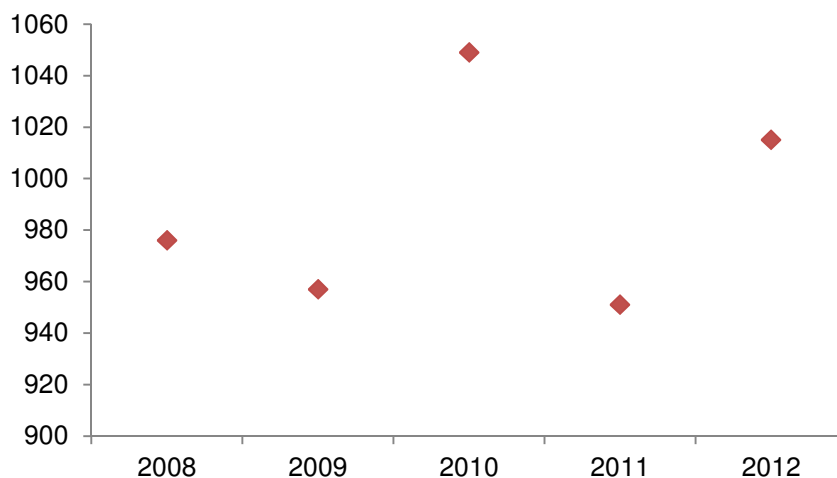
⁵⁷ Caldas de Almeida J.M., Xavier M. (coord.) (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa.

⁵⁸ Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet E.J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J.M., Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Hinkov, H.R., Hum C.Y., Karam, E.G., Kovess, V., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Seedat, S., Wells, J.E., Kessler, R.C. (2011). *Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide*. In G. Thornicroft, G. Szmukler, K. Mueser & B. Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp.50-66). New York: Oxford University Press, 2011.

⁵⁹ DGS (2014) *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

⁶⁰ O SICO é um “[...] sistema de informação cuja finalidade é permitir uma articulação das entidades envolvidas no processo de certificação dos óbitos, com vista a promover uma adequada utilização dos recursos, a melhoria da qualidade e do rigor da informação e a rapidez de acesso aos dados em condições de segurança e no respeito pela privacidade dos

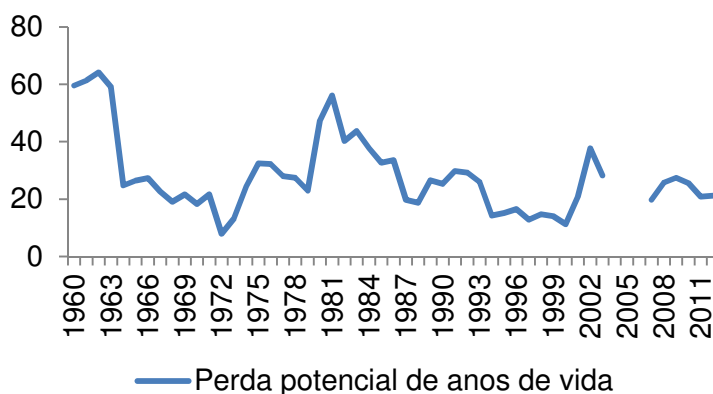
Gráfico 1: Número de óbitos por suicídio, entre 2008 e 2012



Fonte: Elaboração própria com base em dados da DGS (2014).

As doenças mentais⁶¹, em 2012, representavam uma perda potencial de anos de vida de 21,2 anos por 100.000 habitantes com menos de 69 anos, 10,5 anos para as mulheres, e 32,6 anos para os homens (OCDE⁶²).

Gráfico 2: Anos de vida perdidos por doença mental por 100.000 habitantes, entre 1960 e 2012



Fonte: Elaboração própria com base em dados da OCDE

cidadãos.” (cfr. informação disponível em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/sico-sistema-de-informacao-dos-certificados-de-obito.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf.9>).

⁶¹ Denominados *Mental and behavioural disorders* pela OCDE.

⁶² OECD Health Data: Health status. Dados disponíveis para consulta (extraídos à data de 18/02/2015) em http://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd_bv_id=health-data-en&doi=data-00540-en#

De acordo com a informação mais recente da DGS⁶³, em 2010 as perturbações mentais representavam 11,75% da carga global da doença, ou seja, do total de anos de vida saudável perdidos (medido pelos anos de vida ajustados à incapacidade, DALY^{64 65}), sendo o segundo Programa Nacional de Saúde Prioritário com maior carga global de doença em Portugal, precedido pelo Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, com um peso de 13,74%.

No que se refere à carga de morbilidade, medida através dos anos vividos com incapacidade (YLD), as doenças abrangidas pelo PNSM ocupam a primeira posição, sendo responsáveis por 22,55% da morbilidade, peso superior à soma da morbilidade atribuída aos restantes Programas Nacionais Prioritários (DGS, 2014).

De acordo com o demonstrado pelos presentes nas “Oficinas de discussão” do VI Encontro Internacional da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental, um dos principais problemas no âmbito da saúde mental com que se depara o SNS, e o próprio PNSM, refere-se ao desajustamento entre as necessidades mais comumente sentidas pela população portuguesa e o tipo de cuidados aos quais é dada primazia. Com efeito, foi entendimento dos presentes que o PNSM está muito focado em doentes graves, com elevados níveis de incapacidade, e por vezes ignora os problemas de saúde mental menos graves, e que pela sua elevada frequência sobrelotam os cuidados de saúde primários. Esta situação é agravada pela dificuldade de articulação entre prestadores de cuidados primários e hospitalares, bem como pelo problema de articulação entre ARS.

No que se refere à integração na sociedade das pessoas com um problema de saúde mental, a *Economist Intelligence Unit* (EIU)⁶⁶, desenvolveu o “índice de integração da saúde mental”, que mede o grau de apoio e grau de compromisso dos Governos europeus para integração de pessoas com doença mental na sociedade. Da análise do resultado global deste índice resulta que em Portugal o papel do Governo na integração pode ser reforçado, visto que ocupa o 27.^o lugar em 30 países europeus (que inclui a UE 28, a Noruega e a Suíça).

⁶³ DGS (2014) *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

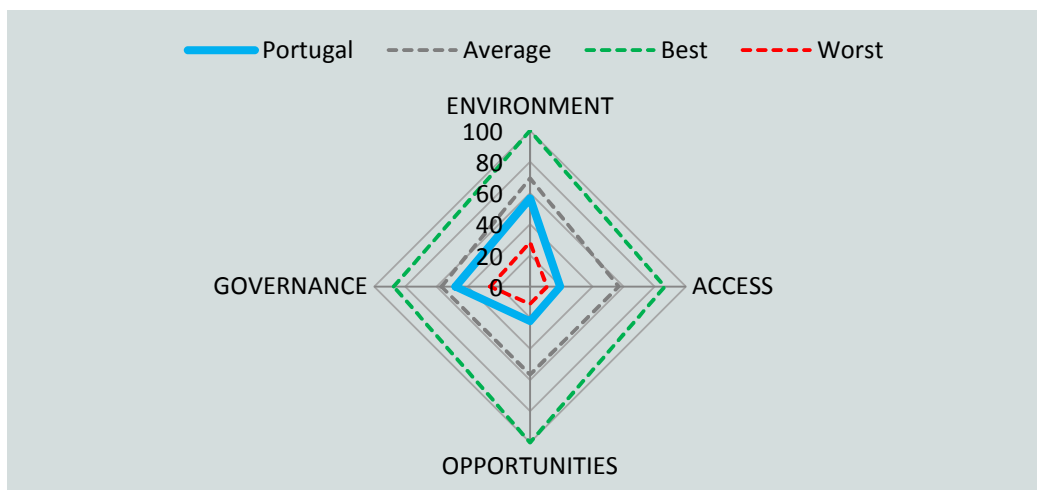
⁶⁴ *Disability-adjusted life year*, que corresponde aos anos perdidos de vida saudável devido a uma doença, e que engloba quer a morte prematura (medido pelo YLL - *Years of life lost*) quer os anos vividos com incapacidade (YLD - *Years lived with disability*).

⁶⁵ OMS (2013) *WHO methods and data sources for global burden of disease 2000-2011*, Geneva, OMS.

⁶⁶ A EIU é uma divisão de investigação e análise do *The Economist Group*, empresa que publica o jornal *The Economist*. A consulta do índice encontra-se disponível em <http://mentalhealthintegration.com/#!/index>.

De acordo com este “índice de integração da saúde mental”, Portugal encontra-se pior classificado na categoria relativa ao acesso, sendo o 28.º do *ranking*, e a melhor classificação comparativa foi obtida na categoria relativa ao meio familiar favorável, concretamente a 21.ª posição, como representado na figura 1.

Figura 1: Posição relativa de Portugal do Índice de Integração da saúde mental



Fonte: EIU, Mental Integration Index⁶⁷.

3.2. Descrição da oferta publicamente financiada

A organização dos serviços de saúde mental em Portugal encontra-se descrita na Lei n.º 36/98, de 24 de julho, e concretizada pelo Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei 304/2009, de 22 de outubro. Uma vez que à data da definição do PNSM 2007-2016, a concretização dessa organização não estava efetivada, foram elaboradas estratégias no sentido de complementar a rede nacional de SLSM, desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de Doentes Mentais Graves, desenvolver os Serviços Regionais de Saúde Mental necessários para complementar os SLSM em áreas específicas e coordenar a reestruturação dos hospitais psiquiátricos à medida que as respostas por eles asseguradas forem sendo transferidas para outros serviços⁶⁸.

⁶⁷ Disponível em <http://mentalhealthintegration.com/#/index>.

⁶⁸ Cfr. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março.

De acordo com a organização prevista no mencionado Decreto-Lei n.º 35/99 “[o]s serviços locais são a base do sistema nacional de saúde mental, devendo funcionar de forma integrada e em estreita articulação com os cuidados de saúde primários e demais serviços e estabelecimentos de saúde, para garantia da unidade e continuidade da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental” (cfr. n.º 2 do artigo 6.º do mencionado Decreto-Lei com as alterações do Decreto-Lei 304/2009, de 22 de outubro), e “[o]s serviços prestadores de cuidados especializados de saúde mental organizam-se a nível regional, de acordo com a divisão dos Países em regiões de saúde [...]” (cfr. n.º 1 do mesmo artigo 6.º).

Com efeito, os problemas de saúde mental surgem entre o segundo e quarto motivos de procura dos cuidados de saúde primários (Carraça, 1994; Jordão, 1995 *in* CNRSSM, 2007⁶⁹). Nesse sentido, reconhecendo-se o papel fulcral dos cuidados de saúde primários enquanto primeiro agente de identificação e encaminhamento dos doentes com distúrbios mentais, é relevante o reforço da atuação e sensibilização de médicos de família e outros técnicos para a área da saúde mental nos centros de saúde.

Os **serviços locais** assumem a competência de “[...] assegurar a prestação de cuidados globais essenciais de saúde mental, quer a nível ambulatorio quer de internamento, à população de uma área geográfica determinada, através de uma rede de programas e serviços que assegurem a continuidade de cuidados.” (cfr. n.º 1 do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro). Estes organizam-se sob a forma de departamento ou de serviço de hospital geral, de acordo com a respetiva área de influência definida no PNSM, devendo constituir centros de responsabilidade, dotados de orçamentos próprios, nos termos da lei (cfr. n.º 1 do artigo 11.º, do mesmo diploma), e no que se refere aos cuidados de saúde mental da criança e do adolescente “[...] organizadas sob a forma de serviço ou de unidade funcional, de acordo com a dimensão da população alvo [...]” (cfr. n.º 3 do referido artigo 11.º).

Por sua vez, os **hospitais psiquiátricos** têm por incumbências “[...] continuar a assegurar os cuidados de nível local nas áreas geodemográficas pelas quais sejam responsáveis [...] enquanto nestas áreas não forem criados serviços locais [...]”, “[d]isponibilizar respostas de âmbito regional em valências que exijam intervenções predominantemente institucionais [...]”, e “[a]ssegurar os cuidados exigidos pelos

⁶⁹ Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) *Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*, Lisboa, Ministério da Saúde.

doentes de evolução prolongada que neles se encontram institucionalizados e promover a humanização e melhoria das condições de vida, desenvolvendo programas de reabilitação adaptados às suas necessidades específicas e apoiando a sua reinserção na comunidade” (cfr. n.º 1 do artigo 16.º do decreto-lei de 1999).

Os **serviços regionais** devem “[...] prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais de saúde mental das regiões de saúde [...]” (cfr. n.º 2 do artigo 7.º do decreto-lei), sendo que em cada região de saúde existe um conselho regional de saúde mental (cfr. n.º 1 do artigo 8.º)⁷⁰.

Acresce que esta área da saúde não pode ser dissociada da área do apoio social, quer na vertente do acompanhamento da pessoa com problemas de saúde mental, quer na sua (re)integração na sociedade. Para tal, encontram-se previstas no quadro legal as seguintes tipologias de resposta de âmbito do apoio social, dirigidas a pessoas com doença mental: unidade de vida apoiada; unidade de vida protegida; unidade de vida autónoma; fórum sócio-ocupacional (cfr. n.º 3.1.2. do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade). Estas tipologias mantêm-se por não terem sido implementadas as alterações previstas no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, designadamente de criação de estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados em saúde mental (como resulta do relatório da ACSS, de 2015).

Assim, em Portugal Continental, os cuidados de saúde mental que são prestados por prestadores hospitalares do setor público e social com acordo com o SNS dividem-se em internamento, ambulatório e reabilitação psicossocial (ACSS, 2015)⁷¹. São ainda referidas unidades que prestam apoio social às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, no âmbito dos “cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência” previstos no despacho conjunto *supra* mencionado, em

⁷⁰ A nível regional, os comportamentos aditivos são da responsabilidade da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), enquanto serviço central de cada ARS (alínea g) do n.º 2 do artigo 1.º, da Portaria n.º 161/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 211/2013, de 27 de junho), cuja missão é promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, na área de abrangência da ARS respetiva. A este respeito, o Despacho n.º 2976/2014, de 21 de fevereiro, determina que as unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde em matéria de intervenção dos comportamentos aditivos e das dependências, no âmbito das ARS, assumem a denominação de unidades de intervenção local e revestem a natureza de centros de respostas integradas, unidades de alcoologia, unidades de desabilitação ou comunidades terapêuticas.

⁷¹ ACSS (2015) *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*, Lisboa, Ministério da Saúde.

funcionamento até à implementação da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, tal como prevista no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro.

A informação relativa à descrição da oferta hospitalar do SNS (incluindo prestadores públicos e sociais com acordo) que se apresenta, tem por base o relatório da ACSS de 2015 (cfr. lista de entidades nas quais se encontram integrados os estabelecimentos do SNS no anexo 3)⁷². Atualmente existem 44 estabelecimentos do SNS⁷³ a prestar cuidados de psiquiatria, três dos quais especializados (o Hospital Magalhães Lemos, o Hospital Sobral Cid – integrado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) – e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL)), e os restantes com serviços de psiquiatria integrados em hospitais gerais (cfr. tabela 1). A oferta hospitalar do SNS em psiquiatria encontra-se maioritariamente localizada nas ARS Norte (36%) e Lisboa e Vale do Tejo (30%). Por outro lado, existem 32 estabelecimentos do SNS com psiquiatria da infância e da adolescência, nenhum localizado na ARS Algarve e, à semelhança do que sucede na psiquiatria, a maioria localizada nas ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo, representando 41% e 34% do total, respetivamente.

Tabela 1: Número de estabelecimentos do SNS com saúde mental, por ARS

ARS	N.º total de estabelecimentos com psiquiatria	Hospitais Psiquiátricos	N.º de estabelecimentos com psiquiatria da infância e da adolescência
Norte	16	1	13
Centro	10	1	6
LVT	13	1	11
Alentejo	3	0	2
Algarve	2	0	0
Total nacional	44	3	32

Se considerada a oferta hospitalar do setor social, resumida na tabela 2, verifica-se existirem 12 entidades com acordo com o SNS para prestações na área da saúde mental. À semelhança do que sucede com os prestadores públicos, os prestadores de

⁷² ACSS (2015) *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*, Lisboa, Ministério da Saúde.

⁷³ A informação da ACSS, que se encontra agregada por Centro Hospitalar (CH) ou Unidade Local de Saúde (ULS), no caso da integração de mais de um estabelecimento sob a mesma gestão, foi confrontada com o Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS para efeitos de identificação de quais dos estabelecimentos prestavam cuidados de psiquiatria ou psiquiatria da infância e da adolescência.

natureza social com acordo encontram-se maioritariamente localizados nas ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo, não havendo nenhum localizado na ARS Algarve. A localização e nível de acesso a prestadores hospitalares publicamente financiados encontram-se melhor descritos na subsecção 3.4.2. do presente estudo.

Tabela 2: Oferta hospitalar do setor social com acordo com o SNS

ARS	Entidade do setor social
Norte	Casa de Saúde do Bom Jesus
Norte	Casa de Saúde S. João de Deus
Norte	Casa de Saúde S. José
Norte	Centro Hospitalar do Conde de Ferreira
Centro	Casa de Saúde Rainha Santa Isabel
Centro	Casa de Saúde Bento Menni
LVT	Casa de Saúde da Idanha
LVT	Casa de Saúde do Telhal
LVT	Casa de Saúde Santa Rosa de Lima
LVT	Centro Psicogeriátrico N. Sra. de Fátima
LVT	Clínica Psiquiátrica São José
Alentejo	Centro de Recuperação de Menores

Do grupo de prestadores hospitalares, publicamente financiados, com cuidados de Psiquiatria, 12 prestadores dispõem de unidades de reabilitação psicossocial, dos quais três são de natureza pública (cfr. tabela 3). Também nesta tipologia de cuidados, o maior número de prestadores encontra-se localizado nas ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo. Na ARS Alentejo existe apenas um prestador, de natureza social.

Tabela 3: Unidades de reabilitação psicossocial, setor público e social

ARS	Natureza	Prestador	N.º de lugares em hospital/unidades residenciais	N.º lugares na comunidade ou sócio-ocupacionais
Norte	Pública	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	0	44
Centro	Pública	CH e Universitário de Coimbra, EPE	10	0
LVT	Pública	CH Psiquiátrico de Lisboa	84	14
Norte	Social	Casa de Saúde do Bom Jesus	21	1
Norte	Social	Casa de Saúde S. João de Deus	52	--
Norte	Social	Casa de Saúde S. José	7	--
Centro	Social	Casa de Saúde Rainha Santa Isabel	40	--
Centro	Social	Casa de Saúde Bento Menni	5	--
LVT	Social	Casa de Saúde da Idanha	24	--
LVT	Social	Casa de Saúde do Telhal	141	5
LVT	Social	Clínica Psiquiátrica São José	5	--
Alentejo	Social	Centro de Recuperação de Menores	12	--

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS (2015).

O Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, prevê como respostas, no âmbito do apoio social às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, a unidade de vida apoiada, a unidade de vida protegida, a unidade de vida autónoma e o fórum sócio-ocupacional (cfr. alíneas a) a d) do n.º 3.1.2. do referido despacho).

Ainda, conforme ali referido, o fórum sócio-ocupacional é o único que não implica a residência do doente, visando a reinserção sócio-familiar e/ou profissional ou a eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido de pessoas com desvantagem de origem psíquica (cfr. alínea d) do n.º 3.1.2. do despacho). Existem, a nível nacional, 29 unidades deste tipo, com capacidade instalada para 738 utentes. Na ARS Alentejo este é o único tipo de resposta disponível.

As restantes três tipologias de unidades previstas diferem entre si de acordo com o tipo e a amplitude da dependência e do contexto sociofamiliar das pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, sendo as unidades de vida apoiada aquelas que dão resposta às situações mais graves, de pessoas com limitação mental crónica e fatores sociais graves, que não têm capacidade para organizar sem apoio as atividades de vida diária, mas que não necessitam de intervenção médica frequente (cfr. alínea a) do n.º 3.1.2. do despacho). As unidades de vida protegida destinam-se ao treino de autonomia de pessoas adultas com problemas psiquiátricos graves e de evolução crónica clinicamente estável, que apresentem capacidades possíveis de

serem desenvolvidas pela integração em programas de reabilitação psicossocial e sem alternativa residencial. Por último, as unidades de vida autónoma, ainda que se incluam nas respostas de cariz habitacional, localizam-se na comunidade e pretendem dar apoio a pessoas com problemática psiquiátrica grave estabilizada e de evolução crónica sem alternativa residencial satisfatória, permitindo a sua integração em programas de formação profissional ou em emprego (cfr. alínea c) do n.º 3.1.2. do despacho).

Como melhor descrito na tabela 4, as unidades de vida apoiada apenas se encontram disponíveis nas ARS Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, enquanto que as quatro unidades de vida autónoma detentoras de acordo com o SNS, localizam-se na ARS Lisboa e Vale do Tejo, sendo certo que 4% da capacidade instalada (traduzida em número de utentes a que podem prestar cuidados) destas estruturas não é utilizada (ACSS, 2015).

Tabela 4: Unidades de apoio social⁷⁴

ARS	Tipo de Unidade	N.º de unidades	Capacidade avaliada em n.º de utentes
Norte	Fórum sócio ocupacional	3	90
Norte	Unidade de vida protegida	4	20
Centro	Fórum sócio ocupacional	6	107
Centro	Unidade de vida apoiada	1	17
Centro	Unidade de vida protegida	1	7
Lisboa e Vale do Tejo	Fórum sócio ocupacional	15	409
Lisboa e Vale do Tejo	Unidade de vida apoiada	1	10
Lisboa e Vale do Tejo	Unidade de vida protegida	15	92
Lisboa e Vale do Tejo	Unidade de vida autónoma	4	23
Alentejo	Fórum sócio ocupacional	1	10
Algarve	Fórum sócio ocupacional	4	122
Algarve	Unidade de vida apoiada	2	40

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS (2015).

⁷⁴ Definidas no Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho.

3.3. Rede de referenciação de psiquiatria e saúde mental

As RRH são “sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições de saúde, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional” (DGS, 2004⁷⁵). Nesse sentido, os cuidados públicos prestados aos utentes de uma determinada área são influenciados por estas redes que pretendem garantir um melhor acesso das populações aos cuidados de saúde.

A respeito das RRH, a ERS elaborou um parecer, publicado em 2010⁷⁶, em que ressaltou que a definição de RRH de Psiquiatria e Saúde Mental, de acordo com o manual elaborado e emitido pela DGS, foi pioneira em Portugal não só deste conceito como desta prática. Definida nos anos 80, esta RRH tinha como objetivos: “Promover uma maior acessibilidade e adequação aos cuidados de saúde; Obter maior efetividade e eficiência no desempenho; Melhorar a articulação entre as instituições, de forma a estabelecer uma comunicação que privilegie o doente, numa perspetiva de continuidade de cuidados; Garantir a qualidade na prestação de cuidados de saúde”⁷⁷.

Não obstante, resulta também do parecer da ERS que nem todas as RRH publicadas foram objeto de despacho ministerial, sendo certo que na área da saúde mental a RRH de Psiquiatria da Infância e da Adolescência foi publicada com Despacho de 15 de junho de 2011, da Ministra da Saúde.

De acordo com os princípios gerais de política de saúde mental plasmados no artigo 3.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente na comunidade, no meio menos restrito possível, e sendo necessário o internamento, este ocorre preferencialmente em hospitais gerais. Com a concretização organizativa que, recorde-se, foi prevista pelo Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, compete aos SLSM assegurar a prestação de cuidados globais essenciais de saúde mental, de ambulatório e internamento (cfr. n.º 1 do artigo 10.º). Para concretizar tal competência, os SLSM articulam-se com os centros de saúde e demais estabelecimentos de saúde, como os departamentos ou serviço de hospital

⁷⁵ DGS (2004) *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*, Lisboa, DGS.

⁷⁶ Disponível em www.ers.pt.

⁷⁷ Cfr. Estudo da ERS sobre Redes de Referenciação Hospitalar, disponível em www.ers.pt.

geral, com os estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário (na psiquiatria da infância e adolescência), bem como com as unidades de reabilitação psicossocial (cfr. n.º 3 e 4 do artigo 10.º do mesmo decreto-lei).

Por seu turno, aos hospitais psiquiátricos incumbe continuar a assegurar os cuidados de nível local enquanto não forem criados SLSM na sua área, bem como assegurar os cuidados exigidos pelos doentes de evolução prolongada que aí se encontram institucionalizados, apoiando a sua reinserção na comunidade (cfr. n.º 1 do artigo 16.º do mesmo diploma).

Não obstante ter sido extinta a figura dos centros de saúde mental (pelo Decreto-Lei n.º 127/92, de 3 de julho), certo é que a RRH de Psiquiatria e Saúde Mental assenta nos cuidados de saúde primários, dando-se primazia aos cuidados de saúde na comunidade.

Pela Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho, foram estabelecidos os critérios de criação e revisão das Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e Referenciação, bem como as áreas que as mesmas devem abranger. Nessa sequência, com o Despacho n.º 10871/2014, de 18 de agosto, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foram nomeados os responsáveis pela elaboração ou revisão dessas redes. Assim, foi determinado pela portaria de 2014 que as redes a aprovar mediante despacho do ministro responsável pela área da saúde (cfr. artigo 3.º) devem garantir “a distribuição das localizações, no mapa das instituições hospitalares do SNS, das especialidades predominantemente ou exclusivamente hospitalares” e “um sistema que regule as relações de complementaridade e apoio técnico entre as instituições hospitalares, estabelecendo articulações funcionais entre hospitais e, eventualmente, outras unidades de saúde de forma a garantir o acesso dos doentes aos serviços e instituições prestadoras dos cuidados de saúde nas diversas especialidades” (cfr. alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 2.º) e devem obedecer aos princípios previstos no n.º 2 do artigo 2.º da Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho, concretamente:

“[...]”

- a) Permitir o desenvolvimento harmónico e descentralizado dos serviços hospitalares envolvidos;
- b) Eliminar duplicações e subutilização de meios humanos e técnicos, permitindo o combate ao desperdício;

- c) Permitir a programação do trânsito dos utentes, garantindo a orientação correta para o centro indicado;
- d) Contribuir para a melhoria global da qualidade e eficácia clínica pela concentração e desenvolvimento de experiência e competências;
- e) Contribuírem para a diminuição dos tempos de espera, evitando a concentração indevida de doentes em localizações menos adequadas;
- f) Definir um quadro de responsabilização dos hospitais face à resposta esperada e contratualizada;
- g) Permitir a programação estratégica de investimentos, a nível nacional, regional e local;
- h) Integrar os Centros de Referência”.

A arquitetura da Rede de Referência Psiquiatria e Saúde Mental de adultos foi publicada pela DGS em 2005, sendo certo que, até ao momento, não foi publicada uma nova RRH em Psiquiatria e Saúde Mental, em cumprimento da Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho. Não obstante, existe um projeto de atualização de 2014⁷⁸, da ACSS, no sentido de adequar aquela Rede aos objetivos do PNSM 2007-2016.

Certo é que este documento da ACSS não foi objeto de despacho, tal como determinado pela Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho, e como melhor se resume de seguida, nenhuma das ARS, quando questionada pela ERS quanto ao documento em causa, refere ter tido qualquer instrução ou orientação da ACSS para a sua implementação.

Ainda assim, e num exercício comparativo entre o documento da ACSS de 2014, com a RRH da DGS de 2005, verifica-se que a referência inter-hospitalar prevista naquele primeiro documento, no essencial, adequa a rede em vigor às alterações decorrentes da reorganização do SNS decorrentes, designadamente, das alterações de áreas de jurisdição das ARS, dos processos de integração horizontal ou vertical que ocorreram desde o ano de 2005 e da introdução da figura dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)⁷⁹.

⁷⁸ ACSS (2014) *Rede de Referência Psiquiatria e Saúde Mental (Resumo) (Versão em Atualização)*, Lisboa, ACSS.

⁷⁹ Criada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

De acordo com o projeto de RRH de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos, de 2014, são hospitais de última linha para internamento, o Hospital de Magalhães Lemos, para a ARS Norte; o CHUC (em concreto o Hospital Sobral Cid), para a ARS Centro; e, finalmente, o CH Psiquiátrico de Lisboa, para as ARS Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Comparando com a RRH de 2005, estes prestadores mantêm a sua categoria, consideradas as alterações que foram sendo introduzidas via integração de prestadores hospitalares.

Por seu turno, os hospitais do SNS que desempenham as funções de SLSM, ou seja, os prestadores hospitalares do SNS que têm psiquiatria, de acordo com o projeto de RRH de 2014, correspondem à oferta que foi referida anteriormente, na secção 3.2. (para mais detalhes quanto aos fluxos de referenciação consultar o anexo I⁸⁰).

Em concreto, as alterações efetivas na referenciação hospitalar por ARS, face ao RRH da DGS de 2005, residem no alargamento da área de atuação da ARS Lisboa e Vale do Tejo ao CH de Caldas da Rainha, por via da integração no CH do Oeste, referenciando este para o CH Psiquiátrico de Lisboa para internamento. Por outro lado, a maioria dos concelhos na área de influência do Hospital Santa Maria da Feira (em concreto Arouca, Oliveira de Azeméis, Ovar, S. João da Madeira, Santa Maria da Feira, e Vale de Cambra), que atualmente se encontra integrado no CH Entre Douro e Vouga, passaram a constar da RRH da ARS Norte, referenciando para o internamento para do Hospital Magalhães Lemos. Os centros de saúde de Castelo de Paiva e Espinho, que também se encontravam na área de influência do Hospital de Santa Maria da Feira, passaram a referenciar para o CH Tâmega e Sousa e CH Vila Nova de Gaia/Espinho, respetivamente, referenciando para o Hospital Magalhães Lemos apenas quando necessário (cfr. anexo I). Por último refira-se que os utentes do Hospital de Lamego, que de acordo com a RRH de 2005 eram referenciados para o Hospital São Teotónio, em Viseu, e conseqüentemente para o Hospital Sobral Cid, por atualmente pertencerem ao CH Trás-os-Montes e Alto Douro, na área da ARS Norte, referenciam, quando necessário para o Hospital Magalhães Lemos.

Note-se que a proposta de rede da ACSS de 2014 para a ARS Algarve é aquela em que se observam mais alterações face à RRH de 2005. Concretamente, as duas unidades do CH do Algarve referenciam para o CH Lisboa Norte, e este, conseqüentemente, para o CH Psiquiátrico de Lisboa, apenas caso se revele

⁸⁰ Disponível em http://www.portaldasaude.pt/portal/docs/RRH_PsiqSMental_Arquitectura_2014_Rev2.pdf.

necessário. De acordo com a RRH de 2005, não existia a transferência para o nível intermédio para o CH Lisboa Norte.

Existem ainda diferenças entre o documento de 2014 e a RRH de 2005, no que se refere à existência de Psiquiatria no Hospital de Barcelos que, em 2004, estava em fase de planeamento e que não consta do documento de 2014, e ao Hospital da Figueira da Foz, que passa a constar como resposta no projeto de rede de 2014, enquanto anteriormente os utentes dos concelhos na área de influência desse hospital (Montemor-o-Velho e Figueira da Foz) eram referenciados diretamente para o Hospital Sobral Cid.

Por seu lado, a Rede de Psiquiatria da Infância e a Adolescência, cuja proposta de revisão também consta do documento divulgado pela ACSS de 2014, tem por base a rede publicada pela ACSS em 2011, sob proposta da então Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Esta rede organiza-se maioritariamente em Serviços e Unidades Funcionais, integrados nos Departamentos de Saúde Mental e em Serviços de Saúde Mental nas unidades hospitalares, respetivamente, assegurando em simultâneo a ligação à especialidade de Pediatria do hospital e aos cuidados primários.

Nesta área, os cuidados são prestados na consulta externa, em atendimento permanente às situações de urgência, nas unidades de internamento próprias e no hospital de dia, tendo por base serviços especializados, formados por equipas multidisciplinares específicas (constituídas preferencialmente por Psiquiatras da Infância e Adolescência, Psicólogos Clínicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais, Educadores de Infância, Técnicos de Reabilitação e Educação Especial, Terapeutas da Fala e Terapeutas Ocupacionais), em articulação com os estabelecimentos de ensino e com as equipas de saúde escolar.

Sumariamente, de acordo com RRH de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, as funções de natureza regional são desempenhadas pelos três Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência integrados nos CH do Porto, CH Universitário de Coimbra e CH Lisboa Central. As situações que carecem de internamento na ARS Norte são direcionadas para o CH do Porto, as de ARS Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve para o CH Lisboa Central e as da ARS Centro, enquanto esta carecer de capacidade de internamento, devem ser orientadas para os Departamentos do CH do Porto ou CH Lisboa Central.

Com o intuito de aferir da RRH que atualmente está implementada no SNS, foi solicitada a cada uma das ARS⁸¹, a identificação e descrição pormenorizada da rede de referência hospitalar de psiquiatria e saúde mental, bem como de quaisquer outras regras de referência efetivamente implementadas atualmente na sua área de influência, tendo por referência o teor do documento da ACSS designado por “Rede de Referência Psiquiatria e Saúde Mental (Resumo)”, de 2014, anteriormente referido.

Da resposta da **ARS Centro** foi possível retirar, no que se refere à RRH de Adultos, que “[e]xistem Departamentos de Psiquiatria em todos os Centros Hospitalares da área, com exceção do Hospital Distrital da Figueira da Foz e os respetivos Centros de Saúde do ACES Baixo Mondego referenciam para o [...]” Centro de Resposta Integrada de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUC. A Referência em Psiquiatria da Infância e Saúde Mental da Infância e Adolescência, “[...] é semelhante ao que se passa na Psiquiatria de Adultos, com o senão do Departamento de Saúde mental da infância e da adolescência do CHUC ainda não possuir internamento, o que acontecerá em breve”.

A **ARS Lisboa e Vale do Tejo**, na sua resposta à ERS, refere que a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental ainda em vigor, data de 2004, e está publicada no site da ACSS⁸², e desconhece “relativamente ao documento [da ACSS] junto ao ofício [...] a sua publicação e divulgação”. Foi ainda referido pela mesma ARS que tem um representante no grupo de trabalho para a elaboração ou revisão das Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência. Por último, “[a]tendendo a que a ARSLVT tem na sua área geográfica uma nova instituição hospitalar (HBA-Loures) e novas unidades hospitalares de substituição (HJA-Cascais e HVFXira) com um novo perfil assistencial face ao anterior, para além das alterações decorrentes das NUTS II e III, e dada a desatualização face a estes aspetos da Rede de Referência ainda em vigor, a ARSLVT tem sentido necessidade de proceder à atualização da rede de referência desta especialidade”. Finalmente, é ali referido que a ARS Lisboa e Vale do Tejo elaborou um fluxograma de clarificação e apoio à referência inter-hospitalar (anexo II), no âmbito do processo de concentração da resposta dos Serviços de Urgência no período noturno.

⁸¹ Por ofício de 19 de março de 2015, respondidos em abril de 2015.

⁸² Disponível em

<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIAÇÃO%20DE%20PSIQUIATRIA%20E%20SAÚDE%20MENTAL.pdf>

A **ARS Alentejo**, esclareceu que a RRH de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos que se encontra a ser implementada é semelhante ao previsto no documento da ACSS, de 2014 (cfr. anexo I) “[...] à exceção do Alentejo Litoral, que tem referenciado para o Hospital Espírito Santo de Évora, por se verificar recusa do Centro Hospitalar de Setúbal em receber estes doentes”.

Para resolução desta questão, a ARS Alentejo, em conjunto com a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), “[...] definiram no âmbito do processo de planeamento estratégico para o período 2013-2015, uma carteira de cuidados e os recursos necessários para a sua execução, que prevê a Psiquiatria como uma das especialidades estruturais a existir na ULSLA. Nesse sentido, foram abertos vários concursos para preenchimento de vagas da Especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental, os quais até à data, não permitiram a colocação de nenhum profissional, quer por terem ficado desertos, quer por os candidatos não terem optado pelo lugar”. Por outro lado, a ARS Alentejo refere também ter empreendido esforços para “estabelecer uma articulação com o Centro Hospitalar de Setúbal [...] para que os doentes do Alentejo Litoral possam ser atendidos por esse Centro Hospitalar até estarem criadas as condições no Hospital do Litoral Alentejano”, sendo certo que atualmente não existe ainda qualquer articulação/referenciação com esse Centro Hospitalar (CH).

No que se refere à RRH de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, a mesma equivale à rede em funcionamento na ARS Alentejo, plasmada no documento da ACSS. Mais é referido por esta ARS que “[...] a ACSS deu a sua concordância relativamente ao documento mencionado [...] no qual é definida a carteira de cuidados para a região de saúde do Alentejo”, bem como que foi estabelecido contacto pela ARS junto da “[...] Coordenação do Programa Nacional para a Saúde Mental para discutir e analisar o problema do atendimento e referenciação dos utentes do Alentejo Litoral [...]”.

Do que se retira da resposta da **ARS Algarve**, “a rede de referenciação hospitalar de psiquiatria e saúde mental implementada atualmente [...] é, no caso da Psiquiatria de Adultos, em tudo idêntica à que consta do documento [da ACSS]”. Em Psiquiatria da infância e da adolescência, “[...] não existe resposta no Centro Hospitalar do Algarve (CHA), EPE, quer ao nível da Consulta Externa quer ao nível do Internamento. Existe consulta apenas para resposta interna, não aberta aos Cuidados de Saúde Primários (CSP). O Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), EPE [...] dá resposta às urgências da região, existindo também um Protocolo de Colaboração entre esse Centro Hospitalar, esta ARS e a ARS Lisboa e Vale do Tejo abrangendo três áreas de

atuação [...]”, concretamente a formação de técnicos da ARS Algarve, consultadoria e supervisão de casos clínicos e/ou situações que venham a ser objeto de intervenção pelo técnicos da ARS Algarve, e assistência direta, mantendo o CH Lisboa Central como serviço de referência para tratamento na saúde mental de crianças e adolescentes.

3.4. Vertente geográfica do acesso

Na presente secção, são apresentados, em primeiro lugar, os rácios de recursos humanos e técnicos utilizados em Portugal Continental como referência em saúde mental e é descrita a disponibilidade de recursos humanos e técnicos face às necessidades da população. Em segundo lugar, procede-se à análise do acesso, tendo por base uma metodologia que considera, conjuntamente, a proximidade da população a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde mental e a capacidade disponível face à população de determinada região, distinguindo entre psiquiatria e psiquiatria da infância e adolescência, no sentido de avaliar a adequação da oferta face à procura.

3.4.1. Rácios de recursos humanos e técnicos da rede publicamente financiada

Nesta subsecção procede-se à apresentação dos rácios padrão de recursos humanos e técnicos, no setor público e no setor social convencionado, bem como à adequação da oferta existente a esses rácios, em cada uma das ARS, com base em informação publicada pela ACSS em 2015⁸³.

Os rácios de recursos técnicos e humanos em saúde mental, utilizados como referência em Portugal, em concreto, relativos ao número de camas e recursos

⁸³ ACSS (2015) *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*, Lisboa, Ministério da Saúde.

humanos de psiquiatria de adultos e psiquiatria da infância e adolescência – de ora em diante designados rácios padrão – dizem respeito aos definidos pela DGS em 1995⁸⁴.

Os rácios padrão de recursos humanos na psiquiatria de adultos encontram-se definidos para profissionais de psiquiatra, psicólogo clínico, enfermeiro, assistente social e terapeuta ocupacional, o que desde logo denota a necessidade de equipas multidisciplinares nesta área. Os enfermeiros são o recurso humano que deve ser disponibilizado em maior número à população com problemas de saúde mental.

Tabela 5: Rácios padrão de recursos humanos em psiquiatria de adultos

Profissional	Habitantes
Psiquiatra Chefe de Serviço	1/75.000
Psiquiatra Assistente/Assistente Graduado	1/25.000
Total Psiquiatras	4/75.000
Psicólogo Clínico	1/50.000
Enfermeiros	6/50.000
Assistente Social	1/50.000
Terapeuta Ocupacional	1/50.000

Refira-se que de acordo com o documento que resume a consulta pública ao relatório da ACSS (ACSS, 2015⁸⁵), cuja primeira versão foi apresentada em junho de 2014, questiona-se a validade de se considerar o número de médicos internos para o cálculo dos rácios, tal como apresentado pela ACSS. Concretamente, é referido pelo Coordenador da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Garcia de Orta que “estes médicos exercem medicina tutelada, i.e., não possuem autonomia para a sua prática clínica [...e] as recomendações internacionais para o cálculo do número de médicos por habitantes referem-se sempre aos médicos especialistas [...]”. Importa realçar que, nesta linha, os rácios apresentados no presente relatório não incluem o número de médicos internos⁸⁶.

⁸⁴ No âmbito da Conferência sobre Saúde Mental. Proposta para a mudança, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

⁸⁵ ACSS (2015) *Anexos – Contributos da consulta pública. Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*, Lisboa, Ministério da Saúde.

⁸⁶ Confrontando com os resultados obtidos pela ACSS, em que as ARS Alentejo, Algarve e Norte têm um rácio menor que o desejável, se não forem considerados os médicos internos para o cálculo do rácio de psiquiatras por população, todas as ARS têm, em média, menos de 4 psiquiatras por 75.000 habitantes.

Comparando os rácios padrão com os rácios de psiquiatras efetivos nos hospitais públicos, por ARS, observa-se que todas as regiões de saúde têm menos de quatro por 75.000 habitantes. Considerando-se também o número de médicos internos, as ARS Alentejo e Algarve permanecem com um rácio inferior ao rácio padrão.

Tabela 6: Psiquiatras nos hospitais públicos, por ARS

ARS	Psiquiatras ETC	Psiquiatras por 75.000 hab.
Norte	114,3	2,33
Centro	78,3	3,26
LVT	134,7	2,80
Alentejo	12,3	1,81
Algarve	9,1	1,51
Total	348,6	2,60

Nota: ETC corresponde ao número de médicos equivalentes a tempo completo, calculado com base no pressuposto 1 médico= 40horas/semana.

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS (2015).

Os rácios padrão definidos para a psiquiatria da infância e da adolescência, necessários para responder às necessidades da uma área assistencial, resumem-se na tabela *infra*. Considera-se o rácio de um psiquiatra da infância e da adolescência por 66.0000 habitantes, em linha com o relatório da ACSS *supra* citado, com a Circular Normativa da DGS n.º 6/DSPSM, de 7/06/05, bem como com o documento técnico de suporte à RRH de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, de 2011⁸⁷.

⁸⁷ ACSS (2011) *Rede de Referência de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Documento técnico de suporte)*, Lisboa, ACSS.

Tabela 7: Rácios padrão de recursos humanos em psiquiatria da infância e da adolescência

Profissional	Habitantes
Psiquiatra da Infância e da Adolescência	1/66.000
Psicólogo Clínico	1/66.000
Enfermeiro Especialista	1/66.000
Assistente Social	1/66.000
Educador de Infância	1/200.000
Técnico de Reabilitação e Educação Especial	1/200.000
Terapeuta da Fala	1/200.000

Não obstante, refira-se a recomendação constante do documento técnico de suporte à RRH referido, de que nos seis anos subsequentes à sua publicação, ou seja, até 2017, os rácios da psiquiatria da infância e da adolescência devem evoluir para um psiquiatra da infância e da adolescência por 12.000 habitantes, calculado tendo por base o número de habitantes menores de 18 anos⁸⁸ (que corresponderia a 1,5/100.000 da população total). Ainda, nesse mesmo documento, por considerar-se que este número não é ainda suficiente face ao preconizado em outros países, é recomendado que o rácio deve aumentar para 1 por 9.000 crianças e adolescentes nos quatro anos seguintes.

Considerada a oferta pública de recursos humanos na área da psiquiatria da infância e adolescência, em 2013, apresentada na tabela seguinte, por comparação com os rácios enunciados, verifica-se que todas as ARS apresentam um rácio inferior ao recomendado, quer pela DGS em 1995 (aplicado à população total), quer pelo documento de suporte à RRH (aplicado à população menos de 18 anos). Mesmo considerados os médicos internos, estes rácios ficam acima do recomendado apenas para as ARS Lisboa e Alentejo.

⁸⁸ Tendo sido realizado o cálculo, por ARS, considerada a oferta pública de recursos humanos na área da psiquiatria da infância e adolescência, em 2013, verifica-se que apenas as ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Alentejo apresentam um rácio acima de 1 psiquiatra da infância e da adolescência por 12.000 habitantes menores de 18 anos.

Tabela 8: Psiquiatras da infância e adolescência nos hospitais públicos, por ARS

ARS	Psiquiatras I&A ETC	Psiquiatras I&A por 66.000 habitantes	Psiquiatras I&A por 12.000 habitantes < 18 anos
Norte	33,68	0,60	0,59
Centro	12,63	0,46	0,51
LVT	30,85	0,57	0,56
Alentejo	6,50	0,84	0,97
Algarve	1,00	0,15	0,15
Total	84,65	0,56	0,57

Nota: ETC corresponde ao número de médicos equivalentes a tempo completo, calculado com base no pressuposto 1 médico= 40horas/semana; I&A corresponde a Infância e adolescência.
 Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS (2015).

Na subsecção 3.4.2., esta análise regional será complementada por uma comparação dos rácios padrão com os rácios efetivos de psiquiatras e psiquiatras da infância e adolescência a prestar cuidados nos hospitais públicos, sociais e privados em cada área de código postal.

De acordo com a informação publicada pela ACSS não se encontram disponíveis dados desagregados por psiquiatria de adultos e psiquiatria da infância e adolescência relativa aos restantes recursos humanos, nomeadamente enfermeiros, psicólogos clínicos, técnicos de serviço social e terapeutas ocupacionais, pelo que se considera o total da população para efeito da comparação dos rácios da oferta efetiva com os rácios padrão da DGS, de 1995.

Da análise da tabela *infra*, em comparação com os rácios padrão apresentados, apenas o rácio nacional de psicólogos clínicos se encontra acima do valor admitido como padrão, ainda que a realidade seja distinta entre diferentes regiões de saúde estando a ARS Centro abaixo do rácio padrão.

Tabela 9: Outros profissionais de saúde em funções em psiquiatria, por ARS, em 2013

ARS	Enfermeiros por 50.000 habitantes	Psicólogos Clínicos por 50.000 habitantes	Técnicos de Serviço Social por 50.000 habitantes	Terapeutas Ocupacionais por 50.000 habitantes
Norte	2,7	1,4	0,6	0,3
Centro	6,1	0,9	0,6	0,3
LVT	4,3	1,7	0,6	0,5
Alentejo	2,8	1,0	0,6	0,4
Algarve	4,2	1,0	0,2	0,3
Total	4,0	1,4	0,6	0,4
Rádios padrão	6	1	1	1

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS (2015).

Em 2011, no âmbito de uma avaliação empreendida pela OMS ao PNSM, resultou que o rácio de força de trabalho em saúde mental por população em Portugal (25 profissionais por 100.000 habitantes) se encontrava na extremidade inferior do intervalo de acordo com os padrões europeus, tendo para além do mais uma distribuição geográfica assimétrica dos recursos nos hospitais, o que promove iniquidades e possíveis limitações ao acesso (OMS, 2011⁸⁹). De acordo com esta avaliação, apesar do número de psiquiatras ser relativamente adequado, à data da avaliação (6,7 por 100.000 habitantes), certo é que o número de enfermeiros a trabalhar em saúde mental (2,5 por 100.000 habitantes) e o número de psicólogos (2,5 por 100.000 habitantes) eram extremamente baixos.

Comparando os dados apresentados para 2014 com os resultados da OMS, o número de enfermeiros por 100.000 habitantes aumentou face a 2011, de 2,5 para 8, e o número de psicólogos, considerado baixo pela OMS em 2011, aumentou ligeiramente até 2014, de 2,5 para 2,8 por 100.000 habitantes.

A análise que se apresentou anteriormente deve ser considerada à luz do pressuposto de que os cuidados de saúde mental devem ser prestados por equipas multidisciplinares, com forte participação de enfermeiros e outros técnicos não

⁸⁹ OMS (2011) *WHO Mission to assess the progress of the mental health reforms in Portugal*, Copenhaga, WHO Regional Office for Europe.

médicos⁹⁰. A importância de multidisciplinaridade no tratamento encontra-se também patente na reavaliação de 2012 ao PNSM em que se advoga a adoção de *guidelines* que promovam a prescrição racional de psicofármacos e do envolvimento de profissionais não médicos em programas terapêuticos, de efetividade comprovada, para doenças psiquiátricas (DGS, 2012⁹¹).

No âmbito das Oficinas do Encontro de Saúde Mental, foi também mencionada a existência de assimetrias na distribuição de recursos humanos pelo país, sendo certo que para além disso o rácio de outros técnicos por psiquiatras é considerado muito baixo, face às necessidades de respostas centradas em equipas multidisciplinares. Idêntica opinião foi emitida pelo Professor António Leuschner, em contributo enviado à ERS, que referiu que “[a] rede pública está – como a generalidade – concentrada na faixa litoral, situação que é partilhada com as respostas privadas, mormente as institucionais do setor social (Santa Casa da Misericórdia do Porto e Ordens Religiosas). Embora existam departamentos ou serviços de Psiquiatria e Saúde Mental em todos os distritos do Interior, atualmente com internamento, estão subdotados de pessoal”.

De acordo com os padrões da UE, em 2011, Portugal apresentava uma oferta baixa de serviços de saúde mental, quer em número de camas de psiquiatria, quer em serviços na comunidade (OMS, 2011). A realidade nacional em recursos técnicos, de acordo com a informação mais atualizada e extraída do relatório da ACSS de 2015⁹², encontra-se resumida nas tabelas *infra*.

Enquanto os rácios de número de camas/lugares são de 3 camas por 100.000 habitantes em psiquiatria da infância e da adolescência, nos adultos, os rácios em unidade de internamento de agudos é de 10 camas por 100.000 habitantes, e em hospital de dia de 10 lugares por 100.000 habitantes.

Quando considerado o número de camas enquanto indicador da capacidade instalada, verificou-se que das 4.562 camas existentes em Portugal Continental, no ano de 2013,

⁹⁰ Cfr. Resolução de Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março, que aprovou o PNSM 2007-2016.

⁹¹ DGS (2012) *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*, Lisboa, DGS.

⁹² ACSS (2015) *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*, Lisboa, Ministério da Saúde.

68% pertenciam ao setor social e 32% ao setor público. Certo é que da capacidade de internamento instalada no setor social, 2,51% não é utilizada (ACSS, 2015⁹³).

Não obstante, as respostas do setor social focam-se essencialmente em doentes crónicos, e as do setor público em agudos, existindo para estas últimas um rácio, já referido, de 10 camas por 100.000 habitantes, tal como estabelecido pela DGS, em 1995. De acordo com a informação constante da tabela 10, este rácio é observado nas ARS Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, ultrapassado pela ARS Centro, e encontra-se aquém dos dados apresentados pelas ARS Norte e Alentejo, sendo certo que estas ARS dispõem de oferta de carácter social que poderá suprir esta possível limitação.

Tabela 10: Número de camas em unidades de psiquiatria do setor público, em 2013, por ARS

ARS	N.º de camas para agudos	Camas de agudos por 100.000 habitantes
Norte	320	9
Centro	268	15
Lisboa e Vale do Tejo	374	10
Alentejo	34	7
Algarve	46	10
Total	1.042	10

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS (2015)

As ARS Centro, Alentejo e Algarve não apresentam resposta em internamento de psiquiatria da infância e adolescência, como se extrai dos dados constantes da tabela que de seguida se apresenta. Comparando com o rácio padrão acima referido, todas as ARS se encontram abaixo do rácio de 3 camas por 100.000 habitantes.

⁹³ *Idem.*

Tabela 11: Número camas de unidades de psiquiatria da infância e da adolescência no setor público, em 2013

ARS	Prestador hospitalar	Habitantes <18 anos	N.º de camas	Camas por 100.000 habitantes <18 anos
Norte	CH do Porto, EPE	680.880	10	1,47
Centro	-	296.083	-	-
LVT	CH de Lisboa Central, EPE	658.962	10	1,52
Alentejo	-	80.308	-	-
Algarve	-	80.302	-	-
Total		1.796.535	20	1,11

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS (2015).

Da última informação disponível quanto ao registo de perturbações mentais nos cuidados de saúde primários, publicada pela DGS, em 2014⁹⁴, entre os anos de 2011 e 2013, é possível extrair a tendência de aumento, em todas as ARS e para as três perturbações ali estudadas (demência, perturbações da ansiedade e perturbações depressivas), sendo as perturbações depressivas aquelas com proporções mais altas de registo, seguidas das perturbações da ansiedade. Não obstante esta evolução poder dever-se quer a aumentos na acessibilidade quer a aumentos na incidência, certo é que a utilização dos rácios da DGS de 1995⁹⁵ como referência não deixa de levantar questões quanto à sua adequação face à realidade atual das doenças mentais, e sua tendência de aumento nos últimos anos. O próprio ordenamento previsto no PNSM 2007-2016 admitia como meta até 30/10/2008 “estimar as necessidades previsíveis de profissionais de saúde mental nos próximos 10 anos”, o que de acordo com a resposta da Direção do Plano não sucedeu até à data.

Em suma, resulta das análises empreendidas na presente subsecção que os rácios de recursos humanos não médicos se encontram abaixo do desejável, a nível nacional e regional, com exceção para o número de psicólogos. O número de camas em psiquiatria de adultos é inferior ao rácio padrão apenas nas ARS Norte e Alentejo, enquanto que na psiquiatria da infância e adolescência apenas as ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo dispõem de resposta em internamento.

⁹⁴ DGS (2014) *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

⁹⁵ No âmbito da Conferência sobre Saúde Mental. Proposta para a mudança, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

3.4.2. Análise do acesso potencial

A análise do acesso empreendida no presente estudo envolve a análise do acesso potencial da população de Portugal Continental a cuidados de saúde mental. Para se analisar o acesso potencial a cuidados de saúde, é comum recorrer-se ao cálculo de rácios de oferta/procura potencial associados a regiões relativamente grandes, como as NUTS⁹⁶ III, os distritos, ou as regiões das ARS, o que se fez na subsecção anterior.

A avaliação do acesso potencial por meio de rácios para regiões como as NUTS III ou os distritos, apresenta, no entanto, algumas limitações, na medida em que:

- i) assume que os utentes de cada uma das regiões não recorrem a cuidados de saúde prestados noutras regiões, ou seja, considera que os utentes não cruzam as fronteiras das regiões onde residem – o que não ocorrerá por regra (em particular, nos casos em que os utentes residem perto das fronteiras e os estabelecimentos mais próximos se situam do outro lado da fronteira);
- ii) pressupõe homogeneidade do acesso no interior de cada uma das regiões definidas para o cálculo dos rácios, mesmo que as regiões compreendam populações com diferentes necessidades de cuidados de saúde, residentes a distâncias variadas dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (distâncias representativas de diferentes barreiras de proximidade que podem afetar o acesso das populações aos cuidados de saúde);
- iii) não diferencia as distâncias no interior das regiões dos rácios, tratando de igual modo distâncias pequenas e grandes, como se não representassem barreiras de proximidade ao acesso;
- iv) é vulnerável ao problema MAUP (*modifiable areal unit problem*)⁹⁷; com efeito, a escolha de diferentes regiões relativamente grandes para a avaliação do acesso produzirá variações significativas nos resultados para uma população específica que resida no interior dessas mesmas regiões (uma população residente numa área de código postal que integre as diferentes regiões, por exemplo);

⁹⁶ As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. Foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária. As NUTS III são sub-regiões estatísticas, construídas com o objetivo de agruparem municípios contíguos, com problemas, desafios e perfis socioeconómicos semelhantes.

⁹⁷ Sobre o MAUP, vide Openshaw, S. (1984), *The Modifiable Areal Unit Problem*, Norwich, UK: Geo Books.

Nesse sentido, com vista à superação destas limitações, adota-se o método EKD2SFCA (*extended kernel density two-step floating catchment área*) (*vide* quadro 1)⁹⁸. Utilizando áreas de influência e pequenas áreas geográficas – as áreas dos códigos postais, para a obtenção de um alto nível de detalhe geográfico –, este método apresenta como resultados *scores* de acesso para cada uma das áreas de códigos postais, igualmente a partir de um rácio de oferta/procura potencial, mas superando as quatro limitações *supra*, na medida em que, respetivamente

- i) supõe que os utentes se deslocam para além das fronteiras de distritos, NUTS III ou outras relativamente grandes, se a deslocação implicar um tempo de viagem em estrada inferior a um máximo considerado aceitável. Não sendo definida outra referência na literatura, considera-se que o tempo de viagem máximo aceitável, no caso dos cuidados de saúde mental, é de 40 minutos, conforme definido pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA^{99, 100}.
- ii) identifica a heterogeneidade existente no acesso de diferentes populações aos cuidados de saúde, porque atribui a cada população residente numa área de código postal o seu *score* de acesso específico;
- iii) utiliza uma função de proximidade que confere um maior peso às distâncias mais pequenas e um menor peso às distâncias maiores, refletindo, assim, o efeito esperado de barreiras de proximidade ao acesso das populações, mesmo nas deslocações até ao máximo aceitável;¹⁰¹

⁹⁸ Vide Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2014), “An extended kernel density two-step floating catchment area method to analyze access to health care”, *Environment and Planning B: Planning and Design*, 41 (4), 717-735.

⁹⁹ Cfr. <http://bhpr.hrsa.gov/shortage/hpsas/designationcriteria/mentalhealthhpsacriteria.html>.

¹⁰⁰ As referências de tempos máximos definem as fronteiras das áreas de influência. Outras referências para o caso dos serviços de saúde constam do relatório do GMENAC (Graduate Medical Education National Advisory Committee), comité criado pelo governo dos Estados Unidos da América. O GMENAC recomendou que o tempo máximo de viagem deveria ser de 30 minutos para cuidados de saúde primários, serviços de urgência/emergência e cuidados médicos gerais de adultos e crianças; 45 minutos para cuidados obstétricos; e 90 minutos para intervenções cirúrgicas gerais ou cuidados de saúde hospitalares (*vide* Committee on Pediatric Manpower (1981), “Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee”, *Pediatrics*, 67 (5) 585-596, e Fortney, J., Rost, K. & Warren, J. (2000), “Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services”, *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 1 (2) 173-184).

¹⁰¹ Além da função de proximidade, o método pondera os resultados com base num índice construído com indicadores de movimentos pendulares, permitindo que se considere o efeito da mobilidade das populações no seu acesso (*vide* quadro 1).

- iv) torna o cálculo menos vulnerável ao problema MAUP, já que o *score* de uma população de uma área de código postal permanece o mesmo se se quiser analisar o acesso da população de diferentes regiões (NUTS III, distritos, áreas de atuação das ARS, etc.) que contêm aquela área de código postal;¹⁰²

Refira-se que a aplicação do método EKD2SFCA no presente estudo utiliza, no que concerne aos dados da oferta pública, o número de médicos equivalentes a tempo completo (ETC)¹⁰³, disponível no relatório da ACSS (2015)¹⁰⁴, que apresenta dados agregados por CH e ULS, quando aplicável. Nestes casos, foram identificados no SRER da ERS quais dos estabelecimentos aí integrados têm serviço de psiquiatria ou psiquiatria da infância e da adolescência, e distribuído o número de ETC por esses estabelecimentos, ponderado pela dimensão respectiva. No caso da oferta não pública, são aproveitados os dados de número de médicos do SRER da ERS. Os restantes dados utilizados relativos às populações são dados do Instituto Nacional de Estatística (INE).

¹⁰² Esta análise por regiões de NUTS III ou distritos, por exemplo, pode ser empreendida por meio do agrupamento dos *scores* em níveis de acesso numa análise de *clusters* e da quantificação das populações abrangidas por nível de acesso.

¹⁰³ Definindo-se médicos ETC com base no pressuposto de que tempo completo corresponde a 40 horas semanais.

¹⁰⁴ Como já foi referido, os cálculos apresentados pela ERS não incluem o número de médicos internos.

Quadro 1 – O método EKD2SFCA

O primeiro passo do método EKD2SFCA consiste em calcular um rácio de oferta/procura potencial para cada estabelecimento, considerando como procura potencial a população residente na área de influência do estabelecimento:

$$R_j^E = \frac{S_j}{\sum_{k \in \{d_{kj} \leq d_{\max}\}} P_k H_k g(d_{kj}, d_{\max})};$$

em que:

- R_j^E é o rácio para o estabelecimento na unidade geográfica j (área de código postal);
- S_j é o número de profissionais de saúde representativo da capacidade de oferta do estabelecimento em j ;
- P_k é a população residente na unidade geográfica k ;
- d_{kj} é o tempo de viagem entre k e j ;
- d_{\max} é o tempo de viagem máximo que determina a dimensão das áreas influência dos estabelecimentos;
- H_k é um índice de necessidades de cuidados de saúde da população residente em k (estimado com base em indicadores demográficos e socioeconómicos); e
- $g(d_{kj}, d_{\max})$ é a função de proximidade que ajusta a procura potencial com base no tempo de viagem da população, penalizando distâncias mais longas, refletindo barreiras de proximidade e a preferência dos utentes por estabelecimentos mais próximos (utiliza-se a função quártica, do mesmo modo que Polzin *et al.* (2014)).

Portanto, neste primeiro passo a população residente nas áreas de código postal abrangidas pela área de influência do estabelecimento é ajustada pelas suas necessidades de cuidados de saúde e pelo tempo de viagem em estrada que precisa de percorrer até ao estabelecimento.

Por seu turno, com base nos rácios calculados no primeiro passo, o segundo passo do método calcula um *score* de acesso para cada unidade geográfica da região estudada:

$$A_i^E = \sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} R_l^E C_i g(d_{il}, d_{\max});$$

em que:

- A_i^E é o *score* de acesso calculado para a unidade geográfica i (área de código postal);
- $\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} R_l^E$ é a soma dos rácios calculados no passo 1 associados aos estabelecimentos cujas áreas de influência cobrem a população residente em i ;
- C_i é o índice de movimentos pendulares da população residente em i ; e
- $g(d_{il}, d_{\max})$ refere-se à função de proximidade.

Acesso aos cuidados de psiquiatria do setor publicamente financiado

Apresenta-se primeiramente a análise do acesso aos cuidados de saúde mental de psiquiatria do SNS, ou seja, à rede de serviços de psiquiatria de adultos do SNS, de acordo com a metodologia apresentada anteriormente (em anexo III encontra-se a referência à denominação dos hospitais ou dos CH e ULS em que se encontram integrados os serviços).

A figura 2 ilustra os três níveis de acesso identificados com a aplicação do método adotado, as regiões a mais de 40 minutos de um estabelecimento prestador público de cuidados de saúde mental de psiquiatria, bem como a distribuição geográfica dos 44 estabelecimentos do SNS e os 12 do setor social com acordo com o SNS para prestações na área da saúde mental. Os níveis de acesso são definidos com base numa análise de *clusters* por k-médias, que agrupa os *scores* de acesso resultantes da aplicação do método EKD2SFCA nos níveis alto, médio e baixo (*vide* quadro 2).

Quadro 2 – Agrupamento em *clusters* com o algoritmo das k-médias

O agrupamento de dados em *clusters* por meio do algoritmo das k-médias é feito com a minimização da soma do erro padrão entre a média e as observações em cada *cluster* para todos os k *clusters*, que se representa pela seguinte função:

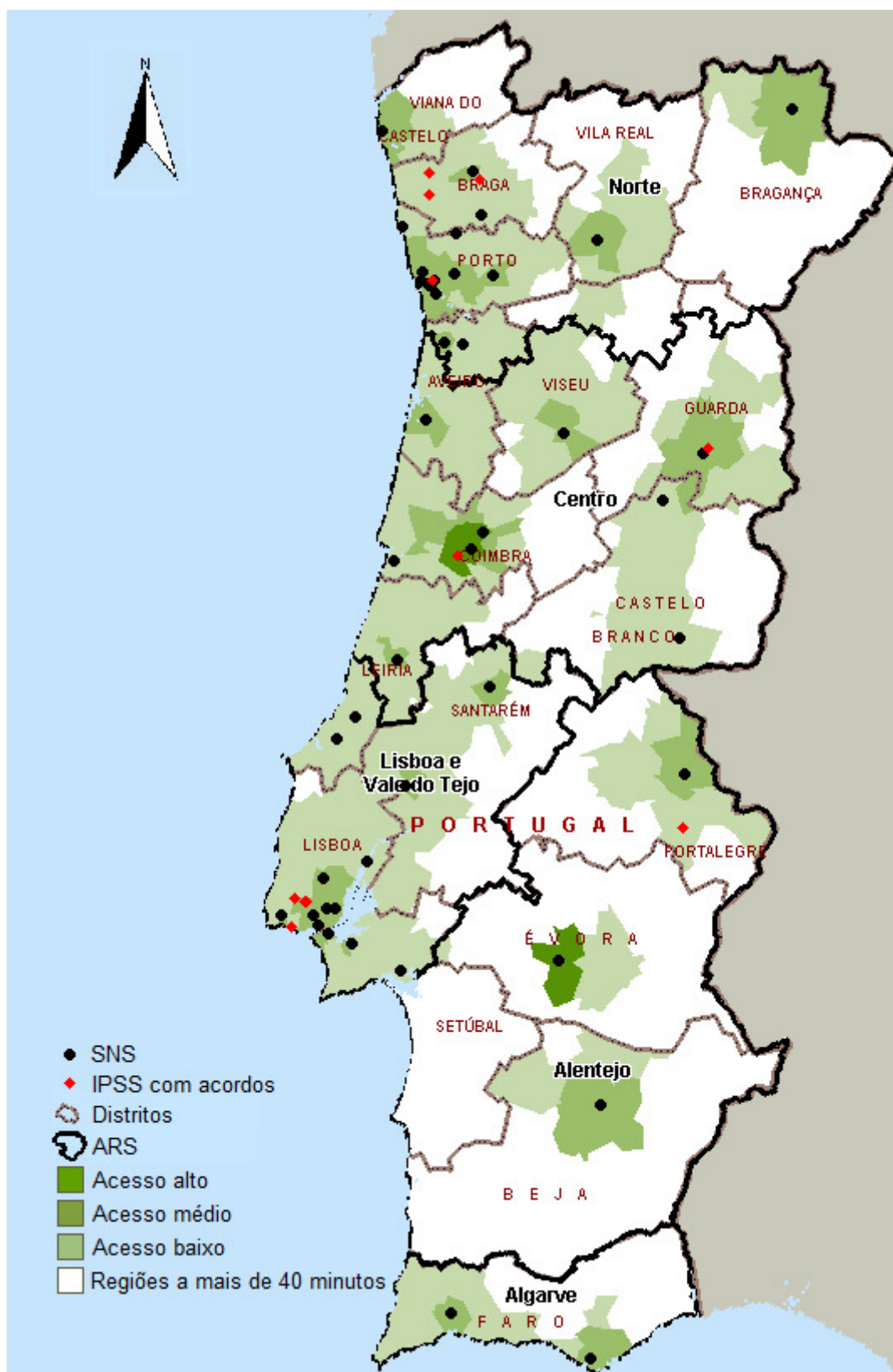
$$J(C) = \sum_{k=1}^K \sum_{x_i \in c_k} \|x_i - \mu_k\|^2 ;$$

em que:

- C se refere ao conjunto de *clusters*;
- k, à identificação de um *cluster* específico (c_k);
- K, ao número total de *clusters*;
- x_i , a uma observação do conjunto de dados; e
- μ_k , à média do *cluster* c_k .

Deste modo, os *clusters* são formados quando cada observação passa a pertencer ao *cluster* com média mais próxima.

Figura 2 – Acesso aos cuidados de psiquiatria publicamente financiado



Os pontos de oferta do setor social (cuja denominação se encontra no anexo IV) integram respostas ao nível do internamento, ambulatório, reabilitação psicossocial e comunitária, focadas essencialmente em doentes crónicos, enquanto as respostas do setor público destinam-se maioritariamente para doentes agudos (ACSS, 2015). Não se deverá, porém, considerar que os pontos de oferta do setor social são perfeitamente substitutos da oferta pública, tanto mais porque, como visto, aquela assume diferentes tipologias e está focada essencialmente em doentes crónicos e sem respostas em serviços de urgência (ACSS, 2015¹⁰⁵), e, além disso, o SNS conhece restrições seja pela capacidade de atendimento, seja pelas especificidades de atendimento a utentes do SNS se encontrar restringida ao número de utentes previstos no acordo, e por especificidades assentes no tipo de utentes a quem os cuidados prestados se dirigem. A título de exemplo desta última restrição, refira-se a atividade desenvolvida pelo Centro de Recuperação de Menores situado no distrito de Portalegre (*vide* figura 2), cujo foco da sua prestação de cuidados se centra no acolhimento a crianças e jovens.

Não obstante as ressalvas anteriores, constata-se que esses estabelecimentos do setor social não se localizam nas regiões não cobertas pelas áreas de influência de 40 minutos dos estabelecimentos, onde idealmente deveriam localizar-se para complementar a oferta pública e, assim, maximizar a cobertura das populações pela rede publicamente financiada até esta referência de tempo de deslocação em estrada.

A distribuição das regiões por *clusters* de acesso cumpre os critérios descritos na tabela 12, da qual se retira que a maior percentagem da população (46,9%) reside em regiões inseridas no nível baixo de acesso a cuidados públicos de psiquiatria, e apenas 1,5% da população tem um acesso alto.

Tabela 12: Acesso aos cuidados públicos de psiquiatria por nível de acesso

Estatísticas	Nível de acesso		
	Baixo	Médio	Alto
Número de psiquiatras por 75.000 habitantes	> 0,0004 (Média do cluster = 2,3)	> 6,3 (Média do cluster = 10,3)	> 21 (Média do cluster = 32,3)
Percentagem de população coberta	46,9% (4,7 milhões)	39,5% (3,97 milhões)	1,5% (148 mil)

¹⁰⁵ ACSS (2015) *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*, Lisboa, Ministério da Saúde.

Considerado o rácio padrão utilizado em Portugal, de quatro psiquiatras por 75 mil habitantes, constata-se que cerca de 72% da população residente em áreas de nível de acesso baixo (cerca de 3,4 milhões) é servida por uma rede com um rácio inferior a esta referência, ao qual se alia cerca de 12,1% da população total (1,2 milhão), que reside a mais de 40 minutos de um estabelecimento. Assim, a população total com rácio inferior ao rácio ideal, incluindo a população com rácio nulo, por não ter acesso a uma distância plausível a cuidados de saúde mental (40 minutos), chega a aproximadamente 4,6 milhões (cerca de 46% da população).¹⁰⁶

Por sua vez, a análise por ARS, para aferir de eventuais assimetrias regionais, permite identificar que a região da ARS Alentejo apresenta a maior proporção de população carenciada, se considerados apenas os prestadores públicos de psiquiatria, com 82% da população a ter um nível de acesso baixo ou a residir a mais de 40 minutos de viagem de um estabelecimento, enquanto a ARS Lisboa e Vale do Tejo, apesar de ter menor percentagem da população nesta situação, esta representa 50% (*vide* tabela 13).

¹⁰⁶ Refira-se que foi realizada também uma análise respeitando as áreas de influência primárias associadas às RRH do SNS, apresentadas na secção 3.3., e considerando como tempo de deslocação máximo ideal o limite de 40 minutos, para possibilitar a comparabilidade entre as duas análises. De acordo com esta análise, o nível de acesso alto passaria a cobrir 6,0% da população, contrastando com a percentagem de 1,5% da população que se obteve sem considerar as RRH (*vide* tabela 12), com número médio de psiquiatras inferior ao apresentado anteriormente (27,5 psiquiatras por 75.000 habitantes), sendo certo que também o nível de acesso baixo passaria a incluir percentagem maior, de 55,6% da população total (em vez de 46,9%), e a população residente não abrangida pelas áreas de influência seria igualmente maior, de aproximadamente 15,4%. Sem prejuízo de esta segunda análise implicar um corte substancial de algumas áreas de influência primárias, como as do Hospital de Bragança da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, e do Hospital de São Bernardo do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, as quais deixam de abranger população residente a mais de duas horas de deslocação em estrada (em Freixo de Espada à Cinta e Odemira, respetivamente), resulta da comparação dos resultados que as desigualdades no acesso identificadas seriam ainda mais expressivas, com mais população a ter um acesso baixo ou a não ser abrangida (especialmente nas regiões das ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo). Note-se, ainda, que a maior percentagem de população não abrangida indica que as áreas de influência primárias de alguns estabelecimentos, tal como estão definidas, restringem o acesso de populações residentes a menos de 40 minutos de deslocação desses estabelecimentos.

Tabela 13: Nível de acesso aos cuidados públicos de psiquiatria, por ARS

ARS	População com baixo acesso ou a mais de 40 minutos
Norte	58%
Centro	73%
LVT	50%
Alentejo	82%
Algarve	63%

Acesso aos cuidados de psiquiatria da infância e da adolescência do publicamente financiada

No que se refere à oferta publicamente financiada, verifica-se existirem 32 estabelecimentos públicos que prestam cuidados de saúde de psiquiatria da infância e da adolescência, nenhum localizado na ARS Algarve. À oferta pública pode aliar-se a oferta disponibilizada pelos 12 estabelecimentos do setor social com acordo com o SNS para prestação de cuidados em saúde mental, embora, também nesta situação, as especificidades das prestações por eles oferecidas não serão completamente substitutas daquelas realizadas pelo SNS, como anteriormente referido.

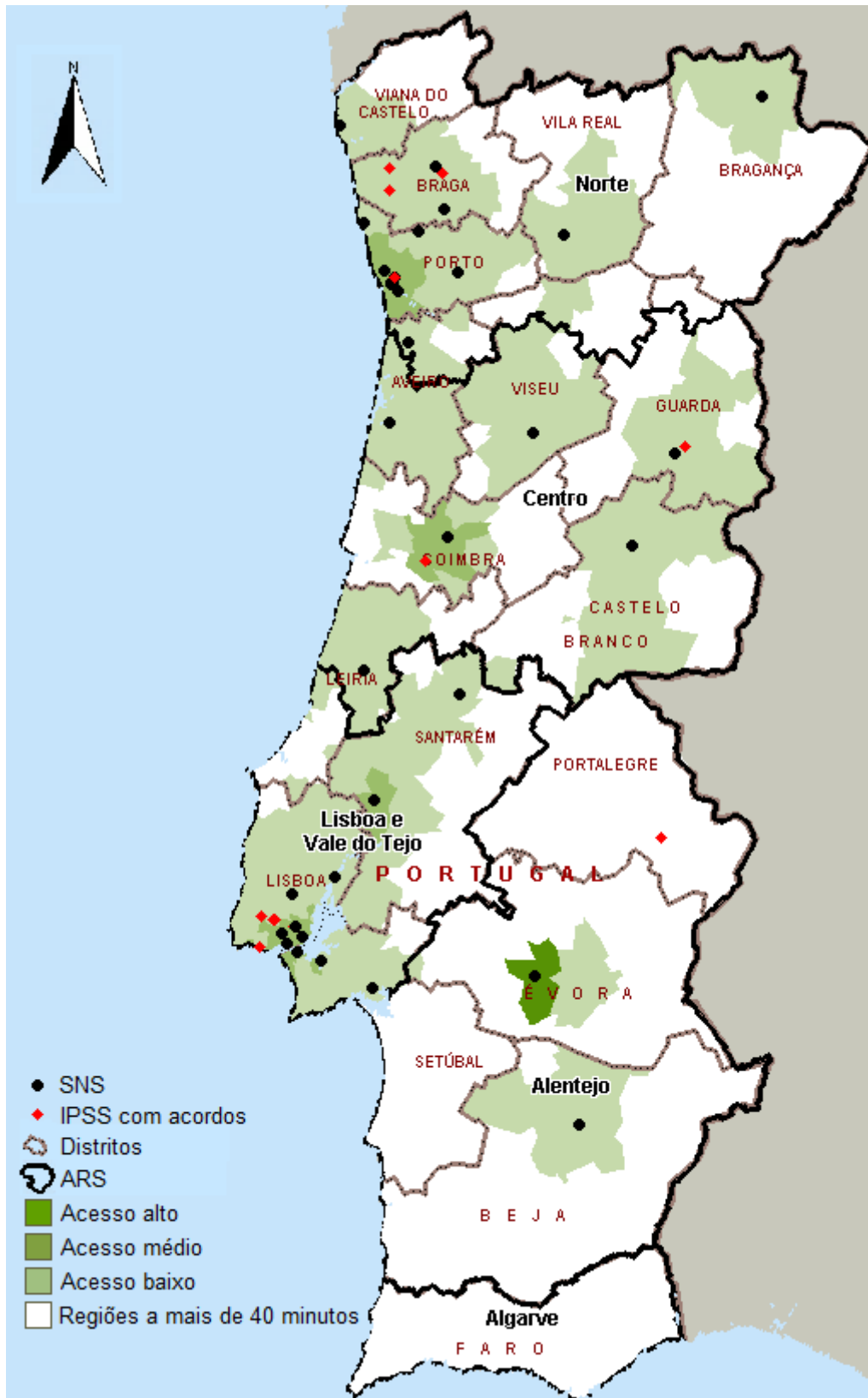
Consideradas as ressalvas apresentadas, certo é que apenas o já mencionado estabelecimento localizado no distrito de Portalegre representa um ponto de oferta adicional numa região em que não existem hospitais públicos com psiquiatria da infância e adolescência e que, conseqüentemente, na sua ausência não disporia de acesso em 40 minutos. De referir que este estabelecimento é o Centro de Recuperação de Menores, cujo foco da sua prestação de cuidados se centra no acolhimento a crianças e jovens.

Do que resulta dos cálculos, cerca de 18,9% da população (1,9 milhão) encontra-se em regiões que se localizam a mais de 40 minutos de um prestador de cuidados de saúde de psiquiatria da infância e da adolescência, distribuindo-se as restantes regiões pelos níveis de acesso descritos na tabela 14. Concretamente, destaque-se que apenas 0,3% da população tem um nível de acesso alto, contrastando com cerca de 52,2% de população com baixo nível de acesso.

Tabela 14: Acesso aos cuidados públicos de psiquiatria da infância e da adolescência, por nível de acesso

Estatísticas	Nível de acesso		
	Baixo	Médio	Alto
Número de psiquiatras da infância e adolescência por 66.000 habitantes	> 0,00003 (Média do cluster = 0,46)	> 1,6 (Média do cluster = 2,8)	> 6,1 (só uma área, com 23,6).
Porcentagem de população coberta	52,2% (5,2 milhões)	28,6% (2,9 milhões)	0,3% (27,4 mil)

Figura 3 – Acesso aos cuidados publicamente financiados de psiquiatria da infância e da adolescência



Importa ainda referir que cerca de 78% da população do nível de acesso baixo (cerca de 4,1 milhões de habitantes) têm um rácio inferior a um psiquiatra da infância e da adolescência por 66 mil habitantes, rácio considerado como referência pela ACSS (2015¹⁰⁷). Assim, a população total com rácio inferior ao rácio padrão, incluindo a população que não tem acesso a uma distância plausível a cuidados de psiquiatria da infância e da adolescência, chega a aproximadamente 5,9 milhões.¹⁰⁸

Foram igualmente calculadas as percentagem de população com acesso baixo ou a mais de 40 minutos de um prestador de cuidados públicos de psiquiatria da infância e da adolescência, para cada uma das ARS, no sentido de identificar as regiões de saúde em que as carências de acesso são mais expressivas. Assim, destaca-se a ARS Algarve, em que a totalidade da população se encontra a mais de 40 minutos de um estabelecimento público com cuidados de saúde de psiquiatria da infância e da adolescência. Recupere-se, neste ponto, que de acordo com informação remetida pela ARS Algarve sobre as RRH de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, não existe resposta no CH do Algarve, quer ao nível de consulta externa, quer ao nível do internamento. Mais se refira que em todas as ARS mais de metade da população reside numa região com baixo acesso ou a mais de 40 minutos de um prestador público com oferta deste tipo de cuidados (*vide* tabela 15).

Tabela 15: Nível de acesso aos cuidados públicos de psiquiatria da infância e da adolescência, por ARS

ARS	População com baixo acesso ou a mais de 40 minutos
Norte	69%
Centro	90%
LVT	57%
Alentejo	95%
Algarve	100%

¹⁰⁷ ACSS (2015) *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*, Lisboa, Ministério da Saúde.

¹⁰⁸ Refira-se que, numa comparação com os resultados de uma segunda análise que considera as áreas de influência das RRH e o tempo de viagem máximo de 40 minutos, da mesma forma como se fez no caso da psiquiatria (para adultos, cfr. nota de rodapé 106), igualmente se identifica uma maior assimetria nos resultados, com maior população no nível de acesso alto e um acréscimo mais expressivo de população no nível de acesso baixo e de população não abrangida (em especial nas ARS do Norte e Lisboa e Vale do Tejo).

Acesso a prestadores não públicos de psiquiatria

A análise que de seguida se apresenta tem por base os prestadores de cuidados de saúde não públicos com psiquiatria, no primeiro caso, e com psiquiatria da infância e da adolescência, no segundo. Esta análise deve ser vista como uma oferta complementar à apresentada anteriormente, e que poderia ser utilizada nas situações em que a oferta pública não é suficiente para suprir as necessidades da população de uma determinada região.

Foram identificados no SRRER 1.330 estabelecimentos prestadores não públicos de cuidados de saúde mental de psiquiatria. A figura 4 apresenta a distribuição geográfica desses estabelecimentos tendo em conta a sua localização nas diferentes áreas de códigos postais de Portugal Continental. O número máximo de estabelecimentos numa mesma área de código postal é de 65, em Lisboa. Encontra-se também um elevado número de estabelecimentos quer na região litoral Norte, quer na região de Coimbra.

A figura 5 apresenta os resultados da implementação da metodologia descrita no início da subsecção, considerando prestadores não públicos, distribuídos por três níveis de acesso, incluindo ainda a identificação das regiões que se encontram a uma distância superior a 40 minutos de um prestador não público. Da análise da figura extrai-se que as regiões próximas aos concelhos de Porto, Coimbra, Lisboa e Évora apresentam um nível de acesso alto, embora apenas a ARS Lisboa e Vale do Tejo não tenha população localizada a uma distância superior a 40 minutos de cuidados não públicos de psiquiatria.

Por último, é importante notar que a ARS Algarve, para além de não ter nenhum prestador do setor social com acordo com o SNS, como visto anteriormente, não tem população posicionada no nível de acesso alto a prestadores não públicos.

Figura 4 – Estabelecimentos prestadores não públicos de psiquiatria



Figura 5 – Acesso aos cuidados não públicos de psiquiatria



A tabela 16 complementa a informação da figura anterior, revelando que cerca de 70% da população encontra-se no nível de acesso médio ou alto. Por outro lado, tendo em consideração o tempo máximo de viagem tomado como referência, cerca de 1,5% da

população (cerca de 155 mil habitantes) encontra-se a mais de 40 minutos dos cuidados não públicos de psiquiatria.

Tabela 16: Acesso aos cuidados não públicos de psiquiatria, por nível de acesso

Estatísticas	Nível de acesso		
	Baixo	Médio	Alto
Número de psiquiatras por 75.000 habitantes	> 0,0002 (Média do cluster = 3,7)	> 8,6 (Média do cluster = 13,5)	> 21,5 (Média do cluster = 29,3)
Percentagem de população coberta	28,6% (2,9 milhões)	38,6% (3,9 milhões)	31,3% (3,1 milhões)

Confrontando os resultados obtidos com o rácio padrão utilizado em Portugal (de quatro psiquiatras por 75.000 habitantes), cerca de 39% da população do nível de acesso baixo (que corresponde a cerca de 1,1 milhão) tem um rácio inferior a quatro psiquiatras por 75 mil habitantes.

Assim, a população total com um rácio inferior ao padrão, incluindo a população sem acesso a uma distância plausível a cuidados de psiquiatria, chega a aproximadamente 1,3 milhão.¹⁰⁹

Numa ótica regional, resume-se na tabela *infra* a população com menor nível de acesso a prestadores não públicos de psiquiatria, ponderada pela população dessa região. A ARS Alentejo tem maior percentagem da população com nível de acesso baixo ou a mais de 40 minutos de um prestador não público, e a ARS Lisboa menor.

Tabela 17: Nível de acesso aos cuidados não públicos de psiquiatria, por ARS

ARS	População com baixo acesso ou a mais de 40 minutos
Norte	31%
Centro	39%
LVT	19%
Alentejo	70%
Algarve	34%

¹⁰⁹ Se se considerar a referência de um psiquiatra por 30 mil habitantes do Departamento de Serviços de Saúde e Humanos dos EUA, a população carenciada chega a 807 mil habitantes. Vide <http://bhpr.hrsa.gov/shortage/hpsas/designationcriteria/mentalhealthhpsacriteria.html>.

Acesso a prestadores não públicos de psiquiatria da infância e da adolescência

Por último, foi realizada uma análise idêntica, considerando os prestadores não públicos de psiquiatria da infância e da adolescência, tendo sido identificados no SRER 188 estabelecimentos prestadores não públicos. A figura 6 apresenta a distribuição geográfica desses estabelecimentos tendo em conta a sua localização nas diferentes áreas de códigos postais de Portugal Continental. O número máximo de estabelecimentos numa mesma área de código postal é de nove, situação que ocorre em Lisboa e no Porto.

Os resultados da aplicação do método EKD2SFCA encontram-se refletidos na figura 7, em que as regiões foram distribuídas por três níveis de acesso, e foram também identificadas as populações que se encontram a mais de 40 minutos de viagem do estabelecimento mais próximo. Do que se retira da visualização desta figura, a ARS Alentejo é a que apresenta maior número de áreas de código postal sem cobertura deste tipo de cuidados no intervalo de 40 minutos.

Figura 6 – Estabelecimentos prestadores não públicos de psiquiatria da infância e da adolescência



Figura 7 – Acesso aos cuidados não públicos de psiquiatria da infância e da adolescência



A cada nível de acesso corresponde o número de psiquiatras da infância e da adolescência e a percentagem da população coberta que se exibem na tabela 18, que denota que 54,6% da população têm um médio ou alto acesso, e 35,4% têm nível de acesso baixo a cuidados de psiquiatria da infância e da adolescência.

Tabela 18: Acesso aos cuidados não públicos de psiquiatria da infância e da adolescência, por nível de acesso

Estatísticas	Nível de acesso		
	Baixo	Médio	Alto
Número de psiquiatras da Infância e da adolescência por 66.000 habitantes	> 0,0002 (Média do cluster =0,19)	> 0,5 (Média do cluster = 0,8)	> 1,18 (Média do cluster = 1,56)
Percentagem de população coberta	35,4% (3,6 milhões)	27,3% (2,7 milhões)	27,3% (2,7 milhões)

Toda a população com acesso baixo e cerca de 76,4% da população com acesso médio têm um rácio inferior a um psiquiatra da infância e da adolescência por 66 mil habitantes, o que significa que cerca de 5,7 milhões de pessoas terão acesso a um número de psiquiatras da infância e da adolescência inferior ao ideal. Além disso, note-se ainda que cerca de 9,9% da população reside a mais de 40 minutos de um estabelecimento prestador não público de cuidados de psiquiatria da infância e da adolescência. Assim, somando as duas subpopulações, conclui-se que aproximadamente 6,7 milhões de pessoas não têm acesso adequado a estes cuidados.

Na tabela 19 são apresentados os resultados por ARS, com foco na percentagem da população que se encontra mais carenciada de cuidados não públicos de psiquiatria da infância e adolescência, no que se refere à proximidade e adequação da oferta face às necessidades da população. É possível identificar que a carência de oferta não pública atinge principalmente as regiões das ARS Centro, Alentejo e Algarve, onde mais de 75% das respetivas populações têm baixo acesso ou residem a uma distância superior ao considerado adequado.

Tabela 19: Nível de acesso aos cuidados não públicos de psiquiatria da infância e da adolescência, por ARS

ARS	População com baixo acesso ou a mais de 40 minutos
Norte	38%
Centro	81%
LVT	28%
Alentejo	77%
Algarve	76%

Em suma, existe uma maior percentagem de população que reside em regiões inseridas no nível baixo de acesso a cuidados públicos de psiquiatria ou a mais de 40 minutos de um estabelecimento e apenas 1,5% da população tem um acesso alto. A população total com rácio inferior ao definido pela DGS chega a aproximadamente 4,6 milhões de habitantes (cerca de 46% da população). Se considerados os prestadores do setor social com acordo com o SNS, acresce que estes não se localizam nas regiões não cobertas pelas áreas de influência de 40 minutos dos estabelecimentos, onde idealmente deveriam localizar-se para complementar a oferta pública.

A nível regional, a ARS Alentejo apresenta a maior proporção de população com acesso baixo ou a residir a mais de 40 minutos de viagem de um prestador público de psiquiatria (82%) e a ARS Lisboa e Vale do Tejo a menor percentagem (50%). Considerada a oferta não pública, que poderia ser utilizada para reduzir a escassez de acesso, verifica-se que a ARS Alentejo tem igualmente maior percentagem de população com nível de acesso baixo ou a mais de 40 minutos.

No que se refere aos cuidados de psiquiatria da infância e da adolescência, apenas 0,3% da população tem um nível de acesso alto a cuidados públicos, contrastando com cerca de 71% de população com baixo nível de acesso ou residente a mais de 40 minutos de um estabelecimento público, em que a população com rácio de psiquiatras da infância e da adolescência inferior ao rácio padrão chega a aproximadamente 5,9 milhões. Se adicionada a oferta social com acordo com o SNS, apenas o estabelecimento localizado no distrito de Portalegre representa um ponto de oferta adicional numa região em que não existem hospitais públicos com psiquiatria da infância e adolescência.

Em todas as ARS mais de metade da população reside numa região com baixo acesso ou a mais de 40 minutos de um prestador público, encontrando-se em pior situação a ARS Alentejo (95%) e a ARS Algarve, que não detém um qualquer estabelecimento a um tempo de viagem de 40 minutos. Considerada a oferta não pública, não obstante 54,6% da população ter um nível de acesso médio ou alto, a nível regional a carência de oferta não pública atinge principalmente as regiões das ARS Centro, Alentejo e Algarve, onde mais de 75% das respetivas populações têm baixo acesso ou residem a uma distância superior ao considerado adequado.

3.5. Vertente temporal do acesso

O direito de acesso em tempo útil a cuidados de saúde foi concretizado, num primeiro momento, pela Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto (entretanto revogada pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março), que aprovou “[...] os termos a que deve obedecer a redação e publicação pelo Ministério da Saúde da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde [...]”, e pretendeu “[...] garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente [...]” – artigo 1.º e n.º 1 do artigo 2.º. Foi assim prevista a definição e determinação dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), bem como o reconhecimento do direito dos utentes à informação sobre esses tempos – n.º 2 do artigo 2.º.

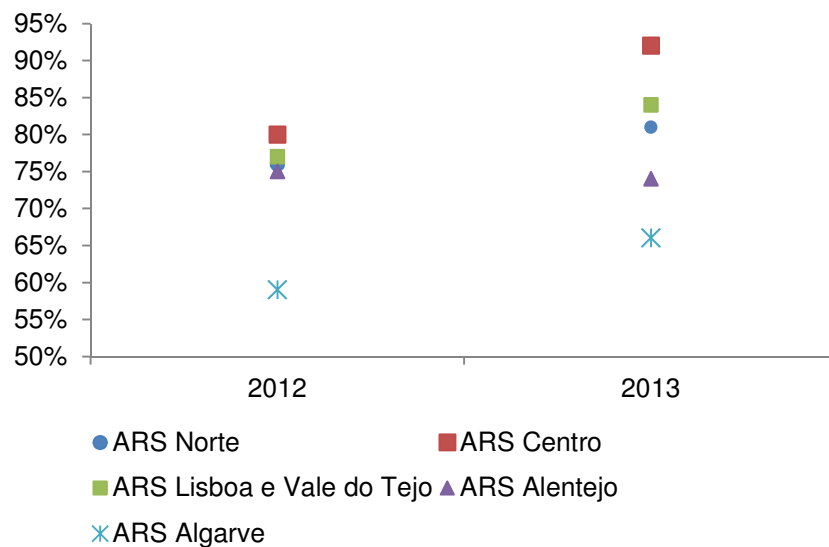
Posteriormente foi publicada a Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho e, no ano de 2013, a Portaria n.º 95/2013, de 4 de março (que revogou a primeira), pelas quais foi aprovado o Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, sistema este designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH).

Mais tarde, a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro (também já revogada pela Portaria n.º 87/2015, de 23 de março), veio definir os TMRG para os estabelecimentos do SNS e para os prestadores privados convencionados com o SNS.

Assim, este quadro legal é usado na base da análise da vertente temporal do acesso a primeiras consultas de saúde mental que se apresenta.

Da análise do gráfico *infra*, resulta que, embora exista enquadramento legal para obrigar ao cumprimento dos TMRG, em 2012 a percentagem de primeiras consultas de psiquiatria de adultos realizadas dentro dos TMRG situava-se entre 59%, na ARS Algarve e 80% na ARS Centro. Em todas as ARS, exceto na ARS Alentejo, observou-se uma melhoria deste indicador no ano de 2013, que passou a estar compreendido entre os 66%, para a ARS Algarve, e os 92% para a ARS Centro. Não obstante ter-se observado esta evolução positiva, certo é que qualquer percentagem abaixo dos 100% corresponde ao não cumprimento dos TMRG, tal como previstos legalmente.

Gráfico 3: Percentagem de primeiras consultas dentro dos TMRG em psiquiatria de adultos, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS (2015¹¹⁰).

Observa-se uma realidade heterogénea entre as diferentes instituições hospitalares dentro da mesma ARS, quer em percentagem de primeiras consultas dentro dos TMRG, quer na evolução dessas mesmas percentagens.

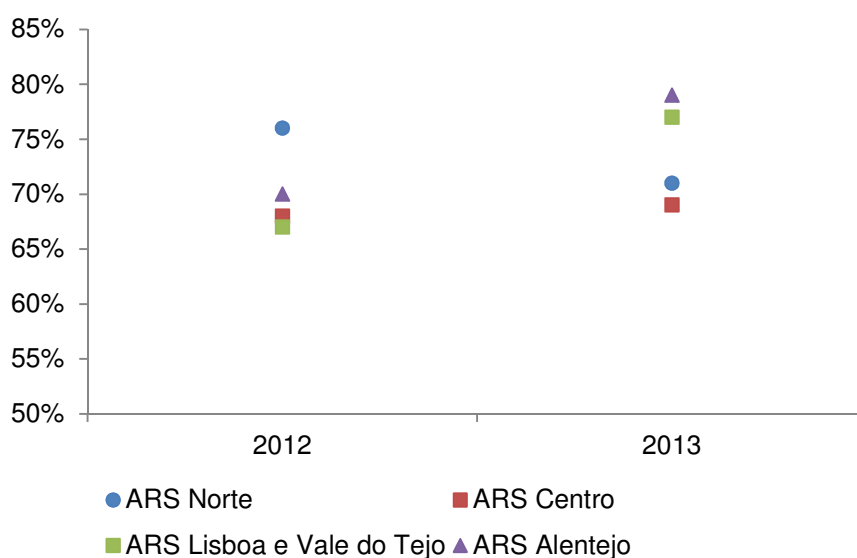
Não obstante a tendência de crescimento de quatro das cinco ARS, a ARS Algarve foi a única em que todos os prestadores públicos nela integrados apresentaram tendência de crescimento. E se é certo que na ARS Centro as diferenças entre prestadores não são de grande amplitude (variando entre os 76% e os 100%), na ARS Lisboa e Vale

¹¹⁰ ACSS (2015) *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*, Lisboa, Ministério da Saúde.

do Tejo tanto se observam prestadores com apenas 20% de consultas dentro dos TMRG como prestadores que realizam 100% de consultas em cumprimento desses tempos¹¹¹. A ARS Norte foi aquela em que um maior número de prestadores apresentou piores resultados no ano de 2013, face a 2012, não obstante ter também apresentado maior número de prestadores públicos com todas as consultas em cumprimento dos TMRG. Neste âmbito, retira-se que a evolução negativa observada na ARS Alentejo se deveu à redução da percentagem de primeiras consultas dentro dos TMRG, da ULS do Norte Alentejano.

De seguida apresenta-se o mesmo indicador para psiquiatria da infância e da adolescência. As ARS Norte e Alentejo apresentam tendência distinta àquela apresentada para a psiquiatria de adultos, o que pode sugerir a adoção de políticas específicas de acordo com a faixa etária da população. Concretamente, a ARS Norte apresentou uma redução na percentagem de primeiras consultas dentro dos TMRG, entre 2012 e 2013, e a ARS Alentejo tendência positiva.

Gráfico 4: Percentagem de primeiras consultas dentro dos TMRG em psiquiatria da infância e da adolescência, por ARS



Nota: A ARS Algarve não tem psiquiatria da infância e da adolescência, em prestadores públicos;
 Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS (2015).

Ao nível dos prestadores hospitalares integrados em cada ARS observam-se realidades bastante distintas, encontrando-se as maiores disparidades dentro das ARS

¹¹¹ *Idem.*

Norte e Centro, em que a percentagem varia entre 8% e 100%, na primeira, e 10% e 98% de primeiras consultas marcadas dentro dos TMRG, na segunda.

3.6. O processo de desinstitucionalização

De acordo com os parâmetros definidos pela OMS em 2001¹¹², na área de saúde mental, é incentivado o encerramento dos hospitais psiquiátricos, substituindo-os por soluções na comunidade, sendo certo que não deverão ser encerrados os hospitais psiquiátricos sem as necessárias alternativas na comunidade. Neste contexto, o PNSM 2007-2016 assume como seus objetivos fundamentais, entre outros, “[p]romover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas [...]” e “[p]romover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização”.

Não obstante a evidência de que a transição dos cuidados de hospitais psiquiátricos para serviços mais próximos da comunidade é benéfica, e que, nesse sentido, as mudanças a efetuar devem “facilitar a criação de SLSM com base na comunidade e internamento em hospitais gerais, bem como a integração psicossocial das pessoas com problemas de saúde mental”¹¹³, certo é que de acordo com o estabelecido no PNSM 2007-2016 “[n]enhum serviço poderá ser desativado até ao momento em que esteja criado o serviço que o substitui”, e que “[o]s doentes e familiares devem ser envolvidos nas mudanças a efetuar desde o início”.

A OMS, em 2011, publicou um relatório de avaliação ao PNSM, desenvolvido nos termos de acordo realizado entre o Ministro da Saúde português e o Gabinete Regional para a Europa da OMS, em que foca que o processo de desinstitucionalização não é possível sem serviços residenciais e vocacionais, devido à ausência de alternativas para transferência dos doentes e de unidades na comunidade que garantam o acompanhamento dos doentes crónicos e de novos

¹¹² OMS (2001) *The World Health Report 2011. Mental Health: New understanding, new hope*, Geneva, OMS.

¹¹³ Cfr. Preâmbulo da Resolução de Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março, que aprovou o PNSM 2007-2016.

doentes com problemas graves de saúde mental, que se encontram em risco de ser institucionalizados caso não tenham um suporte comunitário forte (OMS, 2011¹¹⁴).

Assim, para o processo de desinstitucionalização assente no encerramento de hospitais psiquiátricos ser concretizado com sucesso, deverão estar criadas as respostas necessárias na comunidade (OMS, 2001¹¹⁵), o que implica, designadamente, a implementação de uma rede de cuidados continuados integrados de saúde mental capaz de satisfazer essas necessidades, que de acordo com o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, se deve subdividir em unidades residenciais, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário. Nessa sequência, o Despacho n.º 8677/2011, de 17 de junho de 2011, veio identificar as 18 experiências-piloto previstas para a implementação progressiva destas estruturas¹¹⁶.

Da avaliação realizada pela OMS, em 2011, foi possível retirar que continuam a existir áreas geográficas sem cobertura destes serviços e os existentes apresentam recursos humanos escassos, existe um risco de os SLSM serem submersos por casos de natureza ansiosa e depressiva (de maior prevalência) referenciados pelos cuidados primários, aliado ao risco de os indivíduos com problemas mais graves e crónicos receberem cuidados abaixo das suas necessidades, subsiste uma grande dependência das respostas de tipo farmacológico e falta de respostas psicossociais nos SLSM, e observa-se instabilidade de financiamento e preocupações com a questão da sustentabilidade (DGS, 2012¹¹⁷).

A necessidade de assentar o processo de desinstitucionalização numa boa estrutura de cuidados continuados, que dê o suporte necessário às pessoas com problemas de saúde mental com diferentes graus de incapacidade associada, encontra-se, desde logo, patente na calendarização das ações a executar no âmbito do PNSM 2007-2016, em que a atividade de preparar a saída dos doentes a desinstitucionalizar deve

¹¹⁴ OMS (2011) *WHO Mission to assess the progress of the mental health reforms in Portugal*, Copenhaga, WHO Regional Office for Europe.

¹¹⁵ OMS (2001) *The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope*, Geneva, OMS.

¹¹⁶ Do que resulta do comentário do Diretor e da Vogal da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do CH São João, no âmbito da consulta pública ao relatório da ACSS, de 2015, “[...] apenas em 2011 o despacho n.º 8677/2011 definiu experiências piloto, mesmo assim muito insuficientemente executadas”.

¹¹⁷ DGS (2012) *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*, Lisboa, DGS.

desenvolver-se “[d]e acordo com o ritmo de criação de estruturas dos cuidados continuados” (Ministério da Saúde, 2008¹¹⁸).

Certo é que, a categoria de integração social e cuidados continuados apresenta defasamentos entre as datas previstas para cada uma das metas estabelecidas e a sua efetiva concretização, tal como resultou da auscultação que a ERS fez à Direção do PNSM.

Na ótica das entidades responsáveis pela Coordenação do PNSM, expressa em 2012, “[a]s estratégias seguidas no processo de desinstitucionalização provaram ser eficazes e adequadas. Dentro dos prazos previstos foi possível desinstitucionalizar um número importante de doentes, encerrar o Hospital Miguel Bombarda e dar passos significativos no sentido do encerramento de outros hospitais psiquiátricos. Todo este processo decorreu sem incidentes significativos e os poucos problemas que se registaram foram pronta e eficazmente resolvidos. Acima de tudo, mostrou-se ser possível encontrar alternativas residenciais de alta qualidade para os doentes institucionalizados, com custos não superiores aos associados aos velhos cuidados asilares” (DGS, 2012¹¹⁹).

Importa, no entanto, refletir nas conclusões do relatório da OMS, que apesar de ter concluído por uma redução de camas de 35% nos hospitais psiquiátricos, em 2011, acompanhada pela redução do tempo de internamento dos utentes agudos de 37 para 16 dias e de uma redução do número de pacientes com estadias superiores a um ano em 50%, concluiu igualmente que o número de utentes com internamentos entre seis e 12 meses aumentou em cerca de 50%, o que pode evidenciar o surgimento de um novo grupo de pacientes com internamentos longos.

Por seu turno, os resultados de um estudo realizado no início do presente ano pela ENCONTRAR+SE¹²⁰, em parceria com Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental e a Universidade Católica do Porto, apontam para a existência de diferenças ao nível das perceções de utentes, de familiares/cuidadores e de técnicos, estando as perceções positivas associadas maioritariamente à experiência das 24 pessoas que foram transferidas do Hospital Miguel Bombarda, encerrado em julho de 2011, para a

¹¹⁸ Ministério da Saúde (2008) *Resumo Executivo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*, Lisboa, Coordenação Nacional de Saúde Mental.

¹¹⁹ DGS (2012) *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*, Lisboa, DGS.

¹²⁰ Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, que desenvolve a sua atividade na área da reabilitação psicossocial a pessoas com doença mental grave.

Casa do Restelo, que correspondem a 20% do total das pessoas transferidas deste Hospital para outras estruturas, entre 2006 e 2011 (Palha, 2015¹²¹).

Nesse relatório concluiu-se pela existência de sérias lacunas no processo de desinstitucionalização, na medida em que o encerramento de três hospitais psiquiátricos – Hospital Miguel Bombarda, Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes e Hospital do Lorvão –, não observou o “compromisso assumido pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2007), que garantiu que os hospitais psiquiátricos não seriam encerrados sem que, entretanto, tivessem sido criadas instituições de prestação de cuidados de saúde mental alternativas, sem que o orçamento alocado aos hospitais psiquiátricos fosse realocado a serviços comunitários e, ainda, sem que o aumento do número de profissionais não médicos a trabalhar na área da saúde mental estivesse assegurado” (Palha, 2015). Sendo certo que o comprometimento da boa execução do processo de desinstitucionalização e da adequada prestação de cuidados de saúde mental, que aí se refere, não deixam de associar-se “com a estagnação nos cuidados continuados integrados de saúde mental” (Palha, 2015).

Em complemento do conteúdo acima descrito, foi solicitado às entidades nas quais se encontravam integradas as unidades psiquiátricas que foram encerradas¹²², concretamente o CHUC e o CHPL, que se pronunciassem acerca do destino dos utentes que se encontravam nas instalações entretanto encerradas, das entidades que acompanharam e/ou coadjuvaram o processo, e do entendimento quanto à eficácia e adequação do processo.

Resposta CHUC

De acordo com a resposta do CHUC, em síntese, resultou que os utentes que se encontravam institucionalizados aquando da decisão do encerramento das unidades de Arnes e Lorvão, em 2012, foram transferidos para a Fundação Assistência Desenvolvimento e Formação Profissional em Miranda do Corvo (79), Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (29) e para o Hospital Sobral Cid (1), não tendo sido considerados critérios de proximidade à residência, em “virtude de há muito não terem ligações familiares”. O CHUC envolveu o Diretor do Programa de Saúde Mental e a

¹²¹ Palha, F. (coord.) (2015) *Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às percepções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos*, Porto, ENCONTRAR+SE.

¹²² Por ofício de 8 de abril de 2015, com respostas rececionadas em 24 de abril e 8 de maio de 2015.

ARS Centro no processo e criou uma Comissão de Acompanhamento (formada por médicos, enfermeiros e assistentes sociais) que, para além de terem acompanhado a transferência, realizam visitas periódicas aos utentes internados junto das novas instituições. Assim, o CHUC entende que a desinstitucionalização decorreu de forma adequada, “na medida em que o alojamento e as condições habitacionais nas duas unidades não era melhor das que hoje usufruem, e a interação social e as atividades de ergoterapia são hoje mais efetivas que aquelas que decorriam nos respetivos hospitais”.

Não obstante a afirmação de que os utentes que se encontravam institucionalizados em Arnes e Lorvão não teriam ligações familiares, foi analisado o tempo de viagem que separa cada estabelecimento que se encerrou dos estabelecimentos de destino dos utentes. Assim, de Arnes a Miranda do Corvo (fluxo de 22 utentes) o tempo de viagem é de, aproximadamente, 43 minutos, de Lorvão a Miranda do Corvo (fluxo de 57 utentes) de 40 minutos e do Hospital de Lorvão a Condeixa-a-Nova (29 utentes) cerca de 37 minutos¹²³.

Resposta do CHPL

Por seu turno, o CHPL inicia a sua resposta com o enquadramento do contexto histórico, científico e político e suporte legal que presidiram ao encerramento do Hospital Miguel Bombarda, entendendo que o processo se iniciou com a decisão de constituição do CHPL¹²⁴, integrando os dois hospitais psiquiátricos de Lisboa, pela Portaria n.º 1373/2007, de 19 de outubro. Nessa sequência, iniciou-se a preparação do encerramento do Hospital Miguel Bombarda, concretizada em julho de 2011, com conseqüente concentração das respostas assistenciais no Hospital Júlio de Matos. Assim, a reconversão das respostas dos dois hospitais em virtude da integração, e criação de respostas alternativas em hospitais gerais, permitiram que, em finais de 2008, o Hospital Miguel Bombarda deixasse de receber novos utentes, concentrando-se todo o tratamento de agudos no Hospital Júlio de Matos.

No que se refere aos doentes de evolução prolongada, que se encontravam internados no Hospital Miguel Bombarda, foi criada, em primeiro lugar, uma equipa multidisciplinar de reabilitação com autonomia técnica, composta por médicos,

¹²³ Com base no tempo de viagem calculado com recurso ao serviço Google Maps.

¹²⁴ Que figurou como uma das medidas propostas no Plano de Ação 2007/2016, desenvolvido pela Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental criada pelo Despacho n.º 11 411/2006, de 26 de abril, publicado em Diário da República n.º 101, 2.ª série, de 25 de maio.

enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que “[...] procedeu ao levantamento, avaliação psicossocial e ao contacto com as famílias dos doentes internados, caso existissem”. A avaliação psicossocial permitiu distinguir grupos de utentes aos quais se revelou necessário aplicar estratégias de intervenção diferenciadas, designadamente de acordo com o grau de incapacidade psicossocial.

Assim, foram criadas no Hospital Júlio de Matos uma Unidade de Apoio Máximo, de 34 camas, destinada a todos os residentes do CH, independentemente do hospital onde se encontravam internados, e três Unidades de Vida Apoiada, com capacidade para 30 utentes, a acrescer às duas unidades existentes desde 2002. Destes 30 novos lugares, cerca de metade vieram a ser ocupados por residentes do Hospital Miguel Bombarda.

Os utentes mais autónomos residentes no CHPL foram integrados em Unidades de Treino Residencial “[...] com vista à aquisição de competências facilitadoras de uma total autonomia e à sua alta definitiva”. Foram igualmente criados três novos apartamentos terapêuticos em prédios arrendados fora do hospital, para utentes sem suporte económico e sociofamiliar.

Os doentes de evolução prolongada clinicamente estabilizados, sem necessidade de cuidados médicos permanentes mas que, pelo seu grupo etário e/ou pelo grau de autonomia, não estavam em condições de integrar qualquer dos grupos atrás referidos, foram integrados em três enfermarias residenciais já existentes no Hospital Júlio de Matos, tendo-lhes sido proposto, em alternativa, o regresso às famílias ou a inserção em lares licenciados. O processo de colocação em lares foi coordenado pelos médicos assistentes de cada doente, após avaliação psiquiátrica, sendo que a localização e escolha dos locais de acolhimento obedeceram a critérios preferenciais referenciados pelos doentes e respetivos familiares, com visitas prévias aos locais por parte destes.

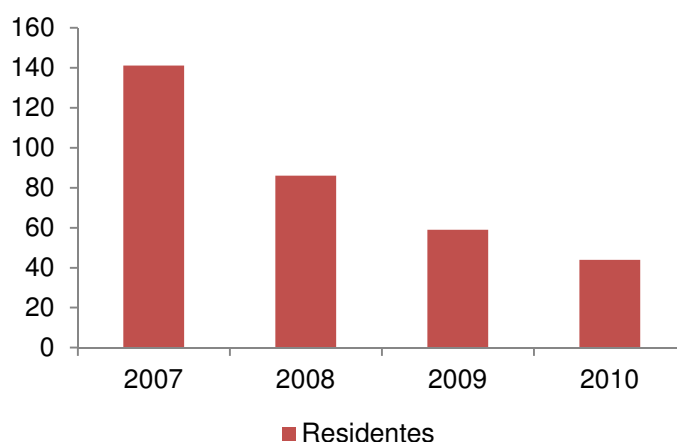
Mais foi referido que todos os doentes com alta “[...] foram portadores de relatórios médicos e cartas de alta dos enfermeiros assistentes, com indicação dos problemas de saúde, das necessidades de apoio, das terapêuticas instituídas e dos contactos hospitalares [...] de molde a facilitar intervenções precoces em caso de descompensações psicóticas. No momento da alta foram ainda agendadas as datas da próximas consultas e distribuído receituário cobrindo aquele intervalo de tempo”. Certo é que tendo-se verificado situações em que o acompanhamento após alta não foi adequado, o CHPL criou, em 2009, uma equipa de acompanhamento pós-alta,

composta por médico, enfermeiros e assistentes sociais, “[...] com a missão de visitar todos os locais de residência dos doentes, de forma que cada doente tivesse no mínimo uma visita trimestral, independentemente do local de residência.”

Todo o conjunto de estruturas e de procedimentos acima descritos pretende replicar na prática, com as devidas adaptações, o disposto no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, diploma que criou a rede de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Comparando os dados relativos ao número de utentes residentes no Hospital Miguel Bombarda (conforme gráfico 5) desde a criação do CHPL, em 2007, em que já se previa o encerramento do Hospital, e 2011, ano em que foi efetivamente encerrado, verifica-se que a redução de utentes foi gradual, com maior redução no primeiro ano de existência do CHLC, de 55 utentes entre 2007 e 2008, alegadamente em consequência das necessárias adaptações à nova estrutura organizativa. Certo é que, foi possível observar um maior fluxo de saída de utentes no ano de encerramento do hospital (30 utentes) face a 2009 e 2010 (anos em que deixaram o hospital 16 e 14 utentes, respetivamente). Nos anos de 2009 e 2010, o Hospital Júlio de Matos foi a instituição de destino de maior número de utentes. Os utentes que se encontravam no Hospital Miguel Bombarda no ano de encerramento foram maioritariamente transferidos para Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS), concretamente para a Casa do Restelo, figurando como uma das primeiras experiências piloto previstas na sequência do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro. Os restantes foram, de acordo com os registos do CHPL, encaminhados para o Hospital Júlio de Matos (6), para a Casa Repouso BN Lar – Costa da Caparica (1) e Casa de Saúde da Luz – Lisboa (1).

Gráfico 5: Evolução do número de utentes que residiam no Hospital Miguel Bombarda



No que se refere ao acompanhamento de todo o processo de encerramento do Hospital Miguel Bombarda, este foi garantido pelo Ministério da Saúde, Gabinete Ministerial, Gabinetes dos Secretários de Estado, Secretaria Geral, ACSS, ARS Lisboa e Vale do Tejo e Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Em particular, a ARS Lisboa e Vale do Tejo, através do Conselho de Administração, do Departamento de Contratualização e da Coordenação Regional para a Saúde Mental, “[...] acompanharam de forma direta e regular quer a transferência de serviços para Departamentos de Psiquiatria de hospitais gerais, quer a transferência de Serviços e Unidades dentro do próprio CHPL, quer ainda a desinstitucionalização de alguns doentes [...]”. Para além da colaboração de entidades do setor da saúde, o processo de desinstitucionalização teve, e continua a ter, a colaboração de outras entidades públicas, nomeadamente as instituições sob a tutela do Ministério da Segurança Social, em situações em que as “[...] pessoas internadas que careciam, e carecem, de respostas residenciais fora do âmbito clínico [...]”, mediante a atuação dos Técnicos de Serviço Social que “articulam diretamente com os organismos da Segurança Social com o propósito de promover a melhor resposta para cada situação”. Por último, é referida a auditoria realizada por peritos da OMS Europa, em 2011, do qual resultou um relatório “[...] com conclusões que atestam o processo de desativação do Hospital Miguel Bombarda”.

Quanto à eficácia e adequação do processo, o CHPL entende que o processo de desinstitucionalização e desativação do Hospital Miguel Bombarda não pode ser circunscrito a um período bem identificado no tempo nem dissociado da evolução e transformação ocorrida no CHPL, como um todo, e no Hospital Júlio de Matos, e do

desenvolvimento da rede de Serviços Locais de Saúde Mental operado na ARS Lisboa e Vale do Tejo, nos últimos 45 anos. Com efeito, da informação enviada pelo CHPL resulta que, desde a data da integração, foram sendo encerradas algumas das unidades de Hospital Miguel Bombarda, e dado encaminhamento aos utentes que aí se encontravam, culminando com a integração dos últimos doentes residentes na estrutura da AEIPS.

Nesse sentido, refere ter havido acompanhamento individualizado de todos os utentes, sendo que todas as pessoas que saíram do CHPL, independentemente do hospital de permanência, “tiveram alta clínica dada pelos respetivos médicos assistentes, que consideraram não haver motivos clínicos para a continuação de internamento e tratamento em hospital psiquiátrico [...]”, tendo sido instituído um programa de acompanhamento psicossocial pós-alta, a ser executado pelas Técnicas de Serviço Social, com indicação de visitas regulares e registo dos dados em relatórios de suporte”.

Assim, é entendimento do CHPL que “[...] para os doentes residentes a quem foi dada alta clínica, quer nos anos mais recentes quer em períodos mais remotos, foram devidamente planeadas e encontradas as soluções residenciais, que nos respetivos contextos, se consideram mais efetivas, com ganhos significativos para todos e particularmente para os próprios, que estavam, muitos deles, há muitos anos institucionalizados em ambiente de saúde manifestamente desadequado”.

No que concretamente se refere ao papel dos hospitais psiquiátricos na prestação de cuidados de saúde mental, no encontro sobre saúde mental, já mencionado, foi advogada a necessidade de afastar o estigma que se lhe encontra associado, na medida em que a sua importância se mantém para garantia do funcionamento da RRH, onde figuram como hospitais de última linha, dando resposta a situações específicas, tal como anteriormente se descreveu.

4. Qualidade

No presente capítulo pretende-se aferir dos níveis de qualidade no tratamento de pessoas com problemas de saúde mental em Portugal, quer por comparação com outros países, quer da análise da evolução de alguns indicadores dentro do país ao longo dos anos, bem como do enquadramento que acautela o cumprimento de determinados critérios para garantia da qualidade.

Nesse sentido, analisam-se, em primeiro lugar, a evolução de indicadores de resultados em saúde mental, como as taxas de suicídios e as taxas de reinternamento, para apresentar o panorama da qualidade no contexto nacional. Em segundo lugar, é abordada a temática da segurança do doente, com base na descrição de normas e orientações aplicáveis aos prestadores de saúde mental, confrontada com a descrição dos procedimentos efetivamente implementados em prestadores visitados. Posteriormente é analisada a satisfação dos utentes, mediante a descrição do posicionamento relativo de Portugal no Eurobarómetro da Comissão Europeia, e apresentam-se estatísticas sobre as reclamações de utentes de serviços de saúde mental rececionadas pela ERS.

4.1. Indicadores de qualidade e utilização

No que se refere à qualidade dos cuidados de saúde, importa ter em conta o paradigma definido por Donabedian (1980¹²⁵), que considera que a qualidade pode ser abordada em três âmbitos, nomeadamente de estrutura, de processo e de resultados, e o conceito similar definido pela OMS, segundo a qual a qualidade deve ser avaliada contemplando recursos, processos e resultados¹²⁶. Tendo em conta que os indicadores de estrutura/recursos foram alvo de estudo na subsecção 3.4.1., na presente são analisados os indicadores de resultados, ou seja, indicadores que refletem a eficácia da prestação de cuidados para as pessoas com problema de saúde mental.

¹²⁵ Donabedian, A. (1980) Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

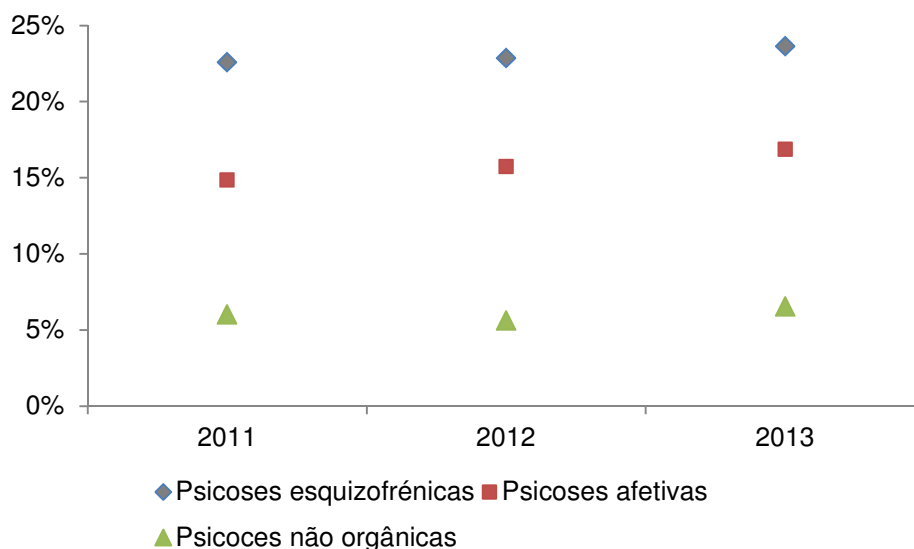
¹²⁶ OMS (2003) *Quality Improvement for Mental Health*, Geneva, OMS.

Para tal serão considerados como indicadores de resultados as taxas de reinternamento (ou seja, a percentagem de utentes com mais do que um episódio de internamento pela mesma causa, no mesmo ano, face ao número total de indivíduos internados) e as taxas de segundos episódios (pela mesma causa no mesmo ano) nos hospitais públicos, e ainda a taxa de suicídio.

Em primeiro lugar são apresentados valores das taxas de reinternamento e de segundos episódios, relativos a psicoses esquizofrénicas, psicoses afetivas e psicoses não orgânicas¹²⁷, nos anos de 2012 e 2013, em hospitais do SNS, com base na informação mais recente da DGS quanto a esta matéria (DGS, 2013¹²⁸ e 2014¹²⁹).

Como se pode verificar no gráfico *infra*, a taxa de reinternamento aumentou ligeiramente (cerca de um ponto percentual), de 2012 para 2013, nos três diagnósticos considerados, e um ponto percentual de 2011 para 2012 apenas nas psicoses afetivas, sendo superior no caso das psicoses esquizofrénicas. Também o número de reinternamentos, em valor absoluto, aumentou nos hospitais do SNS em Portugal Continental, em todos os diagnósticos considerados, sendo mais frequentes os internamentos e reinternamentos por psicoses afetivas (DGS, 2013 e 2014).

Gráfico 6: Taxas de reinternamento nos hospitais do SNS, por diagnóstico, em 2011 e 2013



Fonte: Elaboração própria com base em dados da DGS (2013, 2014).

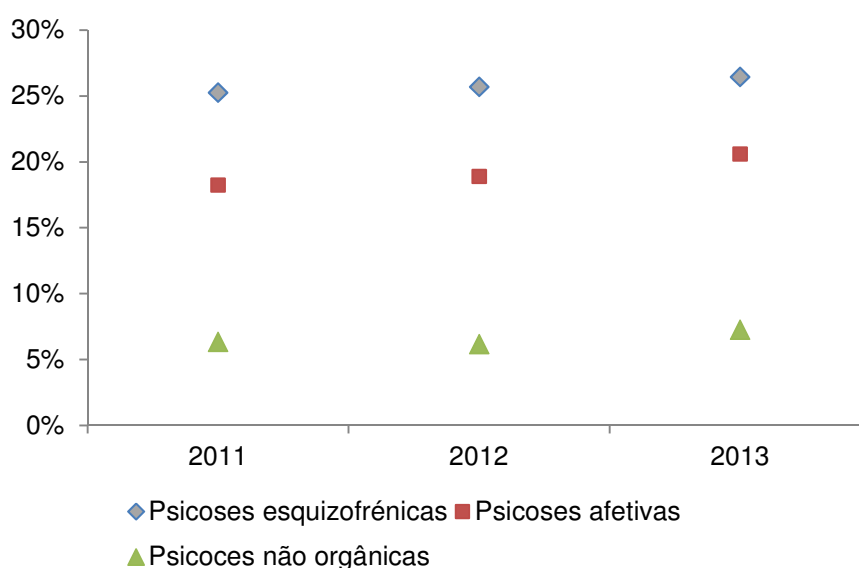
¹²⁷ Categorias com informação disponível no relatório da DGS (2014) *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

¹²⁸ DGS (2013) *Portugal: Saúde Mental em números – 2013*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

¹²⁹ DGS (2014) *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

A taxa de segundos episódios pela mesma causa aumentou, entre 2011 e 2013, nos três diagnósticos considerados, sendo o aumento mais expressivo nas psicoses afetivas, ainda que a maior percentagem de segundos episódios corresponda às psicoses esquizofrénicas (como resulta da análise ao gráfico 7). Em termos absolutos, as psicoses afetivas foram responsáveis pelo maior número de segundos episódios, no período considerado (DGS, 2013 e 2014).

Gráfico 7: Taxa de segundos episódios pela mesma causa, nos hospitais do SNS, por diagnóstico, 2011 e 2013



Fonte: Elaboração própria com base em dados da DGS (2013, 2014).

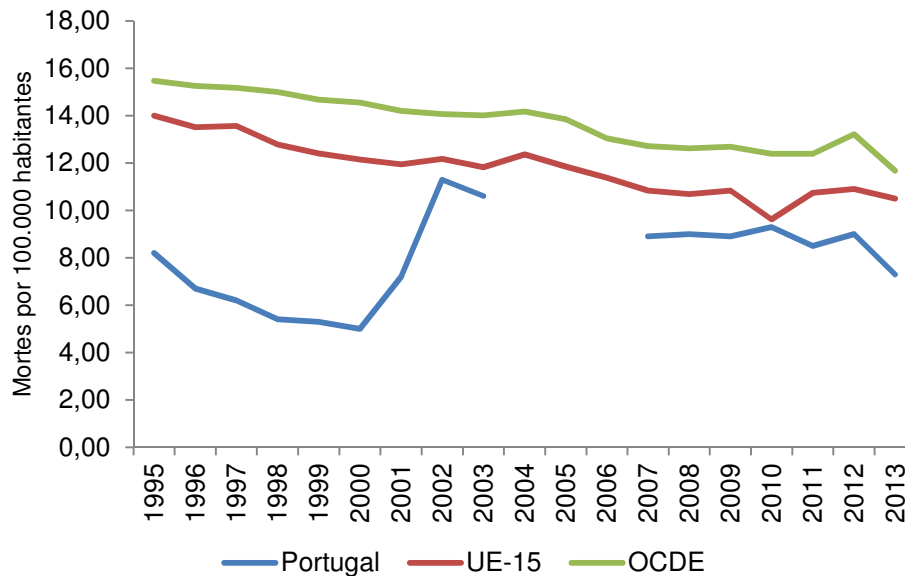
Analisando os mesmos indicadores por ARS, verifica-se que a ARS Alentejo apresenta, entre 2012 e 2013, tendência decrescente na taxa de reinternamento e na taxa segundos episódios, em psicoses esquizofrénicas, contrária à tendência nacional e das restantes regiões. Por seu turno, a ARS Centro e ARS Algarve, em idêntico período, foram as únicas a apresentar tendência decrescente, nos dois indicadores, em psicoses não orgânicas (DGS, 2014).

Considera-se, por sua vez, a evolução da taxa de suicídio, de acordo com dados da OCDE¹³⁰, resumidos no gráfico 8. Nos países da OCDE a taxa de suicídio média foi,

¹³⁰ Concretamente, considera-se o indicador “*Causes of mortality, Intentional self-harm, Deaths per 100 000 population (standardised rates)*”, da base de dados OECD Health Statistics.

em 2013, de 11,67 óbitos por 100.000 habitantes, na UE 15 correspondia a 10,5, e 7,3 em Portugal, tendo-se assistido a um decréscimo face a 2012.

Gráfico 8: Evolução da taxa de suicídio em Portugal, UE 15 e OCDE, entre 1995 e 2013

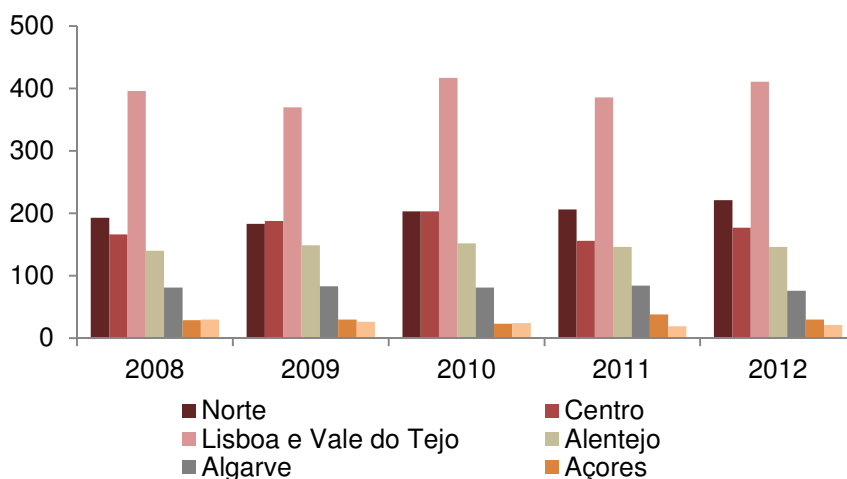


Fonte: Elaboração própria com base em dados da OECD Health Statistics.

Analisando a evolução dos suicídios por região, entre 2008 e 2012, conclui-se que o número de suicídios aumentou nas ARS Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo de 2011 para 2012, manteve-se estável na ARS Alentejo e diminuiu na ARS Algarve e para as duas regiões autónomas (DGS, 2014).

Porém, cumpre ressaltar as diferenças observadas com base no género, nas três ARS em que o número de suicídios aumentou, cujo aumento se deveu a um maior número de suicídios nos homens, tendo mesmo diminuído nas mulheres. Situação contrária assistiu-se nas ARS Alentejo e Algarve, em que o número de óbitos por suicídio de mulheres aumentou, e reduziu-se para os homens na ARS Alentejo, mantendo-se inalterada na ARS Algarve (DGS, 2014).

Gráfico 9: Número de óbitos por suicídio, por região, entre 2008 e 2012



Fonte: Elaboração própria com base em dados da DGS (2014).

Ressalva-se da análise das taxas de mortalidade por suicídio que no género feminino a taxa de mortalidade é menor em todos os períodos considerados e em todas as ARS. Embora a ARS Norte apresente menores taxas de suicídio, apresentou uma tendência crescente nessa taxa, para ambos os sexos, no período em causa. A ARS Alentejo apresentou as taxas de mortalidade por suicídio mais altas em todo o período considerado.

Tabela 20: Taxas de mortalidade por suicídio, por género, por região, 2008-2012

Unidade: mortes por 100.000 habitantes

Região	Género	2008	2009	2010	2011	2012
Norte	Masculino	8,2	7,4	8,6	8,7	9,7
	Feminino	2,4	2,3	2,6	2,7	2,7
Centro	Masculino	15,5	17,2	18,0	14,7	17,8
	Feminino	3,8	4,8	5,8	3,7	3,4
LVT	Masculino	16,8	17,1	17,9	17,1	19,5
	Feminino	5,7	3,9	5,6	4,6	3,9
Alentejo	Masculino	43,9	44,6	48,1	49,0	44,1
	Feminino	10,9	14,0	12,1	--	14,6
Algarve	Masculino	28,9	24,5	26,5	21,1	21,3
	Feminino	11,9	12,2	9,4	15,4	12,1
Açores	Ambos	11,9	12,2	9,4	15,4	12,1
Madeira	Ambos	12,1	10,5	9,7	7,1	8,0
Portugal Continental	Ambos	9,7	9,5	10,4	9,5	10,1

Notas: A ARS Algarve apenas tem dados para o sexo masculino; Não existem dados desagregados disponíveis para as Regiões Autónomas.

Fonte: Elaboração própria com base em dados da DGS (2014).

Em síntese, da análise dos indicadores de resultados apresentados conclui-se que a tanto a taxa de reinternamento com a de segundos episódios pela mesma causa aumentaram nos três diagnósticos considerados entre 2012 e 2013. Por sua vez, a taxa de mortalidade por suicídio não apresentou grandes variações, no período considerado, sendo esta taxa superior nos homens. Existem, porém, diferenças regionais quanto a este indicador, com as ARS Alentejo e Algarve a apresentarem as taxas mais elevadas, o que poderá eventualmente indiciar uma resposta de menor eficácia na deteção da doença e acompanhamento e de pessoas com problemas de saúde mental nestas ARS, na medida em que os distúrbios mentais configuram um dos fatores de risco para o suicídio (OMS, 2014¹³¹).

4.2. Segurança do utente

A salvaguarda da segurança do utente com problemas de saúde mental em Portugal é enquadrada pela Lei n.º 36/98, de 24 de julho, que, no seu artigo 5.º, estabelece os direitos e deveres do utente, sem prejuízo daqueles previstos na Lei de Bases da Saúde. Naquela lei encontram-se estabelecidas as condições mediante as quais é possível proceder ao internamento compulsivo do portador de anomalia psíquica, bem como os direitos do internado, sendo certo que “[a]s restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento [...]” (cfr. n.º 4 do artigo 8.º da Lei n. 36/98, de 24 de julho).

O enquadramento legal específico em Portugal não pode deixar de ser contextualizado nas indicações a nível europeu e internacional. Neste âmbito, a necessidade de compatibilizar a garantia de um melhor acesso, de melhores resultados em saúde e de maior respeito pelos direitos humanos da pessoa com problemas de saúde mental encontra-se patente na atividade da OMS, designadamente no relatório elaborado como documento estratégico para a saúde mental, com enfoque na necessidade de complementaridade entre as políticas e a legislação aplicável às questões da saúde mental (OMS, 2009¹³²). A necessidade de proteção das pessoas com doença mental enquanto grupo relativamente mais vulnerável da população é igualmente uma das

¹³¹ OMS (2014) *Preventing suicide: a global imperative*, Geneva, OMS.

¹³² OMS (2009) *Improving health systems and services for mental health*, Geneve, OMS.

preocupações a nível europeu, transcrita designadamente em recomendações como a NO.REC (2004) 10 do Conselho da Europa, para a proteção da dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com distúrbios mentais.

4.2.1. Normas e orientações

Nesta subsecção são descritas as normas e orientações aplicáveis a prestadores de saúde mental, e é feito o confronto, na subsecção seguinte, com os procedimentos efetivamente implementados numa amostra de prestadores de cuidados de saúde mental, com internamento, dos setores público, privado e social.

Os requisitos para garantia da segurança do utente com problemas de saúde mental em regime de internamento, em sentido estrito – para além dos que se referem à necessidade de proteção da dignidade e dos direitos humanos da pessoa em situação mais desprotegida – encontram-se desde logo previstos na Portaria n.º 290/2012, de 24 de setembro, que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas que tenham por objeto a prestação de serviços de saúde e que disponham de internamento.

Na portaria mencionada, e em concreto no que se refere à prestação de cuidados de psiquiatria em internamento, consta como requisito mínimo que “[...]as janelas em unidades que prestem cuidados de psiquiatria devem ser concebidas de modo a salvaguardar a integridade física dos utentes.”, bem como que “[e]m unidades que prestem cuidados de psiquiatria, as portas dos compartimentos que possam ser utilizadas por doentes não podem permitir o encerramento pelo interior do compartimento” (cfr. n.ºs 16 e 19 do artigo 15.º da portaria referida).

Para identificação de outros requisitos aplicáveis aos prestadores de cuidados de saúde mental, foi solicitado à Direção do Programa Nacional para a Saúde Mental¹³³ a “[e]nunciação das normas/orientações aplicáveis aos estabelecimentos que prestam cuidados de saúde mental, designadamente quanto a instalações físicas, mecanismos de segurança, recursos humanos e recursos técnicos, distinguindo entre prestadores do setor público, social e privado, sempre que aplicável”.

¹³³ Por ofício de 19 de março de 2015, com resposta rececionada a 13 de abril de 2015.

Nessa sequência, foi a ERS informada que, quanto a instalações físicas em serviços de saúde mental, estes devem prover pela “[u]tilização de chaves universais nas portas de acesso e circulação no interior dos serviços de internamento [...] para permitir a acessibilidade e evitar saídas não autorizadas”, bem como pela aplicação de sistemas de segurança nas janelas dos serviços de internamento que impeçam a sua abertura, designadamente mediante a opção de abertura apenas com chave específica para o efeito ou de mecanismo de abertura parcial.

Especificamente quanto aos quartos de isolamento, foi mencionado pela Direção do Programa que “[o]s serviços de doentes agudos devem estar equipados com pelo menos um quarto de observação/isolamento e ou de contenção ambiental, de modo a manter em segurança doentes que se encontrem em estado de agitação psico-motora ou inquietação”. Estes quartos “não devem ter tomadas ou interruptores elétricos, ter proteção das janelas com vidros inquebráveis, não ter equipamentos móveis, cama simples ou articulada manual fixa ao pavimento”, e a sua utilização restringe-se às situações previstas na Orientação da DGS n.º 021/2111, de 6 de julho.

As orientações e normas de segurança em saúde mental incluem o registo sistematizado de episódios de risco de segurança – existência, na área da Gestão de Risco, de plataforma de registo eletrónico para episódios de agressões, quedas, fugas e óbitos, e de protocolos de comunicação com as autoridades policiais em caso de fuga ou morte violenta – e registo sistematizado de intervenções de risco de segurança – cumprimento da orientação da DGS acima referida, nomeadamente em episódios de contenção física e isolamento.

Por último, no que se refere a recursos humanos, as únicas orientações referidas pela Direção do Programa encontram-se previstas na Circular Normativa da DGS n.º 1, de 12/10/2006, que para os serviços de psiquiatria apenas recomendam rácio de horas de cuidados de enfermagem em unidade de internamento de doentes agudos, baseadas na lotação e taxa de ocupação. Não obstante, é mencionado que “[o]s serviços de saúde mental dispõem de equipas multidisciplinares para abranger cuidados à população que se podem classificar em quatro níveis, de acordo com a tipologia da intervenção: Ambulatório, Internamento (completo ou parcial), Reabilitação Psicossocial e Estruturas residenciais para doentes de Evolução Prolongada [e os] recursos humanos afetos a cada uma das equipas deverão ser planeados de acordo com as metodologias apropriadas e os objetivos a atingir”.

Como resulta do enquadramento normativo apresentado no capítulo 2, os cuidados de saúde mental deverão prever um acompanhamento das pessoas com problemas de saúde mental desde o diagnóstico, quer quando o utente se encontra estável, quer em situações extremas em que é necessário o internamento compulsivo (que em Portugal se processa de acordo com as regras previstas na Lei de Saúde Mental), devendo este acompanhamento ser garantido por equipa multidisciplinar e, sempre que possível, na comunidade.

Porém, quando as medidas terapêuticas preventivas não são suficientes para acautelar situações de crise, em que o utente pode apresentar um comportamento agressivo suscetível de pôr em risco a sua própria vida ou de outrem, poderão ser aplicadas medidas de contenção física. É essencial, neste quadro, a previsão de regras que garantam a excecionalidade da aplicação destas medidas, e salvaguardem os direitos humanos e a dignidade das pessoas com problema de saúde mental.

Em Portugal o recurso a contenção física foi primeiramente enquadrado pela Circular Normativa da DGS n.º 08/DSPSM/DSPCS, de 25 de maio de 2007, na qual se define contenção física como “[...] a restrição de movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros”, sendo certo que “[...] devem ser levadas a cabo medidas preventivas com impacto ao nível da diminuição e recorrência dos episódios de agressividade/violência” (cfr. normas n.º 1 e n.º 2 da circular).

O recurso à contenção física é limitado às situações em que “[...] a situação clínica do doente é impeditiva da viabilização de medidas terapêuticas, tais como a administração de fármacos” e “[a] imobilização do doente ou a colocação em quarto de isolamento, para maior vigilância clínica, devem ser derradeiras opções depois de esgotadas outras medidas de controlo do comportamento agressivo” (cfr. norma n.º 3 e n.º 4 da circular). Mais é estabelecido, na circular, o cariz temporário da utilização da contenção física, com obrigatoriedade de avaliação frequente pela equipa terapêutica, até que a contenção farmacológica seja eficaz (cfr. norma n.º 8 da circular), sendo esta avaliação repetida com uma periodicidade máxima de duas horas (cfr. alínea q), da norma n.º 8 da circular).

Através da Circular Normativa da DGS n.º 08/DSPSM/DSPCS, de 25 de maio de 2007, que obrigava ao registo no “processo clínico do doente dos motivos e as particularidades da contenção física, especificando o que antecedeu a necessidade do procedimento, o insucesso de outras medidas e os eventos inesperados” (cfr. alínea s)

do n.º 9), foi também criado o registo nacional anónimo de episódios de contenção física, centralizado na DGS, no qual se previa a “notificação obrigatória em sistema informático on-line, a disponibilizar na página web da Direcção-Geral da Saúde [...]”, sendo que cada instituição deveria indicar à DGS a identificação dos profissionais/serviços a quem deveriam ser enviadas as senhas de acesso ao formulário eletrónico (cfr. n.º 10 e 11 da circular).

Esta Circular Normativa foi revogada pela Orientação da DGS n.º 021/2011, de 06 de junho, documento que não tem carácter impositivo mas meramente orientador. Não obstante, considerando o período entre 2007 e 2011 em que a Circular vigorou, não foi possível concluir pela efetiva implementação do registo nacional de episódios de contenção, na medida em que a DGS, instada pela ERS a transmitir informação¹³⁴ sobre esta temática, não logrou confirmar a sua concretização.

Nos termos da Orientação da DGS, inserem-se no conceito de contenção, que apenas deve ser aplicada quando esgotadas as medidas preventivas, a contenção terapêutica, a contenção ambiental, a contenção física, a contenção mecânica e a contenção química ou farmacológica, sendo que a medida de contenção deve ser retirada assim que possível, devendo ser registados os procedimentos no processo clínico (cfr. n.º 10.9. e 10.11. da Orientação).

A discussão a realizar sobre a aplicação de contenção física e o internamento compulsivo não pode ser dissociada da necessidade de acautelar, a todo o tempo, o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa com doença mental, o que é salvaguardado pelo enquadramento legal português pela Lei da Saúde Mental, no que se refere ao internamento compulsivo, e pela referida Orientação da DGS, quanto à aplicação de contenção física.

Esta necessidade encontra-se patente na orientação referida, que prevê que os procedimentos devem ser objeto de análise da sua adequação pela equipa de saúde (cfr. n.º 4 da Orientação) e “[a] aplicação de medidas de contenção deve ponderar os riscos de lesão associada à sua utilização (físicos, psicológicos e éticos), as alternativas menos restritivas e pelo menor tempo possível” (cfr. alínea e) dos Critérios descritos na Orientação).

Não obstante a Orientação da DGS n.º 021/2011, de 06 de junho, não ter carácter impositivo e sim meramente orientador, a importância das medidas de contenção é

¹³⁴ Por ofício de 8 de abril de 2015, com resposta rececionada a 7 de maio de 2015.

igualmente admitida como importante no módulo do projeto Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) da ERS dedicado à saúde mental, que se encontra em fase de desenvolvimento, pelo que será possível, nesse âmbito, aferir da qualidade associada ao recurso a medidas de contenção, mediante a utilização de indicadores que permitirão a avaliação da aplicação de medidas e o seu registo.¹³⁵

As medidas a implementar em Portugal devem ainda respeitar os princípios éticos e recomendações, como a NO.REC (2004) 10 do Conselho da Europa que foca a proteção da dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com distúrbios mentais, em particular dos que estão sujeitos a internamento e tratamento involuntário.

Numa ótica internacional, merece destaque neste âmbito a atividade desenvolvida pela *European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care* (EPSO). Esta organização criou, em 2012, um grupo de trabalho com o objetivo de desenvolver um estudo de inquérito a fim proceder a uma análise comparativa da realidade dos diferentes países membros no que se refere à utilização de medidas de contenção – em termos de enquadramento, legislação, de preocupação regulatória e atuação anterior. No final de 2012 foram apresentados os primeiros resultados desse estudo comparativo, tendo-se concluído pela existência de diferentes realidades entre os países considerados, e pela necessidade de investigação futura para aprofundar esta temática. Nessa sequência, foi definido pelo grupo de trabalho uma primeira versão de “boas práticas” para utilização de métodos de contenção, que incluía uma definição do contexto organizacional para prestação de cuidados e adequada supervisão das medidas utilizadas, bem como a definição de padrões mínimos que devem ser cumpridos pelos prestadores.

Com base neste documento foi realizado um estudo piloto na Estónia, entre 30 de março e 4 de abril de 2014¹³⁶. Para esta análise, a EPSO considera uma definição de métodos restritivos e de contenção em sentido lato, incluindo restrições que podem ser

¹³⁵ O SINAS é um sistema desenvolvido pela ERS que permite a avaliação de diversas dimensões da qualidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Presentemente, encontra-se em progresso um novo módulo do SINAS dedicado à avaliação da qualidade global dos serviços de saúde mental, o SINAS@Saúde.Mental. À semelhança do que acontece no módulo SINAS@Hospitais, na saúde mental serão avaliadas as dimensões da Excelência Clínica, da Segurança do Doente, da Adequação e Conforto das Instalações, da Focalização no Utente e da Satisfação do Utente.

¹³⁶ EPSO (2014) *Report of a Visit to Estonia (Estonian pilot) to test the EPSO Framework on Restraints and Coercive Methods in Health Institutions in Valkla, Tartu and Rõngu*. Estónia, Terviseamet Health Board.

de natureza física, mecânica, química, ambiental e psicossocial (de que são exemplo o isolamento do utente e a limitação à sua autonomia e privacidade, respetivamente) e tecnológica (como alarmes para sinalizar aberturas de porta dos quartos, câmaras de vigilância, sensores de movimento).

No âmbito do estudo desenvolvido, a EPSO definiu um quadro de boas práticas que inclui a existência de padrões mínimos para a supervisão e monitorização das organizações e para os prestadores de cuidados de saúde, alguns deles baseados nos definidos pelo Comité Europeu para a Prevenção da Tortura e Tratamento Desumano, Degradante ou de Punição (CPT), relevantes no âmbito dos cuidados de saúde, de que é exemplo o CPT/Inf/E (2002)137, que inclui um capítulo relativo aos estabelecimentos psiquiátricos, em concreto às regras do internamento compulsivo e aos métodos de contenção.

Os resultados do estudo de caso empreendido na Estónia, tendo por base os pressupostos mencionados, levaram à conclusão de que a redução dos métodos de contenção e melhoria da qualidade de vida dos utentes é um assunto importante e relevante, e que os padrões mínimos definidos pela EPSO contribuem para a sensibilização quanto à utilização de métodos de contenção e são reconhecidos como boa prática profissional.

4.2.2. Descrição dos procedimentos efetivamente implementados

Do que decorre da subsecção anterior, a legislação e normas aplicáveis a prestadores de saúde mental é escassa, e incide diferentemente sobre prestadores de diferente natureza. Concretamente, a Portaria n.º 290/2012, de 24 de setembro, que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das unidades com internamento, apenas se refere a unidades privadas e apenas inclui duas especificidades para a psiquiatria, e a aplicação de medidas de contenção apenas é alvo de orientação da DGS, sem carácter vinculativo, e dirige-se a hospitais do SNS e Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

¹³⁷ CPT standards of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2002), disponível em <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.doc>

Nesse âmbito, a ERS realizou visitas às instalações de alguns serviços de psiquiatria e saúde mental, entre 8 de junho e 1 de julho de 2015, com o intuito de, *in loco*, identificar os procedimentos aí implementados, sem no entanto pretender-se um levantamento exaustivo da realidade.

Foi considerada uma amostra de nove estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde mental, com internamento, englobando prestadores de natureza pública, social e privada, no sentido de identificar potenciais especificidades. Dos prestadores de natureza pública, foram considerados tanto hospitais psiquiátricos como serviços de psiquiatria integrados em hospitais gerais, e um hospital em regime de parceira público-privada (PPP). Dos prestadores de natureza social e privada, foram visitados estabelecimentos com e sem acordo com o SNS para a prestação de cuidados de saúde mental.

Em primeiro lugar, cumpre esclarecer que dos prestadores de natureza social com acordo visitados um é hospital especializado, fundamentalmente vocacionado para prestação de cuidados de cariz residencial a utentes crónicos, com elevados períodos de internamento, enquanto outro presta um conjunto integrado de cuidados em psiquiatria, desde internamentos de agudos, essencialmente de média duração (entre um mês a três meses), até resposta residencial a utentes que não tem outro tipo de apoio, quer nas famílias, quer em outras instituições, com preocupação de possibilitar o máximo de autonomia. Por seu turno, os serviços disponibilizados nos prestadores privados encontram-se limitados pelas restrições financeiras dos utentes/famílias, sendo que o número e diversidade das atividades realizadas com os utentes e o grau de acompanhamento se encontram dependentes da retribuição financeira dos utentes e/ou respetivas famílias.

Importa também distinguir entre o tipo de cuidados prestados pelos hospitais públicos especializados e serviços de psiquiatria integrados em hospitais gerais, estando desde logo os cuidados prestados pelo serviço de psiquiatria do hospital geral em regime de PPP balizados pelo âmbito do contrato estabelecido. Observou-se que o tipo de cuidados prestados pelos hospitais especializados englobam um conjunto mais alargado de prestações, dado o carácter de hospital de última linha na RRH, dando resposta quer em situações específicas de carácter mais prolongado (como internamento a inimputáveis, e internamento de natureza mais prolongada ou mesmo de residência), quer a internamentos de utentes agudos da sua área de influência primária ou de outros hospitais da rede do SNS quando estes não tenham capacidade suficiente para internamento. Os serviços de psiquiatria a funcionar em hospitais

gerais prestam cuidados de agudos, essencialmente de curta-duração, estabilizando o utente para reintegração na comunidade ou transferência para outras instituições, designadamente de cuidados continuados na comunidade, de acordo com o que o estado clínico do utente justifique.

Licenciamento/Orientações sobre Instalações Físicas

Não obstante os requisitos de licenciamento de unidades com internamento apenas se aplicarem a unidades privadas, foi verificado se “[a]s janelas em unidades que prestam cuidados de psiquiatria estão concebidas de modo a salvaguardar a integridade física dos utentes” e se “nas unidades que prestam cuidados de psiquiatria, as portas dos compartimentos que possam ser utilizadas por doentes não podem permitir o encerramento pelo interior do compartimento” (cfr. n.º 16 e n.º 19 do artigo 15.º da Portaria n.º 290/2012, de 24 de setembro). Constatou-se que todos os prestadores visitados cumpriam estes requisitos.

Das unidades que dispunham de quarto de isolamento/observação (quatro em nove), foi possível observar que, para salvaguarda da integridade dos utentes: não têm tomadas ou interruptores elétricos; têm proteção das janelas com vidros inquebráveis; não dispõem de equipamentos móveis; e têm cama simples ou articulada manual fixa ao pavimento, ou apenas colchão no chão¹³⁸.

Boas práticas de qualidade e segurança

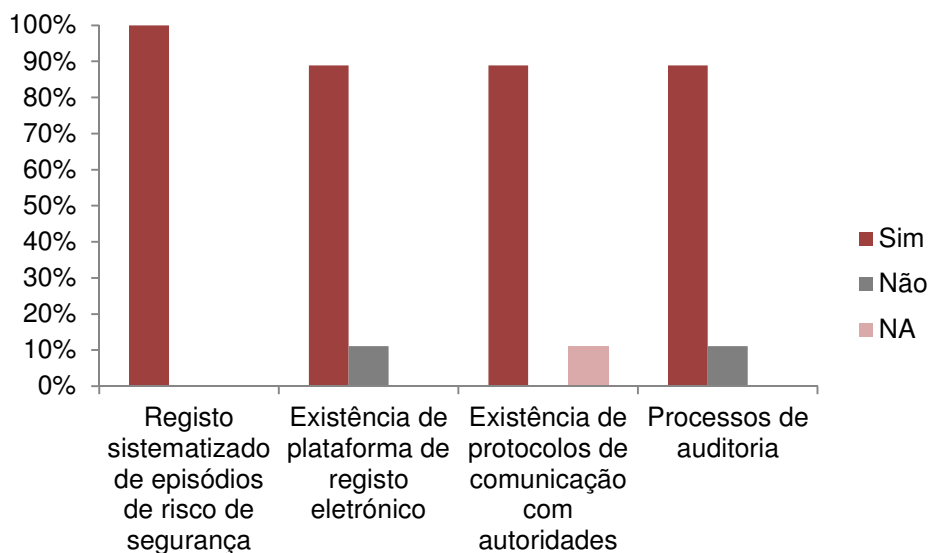
Em todos os prestadores existe registo de episódios de risco de segurança quando estes ocorrem, designadamente fugas, quedas, risco de suicídio e auto/hétero agressão, e apenas um prestador refere inserir a informação sobre estes episódios na plataforma “NOTIFICA”, da DGS¹³⁹. A sinalização desse risco de segurança, na maioria dos casos, é realizada no momento da primeira observação pelo médico, no processo clínico do utente, e em plataforma eletrónica (apenas um regista exclusivamente em papel), que apesar de estar acessível para consulta pela equipa, não implica uma sinalização do utente, nem uma comunicação formal a toda a equipa que segue o utente, para além do normal reporte efetuado na “passagem de turno” das equipas de enfermagem.

¹³⁸ Um dos prestadores tinha uma cama semelhante às usadas nas enfermarias, sem acautelar esta questão.

¹³⁹ O NOTIFICA é uma plataforma, anónima, confidencial e não punitiva, de gestão de incidentes, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde.

Em todos os prestadores existem protocolos de comunicação com autoridades policiais, para fugas (no caso de utentes internados compulsivamente), com a devida comunicação ao Tribunal, nos termos da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, sendo certo que na maioria dos casos se tratam de protocolos informais, sem procedimentos definido por escrito quanto à forma de atuação.

Gráfico 10 – Boas práticas de qualidade e segurança



A maioria dos prestadores realiza auditorias internas direcionadas aos serviços de internamento de saúde mental, e dois prestadores de natureza pública e um de natureza social foram auditados por entidades externas, designadamente em sede de processo de acreditação/certificação. Para além desses prestadores acreditados/certificados, dois outros prestadores, também públicos, encontram-se em processo de acreditação, um a decorrer em serviços de um hospital psiquiátrico, outro num serviço de psiquiatria integrado num hospital geral. Foi possível concluir que estes prestadores acreditados/certificados têm os procedimentos definidos de forma mais clara, em versão escrita e disponível para consulta, e dissemina-os pelos recursos humanos do serviço e/ou do hospital.

Recurso a medidas de contenção e avaliação do risco

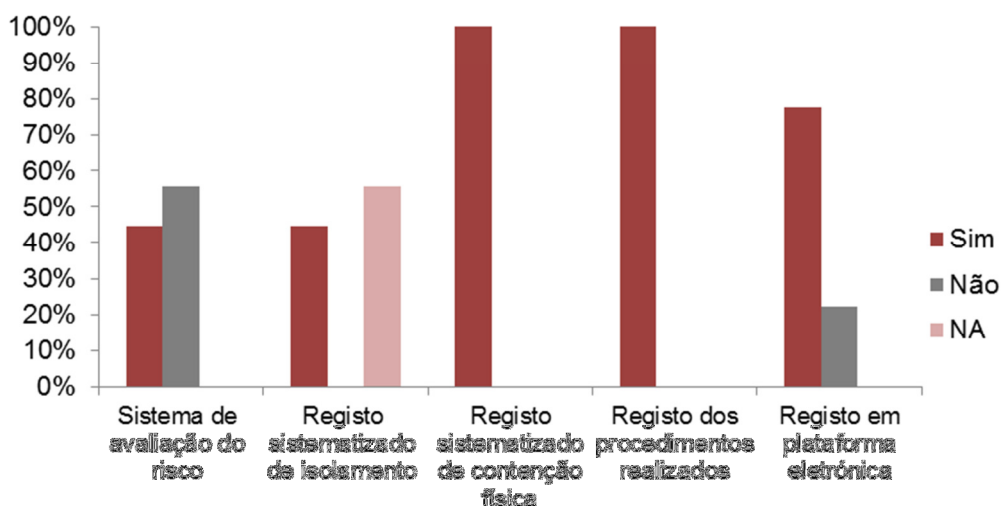
Quando questionados, os prestadores referiram ter conhecimento da orientação da DGS sobre medidas de contenção (aplicável a unidades do SNS e RNCCI), e da norma que lhe precedeu. Porém, não foi consensual a adoção dos procedimentos que se encontravam previstos na Circular Normativa da DGS n.º 08/DSPSM/DSPCS, de 25 de maio de 2007, entretanto revogada (concretamente quanto à periodicidade de

vigilância não superior a 15-30 minutos e da reavaliação da contenção física no decurso de um período máximo de duas horas) e nenhum dos prestadores referiu ter utilizado a plataforma da DGS prevista naquela norma.

Certo é que todos os prestadores mencionaram utilizar a contenção física com base em prescrição médica, o mínimo de vezes e com o mínimo de duração possível, com vigilância frequente, sendo reavaliada a necessidade da sua manutenção frequentemente. Porém, não existe um conjunto de regras que seja aplicado por todos para acautelar a periodicidade com que é feita a vigilância, e o período máximo de reavaliação da necessidade de manutenção da contenção física. Não obstante um dos prestadores visitados, de natureza social, fez constar de procedimento interno as regras descritas na Norma da DGS para contenção física (incluindo a referência à vigilância do utente com periodicidade não superior 30 minutos, e reavaliação da necessidade de manutenção da contenção física no decurso de um período máximo de duas horas), e dois outros prestadores, do setor público, referiram cumprir essa periodicidade.

Quanto aos registos no processo clínico, embora todos os prestadores registem a sua utilização, e apenas um social e um privado não procedam ao registo eletrónico, a informação incluída quanto ao procedimento aplicado não é idêntica em todos os prestadores. Enquanto alguns registam o motivo de contenção física, as medidas de suporte utilizadas, eventos adversos/complicações surgidos, hora de início e hora de fim da contenção, outros apenas fazem constar do processo o motivo que levou a recorrer à contenção física.

Gráfico 11 – Medidas de contenção e avaliação do risco



Não obstante os prestadores fazerem constar do registo clínico o risco de suicídio, auto e hétero-agressividade, certo é que apenas quatro dos prestadores têm implementado um efetivo sistema de avaliação do risco, no sentido em que existem diferentes níveis de risco e estão previstos formalmente procedimentos a implementar a cada utente, conforme o nível de risco em que se enquadre.

Internamento e seguimento de utentes

No caso dos utentes internados compulsivamente na sequência de episódio de urgência hospitalar, a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico (cfr. artigo 24.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho) é realizada na urgência, e é efetuada uma reavaliação no internamento no próprio dia ou no dia seguinte. Também os utentes que tenham aceite o internamento voluntário, que tenham entrado pela urgência do próprio hospital ou que tenham sido encaminhados de outro prestador com diagnóstico prévio de doença mental, são reavaliados no internamento no decurso máximo de 24 horas.

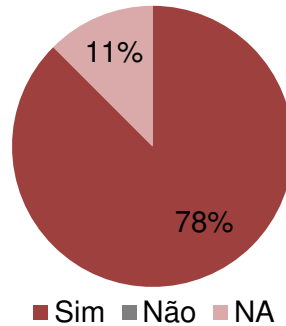
Quanto ao seguimento pós alta, designadamente através de marcação de consulta subsequente e a prescrição dos fármacos necessários até essa data, os prestadores públicos referem que ou o utente é notificado da data da consulta subsequente no dia da alta, ou é contactado para o efeito posteriormente, sendo-lhe prescrita medicação até à data aproximada da consulta. Por outro lado, no caso de ser realizado o internamento a utentes referenciados por outros hospitais (no caso dos hospitais psiquiátricos, que se encontram na última linha da RRH), o utente volta ao hospital de origem e a garantia, ou não, do seguimento é da responsabilidade deste hospital.

Também no prestador social com acordo com SNS para internamento de agudos visitado, se verificou dificuldade na garantia do seguimento dos utentes, na medida em que no momento da alta regressam para o hospital de origem do SNS com o respetivo parecer e processo clínico, não tendo o prestador social conhecimento de qual o acompanhamento aí prestado. Existe, neste caso, a opção de frequência de consultas de âmbito privado, com a contrapartida financeira do utente, em alternativa ao acordo com o SNS. Situação diferente foi observada no prestador social focado em utentes crónicos, em que muitas vezes o hospital é o último local de residência, e por isso o acompanhamento é feito no decurso da assistência residencial.

No caso dos privados, é garantida a marcação de consultas subsequentes aos utentes por si seguidos, estando sempre o seguimento dependente da contrapartida financeira do utente/família. Por outro lado, existem internamentos em que apenas é prestado um “serviço de hotelaria” a utentes que são seguidos por médico externo, que se

desloca com a periodicidade que entende necessária para o caso concreto do utente, situações em que a responsabilidade do seguimento é do médico do utente.

Gráfico 12 – Seguimento após alta



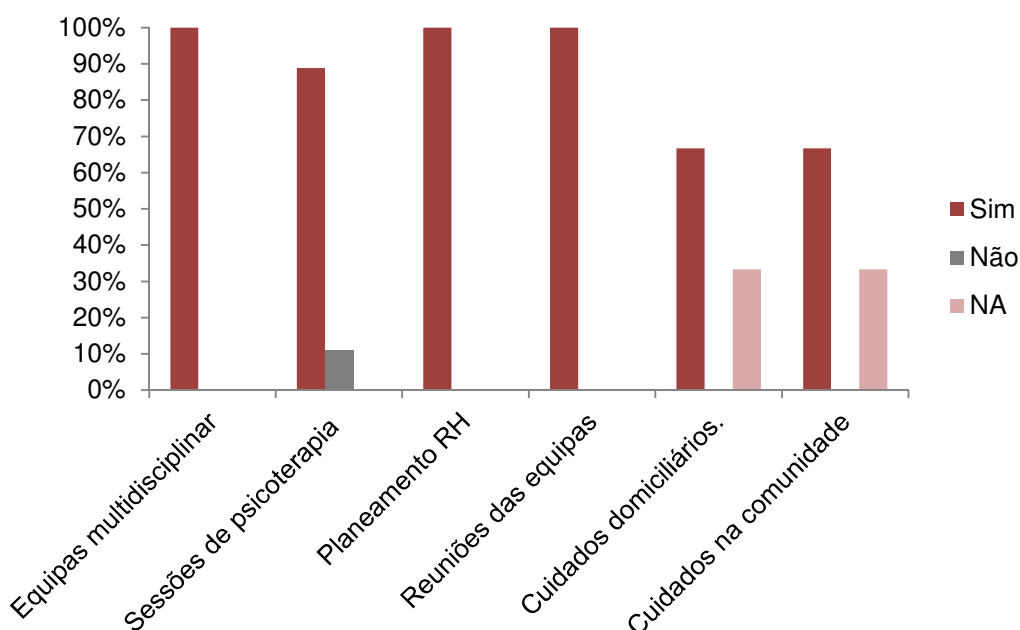
Recursos humanos

De um modo geral, nos estabelecimentos visitados os cuidados de psiquiatria são prestados por equipas multidisciplinares constituídas por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos¹⁴⁰, assistentes sociais, terapeutas, entre outros, de acordo com as necessidades de cada utente. Destes profissionais de saúde, a percentagem de enfermeiros com a especialidade de saúde mental varia entre 9%, no prestador privado visitado e os 70% num serviço de psiquiatria de um hospital geral público, sendo que nos prestadores sociais a média de especializados ronda o 26% e nos prestadores públicos os 46%. A constituição das equipas é planeada tendo em conta as necessidades de cada utente, reunindo-se semanalmente (ou com mais frequência, caso a situação clínica o justifique) a fim de definir o plano terapêutico individual.

A maioria dos prestadores desenvolve sessões de psicoterapia individualizada nas situações em que tal esteja previsto no plano terapêutico do utente, tendo-se igualmente observado a existência de sessões de terapia ocupacional em todos os prestadores, no sentido de valorização do percurso do utente. No prestador social mais focado em utentes residentes, em que a natureza crónica da doença do tipo de utentes aí internados prevê pouca margem de recuperação, privilegia-se o recurso a estas atividades, em detrimento de psicoterapia, estando os utentes afetos a atividades de terapia ocupacional em grande parte do dia.

¹⁴⁰ Uma das unidades públicas visitadas apenas tem psicólogo em tempo parcial (uma vez por semana).

Gráfico 13 – Recursos humanos



Tendo em conta um ideal de proximidade às populações da sua área de influência, os prestadores públicos, tanto hospitais especializados como serviços de psiquiatria integrados em hospitais gerais dispõem de descentralização da sua prestação de cuidados, quer mediante a alocação de recursos humanos do hospital em estruturas na comunidade, geralmente a funcionar nas unidades de cuidados de saúde primários, quer pela constituição de equipas que se deslocam para intervenções no domicílio dos utentes. Por seu turno, o prestador em regime de PPP dispõe de três estruturas a funcionar junto das unidades de cuidados primários, com psiquiatras do hospital a trabalhar em conjunto com técnicos das unidades de cuidados primários, que os primeiros acompanham e formam para possibilitar o acompanhamento e disponibilização de fármacos juntos das populações, não obstante os cuidados domiciliários e na comunidade não estarem previstos no contrato de parceria.

O prestador de natureza social visitado que presta cuidados mais diferenciados (a doentes agudos e crónicos) dispõe também de cuidados no domicílio, disponibilizando-os gratuitamente a pessoas mais isoladas, sendo certo que este acompanhamento não se encontra incluído no acordo com o SNS.

Em suma, conclui-se da presente subsecção que no prestador de natureza social cujo foco é o utente crónico residente, o tipo de cuidados prestados visa essencialmente melhorar a qualidade de vida do utente com recurso a terapias ocupacionais. No outro prestador social visitado, com maior diferenciação de cuidados prestados, existe uma

maior preocupação com a definição de objetivos concretos a ser atingidos por cada utente, e com a definição e cumprimento de procedimentos para cada situação, bem como uma maior integração de cuidados, desde o momento da estabilização de um utente agudo até à sua reintegração na sociedade, ou mediante criação de uma vertente residencial com o máximo de autonomia possível.

No setor público, os cuidados prestados pelos hospitais especializados abarcam um conjunto mais alargado de respostas, desde situações específicas em que complementam a oferta dos serviços de psiquiatria de hospitais gerais (como internamento a inimputáveis e internamento de natureza mais prolongada ou mesmo de residência), a prestações semelhantes aos serviços de psiquiatria de hospitais gerais, de atendimento a utentes agudos. Certo é que a dinâmica nos hospitais psiquiátricos é diferente de um serviço em hospital geral, na medida em que todo o foco da gestão e procedimentos se insere inteiramente na esfera da psiquiatria e saúde mental e há uma maior integração de cuidados. Por outro lado, os serviços de psiquiatria em hospitais gerais têm formas de organização e de sistematização de procedimentos diferentes, mais associada à cultura existente no hospital geral, como um todo.

Em suma, os dois prestadores públicos e o prestador de natureza social que se encontram acreditados/certificados têm uma melhor definição de procedimento e clarificação quanto à aplicação dos mesmos, e os que se encontram em processos de certificação também revelam uma maior preocupação com o registo e controlo de indicadores, no sentido de possibilitar uma comparação e melhoria. Apesar de a maioria dos prestadores realizar auditorias internas, nos restantes a preocupação com a melhoria constante não resulta evidente.

Quer em hospitais psiquiátricos, quando os utentes são referenciados por outros hospitais, quer no prestador social com internamentos de agudos, foram observadas dificuldades em garantir o seguimento de doentes. Esta questão deve-se a problemas de referência, na medida em que no momento da alta o utente é reencaminhado para seguimento no seu hospital de origem, não havendo reporte do que lhe sucede, nem confirmação da marcação de consulta de seguimento. Já os serviços de psiquiatria em hospitais gerais, ou os hospitais psiquiátricos no caso de utentes referenciados diretamente pelos cuidados primários, beneficiam de uma continuidade no acompanhamento do utente, sendo garantida a marcação da consulta subsequente.

Importa também concluir que a falta de disposições legais para definição de quais os procedimentos que devem ser seguidos para incrementar o nível de qualidade, deve compaginar-se com a constatação de dispersão nos procedimentos implementados. Assim deverão ser estabelecidos critérios mínimos a observar, com a preocupação de acautelar as especificidades de cada tipo de prestação.

4.3. Satisfação dos utentes

A preocupação com a saúde mental na Europa levou à adoção, em 2005, do Livro Verde para a saúde mental¹⁴¹, para avaliar a melhor forma de lidar com a saúde mental e promover o bem-estar mental. Seguindo os princípios desse documento, foi assinado em 2008 o “*European Pact for Mental Health and Well-being*”¹⁴².

Nessa sequência, foi publicado em 2010, pela Comissão Europeia, o Eurobarómetro 73.2 Saúde Mental¹⁴³, que resulta de um questionário implementado aos países da UE 27 pelo TNS Opinion & Social Network. Este questionário foca-se nos seguintes temas centrais: bem-estar mental; nível de segurança no emprego e reconhecimento das competências e respeito pelo seu trabalho; cuidados e tratamentos para a saúde mental; facilidade de interação com pessoas com problemas de saúde mental.

No que concerne ao bem-estar mental, não obstante a percentagem de cidadão europeus que se sente feliz “sempre” ou “a maioria das vezes” ter-se reduzido em comparação com o anterior inquérito (empreendido em dezembro 2005/janeiro de 2006), certo é que em Portugal essa percentagem aumentou em quatro pontos percentuais, embora ainda se encontre abaixo da média. Situação semelhante ocorreu no indicador que traduz a sensação de tranquilidade “sempre” ou “a maioria das vezes” em que, apesar de Portugal continuar abaixo da média da UE 27, teve um aumento de cinco pontos percentuais face a 2005, o que contrasta com a redução de dois pontos percentuais da média de todos os países da UE 27. Os cidadãos portugueses apenas apresentam melhor percentagem que a média da UE 27 quando inquiridos sobre se se sentem “cheios de vida”. Por outro lado, em média, uma maior

¹⁴¹ Comissão Europeia (2005) *Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*, Brussels, Comissão Europeia.

¹⁴² *European Pact for Mental Health and Well-being*, http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.

¹⁴³ TNS Opinion & Social (2010) *Special Eurobarometer 345: Mental Health*, Brussels, Comissão Europeia.

percentagem de cidadãos europeus tem sentimentos negativos do que em 2005/2006, sendo os Gregos e Italianos os mais negativos.

Consideradas as situações de ansiedade e *stress* que podem estar associadas ao ambiente de trabalho, a maioria dos cidadãos europeus (71%) entende que o seu emprego é seguro, e em Portugal 65% consideram que a segurança do seu emprego não está sob ameaça. Porém os portugueses encontram-se mais satisfeitos do que a média da UE 27 quanto à adequação do nível de educação às tarefas desenvolvidas e ao reconhecimento do trabalho, encontrando-se na 5.^a posição neste último indicador.

A percentagem de pessoas que procurou ajuda de um profissional para um problema psicológico ou emocional nos 12 meses que precederam o inquérito, aumentou entre 2005/2006 e 2010, tendo Portugal apresentado um dos aumentos mais expressivos, com 21% dos respondentes a referirem ter procurado aquele tipo de cuidado, no ano de 2010. O recurso a antidepressivos atinge a percentagem mais expressiva em Portugal, em que 15% dos inquiridos admitiram ter consumido estes medicamentos nos 12 meses anterior ao inquérito, contrastando com os 7% da média. O consumo de antidepressivos é justificado maioritariamente por situações de depressão, seguido da ansiedade, quer em Portugal, quer na UE 27.

Um dos desafios para a saúde mental prende-se com o combate ao estigma que se lhe encontra associado, sendo umas das cinco prioridades do “*European Pact for Mental Health and Well-being*” combater o estigma e a exclusão social experienciadas pelas pessoas com problemas de saúde mental. No inquérito da Comissão Europeia, pretendeu medir-se as atitudes dos respondentes perante as pessoas com problemas de saúde mental. Neste indicador, Portugal é o 7.^o país em pior posição, com 32% dos inquiridos a entender ser difícil falar com alguém com um problema de saúde mental grave, encontrando-se a média nos 22%.

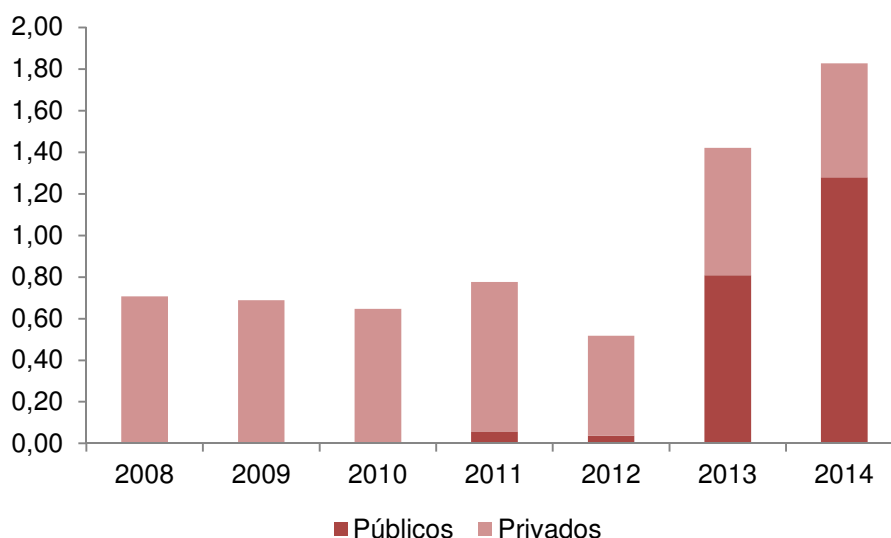
4.4. Reclamações dos utentes de serviços de saúde mental

No âmbito da sua atuação regulatória a ERS tomou conhecimento de situações concretas de utentes, tendo nessa sequência adotado as diligências tidas por necessárias, em serviços de psiquiatria, psiquiatria da infância e adolescência e em hospitais psiquiátricos. Com efeito, e a este propósito, apresentam-se as estatísticas

das reclamações entradas no âmbito descrito, rececionadas entre 2008 e o primeiro trimestre de 2015, em primeiro lugar desagregadas por ano, e em seguida agrupadas em oito temas (acesso a cuidados de saúde, cuidados de saúde e segurança do doente, focalização no utente, instalações e serviços complementares, procedimentos administrativos, questões financeiras, tempos de espera e outros).

Nos primeiros anos considerados, o número de reclamações enquadráveis na temática da saúde mental apresentou uma tendência pouco variável. A tendência de ligeiro decréscimo do número de reclamações entre 2011 e 2012 foi contrariada por um aumento em 2013 face a 2012, o mais expressivo no intervalo considerado, e novo aumento em 2014 (cfr. gráfico 14). A análise da percentagem de reclamações visando prestadores públicos deve ser compaginada com o facto de em 2014, ao abrigo dos seus estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS ter passado a deter competência para centralizar todas as reclamações sobre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza (nos termos do artigo 13.º dos referidos estatutos).

Gráfico 14: Percentagem de reclamações em saúde mental, entre 2008 e 2014



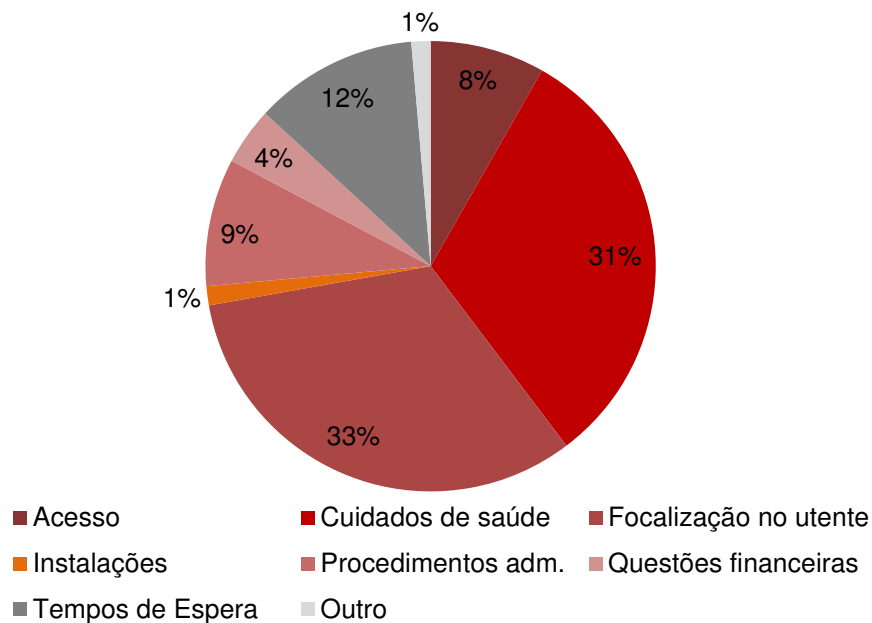
Fonte: SGREC da ERS

As reclamações foram tipificadas em oito temas: **acesso** – que inclui desde as situações de tratamentos discriminatório até à resposta em tempo útil; **cuidados de saúde e segurança do doente** – tais como a adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos, integração e continuidade dos cuidados, qualidade técnica dos cuidados de saúde/procedimentos, e a qualidade da informação de saúde disponibilizada; **focalização no utente** – onde se inserem as reclamações que versam

sobre delicadeza/urbanidade do pessoal clínico, administrativo, auxiliar ou de apoio, o direito de acesso ao processo clínico/informação de saúde, o direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica, privacidade/confidencialidade e respeito, o direito ao acompanhamento, e o direito ao consentimento informado e esclarecido; **instalações e serviços complementares** – acessibilidade, adequação, conforto, limpeza, sistemas de segurança; **procedimentos administrativos** – Furto/Extravio/Não devolução de objeto pessoal, absentismo e escassez de recursos humanos clínicos, atendimento telefónico, confirmação prévia de agendamentos, qualidade da informação institucional disponibilizada, e cumprimento de prazos para disponibilização de relatórios/resultados de MCDT; **questões financeiras** – faturação, orçamentos e taxas moderadoras; **tempos de espera** – tempo de espera para atendimento administrativo e clínico; e outros.

Considerando esta tipificação, os temas focalização no utente e cuidados de saúde e segurança do doente, são aqueles que abrangem maior número de reclamações em serviços de saúde mental, entre 2008 e o primeiro trimestre de 2015. Por seu turno, apenas nove do total de reclamações enquadráveis na área de saúde mental se referem a qualidade das instalações.

Gráfico 15: Reclamações em saúde mental por tema, entre 2008 e 1.º trimestre de 2015



Em síntese, a percentagem de reclamações enquadráveis na temática da saúde mental têm vindo a aumentar consecutivamente desde 2012, sendo o tema da focalização do utente o mais representativo.

5. Conclusão

Do estudo desenvolvido foi possível concluir o seguinte:

- 1) Portugal é dos países da Europa com maior prevalência de perturbações psiquiátricas, sendo o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) um dos programas nacionais prioritários da DGS;
- 2) Apesar das disposições previstas no PNSM 2007-2016, existe um desfasamento no cumprimento dos objetivos definidos, concretamente no que se refere a: implementação da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental; desenvolvimento de uma política de avaliação e garantia de qualidade dos serviços; criação de um sistema informático que garanta a recolha e tratamento da informação de todos os prestadores de cuidados de saúde mental; e definição de um modelo de financiamento baseado em princípios de contratualização;
- 3) Foram identificados constrangimentos estruturais que terão dificultado a implementação do PNSM, associados ao modelo de financiamento da prestação de cuidados, à falta de clareza na distribuição de responsabilidade entre os diversos intervenientes da saúde mental na implementação do plano, à ausência de autonomia administrativa e financeira da Coordenação Nacional da Saúde Mental, a problemas de articulação com outras reformas em curso na saúde e à não existência de *guidelines* para prescrição racional de psicofármacos e envolvimento de profissionais não médicos em programas terapêuticos;
- 4) Os rácios de recursos humanos médicos e não médicos por habitantes, nos prestadores públicos, encontram-se abaixo dos rácios definidos pela DGS, em 1995, a nível nacional e regional, com exceção para o número de psicólogos, embora numa avaliação produzida em 2011, a OMS tenha concluído que face aos padrões europeus, o número de enfermeiros a trabalhar em saúde mental e o número de psicólogos por população eram extremamente baixos. O número de camas por habitantes em psiquiatria de adultos é inferior ao rácio padrão apenas nas ARS Norte e Alentejo, enquanto na psiquiatria da infância e adolescência apenas as ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo dispõem de resposta em internamento;
- 5) Da análise do acesso a cuidados publicamente financiados de psiquiatria conclui-se que existem assimetrias a nível nacional, com escassez de acesso mais vincada

em psiquiatria da infância e da adolescência, e nas regiões do Alentejo e Algarve, sendo que a ARS Algarve não tem prestadores sociais com acordo com o SNS localizados no seu território, nem prestadores públicos de psiquiatria da infância e da adolescência, enquanto a ARS Alentejo não tem psiquiatras na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano;

- 6) A maioria da população reside em regiões com nível de acesso considerado baixo ou a mais de 40 minutos de cuidados públicos de psiquiatria e apenas 1,5% da população tem acesso alto, percentagem que se reduz para os 0,3% no caso da psiquiatria da infância e da adolescência, e os estabelecimentos de natureza social com acordo com o SNS não se encontram (com exceção de um) nas regiões com menor nível de acesso;
- 7) Se considerada a rede não pública que poderia ser utilizada para reduzir esta escassez, verifica-se que a ARS Alentejo continua a ter a maior percentagem de população residente em áreas de baixo acesso, ou a mais de 40 minutos de distância de cuidados não públicos de psiquiatria, e na ARS Algarve 76% da população tem igualmente um baixo nível de acesso a cuidados não públicos de psiquiatria da infância e da adolescência;
- 8) O sucesso do processo de desinstitucionalização em Portugal, iniciado com o encerramento do Hospital Miguel Bombarda, depende da existência de respostas necessárias na comunidade, decorrendo do PNSM 2007-2016 que a transferência dos doentes a desinstitucionalizar deve desenvolver-se de acordo com o ritmo de criação de estruturas de cuidados continuados. Não obstante a constatação de terem sido encontradas alternativas residenciais para os doentes que estavam internados nos hospitais psiquiátricos encerrados, este encerramento não foi acompanhado da criação de novas estruturas, tanto mais que as metas relativas a cuidados continuados no PNSM 2007-2016 apresentam desfasamentos temporais na concretização, e a rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, prevista no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, carece de implementação.
- 9) Relativamente aos indicadores de qualidade, constatou-se que a taxa de reinternamento aumentou ligeiramente entre 2012 e 2013, bem como a taxa de segundos episódios pela mesma causa, e não houve variações significativas nas taxas de suicídio nacionais, existindo, porém, diferenças regionais quanto a este indicador, com as ARS Alentejo e Algarve a apresentarem as taxas de suicídio mais elevadas;

- 10) Existe uma escassez de normas e orientações formais que instituem requisitos mínimos de organização e funcionamento, a observar pelos prestadores de cuidados de saúde mental, que deveriam contemplar as especificidades da tipologia de cuidados prestados;
- 11) Nos serviços de internamento de psiquiatria de um conjunto de prestadores visitados pela ERS foi possível identificar diferenças nos procedimentos implementados, quer entre prestadores de natureza distinta (públicos, privados e sociais), quer entre grupos de prestadores com natureza e tipo de cuidados semelhantes, tendo-se observado que os prestadores acreditados/certificados têm uma melhor definição e aplicação de procedimentos, bem como uma maior preocupação com o registo e controlo de indicadores, no sentido de possibilitar uma comparação e melhoria.
- 12) Os procedimentos implementados pelos prestadores são definidos internamente, associados à realidade de cada um, e se é certo que existem muitos pontos de contacto entre os procedimentos adotados, a falta de diretrizes promove discricionariedade na definição desses procedimentos, que pode impactar na qualidade dos cuidados prestados.

Anexo I – Projeto de rede de referência da ACSS



(Versão em atualização, 2014)

REDE DE REFERÊNCIAÇÃO PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (RESUMO)

Nos termos da Lei de Saúde Mental (nº 36/98, de 24/7), do Dec-lei nº 35/99, de 5/2, com a redação conferida pelo Dec-lei nº 304/2009, de 22/10 e de acordo com os Princípios definidos no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, de 6/3, os Serviços de Saúde Mental constituem-se como um modelo comunitário, em que os Serviços Locais de Saúde Mental são a estrutura assistencial básica. Estes Serviços funcionam de forma integrada e em estreita articulação com as Unidades de Cuidados de Saúde Primários e demais serviços e estabelecimentos de saúde, como departamento ou serviço de hospital geral.

Aos hospitais psiquiátricos incumbe disponibilizar respostas de âmbito regional, continuar a assegurar os cuidados de nível local nas áreas onde ainda não houver Serviços Locais de Saúde Mental e assegurar os cuidados aos doentes de evolução prolongada que neles se encontrem institucionalizados, desenvolvendo programas de reabilitação e apoiando a sua reinserção na comunidade.

A prestação de cuidados em psiquiatria e saúde mental organiza-se nas seguintes áreas:

Rede de Psiquiatria de Adultos [publicada pela DGS em 2005, atualizada]

- Tendencialmente, em Departamentos e Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental de hospitais gerais;
- O atendimento permanente deverá estar assegurado em serviço de urgência de hospital geral da área;
- Deverão dispor de unidade de internamento para doentes agudos e de hospital de dia;
- As consultas externas desenvolvem-se, sempre que possível, nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários da área de intervenção, em articulação com os respetivos profissionais, em particular os Clínicos Gerais/Médicos de Família;
- A atividade assistencial é prestada por Equipas Comunitárias, multiprofissionais (Psiquiatras, Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos de Serviço Social e Terapeutas Ocupacionais, entre outros).

Rede de Psiquiatria da Infância e da Adolescência [publicada pela ACSS em 2011, atualizada]

- Organiza-se, na sua maioria, em Serviços (integrados nos Departamentos de Saúde Mental) e Unidades Funcionais (integradas em Serviços de Saúde Mental), assegurando em simultâneo a ligação à Pediatria do hospital e aos Cuidados de Saúde Primários. A intervenção nesta área abrange a consulta externa, o atendimento permanente às situações de urgência, unidades de internamento próprias e hospital de dia.
- Os cuidados na área da infância e da adolescência são prestados através de serviços especializados, formados por equipas multidisciplinares específicas, articuladas também com os estabelecimentos de ensino e com as equipas de saúde escolar. É prospetivável a existência de Psiquiatras da Infância e Adolescência, Psicólogos Clínicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais, Educadores de Infância, Técnicos de Reabilitação e Educação Especial, Terapeutas da Fala e Terapeutas Ocupacionais.

A Arquitetura da Rede de Referência Hospitalar de Adultos que se apresenta procura corresponder ao Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 tendo subjacente a organização dos Serviços de Saúde Mental de Adultos.

A Arquitetura da Rede especializada para a Infância e a Adolescência segue as linhas gerais da que foi publicada em 2011 pela ACSS, sob proposta da então Coordenação Nacional para a Saúde Mental, seguindo as mesmas orientações.

Legenda:

Adultos

Área
Cuidados
Primários

Área
administrativa

Serviço Local
Saúde Mental

Retaguarda
Internamento

Infância e Adolescência

Área
Cuidados
Primários

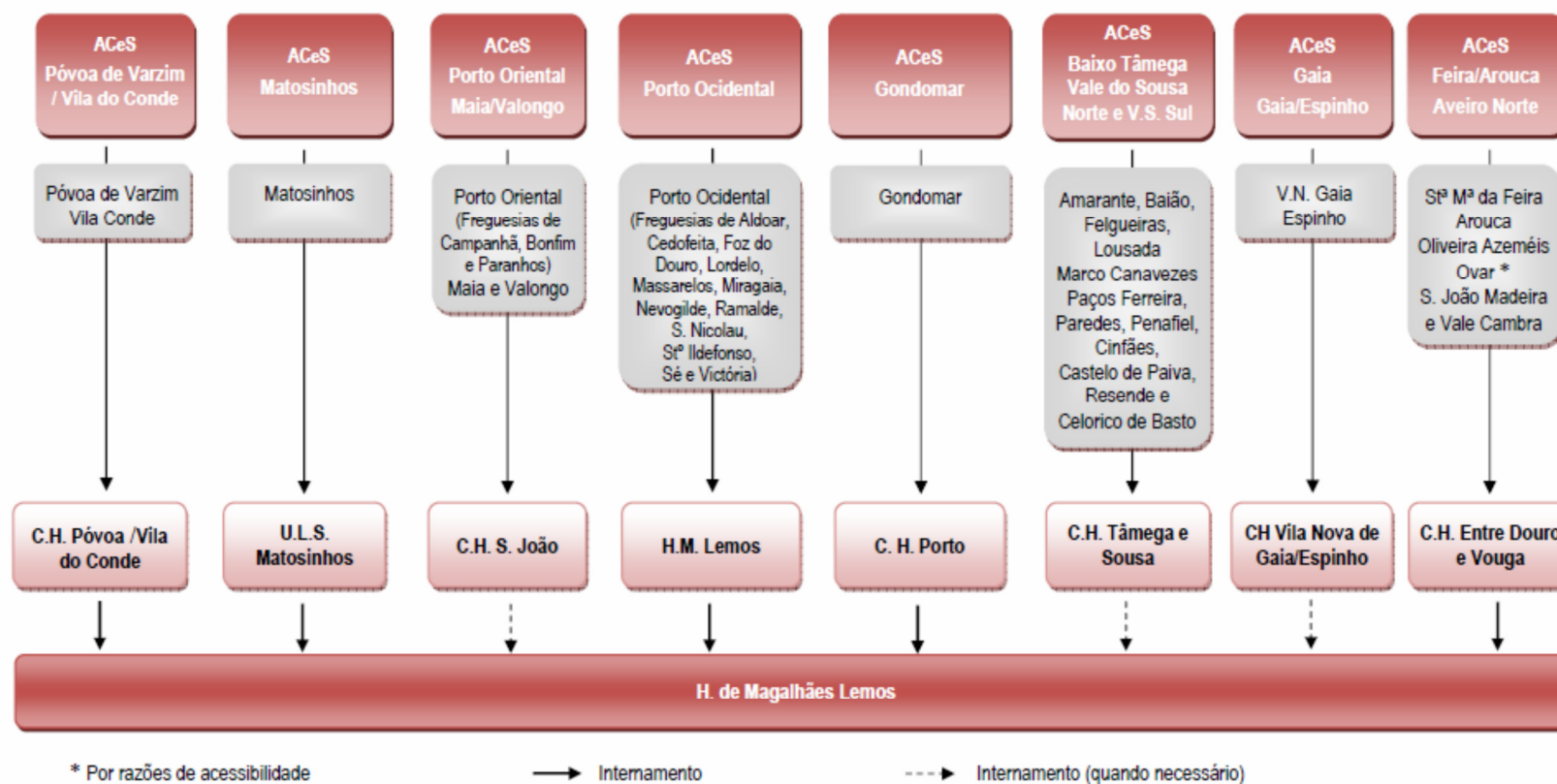
Serviço Local
Saúde Mental
Inf & Adol

Retaguarda
Internamento

(Versão em atualização, 2014)

ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA e SAÚDE MENTAL – ADULTOS

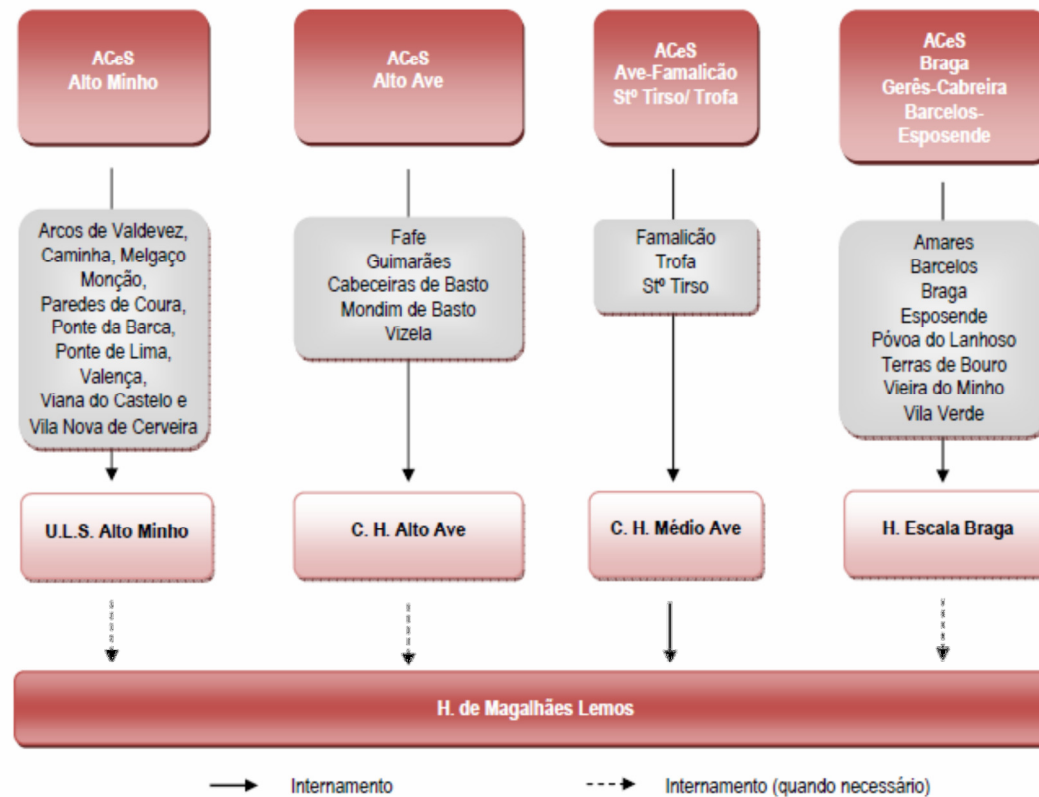
Região de Saúde do Norte - Distrito do Porto e de Aveiro (ACeS/Concelhos)



(Versão em atualização, 2014)

ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA e SAÚDE MENTAL – ADULTOS

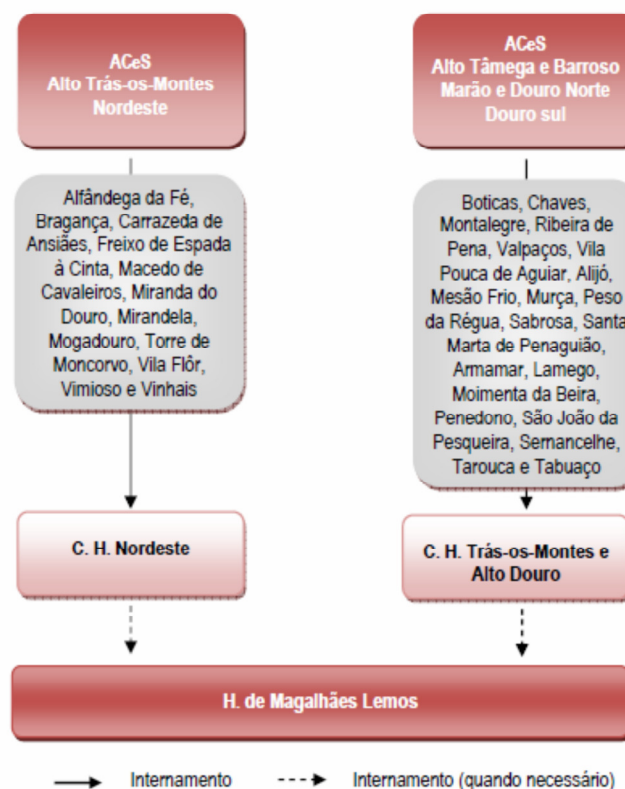
Região de Saúde do Norte - Distritos de Braga e Viana do Castelo (ACeS/Concelhos)



(Versão em atualização, 2014)

ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA e SAÚDE MENTAL – ADULTOS

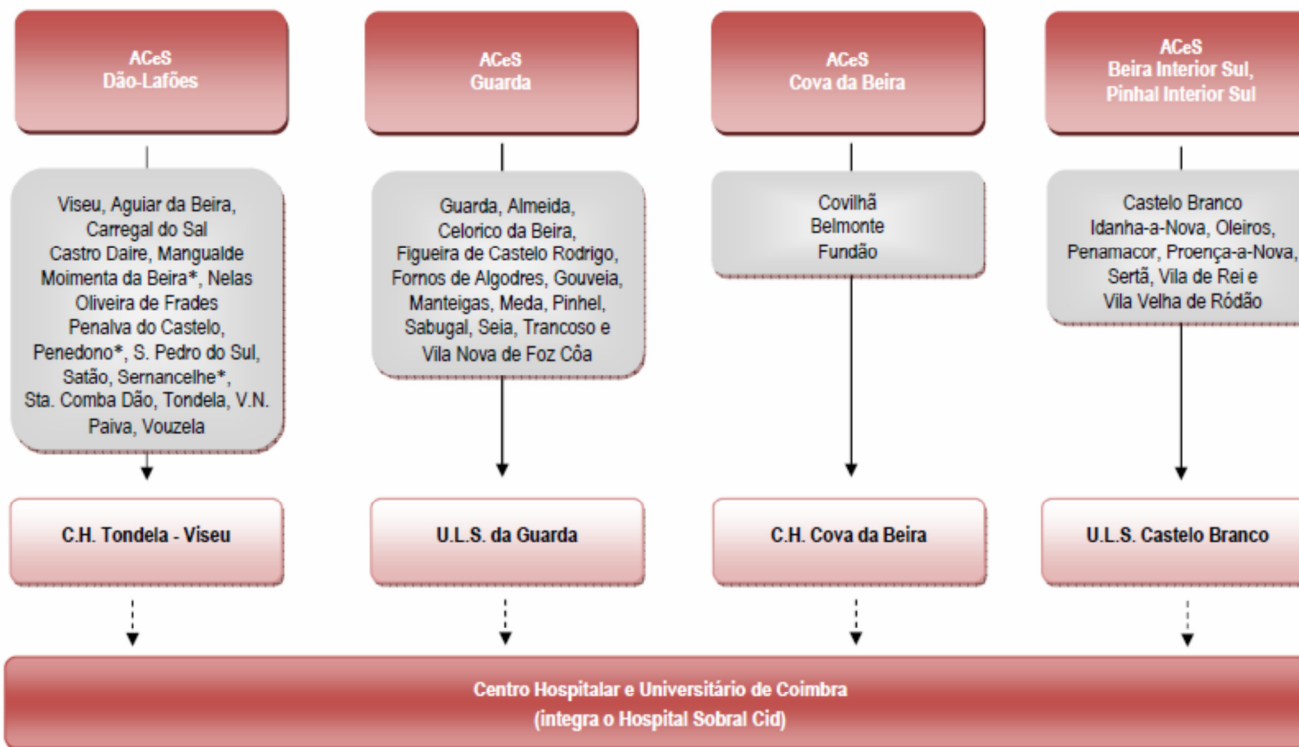
Região de Saúde do Norte - Distritos de Bragança, Vila Real e Viseu (ACeS/Concelhos)



(Versão em atualização, 2014)

ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA e SAÚDE MENTAL – ADULTOS

Região de Saúde do Centro – Distritos de Viseu, Guarda e Castelo Branco (ACeS/Concelhos)



* Por razões de acessibilidade poderão optar pelo C.H. Tondela – Viseu

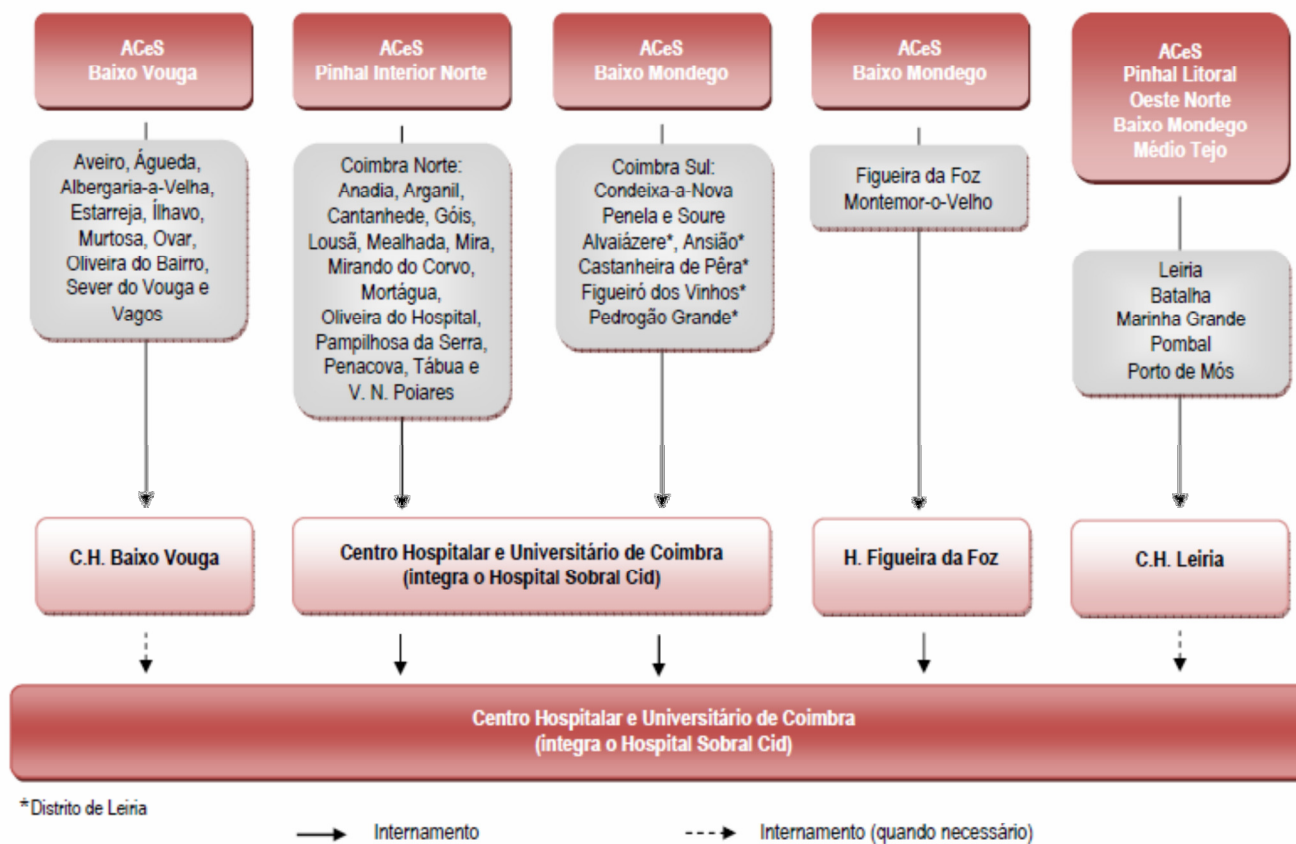
→ Internamento

- - - → Internamento (quando necessário)

(Versão em atualização, 2014)

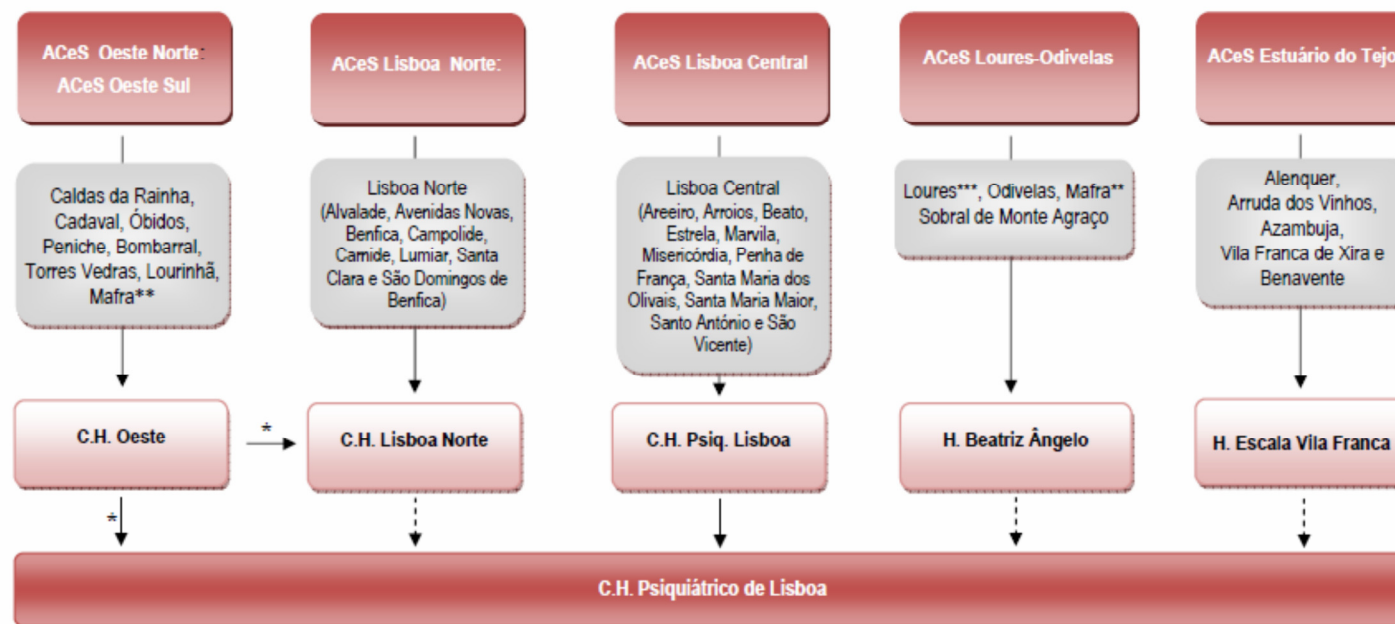
ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA e SAÚDE MENTAL – ADULTOS

Região de Saúde do Centro – Distritos de Aveiro, Coimbra e Leiria (ACeS/Concelhos)



ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA e SAÚDE MENTAL – ADULTOS

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS/Concelhos)



* Caldas da Rainha, Cadaval, Óbidos, Peniche e Bombarral para CHLN; restantes para o CHPL

** Apenas Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés e Venda do Pinheiro para o H.B. Ângelo

*** Sacavém, Moscavide, Prior Velho, S.ta Iria da Azóia, Bobadela, Portela e S. João da Talha para o CHPL

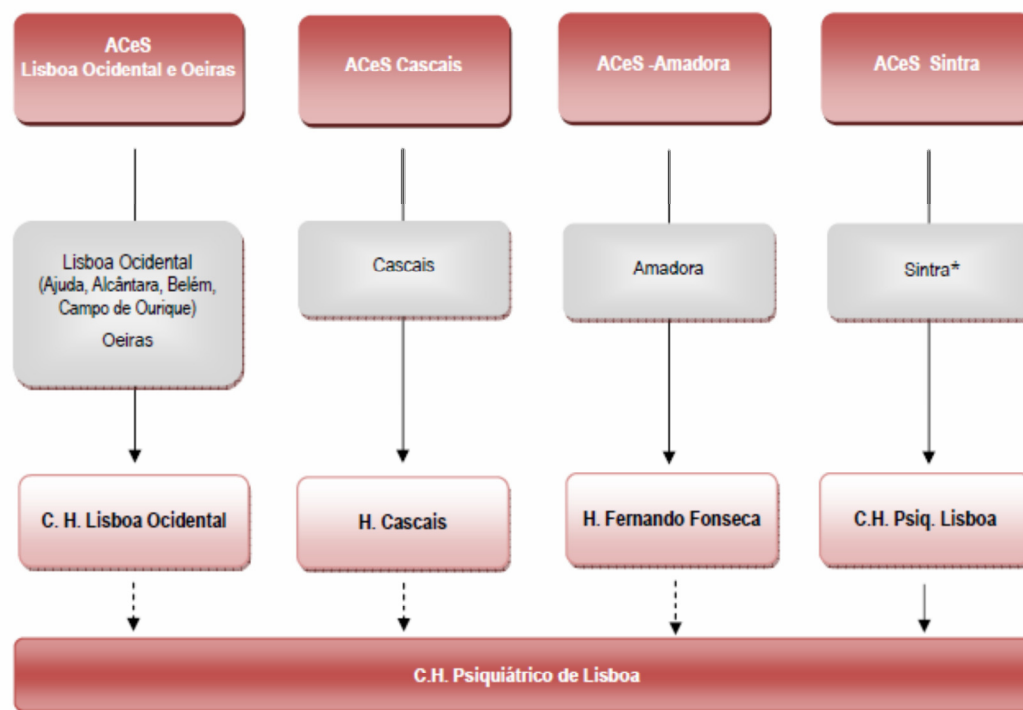
→ Internamento

--- Internamento (quando necessário)

(Versão em atualização, 2014)

ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA e SAÚDE MENTAL – ADULTOS

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS/Concelhos)



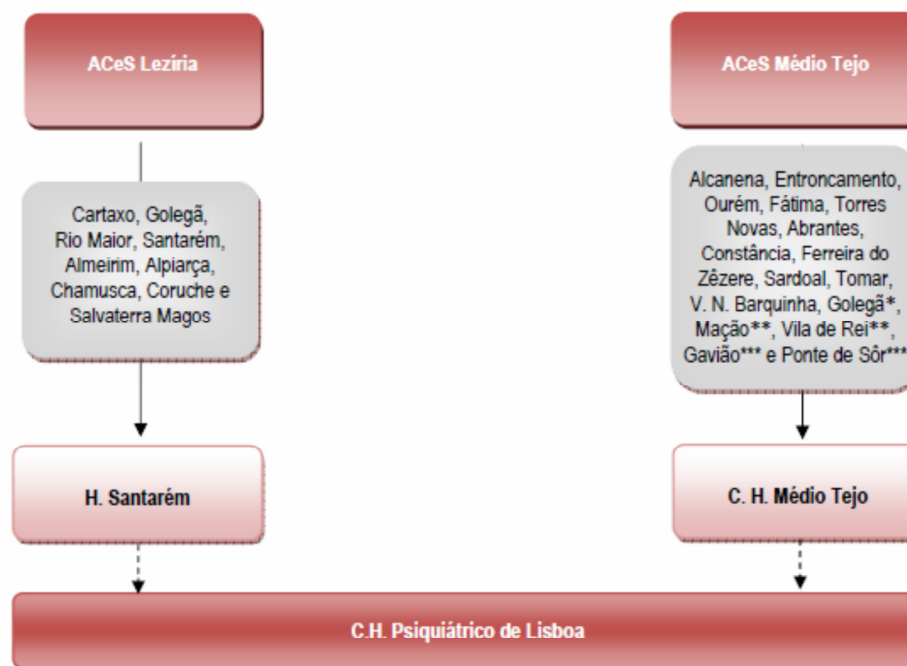
* Exceto Queluz

→ Internamento

- - - → Internamento (quando necessário)

ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA e SAÚDE MENTAL – ADULTOS

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS/Concelhos)



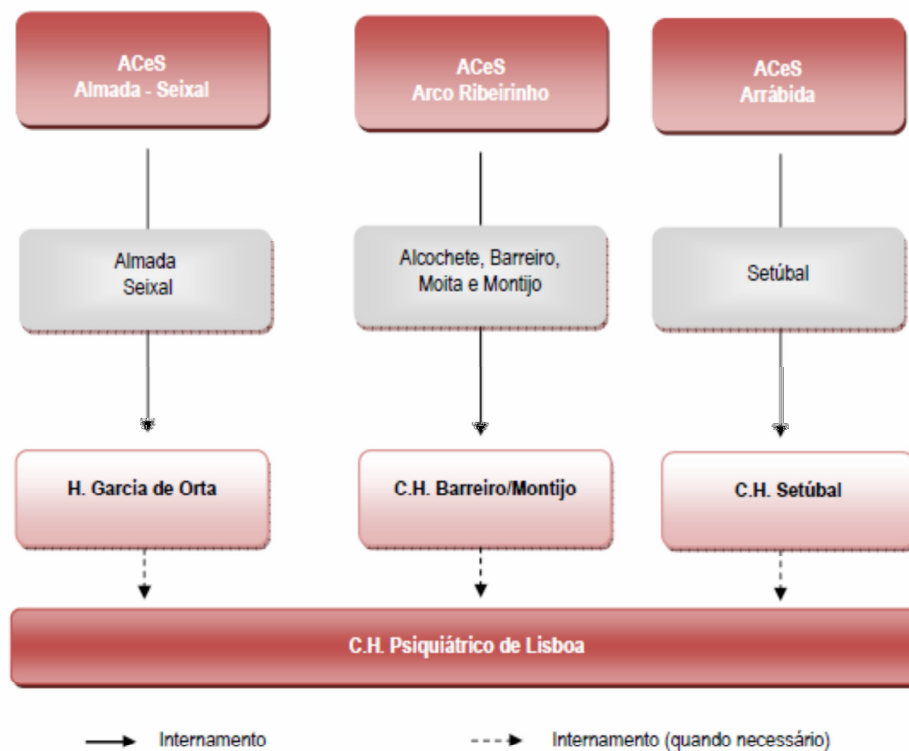
* ACeS Lezíria I: Por razões de acessibilidade
 ** ULS de Castelo Branco: Por razões de melhor acessibilidade poderão optar por este hospital
 *** ULS do Norte Alentejano: Por razões de melhor acessibilidade poderão optar por este hospital

→ Internamento - - - → Internamento (quando necessário)

(Versão em atualização, 2014)

ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA e SAÚDE MENTAL – ADULTOS

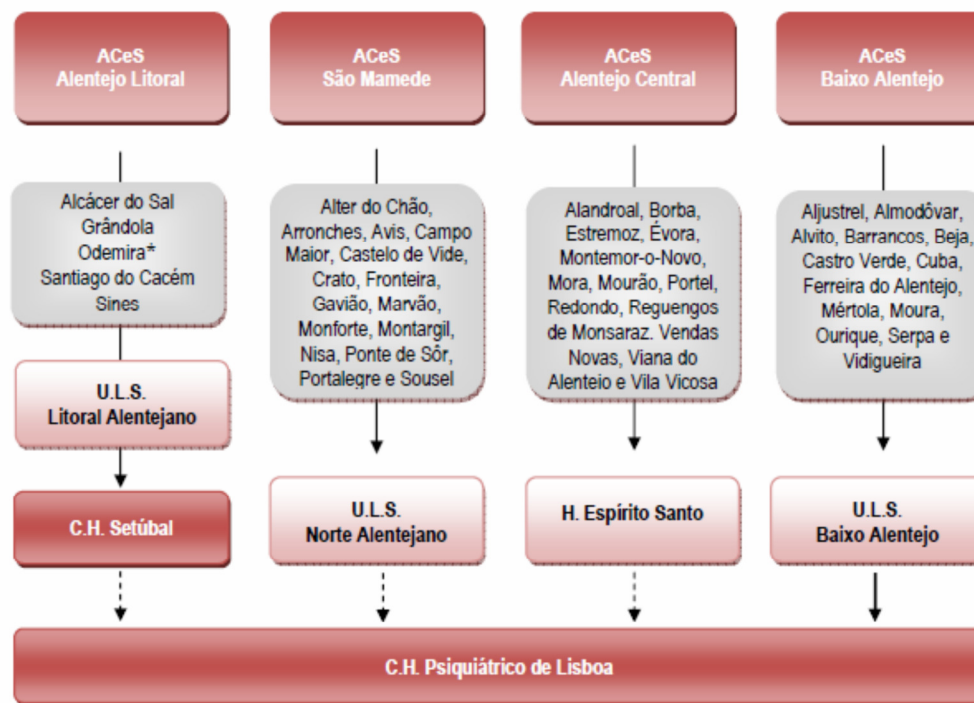
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS/Concelhos)



(Versão em atualização, 2014)

ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA e SAÚDE MENTAL – ADULTOS

Região de Saúde do Alentejo – Distritos de Setúbal, Portalegre, Évora e Beja (ACeS/Concelhos)



* Por razões de acessibilidade poderão optar por este hospital

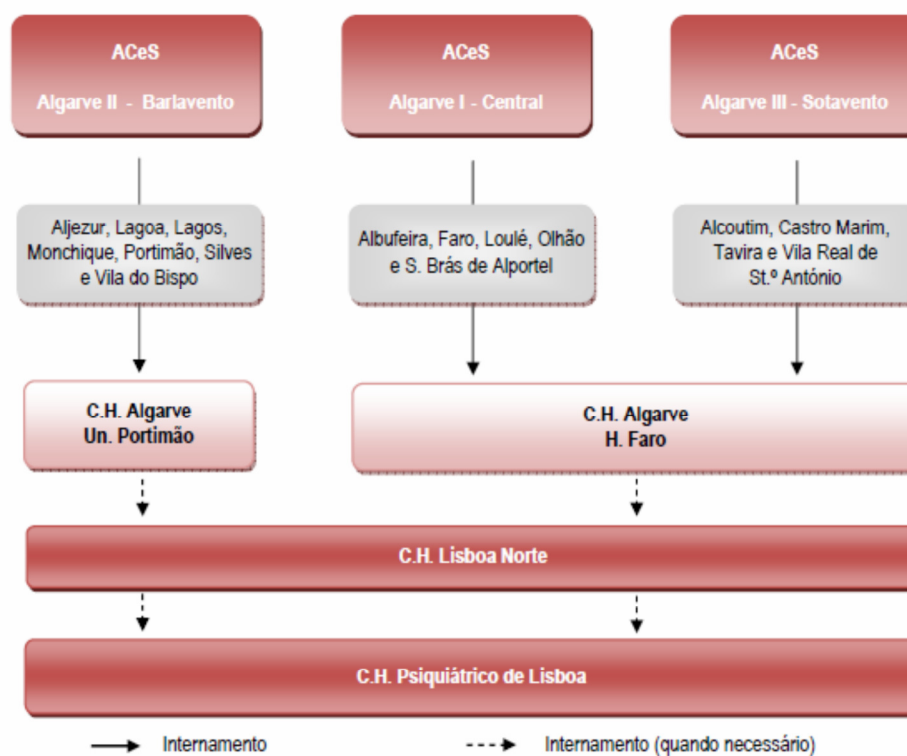
→ Internamento

---> Internamento (quando necessário)

(Versão em atualização, 2014)

ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA e SAÚDE MENTAL – ADULTOS

Região de Saúde do Algarve – Distrito de Faro (ACeS/Concelhos)



ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

Especificidades

Encontrando-se definido o enquadramento dos cuidados de saúde mental na rede hospitalar geral, também a prestação de cuidados desta especialidade às crianças e adolescentes obedece a regras idênticas de integração/articulação, no respeito pela identidade própria e as especificidades que dela resultam.

Assim, a arquitetura desta Rede de Referência, atento o traçado definido em 2011, pode resumir-se como segue:

- As funções de natureza Regional são desempenhadas pelos 3 Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência (PSMIA) integrados nos Centros Hospitalares do Porto, Universitário de Coimbra e Lisboa Central, ainda que apenas os do Porto e de Lisboa possuam capacidade de internamento, respondendo respetivamente às Regiões de Saúde do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo/Alentejo e Algarve.
- Os serviços locais são desempenhados por Serviços ou Unidades de PSMIA nos Centros Hospitalares, Hospitais e Unidades Locais de Saúde, dentro das capacidades de resposta de cada um.

Assim, assinalam-se as particularidades desta Rede:

Região Norte

As áreas de referência dos Cuidados Primários (ACeS) para os Serviços de PSMIA são as mesmas da rede de Psiquiatria de adultos. Excetua-se os casos em que essa resposta não esteja disponível, situação em que esses doentes serão encaminhados diretamente para o DPSMIA do C.H. Porto ou para os Serviços dos Centros Hospitalares de S. João ou de Trás-os-Montes e Alto Douro, de acordo com o diagrama anexo. Nas situações em que seja necessário o internamento, deverão todos os casos ser referenciados para o referido Departamento do C.H.P., o qual responde ainda a uma larga área direta.

Região Centro

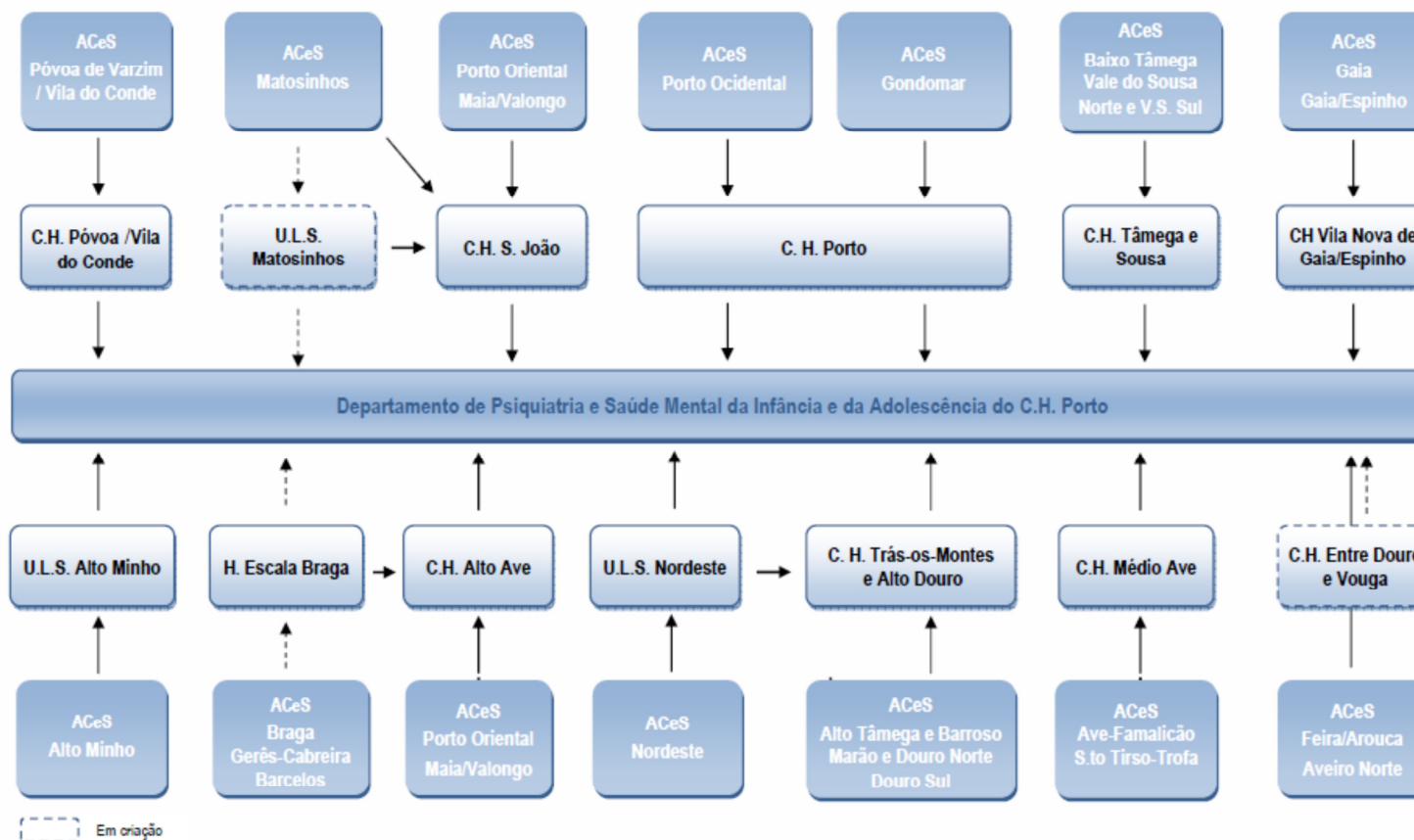
Da mesma forma, como consta do diagrama correspondente, a Rede se sobrepõe com a de adultos, cabendo ao Departamento de PSMIA do C.H.U.C. o suprimento das carências verificadas nos serviços locais da Região. Também diferente é a orientação dos doentes da área da U.L.S. de Castelo Branco que será feita para o serviço do C.H. Cova da Beira. As situações que careçam de internamento deverão ser orientadas para uma das duas Unidades de Lisboa ou do Porto, enquanto o Departamento do CHUC não dispuser dessa resposta.

Regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve

Ao Departamento de PSMIA do C.H. Lisboa Central compete prestar cuidados a uma vasta área assistencial e ainda garantir a retaguarda de internamento para toda a área assistencial correspondente às três Regiões, conforme pode ver-se no diagrama abaixo, que obedece aos princípios estabelecidos na já citada Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência.

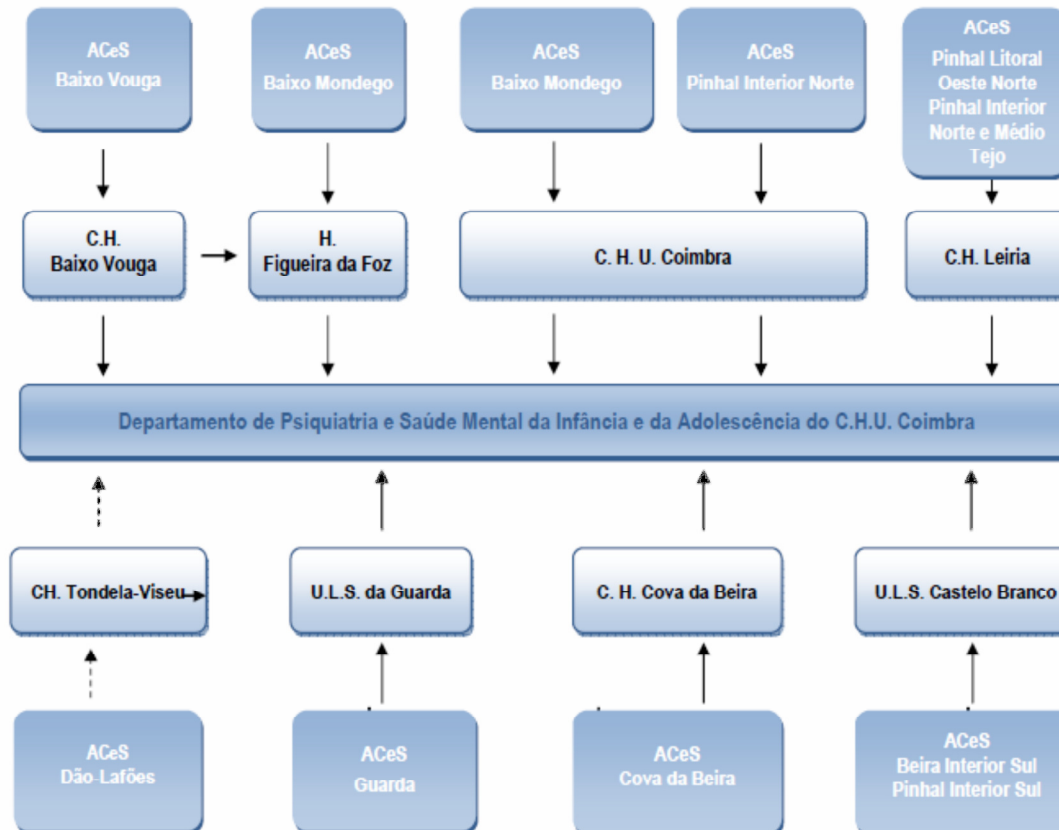
(Versão em atualização, 2014)

REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA – Região NORTE



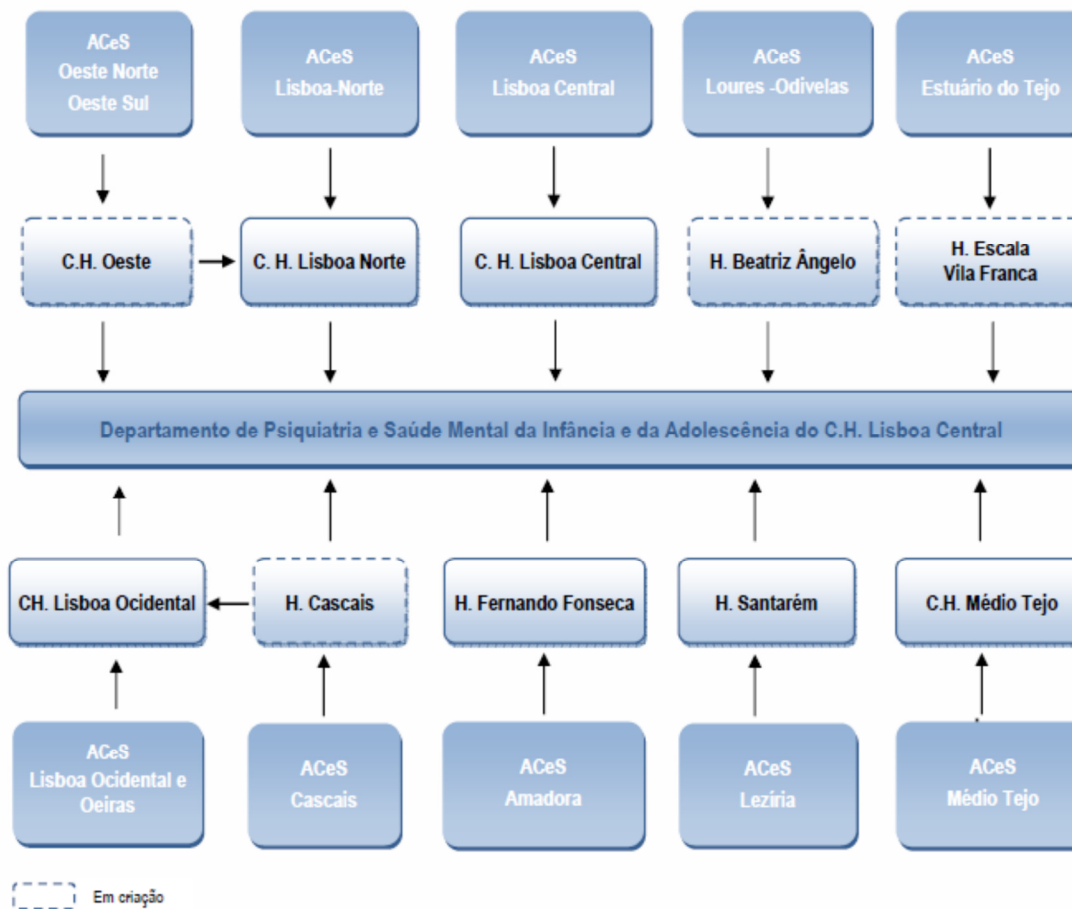
(Versão em atualização, 2014)

REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA – Região CENTRO



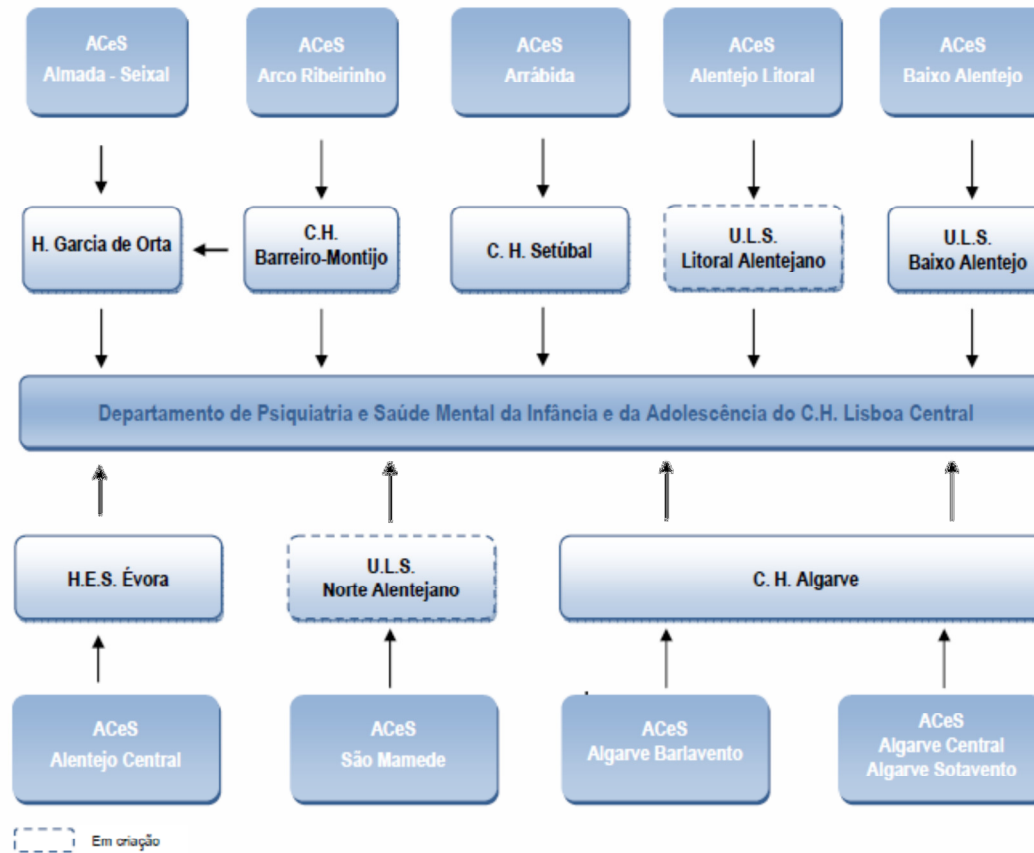
(Versão em atualização, 2014)

REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA – Região LISBOA E VALE DO TEJO



(Versão em atualização, 2014)

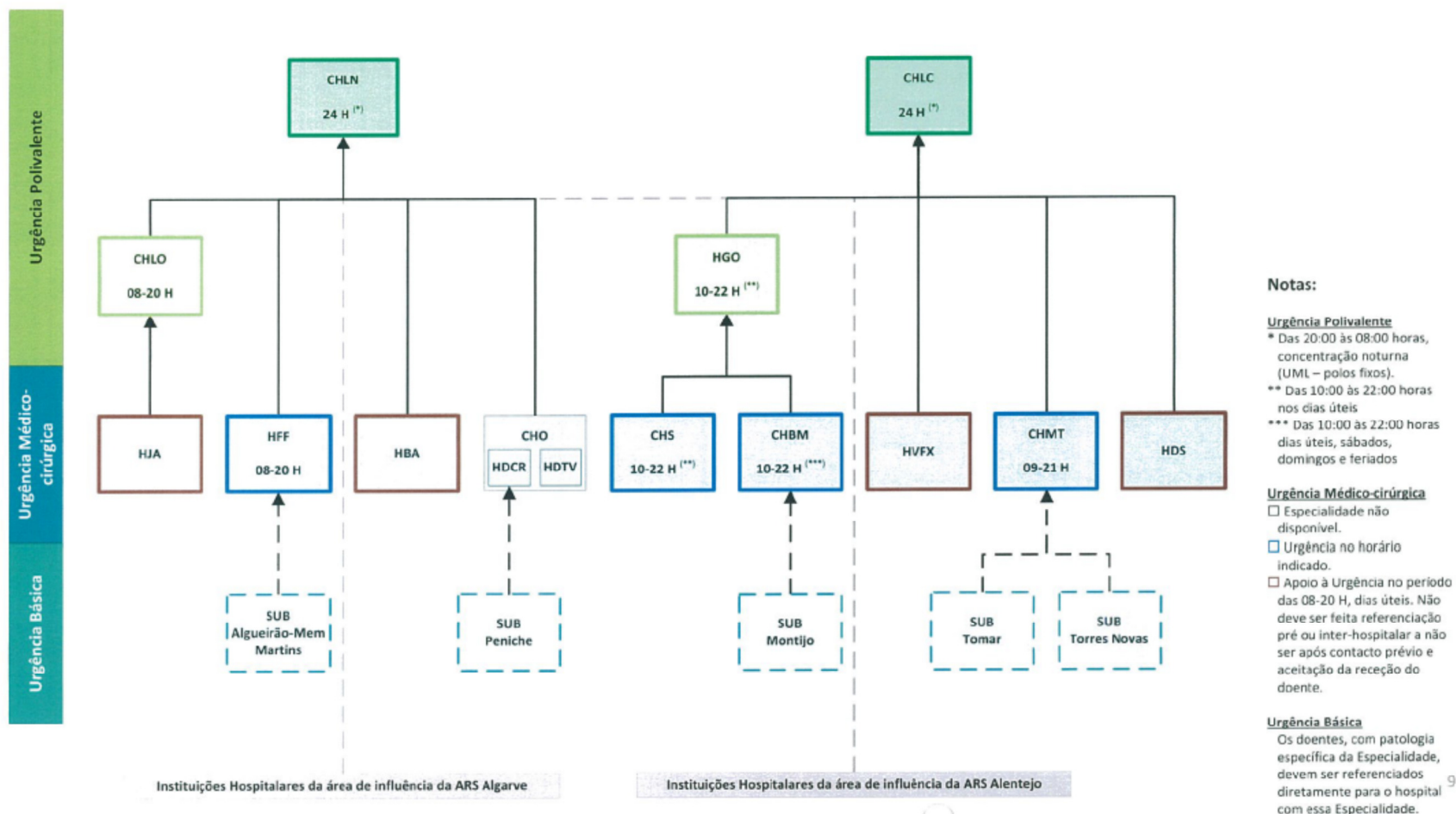
**REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA – Regiões LISBOA E VALE DO TEJO
ALENTEJO E ALGARVE**



Anexo II – Referenciação inter-hospitalar de urgência psiquiátrica da ARS Lisboa

Psiquiatria

Rede de Referenciação Inter-hospitalar



Anexo III – Oferta hospitalar pública

ARS	Entidade do SNS com Psiquiatria
Norte	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
Norte	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE
Norte	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE
Norte	Centro Hospitalar do Porto, EPE
Norte	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim /Vila do Conde, EPE
Norte	Centro Hospitalar de São João, EPE
Norte	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE
Norte	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
Norte	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
Norte	Hospital de Magalhães Lemos, EPE
Norte	Hospital de Braga (PPP)
Norte	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
Norte	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
Norte	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
Centro	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Centro	Centro Hospitalar de Leiria, EPE
Centro	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
Centro	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
Centro	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
Centro	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
Centro	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE
LVT	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
LVT	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
LVT	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE
LVT	Centro Hospitalar do Oeste
LVT	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
LVT	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE(*)
LVT	Hospital Beatriz Ângelo (PPP)
LVT	Hospital de Cascais (PPP)
LVT	Hospital Distrital de Santarém, EPE
LVT	Hospital Fernando da Fonseca, EPE
LVT	Hospital Garcia da Orta, EPE - Almada
LVT	Hospital de Vila Franca (PPP)
Alentejo	Hospital Espírito Santo - Évora, EPE
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
Algarve	Centro Hospitalar do Algarve, EPE

Nota:*Centro Hospitalar Lisboa Central apenas tem Psiquiatria da Infância e Adolescência



Anexo IV – Oferta hospitalar social (acordo com SNS)

ARS	Entidade do setor social
Norte	Casa de Saúde do Bom Jesus
Norte	Casa de Saúde S. João de Deus
Norte	Casa de Saúde S. José
Norte	Centro Hospitalar do Conde de Ferreira
Centro	Casa de Saúde Rainha Santa Isabel
Centro	Casa de Saúde Bento Menni
LVT	Casa de Saúde da Idanha
LVT	Casa de Saúde do Telhal
LVT	Casa de Saúde Santa Rosa de Lima
LVT	Centro Psicogeriátrico N. Sra. de Fátima
LVT	Clínica Psiquiátrica São José
Alentejo	Centro de Recuperação de Menores



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt