

Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020

Julho de 2017

Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020

Redação e edição:

Miguel Xavier, Isabel Paixão, Pedro Mateus, Teresa Goldschmidt, Pedro Pires, Miguel Narigão, Álvaro de Carvalho e António Leuschner (coordenação).

Contribuições especiais:

António Roma Torres, Jorge Bouça, Teresa Maia Correia, Henrique Botelho, Manuel Lopes, Hernâni Vieira, Fernando Passos e Carlos Braz Saraiva.

Participação no debate que precedeu a elaboração do documento:

Erico Alves, Nuno Caeiro, Davide Stevens, Pedro Zuzarte Luís, Maria Filomena Pereira, Sofia Pereira, Inês Pestana, e António Pires Preto (Membros da Comissão Técnica).

Índice

SUMÁRIO EXECUTIVO	5
--------------------------	----------

Enquadramento	9
----------------------	----------

PARTE I

Avaliação da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental

I.	Estrutura, recursos e atividade assistencial dos serviços de saúde mental	12
II.	Avaliação do PNSM 2007-2016	23
III.	Aspetos Funcionais e Organizativos dos Serviços/Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental em Hospitais Gerais	27
IV.	Análise crítica da implementação do PNSM	34

PARTE II

Propostas prioritárias para a extensão do Plano Nacional de Saúde Mental a 2020

I.	Criação de uma equipa de coordenação responsável pela implementação do PNSM	38
II.	Modificação do modelo de gestão e organização dos serviços de saúde mental	40
III.	Financiamento, sistema de informação e criação de novo modelo de pagamento dos serviços de saúde mental	42
IV.	Criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados	44
V.	Saúde Mental e Cuidados de Saúde Primários	46
VI.	Implementação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental	48
VII.	Hospitais psiquiátricos e serviços regionais	50
VIII.	Articulação com as Instituições do Sector Social convencionado	52
IX.	Reorganização dos Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência	53
X.	Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção	56

Documentos de referência	59
---------------------------------	-----------

PARTE III

Anexos

Listagem dos anexos	62
----------------------------	-----------

Siglas e abreviaturas

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ARSs	Administrações Regionais de Saúde, I.P.
ARS	Algarve, Alentejo, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Norte
CHLC	Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E.
CHUC	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.
CPCJ	Comissões de Proteção de Crianças e Jovens
CRI	Centro de Responsabilidade Integrada
CSM	Centro de Saúde Mental
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTARSM	Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental
DGS	Direção-Geral da Saúde
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DPSM	Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental
EEA Grants	Financiamento da Área Económica Europeia (países doadores)
EENMP	Estudo epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
HJM	Hospital Júlio de Matos (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)
HML	Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.
HSC	Hospital Sobral Cid (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.)
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016
PPP	Parcerias Público Privadas
RNCCI(SM)	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (de Saúde Mental)
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SLSM	Serviços Locais de Saúde Mental
SMIA	Saúde Mental da Infância e da Adolescência
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UE/EU	União Europeia
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidades de Saúde Familiares

SUMÁRIO EXECUTIVO

Foi determinado, por despacho de 14 de fevereiro último, efetuar um ponto de situação da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM) que, ao mesmo tempo, permita alinhá-lo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) e se oriente pelos referenciais das Organizações Internacionais de que Portugal faz parte, nomeadamente, da Organização Mundial de Saúde (WHO) e da União Europeia.

Tal ponto de situação visou a análise da evolução dos diferentes serviços, quer quanto à sua estrutura, quer quanto ao seu funcionamento, tendo permitido a avaliação do nível de progresso alcançado desde 2008 na prestação de cuidados de saúde mental, considerada crucial para a definição ou continuação de estratégias na área da saúde mental, no quadro da atualização do seu Plano Nacional.

Também não foi ignorado que as reformas atualmente em curso no Serviço Nacional de Saúde (SNS) vão no sentido de uma cada vez maior centralidade na Pessoa, proximidade e integração dos cuidados e que subsiste a necessidade de otimizar os recursos disponíveis, articulando-os e potenciando as sinergias intra e intersectoriais.

Este documento tem como objetivo nuclear a definição dos mecanismos que permitam ultrapassar os constrangimentos identificados nos últimos 10 anos no que se refere à reforma dos serviços de saúde mental no nosso país.

A experiência acumulada na maioria dos países ocidentais industrializados mostra que a implementação de um plano nacional de saúde mental abrangente e tecnicamente bem fundamentado é uma condição imprescindível a uma reforma de âmbito nacional, devendo funcionar como um elemento conceptual agregador das diversas iniciativas sectoriais, enquadrando-as numa estratégia nacional para a saúde mental.

A extensão do plano nacional de saúde mental até 2020 é, pois, um desafio para todos os intervenientes nesta matéria, e constitui uma oportunidade que Portugal não pode perder.

Este Relatório comporta três partes:

- na Parte I, inventariam-se os resultados da recolha de informação relativa à estrutura, recursos e atividade assistencial dos serviços de saúde mental, compara-se essa informação com a que serviu de suporte à elaboração do PNSM, descrevem-se os resultados principais dos sucessivos processos de avaliação a que o PNSM foi sendo sujeito, escrutinam-se os aspetos funcionais e organizativos dos serviços/departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental em Hospitais Gerais e faz-se uma análise crítica da implementação do PNSM;
- na Parte II, elencam-se as propostas consideradas prioritárias para a extensão do PNSM a 2020;
- por fim, na Parte III, é incluído um conjunto mais detalhado de informações, que melhor ajuda a análise, não só da situação atual, como também do conteúdo de algumas das propostas que integram a parte II.

Ao longo da última década, o PNSM já foi avaliado quatro vezes de modo formal, tanto por instâncias nacionais como internacionais, tendo ainda sido objecto de vários exercícios de avaliação no decurso de contextos de natureza organizativa e científica (ex. grupo de trabalho do Ministério da Saúde, projeto EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Direção de Análise e Informação da DGS).

Os sucessivos processos de avaliação permitiram a identificação de um conjunto de constrangimentos, sistematicamente presentes ao longo do tempo, sintetizados nos seguintes tópicos:

- Escasso grau de autonomia e de capacidade de decisão da estrutura responsável pela implementação do PNSM, contrariando a prática estabelecida nos outros países da Europa ocidental que implementaram reformas na área da saúde mental;

- Ausência de coordenação eficaz dos elementos do sistema de prestação de cuidados de saúde mental, com persistência de grandes assimetrias na concentração de recursos humanos em hospitais centrais, predominantemente os localizados em Lisboa, Porto e Coimbra, inviabilizando dessa forma o desenvolvimento de actividades nos hospitais mais periféricos;
- Reduzida autonomia dos centros de decisão a nível local (e.g. serviços integrados em hospitais gerais), com baixa capacidade de decisão dos Diretores dos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e dos Coordenadores Regionais de Saúde Mental, comprometendo o desenvolvimento dos serviços na comunidade;
- Modelo de financiamento e gestão inadequados às necessidades específicas do setor, com inexistência de um orçamento e verbas próprias;
- Dificuldades no desenvolvimento de modelos formais de articulação com os cuidados de saúde primários, agravados pela extinção da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários;
- Débil implementação da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
- Inexistência de incentivos para a realização de intervenções comunitárias;
- Ausência a nível regional (ARS) de mecanismos executivos de monitorização da implementação efetiva dos serviços e das parcerias ao longo do sistema, baseados em *standards* da qualidade

Resultados muito semelhantes foram obtidos na avaliação qualitativa dos aspetos funcionais e organizativos dos serviços/departamentos de psiquiatria e saúde mental em hospitais gerais, efetuada através da análise das respostas dos diretores dos serviços: escassa autonomia financeira e administrativa, dificuldade generalizada em desenvolver atividade extra-hospitalar na comunidade, problemas na continuidade de cuidados por ausência de rede de cuidados continuados, oferta insuficiente de cuidados mais diferenciados para as pessoas com perturbações mais graves e incapacitantes.

Neste momento, com a quantidade de informação acumulada ao longo dos sucessivos processos de avaliação internos e externos, o grau de implementação do PNSM está suficientemente caracterizado e os constrangimentos e obstáculos à sua implementação estão claramente identificados, o que permite fundamentar de um modo mais sólido as recomendações a efetuar à tutela.

Os pontos nucleares da Parte II deste relatório estão vertidos num conjunto de propostas prioritárias, de natureza organizativa e política (as propostas técnicas já foram suficientemente detalhadas no PNSM), por se considerar estar aí a chave para ultrapassar os obstáculos e constrangimentos acima mencionados: a experiência dos últimos 10 anos mostra de forma sólida que as recomendações de conteúdo mais técnico só poderão ser implementadas se primeiro forem tomadas decisões a nível político.

Dentro deste conjunto de propostas, merecem particular destaque:

- a criação de uma equipa técnica responsável pela implementação do PNSM, com autonomia administrativa e dotada de um orçamento próprio de funcionamento, à qual devem ser garantidas as condições suficientes para que possa desempenhar as suas funções de forma efetiva, ultrapassando finalmente os obstáculos repetidamente identificados nas sucessivas avaliações do PNSM. A falta de uma equipa com estas competências e atribuições teve um enorme impacto na insuficiente/ausente concretização de algumas das metas do PNSM, pelo que a sua criação se considera neste relatório como o motor imprescindível para a sua implementação;
- a modificação do modelo de gestão e organização dos serviços de saúde mental, incluindo o sistema de informação, bem como das bases em que assentam o pagamento dos serviços de saúde mental e o respetivo financiamento, consubstanciada: (i) na constituição de Centros de Responsabilidade Integrada, dotados de orçamento próprio, nos termos da legislação em vigor, (ii) na adoção e implementação de um novo modelo

de pagamento dos serviços de saúde mental, que permita ultrapassar os enormes bloqueios associados ao atual modelo, (iii) na clarificação do quadro de responsabilidades assistenciais dos serviços em hospitais com regime de PPPs e (iv) na implementação de um sistema integrado de informação em saúde mental, que sustente os processos de tomada de decisão, monitorização e avaliação;

- a criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados de saúde mental, traduzida na dotação nos SLSM de equipas multidisciplinares ajustadas às necessidades das populações, estruturadas de acordo com os princípios organizativos estipulados no PNSM e organizadas de forma a disponibilizar obrigatoriamente um conjunto mínimo de prestações (dispositivos, intervenções, programas), definidos de acordo com as boas práticas e baseadas na evidência;

- a assunção da integração da saúde mental nos CSP como uma prioridade, dotando-a de apoio político claro e estabelecendo como norma a sua implementação em todo o território nacional, implicando nesse processo todos os ACeS e SLSM, com base em elementos de natureza técnico-científica (necessidades das populações, modalidades de articulação entre ACeS e SLSM, critérios de bi-referenciação, papéis e responsabilidades dos vários intervenientes, efetividade das intervenções), de forma ajustável às diferentes realidades do território nacional;

- a garantia de uma efetiva continuidade de cuidados para todas as pessoas com perturbações psiquiátricas mais graves e incapacitantes ao longo da cadeia de serviços (desde as unidades de internamento, nos episódios agudos, até ao acompanhamento ambulatorio e à reabilitação), baseada na articulação funcional entre os SLSM e as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental e apoio social – este desiderato pressupõe, para todos os SLSM, a criação de equipas/unidades de saúde mental comunitária, devidamente habilitadas a assegurar cuidados integrados às pessoas com mais necessidades;

- o cumprimento do estabelecido no PNSM relativamente aos hospitais psiquiátricos, através da conclusão da transferência para hospitais gerais dos serviços locais das respetivas áreas de influência que ainda se mantenham na sua dependência, e da reorganização dos espaços e recursos dos HJM, HML e HSC, de modo a assegurar o funcionamento dos serviços regionais de saúde mental de base institucional, previstos para Lisboa, Porto e Coimbra. Para tal, deve ser salvaguardado que a criação ou desenvolvimento de unidades ou serviços especializados não comprometa a resposta às necessidades mais prementes, como, por exemplo, os cuidados a prestar aos indivíduos com perturbações mais graves e incapacitantes. Em particular, deve ser feita uma reorganização das unidades de internamento de inimputáveis de acordo com os princípios e recomendações de boas práticas;

- no que respeita à articulação com as Instituições do Sector Social convencionado, o enquadramento destas respostas numa lógica de percurso de cuidados a pessoas com doença mental, salvaguardando a integração e continuidade das respostas dos diferentes níveis dos serviços públicos e convencionados, mediante um processo de referenciação rastreável e baseado em linguagens classificadas, com recurso a um sistema de monitorização com indicadores de estrutura, processo e resultados que permitam uma avaliação regular;

- a reorganização dos Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência, uma área que deve ser considerada prioritária, traduzida (i) no desenvolvimento e reforço das equipas multidisciplinares a nível nacional, com principal enfoque para as áreas geograficamente mais periféricas, (ii) na prestação de cuidados de Saúde Mental da Infância e Adolescência ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, dos Serviços Locais e dos Serviços Regionais, e (iii) na manutenção de autonomia dos serviços de nível regional existentes em Lisboa, Porto e Coimbra;

- o desenvolvimento de programas de prevenção e promoção, a assumir como uma prioridade, e o estabelecimento de uma estratégia clara para o seu desenvolvimento, difusão e incorporação nas políticas de saúde pública de âmbito nacional, cumprindo as recomendações dos acordos firmados pelo Estado a nível internacional.

Enquadramento

O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, através do seu despacho n.º 1490/2017, publicado no Diário da República n.º 32/2017, Série II, de 14 de fevereiro, determinou que, dez anos volvidos após a aprovação e implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), fosse feito um ponto de situação que, simultaneamente, permita alinhar este Plano com o calendário do Plano Nacional de Saúde no seu conjunto (até 2020), sendo naturalmente definidos como seus referenciais os documentos aprovados pela Organização Mundial da Saúde e pela União Europeia.

Tal ponto de situação deverá visar a análise da evolução dos diferentes serviços, quer quanto à sua estrutura, quer ao seu funcionamento, permitindo assim avaliar o nível de progresso alcançado desde 2008 na prestação de cuidados de saúde mental, avaliação crucial para a definição ou continuação de estratégias na área da saúde mental, no quadro da atualização do seu Plano Nacional.

Nesse sentido, foi determinada:

- a avaliação da implementação do PNSM;
- a atualização do PNSM para o período 2017-2020, devidamente alinhada com o Plano Nacional de Saúde e com as propostas efetuadas pelo Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 13278/2016, de 31 de outubro de 2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 7 de novembro, com o objetivo de proceder à análise, estudo e elaboração de propostas nas áreas dos modelos de organização da prestação de cuidados na área da psicologia no Serviço Nacional de Saúde (SNS), que permitam uma maior rentabilização e otimização dos recursos humanos e materiais e a definição e caracterização das várias intervenções no contexto do ato do psicólogo, que permitam a uniformização dos procedimentos de registo das intervenções, a normalização da informação e a garantia de um registo clínico adequado no âmbito dos sistemas de informação.
- a atualização, com base em dados até 31 de dezembro de 2016, do Relatório elaborado pelo grupo de trabalho, criado pelo Despacho n.º 3250/2014, de 19 de fevereiro de 2014, publicado no Diário da República, 2.ª série de 27 de fevereiro, para a avaliação da 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;
- a recolha da informação disponível sobre a prevalência de situações clínicas da área da saúde mental nas áreas dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados Continuados Integrados
- a recolha e sistematização da informação obtida e a elaboração de um novo relatório, incumbência atribuída a esta Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental (CTARSM); e
- a submissão à discussão pública, pelo período de 30 dias, no Portal do SNS.

Compete a esta Comissão Técnica, nos termos da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, que a instituiu:

- acompanhar a execução do PNSM, nomeadamente pela apreciação dos pontos de situação do cumprimento do Plano e pela avaliação dos relatórios anuais apresentados pelo Diretor do Programa Nacional apresentados à tutela;
- apresentar recomendações ao Governo e ao Diretor do Programa Nacional, no sentido de facilitar e incrementar a implementação do Plano;

- promover as articulações de carácter intersectorial que permitam melhorar as condições para a implementação do PNSM.

É neste enquadramento que se deve entender o presente Relatório, que pretende constituir um roteiro para a ação no período de 2017 a 2020, como solicitado, assente numa avaliação tão rigorosa quanto possível da evolução dos serviços que intervêm nesta área, quer do ponto de vista da sua organização, quer do seu funcionamento, quer ainda dos respetivos resultados.

Também não pode ser ignorado que as reformas atualmente em curso no SNS vão no sentido de uma cada vez maior centralidade na Pessoa, proximidade e integração dos cuidados e que subsiste a necessidade de otimizar os recursos disponíveis, articulando-os e potenciando as sinergias intra e intersectoriais.

Porém, devem ser tidos em conta alguns constrangimentos ao cumprimento daqueles objetivos:

O alinhamento da extensão do PNSM até 2020 com as propostas efetuadas pelo Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 13278/2016, está em parte prejudicada, nesta fase, pela circunstância de ainda não terem sido divulgadas tais propostas. Importará, porém, deixar claro que é pressuposto do Plano Nacional de Saúde Mental, ora em apreciação, que a abordagem dos problemas desta área, de múltiplas determinantes, é necessariamente multidisciplinar ao longo de toda a cadeia de cuidados, resultando de um trabalho de equipa em que os profissionais de Psicologia ocupam lugar muito relevante, sendo difícil antever uma estrutura que não se articule com os restantes profissionais de forma coerente com a existência de uma rede de serviços prestadores de cuidados nesta área.

Por outro lado, as implicações do Despacho n.º 3250/2014, ao considerar as respostas especializadas dirigidas aos comportamentos aditivos como integrando a rede de cuidados de saúde mental, serão condicionadas pelas conclusões do trabalho do Grupo constituído para avaliação das consequências da extinção do IDT, I. P., e do atual enquadramento dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências, e para a elaboração de propostas fundamentadas sobre eventuais alterações ao modelo organizacional a nível nacional para a coordenação, planeamento, investigação e intervenção no combate à toxicodependência.

Também a dificuldade da obtenção de alguma da informação relevante para uma mais rigorosa avaliação da evolução dos serviços de saúde mental e outros com eles relacionados, tornou mais difícil o diagnóstico da situação atual e da sua evolução nos últimos dez anos.

Este documento tem como objetivo nuclear definir os mecanismos que permitam ultrapassar os constrangimentos identificados nos últimos 10 anos no que se refere à reforma dos serviços de saúde mental no nosso país. A experiência acumulada na maioria dos países ocidentais industrializados mostra que a implementação de um plano nacional de saúde mental abrangente e tecnicamente bem fundamentado é uma condição imprescindível a uma reforma de âmbito nacional.

Por outro lado, um plano nacional deve funcionar como um elemento conceptual agregador a nível das diversas iniciativas sectoriais, sob risco de multiplicação de propostas e planos não articulados entre si e eventualmente desligados de uma estratégia nacional para a saúde mental.

A extensão do plano nacional de saúde mental até 2020 é um desafio para todos os intervenientes nesta matéria, e constitui uma oportunidade que Portugal não pode perder.

A COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DA REFORMA DA SAÚDE MENTAL

PARTE I

Avaliação da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental

PARTE I

Avaliação da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental

I. Estrutura, recursos e atividade assistencial dos serviços de saúde mental

Os serviços públicos de saúde mental em Portugal estão organizados nos níveis local e regional e interligados através de uma rede nacional de referência, utilizando, historicamente, o princípio de área de responsabilidade sobre a população de uma área geográfica. As unidades básicas da prestação de cuidados são os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), articulando-se com os cuidados de saúde primários (ACeS e USF), existindo ainda dois hospitais psiquiátricos autónomos.

A área dos comportamentos aditivos e das dependências está, apesar de pertencer inequivocamente à área da saúde mental, organizada fora deste sistema de cuidados, cabendo às ARSs (Administrações Regionais de Saúde) e ao SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), a organização da prestação de cuidados.

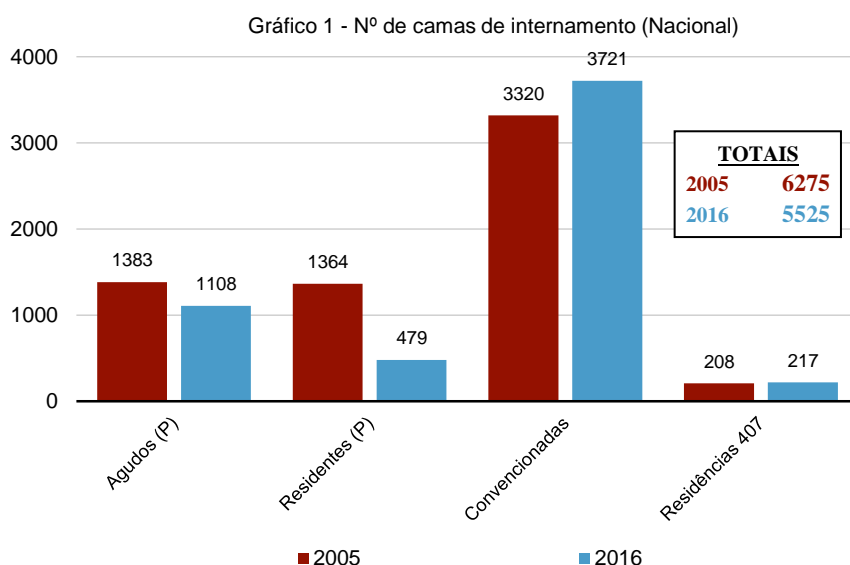
Os serviços de psiquiatria da infância e da adolescência têm um enquadramento institucional similar aos serviços de adultos, contando com três Serviços Regionais, em Lisboa, Porto e Coimbra, presentemente cada um com uma unidade de internamento de doentes agudos.

A rede pública de serviços é ainda complementada por instituições do setor social e outras organizações não-governamentais, que sob a forma de convenção prestam cuidados de saúde mental, nomeadamente em internamento institucional e residencial, em reabilitação e em emprego apoiado.

Neste ponto iremos de modo sucinto destacar as principais evoluções ocorridas nos Serviços, ao nível da estrutura, recursos e atividade assistencial, não dispensando a análise das tabelas em anexo.

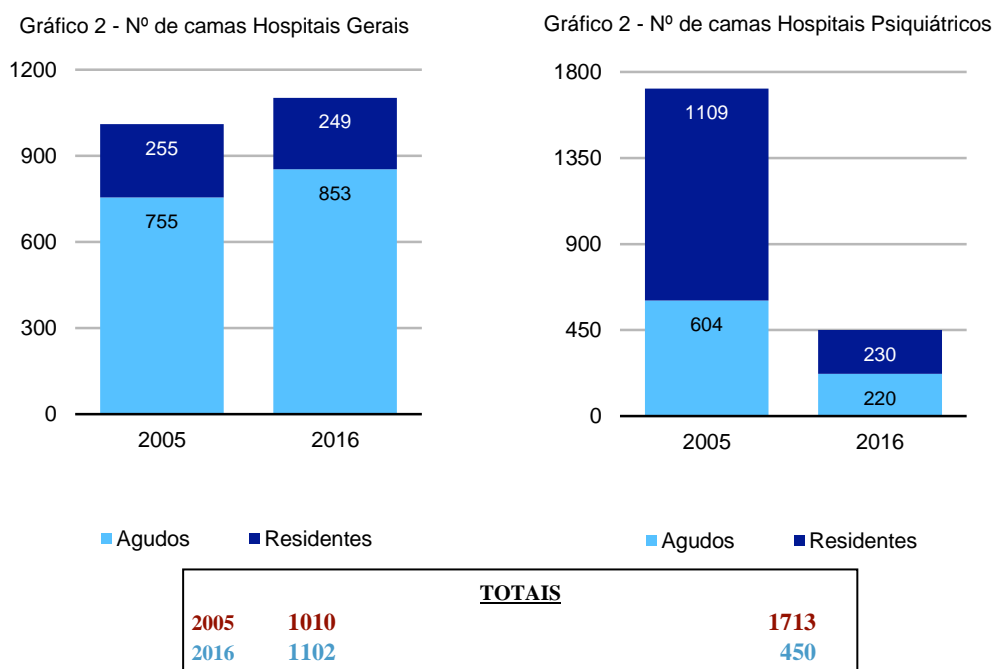
A. Capacidade de Internamento

Nos últimos 10 anos e apesar de residirem no território continental mais 178 mil habitantes, variação não homogênea entre as Regiões (anexo 1), assistiu-se globalmente a uma diminuição da capacidade de internamento de 8% (Gráfico 1), justificada exclusivamente pela redução do número de camas no setor público, em particular as dedicadas a doentes residentes (-50%). Em sentido inverso, verificou-se um aumento de 12% do número de camas convencionadas (+ 401), representando estas 64% do total da



capacidade de internamento em 2016. Importa referir que esta tendência da capacidade de internamento para doentes residentes não foi homogénea ao longo do território, com particular destaque para as Regiões Norte e Centro, a primeira com estagnação das camas convencionadas e duplicação da capacidade nas instituições públicas e a segunda com uma redução da capacidade pública de 70% em contrapartida de um aumento de 38% de capacidade convencionada.

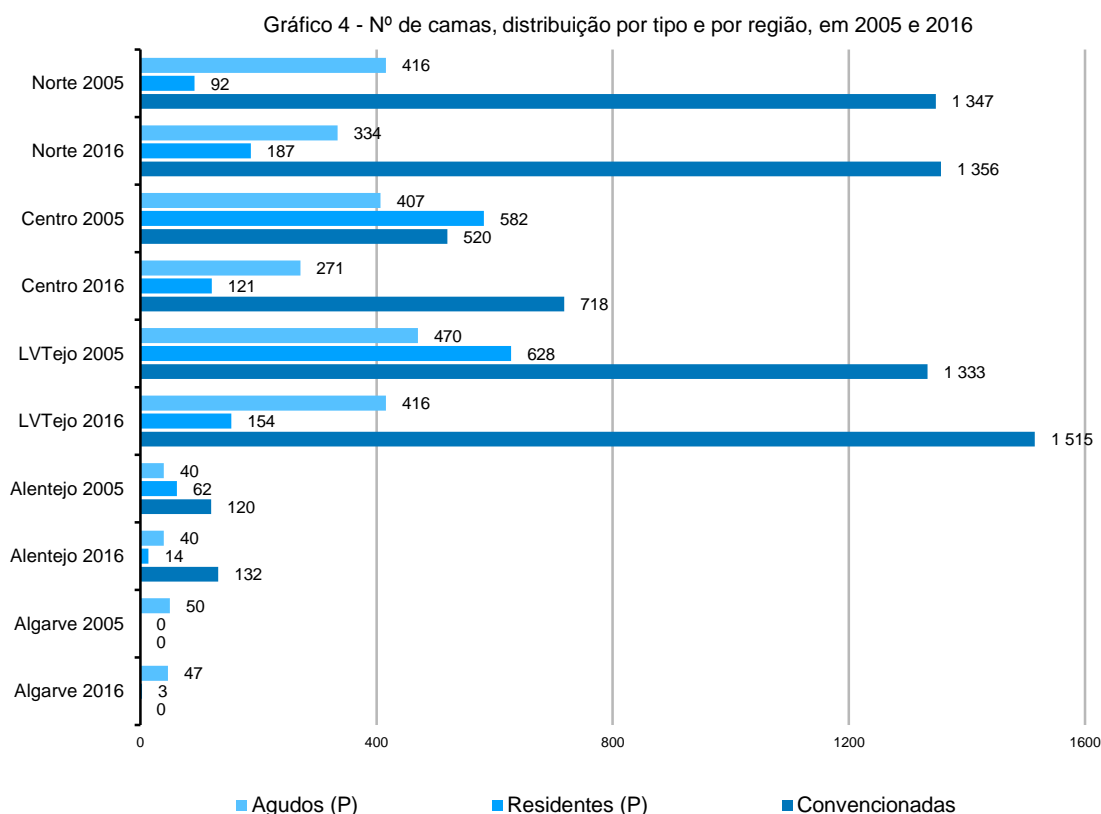
Quando olhamos mais detalhadamente para a evolução entre os anos de 2005 e 2016, por tipo de internamento (Gráfico 2), verificamos nos hospitais gerais um aumento do número de camas de agudos, resultado da abertura de novos serviços, em particular na Região de Lisboa e Vale do Tejo (anexo 3).



Inversamente, nos hospitais psiquiátricos assistiu-se a uma redução generalizada das lotações.

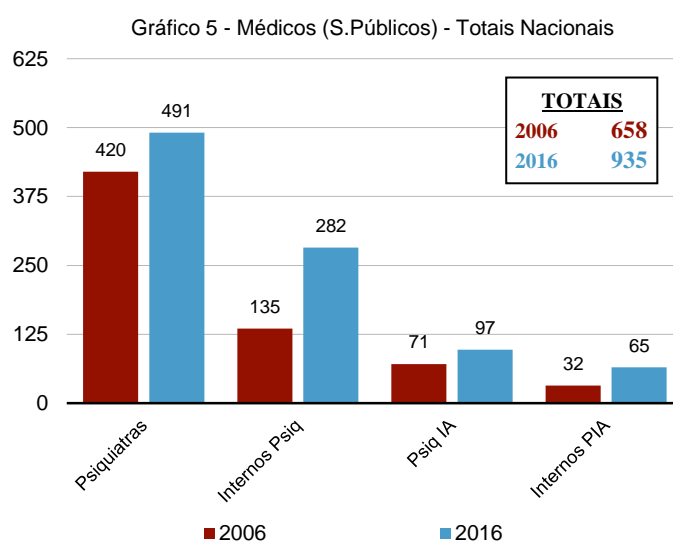
O gráfico seguinte (Gráfico 4) bem como o anexo 28 (lotação ajustada a 100 mil habitantes), permitem uma leitura mais detalhada da evolução e distribuição regional da capacidade de internamento.

A capacidade de internamento dedicado à infância e adolescência, apesar de ter registado nestes últimos 10 anos uma variação positiva de 10 camas, resultante fundamentalmente da abertura da unidade no Hospital Pediátrico de Coimbra e da ampliação da unidade do Hospital de D. Estefânia, totalizando no final deste período 34 camas, apresenta uma cobertura populacional de 1,9 camas por 100 mil habitantes com idade inferior a 18 anos. Analisada a distribuição geográfica dos internamentos gerados no último ano para este grupo etário, (anexo 18), verifica-se que só 39% é que ocorreram nos três Serviços Regionais.



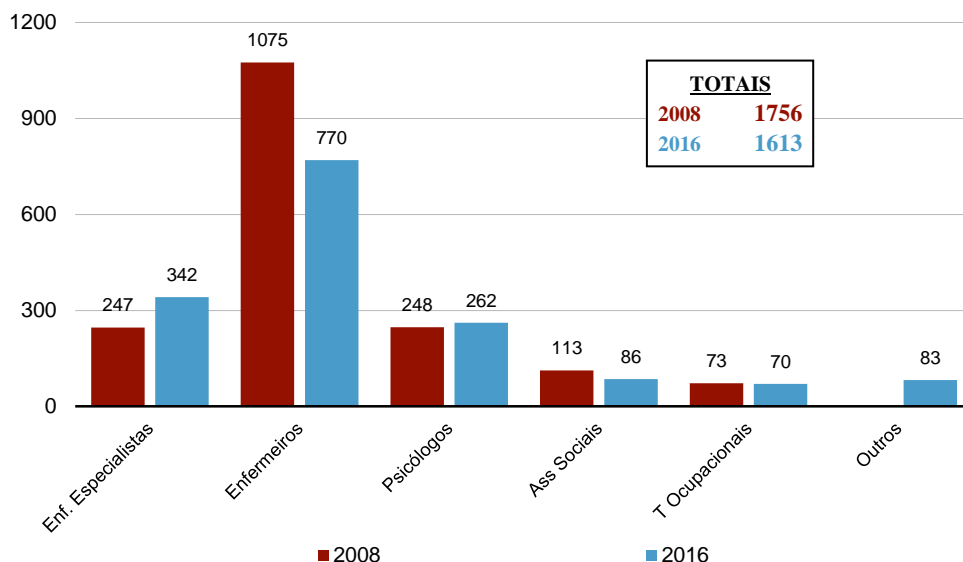
B. Recursos Humanos

Entre 2006 e 2016 registou-se um aumento global do número de médicos nos serviços públicos de saúde mental (Gráfico 5). Esse aumento foi mais expressivo na área da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, tendo o número de pedopsiquiatras crescido 37% e o número de internos de pedopsiquiatria 103%. Quanto aos psiquiatras o aumento foi 17% e o número de internos de psiquiatria cresceu 35% no mesmo período de tempo.



O gráfico 6 evidencia que o crescimento numérico dos médicos cursou com uma estagnação numérica dos outros profissionais, ou mesmo uma preocupante diminuição no caso dos enfermeiros e assistentes sociais, agravando um défice já claramente diagnosticado no PNSM.

Gráfico 6 - Profissionais de Saúde Mental (Serviços Públicos de Adultos) - Nº (ETC 35h)



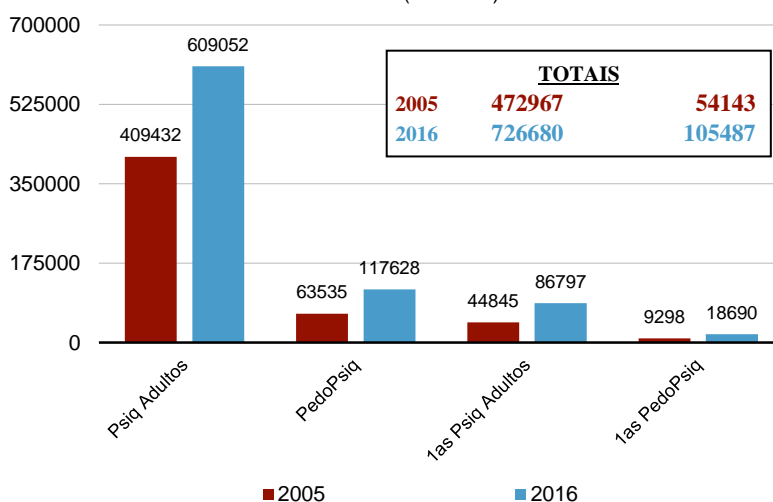
Fonte 2008: Inquérito aos SSM. Fonte 2016: ACSS

Esta evolução numérica dos profissionais de saúde mental, quer na área adultos quer da infância e adolescência, conjugada com o elevado crescimento da atividade de consulta externa (gráfico 7) é reveladora dos constrangimentos impostos pelo atual modelo de contratualização hospitalar, continuando a comprometer o trabalho em equipa multidisciplinar e a criação de respostas na comunidade.

C. Atividade assistencial - Consultas de psiquiatria e pedopsiquiatria

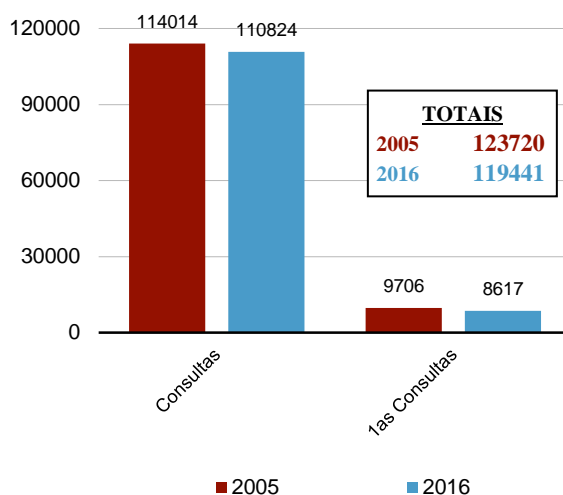
No período em análise assistiu-se quer a um aumento generalizado e muito expressivo do número de consultas externas, quer a um crescimento superior das primeiras consultas relativamente ao das subsequentes, com exceção nos hospitais psiquiátricos. Esta evolução traduziu-se em crescimentos de 49% e 93% para consultas totais e primeiras, respetivamente, na área de adultos e de 85% e 101% para consultas totais e primeiras, na área da infância e adolescência.

Gráfico 7 - Psiquiatria e Pedopsiquiatria - Consultas e 1as Consultas (Nacional)



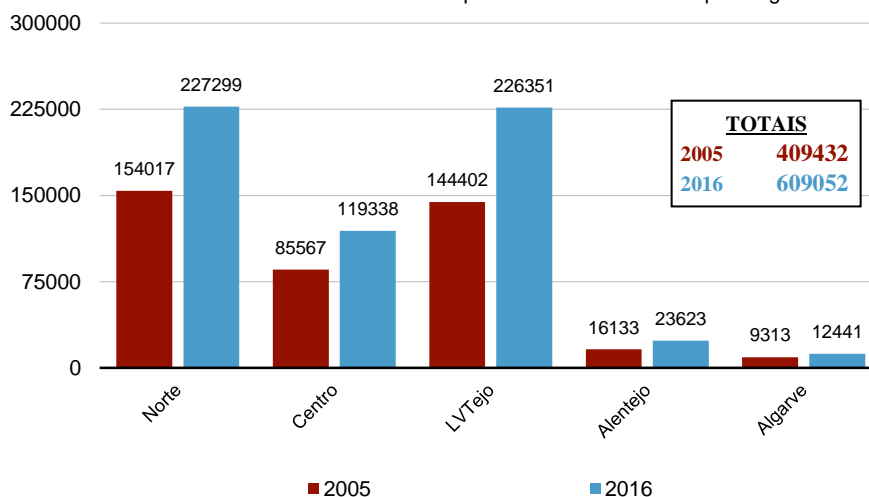
Nos hospitais psiquiátricos (Gráfico 8) assistiu-se a uma diminuição do número total de consultas (-3%) e de primeiras (-11%), sublinhando-se o maior decréscimo destas.

Gráfico 8 - Consultas Psiquiatria - Hospitais Psiquiátricos



Analisando as consultas de psiquiatria de adultos (Gráfico 9), discriminadas por regiões, verificamos que apesar do aumento no período compreendido entre 2005 e 2016, descrito anteriormente, se ter registado em todas as regiões, as variações não foram homogêneas ao longo do território: Lisboa e Vale do Tejo com 57%, Norte e Alentejo próximas dos 50% e Centro e Algarve com crescimentos de 39% e 33%, respetivamente.

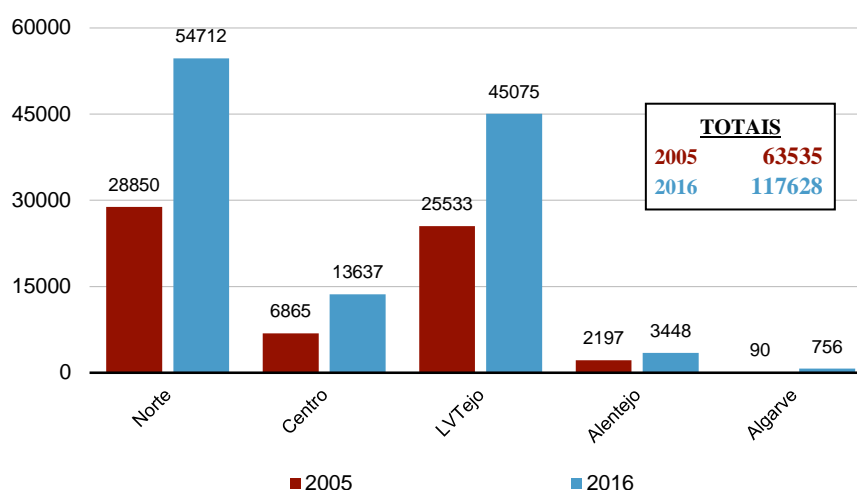
Gráfico 9 - Consultas de Psiquiatria de Adultos - Total por Regiões



A distribuição e variação regional do volume de consultas, ambas ajustadas à população (tabelas 1 e 2) confirmam não só os crescimentos díspares já assinalados, como identificam assimetrias regionais muito significativas neste tipo de resposta ambulatoria, enquanto, em 2016, a média nacional de consultas por mil habitantes foi de 72, na Região do Algarve foi de 29 consultas.

Também na área da psiquiatria da infância e da adolescência (Gráfico 10 e anexo 32) se assiste a idêntico padrão de variação. A merecer particular referência a Região do Algarve, que embora assinale expressivo crescimento percentual no número de consultas de 2005 para 2016, na realidade continua a ser a região do país com a mais deficiente resposta nesta área: 9 consultas e 0,4 primeiras consultas por mil habitantes em 2016, comparado com a média nacional de 65 consultas e 10 primeiras consultas para o mesmo período.

Gráfico 10 – Consultas de PIA – Total por Regiões

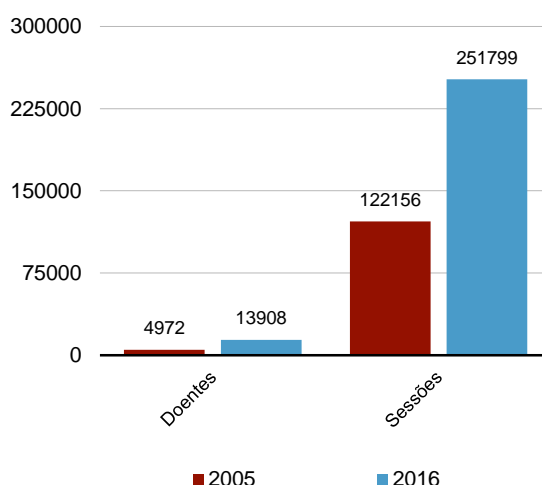


D. Atividade assistencial - Hospital de Dia

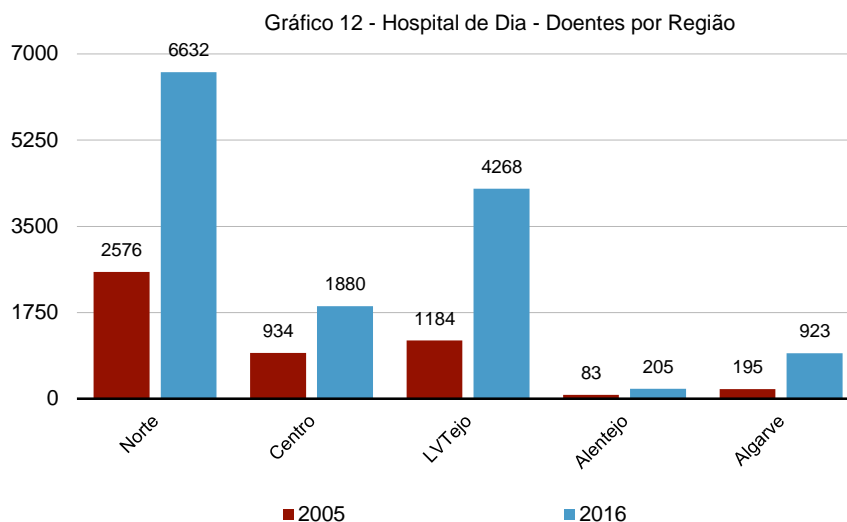
As atividades de tratamento e reabilitação nos hospitais de dia são dispositivos fundamentais na prestação de cuidados integrados de saúde mental. As soluções no planeamento e implementação destas atividades diferem entre os hospitais de dia do país, no entanto importa analisar os dados comuns que mostram a evolução no período de tempo entre 2005 e 2016, especificamente o número de sessões e o número de doentes acompanhados.

Ao nível nacional (Gráfico 11), houve um aumento tanto no número de doentes acompanhados como do número de sessões. O aumento no número de doentes foi de 180% e no número de sessões fixou-se nos 106%.

Gráfico 11 - Hospital de Dia - Totais Nacionais

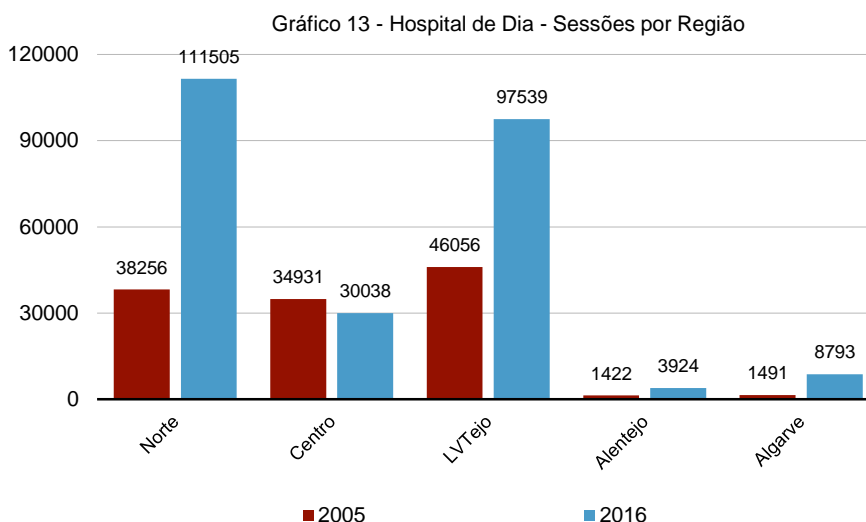


Na discriminação regional, e tendo em conta apenas os dados referentes ao número de doentes (Gráfico 12), observamos que o aumento foi comum a todas as regiões, mas mais expressivo nas regiões do Algarve (373%) e LVT (260%). A região Norte com um aumento de 157%, Alentejo (146%) e Centro (101%), completam este conjunto.



Seguindo o mesmo padrão de análise, mas agora para o número de sessões de hospital de dia (Gráfico 13), verificamos também um aumento das sessões em todas as regiões, exceto na região Centro (-14%). Esta tendência pode igualmente ser observada quando ajustamos a atividade de Hospital de Dia à população (tabelas 1 e 2).

Parece-nos importante perceber o real significado desta evolução, quer de doentes quer de sessões, com taxas médias de crescimento superiores a 100%, tendo presente a evolução dos recursos humanos não médicos.

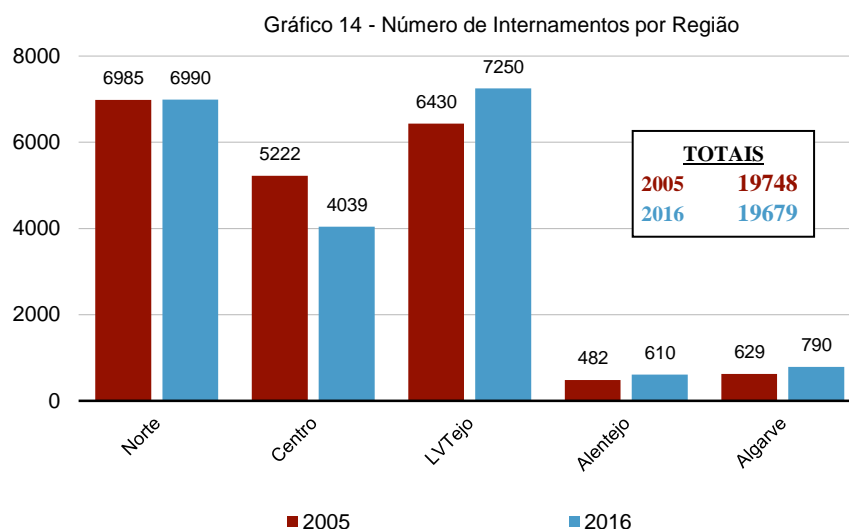


E. Atividade assistencial - Internamento

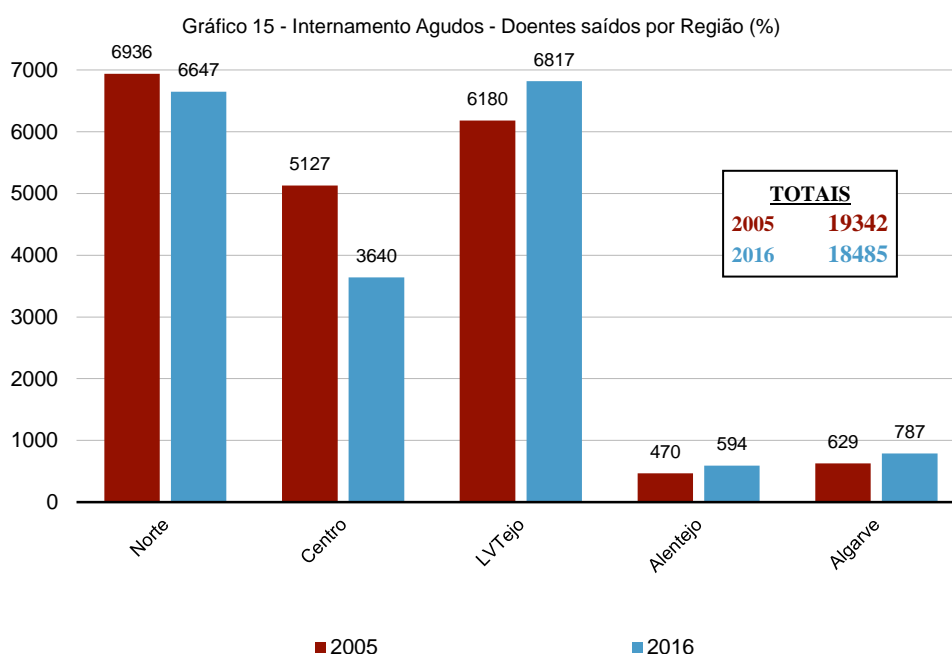
Depois de termos caracterizado estruturalmente o internamento, descrevem-se em seguida os padrões de utilização.

Entre 2005 e 2016, globalmente assistiu-se a uma quase estagnação (-0,3%) do movimento de internamento, independentemente da sua tipologia, embora por regiões, e à semelhança da evolução registada nas outras

dimensões da atividade, as variações tenham sido muito díspares (Gráfico 14), condicionadas também pela abertura de novas unidades de internamento, caso da Região Alentejo, com a abertura do internamento na ULS do Baixo Alentejo (anexo 9).



A evolução do movimento de internamento de agudos (Gráficos 15, 16 e 17), evidencia uma diminuição do número de doentes saídos (-4%) e da demora média (-3%) e um aumento da taxa de ocupação em 12 pontos percentuais, em linha com a redução já assinalada da capacidade. Estas tendências não foram uniformes em todo o país, nem mesmo ao nível de cada região. Para as variações em cada região contribuíram decisivamente as transferências de áreas assistenciais e a consequente abertura e ampliação de unidades (anexo 14).

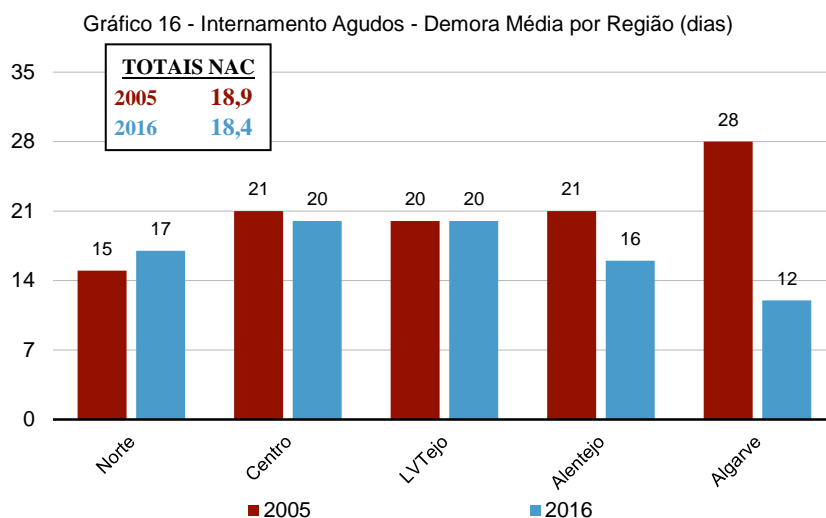


Importa sublinhar a redução concomitante destes três indicadores na Região Centro, a elevada taxa de ocupação registada em 2016 na Região Norte (96%), em particular no distrito do Porto (103%) e o expressivo aumento de doentes saídos nas Regiões Alentejo, Algarve e LVT.

A análise da demora média dos serviços de internamento de agudos, igualmente por regiões (Gráfico 16), mostra que em duas regiões, LVT (2005 - 20 dias, 2016 - 20 dias) e Centro (2005 - 21 dias, 2016 - 20 dias),

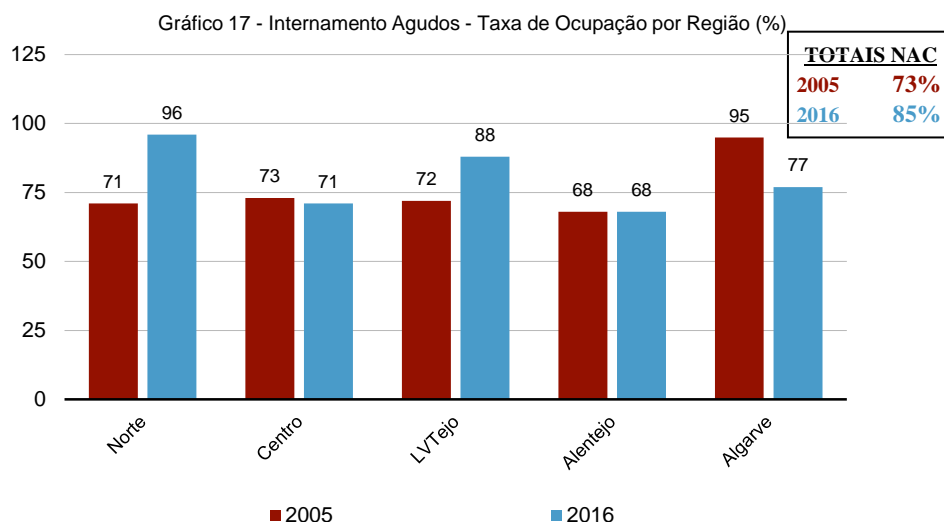
o padrão é similar ou quase similar. Nas duas regiões mais a sul do país houve uma diminuição do número de dias de demora média, sendo essa diminuição de 5 dias para o Alentejo e de 16 para o Algarve, dado claramente destacado do conjunto de resultados. O único aumento deste parâmetro ocorreu na região Norte, com a demora média a subir de 15 para 17 dias.

A informação sobre a taxa de ocupação, ainda a propósito do funcionamento do internamento de agudos nos

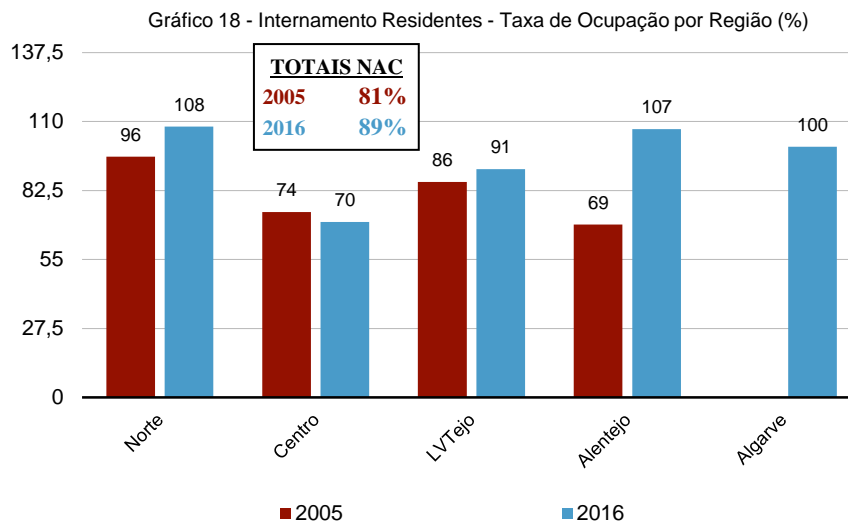


hospitais públicos (Gráfico 17), mostra que esta aumentou apenas nas regiões do Norte (de 71% para 96%) e LVT (de 72% para 88%). Nas restantes regiões registámos um decréscimo nas regiões do Centro (de 73% para 71%) e do Algarve (de 95% para 77%) e uma manutenção da taxa de ocupação no Alentejo.

Relativamente à capacidade de internamento para doentes residentes (Gráfico 18), assistiu-se, para o mesmo período, a uma tendência generalizada de crescimento da sua ocupação. A merecer especial referência a



ocorrência em 2016 de taxas de ocupação iguais ou superiores a 100%, especificamente, 108% na região Norte, 107% no Alentejo e 100% no Algarve. Excluindo esta última região, pois não existem dados comparativos, apenas na região Centro houve uma diminuição da taxa de ocupação nos hospitais públicos (de 74% para 70%), tendo a mesma aumentado nas regiões Norte (de 96% para 108%), LVT (de 86% para 91%) e Alentejo, com o maior aumento, de 69% para 107%.



F. Indicadores assistenciais, ajustados à população

Embora já analisados alguns indicadores com ajustamento à população residente (censos 2001 e 2011), constantes dos anexos 28 a 32, considerou-se importante incluir no corpo do documento um conjunto de indicadores regionais de atividade referentes a 2016 e comparação a 2005, abaixo identificados por tabelas 1 e 2.

A Tabela 1, referente aos dados de atividade por 1000 habitantes, em 2016, mostra que o número de consultas por 1000 habitantes é muito superior nas regiões Norte, Centro e LVT que nas do Alentejo e Algarve, esta última com uma média de consultas por mil habitantes a representar tão somente 40% da média nacional, 29/1000. Quanto às primeiras consultas as assimetrias são menores, continuando a Região Norte a registar o maior índice e a região do Algarve com uma cobertura três vezes inferior à média nacional, 3/1000 para 10/1000.

No que diz respeito aos internamentos e aos doentes saídos os índices regionais são similares, destacando-se apenas a região do Alentejo, onde, tanto os internamentos como os doentes saídos são significativamente inferiores à média nacional, de 1/1000 para 2/1000.

A sessões de hospital de dia voltam a mostrar assimetrias substanciais entre as regiões do país, com as regiões do Norte e LVT a realizarem aproximadamente o dobro das sessões das regiões do Centro e do Algarve e o triplo das realizadas no Alentejo.

Salientando, por último nesta série, que ao contrário do verificado em variáveis anteriores, o Algarve apresenta o maior número de visitas domiciliárias do país por 1000 habitantes, com o triplo do verificado nas regiões do Norte e LVT. Na Região do Alentejo não existe registo da realização de visitas domiciliárias.

Tabela 1 - Atividade por 1000 habitantes – 2016

2016	Consultas	Total 1 ^{as} Consultas	Interna - mentos	dtes saídos-agudos	Sessões H e A Dia	Doentes H e A Dia	Visitas Domiciliá - rias
	por 1000 habitantes						
TOTAL REGIÃO SAÚDE NORTE	79	13	2	2	31	2	2
TOTAL REGIÃO SAÚDE CENTRO	70	10	2	2	16	1	4
TOTAL REGIÃO SAÚDE LVTejo	75	9	2	2	27	1	2
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALENTEJO	53	10	1	1	8	0	0
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALGARVE	29	3	2	2	19	2	6
TOTAL	72	10	2	2	25	1	2

A tabela 2, com dados da variação por 1000 habitantes, mostra, fundamentalmente, que a evolução registada entre 2005 e 2016 não esbateu as assimetrias já identificadas em 2007 no PNSM. As Regiões do Algarve e Alentejo continuam a apresentar os mais baixos índices de cobertura populacional em consulta externa e são simultaneamente as mesmas regiões que registaram as mais baixas taxas de crescimento de 2005 para 2016.

A variação do número de internamentos volta a acompanhar, de forma expectável e em certa medida, o número de doentes saídos, com variações negativas na região Norte e Centro e variações positivas nas restantes regiões, destacando-se o Algarve com uma subida nos dois parâmetros de 10%.

No que diz respeito ao número de sessões e de doentes em Hospital de Dia, verificamos idênticas taxas de crescimento dos dois parâmetros, nas regiões do Norte e do Alentejo, existindo discrepâncias substanciais nas restantes regiões. Na região Centro, apesar do número de doentes ter aumentado 153%, o número de sessões aumentou apenas 8% e na região de LVT, com um acréscimo de doentes de 241%, o número de sessões cresceu 100%. Inversamente, no Algarve o aumento percentual do número de sessões de 417%, foi superior ao de doentes (315%).

Tabela 2 – Atividade por 1000 habitantes, variação 2016/2005

Atividade por 1000 habitantes	Variação % 2016 / 2005					
	Consultas	Total 1 ^{as} Consultas	Interna - mentos	Dtes saídos-agudos	Sessões H e A Dia	Doentes H e A Dia
TOTAL REGIÃO SAÚDE NORTE	40%	79%	-9%	-13%	164%	133%
TOTAL REGIÃO SAÚDE CENTRO	81%	123%	-3%	-11%	8%	153%
TOTAL REGIÃO SAÚDE LVTejo	51%	94%	7%	4%	100%	241%
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALENTEJO	26%	122%	8%	8%	136%	111%
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALGARVE	23%	-23%	10%	10%	417%	315%
TOTAL	51%	91%	-2%	-6%	102%	175%

II. Avaliação do PNSM 2007-2016

A) Introdução

Até à data, o PNSM foi avaliado transversalmente quatro vezes (Tabela 3), em diferentes pontos da sua implementação, o que permite obter retrospectivamente uma perspetiva da sua evolução faseada no tempo.

Tabela 3 – Avaliações do PNSM

Ano	Documento	Pedido por	Realização
2010	“Avaliação do Plano Nacional de Saúde”	Ministério da Saúde	Alto Comissariado da Saúde (ACS)
2011	“Missão da WHO para avaliar o progresso das Reformas de Saúde Mental em Portugal”	Ministério da Saúde	WHO – European Regional Office
2012	“Atualização do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016”	Ministério da Saúde	Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS)
2015	“Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde Mental”	Entidade Reguladora da Saúde em Portugal (ERS)	Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS)

Para além destas avaliações transversais da implementação do PNSM, devem ser igualmente mencionados mais quatro processos que contribuíram/têm contribuído em diversas áreas com dados extremamente importantes para a avaliação do grau de implementação do PNSM.

Em 2014, um grupo de trabalho designado pelo Ministério da Saúde efetuou um extenso processo em que foram avaliados necessidades das populações (incluindo problemas associados a consumos de substâncias), indicadores de estrutura (logística, recursos humanos) e indicadores de processo (padrões de utilização de serviços, publicando um relatório disponível online.

Em 2015 e 2016, o projeto EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing permitiu recolher um enorme manancial de informação sobre várias dimensões do estado da saúde mental no país, organizado em distintos módulos, nomeadamente no Work Package 5, intitulado “Toward Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care”, no contexto do qual foi efetuada uma análise específica da situação em Portugal.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde vem dedicando nos seus relatórios análises aprofundadas dos problemas de saúde mental do país, e das barreiras e obstáculos que se continuam a fazer sentir a nível das áreas da organização, gestão e financiamento dos serviços.

Finalmente, de um modo contínuo desde 2013, a Direção de Análise e Informação (DGS) tem vindo a recolher informação sobre o padrão de utilização de serviços, sobre a prevalência tratada e sobre o consumo de fármacos no País, consubstanciado na publicação, em colaboração com o Programa Nacional de Saúde Mental, dos relatórios “Saúde Mental em Números”, disponíveis para consulta no website da DGS.

B) Súmula dos Resultados

Estando todos os documentos acima mencionados disponíveis para consulta pública, descrevem-se de forma muito breve os principais resultados, referentes a cada uma das avaliações formais.

B1. “Avaliação do Plano Nacional de Saúde” (2010)

Os resultados da primeira avaliação foram sintetizadas através da análise SWOT, e constam da Tabela 4.

Tabela 4 - Análise SWOT de 2010

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none">• Plano baseado na análise crítica da situação, após recolha e análise exaustiva dos dados disponíveis.• Plano desenvolvido considerando a evidência científica sobre as políticas e os serviços de saúde mental, bem como os contributos de todas as partes interessadas.• Plano solidamente apoiado em documentos internacionais da área, oficialmente subscritos pelo Governo (Declaração de Helsínquia, Livro Verde).	<ul style="list-style-type: none">• A entidade responsável pela implementação do plano tem um grau de autonomia e poder de decisão muito baixos, considerando a complexidade das mudanças subjacentes.• Definição pouco clara das responsabilidades da Coordenação Nacional para a Saúde Mental e de outras entidades (Administrações Regionais de Saúde), na implementação do plano.• Falta de orçamento específico, tornando a implementação dependente de financiamento não específico de diversos setores.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">• O Plano é coordenado, a nível nacional, com outras reformas na saúde, particularmente com as que estão a ser desenvolvidas nos cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados, permitindo criar sinergias importantes com essas reformas.• O Plano permite a Portugal coordenar e harmonizar as mudanças necessárias nos cuidados de saúde mental com as principais iniciativas promovidas neste campo pela WHO e pela União Europeia (UE).	<ul style="list-style-type: none">• Estigma forte associado à doença mental em Portugal.• Autonomia reduzida dos centros de decisão locais para a tomada de decisões (e.g., departamentos dos Hospitais Gerais), colocando em risco o desenvolvimento de serviços na comunidade.• Falta de clareza sobre as responsabilidades relacionadas com os cuidados continuados integrados de saúde mental.

B2. “Missão da WHO para avaliação do progresso das Reformas de Saúde Mental em Portugal” (2011)

A equipa da WHO identificou várias **fraquezas** na organização global dos serviços públicos de saúde mental, tais como:

- Algumas áreas geográficas ainda não estavam suficientemente abrangidas por serviços locais de saúde mental;
- Os recursos humanos nos serviços existentes eram escassos e pouco qualificados;
- Existia o risco dos serviços locais de saúde mental poderem ficar sobrecarregados com casos relacionados com a ansiedade e a depressão, referenciados pelos cuidados de saúde primários;
- As pessoas com problemas de saúde mental crónicos e mais graves apresentavam risco de serem ignorados ou de não receberem os cuidados necessários;

- O atendimento prestado pelos serviços locais de saúde mental era principalmente farmacológico, com componentes psicossociais pobres;
- O financiamento era instável e a sua sustentabilidade um problema grande.

Numa segunda fase, a equipa da WHO selecionou os principais **desafios/obstáculos** para a implementação do PNSM, de entre os problemas identificados previamente:

- Os elementos do sistema de saúde mental, incluindo os cuidados de saúde primários, as equipas comunitárias, os hospitais e os serviços de reabilitação não eram claros quanto às suas prioridades, faltando coordenação.
- A prestação de serviços essenciais, tais como os serviços de intervenção na crise e residenciais, era inadequada, bloqueando o sistema como um todo.
- A menos que os cuidados primários pudessem tratar a larga maioria de pessoas com problemas de ansiedade e de depressão, os serviços especializados poderiam paralisar devido à elevada solicitação, sem capacidade para se focarem nas pessoas com necessidades graves e permanentes.
- Não existiam incentivos para aumentar tanto a dimensão médica como a não-médica dos serviços de saúde mental existentes na comunidade, resultando em ineficiências.
- Os gestores intermédios da saúde mental apresentavam falta de autoridade para implementar mudanças, delegando os orçamentos.
- O sistema de financiamento tinha criado desincentivos não intencionais para estabelecer serviços comunitários, recompensando os internamentos hospitalares e as intervenções médicas.

Para ultrapassar estes desafios, foram propostas diversas **recomendações** para tentar ultrapassar os problemas identificados:

- Aumentar a capacidade e a competência para tratar e apoiar pessoas com doenças mentais graves na comunidade, estabelecendo objetivos claros para as equipas comunitárias.
- Formar as equipas dos cuidados de saúde primários para a identificação, o diagnóstico e o tratamento das pessoas com problemas de ansiedade e depressão.
- Aumentar o número de residências para pessoas com problemas de saúde mental de longa duração, estabelecendo parcerias entre os sectores da saúde e social, e alocando responsabilidades de liderança a serviços específicos.
- Alterar as tabelas de preços de forma a criar incentivos para as intervenções comunitárias feitas por pessoal médico e não médico, com os objetivos de evitar internamentos e recaídas, e de desenvolver um sistema de cuidados global.
- Manter o financiamento de projetos-piloto que têm incentivado a inovação dos serviços, e salvaguardar a sua sustentabilidade.
- No nível regional, deve existir uma autoridade e uma responsabilidade para a monitorização da implementação efetiva dos serviços e para a colaboração dentro do sistema, com base em padrões de qualidade.

B3. “Atualização do Plano Nacional de Saúde Mental” (2012)

Em 2012, posteriormente à extinção da Coordenação para a Saúde Mental e à criação do Programa Nacional de Saúde Mental (integrado na DGS), o Ministério da Saúde determinou uma nova avaliação da implementação do PNSM, que iria conduzir a uma atualização do próprio plano. O contexto em que esta avaliação decorreu foi substancialmente diferente do das avaliações anteriores, para o que terão contribuído

três fatores: a crise financeira, as recomendações da equipa da WHO e os resultados do Estudo Nacional de Saúde Mental.

Esta avaliação permitiu verificar que, apesar do atingimento de algumas das metas previstas, se mantinham inalterados os obstáculos à implementação identificados nas avaliações anteriores: nessas circunstâncias, foi feita uma priorização das propostas do PNSM, entendida como mais adaptada aos constrangimentos económicos daquele momento, publicada posteriormente pela DGS.

B4. “Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde Mental” (2015)

Esta avaliação foi conduzida por determinação da Entidade Reguladora da Saúde, e continha dos requisitos: grau de implementação do PNSM e identificação dos principais constrangimentos. A avaliação foi conduzida no âmbito da DGS, tendo-se caracterizado os graus de execução do Plano numa representação ordinal (baixo, médio e alto), tal como descrito na Tabela 5.

Tabela 5 - Níveis de realização na implementação do PNSM

Nível de Execução	Área/Objetivo
Elevado	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento de novos serviços• Lei de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental• Formação de profissionais• Programas de promoção e de luta contra o estigma• Programas para grupos vulneráveis (idosos, vítimas de violência doméstica, sem-abrigo)• Monitorização contínua e análise regular de dados (e.g., "Saúde Mental em Números")• Avaliação por entidades externas
Médio	<ul style="list-style-type: none">• Reorganização dos serviços de urgência• Envolvimento dos utentes e famílias• Plano Nacional de Prevenção do Suicídio• Subsídios para o desenvolvimento de unidades de saúde
Baixo	<ul style="list-style-type: none">• Novo modelo de financiamento• Novo modelo de gestão de serviços• Recrutamento e aumento de recursos humanos• Implementação de Cuidados Continuados para pessoas com doença mental grave• Unidades de internamento para crianças e adolescentes• Colaboração com o setor dos cuidados de saúde primários• Colaboração com o setor da Justiça• Ligação à área dos problemas relacionados com o consumo de substâncias

Esta tabela corresponde a uma representação sinóptica dos resultados, que podem ser encontrados em detalhe em duas fontes: i) relatório elaborado pela Entidade Reguladora da Saúde, com o título “Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental”, em https://www.ers.pt/pages/143?news_id=1218 e ii) versão completa do texto elaborado pelo Programa Nacional para a Saúde Mental para este relatório da ERS, contendo todas as tabelas referentes às diferentes secções do PNSM, <https://app.box.com/s/8gv1hcdwz7nww70jigdsa5j0o3rhmvxl>

III. Aspetos Funcionais e Organizativos dos Serviços/Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental em Hospitais Gerais

A. Contexto

Na elaboração do PNSM foi realizado um estudo sobre o funcionamento dos serviços/departamentos de psiquiatria integrados em hospitais gerais, sendo dada uma ênfase particular às repercussões do processo de integração (ocorrido em 1992) no funcionamento dos serviços.

Este exercício foi repetido agora, com objetivos muito similares aos de então:

- Caraterizar o modelo de gestão, autonomia, contratualização e incentivos em vigor.
- Caraterizar as repercussões do processo de extinção dos CSM e posterior integração administrativa nos hospitais gerais.
- Caraterizar as dificuldades associadas à atividade de rotina e ao desenvolvimento de novos dispositivos e programas de saúde mental na comunidade.

Para além destes aspetos, procurou-se ainda recolher informação sobre as intervenções e programas estruturados disponibilizados pelos centros, de modo a obter uma caraterização mais rigorosa sobre o seu atual estado de diferenciação no que diz respeito à oferta de cuidados.

A avaliação foi feita através da resposta dos diretores de serviço/departamento a um questionário *online*, disponibilizado a partir da DGS.

Foi obtida a resposta de 29 unidades, um número significativamente abaixo do número total de serviços/departamentos de psiquiatria e saúde mental integrados em hospitais gerais existentes no país. Nestas circunstâncias, os resultados devem ser analisados com as devidas precauções metodológicas, pois não há qualquer possibilidade sólida de garantir que a amostra tenha representatividade nacional.

B. Resultados

1. Modelo de Gestão

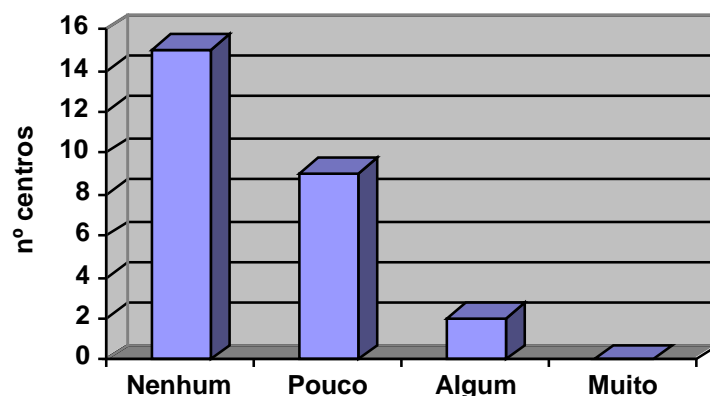
Existem apenas 3 serviços/departamentos que assumem a designação de **Centro de Responsabilidade Integrada**, ainda que se desconheça se a sua base jurídica e contratual seja similar entre si, e acima de tudo similar aos dos CRI já existentes noutras áreas do SNS.

Nos serviços/departamentos estudados, a direção/gestão é assegurada pelo Diretor em colaboração com um Enfermeiro-Supervisor (3,4%), um Enfermeiro-Chefe (66%), um administrador da carreira de administração hospitalar (69%) ou um administrador fora da carreira de administração hospitalar (4 centros).

Apenas 7 serviços/departamentos têm um orçamento anual negociado com a Administração do Hospital (% do total); para além do histórico (3 centros), a base sobre o orçamento anual assenta nos objetivos contratualizados com os conselhos de administração (14%).

No que se refere ao poder para tomar decisões em relação à **gestão dos recursos financeiros** afetos ao seu serviço/departamento, a maioria dos Diretores considera ter pouco ou nenhum poder (83%) a esse nível (fig.1)

Fig. 1. Opinião sobre poder de decisão em matéria financeira



Relativamente à área da gestão de recursos humanos, 50% dos Diretores referiram já ter tido que aceitar técnicos no seu serviço/departamento, sem consulta prévia ou mesmo contra o seu parecer.

A capacidade de intervenção dos Diretores na **seleção** dos diferentes profissionais foi considerada razoável no caso dos médicos e psicólogos, mas muito escassa na seleção de outros grupos profissionais (tabela 1)

Tabela 1. Capacidade de intervenção na seleção de pessoal

	NENHUMA	POUCA	ALGUMA	MUITA
MÉDICOS	2	8	13	6
ENFERMEIROS	9	11	6	3
PSICÓLOGOS	5	4	13	7
TÉC.SERVIÇO SOCIAL	11	8	9	1
ADMINISTRATIVO	9	14	6	0

(Contabilizados 29 serviços/departamentos)

A maioria dos Diretores de serviço/departamento (90%) considera não possuir o **poder necessário para premiar** os profissionais que alcançam bons resultados (fig. 2); paralelamente, 31% consideram não ter o **poder necessário para exigir responsabilidades** aos profissionais que não cumprem com as suas obrigações e não alcançam bons resultados (fig. 3).

Fig. 2. Opinião quanto à ausência de poder para premiar

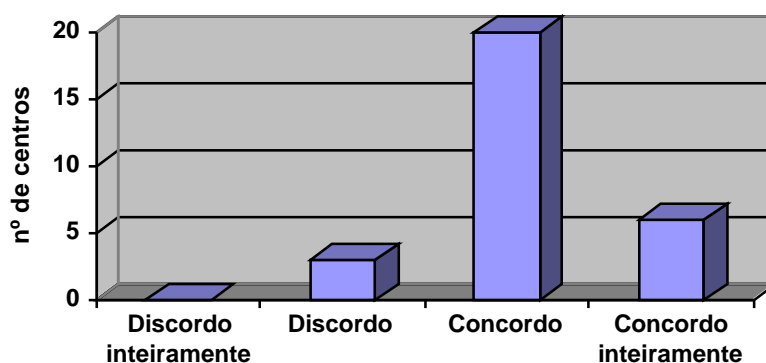
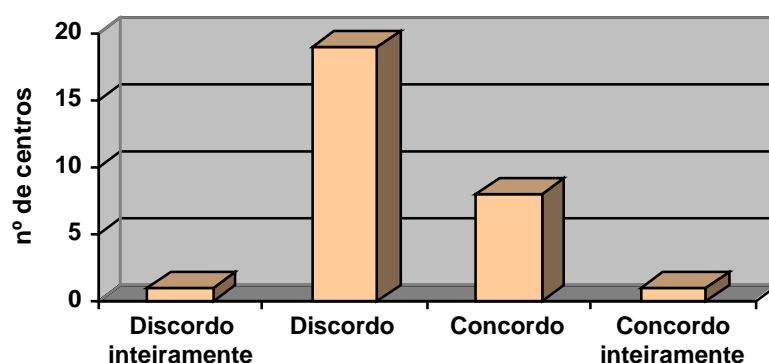


Fig. 3. Opinião quanto à ausência de poder para responsabilizar



Relativamente às infraestruturas e aspetos logísticos, a forma como tem decorrido a **realização de obras de manutenção** e conservação das instalações foi considerada má ou deficiente em 15 centros (48%), suficiente em 13 centros (42%) e boa em apenas 3 serviços/departamento (10%).

No mesmo contexto, a **capacidade de decisão**/autonomia dos Diretores em relação à manutenção e conservação das instalações dos seus serviços/departamentos foi considerada nula ou reduzida em 59% dos centros (tabela 2).

Tabela 2. Opinião sobre a capacidade de intervenção na manutenção de infraestruturas

	Nº DE CENTROS	% DO TOTAL
NENHUMA	4	14%
REDUZIDA	13	45%
ALGUMA	11	38%
MUITA	1	3%

(Contabilizados 29 serviços/departamentos)

Segundo os responsáveis pelos serviços, os obstáculos predominantes ao desenvolvimento de dispositivos e programas de saúde mental na comunidade são a escassez de recursos humanos, a falta de verbas e a disparidade das atividades com a lógica hospitalar (tabela 3).

Tabela 3. Obstáculos ao desenvolvimento de dispositivos/programas na comunidade

ÁREA IDENTIFICADA	Nº DE CENTROS	% DO TOTAL
Falta de sensibilidade das Administrações dos hospitais para este tipo de programas	12	41%
Dificuldades em integrar este tipo de atividades na lógica de funcionamento dos hospitais	22	76%
Falta de verbas para este tipo de programas	22	76%
Escassez de recursos humanos para este tipo de programas	26	90%
Falta de interesse dos profissionais de saúde mental por este tipo de atividades	1	3%
Falta de treino específico dos profissionais de saúde mental para desenvolver este tipo de atividades	6	21%
Falta de mecanismos que garantam a inclusão destas atividades na produção dos Serviços/Departamentos e na consequente retribuição financeira	20	69%
Não implementação eficaz das diretrizes do PNSM	21	72%

(Contabilizados 29 serviços/departamentos)

2. Repercussões do Processo de Integração

Nesta dimensão em concreto, os resultados devem ser perspetivados com precaução, pois a amostra em análise é apenas de 14 serviços/departamentos, por falta de resposta ao inquérito por parte de um número significativo das unidades integradas em 1992.

No que se refere à **forma como decorreu a integração** dos ex-Centros de Saúde Mental nos hospitais gerais, 79% dos centros referiram que o processo está concluído e a funcionar bem ou muito bem, havendo apenas um centro a reportar a existência de muitos problemas.

Entre as **vantagens da integração** consideradas como mais relevantes destacaram-se o apoio médico aos doentes internados em serviços de psiquiatria e o apoio psiquiátrico aos doentes de outros serviços (tabela 4); em menor grau, foram assinaladas a realização de urgência no hospital geral e a localização das unidades de internamento de doentes agudos nos hospitais gerais.

Tabela 4. Principais vantagens da integração nos Hospitais Gerais

ÁREA IDENTIFICADA	Nº DE CENTROS	% DO TOTAL
Realização de urgência no hospital geral	9	64%
Apoio psiquiátrico aos doentes dos outros serviços	10	71%
Apoio médico aos doentes internados em Psiquiatria	14	100%
Unidades de agudos localizadas em hospitais gerais	8	57%

(Contabilizados 14 serviços/departamentos integrados em 1992)

Relativamente aos principais **problemas que persistem desde a integração** (tabela 5), verificou-se que a sua expressão nestes 14 centros foi sempre inferior a 15% por item, o que denota um processo bem conseguido agora que se completam 25 anos sobre a integração.

Tabela 5. Principais problemas no processo de integração nos Hospitais Gerais

ÁREA IDENTIFICADA	Nº DE CENTROS	% DO TOTAL
Integração insuficiente na dinâmica do hospital geral	0	0%
Escassez de instalações/equipamentos	1	7%
Escassez de recursos financeiros	2	14%
Escassez de recursos humanos	2	14%
Maior dificuldade em desenvolver cuidados na comunidade	1	7%
Escassa compreensão da especificidade da saúde mental	1	7%
Perda de autonomia administrativa	1	7%
Perda de autonomia financeira	2	14%

(Contabilizados 14 serviços/departamentos integrados em 1992)

3. Oferta de cuidados

No que se refere à oferta de procedimentos terapêuticos nos serviços/departamentos (tabela 6), constata-se que se a área de psicoterapias já dispõe de um número razoável de equipas dedicadas, ainda existe um número assinalável de procedimentos que não fazem parte da oferta das unidades.

Tabela 6. Principais procedimentos terapêuticos disponíveis

PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS	NÃO	SIM, DE FORMA ESPORÁDICA	SIM, POR UNIDADE/EQUIPA DEDICADA
Psicoterapia individual	1	9	19
Psicoterapia familiar	6	15	8
Sessões de grupos multifamiliares	9	5	15
Psicoterapia de grupo	6	7	16
Psicodrama	18	3	7
Eletroconvulsivoterapia	19	1	9
Intervenção neuropsicológica	9	4	16
Terapias de mediação corporal	16	6	7
Terapia ocupacional	10	4	15

(Contabilizados 29 serviços/departamentos)

Já quanto à disponibilização de programas estruturados (assentes obrigatoriamente em equipas dedicadas), os quais exigem uma maior diferenciação técnica e de recursos, nomeadamente de profissionais não-médicos, verifica-se que na sua maioria não são oferecidos às populações, o que reflete o desenvolvimento ainda insuficiente dos SLSM.

Tabela 7. Principais programas terapêuticos disponíveis

PROGRAMAS ESTRUTURADOS	NÃO	SIM
Ligação aos CSP, efetuada nos Centros de Saúde	10	19
Programas para perturbações do comportamento alimentar	22	7
Programas integrados para demências	20	9
Apoio Domiciliário	11	18
Tratamento assertivo na comunidade	17	12
Gestão de Cuidados (<i>case management</i>)	17	12
Apoio ao emprego	24	5
Apoio residencial	24	5
Programas psicoeducacionais	5	24
Programas para indivíduos com 1º episódio psicótico	18	11
Programas de Reabilitação	12	17
Programas intersetoriais (ex, escolas, justiça)	16	13

(Contabilizados 29 serviços/departamentos)

4. Avaliação Qualitativa

A partir das respostas em texto livre às questões em formato aberto, procedeu-se a uma identificação de aspetos positivos, negativos, dificuldades e obstáculos ao funcionamento dos serviços, assim como de propostas para os ultrapassar.

a. **“No caso de o seu Serviço/Departamento ter resultado da integração de um centro de saúde mental no hospital geral a que pertence, refira quais foram, na sua opinião, os aspetos mais positivos desta integração”**

- Ligação ao hospital geral
- Melhoria dos cuidados médicos gerais prestados aos doentes psiquiátricos
- Abordagem multidisciplinar dos problemas
- Urgência efetuada num hospital geral
- Interação mais facilitada com outras especialidades
- Diminuição do estigma

b. “No caso de o seu Serviço/Departamento ter resultado da integração de um centro de saúde mental no hospital geral a que pertence, refira quais foram, na sua opinião, os aspetos mais negativos desta integração”

- Perda de autonomia financeira e administrativa
- Perda de áreas, instalações e equipamentos, com problemas de falta de espaço para os doentes (principalmente espaços exteriores)
- Dificuldades de contratação de recursos humanos
- Menor ligação aos CSP
- Mais dificuldades em desenvolver serviços na comunidade
- Pouca sensibilização e desvalorização por parte dos conselhos de administração
- Modelo de financiamento das atividades de rotina totalmente desadequado à especificidade da psiquiatria
- Equipas inadequadas, por falta de técnicos não-médicos

c. “Atualmente, quais os maiores obstáculos que se colocam na atividade de rotina do seu Serviço/Departamento?”

- Escassa autonomia financeira e administrativa
- Falta de orçamento próprio e capacidade para o gerir
- Inexistência de rede de Cuidados Continuados.
- Escassez de respostas residenciais.
- Escassez de recursos humanos para a área atribuída
- Escassez de recursos não-médicos com diferenciação técnica
- Pressão assistencial
- Estigma
- Escassez de camas para episódios agudos
- Falta de respostas para pessoas com demências
- Desmotivação
- Ausência de resposta de hospitalização de dia.
- Dificuldades de dar alta em casos sociais
- Impossibilidade de dar incentivos, na prática
- Dificuldade em colocar doentes institucionalizados
- Má articulação/referenciação excessiva dos Cuidados de Saúde Primários
- Dificuldades no acesso de doentes que moram longe
- Dificuldades logísticas para efectuar visitas domiciliárias (transporte)
- Livre escolha dificulta plano de cuidados nas situações de patologia mais grave
- Pirâmide demográfica dos psiquiatras
- Instalações insuficientes e degradadas
- Dificuldades em obter recursos para formação de internos.
- Peso excessivo da urgência, que tem recursos cada vez mais escassos
- Pouca articulação com Segurança Social

d. “Quais os maiores obstáculos que se colocam no desenvolvimento de novas atividades/programas no seu Serviço/Departamento?”

- Ausência de autonomia financeira e administrativa
- Escassez de recursos humanos para a área atribuída
- Escassez de verbas
- Contratos programa centrados na actividade médica
- Grande pressão assistencial
- Sobrecarga com atividades de formação (pese a sua enorme importância)
- Má articulação com as estruturas do Emprego
- Natureza dos contratos PPP
- Falta de respostas residenciais
- Dificuldades económicas das populações
- Escassez de respostas de reabilitação psicossocial
- Insensibilidade dos conselhos de administração para a necessidade de desenvolver a psiquiatria e saúde mental na comunidade
- Instalações insuficientes
- Pouco acesso a treino e formação específica, principalmente em intervenções diferenciadas
- Pouca articulação com Segurança Social

e. “Quais os aspetos que considera prioritários para responder a estes obstáculos?”

- Criação dos Centros de Responsabilidade Integrada
- Criação de novo sistema de financiamento
- Redefinição do papel da entidade de coordenação da implementação do PNSM
- Possibilidade de contratualizar novas atividades
- Agilização das contratações e aumento dos recursos humanos
- Privilegiar a atividade não-médica
- Melhorar a articulação com os CSP
- Criação da rede de Cuidados Continuados
- Revalorizar as carreiras profissionais, possibilidade de dar incentivos
- Criação de novos serviços
- Desenvolvimento de respostas para as demências
- Melhorar a qualidade das instalações

IV. Análise crítica da implementação do PNSM

Na altura da aprovação governamental do PNSM, ocorrida em 2008, foi admitida a necessidade de criar uma entidade coordenadora responsável pela sua implementação. As recomendações internacionais eram, à altura como hoje, muito claras nesse pressuposto fundamental. Em Portugal, este imperativo era reforçado pelo reconhecimento do âmbito, extensão e complexidade do PNSM, que abarcava áreas intersectoriais muito significativas.

Assim, foi criada em 2008 a Coordenação Nacional para a Saúde Mental, no âmbito do Alto Comissariado da Saúde, a qual, apesar do seu dinamismo inicial, viria a ser extinta no final de 2011 (DL nº 124/2011, 29 Dez), tal como as restantes coordenações nacionais (VIH/SIDA, Doenças Cardiovasculares e Doenças Oncológicas). Já no âmbito da nova orgânica do Ministério da Saúde no XIX Governo Constitucional, foi criado o Programa Nacional para a Saúde Mental, integrado na Direção Geral da Saúde (DGS).

Concomitantemente, foram extintas duas entidades com quem a Coordenação tinha um relacionamento mais próximo, a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários e a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados de Saúde.

Neste contexto de autonomia decrescente, a implementação do Plano teve, desde o seu início, sérios constrangimentos à sua efetivação, identificados sistematicamente nas avaliações sucessivas a que o PNSM foi sujeito e que se podem sintetizar na seguinte lista:

- Escasso grau de autonomia e de capacidade de decisão da estrutura responsável pela implementação do PNSM, tomando em consideração a complexidade das mudanças a implementar;
- Inexistência de coordenação eficaz dos elementos do sistema de saúde mental, que incorporam os cuidados de saúde primários, as equipas comunitárias, os hospitais e os cuidados comunitários de reabilitação. Ao fim de 10 anos, mantém-se inalterada uma grande assimetria na afetação de recursos humanos a hospitais centrais, predominantemente os localizados em Lisboa, Porto e Coimbra, impossibilitando o desenvolvimento de atividades nos hospitais mais periféricos, que se deparam com enormes dificuldades de contratação e com um grande desinvestimento por parte da maioria dos conselhos de administração;
- Reduzida autonomia dos centros de decisão a nível local (e.g. SLSM integrados em hospitais gerais), com baixa capacidade de decisão dos Diretores dos Serviços Locais de Saúde Mental e dos Coordenadores Regionais de Saúde Mental, comprometendo o desenvolvimento dos serviços na comunidade;
- Modelo de financiamento e gestão inadequados às necessidades específicas do setor, com inexistência de um orçamento e verbas próprias;
- Dificuldades no desenvolvimento de modelos formais de articulação com os cuidados de saúde primários, agravados pela extinção da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, com quem existia uma colaboração regular;
- Fraca implementação da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
- Inexistência de incentivos para a realização de intervenções comunitárias, tanto por profissionais médicos como pelos restantes profissionais de saúde mental;
- Inexistência a nível regional (ARS) de mecanismos executivos de monitorização da implementação efetiva dos serviços e das parcerias ao longo do sistema, baseados em *standards* da qualidade. A título de exemplo, os serviços em hospitais com regime de PPP não têm assumido integralmente as suas responsabilidades assistenciais nos mesmos moldes exigidos aos restantes SLSM, com impacto em várias áreas concretas de atividades (ex: intervenções comunitárias, serviço de urgência, etc.).

Com estes constrangimentos, a que se somaram os constrangimentos financeiros decorrentes da crise económica, se foi possível implementar algumas das iniciativas e atividades previstas no PNSM, muitas vezes através de soluções inovadoras criadas pelos profissionais, constata-se igualmente que em grande parte das áreas, algumas delas absolutamente cruciais para a reforma dos serviços de saúde mental, a implementação teve uma realização muito inferior ao previsto.

Neste momento, com a quantidade de informação disponível, proveniente de processos de avaliação internos e externos, relatórios de grupos de trabalho, dados monitorização contínua e resultados de projetos de investigação, não parece necessário nem justificável prolongar a fase de avaliação por mais tempo.

O grau de implementação está suficientemente caracterizado, os constrangimentos e obstáculos estão desde há muito identificados, a informação recolhida e produzida para além das avaliações formais veio confirmar sistematicamente o que já tinha sido referido, e reforçar com um cariz metodologicamente mais sólido a análise crítica deste processo.

Na segunda parte deste documento, são abordados as dimensões consideradas nucleares para a implementação do PNSM, agora numa extensão até 2020. À semelhança do que ocorre com os documentos análogos produzidos em outros países europeus, procuram-se isolar aqui os elementos considerados determinantes para que se consigam ultrapassar os obstáculos já identificados, permitindo retomar um processo de reforma que foi em larga medida interrompido nos últimos anos. Cada dimensão nuclear é desdobrada em três tópicos: contexto geral, situação atual/obstáculos e estratégia recomendada.

Ao invés dos documentos anteriores, não se optou aqui por elaborar de novo um relatório com recomendações técnicas, uma vez que se considera que as mesmas já estão suficientemente explanadas quer no PNSM, quer num conjunto de documentos publicados posteriormente (relatórios oficiais, estudos, projetos de investigação).

Pelo contrário, optou-se por priorizar neste relatório um conjunto de recomendações de natureza eminentemente organizativa e política, uma vez que é aí que reside a chave para ultrapassar os constrangimentos acima aludidos. Como a experiência dos últimos 10 anos mostra de forma muito sólida, as recomendações de conteúdo mais técnico só poderão ser implementadas com efetividade se primeiro forem tomadas decisões a nível político.

Esta tarefa está em parte facilitada pela congruência existente entre o conteúdo do PNSM e as avaliações efetuadas de 2010 à data presente, reforçada com a informação acumulada desde então, e com as recomendações da generalidade das entidades internacionais mais relevantes nesta área.

PARTE II

Propostas prioritárias para a extensão do Plano Nacional de Saúde Mental a 2020

Propostas prioritárias para a extensão do Plano Nacional de Saúde Mental a 2020

I. Criação de uma equipa de coordenação responsável pela implementação do PNSM

A. Contexto geral – Desenvolver, gerir e avaliar a implementação de políticas, planos e programas de saúde mental a nível de um país ou região é um processo extremamente complexo, com dimensões que transcendem largamente a organização de serviços responsáveis pela prestação de cuidados. A análise da literatura disponível mostra que os processos de reforma na área da saúde mental estão dependentes de um grande número de circunstâncias específicas (estruturas, modelos, recursos), que em grande parte permitem explicar a heterogeneidade encontrada nos países que os implementaram. No entanto, mostra também de forma inequívoca que o sucesso depende em larga medida da existência de uma entidade autónoma responsável pela coordenação das várias dimensões integrantes do processo, razão pela qual a maior parte dos países tem optado por esse modelo, aliás recomendado pelas organizações internacionais com responsabilidade de produção de diretrizes nesta matéria.

B. Situação atual e obstáculos identificados - A ausência de uma equipa de coordenação, com um mandato claro e com capacidade de execução, foi identificada, nas diversas avaliações efetuadas, como uma das maiores barreiras à implementação do PNSM. Embora já presente no documento de autoavaliação produzido em 2010 no âmbito do Alto-Comissariado para a Saúde, esta questão tornou-se central com a extinção da Coordenação Nacional de Saúde Mental em 2011 e com a sua substituição pelo então designado Programa Nacional de Saúde Mental, integrado na Direção-Geral de Saúde e dotado de competências de decisão e autonomia ainda mais reduzidos do que os da anterior Coordenação Nacional.

No documento de reatualização do PNSM, publicado em 2012, pode ler-se a este propósito: *“Se as experiências de outros países onde se levaram a cabo reformas dos serviços de saúde mental com sucesso mostram que é fundamental a existência de uma entidade coordenadora a nível nacional com largas responsabilidades na implementação do plano, a verdade é que estas experiências evidenciam igualmente que as referidas entidades só demonstraram funcionar com eficiência quando e onde tiveram um orçamento adequado aos objetivos do plano e dispuseram de capacidade de decisão relativamente às inúmeras medidas de carácter administrativo e financeiro que implica uma reforma profunda dos serviços de saúde mental.*

O modelo que acabou por ser adotado, com a reduzida autonomia de que gozava a CNSM e as ambiguidades existentes quanto a quem era responsável pelo quê (particularmente no que se refere ao desenvolvimento dos cuidados continuados e às medidas relacionadas com a reestruturação dos serviços de saúde mental), revelou ser um modelo que dificultou muito o processo de tomada de decisões e que comprometeu significativamente a capacidade de concretização de muitas das mudanças que se pretendem alcançar com o PNSM”.

A mesma questão foi destacada na avaliação externa levada a cabo pela WHO em 2011-2, assim como nos documentos elaborados no contexto da Joint Action (2015), em que se recomenda, a propósito da necessidade de melhorar o uso e a eficácia de mecanismos para monitorizar a implementação da reforma de saúde mental: *“...fortalecer as Unidades/Equipas responsáveis pela implementação das estratégias de saúde mental ao nível nacional e regional, assegurando que possuem os recursos técnicos necessários e que têm capacidade de decisão suficiente para implementar estratégias de forma efetiva, particularmente quando envolvem assuntos organizacionais, financeiros e de recursos humanos complexos”.*

Conjugando por um lado os dados da literatura, a evidência científica existente e as recomendações da WHO, e, por outro, os resultados das avaliações sucessivas do impacto desta situação na implementação do PNSM em Portugal, constata-se que **não parece possível contornar os obstáculos evidenciados nos últimos 10 anos sem se assegurar de forma inequívoca a existência de uma estrutura funcional de coordenação nacional, com recursos adequados, competência técnica e poder de decisão.**

C. Recomendações

1. Deve ser criada uma equipa de coordenação multidisciplinar com autonomia administrativa e dotada de um orçamento próprio de funcionamento, com as seguintes funções nucleares:
 - Implementação do PNSM, incluindo aqui o desenvolvimento, gestão, monitorização e avaliação de políticas, planos e programas de saúde mental, numa base de âmbito nacional
 - Promoção da articulação intersectorial (saúde, educação, justiça, emprego e segurança social, etc)
 - Desenvolvimento de normas de orientação clínica e organizativa
 - Produção regular de indicadores de estrutura, processo e resultados, baseados num sistema de informação com cobertura nacional
 - Vigilância epidemiológica (*surveillance*)
 - Promoção da participação ativa de organizações da sociedade civil no desenho e avaliação de políticas, planos e programas de saúde mental
 - Representação do Ministério da Saúde nos organismos internacionais de saúde mental, nomeadamente nas instâncias relacionadas com a organização de políticas e serviços de saúde mental
2. Devem ser garantidas as condições suficientes para que esta equipa possa desempenhar as suas funções de forma efetiva, ultrapassando finalmente os obstáculos repetidamente identificados nas diversas avaliações do PNSM, o que implica um compromisso a dois níveis:
 - A equipa de coordenação tem de possuir uma composição adequada ao seu nível de responsabilidade e à diversidade das áreas funcionais representadas (ex: coordenação técnica, logística, serviços de suporte, informática e sistemas de informação), de forma em tudo análoga a outras entidades com funções de natureza afim.
 - Os níveis de autonomia e de capacidade de decisão da equipa de coordenação devem ser definidos com clareza, nomeadamente no que se refere à articulação funcional com as autoridades regionais de saúde.

II. Modificação do modelo de gestão e organização dos serviços de saúde mental.

A. Contexto geral – A necessidade de melhorar a liderança e a governação do sistema de saúde mental, a nível nacional, regional e local, foi e continua a ser reconhecida a nível internacional como um objetivo prioritário das políticas de saúde mental.

De acordo com o Plano de Ação Global de Saúde Mental 2013-2020 da WHO, o primeiro dos quatro grandes desafios no campo das políticas de saúde mental é justamente “fortalecer uma liderança efetiva e desenvolver a capacidade de governação na área da saúde mental”.

Também as Linhas de Ação Estratégica sobre Políticas de Saúde Mental e Bem-Estar da União Europeia consideram que garantir a sustentabilidade e a implementação eficaz e sustentável de políticas adequadas de saúde mental deverá ser o primeiro objetivo a atingir, recomendando para tal aos Estados Membros que desenvolvam e atualizem as suas políticas relacionadas com a saúde mental, e melhorem a liderança e a governação no sistema de saúde mental.

No mesmo sentido, o PNSM considerou prioritária a introdução de profundas alterações ao modelo de organização e gestão dos departamentos hospitalares de Psiquiatria e Saúde Mental, desde logo pelo cumprimento legal de organização em Centros de Responsabilidade Integrada, dotando os seus coordenadores da capacidade e responsabilidade de implementação e gestão de rede efetiva de respostas integradas, com particular ênfase nos dispositivos de proximidade.

B. Situação atual e obstáculos identificados – a manutenção do modelo de gestão de serviços, sem qualquer tipo de autonomia gestionária, é identificada como limitadora do desenvolvimento de cuidados na comunidade. A prestação de cuidados de saúde na área da saúde mental continua, genericamente, capturada pela visão das estruturas hospitalares, contribuindo para um desfasamento entre as fundamentais respostas às necessidades dos cidadãos e os cuidados prestados pelos serviços de saúde.

Este constrangimento foi também sublinhado na avaliação externa realizada pela WHO em 2011-2 ao considerar que “... o atual sistema de gestão dos serviços de saúde mental em Portugal levanta inúmeros obstáculos a qualquer tentativa de desenvolvimento racional de serviços na comunidade, favorecendo a manutenção de cuidados baseados no recurso excessivo ao internamento e desincentivando a continuidade de cuidados”.

Parece-nos inquestionável que a organização e gestão dos serviços de saúde mental terá necessariamente de evoluir e inovar, apoiando-se em evidência científica atualizada; adotando um modelo de organização que parta da premissa de que a prestação de cuidados de saúde mental deve estar baseada na comunidade com os necessários dispositivos equipas e programas de saúde mental comunitária, referenciar o internamento para o hospital geral, ter uma coordenação comum com autonomia gestionária e estar dotada de capacidade para articular com os cuidados primários e continuados de saúde e outros agentes da comunidade.

C. Recomendações

1. Os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) devem constituir-se como Centros de Responsabilidade Integrada, dotados de orçamento próprio, nos termos da Lei de Saúde Mental, da RCM nº 49/2008 e do decreto-lei nº 304/2009, dotando-os de autonomia, mas fundamentalmente de responsabilização e capacidade de decisão e participação necessárias ao desenvolvimento dos serviços.

2. Os SLSM devem reunir as condições necessárias para:
 - organizar e capacitar equipas multidisciplinares;
 - assegurar a gestão eficiente das unidades, equipas e programas de que são responsáveis;
 - implementar uma rede de serviços comunitários, com várias tipologias de resposta;
 - prestar cuidados individualizados na comunidade, garantindo estreita articulação com os cuidados primários e continuados, serviços de apoio social e outros agentes na comunidade.
3. Deve ser assegurada a descentralização de cuidados, dotando os SLSM dos hospitais mais periféricos das necessárias condições para que possam prestar cuidados de proximidade à população por eles servida, de acordo com os princípios explicitados na secção IV (“Criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados”).
4. Deve ser clarificado o quadro de responsabilidades assistenciais dos serviços em hospitais com regime de Parcerias Público-Privadas (PPPs), de forma a que assumam o seu papel de prestadores de cuidados nos mesmos termos exigidos aos restantes SLSM.

III. Financiamento, sistema de informação e criação de novo modelo de pagamento dos serviços de saúde mental.

A. Contexto geral - O reconhecimento unânime da importância que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental assumem na vida das sociedades modernas, considerados como principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade, a par do impacto económico direto e indireto, pelos seus efeitos multiplicadores, merece só por si terem um papel de forte relevo na agenda política de qualquer governo.

A literatura é igualmente unânime em relacionar o sucesso das políticas de saúde mental com a existência concomitante de três determinantes instrumentos; uma infraestrutura de informação eficaz e abrangente de recolha, análise e medição de *inputs* e resultados, financiamento ajustado à carga global de doença e um modelo de pagamento que incentive as melhores práticas de promoção e tratamento em saúde mental.

Existe hoje evidência suficiente de que os modelos de pagamento mais eficientes, mais custo efetivos e com melhor retorno a longo prazo, pela moderação da utilização de cuidados desnecessários, e da preferência dos utentes e famílias, assentam numa rede de prestação de contínuo de cuidados de proximidade, em articulação estreita com os outros agentes da comunidade.

Já em 2007, podia ler-se no PNSM que *“A introdução de profundas mudanças no sistema de gestão e funcionamento dos serviços de saúde mental é assim uma prioridade absoluta no momento presente. O estabelecimento de um orçamento nacional para a saúde mental constitui uma medida fundamental para a implementação das reformas que se propõem neste plano. Sem este instrumento, será muito difícil promover mudanças significativas num sistema com as características e a história do sistema de saúde mental”*.

E mais adiante acrescentava: *“O estabelecimento de um modelo de financiamento baseado em princípios de contratualização é outra prioridade, sendo necessário assegurar um orçamento sectorial para os Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM). Este modelo de financiamento deverá tomar em consideração as especificidades dos cuidados de saúde mental. Não é possível manter um modelo centrado apenas nas linhas de produção de internamento, consultas e urgências que prevalece nos hospitais gerais e que está longe de refletir as atividades realmente desenvolvidas pelos serviços de saúde mental.”*

B. Situação atual e obstáculos identificados - Decorridos 10 anos sobre o início da implementação do PNSM, e apesar das recomendações aí preconizadas, o modelo de contratualização e de pagamento das intervenções em saúde mental manteve-se inalterado, excessivamente centrado nos profissionais médicos, não prevendo a valorização e desenvolvimento da atividade de outros profissionais, indispensáveis nas equipas multidisciplinares de saúde mental, e orientado apenas para o pagamento de episódios das linha de produção hospitalar; internamento, consultas médicas, sessões de hospital de dia e urgências, longe de refletir as atividades necessárias ao desenvolvimento dos serviços e equipas de saúde mental de base comunitária.

Igual perspetiva foi expressa na avaliação da WHO em 2011-12 ao considerar que *“...o atual modelo de financiamento (pagamento) em vigor tem efeitos perversos que resultam na criação de incentivos ao internamento e à fragmentação de cuidados, tornando muito difícil promover um sistema integrado de cuidados com base na comunidade”*.

A manutenção do reduzido financiamento do sistema de saúde mental, com uma dimensão inversa ao problema e impacto real da doença, com graves assimetrias geográficas na afetação de recursos financeiros e humanos, continua a apresentar-se como um fator crítico à constituição de equipas de saúde mental

comunitária, orientadas para programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise, trabalho com as famílias, entre outros.

Simultaneamente, a informação caraterizadora da organização, funcionamento e prestação dos serviços de saúde mental e do próprio sistema no seu conjunto continua a ser insuficiente e deficiente.

A prossecução de uma política de Saúde Mental una, consistente e consequente tem-se deparado com estes fortes obstáculos, inviabilizadores da implementação efetiva de reformas devidamente pensadas e programadas.

C. Recomendações

1. Adotar e implementar um novo modelo de pagamento dos serviços de saúde mental, que permita ultrapassar os enormes bloqueios inevitavelmente associados ao atual modelo (assente maioritariamente na atividade médica), nomeadamente que possa contemplar a capitação, o pagamento por resultados e respetivas variáveis de medida, a relação custo efetividade das prestações e que em última instância incentive quer a intervenção de equipas multidisciplinares quer a proximidade às populações.

A necessária adequação dos mecanismos de pagamento podem e devem, enquanto variáveis instrumentais, incentivar a mudança no equilíbrio entre os serviços da comunidade e o hospital, numa perspetiva de continuidade de cuidados, facilitando, ainda, a introdução de inovações nos sistemas, nomeadamente, flexibilidade orçamental, fundos específicos para os serviços na comunidade e incentivos financeiros e não financeiros que influenciem eficazmente o desempenho do sistema de saúde mental.

2. Deve ser definida uma percentagem da despesa em saúde mental no total de despesas de saúde ajustada à magnitude dos problemas desta área (definidos em termos de prevalência e contribuição específica para a carga global das doenças).

Por mais eficiente e efetivo que seja, o modelo de pagamento é claramente indissociável do volume de financiamento que lhe está afeto. É hoje amplamente reconhecido que os recursos financeiros disponíveis para a saúde mental se situam num nível baixo considerando a contribuição real das perturbações psiquiátricas para a carga global das doenças, recomendando-se que a despesa em saúde mental no total da despesa em saúde, progressivamente, se situe em níveis europeus (em 2013: 5,2% em Portugal, 10% na Suécia, 11% na Holanda, 11% na Alemanha, 12,9% em França e 13% no Reino Unido - Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2015).

3. Deve ser implementado um sistema integrado de informação em saúde mental que sustente os processos de tomada de decisão, monitorização e de avaliação, constituindo-se como o suporte ao estudo e conhecimento da Saúde Mental em Portugal.

Este sistema deverá igualmente dar a conhecer, em tempo útil e de forma detalhada, todo o tipo de informação inerente à atividade na área da saúde mental, nomeadamente caracterização dos recursos envolvidos, físicos, humanos e financeiros, custos por atividade e resultados quantitativos e qualitativos. Em síntese, deverá reunir as condições necessárias para que passemos a dispor de uma visão agregada da gestão da doença.

IV. Criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados.

A. Contexto geral - A resposta às necessidades das populações, numa área em que as taxas de morbilidade e a carga global de doença são particularmente elevadas, exige uma rede de entidades prestadoras de cuidados de boa qualidade, a funcionar em rede, com canais de referência e contra-referência simples e claros, que permita abranger as várias dimensões em jogo: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, num modelo orientado para a recuperação (*recovery*). Nesta rede, os SLSM, organizados estrutural e organicamente de acordo com a legislação em vigor e com as diretrizes do PNSM, devem disponibilizar às populações um conjunto de intervenções e programas adequados às necessidades identificadas, e corretamente fundamentados na evidência científica atualizada.

A disponibilização das intervenções e programas nos SLSM só é possível se efetivada por equipas multidisciplinares ajustadas em número e diferenciação às necessidades das populações, o que implica que sem se garantir que estas equipas existem, não é possível assegurar a prestação integrada de cuidados de qualidade.

Para salvaguardar a equidade, a distribuição de recursos logísticos (estruturas, profissionais, equipas) num país deve ser determinada por diversos elementos, tais como a população residente, a densidade e dispersão demográfica, a distribuição etária, o índice de vulnerabilidade das populações, a distância aos centros urbanos, a disponibilidade de profissionais, procurando em última instância a melhoria do acesso aos cuidados e a resposta atempada às necessidades das populações. Dada esta panóplia de dimensões, a provisão de recursos é um processo de relativa complexidade, que não se pode nem deve resolver predominantemente com base no histórico das instituições, uma vez que os elementos acima referidos são variáveis e acarretam modificações significativas nas necessidades das populações.

B. Situação atual e obstáculos identificados - Esta análise necessita da avaliação concomitante das duas dimensões envolvidas, a primeira referente às necessidades das populações, a segunda referente à oferta de intervenções e programas disponíveis nos SLSM.

Em Portugal, apesar da elevada prevalência das perturbações psiquiátricas, os dados existentes sugerem que uma parte significativa de pessoas com necessidades não recebe cuidados de saúde mental adequados. No Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (EENSM), o hiato de tratamento (*treatment gap*) foi de 64,9% nas perturbações moderadas, e de 33,6% nas perturbações mais graves, de acordo com os critérios de gravidade da SAMSHA, utilizados no projeto. Da mesma forma, os resultados mostraram que menos de metade das pessoas com uma perturbação psiquiátrica iniciavam qualquer tipo de tratamento no primeiro ano após o início dos sintomas (4 anos na mediana de atraso de tratamento para a depressão major). Por outro lado, como foi evidenciado no relatório da ERS (2015), persistem dificuldades manifestas no acesso aos serviços em função da distância aos mesmos, o que acarreta que as pessoas não recebem cuidados equivalentes para necessidades equivalentes em função da sua localização geográfica. O consumo de psicofármacos, nomeadamente de benzodiazepinas, que apresenta níveis quase duplos em comparação com a média dos restantes países europeus, sugere que a prescrição é uma opção terapêutica muito frequente no nosso país na abordagem das perturbações ansiosas e depressivas, o que eventualmente poderá ser motivado pela indisponibilidade de propostas terapêuticas alternativas e mais efetivas.

No que se refere à disponibilização de intervenções e programas nos SLSM, constata-se que existe uma enorme heterogeneidade de recursos e práticas, não sendo claro o racional para tal situação. Não se podendo nem devendo esperar que todos os SLSM possuam exatamente os mesmos recursos e que a oferta seja a mesma, dadas as diferenças existentes nas populações respetivas, os desejáveis efeitos de escala (ex: tratamento de perturbações de elevada complexidade mas com baixa prevalência) e a autonomia relativa que possuem face aos conselhos de administração, existem no entanto diferenças muito significativas de recursos

e de práticas que são dificilmente explicáveis do ponto de vista técnico, a não ser eventualmente por motivos de natureza histórica.

Avaliando a implementação do PNSM na última década, é evidente que não se conseguiu até hoje corrigir esta situação, mantendo-se a existência de grandes assimetrias a nível do território nacional, que não são compatíveis com uma alocação de recursos em função das necessidades, e que dificultam seriamente um desenvolvimento ajustado dos SLSM.

A não correção deste processo constitui um obstáculo nuclear para a diferenciação exigível das atividades dos SLSM numa base nacional, e em última análise inviabiliza a disponibilização de um conjunto de intervenções e programas a muitos doentes e seus familiares, criando uma situação de desigualdade.

C. Recomendações

1. Os SLSM de todo o território nacional devem ser dotados de equipas multidisciplinares ajustadas às necessidades das populações, estruturadas de acordo com os princípios organizativos estipulados no PNSM. Os diretores dos SLSM deverão ter competências de coordenação e articulação, na sua área de responsabilidade, com as estruturas afins (DICAD, CPCJ, Rede Social no âmbito dos municípios, ACES, estruturas de saúde mental do sector social, etc).
2. A provisão de recursos deve abandonar progressivamente o método histórico, e passar a obedecer a um racional técnico, que numa primeira fase poderá ser fundamentado (ainda que não exclusivamente) em índices demográficos, e que progressivamente deverá incluir outros elementos de alocação.
3. Os SLSM devem estar organizados de forma a disponibilizar obrigatoriamente um conjunto mínimo de prestações (dispositivos, intervenções, programas), definidos de acordo com as boas práticas e baseados na evidência. Para tal, devem num curto prazo ser dotados de estrutura física e recursos humanos que permitam incluir sistematicamente unidades de internamento para doentes agudos em hospitais gerais, hospital de dia, unidades de ambulatório e equipas comunitárias, capazes de desenvolver uma atividade diferenciada de acordo com as normas científicas mais atualizadas.

V. Saúde Mental e Cuidados de Saúde Primários.

A. Contexto geral - Nas últimas décadas, a modificação estrutural da prestação de cuidados de saúde mental tem vindo a reforçar a importância dos cuidados de saúde primários (CSP), nomeadamente no que se refere às perturbações mentais comuns. Embora este conceito não figure nos sistemas de classificação oficiais, a sua utilização está amplamente difundida na literatura científica, principalmente no que se relaciona com a saúde mental na interface entre serviços psiquiátricos e os CSP, e engloba as situações clínicas que mais frequentemente surgem neste último contexto (e.g., problemas/perturbações de ansiedade, depressão, somatização, consumo de álcool).

Embora a integração da saúde mental nos CSP constitua uma prioridade para a generalidade dos países e dos organismos internacionais de saúde, o papel cada vez mais relevante assumido pelos CSP na prestação de cuidados de saúde mental varia consoante a filosofia e o grau de desenvolvimento do sistema de saúde e da formação dos seus profissionais, tanto no que se refere aos próprios CSP como aos SLSM. Ao invés de um modelo único de aplicação universal, a literatura evidencia a existência de diversos modelos, adaptativos e ajustados às realidades de cada contexto sociocultural e económico. Reforça-se assim a ideia de que a implementação com sucesso de um modelo de integração de cuidados nesta área depende criticamente de uma detalhada análise prévia de fatores contextuais (dados epidemiológicos, organização do sistema de saúde, recursos humanos disponíveis e respetiva formação, modelo de referênciação, financiamento, etc.).

B. Situação atual e obstáculos identificados - Em Portugal, no que se refere a fatores contextuais, devem ser levados em consideração dimensões de natureza epidemiológica e assistencial. O EENSM evidenciou a existência de uma elevada prevalência anual de perturbações psiquiátricas (22,9%), com predomínio para as perturbações da ansiedade (16,5%) e do humor (7,9%). No que se refere à gravidade, embora a maioria dos casos se distribuisse pelos grupos de gravidade ligeira e moderada (31,9% e 50,6%, respetivamente), as perturbações depressivas apresentaram um padrão de maior gravidade. Na área específica dos CSP os dados disponíveis apontam para uma prevalência global de problemas de saúde mental entre os 29 e os 59%, com predomínio da patologia depressiva.

Comparando Portugal com outros países Europeus, a utilização de serviços de saúde mental é relativamente baixa (1,7% vs 5-8%), ao passo que a de CSP é proporcionalmente mais elevada (7% vs 11%). No EENSM, a maior utilização de serviços ocorreu nos CSP, que atenderam 9,8% da população da amostra, enquanto os serviços de saúde mental atenderam 6,6% da amostra. O registo de utentes com problemas de saúde mental nos CSP mostra um padrão de aumento progressivo, comum às cinco regiões de saúde de Portugal continental, entre 2011 e 2014, com predomínio de perturbações depressivas, seguidas de perturbações da ansiedade.

Do ponto de vista organizativo, a integração da saúde mental nos CSP, através das suas múltiplas e diversificadas unidades funcionais (USF/UCSP, UCC, URAP) e da articulação com os serviços de saúde mental, tem figurado como um objetivo nuclear dos documentos legislativos produzidos nas últimas três décadas em Portugal, nomeadamente na Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98), no PNSM e no DL 28/2008, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Apesar de não ter sido elaborada até à data uma norma oficial de implementação no terreno, desde há muitos anos que em diversos locais se têm vindo a desenvolver processos de articulação entre CSP e serviços de saúde mental. **No entanto, persistem ainda hoje por resolver os problemas já identificados nas várias avaliações anteriores do PNSM, a saber:**

a) Inexistência de um modelo definido de integração: no território nacional existe uma marcada heterogeneidade a nível da interação entre os CSP e os serviços de saúde mental, com grande variabilidade

nas respostas oferecidas aos indivíduos com problemas de saúde mental. Este problema tem raízes históricas, relacionando-se, entre outros fatores, com o ainda insuficiente desenvolvimento de equipas de saúde mental comunitária em muitos dos SLSM do país.

b) Dificuldades na articulação: mesmo em situações em que existe articulação, as estruturas físicas e os recursos humanos encontram-se frequentemente separados, o que dificulta uma integração efetiva dos cuidados. Nos casos em que a articulação é escassa ou não existe, o modelo de bi-referenciação é frequentemente caracterizado como pouco eficaz, tanto por médicos de família como por psiquiatras.

c) Constituição das equipas: a integração da saúde mental nos CSP implica a existência de recursos humanos em número adequado e com competências específicas para a prestação de cuidados em *contexto* de cuidados primários, tanto a nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde, como dos serviços de saúde mental.

d) Adequação das intervenções e programas: a prestação de cuidados de saúde mental nos CSP deve abranger, para lá dos aspetos da deteção de problemas psiquiátricos (incluindo avaliação de risco de suicídio), o manejo de grande parte das situações clínicas de depressão e ansiedade. Para estas situações existe hoje em dia uma base sólida de evidência científica sobre a utilização de modelos incorporando terapias psicológicas breves, envolvendo de forma sequencial diversos profissionais (médicos/enfermeiros de família, psicólogos, psiquiatras e enfermeiros especialistas de saúde mental). Ao contrário da maioria dos países da Europa ocidental, em Portugal estes modelos não estão implementados de forma significativa, e as terapias psicológicas para ansiedade e depressão não são, regra geral, disponibilizadas nos CSP.

Da mesma forma, a escassa integração existente dificulta sobremaneira o desenvolvimento de atividades regulares de promoção e prevenção, que devem ter nos CSP um dos seus contextos preferenciais, e que ainda são raras entre nós.

C. Recomendações

1. Deve assumir-se a integração da saúde mental nos CSP como uma verdadeira prioridade, dotando-a de apoio político claro e estabelecendo como diretriz a sua implementação em todo o território nacional, implicando nesse processo todos os ACeS e SLSM, tal como está previsto no PNSM.
2. Deve ser definido um modelo de integração, a partir de elementos de natureza técnico-científica (necessidades das populações, modalidades de articulação entre ACeS e SLSM, critérios de bi-referenciação, papéis e responsabilidades dos vários intervenientes, efetividade das intervenções), que seja ajustável às diferentes realidades do território nacional. Os CSP devem assumir métodos de tratamento das perturbações psiquiátricas comuns, farmacológicos e psicossociais, com recursos de pessoal qualificado adequados, sem prejuízo da articulação com os SLSM quando a severidade dos sintomas, o risco associado ou a resistência ao tratamento o justificar.

A literatura mostra que não há processos ideais/universais e que existem excelentes exemplos oriundos de países com níveis de desenvolvimento muito díspares: os serviços portugueses com mais experiência no terreno, pelo seu conhecimento dos obstáculos específicos da sua realidade, poderão dar uma contribuição inestimável nesta área.

3. A oferta de cuidados de saúde mental nos CSP deve ser diferenciada, passando a disponibilizar intervenções e programas terapêuticos baseados na evidência científica e com boa relação custo-efetividade.

Este objetivo só será alcançável, a médio prazo, através da adequação dos recursos humanos em termos da sua diversidade, número e treino específico, uma vez que os programas mais diferenciados não devem ser executados por um grupo profissional de forma individualizada, mas sim por equipas multidisciplinares.

VI. Implementação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

A. Contexto geral - As perturbações psiquiátricas associadas a um maior nível de incapacidade necessitam de um processo de reabilitação que incida, por um lado, na recuperação de competências individuais e sociais, e por outro, na criação de suportes sociais adequados aos diferentes níveis de autonomia. Nestas situações, a continuidade de cuidados deve assentar numa rede com grande flexibilidade, que se ajuste às necessidades identificadas de cada doente, em cada momento. Tratando-se muitas vezes de situações de evolução crónica, sujeitas a recaídas, importa que o *continuum* de cuidados seja garantido ao longo da cadeia de serviços, desde as unidades de internamento, nos episódios agudos, até ao acompanhamento ambulatorio e à reabilitação, baseado na articulação funcional entre os SLSM e as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental e apoio social.

A saúde mental pública dá cada vez maior ênfase à manutenção das pessoas na sua comunidade residencial, como vetor de promoção da autonomia e da inclusão social. O tratamento e a reabilitação, nesta perspetiva, são interdependentes, interagindo um sobre o outro. A combinação dos dois pode ser simultânea, sequencial ou intermitente, de acordo com as necessidades das pessoas, existindo diferenças entre os métodos utilizados e as metas a curto, médio e longo prazo.

Este processo pretende capacitar cada pessoa para atingir o nível máximo de funcionamento social, profissional e familiar, no meio menos restritivo possível. O processo de transição associado é, subsequentemente, uma fase imprescindível que exige intervenções e programas específicos, aplicados por profissionais altamente qualificados e facilitadoras da passagem de um meio protegido para a comunidade.

Atualmente, nenhum sistema de saúde mental pode definir-se como moderno, completo, ou alinhado com a dimensão dos direitos humanos e com os princípios da recuperação, se não disponibilizar uma rede nacional de cuidados continuados de saúde mental. Só uma rede nacional com estas características pode responder com qualidade aos desafios da prestação de cuidados na área das doenças mentais mais incapacitantes.

B. Situação atual e obstáculos identificados - Tal como aconteceu nas últimas décadas em muitos países ocidentais industrializados, em Portugal foram feitos nos últimos anos esforços significativos para promover a reestruturação e a modernização dos serviços de saúde mental. Um dos principais objetivos da reorganização dos serviços tem sido a transição dos cuidados de saúde mental de longa duração prestados em hospitais psiquiátricos para serviços baseados na comunidade, integrados no sistema geral de saúde e mais acessíveis para as populações.

Com o objetivo de criar as estruturas e os programas na comunidade que viriam a constituir a Rede Nacional de Cuidados Continuado Integrados de Saúde Mental (RNCCI-SM), definida no PNSM 2007-2016, foi preparada e aprovada legislação importante para o efeito. Por um lado, o Decreto nº 8/2010 define a tipologia de estruturas residenciais baseadas na comunidade, centros de dias e equipas de intervenção no domicílio necessários para responder às necessidades das pessoas com perturbações mentais crónicas, em coordenação com as equipas de saúde mental da comunidade e os serviços de saúde mental locais. Por outro lado, a resolução do Conselho de Ministros número 37/2010 incluiu, no âmbito das responsabilidades da RNCCI-SM, o desenvolvimento de uma rede nacional das diferentes estruturas definidas no Decreto no 8/2010 para pessoas com perturbações mentais, e estabeleceu uma equipa de projeto especificamente dedicada ao desenvolvimento desta rede, que incluía membros da Saúde e da Segurança Social. Por último, foram preparados o planeamento e a orçamentação da rede nacional e foram criados os primeiros serviços e programas residenciais neste sector. Em 2011, a arquitetura da RNCCI-SM foi finalizada com a aprovação de vários documentos legislativos e despachos que definiram os princípios financeiros dos novos serviços e programas e aprovaram as experiências-piloto a ser implementadas.

No entanto, constata-se que o desenvolvimento de cuidados continuados de saúde mental foi praticamente interrompido a partir de 2011. Várias vezes anunciada nos últimos anos, esta implementação foi sucessivamente adiada, dificultando o processo de transição das instituições para os serviços comunitários e incrementando a utilização crescente de estratégias de transinstitucionalização (só muito recentemente iniciaram a sua implementação as primeiras experiências-piloto nesta área). A escassez de alternativas residenciais de longo prazo, vocacionadas para reabilitação psicossocial, tem inviabilizado um progresso mais significativo na dimensão das respostas de internamento de longa duração em instituições hospitalares, por vezes com ocupação prolongada de camas destinadas a situações agudas.

Sem uma rede deste tipo será impossível melhorar a qualidade de cuidados prestados às pessoas com perturbações psiquiátricas mais incapacitantes.

C. Recomendações

1. Assegurar a criação em todos os departamentos de saúde mental de equipas/unidades de saúde mental comunitária, devidamente habilitadas a assegurar cuidados integrados a pessoas com perturbações psiquiátricas graves.
2. Avaliar as estruturas existentes ao abrigo do Despacho Conjunto nº 407/98 e as experiências-piloto em curso para determinar a qualidade e a efetividade dos cuidados prestados, com a participação de entidades independentes.
3. Prosseguir com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, de acordo com o planeado em 2007 e 2011.

VII. Hospitais psiquiátricos e serviços regionais

A. Contexto geral - Nos termos da legislação em vigor, em linha com as recomendações da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde, o PNSM preconiza que a prestação de cuidados deve ser efetuada a nível da comunidade, centrada nas necessidades e condições específicas dos indivíduos, em função da sua diferenciação etária, no meio menos restritivo possível, devendo as unidades de internamento localizar-se, tendencialmente, em hospitais gerais.

Considerando em especial o âmbito concreto da reabilitação psicossocial, em que os cuidados devem ser prestados em unidades de dia e estruturas residenciais adequadas ao grau específico de autonomia dos doentes, veio progressivamente a tornar-se claro que as funções outrora atribuídas aos hospitais psiquiátricos se viriam a reduzir, tal como também estava previsto no PNSM.

Ainda assim, estas estruturas continuam a ter um papel, nomeadamente na área forense. Em Portugal, nos termos do Artigo 126.º do Código de Execução das Penas e Medidas Privativas de liberdade, a execução da medida privativa da liberdade aplicada a inimputável ou a imputável internado, por decisão judicial, em estabelecimento destinado a inimputáveis deve orientar-se para a reabilitação do internado e para a sua reinserção no meio familiar e social, devendo por isso efetuar-se preferencialmente em unidade de saúde mental não prisional.

B. Situação atual e obstáculos identificados

Nesta perspetiva, é fácil entender a evolução do peso que os Hospitais Psiquiátricos representam na rede de serviços públicos prestadores de cuidados de saúde mental, com uma redução muito significativa do seu número e dimensão (à medida que foram criados serviços em hospitais gerais), sendo de salientar que, desde a aprovação do PNSM em 2008, foram já concretizadas na sua maioria as tarefas previstas no que respeita à reorganização destes hospitais.

Esta reorganização baseou-se na definição de um conjunto de critérios, nomeadamente as necessidades de cuidados prioritárias, a evidência científica disponível sobre a efetividade dos diferentes modelos de intervenção e a defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental. Simultaneamente, exigia-se que as mudanças a efetuar deveriam facilitar a criação de SLSM baseados na comunidade e com unidades de internamento em hospitais gerais, e que nenhum serviço poderia ser desativado até ao momento em que estivesse criado o serviço que o substituísse, devendo os doentes e familiares ser envolvidos nas mudanças a efetuar desde o início.

Como se pode constatar na primeira parte deste documento, a redução de camas nos hospitais psiquiátricos tem decorrido com um ritmo acentuado, o qual não pôde ser maior dado o insuficiente desenvolvimento de outras respostas, principalmente a nível dos cuidados continuados. Assim, mau grado se manterem residualmente áreas assistenciais geodemográficas de responsabilidade global, nos hospitais psiquiátricos predominam ainda os cuidados de internamento, seja de doentes agudos – em especial complementando as responsabilidades de alguns dos serviços, por inexistência ou insuficiência dessa resposta –, seja de longa duração, particularmente de doentes cuja situação clínica seja de difícil gestão em unidades de internamento de hospitais gerais (ex: problemas de segurança).

Já a nível das unidades forenses, previstas no PNSM como funções dos hospitais psiquiátricos, continua a existir uma situação regionalmente heterogénea, que deve ser alvo de reorganização. Hoje em dia, é recomendado que as unidades de tratamento de inimputáveis sujeitos a medidas de segurança devam estar dotadas de equipas multidisciplinares que garantam a estabilização clínica, os cuidados necessários, a promoção da autonomia para a vida diária, o treino de competências pessoais e sociais e a adesão à terapêutica, bem como a progressiva inserção comunitária, através de atividades que visem a qualificação escolar e profissional nos casos em que esta qualificação se mostre compatível com um projeto de

reintegração social. De acordo com os relatórios de várias fontes, esta não é ainda a realidade dos serviços forenses no país, os quais se debatem com dificuldades muito significativas e com ausência de normas orientadoras baseadas na evidência.

C. Recomendações

1. Deve ser concluída a transferência para hospitais gerais dos serviços locais das respetivas áreas de influência que ainda se mantêm na dependência dos hospitais psiquiátricos. No entanto, deve ser garantido que a criação ou desenvolvimento de unidades ou serviços especializados não comprometa a resposta às necessidades mais prementes, como, por exemplo, os cuidados a prestar aos indivíduos com perturbações mais graves e incapacitantes.
2. Devem ser reorganizados os espaços e recursos dos HJM, HML e HSC, de modo a assegurar o funcionamento dos serviços regionais de saúde mental de base institucional previstos para Lisboa, Porto e Coimbra.
3. Deve ser feita uma reorganização das unidades de internamento de inimputáveis de acordo com os princípios e recomendações de boas práticas, as quais que se deverão estruturar em modelos com regimes diferenciados, consoante a avaliação efetuada, o nível de segurança decretado ou necessário e a evolução do doente. Esta reorganização, que não diz respeito apenas aos hospitais psiquiátricos, deve ser feita em articulação intersectorial, nomeadamente com o Ministério da Justiça.

VIII. Articulação com as Instituições do Setor Social convencionado

A. Contexto geral - As Instituições do Setor Social, nomeadamente as Ordens Religiosas e, mais recentemente, a Santa Casa da Misericórdia do Porto, têm representado, no conjunto do sistema prestador de cuidados de saúde mental em Portugal, uma parte muito significativa. A sua articulação com os serviços do SNS está regulada por um acordo que vigora há mais de três décadas, o qual se encontra obsoleto em vários aspetos.

Urge, pois, rever aquele acordo, visando encontrar uma fórmula que, por um lado, se revele mais justa na retribuição dos serviços prestados, diferenciando mais claramente os cuidados na doença aguda dos de longa duração (cuidados continuados) e, por outro, seja mais claro na forma de estabelecimento de relações de cooperação assistencial, importando definir regras de referenciação entre os serviços públicos e os estabelecimentos dependentes destas Instituições.

Nesse sentido, há que definir um modelo de financiamento que assente em programas concretos, ajustados ao tipo de doentes e de cuidados a que se apliquem e não em meras diárias ou capacidade instalada.

Será igualmente necessário criar condições para que estas Instituições se possam integrar no processo de reconfiguração do modelo assistencial, garantindo-lhes o acesso aos programas de desinstitucionalização que venham a ser criados.

B. Situação atual e obstáculos identificados - Não pode deixar de se assinalar – como contraponto com o que se passa com os hospitais psiquiátricos públicos – que a capacidade instalada da componente assistencial de internamento no sector social convencionado não tem evoluído no mesmo sentido, aconselhando medidas de reconfiguração que aproximem a sua estrutura do que já hoje se verifica no sector público, eventualmente enquadrando-se no contexto dos cuidados continuados de saúde mental.

C. Recomendações

1. Deve ser constituído um grupo de trabalho que num prazo de 6 meses proponha um enquadramento destas respostas numa lógica de percurso de cuidados a pessoas com doença mental;
2. O percurso de cuidados deve salvaguardar a integração e continuidade das respostas dos diferentes níveis dos serviços públicos e convencionados;
3. O processo de referenciação deve ser rastreável e baseado em linguagens classificadas;
4. Deve ser implementado um sistema de monitorização com indicadores de estrutura, processo e resultados que permitam uma avaliação regular.

IX. Reorganização dos Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência

A. Contexto geral - A Saúde Mental da Infância e Adolescência (SMIA) tem vindo a ser reconhecida como uma área prioritária de intervenção. Inúmeros estudos epidemiológicos, quer prospetivos quer retrospectivos, têm vindo a confirmar a noção empírica que muitas das patologias psiquiátricas dos adultos têm início antes dos 18 anos de idade. Por outro lado, o peso global das perturbações mentais para a sociedade é um dado reconhecido pela comunidade científica e comprovado por inúmeros estudos, com uma impressionante tradução em termos de *DALYs* (*Disability Adjusted Life Years*).

Na infância e adolescência, tendo em conta a elevada prevalência das perturbações mentais associada a uma alta taxa de comorbilidade e a continuidade frequente da psicopatologia grave na idade adulta, torna-se imprescindível o reconhecimento do peso económico e social que estas perturbações determinam, e que vai muito para além do custo económico para os serviços de saúde.

É neste sentido que a SMIA deve ser entendida enquanto prioridade de Saúde Pública e o investimento deve ser feito em termos da Promoção e Prevenção, bem como no tratamento precoce e reabilitação, segundo a evidência científica que norteia as diretivas internacionais. Os programas que contemplam as diferentes etapas do desenvolvimento individual e familiar constituem campos prioritários de intervenção nas políticas de Saúde Mental.

A especificidade das intervenções junto de crianças, jovens e suas famílias implica a necessidade de ter em atenção os diferentes níveis de atuação, e convoca para opções estratégicas de estabelecimento de parcerias com as áreas da Justiça, Segurança Social, Educação e Ambiente. O diagnóstico psicopatológico e a avaliação da vinculação, sendo competências específicas da Saúde Mental, são frequentemente imprescindíveis para determinar orientações nos vários domínios de ação.

Face ao que foi exposto, é evidente a relevância do investimento no reforço da rede de serviços de saúde mental especificamente dirigidos à infância e adolescência.

B. Situação atual e obstáculos identificados:

- Aumento do número e gravidade dos casos clínicos: em Portugal, tem-se assistido a um aumento da procura de serviços especializados de saúde mental da infância e adolescência, quer a nível da consulta de ambulatório quer ao nível do serviço de urgência, bem como a um aumento da gravidade dos quadros clínicos apresentados nesta faixa etária;
- Ausência de estudos epidemiológicos: a escassez de dados epidemiológicos, sustentados em estudos científicos, impede o desenvolvimento de respostas específicas mais adequadas à realidade nacional. É fundamental acompanhar também a evolução demográfica do crescimento da população para que, em articulação com os estudos de prevalência das perturbações mentais, se possam efetuar os necessários ajustes do ponto de vista da organização dos Serviços;
- Desigualdade na acessibilidade aos cuidados de saúde mental: o número de serviços, de nível regional e local, e de entidades existentes no país, é baixo e tem uma distribuição desigual, comprometendo a equidade no acesso da população aos cuidados especializados em saúde mental da infância e adolescência. Salienta-se a situação de grande escassez de Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência no Alentejo e Algarve, bem como das regiões do interior de Portugal;
- Organização dos Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência: a organização dos Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência deve contemplar três níveis, os Serviços Locais/Unidades e Serviços Regionais, Serviços Locais/Unidades e CSP. Os Serviços Regionais, situados em Lisboa, Porto e Coimbra devem ter autonomia no seu funcionamento, no âmbito dos Centros Hospitalares onde estão integrados, o que não verifica em todos os locais. Estes serviços são fundamentais pelo papel que desempenham na diferenciação dos cuidados assistenciais, incluindo valências como o internamento,

serviço de urgência e unidades especializadas. Salienta-se ainda o seu relevante papel directo na formação de Internos, e também complementando a idoneidade parcial dos Serviços Locais;

- Os Serviços Locais de Psiquiatria da Infância e Adolescência são apenas nove em todo o País. O seu desenvolvimento não tem seguido o que estava preconizado no PNSM. Em 2008 existiam formalizados seis Serviços, e apesar de estar prevista até 2012 a criação de 13 novos Serviços/Unidades, em 2016 somente mais quatro Serviços tinham sido criados, tendo um dos Serviços previamente existente passado a Unidade. Quatro dos serviços mantêm-se ainda unicamente com um médico especialista. As equipas multidisciplinares não estão asseguradas em todos os Serviços;
- Existem vinte Unidades de Psiquiatria da Infância e da Adolescência em estruturas do SNS, que desenvolvem o mesmo tipo de atividades dos Serviços, embora em geral com recursos mais escassos e com menor grau de autonomia. Em dez destas Unidades, ou seja, em metade, existe apenas um especialista, e na maioria das situações com equipas multidisciplinares muito reduzidas ou mesmo inexistentes. Muitas destas Unidades deveriam passar a Serviços tendo em conta a dimensão populacional da sua área de referenciação;
- Ao nível dos CSP registam-se dificuldades na articulação;
- Ainda no âmbito da organização dos Serviços salienta-se o número muito reduzido de camas de internamento pedopsiquiátrico em todo o País, apesar da abertura do internamento do Serviço de Pedopsiquiatria do CHUC e do alargamento do número de camas do internamento da Especialidade de Pedopsiquiatria do CHLC. No total existem neste momento 34 camas de internamento, o que implica que muitas crianças e jovens com patologia pedopsiquiátrica grave são indevidamente internados em Serviços de Pediatria ou Psiquiatria de Adultos;
- Ausência de estruturas de reabilitação psicossocial: embora esteja prevista a abertura da fase piloto das estruturas da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RCCISM), até ao final de 2016 ainda não existia nenhuma das tipologias para as crianças e jovens em funcionamento;
- Escassez dos recursos humanos: a multidisciplinaridade das equipas dos Serviços/Unidades é imprescindível para o funcionamento dos Serviços e constitui um imperativo legal (Decreto-Lei 35/99, alterado pelo Decreto-Lei 304/2009). No entanto, não se verificou uma maior implementação das equipas com a integração de mais profissionais. Pelo contrário, registou-se uma diminuição na maioria das valências profissionais, e tanto os Serviços de nível regional e local como as Unidades deixaram de ter profissionais não-médicos alocados aos próprios Serviços, tendo passado a tê-los partilhados com outros Serviços, com implicações negativas na dinâmica interna das equipas, e consequentemente limitação da capacidade de iniciar ou dar continuidade a projetos no terreno. Assinala-se a redução do número de psicólogos, enfermeiros, técnicos do Serviço Social, e do escasso número de outras valências terapêuticas das equipas, transversal à maioria dos Serviços/Unidades. Esta situação é grave e compromete a qualidade da intervenção no âmbito da Saúde Mental da Infância e da Adolescência;
- A escassez dos psicólogos e outros terapeutas, impede que em muitos casos se possa proceder à necessária intervenção psicoterapêutica, nas suas diversas modalidades;
- Não foram desenvolvidos Serviços de cariz comunitário para a Saúde Mental da Infância e da Adolescência, e regista-se um movimento até contrário, com as poucas Equipas existentes na comunidade a serem integradas nos Hospitais aos quais estão ligadas;
- Ligação aos Cuidados de Saúde Primários: salienta-se a vertente de formação/consultoria/supervisão que deve estar presente na maioria dos projetos de articulação com os CSP. O PNSM preconiza esta articulação e prevê inclusivamente a criação de Grupos de Apoio à Saúde Mental da Infância e Adolescência (GASMIA) nos CSP, o que se verifica apenas em experiências muito limitadas;
- Ausência de indicadores de avaliação da prestação de cuidados: a ausência de indicadores relativos à saúde mental da infância e adolescência ao nível dos cuidados primários de saúde dificulta a participação mais ativa dos médicos de medicina geral e familiar nos processos de articulação. Nos serviços de SMIA também não existem, de forma consistente, indicadores relativos à articulação com os CSP;

- Inadequação do modelo de financiamento dos Serviços de Saúde Mental: o modelo de financiamento dos Serviços de Saúde Mental, que privilegia o número de consultas/internamentos realizados, não favorece o desenvolvimento de programas de promoção e prevenção, nem a constituição de parcerias e de processos de articulação que promovam a formação e supervisão de outros profissionais médicos e não médicos, que possam desenvolver a sua atividade na área da saúde mental da infância e adolescência, ao nível dos CSP, escolas e outras estruturas da comunidade.

C. Recomendações

1. Assumir a Saúde Mental da Infância e Adolescência como área prioritária da saúde. É urgente a criação e o reforço das equipas multidisciplinares de saúde mental da infância e adolescência a nível nacional, com principal enfoque para as áreas geograficamente mais periféricas.
2. Implementar com carácter prioritário programas de Prevenção e Promoção de Saúde Mental, baseados em modelos ecológicos de intervenção e sustentados na articulação intersectorial.
3. Garantir um modelo organizativo integrado que permita a prestação de cuidados de Saúde Mental da Infância e Adolescência a três níveis: Cuidados Primários de Saúde, Serviços Locais e Serviços Regionais, e garantir a autonomia dos Serviços de nível regional de Psiquiatria da Infância e Adolescência em Lisboa, Porto e Coimbra;
4. Promover o funcionamento de hospitais e áreas de dia em todos os Serviços/Unidades especializados (implicando a existência de equipas multidisciplinares);
5. Consolidar a resposta em termos do internamento, com espaços independentes para crianças e de adolescentes;
6. Manter o investimento na formação de novos especialistas;
7. Reforçar a articulação com os CSP, permitindo a prestação de cuidados por profissionais de saúde mental nos CSP para situações de gravidade ligeira, bem como a valorização do trabalho de consultadoria entre CSP e as SLSM. Devem ser criados indicadores na área da saúde mental infanto-juvenil nos CSP;
8. Criação e implementação das estruturas da RCCISM, tendo em conta que são fundamentais as intervenções centradas na reabilitação psicossocial de crianças com perturbações pedopsiquiátricas graves, através de medidas de acolhimento residencial ou de apoio junto da família;
9. Criação de uma base nacional de registo epidemiológico da patologia mental na infância e adolescência através da compatibilização nacional do sistema de registo clínico, permitindo ajustar o planeamento dos Serviços às necessidades identificadas;
10. Promover a realização de um estudo epidemiológico de âmbito nacional na área da saúde mental da infância e adolescência;
11. Criar indicadores válidos, fiáveis e sensíveis à mudança, que permitam não só a monitorização longitudinal da qualidade de prestação dos cuidados, como também a realização de avaliações transversais, permitindo assim uma avaliação global do desempenho dos Serviços e do cumprimento do PNSM;
12. Definir um modelo de financiamento ajustado às boas práticas clínicas definidas pela evidência científica, que promovam uma maior integração entre os CSP e os Serviços/Unidades de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência.

X. Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção

A. Contexto geral - Existe atualmente um conhecimento sólido sobre a prevalência e impacto das perturbações psiquiátricas a nível individual, familiar e socioeconómico, com repercussões importantes na qualidade de vida das populações (sofrimento emocional, exclusão, isolamento, disrupção familiar, incapacidades, desemprego).

Este conhecimento, conjugado com a investigação cada vez mais aprofundada acerca dos determinantes de saúde (ex: pobreza, iliteracia, crises económicas e sociais, desastres naturais, etc), mostra como é crucial que a saúde mental esteja integrada em todas as políticas e estratégias de saúde pública, dada a sua contribuição para o bem-estar das populações. Neste contexto, movendo-se para além dos aspetos relacionados com a prestação direta de cuidados, a saúde mental pública tem vindo a dar uma relevância crescente às áreas da promoção e da prevenção, num modelo que incorpora os conceitos de saúde mental positiva, bem estar e recuperação.

A análise da literatura permite identificar sem dificuldade os tópicos mais frequentemente abordados nos documentos e recomendações desta área, que correspondem aos contextos onde existe um maior impacto potencial: programas de promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida, em casa, nas escolas e no trabalho, prevenção do suicídio e luta contra o estigma e discriminação.

São exemplos de intervenções na área da saúde materna: a) a articulação com as equipas de acompanhamento comunitário pré e pós-natal para populações em risco, para prevenção de problemas e promoção de competências parentais; b) o aconselhamento e o acompanhamento a grávidas com alcoolismo, para prevenção de malformações associadas nos bebés.

São exemplos de intervenções na área das escolas: a) os programas para melhorar a autoestima e as competências de vida em crianças e jovens, através dos currícula e da melhoria dos ambientes escolares, b) a formação de professores, para melhorar a deteção de problemas e o correto encaminhamento, de acordo com a gravidade, c) o ensino de estratégias cognitivas para crianças em risco, que poderão reduzir sintomas depressivos, comportamentos disruptivos e consumo de substâncias, melhorando o desempenho escolar e d) os programas estruturados de prevenção do suicídio nas escolas.

São exemplos de intervenções na área do trabalho: a) programas de apoio a pessoas desempregadas ou com tempo de trabalho reduzido, que apresentam maior risco de problemas de ansiedade, depressão, alcoolismo, conflitos familiares e suicídio, b) programas de redução de *burnout* e stress ocupacional para trabalhadores em risco e c) programas de acompanhamento na fase de pré-reforma para a prevenção da depressão nos indivíduos mais idosos.

A estes programas, destinados à população geral, devem associar-se programas e estratégias visando a promoção da recuperação e bem-estar de pessoas com problemas ou perturbações psiquiátricas de todas as idades, defendendo os seus direitos. A chave para a recuperação envolve ajudar as pessoas a encontrar a combinação certa de serviços, tratamentos e outros apoios, eliminando a discriminação através da abolição das barreiras à participação no trabalho, na educação e na vida social. Esta abordagem é particularmente importante para reduzir as desigualdades nos fatores de risco e no acesso aos serviços de saúde mental, fortalecendo a resposta às populações mais vulneráveis (e.g. pessoas sem-abrigo, vítimas de violência, migrantes e refugiados).

B. Situação atual e obstáculos identificados - Embora constando em secção própria no PNSM, as atividades de promoção e de prevenção não tiveram o desenvolvimento que deveriam ter tido, em função da sua importância. Vários fatores terão contribuído para isso, nomeadamente a prioridade dada na primeira fase de implementação do Plano à reorganização dos serviços, para além dos já citados constrangimentos

decorrentes da escassa autonomia da equipa de coordenação. Ainda assim, foram levadas a cabo algumas iniciativas de promoção e prevenção na área da saúde mental, as quais devem ser destacadas:

- Foi elaborado o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017, e concretizado o Plano de Prevenção do Suicídio das Forças de Segurança (2016-2020), pelo MAI, em consonância com o capítulo específico das Forças de Segurança.
- Foi disseminado a nível nacional o programa “+ *Contigo*”, de combate ao estigma e de prevenção do suicídio em meio escolar.
- O programa “Saúde Mental e Arte” tem promovido desde 2010 iniciativas anuais dedicadas à identificação, seleção e divulgação pública de obras artísticas de mérito, criadas por pessoas com doença mental.
- Foi implementado o projeto “Iniciativas de Saúde Pública”, viabilizado pelo mecanismo financeiro EEA Grants, para as seguintes áreas: a) prevenção do suicídio, através da melhoria da capacitação dos profissionais dos CSP para o diagnóstico da depressão major, b) deteção da depressão perinatal nos CSP, através da capacitação preventiva, de diagnóstico e de intervenção precoce, c) desenvolvimento de programas para a promoção da saúde mental entre as crianças e adolescentes nas escolas, d) promoção da saúde mental nos locais de trabalho e apoio a grupos mais afetados pela crise económica, e) melhoria do acesso aos Serviços de Saúde Mental em especial de grupos afetados pela crise económica e o acompanhamento estruturado de filhos de pessoas com doença mental grave (“Semente – Promoção da SM nos filhos de pessoas com doença psiquiátrica”).
- Foram implementados a nível nacional dois programas de formação (articulados com o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e com o Plano Nacional de Saúde Escolar e a Direção-Geral de Educação), dirigidos respetivamente aos profissionais dos CSP e às Equipas de Saúde Escolar e Educativas, com o objetivo de capacitar os profissionais na deteção e manejo de sinais de sofrimento emocional em crianças e adolescentes.
- Foram introduzidos em 2015 indicadores de saúde mental nas consultas de gravidez nos CSP e elaborado programa de capacitação para o apoio durante a gravidez, puerpério e até aos 2 anos de idade das crianças.
- A CCPUC (Comissão Consultiva para a Participação de Utentes e Cuidadores), estrutura interna do PNSM, promoveu encontros nacionais de utentes e cuidadores, a formação de pares, a edição de publicações sobre “*recovery*” e “*advocacy*”, e dinamizou a criação de ONGs de utentes e de familiares (e.g. Rede Nacional de Pessoas com Experiência em Doença Mental e FamiliarMente - Federação de Associações de Familiares de Pessoas com Experiência em Doença Mental).
- Foram realizadas várias ações de sensibilização e formação em violência familiar, dirigidas aos profissionais dos CSP e dos SLSM, e mantida parceria com o CHUC nas áreas referentes à Agência para a Prevenção do Trauma e da Violação dos Direitos Humanos;
- à implementação da coordenação da intervenção para pessoas imigrantes, refugiadas e deslocadas.

Embora muito válidas, estas ações continuam a ser desenvolvidas a partir de iniciativas mais ou menos isoladas, não tendo garantida nem a sua difusão, nem a sua sustentabilidade temporal. Isto é particularmente verdade para as iniciativas levadas a cabo em contexto de projetos de investigação (ex: EEA Grants), cujos resultados e recomendações necessitam de encontrar rapidamente um veículo de implementação e de sustentabilidade.

Até à data, Portugal não dispõe de uma estratégia integrada para a promoção e prevenção em saúde mental, a qual, dada a diversidade de agentes implicados (ex: saúde, educação, trabalho, segurança social, etc), só é possível se desenvolvida no âmbito de uma equipa de coordenação com capacidade de ação a nível intersectorial. Sem esta estratégia, os programas de promoção e prevenção dificilmente

terão um desenvolvimento proporcional ao seu impacto na saúde mental e no bem-estar das populações.

C. Recomendações

1. A promoção e prevenção em saúde mental devem ser assumidas como uma prioridade, e estabelecida uma estratégia clara para o seu desenvolvimento, difusão e incorporação nas políticas de saúde pública de âmbito nacional. Dessa estratégia devem constar as áreas a abordar, os programas prioritários, os modelos de articulação intersectorial, o orçamento e os mecanismos de monitorização.
2. Devem ser *de facto* consideradas as recomendações dos acordos firmados pelo Estado a nível internacional, assim como as recomendações emanadas de projetos europeus de investigação em que o país esteve envolvido, como foram os casos da Joint Action on Mental Health and Well-Being e dos estudos financiados pelas EEA Grants. Não se pode perder a oportunidade e massa crítica gerada por estes projetos, que constituem uma mais-valia para o desenvolvimento da promoção e prevenção da saúde mental em Portugal, e que necessitam de sustentabilidade para a sua continuidade.
3. Devem ser especificamente estimuladas a investigação e colheita de informação sobre o impacto dos determinantes na saúde mental e no bem-estar da população portuguesa, de modo a identificar e monitorizar as áreas de maior vulnerabilidade.

Documentos de referência

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. Ed. Ministério da Saúde.
<http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/cnsm/arquivo.htm#A6>

Caldas de Almeida JM, Leuschner A, Duarte H, Heitor MJ, Xavier M, Paixão I & Sennfelt J (2007). Proposta de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal. Ed. Ministério da Saúde.
<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>

Caldas de Almeida JM & Xavier M (2009). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório. Ed. Universidade Nova de Lisboa.
http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

Caldas de Almeida JM, Mateus P, Xavier M, Tomé G (2016). Joint Action on Mental Health and Well-being: Towards Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care, European Commission – Portugal Situation Analysis.
<http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP5%20Final-20151203075843.pdf>

DGS (2012). Recalendarização do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

Entidade Reguladora da Saúde (2015). Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental.
http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Estudo_Acesso-e-qualidade-nos-cuidados-de-saude-mental_2015.pdf

Ministério de Saúde (2016). Relançamento da Reforma Cuidados Saúde Primários: Plano Estratégico e Operacional. Coordenação Nacional Cuidados de Saúde Primários.
http://www2.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/985EBF12-C87B-462A-9288-4D8D750DC7E1/0/PlanoEstrat%C3%A9gicoeOperacionalCNCSP_VF24062016.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). Acesso aos cuidados de saúde: um direito em risco? - Relatório de Primavera. Ed. ENSP.
<http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016). Saúde: procuram-se novos caminhos. Relatório de Primavera. Ed. ENSP.
http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf

Programa Nacional para a Saúde Mental (2013). Saúde Mental em Números. Ed. DGS
<http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-203794-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

Programa Nacional para a Saúde Mental (2014). Saúde Mental em Números. Ed. DGS
<http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-instituicao-357869-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

Programa Nacional para a Saúde Mental (2015). Saúde Mental em Números. Ed. DGS
<https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>

WHO (2005). Mental health policy, plans and programs. Geneva.

WHO (2013). WHO Global Mental Health Action Plan 2013-2020.
http://www.who.int/entity/mental_health/publications/action_plan/en/index.html

WHO-Europe (2011). WHO Mission to assess the progress of the mental health reforms in Portugal. Copenhagen.

WHO (2009). Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários. Ed. Portuguesa: CNSM-Alto Comissariado da Saúde, 2009.
http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1

PARTE III

Anexos

Listagem dos anexos

Anexo	1	População residente (Censos 2001 e 2011)
Anexo	2	Recursos em camas de internamento e residenciais - Resumo (2005 e 2016)
Anexo	3	Recursos em camas de internamento e residenciais - Detalhado (2005 e 2016)
Anexo	4	Recursos em camas de internamento e residenciais - Entidades convencionadas (2005 e 2016)
Anexo	5	Despacho 407/98 - Capacidade Instalada (2016)
Anexo	6	RH - Médicos - Psiquiatria de Adultos (2006 e 2016)
Anexo	7	RH - Psiquiatria da Infância e Adolescência (2006 e 2016)
Anexo	8	RH - Outros Técnicos - Psiquiatria de Adultos (2016)
Anexo	9	Atividade global (2005/2016)
Anexo	10	Consulta externa (2005/2016)
Anexo	11	CTH - Psiquiatria Adultos (2016)
Anexo	12	CTH - Psiquiatria Infância e Adolescência (2016)
Anexo	13	Hospital e área de dia (2005/2016)
Anexo	14	Internamento de Doentes Agudos - Adultos (2005 e 2016)
Anexo	15	Nº de GDH's (GCD 19-20) por Região e grupo etário [jul2015-jun2016]
Anexo	16	População e GDH's (GCD 19-20) - por Região e grupo etário [jul2015-jun2016]
Anexo	17	Nº de GDH's (GCD 19-20) Total por Instituição [jul2015-jun2016]
Anexo	18	Nº de GDH's (GCD 19-20) <18 por Instituição [jul2015-jun2016]
Anexo	19	Nº de GDH's (GCD 19-20) >65 por Instituição [jul2015-jun2016]
Anexo	20	Internamento de doentes residentes (2005 e 2016)
Anexo	21	Entidades convencionadas - dias de internamento faturados (2016)
Anexo	22	RNCCI – Doentes admitidos com 1º diagnóstico de doença mental (CID-9) (2016)
Anexo	23	RNCCI – Doentes admitidos com 2º diagnóstico de doença mental (CID-9) (2016)
Anexo	24	Listagem de diagnósticos CID-9 (3 dígitos)
Anexo	25	Consumo Nacional de Psicofármacos - 2016
Anexo	26	Consumo de Psicofármacos no Serviço Nacional de Saúde (por Região) - 2016
Anexo	27	Consumo total de Psicofármacos no SNS (variação 2015 / 2016)
Anexo	28	Indicadores de Estrutura - Camas por 100 000 habitantes
Anexo	29	Indicadores de Recursos Humanos por 100 000 habitantes
Anexo	30	Indicadores de Atividade por 1000 habitantes (2016)
Anexo	31	Indicadores de Atividade por 1000 habitantes (variação 2005 / 2016)
Anexo	32	Indicadores de Atividade por 1000 habitantes - Psiquiatria da Infância e Adolescência (2016)

ANEXO 1

POPULAÇÃO RESIDENTE	POPULAÇÃO TOTAL			POPULAÇÃO Censo 2011			
	Censo 2001	Censo 2011	var % 2011 / 01	0 - 17 anos		> de 65 anos	
				População	% / total	População	% / total
DISTRITO DO PORTO	1 781 836	1 817 172	2%	344 628	19%	282 225	16%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE NORT	1 454 253	1 759 312	21%	258 811	15%	269 363	15%
TOTAL REGIÃO SAÚDE NORTE	3 236 089	3 576 484	11%	603 439	17%	551 588	15%
DISTRITO DE COIMBRA	531 140	430 104	-19%	67 682	16%	97 729	23%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE CENTR	1 866 014	1 476 804	-21%	327 001	22%	412 388	28%
TOTAL REGIÃO SAÚDE CENTRO	2 397 154	1 906 908	-20%	394 683	21%	510 117	27%
DISTRITO DO LISBOA	2 159 270	2 370 337	10%	413 482	17%	413 992	17%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE LVT	1 245 835	1 233 037	-1%	235 382	19%	262 503	21%
TOTAL REGIÃO SAÚDE LVT	3 405 105	3 603 374	6%	648 864	18%	676 495	19%
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALENTEJO	435 777	509 849	17%	69 247	14%	111 819	22%
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALGARVE	395 218	451 006	14%	80 302	18%	87 769	19%
TOTAL	9 869 343	10 047 621	2%	1 796 535	18%	1 937 788	19%

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011

Nota 1: População do distrito de Viseu incluída na RS Centro.

Nota 2: População da área de influência do CHO considerada no distrito de Lisboa.

ANEXO 2

Recursos em camas de internamento e residenciais	2005						2016							
	Público			Entidades Convencionadas	Residências Despacho nº 407/98	TOTAL	Público					Entidades Convencionadas *	Residências Despacho nº 407/98	TOTAL
	Agudos	Residentes	Total				Agudos	Residentes	Reab.Psic Social	Forense	Total			
DISTRITO DO PORTO	283	47	330	352		682	211	147	14		372	324	22	718
RESTANTES DISTRITOS REGIÃO SAÚDE NORTE	133	45	178	995		1 173	123	40			163	1 032		1 195
TOTAL REGIÃO DE SAÚDE NORTE	416	92	508	1 347		1 855	334	187	14		535	1 356	22	1 913
DISTRITO DE COIMBRA	224	532	756	355		1 111	98	70	20	110	298	540	30	868
RESTANTES DISTRITOS REGIÃO SAÚDE CENTRO	183	50	233	165		398	173	51			224	178		402
TOTAL REGIÃO DE SAÚDE CENTRO	407	582	989	520		1 509	271	121	20	110	522	718	30	1 270
DISTRITO DO LISBOA	413	584	997	1 333		2 330	299	136	97	32	564	1 515	108	2 187
RESTANTES DISTRITOS REGIÃO SAÚDE LVT	57	44	101	-		101	117	18			135		17	152
TOTAL REGIÃO DE SAÚDE LVT	470	628	1 098	1 333		2 431	416	154	97	32	699	1 515	125	2 339
TOTAL REGIÃO DE SAÚDE ALENTEJO	40	62	102	120		222	40	14			54	132		186
TOTAL REGIÃO DE SAÚDE ALGARVE	50	-	50	-		50	47	3			50		40	90
TOTAL NACIONAL	1 383	1 364	2 747	3 320	208	6 275	1 108	479	131	142	1 860	3 721	217	5 798
TOTAL HHGERAIS	755	255	1 010	-		1 010	853	249	20	110	1 232			1 232
TOTAL HH PSIQUIÁTRICOS PÚBLCOS	604	1 109	1 713	-		1 713	221	230	111	32	594			594
TOTAL HH ESPECIALIZADOS - PSIQ.INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	24	-	24	-		24	34				34			34
ENTIDADES CONVENCIONADAS E DESPACHO 407/98	-	-	-	3 320	208	3 528						3 721	217	3 938
TOTAL CONTINENTE	1 383	1 364	2 747	3 320	208	6 275	1 108	479	131	142	1 860	3 721	217	5 798

Fonte: ACSS, ISS e Entidades Convencionadas

* Instituto das Irmãs Hospitaleiras do S C de Jesus, Instituto S João de Deus, H Conde Ferreira, Fundação ADFP e AEIPS (não inclui Desp 407/98)

Tipologias em 2016 (Convencionados e Desp 407/98) desagregadas em anexo

ANEXO 3

Lotação	2005			2016				
	Agudos	Residentes	Total	Agudos	Residentes	Reab.Psic Social	Forense	Total
DISTRITO PORTO	283	47	330	211	147	14		372
H Magalhães Lemos	142	22	164	102	94	14		210
CH São João	54		54	30	29			59
CH V Nova Gaia	30		30	28				28
CH Tamega e Sousa	43	25	68	41	24			65
CH Porto	14		14	10				10
CH Póvoa Varzim Vila do Conde								
CH Médio Ave								
IPO Porto								
ULS Matosinhos								
DISTRITO BRAGA E V.CASTELO	69	13	82	71				71
H Braga	42	13	55	38				38
ULS Alto Minho	24		24	21				21
H Guimarães	3		3	12				12
DISTRITO BRAGANÇA E V.REAL	64	32	96	52	40			92
ULS Nordeste	40	32	72	28	40			68
CH T Montes Alto Douro	24		24	24				24
DISTRITO AVEIRO								
CH Entre Douro e Vouga								
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	416	92	508	334	187	14		535
DISTRITO VISEU, GUARDA E C.BRANCO	107		107	98	1			99
H Viseu	44		44	40				40
ULS Guarda	24		24	24				24
CH Cova Beira	29		29	19	1			20
H Castelo Branco	10		10	15				15
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	300	582	882	173	120	20	110	423
CH Universitário de Coimbra	224	532	756	98	70	20	110	298
CH Baixo Vouga	33		33	32				32
H Leiria	43	50	93	43	50			93
H Figueira da Foz								
IPO Coimbra								
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	407	582	989	271	121	20	110	522
DISTRITO LISBOA	413	584	997	299	136	97	32	564
CH Psiquiátrico Lisboa	301	555	856	119	136	97	32	384
CH Lisboa Norte	44		44	43				43
CH Lisboa Ocidental	31	29	60	25				25
H Fernando da Fonseca	27		27	29				29
CH Lisboa Central	10		10	16				16
CH Oeste								
H Cascais				18				18
H Loures				25				25
H Vila Franca de Xira				24				24
IPO Lisboa								
DISTRITO SANTARÉM	17		17	42				42
H Santarém	17		17	18				18
CH Médio Tejo				24				24
DISTRITO SETÚBAL	40	44	84	75	18			93
H Garcia Orta				27				27
CH Setúbal	16	44	60	20	18			38
CH Barreiro Montijo	24		24	28				28
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	470	628	1 098	416	154	97	32	699
DISTRITO PORTALEGRE, ÉvORA E BEJA	40	62	102	40	14			54
H Évora	25	20	45	17				17
ULS Norte Alentejano	15	42	57	11	14			25
ULS Baixo Alentejo				12				12
DISTRITO SETÚBAL								
ULS Litoral Alentejano								
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	40	62	102	40	14			54
CH Algarve	50		50	47	3			50
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	50		50	47	3			50
TOTAL	1 383	1 364	2 747	1 108	479	131	142	1 860

ANEXO 4

Recursos em camas de internamento Entidades Convencionadas 2016	Lotação Total	Internamento	Residências
Porto	324	324	
Centro Hospitalar do Conde de Ferreira	324	324	
Braga	1 032	952	80
Casa de Saúde do Bom Jesus	406	385	21
Casa de Saúde S. João de Deus	405	351	54
Casa de Saúde S. José		216	5
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	1 356	1 276	80
Coimbra	540	410	130
Casa de Saúde Rainha Santa Isabel	440	410	30
Fundação ADFP	100		100
Guarda	178	168	10
Casa de Saúde Bento Menni	178	168	10
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	718	578	140
Lisboa	1 515	1 303	212
Casa de Saúde da Idanha	559	474	85
Casa de Saúde do Telhal	552	456	96
Casa de Saúde Santa Rosa de Lima	90	90	
Centro Psicogeriátrico N. Sra. de Fátima	88	88	
Clínica Psiquiátrica São José	202	195	7
AEIPS	24		24
REGIÃO DE SAÚDE DE LX E V. DO TEJO	1 515	1 303	212
Portalegre	132	120	12
Centro de Recuperação de Menores	132	120	12
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	132	120	12
Total	3 721	3 277	444

Fonte: questionário às Entidades, fevereiro 2017

ANEXO 5

Despacho 407/98 Capacidade Instalada 2016	FÓRUM SÓCIO- OCUP.	UNIDADE VIDA PROTEGIDA	UNIDADE VIDA AUTÓNOMA	UNIDADE VIDA APOIADA
PORTO	75	22		
BRAGA	46			
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	121	22		
COIMBRA	80			30
UISEU	55			
LEIRIA	15			
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	150			30
LISBOA	300	77	21	10
SANTARÉM	10			
SETÚBAL	65	14	3	
REGIÃO DE SAÚDE DE LX E V. DO TEJO	375	91	24	10
ÉVORA	10			
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	10			
FARO	122			40
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	122			40
Total	778	113	24	80

Fonte: ISS, abril 2017

ANEXO 6

Recursos Humanos Psiquiatria Adultos Médicos	2006						2016						
	Especialistas	Internos	Total Médicos	Total Horas	Horas afetas Urgência	% Horas afetas Urgência	Especialistas	Internos	Total Médicos	Total Horas	Horas afetas Urgência	% Horas afetas Urgência	
DISTRITO PORTO	99	37	136	5 086	931	18%	128	52	180	6 692	688	10%	
H Magalhães Lemos	(1)	42	18	60	2 340	450	19%	37	17	54	2 027	102	5%
CH São João	(1)	30	15	45	1 594	324	20%	29	15	44	1 519	106	7%
CH V Nova Gaia	(1)	12	4	16	602	157	26%	15	12	27	1 015	216	21%
CH Tâmega e Sousa	(1)	12		12	445		17	8	25	995	192	19%	
CH Porto	(1)	1		1	35		8		8	320			
CH Póvoa Varzim Vila do Conde	(1)						5		5	180			
CH Médio Ave	(1)						7		7	270	72	27%	
IPO Porto	(1)	2		2	70		3		3	92			
ULS Matosinhos	(1)						7		7	275			
DISTRITO BRAGA E V.CASTELO	23	4	27	997	180	18%	32	15	47	1 719	377	22%	
H Braga		14	4	18	672	180	27%	16	6	22	756	275	36%
ULS Alto Minho	(1)	8		8	290		9	8	17	663	90	14%	
H Guimarães	(1)	1		1	35		7	1	8	300	12	4%	
DISTRITO BRAGANÇA E V REAL	7		7	289	174	60%	9	10	19	679	188	28%	
ULS Nordeste	(1)	5		5	207	174	84%	4	3	7	197	92	47%
CH T Montes Alto Douro	(1)	2		2	82		5	7	12	482	96	20%	
DISTRITO AVEIRO	2		2	77	12	16%	10		10	375			
CH Entre Douro e Vouga	(1)	2		2	77	12	16%	10		10	375		
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	131	41	172	6 449	1 297	20%	179	77	256	9 465	1 253	13%	
DISTRITO VISEU, GUARDA E C.BRANCO	19	8	27	1 000	396	40%	27	12	39	1 511	314	21%	
H Viseu		7	8	15	581	156	27%	13	6	19	737	166	23%
ULS Guarda		6		6	195	168	86%	6	6	12	474	42	9%
CH Cova Beira		4		4	154	48	31%	4		4	140	69	49%
HCastelo Branco		2		2	70	24	34%	4		4	160	37	23%
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	76	29	105	3 991	829	21%	64	38	102	3 894	744	19%	
CH Universitário de Coimbra		59	27	86	3 357	651	19%	41	25	66	2 482	408	16%
CH Baixo Vouga		9	2	11	406	84	21%	11	5	16	629	110	17%
H Leiria		6		6	220	94	43%	10	8	18	703	227	32%
H Figueira da Foz		2		2	8		2		2	80			
IPO Coimbra													
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	95	37	132	4 991	1 225	25%	91	50	141	5 405	1 058	20%	
DISTRITO LISBOA	141	50	191	6 769	1 667	25%	144	104	248	9 116	1 533	17%	
CH Psiquiátrico Lisboa		85	29	114	3 952	848	21%	48	43	91	3 403		
CH Lisboa Norte		30	13	43	1 603	383	24%	31	24	55	2 002	253	13%
CH Lisboa Ocidental		20	8	28	1 062	436	41%	17	16	33	1 240	341	28%
H Fernando da Fonseca							18	14	32	1 188	346		
CH Lisboa Central		4		4	94		4		4	130	441		
CH Oeste		1		1	23		6		6	168			
H Cascais	(2)						5		5	155	8		
H Loures	(2)						10	7	17	640	144		
H Vila Franca Xira	(2)						5		5	190			
IPO Lisboa		1		1	35								
DISTRITO SANTARÉM	13	2	15	586	117	20%	17	10	27	1 070	299	28%	
H Santarém		7	2	9	346	117	34%	7	4	11	440	103	23%
CH Médio Tejo		6		6	240		10	6	16	630	196		
DISTRITO SETÚBAL	21	4	25	967	454	47%	30	22	52	2 000	340	17%	
H Garcia Orta		4		4	145	12	8%	10	8	18	697	117	17%
CH Setúbal		9		9	353	310	88%	11	7	18	701	43	6%
CH Barreiro Montijo		8	4	12	469	132	28%	9	7	16	602	180	30%
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	175	56	231	8 322	2 238	27%	191	136	327	12 186	2 171	18%	
DISTRITO PORTALEGRE, ÉVORA E BEJA	10	1	11	376	162	43%	17	8	25	712	266	37%	
H Évora	(1)	4	1	5	182	91	50%	7	6	13	320	114	36%
ULS Norte Alentejano	(1)	3		3	99	71	72%	3		3	100	30	30%
ULS Baixo Alentejo	(1)	3		3	95		7	2	9	292	122	42%	
DISTRITO SETÚBAL							3		3	115			
ULS Litoral Alentejano	(1)						3		3	115			
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	10	1	11	376	162	43%	20	8	28	827	266	32%	
CH Algarve		9		9	353	193	55%	10	11	21	824	195	24%
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	9		9	353	193	55%	10	11	21	824	195	24%	
TOTAL	420	135	555	20 491	5 115	25%	491	282	773	28 707	4 943	17%	

Fonte: ACS

- (1) Informação validada pelos Coordenadores Regionais das ARSs junto dos Diretores de Departamento / Serviço
- (2) Informação validada pela ARS respetiva

ANEXO 7

Recursos Humanos Psiquiatria da Infância e Adolescência	2006				2016									
	Especialistas	Internos	Total Médicos	Total Horas	Especialistas	Internos	Total Médicos	Total Horas	Enfermeiros ETC 35h	Psicólogos ETC 35h	Assistentes sociais ETC 35h	Terapeutas Ocupacion ETC 35h	Terapeutas da Fala ETC 35h	Outros Técnicos ETC 35h
DISTRITO PORTO	23	14	37	1 498	30	13	43	1 654	14	22	12	1	1	3
H Magalhães Lemos (1)														
CH São João (1)					3		3	110		4,1				
CH V Nova Gaia (1)	3		3	112	4	1	5	200	1,0	2,3	0,6	0,3		
CH Tâmega e Sousa (1)	4		4	154	4		4	147		2,0	0,5			
CH Porto (1)	16	14	30	1 232	15	12	27	1 037	13,0	9,0	2,0	1,0		2,0
CH Póvoa Varzim Vila do Conde (1)														
CH Médio Ave (1)					1		1	40						
IPO Porto (1)										1,0	9,0		1,0	1,0
ULS Matosinhos (1)					3		3	120		4,0				
DISTRITO BRAGA E V.CASTELO	4		4	147	5		5	197		1	1			
H Braga (2)	3		3	112	2		2	77						
ULS Alto Minho (1)	1		1	35	2		2	80		1,0	1,0			
H Guimarães (1)					1		1	40						
DISTRITO BRAGANÇA E V REAL	1		1	42	2		2	75		5	1			
ULS Nordeste (1)					1		1	35		0,7				
CH T Montes Alto Douro (1)	1		1	42	1		1	40		4,0	0,5			
DISTRITO AVEIRO					3		3	115	1	1				
CH Entre Douro e Vouga (1)					3		3	115	1,0	0,6				
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	28	14	42	1 687	40	13	53	2 041	15	29	14	1	1	3
DISTRITO VISEU, GUARDA E C.BRANCO	2		2	77	3		3	112		1		1	1	1
H Viseu	1		1	35	2		2	70						
ULS Guarda														
CH Cova Beira	1		1	42	1		1	42		1,0		1,0	1,0	1,0
HCastelo Branco														
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	6	5	11	451	11	14	25	975	12	5	1	0	1	2
CH Universitário de Coimbra	6	5	11	451	7	14	21	839	11,1	4,0				2,0
CH Baixo Vouga					1,5	0,2	2	56	1,1	0,4	0,3	0,4		
H Leiria					2		2	80						
H Figueira da Foz										1,0	1,0		1,0	
IPO Coimbra														
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	8	5	13	528	14	14	28	1 087	12	6	1	1	2	3
DISTRITO LISBOA	26	13	39	1 517	33	35	68	2 578	41	24	5	5	1	6
CH Psiquiátrico Lisboa														
CH Lisboa Norte	2		2	77	4	2	6	230	1,0	7,0		1,0		
CH Lisboa Ocidental	4		4	145	4	6	10	378	1,0	2,0				1,0
H Fernando da Fonseca					3		3	115	1,0	3,0	1,0	1,0		1,0
CH Lisboa Central	20	13	33	1 295	16	27	43	1 690	35,3	9,0	3,0	2,0	1,0	4,0
CH Oeste														
H Cascais (2)														
H Loures (2)					3		3	90	2,3	3,0	1,0	1,2		
H Vila Franca Xira (2)					3		3	75						
IPO Lisboa														
DISTRITO SANTARÉM	3		3	126	1		1	40	1	3	1			
H Santarém	3		3	126	1		1	40	1,0	3,0	1,0			
CH Médio Tejo														
DISTRITO SETÚBAL	5		5	185	6	3	9	350	1	8				
H Garcia Orta	4		4	150	4	3	7	270		8,0				
CH Setúbal					1		1	40						
CH Barreiro Montijo	1		1	35	1		1	40	1,0					
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	34	13	47	1 828	40	38	78	2 968	43	35	6	5	1	6
DISTRITO PORTALEGRE, ÉVORA E BEJA	1		1	42	2		2	41	2	3	1	2	4	7
H Évora (1)										1,0		1,0	1,0	2,0
ULS Norte Alentejano (1)					1		1	6		1,0		1,0	2,0	
ULS Baixo Alentejo (1)	1		1	42	1		1	35	2,1	1,0	1,0		1,0	5,0
DISTRITO SETÚBAL														
ULS Litoral Alentejano (1)														
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	1		1	42	2		2	41	2	3	1	2	4	7
CH Algarve					1		1	40	0,5					
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE					1		1	40	1					
TOTAL	71	32	103	4 085	97	65	162	6 177	73	73	22	10	8	19

Fonte: AACS

- (1) Informação validada pelos Coordenadores Regionais das ARSs junto dos Diretores de Departamento / Serviço
(2) Informação validada pela ARS respetiva

Recursos Humanos Psiquiatria Adultos outros técnicos	2016						
	Enfermeiro Especialista ETC 35h	Enfermeiro ETC 35h	Total Enfermeiros ETC 35h	Psicólogos ETC 35h	Assistentes sociais ETC 35h	Terapeutas Ocupacionais ETC 35h	Outros Técnicos S Mental ETC 35h
DISTRITO PORTO	109	122	230	63	27	13	8
H Magalhães Lemos (1)	66,5	64,5	131	9	10	4	8
CH São João (1)	13,2	31,2	44	24	4,6	6,7	
CH V Nova Gaia (1)	11,0	10,0	21	3,1	1,5	1,5	
CH Tâmega e Sousa (1)	11,0	16,0	27	6	2	1	
CH Porto (1)	3,0		3	9			
CH Póvoa Varzim Vila do Conde (1)				1,1			
CH Médio Ave (1)	3,0		3	3			
IPO Porto (1)				4	9		
ULS Matosinhos (1)	1,1		1	4			
DISTRITO BRAGA E V. CASTELO	19	33	53	12	3	2	16
H Braga (2)	8,4	10,6	19	4,4	1,1	2,3	
ULS Alto Minho (1)	5,8	15,8	22	4	1		16
H Guimarães (1)	5,0	7,0	12	4	1		
DISTRITO BRAGANÇA E V. REAL	9	25	34	5	2		1
ULS Nordeste (1)	4,4	14,7	19	2	1		1
CH T Montes Alto Douro (1)	4,8	10,2	15	3	1		
DISTRITO AVEIRO	5,0		5	4	1	1	
CH Entre Douro e Vouga (1)	5,0		5	3,6	0,7	1	
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	142	180	322	83	32	16	25
DISTRITO VISEU, GUARDA E C. BRANCO	11	63	73	11	5	3	19
H Viseu	8,0	24,6	33	4	2	1	19
ULS Guarda		13,3	13	1	1		
CH Cova Beira	2,6	12,7	15	3	1	1	
H Castelo Branco		12,0	12	3	1	1	
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	85	109	194	17	15	6	27
CH Universitário de Coimbra	49,7	76,0	126	12	10	4	2
CH Baixo Vouga	18,5	8,4	27	3,5	2,6	2,4	
H Leiria	16,4	24,7	41	2	2		25
H Figueira da Foz							
IPO Coimbra							
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	95	172	267	28	20	9	46
DISTRITO LISBOA	39	280	319	98	23	30	9
CH Psiquiátrico Lisboa	15,5	147,7	163	43	18	20	6
CH Lisboa Norte		48,2	48	24		2	
CH Lisboa Ocidental	4,0	21,4	25	10			1
H Fernando da Fonseca	2,1	25,9	28	6	4	5	2
CH Lisboa Central	0,3		0				
CH Oeste	2,0		2				
H Cascais (2)	2,3	14,1	16	6,4	0,6	0,3	
H Loures (2)	8,6	10,3	18,9	5,9		2,1	
H Vila Franca Xira (2)	4,4	12,9	17	2,3		1,1	
IPO Lisboa							
DISTRITO SANTARÉM	14	28	42	7	2	4	
H Santarém	7,0	10,4	17	4	1	2	
CH Médio Tejo	7,0	17,7	25	3	1	2	
DISTRITO SETÚBAL	24,6	39,7	64	12	3	4	1
H Garcia Orta	12,8	7,3	20	8		1	1
CH Setúbal	10,9	10,2	21		2	2	
CH Barreiro Montijo	0,9	22,2	23	4	1	1	
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	78	348	426	117	28	38	10
DISTRITO PORTALEGRE, ÉVORA E BEJA	23	29	52	8	5	2	2
H Évora (1)	11,0	8,0	19	2	1	1	
ULS Norte Alentejano (1)	7,3	5,6	13	2	2	1	2
ULS Baixo Alentejo (1)	5,0	15,6	21	4	2		
DISTRITO SETÚBAL				3			
ULS Litoral Alentejano (1)				3			
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	23	29	52	11	5	2	2
CH Algarve	3,9	40,9	45	23	2	4	
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	4	41	45	23	2	4	
TOTAL	342	770	1 112	262	86	70	83

Fonte: ACSS

- (1) Informação validada pelos Coordenadores Regionais das ARSs junto dos Diretores de Departamento / Serviço
 (2) Informação validada pela ARS respetiva

ANEXO 9

ATIVIDADE GLOBAL 2016/2005	2005				2016			
	Consultas	Interna - mentos	Sessões H e A Dia	Visitas Domiciliárias	Consultas	Interna - mentos	Sessões H e A Dia	Visitas Domiciliárias
DISTRITO PORTO	135 193	4 788	34 649	nd	201 645	4 655	95 154	5 763
H Magalhães Lemos	44 824	2 835	23 240		47 256	3 017	57 111	3 099
CH São João	26 346	778	2 861		31 242	560	10 974	321
CH V Nova Gaia	15 064	447	3 116		22 679	397	12 011	
CH Tamega e Sousa	36 589	545	4 195		39 630	586	4 285	
CH Porto	12 240	183	1 237		28 656	95	4 339	1 562
CH Póvoa Varzim Vila do Conde					4 487		2 467	
CH Médio Ave					12 592		3 437	781
IPO Porto					3 043			
ULS Matosinhos	130				12 060		530	
DISTRITO BRAGA E V.CASTELO	33 151	1 320	2 653	nd	51 590	1 448	6 661	
H Braga	15 373	785	43		21 390	774	2 564	
ULS Alto Minho	10 004	446	2 609		13 713	421	1 828	
H Guimarães	7 774	89	1		16 487	253	2 269	
DISTRITO BRAGANÇA E V.REAL	12 802	877	954	nd	18 514	887	2 654	
ULS Nordeste	7 622	577			6 449	451		
CH T Montes Alto Douro	5 180	300	954		12 065	436	2 654	
DISTRITO AVEIRO	1 721			nd	10 262		7 036	
CH Entre Douro e Vouga	1 721				10 262		7 036	
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	182 867	6 985	38 256	nd	282 011	6 990	111 505	5 763
DISTRITO VISEU, GUARDA E C.BRANCO	30 604	1 595	4 436	nd	44 268	1 480	10 167	6 941
H Viseu	14 529	516	1 601		18 373	414	1 602	
ULS Guarda	6 482	451			10 221	473		4 324
CH Cova Beira	6 781	414	1 349		7 388	291	6 262	1 671
H Castelo Branco	2 812	214	1 486		8 286	302	2 303	946
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	61 828	3 627	30 495	nd	88 707	2 559	19 871	1 589
CH Universitário de Coimbra	44 387	2 380	28 187		56 119	1 489	16 153	1 001
CH Baixo Vouga	8 828	490	2 308		11 413	445	3 718	588
H Leiria	7 873	757			16 926	625		
H Figueira da Foz	740				2 831			
IPO Coimbra					1 418			
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	92 432	5 222	34 931	nd	132 975	4 039	30 038	8 530
DISTRITO LISBOA	126 226	5 506	35 608	nd	205 852	4 795	79 051	6 693
CH Psiquiátrico Lisboa	50 472	3 964	23 008		63 568	2 134	42 023	6 344
CH Lisboa Norte	30 094	477	3 097		32 721	687	9 348	
CH Lisboa Ocidental	15 430	426	4 611		24 117	306	6 676	349
H Fernando da Fonseca	15 366	557	3 735		27 462	406	8 389	
CH Lisboa Central	13 170	82	1 157		21 165	122	4 308	
CH Oeste	1 694				5 297		267	
H Cascais					4 573	291	1 716	
H Loures					15 167	404	4 675	
H Vila Franca de Xira					8 096	445	1 649	
IPO Lisboa					3 686			
DISTRITO SANTARÉM	12 966	426	4 323	nd	23 017	1 076	6 335	
H Santarém	8 035	426	3 279		9 123	469	3 202	
CH Médio Tejo	4 931		1 044		13 894	607	3 133	
DISTRITO SETÚBAL	30 743	498	6 125	nd	42 557	1 379	12 153	
H Garcia Orta	7 305				14 443	375	2 702	
CH Setúbal	7 551	182	4 115		14 479	504	8 476	
CH Barreiro Montijo	15 887	316	2 010		13 635	500	975	
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	169 935	6 430	46 056	nd	271 426	7 250	97 539	6 693
DISTRITO PORTALEGRE, ÉVORA E BEJA	18 330	482	1 422	nd	24 013	610	3 924	
H Évora	5 728	265	1 422		9 460	213	2 075	
ULS Norte Alentejano	3 935	217			5 257	197		
ULS Baixo Alentejo	8 667				9 296	200	1 849	
DISTRITO SETÚBAL				nd	3 058			
ULS Litoral Alentejano					3 058			
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	18 330	482	1 422	nd	27 071	610	3 924	
CH Algarve	9 403	629	1 491	nd	13 197	790	8 793	2 918
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	9 403	629	1 491		13 197	790	8 793	2 918
TOTAL	472 967	19 748	122 156	nd	726 680	19 679	251 799	23 904

ANEXO 10

CONSULTA EXTERNA 2016 / 2005	2005						2016					
	Consultas Psiquiatria Adultos	Consultas Psiquiatria Inf. Adolesc.	Total de Consultas	1ºs Consultas Psiquiatria Adultos	1ºs Consultas Psiquiatria Inf. Adolesc.	Total 1ºs Consultas	Consultas Psiquiatria Adultos	Consultas Psiquiatria Inf. Adolesc.	Total de Consultas	1ºs Consultas Psiquiatria Adultos	1ºs Consultas Psiquiatria Inf. Adolesc.	Total 1ºs Consultas
DISTRITO PORTO	113 222	21 971	135 193	12 412	2 311	14 723	161 677	39 968	201 645	24 277	8 223	32 500
H Magalhães Lemos	44824		44 824	4025		4 025	47 256		47 256	3660		3 660
CH São João	24246	2100	26 346	2702	270	2 972	27 329	3 913	31 242	3902	919	4 821
CH V Nova Gaia	12201	2863	15 064	1843		1 843	18 810	3 869	22 679	3767	622	4 389
CH Tamega e Sousa	31821	4768	36589	3780	367	4147	33 382	6 248	39 630	6763	2285	9 048
CH Porto		12240	12 240		1674	1 674	9 006	19 650	28 656	1682	2946	4 628
CH Póvoa Varzim Vila do Conde							1 135	3 352	4 487	415	682	1 097
CH Médio Ave							11 409	1 183	12 592	1344	147	1 491
IPO Porto							3 043		3 043	446		446
ULS Matosinhos	130		130	62		62	10 307	1 753	12 060	2298	622	2 920
DISTRITO BRAGA E V.CASTELO	29 690	3 461	33 151	5 972	795	6 767	42 241	9 349	51 590	7 515	1 740	9 255
H Braga	12981	2392	15 373	2849	477	3 326	16 104	5 286	21 390	3058	1136	4 194
ULS Alto Minho	8935	1069	10 004	1444	318	1 762	12 324	1 389	13 713	2544	347	2 891
H Guimarães	7774		7 774	1679		1 679	13 813	2 674	16 487	1913	257	2 170
DISTRITO BRAGANÇA E V.REAL	9 384	3 418	12 802	1 177	799	1 976	14 800	3 714	18 514	1 918	648	2 566
ULS Nordeste	6300	1322	7 622	591	289	880	4 869	1 580	6 449	671	219	890
CH T Montes Alto Douro	3084	2096	5 180	586	510	1 096	9 931	2 134	12 065	1247	429	1 676
DISTRITO AVEIRO	1 721		1 721	151		151	8 581	1 681	292 273	2 116	287	2 403
CH Entre Douro e Vouga	1721		1 721	151		151	8 581	1 681	10 262	2116	287	2 403
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	154 017	28 850	182 867	19 712	3 905	23 617	227 299	54 712	282 011	35 826	10 898	46 724
DISTRITO VISEU, GUARDA E C.BRANCO	28 865	1 739	30 604	2 879	242	3 121	42 201	2 067	28 594	6 198	335	6 533
H Viseu	13793	736	14 529	1108	155	1 263	17 336	1 037	18 373	2107	220	2 327
ULS Guarda	6482		6 482	875		875	10 221		10 221	1574		1 574
CH Cova Beira	5778	1003	6 781	583	87	670	6 358	1 030	7 388	835	115	950
H Castelo Branco	2812		2 812	313		313	8 286		8 286	1682		1 682
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	56 702	5 126	61 828	7 135	972	8 107	77 137	11 570	88 707	11 425	1 971	13 396
CH Universitário de Coimbra	41159	3 228	44 387	4593	586	5 179	48 502	7 617	56 119	7 082	1 167	8 249
CH Baixo Vouga	7841	987	8 828	560	198	758	10 045	1 368	11 413	1259	249	1 508
H Leiria	6962	911	7 873	1774	188	1 962	14 341	2 585	16 926	2096	555	2 651
H Figueira da Foz	740		740	208		208	2 831		2 831	788		788
IPO Coimbra							1 418		1 418	200		200
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	85 567	6 865	92 432	10 014	1 214	11 228	119 338	13 637	132 975	17 623	2 306	19 929
DISTRITO LISBOA	108 213	18 013	126 226	8 505	2 652	11 157	168 081	37 771	205 852	19 974	4 100	24 074
CH Psiquiátrico Lisboa	50 472		50 472	4072		4 072	63 568		63 568	4957		4 957
CH Lisboa Norte	30 094		30 094	2352		2 352	29 201	3 520	32 721	4719	534	5 253
CH Lisboa Ocidental	12430	3000	15 430	910	507	1 417	16 073	8 044	24 117	1547	923	2 470
H Fernando da Fonseca	14154	1212	15 366	1016	129	1 145	25 776	1 686	27 462	1558	196	1 754
CH Lisboa Central		13170	13 170		1866	1 866	1 878	19 287	21 165	369	1493	1 862
CH Oeste	1 063	631	1 694	155	150	305	5 297	5 297	5 297	887		887
H Cascais							4 573		4 573	1251		1 251
H Loures							11 859	3 308	15 167	2418	647	3 065
H Vila Franca de Xira							6 170	1 926	8 096	1266	307	1 573
IPO Lisboa							3 686		3 686	1002		1 002
DISTRITO SANTARÉM	10 894	2 072	12 966	1 483	379	1 862	21 616	1 401	23 017	3 799	293	4 092
H Santarém	5963	2072	8 035	740	379	1 119	7 722	1 401	9 123	1613	293	1 906
CH Médio Tejo	4931		4 931	743		743	13 894		13 894	2186		2 186
DISTRITO SETÚBAL	25 295	5 448	30 743	2 046	675	0	36 654	5 903	28 922	3 662	530	4 192
H Garcia Orta	3898	3407	7 305	684	417	1 101	9 796	4 647	14 443	1044	288	1 332
CH Setúbal	7509	42	7 551	398	29	427	13 370	1 109	14 479	1375	179	1 554
CH Barreiro Montijo	13888	1999	15 887	964	229	1 193	13 488	147	13 635	1243	63	1 306
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	144 402	25 533	169 935	12 034	3 706	15 740	228 351	45 075	271 426	27 435	4 923	32 358
DISTRITO PORTALEGRE, ÉVORA E BEJA	16 133	2 197	18 330	1 525	427	1 952	20 565	3 448	14 717	3 175	531	3 706
H Évora	5592	136	5 728	666	135	801	8 054	1 406	9 460	921	189	1 110
ULS Norte Alentejano	3935		3 935	343		343	4 985	272	5 257	888	58	946
ULS Baixo Alentejo	6606	2061	8 667	516	292	808	7 526	1 770	9 296	1366	284	1 650
DISTRITO SETÚBAL							3 058		3 058	1 356		1 356
ULS Litoral Alentejano							3 058		3 058	1356		1 356
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	16 133	2 197	18 330	1 525	427	1 952	23 623	3 448	17 775	4 531	531	5 062
CH Algarve	9313	90	9 403	1560	46	1 606	12 441	756	13 197	1382	32	1 414
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	9 313	90	9 403	1 560	46	1 606	12 441	756	13 197	1 382	32	1 414
TOTAL	409 432	63 535	472 967	44 845	9 298	54 143	609 052	117 628	726 680	86 797	18 690	105 487

ANEXO 11

CTH Psiquiatria Adultos 2016	CTH Consultas realizadas	% Consultas realizadas dentro do TMRG	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)	CTH / 1 ^{as} Consultas %
DISTRITO PORTO	7 532	85%	77	31%
H Magalhães Lemos	1 319	100%	33	36%
CH São João	1 251	96%	78	32%
CH V Nova Gaia	585	99%	39	16%
CH Tamega e Sousa	1 492	43%	160	22%
CH Porto	499	87%	86	30%
CH Póvoa Varzim Vila do Conde	248	65%	123	60%
CH Médio Ave	860	97%	93	64%
IPO Porto				
ULS Matosinhos	1 278	100%	16	56%
DISTRITO BRAGA E V.CASTELO	3 232	86%	92	43%
H Braga	1 483	84%	84	48%
ULS Alto Minho	785	99%	71	31%
H Guimarães	964	79%	122	50%
DISTRITO BRAGANÇA E V.REAL	670	87%	72	35%
ULS Nordeste	299	99%	39	45%
CH T Montes Alto Douro	371	78%	98	30%
DISTRITO AVEIRO	561	76%	90	27%
CH Entre Douro e Vouga	561	76%	90	27%
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	11 434	86%	81	32%
DISTRITO VISEU, GUARDA E C.BRANCO	1 575	92%	86	25%
H Viseu	759	86%	107	36%
ULS Guarda	417	96%	63	26%
CH Cova Beira	18	100%	71	2%
H Castelo Branco	381	100%	70	23%
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	2 437	90%	76	21%
CH Universitário de Coimbra	1 058	91%	77	15%
CH Baixo Vouga	423	70%	106	34%
H Leiria	655	96%	56	31%
H Figueira da Foz	301	100%	70	38%
IPO Coimbra				
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	4 012	91%	80	23%
DISTRITO LISBOA	6 325	83%	75	32%
CH Psiquiátrico Lisboa	2 332	83%	65	47%
CH Lisboa Norte	491	97%	60	10%
CH Lisboa Ocidental	403	97%	57	26%
H Fernando da Fonseca	755	91%	65	48%
CH Lisboa Central				
CH Oeste	450	60%	141	51%
H Cascais	543	100%	17	43%
H Loures	883	73%	103	37%
H Vila Franca de Xira	468	57%	130	37%
IPO Lisboa				
DISTRITO SANTARÉM	1 269	97%	63	33%
H Santarém	491	97%	73	30%
CH Médio Tejo	778	97%	57	36%
DISTRITO SETÚBAL	1 218	80%	100	33%
H Garcia Orta	302	89%	87	29%
CH Setúbal	535	67%	127	39%
CH Barreiro Montijo	381	91%	72	31%
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	8 812	84%	77	32%
DISTRITO PORTALEGRE, ÉVORA E BEJA	1 095	81%	86	34%
H Évora	425	94%	64	46%
ULS Norte Alentejano	413	63%	105	47%
ULS Baixo Alentejo	257	90%	91	19%
DISTRITO SETÚBAL	420	99%	33	31%
ULS Litoral Alentejano	420	99%	33	31%
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	1 515	86%	71	33%
CH Algarve	507	73%	93	37%
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	507	73%	93	37%
TOTAL	26 280	86%	79	30%

ANEXO 12

CHT Psiquiatria Infância e Adolescência 2016	CTH Consultas realizadas	% Consultas realizadas dentro do TMRG	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)	CTH / 1ºs Consultas %
DISTRITO PORTO	2 625	94%	71	32%
H Magalhães Lemos				
CH São João	432	81%	107	47%
CH V Nova Gaia	305	94%	71	49%
CH Tamega e Sousa	527	92%	89	23%
CH Porto	612	98%	51	21%
CH Póvoa Varzim Vila do Conde	200	98%	103	29%
CH Médio Ave	118	99%	74	80%
IPO Porto				
ULS Matosinhos	431	100%	25	69%
DISTRITO BRAGA E V.CASTELO	855	84%	68	49%
H Braga	716	81%	65	63%
ULS Alto Minho	139	99%	81	40%
H Guimarães				
DISTRITO BRAGANÇA E V.REAL	286	56%	59	44%
ULS Nordeste	192	46%	35	88%
CH T Montes Alto Douro	94	76%	108	22%
DISTRITO AVEIRO				
CH Entre Douro e Vouga				
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	3 766	89%	69	35%
DISTRITO VISEU, GUARDA E C.BRANCO	70	100%	43	21%
H Viseu	70	100%	43	32%
ULS Guarda				
CH Cova Beira				
H Castelo Branco				
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	583	90%	85	30%
CH Universitário de Coimbra	304	82%	92	26%
CH Baixo Vouga	158	97%	89	63%
H Leiria	121	100%	59	22%
H Figueira da Foz				
IPO Coimbra				
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	653	91%	80	28%
DISTRITO LISBOA	1 348	94%	58	33%
CH Psiquiátrico Lisboa				
CH Lisboa Norte	177	99%	49	33%
CH Lisboa Ocidental	192	99%	62	21%
H Fernando da Fonseca				
CH Lisboa Central	541	99%	36	36%
CH Oeste				
H Cascais				
H Loures	325	82%	88	50%
H Vila Franca de Xira	113	88%	84	37%
IPO Lisboa				
DISTRITO SANTARÉM	194	49%	135	66%
H Santarém	159	53%	142	54%
CH Médio Tejo	35	31%	102	
DISTRITO SETÚBAL	117	95%	85	22%
H Garcia Orta	117	95%	85	41%
CH Setúbal				
CH Barreiro Montijo				
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	1 659	89%	69	34%
DISTRITO PORTALEGRE, ÉVORA E BEJA	190	57%	123	36%
H Évora	109	60%	116	58%
ULS Norte Alentejano				
ULS Baixo Alentejo	81	54%	133	29%
DISTRITO SETÚBAL				
ULS Litoral Alentejano				
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	190	57%	123	36%
CH Algarve				
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE				
TOTAL	6 268	88%	72	34%

ANEXO 13

HOSPITAL E ÁREA DE DIA 2005 / 2016	2005		2016					
	DOENTES TOTAL	SESSÕES TOTAL	DOENTES Psiquiatria Adultos	DOENTES Psiquiatria Inf. Adolesc.	DOENTES TOTAL	SESSÕES Psiquiatria Adultos	SESSÕES Psiquiatria Inf. Adolesc.	SESSÕES TOTAL
DISTRITO PORTO	1 684	34 649	3 555	1 269	4 824	88 218	6 936	95 154
H Magalhães Lemos	476	23 240	1 521		1 521	57 111		57 111
CH São João	78	2 861	518	49	567	9 094	1 880	10 974
CH V Nova Gaia	149	3 116	677	115	792	11 183	828	12 011
CH Tamega e Sousa	967	4 195	181	48	229	3 930	355	4 285
CH Porto	14	1 237	326	73	399	2 933	1 406	4 339
CH Póvoa Varzim Vila do Conde				984	984		2 467	2 467
CH Médio Ave			273		273	3 437		3 437
IPO Porto								
ULS Matosinhos			59		59	530		530
DISTRITO BRAGA E V.CASTELO	539	2 653	562	25	587	6 584	77	6 661
H Braga	4	43	90	14	104	2 546	18	2 564
ULS Alto Minho	534	2 609	276	11	287	1 769	59	1 828
H Guimarães	1	1	196		196	2 269		2 269
DISTRITO BRAGANÇA E V.REAL	353	954	492	311	803	2 343	311	2 654
ULS Nordeste								
CH T Montes Alto Douro	353	954	492	311	803	2 343	311	2 654
DISTRITO AVEIRO			418		418	7 036		7 036
CH Entre Douro e Vouga			418		418	7 036		7 036
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	2 576	38 256	5 027	1 605	6 632	104 181	7 324	111 505
DISTRITO VISEU, GUARDA E C.BRANCO	385	4 436	1 006	65	1 071	9 701	466	10 167
H Viseu	104	1 601	101		101	1 602		1 602
ULS Guarda								
CH Cova Beira	202	1 349	774	65	839	5 796	466	6 262
H Castelo Branco	79	1 486	131		131	2 303		2 303
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	549	30 495	646	163	809	18 880	991	19 871
CH Universitário de Coimbra	346	28 187	275	82	357	15 370	783	16 153
CH Baixo Vouga	203	2 308	371	81	452	3 510	208	3 718
H Leiria								
H Figueira da Foz								
IPO Coimbra								
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	934	34 931	1 652	228	1 880	28 581	1 457	30 038
DISTRITO LISBOA	793	35 608	2 868	558	3 426	70 048	9 003	79 051
CH Psiquiátrico Lisboa	610	23 008	2 163		2 163	42 023		42 023
CH Lisboa Norte	45	3 097	100	22	122	7 995	1 353	9 348
CH Lisboa Ocidental	48	4 611	51	210	261	4 485	2 191	6 676
H Fernando da Fonseca	59	3 735	361		361	8 389		8 389
CH Lisboa Central	31	1 157		241	241		4 308	4 308
CH Oeste			41		41	267		267
H Cascais			22		22	1 716		1 716
H Loures			88	85	173	3 524	1 151	4 675
H Vila Franca de Xira			42		42	1 649		1 649
IPO Lisboa								
DISTRITO SANTARÉM	329	4 323	150	14	164	6 219	116	6 335
H Santarém	195	3 279	58	14	72	3 086	116	3 202
CH Médio Tejo	134	1 044	92		92	3 133		3 133
DISTRITO SETÚBAL	62	6 125	603	75	678	11 487	666	12 153
H Garcia Orta			38	64	102	2 085	617	2 702
CH Setúbal	19	4 115	449	11	460	8 427	49	8 476
CH Barreiro Montijo	43	2 010	116		116	975		975
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	1 184	46 056	3 621	647	4 268	87 754	9 785	97 539
DISTRITO PORTALEGRE, ÉVORA E BEJA	83	1 422	158	47	205	3 130	794	3 924
H Évora	83	1 422	111		111	2 075		2 075
ULS Norte Alentejano								
ULS Baixo Alentejo			47	47	94	1 055	794	1 849
DISTRITO SETÚBAL								
ULS Litoral Alentejano								
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	83	1 422	158	47	205	3 130	794	3 924
CH Algarve	195	1 491	843	80	923	8 339	454	8 793
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	195	1 491	843	80	923	8 339	454	8 793
TOTAL	4 972	122 156	11 301	2 607	13 908	231 985	19 814	251 799

ANEXO 14

INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS 2016 / 2005	2005				2016			
	Lotação	Doentes Saídos	Demora Média (d.saídos)	Taxa de Ocupação	Lotação	Doentes Saídos	Demora Média (d.saídos)	Taxa de Ocupação
DISTRITO PORTO	283	4 779	15,1	70%	211	4 358	17,5	103%
H Magalhães Lemos	142	2 830	11,8	65%	102	2841	16,1	130%
CH São João	54	778	18,4	72%	30	491	21,8	95%
CH V Nova Gaia	30	447	18,5	76%	28	397	19,2	83%
CH Tamega e Sousa	43	541	25,1	87%	41	534	18,5	66%
CH Porto	14	183	12,9	46%	10	95	23,3	62%
CH Póvoa Varzim Vila do Conde								
CH Médio Ave								
IPO Porto								
ULS Matosinhos								
DISTRITO BRAGA E V.CASTELO	69	1 293	16,5	85%	71	1 446	16,9	91%
H Braga	42	758	17,0	84%	38	772	17,4	95%
ULS Alto Minho	24	446	16,8	86%	21	421	17,5	89%
H Guimarães	3	89	10,7	87%	12	253	14,4	84%
DISTRITO BRAGANÇA E V.REAL	64	864	15,9	59%	52	843	15,8	72%
ULS Nordeste	40	564	15,0	58%	28	407	14,5	58%
CH T Montes Alto Douro	24	300	17,4	60%	24	436	17,0	89%
DISTRITO AVEIRO								
CH Entre Douro e Vouga								
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	416	6 936	15,4	71%	334	6 647	17,1	96%
DISTRITO VISEU, GUARDA E C.BRANCO	107	1 595	18,4	75%	98	1 466	20,3	82%
H Viseu	44	516	22,2	71%	40	414	30,1	83%
ULS Guarda	24	451	18,2	94%	24	473	16,0	85%
CH Cova Beira	29	414	15,5	61%	19	277	18,4	73%
H Castelo Branco	10	214	15,3	90%	15	302	15,2	84%
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	300	3 532	22,3	72%	173	2 174	19,5	65%
CH Universitário de Coimbra	224	2 297	23,3	65%	98	1152	22,4	71%
CH Baixo Vouga	33	490	20,7	84%	32	445	18,2	70%
H Leiria	43	745	20,5	97%	43	577	14,9	58%
H Figueira da Foz								
IPO Coimbra								
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	407	5 127	21,1	73%	271	3 640	19,8	71%
DISTRITO LISBOA	413	5 264	20,0	70%	299	4 385	21,9	87%
CH Psiquiátrico Lisboa	301	3 763	19,2	66%	119	1728	22,0	86%
CH Lisboa Norte	44	477	26,0	77%	43	687	23,0	101%
CH Lisboa Ocidental	31	385	26,7	91%	25	306	27,5	87%
H Fernando da Fonseca	27	557	15,1	85%	29	406	24,4	92%
CH Lisboa Central	10	82	25,5	57%	16	122	28,0	61%
CH Oeste								
H Cascais					18	287	19,9	79%
H Loures					25	404	17,9	89%
H Vila Franca de Xira					24	445	16,4	84%
IPO Lisboa								
DISTRITO SANTARÉM	17	426	11,8	81%	42	1 076	12,9	92%
H Santarém	17	426	11,8	81%	18	469	13,2	95%
CH Médio Tejo					24	607	12,7	90%
DISTRITO SETÚBAL	40	490	27,1	91%	75	1 356	17,9	88%
H García Orta					27	375	24,3	90%
CH Setúbal	16	174	29,1	87%	20	482	13,6	91%
CH Barreiro Montijo	24	316	26,0	94%	28	499	17,2	84%
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	470	6 180	20,0	72%	416	6 817	19,7	88%
DISTRITO PORTALEGRE, ÉVORA E BEJA	40	470	21,1	68%	40	594	16,0	68%
H Évora	25	264	21,8	63%	17	210	15,9	64%
ULS Norte Alentejano	15	206	20,2	76%	11	184	15,8	72%
ULS Baixo Alentejo					12	200	16,3	72%
DISTRITO SETÚBAL								
ULS Litoral Alentejano								
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	40	470	21,1	68%	40	594	16,0	68%
CH Algarve	50	629	27,5	95%	47	787	12,5	77%
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	50	629	27,5	95%	47	787	12,5	77%
TOTAL	1 383	19 342	18,9	73%	1 108	18 485	18,4	85%

ANEXO 15

GDH's por região e grupo etário									
de 1/7/2010 a 30/6/2016	0 a 6	7 a 14	15 a 17	18 a 25	26 a 40	41 a 65	66 a 75	> 75	TOTAL
TOTAL REGIÃO NORTE	7	65	98	624	1 788	3 926	692	570	7 770
TOTAL REGIÃO CENTRO	10	66	88	308	887	2 029	438	368	4 194
TOTAL REGIÃO LVT	13	84	181	689	1 818	3 456	819	751	7 811
TOTAL REGIÃO ALENTEJO	2	7	16	34	127	297	82	72	637
TOTAL REGIÃO ALGARVE	1	6	24	66	181	375	42	66	761
TOTAL NACIONAL	33	228	407	1 721	4 801	10 083	2 073	1 827	21 173

Fonte: ACSS, BDGDH, 26.04.2017

ANEXO 16

POPULAÇÃO e GDH's por região e grupo etário	POPULAÇÃO Censo 2011				GDH's (de 1/7/20105 a 30/6/2016)				Internamentos por 100 000 habitantes			
	População Total	0 - 17 anos	18 - 65 anos	> 65 anos	Total GDH's	0 - 17 anos	18 - 65 anos	> 65 anos	População Total	0 - 17	18 - 65	> 65
TOTAL REGIÃO NORTE	3 576 484	603 439	2 421 457	551 588	7 770	170	6 338	1 262	217	28	262	229
TOTAL REGIÃO CENTRO	1 906 908	394 683	1 002 108	510 117	4 194	164	3 224	806	220	42	322	158
TOTAL REGIÃO LVT	3 603 374	648 864	2 278 015	676 495	7 811	278	5 963	1 570	217	43	262	232
TOTAL REGIÃO ALENTEJO	509 849	69 247	328 783	111 819	637	25	458	154	125	36	139	138
TOTAL REGIÃO ALGARVE	451 006	80 302	282 935	87 769	761	31	622	108	169	39	220	123
TOTAL NACIONAL	10 047 621	1 796 535	6 313 298	1 937 788	21 173	668	16 605	3 900	211	37	263	201

Fonte: ACSS, BDGDH, 26.04.2017

ANEXO 17

de 1/7/20105 a 30/6/2016	APR 31 GCD 19 - Doenças e Perturbações Mentais												APR 31 GCD 20 - Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga						Total episódios GCD 19 e GCD 20
Total GDH	740	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	770	772	773	774	775	776	
Designação	Diagnósticos de doença mental com procedimento em BO	Esquizofrenia	Doenças depressivas major e/ou outras/não especificadas psicoses	Perturbações da personalidade e/ou do controlo dos impulsos	Perturbações bipolares	Depressão exceto perturbações depressivas major	Perturbações de comportamento e/ou neuroses exceto diagnósticos de depressão major	Estados de ansiedade aguda e/ou delírio	Perturbações orgânicas da saúde mental	Perturbações do comportamen to da infância	Perturbações da alimentação	Outras perturbações da saúde mental	Abuso ou dependência do álcool e/ou drogas, alta contra parecer médico	Dependência do álcool e/ou drogas com terapêutica de reabilitação ou desintoxicação/ reabilitação	Abuso ou dependência de opiáceos	Abuso ou dependência de cocaína	Abuso ou dependência do álcool	Abuso ou dependência de outras drogas	
Região Saúde Norte	18	1 170	894	562	843	1 495	323	267	659	287	53	371	67	116	56	12	481	96	7 770
HML	0	572	377	315	436	806	91	29	200	177	1	170	12		34	3	125	41	3 389
CHSJ	5	75	91	28	44	100	44	26	58	24	22	28	3		8	1	28	14	599
CHVNGE	4	77	61	40	54	78	16	25	55	8		20	1		2	1	18	6	466
CHTS	6	71	48	56	63	124	37	27	62	8		42	1		1	2	32	2	582
CHP	0	2	10	3	5	15	26	15	21	11	21	2	1		1	3	18	2	156
CHPVVC	0		1		2		1	4	5	3		1	1				6		24
CHMA	0	1					2	2	3	1					1		6		16
IPO Porto						1		1	1								1		4
ULSM	0	1	3			5	4	29	21	6		4	2		1		12	1	89
HB	1	98	88	50	55	185	10	26	41	1	3	25	19	100	2		18	6	728
ULSAM	1	102	62	19	31	30	47	21	27	4	1	31	8		2		67	8	461
CHAA (Guimarães)	1	31	47	26	24	62	8	14	58	6	2	11					33	2	325
ULSN	0	60	62	4	95	20	22	19	42	11		25	10		1	2	37	2	412
CHTMAD	0	80	44	21	34	68	15	19	54	26	2	10	8	16	3		54	10	464
CHEDV	0							6	9	1	1	2					12	1	32
Hospital de Barcelos						1		4	2				1				14	1	23
Região Saúde Centro	27	573	845	158	518	346	253	231	434	53	26	144	32	116	20	8	360	50	4 194
CHTV	2	80	89	4	93	42	33	30	44	8	13	17	2		2		47	1	507
ULSG	0	48	134	11	111	25	4	12	31	4	4	20	1		2		40	8	455
ULSCB	0	50	88	8	18	19	25	5	41	1	1	16				1	44	4	321
HCB	2	46	56	8	44	47	4	19	30	5		12	4	44	6		33		360
CHUC	21	148	207	58	122	85	133	78	109	24	5	39	12	61	5	1	88	25	1 221
CHBV	1	116	108	25	46	27	23	20	52	6	1	15	3	9		2	27	5	486
CHL	1	85	161	44	84	101	31	63	120	5	2	24	10	2	5	2	78	6	824
HFFoz			1					4	5			1				2	3	1	17
IPO Coimbra									1										1
Hospital de Ovar			1						1										2
Região Saúde LVT	1	70	57	18	1 591	419	191	448	666	79	71	426	62	33	53	31	535	169	7 811
CHPL	0	324	249	106	281	147	44	51	128	13		54	33		22	4	185	41	1 682
CHLN	6	172	147	30	126	22	14	46	58	3	45	15	3	1	2	2	31	15	738
CHLO	1	85	63	17	67	3	9	11	49	2		188			1		10	13	519
HFF	3	82	90	20	133	69	7	44	41	3	1	18	4		1	2	37	3	558
CHLC	7	48	28	3	124	33	17	35	82	15	15	14	2		3	1	32	3	462
CHO	3	1	1	1		1		6	11	2	1	5					4	1	37
HC	1	55	70	11	57	15	4	14	23	1	2	9	2		4	2	6		276
HBA	4	114	119	26	68	8	15	18	57	1	1	8		29	5	1	24	1	499
HVFX	1	61	133	13	105	14	3	34	40	6	1	18	4	2		5	42	15	497
IPO Lisboa						2		3	3			4						1	13
HDS	1	75	71	11	90	55	40	33	42	6		14	3		4	5	28	5	483
CHMT	0	100	166	38	84	21	18	8	39	6	2	13	1		4	2	55	26	583
HGO	2	94	97	22	60	2	15	50	21		2	11	2			1	35	28	442
CHSE	0	68	43	8	306	2	5	20	43	4	1	28	2		2	1	11	5	549
CHBM	1	70	57	18	90	25		75	29	17		27	6	1	5	5	35	12	473
Região Saúde Alentejo	0	63	82	28	57	83	14	32	67	15	1	13	6	14	4	0	56	9	637
HESE		22	41	23	17	33	7	16	16	14	1	5	3		2		19	5	224
ULSNA		41	41	5	10	24	2	7	16			3	3	14	1		16		183
ULSBA	2	35	32	23	28	24	5	8	20	1		5			1		13	4	201
ULSLA			1	1	2	2		1	15								8		29
Região Saúde Algarve	1	101	128	18	101	81	23	84	50	44	3	37	3	0	4	2	46	35	761
CHA	1	101	128	18	101	81	23	84	50	44	3	37	3		4	2	46	35	761
Total	47	1 977	2 006	784	3 110	2 424	804	1 062	1 876	478	154	991	170	279	137	53	1 478	359	21 173

ANEXO 18

de 1/7/20105 a 30/6/2016	APR 31 GCD 19 - Doenças e Perturbações Mentais												APR 31 GCD 20 - Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga						Total episódios GCD 19 e GCD 20
GDH < 18 ANOS	740	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	770	772	773	774	775	776	
Designação	Diagnósticos de doença mental com procedimento em BO	Esquizofrenia	Doenças depressivas major e/ou outras/não especificadas psicoses	Perturbações da personalidade e/ou do controlo dos impulsos	Perturbações bipolares	Depressão exceto perturbações depressivas major	Perturbações de comportamento e/ou neuroses exceto diagnósticos de depressão major	Estados de ansiedade aguda e/ou delírio	Perturbações orgânicas da saúde mental	Perturbações do comportamen to da infância	Perturbações da alimentação	Outras perturbações da saúde mental	Abuso ou dependência do álcool e/ou drogas, alta contra parecer médico	Dependência do álcool e/ou drogas com terapêutica de reabilitação ou desintoxicação/ reabilitação	Abuso ou dependência de opiáceos	Abuso ou dependência de cocaína	Abuso ou dependência do álcool	Abuso ou dependência de outras drogas	
Região Saúde Norte	4	7	9	6	3	17	32	25	3	24	28	12	0	0	0	0	5	5	170
HML																			0
CHSJ										2	3	2							7
CHVNGE								3		2		1					1		7
CHTS										1		1							2
CHP		1	8	3	3	14	26	6	2	11	21	2							97
CHPVVC								1		2									3
CHMA							1										1		2
IPO Porto																			0
ULSM								3	1	1									5
HB							1			1	1	1							4
ULSAM							3	2			1	3					2		11
CHAA (Guimarães)				3		1		6		2	1								13
ULSN								1		1									2
CHTMAD			1			1	1	3		1		2					1	5	15
CHEDV											1								1
Hospital de Barcelos						1													1
Região Saúde Centro	2	3	11	3	2	33	8	26	4	31	17	19	0	0	0	0	3	2	164
CHTV		2	6		2	25	3	7		7	11	7					1		71
ULSG			1	1				4		3	2	2					1	1	15
ULSCB						2		1	1	1							1		6
HCB							1	4	1	3		2							11
CHUC	2	1	3	2		4	2	8	1	12	2	3						1	41
CHBV			1						1	3	1	1							7
CHL						2	2	1		2	1	3							11
HFFoz								1				1							2
IPO Coimbra																			0
Hospital de Ovar																			0
Região Saúde LVT	4	5	43	18	23	23	20	33	18	27	31	25	0	0	0	0	6	2	278
CHPL		1	6	2	3	1			2	2									17
CHLN	1		4	5		1		5		1	12	3					2		34
CHLO			1	3						2		2							8
HFF		1	1				1	2	1	1	1	2					2		12
CHLC	3	2	18	1	17	13	11	10	9	15	15	10							124
CHO				1							1	1							3
HC						1											1		2
HBA				1	2				2		1	2							8
HVFX			5	1			1	4											11
IPO Lisboa																			0
HDS			1			4	4	1	1	2		2							15
CHMT			2	2	1	3	3	1		2	1	2					1	1	19
HGO		1	3					3											7
CHSE				1	0			1	2	1									5
CHBM			2	1				6	1	1	0	1						1	13
Região Saúde Alentejo	0	0	2	3	2	3	0	4	0	6	1	1	1	0	0	0	2	0	25
HESE			1	2		1		2		6	1		1				1		15
ULSNA			1	1	1	2		1									1		7
ULSBA			0		1			1				1							3
ULSLA			0																0
Algarve	0	0	2	2	0	3	0	9	1	9	1	1	1	0	0	0	1	1	31
CHA			2	2		3		9	1	9	1	1	1				1	1	31
Total	10	15	67	32	30	79	60	97	26	97	78	58	2	0	0	0	17	10	668

ANEXO 19

de 1/7/20105 a 30/6/2016	APR 31 GCD 19 - Doenças e Perturbações Mentais												APR 31 GCD 20 - Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga						Total episódios GCD 19 e GCD 20
GDH > 65 ANOS	740	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	770	772	773	774	775	776	
Designação	Diagnósticos de doença mental com procedimento em BO	Esquizofrenia	Doenças depressivas major e/ou outras/não especificadas psicoses	Perturbações da personalidade e/ou do controlo dos impulsos	Perturbações bipolares	Depressão exceto perturbações depressivas major	Perturbações de comportamento e/ou neuroses exceto diagnósticos de depressão major	Estados de ansiedade aguda e/ou delírio	Perturbações orgânicas da saúde mental	Perturbações do comportamento da infância	Perturbações da alimentação	Outras perturbações da saúde mental	Abuso ou dependência do álcool e/ou drogas, alta contra parecer médico	Dependência do álcool e/ou drogas com terapêutica de reabilitação ou desintoxicação/ reabilitação	Abuso ou dependência de opiáceos	Abuso ou dependência de cocaína	Abuso ou dependência do álcool	Abuso ou dependência de outras drogas	
Região Saúde Norte	3	61	155	16	112	178	23	81	452	44	0	79	1	3	0	0	46	8	1 262
HML		24	42	6	62	96	8	8	136	19		33					4		438
CHSJ	1	2	20	2	5	14	1	8	36	3		6					2	1	101
CHVNGE		8	8	2	9	6		13	38	3		5					2		94
CHTS	1	2	7	2	4	9	2	3	29	4		8					2		73
CHP		1	2			1		7	19								1	2	33
CHPVVC			1		1			3	5	1		1					2		14
CHMA		1					1		1								1		4
IPO Porto									1										1
ULSM		1						13	18	4		1					1	1	39
HB		5	24	1	5	25		3	24			7	1	3			5		103
ULSAM		5	16		7	1	4	5	16	2		8					6	2	72
CHAA (Guimarães)	1	2	4	1	1	11	1	1	39	1		4					5	1	72
ULSN		2	20	2	12	6	3	6	35	1		4					2		93
CHTMAD		8	11		6	9	3	4	48	5		2					7		103
CHEDV								4	5	1							1		11
Hospital de Barcelos								3	2								5	1	11
Região Saúde Centro	0	39	156	2	67	46	33	118	258	2	0	49	1	3	0	0	31	1	806
CHTV		4	16		15	3	2	15	22			6	1				8		92
ULSG		1	28		7	3	1	6	20	1		5					2		74
ULSCB		7	16		4	2	5	1	17			3					4		59
HCB		7	10		8	8		9	25			8		1			3		79
CHUC		10	41	1	16	6	19	43	53			11		2			8		210
CHBV		6	25	1	9	2	1	10	28			8					3	1	94
CHL		4	19		8	22	5	34	87	1		8					2		190
HFFoz			1						4								1		6
IPO Coimbra									1										1
Hospital de Ovar									1										1
Região Saúde LVT	8	71	263	12	246	75	20	200	448	6	0	150	0	2	0	0	55	14	1 570
CHPL		8	47	6	52	26	7	27	62	2		17					11	2	267
CHLN	1	20	33		19	6	1	27	42			4		1			5	3	162
CHLO		4	7		9	1	1	7	36			69							134
HFF	2	3	9		12	4		9	23			5					2	1	70
CHLC	2	3	3		21	7	2	19	68			3					4	1	133
CHO								2	10	2		4						1	19
HC		5	18		6	1		11	14			2					1		58
HBA	2	3	25	1	6	4	2	9	44			1		1			7		105
HVFX		1	38	1	18	2		19	29			3					3	1	115
IPO Lisboa						1						3							4
HDS		8	18	1	8	14	1	23	31			3					5		112
CHMT		7	31	2	19	4	4	3	28	1		3					5		107
HGO	1	6	8		6	1	2	21	14			6					8	1	74
CHSE			18		65	1		8	30			19					3	2	146
CHBM		3	8	1	5	3		15	17	1		8					1	2	64
Região Saúde Alentejo	0	6	24	2	13	17	3	17	50	3	0	6	0	1	0	0	9	2	154
HESE		1	7	2	4	8	1	8	7	3		2					1	2	46
ULSNA		5	10		3	3		4	11			1		1			2		40
ULSBA	1		7		4	5	2	5	17			3					4		48
ULSLA					2	1			15								2		20
Região Saúde Algarve	0	5	24	1	3	10	2	20	29	3	0	8	0	0	0	0	3	0	108
CHA		5	24	1	3	10	2	20	29	3		8					3		108
Total	11	182	622	33	441	326	81	436	1 237	58	0	292	2	9	0	0	144	25	3 900

Fonte: ACSS, BDGDH, 26.04.2017

ANEXO 20

INTERNAMENTO DE DOENTES RESIDENTES 2016 / 2005	2005			2016								
	Residentes			Residentes			Reabilitação Psicossocial			Psiquiatria Forense		
	Lotação	Doentes Saídos	Taxa de Ocupação	Lotação	Doentes Saídos	Taxa de Ocupação	Lotação	Doentes Saídos	Taxa de Ocupação	Lotação	Doentes Saídos	Taxa de Ocupação
DISTRITO PORTO	47	9	97%	147	281	112%	14	16	104%			
H Magalhães Lemos	22	5	94%	94	160	116%	14	16	104%			
CH São João				29	69	69%						
CH V Nova Gaia												
CH Tamega e Sousa	25	4	100%	24	52	149%						
CH Porto												
CH Póvoa Varzim Vila do Conde												
CH Médio Ave												
IPO Porto												
ULS Matosinhos												
DISTRITO BRAGA E V.CASTELO	13	27	90%									
H Braga	13	27	90%									
ULS Alto Minho												
H Guimarães												
DISTRITO BRAGANÇA E V.REAL	32	13	98%	40	44	96%						
ULS Nordeste	32	13	98%	40	44	96%						
CH T Montes Alto Douro												
DISTRITO AVEIRO												
CH Entre Douro e Vouga												
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	92	49	96%	187	325	109%	14	16	104%			
DISTRITO VISEU, GUARDA E C.BRANCO				1	14	125%						
H Viseu												
ULS Guarda												
CH Cova Beira				1	14	125%						
H Castelo Branco												
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	582	95	74%	120	67	49%	20	174	59%	110	144	94%
CH Universitário de Coimbra	532	83	72%	70	19	20%	20	174	59%	110	144	94%
CH Baixo Vouga												
H Leiria	50	12	98%	50	48	89%						
H Figueira da Foz												
IPO Coimbra												
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	582	95	74%	121	81	50%	20	174	59%	110	144	94%
DISTRITO LISBOA	584	242	86%	136	214	90%	97	151	87%	32	41	99%
CH Psiquiátrico Lisboa	555	201	86%	136	214	90%	97	151	87%	32	41	99%
CH Lisboa Norte												
CH Lisboa Ocidental	29	41	88%									
H Fernando da Fonseca												
CH Lisboa Central												
CH Oeste												
H Cascais												
H Loures												
H Vila Franca de Xira												
IPO Lisboa												
DISTRITO SANTARÉM												
H Santarém												
CH Médio Tejo												
DISTRITO SETÚBAL	44	8	89%	18	23	100%						
H Garcia Orta												
CH Setúbal	44	8	89%	18	22	100%						
CH Barreiro Montijo					1							
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	628	250	86%	154	237	92%	97	151	87%	32	41	99%
DISTRITO PORTALEGRE, ÉVORA E BEJA	62	12	69%	14	16	107%						
H Évora	20	1	61%		3							
ULS Norte Alentejano	42	11	73%	14	13	86%						
ULS Baixo Alentejo												
DISTRITO SETÚBAL												
ULS Litoral Alentejano												
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO				14	16	107%						
CH Algarve				3	3	100%						
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE				3	3	100%						
TOTAL	1 364	406	81%	476	662	89%	131	341	85%	142	185	95%

CONVENÇÕES - DIAS DE INTERNAMENTO FATURADOS			
2016	NAS ORDENS RELIGIOSAS	NOUTRAS ENTIDADES	Nº TOTAL DE DIÁRIAS
DISTRITO PORTO	297 050	54 783	351 833
H Magalhães Lemos	294 230	49 783	344 013
CH São João		1 350	1 350
CH V Nova Gaia	2 820		2 820
CH Tamega e Sousa			
CH Porto		3 650	3 650
CH Póvoa Varzim Vila do Conde			
CH Médio Ave			
IPO Porto			
ULS Matosinhos			
DISTRITO BRAGA E V.CASTELO	730		730
H Braga			
ULS Alto Minho	730		730
H Guimarães			
DISTRITO BRAGANÇA E V.REAL	1 095		1 095
ULS Nordeste			
CH T Montes Alto Douro	1 095		1 095
DISTRITO AVEIRO			
CH Entre Douro e Vouga			
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	298 875	54 783	353 658
DISTRITO VISEU, GUARDA E C.BRANCO	44 160		44 160
H Viseu			
ULS Guarda	43 800		43 800
CH Cova Beira			
H Castelo Branco	360		360
DISTRITO AVEIRO, COIMBRA E LEIRIA	130 193	36 820	167 013
CH Universitário de Coimbra	126 000	36 820	162 820
CH Baixo Vouga			
H Leiria	4 193		4 193
H Figueira da Foz			
IPO Coimbra			
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	174 353	36 820	211 173
DISTRITO LISBOA	331 167	8 410	339 577
CH Psiquiátrico Lisboa		8 410	8 410
CH Lisboa Norte	53 436		53 436
CH Lisboa Ocidental	1 662		1 662
H Fernando da Fonseca	275 703		275 703
CH Lisboa Central	366		366
CH Oeste			
H Cascais			
H Loures			
H Vila Franca de Xira			
IPO Lisboa			
DISTRITO SANTARÉM	4 398		4 398
H Santarém	4 026		4 026
CH Médio Tejo	372		372
DISTRITO SETÚBAL	7 110		7 110
H Garcia Orta	3 815		3 815
CH Setúbal	2 015		2 015
CH Barreiro Montijo	1 280		1 280
REGIÃO DE SAÚDE DE LVT	342 675	8 410	351 085
DISTRITO PORTALEGRE, ÉVORA E BEJA	43 500		43 500
H Évora			
ULS Norte Alentejano	43 500		43 500
ULS Baixo Alentejo			
DISTRITO SETÚBAL			
ULS Litoral Alentejano			
REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO	43 500		43 500
CH Algarve	357		357
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	357		357
TOTAL	859 760	100 013	959 773

ANEXO 22

RNCCI -EPISÓDIOS DE DOENTES ADMITIDOS COM 1º DIAGNÓSTICO DE SAÚDE MENTAL (ICD - 9)														
2016	290	291	295	296	300	303	304	307	310	311	312	317	319	TOTAL
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE								1	2	1				4
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	5	2	1	5	1	1	1			2	5		1	24
REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO	1								1	1	2	1	2	8
REGIÃO DO ALENTEJO											1			1
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE										1			1	2
TOTAL DE EPISÓDIOS	6	2	1	5	1	1	1	1	3	5	8	1	4	39

ANEXO 23

RNCCI -EPISÓDIOS DE DOENTES ADMITIDOS COM 2º DIAGNÓSTICO DE SAÚDE MENTAL (ICD - 9)													
2016	290	294	295	296	298	301	303	307	310	311	312	vários	TOTAL
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	6	4	4	3	6	5	8	11	8	27	12	20	114
REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	47	18	7	13	4	4	16	3	3	58	26	44	243
REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO	4	9	16	9	3	4	2	2	12	43	26	21	151
REGIÃO DO ALENTEJO	2	3			2	3		2	1	8	3	12	36
REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE	2	1	5	4	1	1	1		3	2	4	4	28
TOTAL DE EPISÓDIOS	61	35	32	29	16	17	27	18	27	138	71	101	572

Total de admitidos na RNCCI em 2016:

36 565

ANEXO 24

Cod.	Diagnóstico ICD-9
290	QUADROS PSICOTICOS ORGANICOS SENIS E PRE-SENIS
291	PSICOSES ALCOOLICAS
293	QUADROS PSICOTICOS ORGANICOS TRANSITORIOS
294	QUADROS PSICOTICOS ORGANICO (CRONICO) NCOP
295	PSICOSES ESQUIZOFRENICAS
296	PSICOSES AFETIVAS
297	ESTADOS PARANOIDES (ALTERACOES ALUCINATORIAS)
298	PSICOSES NAO ORGANICAS NCOP
300	TRANSTORNOS NEUROTICOS
301	TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE
303	SINDROMO DE DEPENDENCIA DO ALCOOL
304	DEPENDENCIA DE DROGAS
305	ABUSO DE DROGAS SEM DEPENDENCIA
306	DISFUNCOES FISIOLÓGICAS ORIGINADAS EM FATORES MENTAIS
307	SINDROMOS E SINTOMAS ESPECIAIS NCOP
308	REACAO AGUDA AO STRESS
310	TRANSTORNOS MENTAIS NAO PSICOTICOS ESPECIFICOS CONSECUTIVOS A LESAO ORGANICA CEREBRAL
311	TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NCOP
312	DISTURBIO DE COMPORTAMENTO NCOP
315	ATRASOS ESPECIFICOS DE DESENVOLVIMENTO
316	FATORES PSIQUICOS ASSOCIADOS A DOENCAS CLASSIFICADAS NOUTRA PARTE
317	OLIGOFRENIA LEVE
318	OLIGOFRENIAS ESPECIFICADAS NCOP
319	OLIGOFRENIAS NAO ESPECIFICADAS

ANEXO 25

Consumo Nacional de Psicofármacos - 2016						
Entidades Prescritoras	Descrição Classificação Farmacoterapêutica (nível 3)	Embalagens dispensadas	Valor PVP (€)	Encargo SNS (€)	Valor Unitário PVP (€)	% Embalagens
SNS	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	7 117 565	31 049 552	14 186 593	4,4	32,5%
	Antipsicóticos	2 122 266	52 828 036	46 498 892	24,9	9,7%
	Antidepressores	5 194 310	55 795 428	21 353 530	10,7	23,7%
CATS	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	69 915	265 839	111 129	3,8	0,3%
	Antipsicóticos	56 003	1 320 650	1 167 236	23,6	0,3%
	Antidepressores	37 839	386 747	138 825	10,2	0,2%
OUTROS MINISTÉRIOS	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	17 050	78 223	28 603	4,6	0,1%
	Antipsicóticos	30 721	688 724	583 020	22,4	0,1%
	Antidepressores	10 604	129 893	42 311	12,2	0,0%
OUTROS LOCAIS PÚBLICOS	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	4 983	19 518	8 366	3,9	0,0%
	Antipsicóticos	2 415	53 113	45 775	22,0	0,0%
	Antidepressores	3 355	34 562	12 064	10,3	0,0%
RCCI	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	7 623	30 783	14 572	4,0	0,0%
	Antipsicóticos	4 424	112 733	99 490	25,5	0,0%
	Antidepressores	4 933	59 006	21 538	12,0	0,0%
IPSS	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	411 391	1 648 359	815 872	4,0	1,9%
	Antipsicóticos	229 237	4 187 500	3 696 761	18,3	1,0%
	Antidepressores	243 436	2 606 139	1 083 437	10,7	1,1%
HOSPITAIS PRIVADOS	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	306 968	1 398 499	515 442	4,6	1,4%
	Antipsicóticos	69 561	1 423 401	1 185 714	20,5	0,3%
	Antidepressores	305 496	4 025 617	1 213 950	13,2	1,4%
OUTROS LOCAIS PRIVADOS	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	2 679 723	11 993 514	4 730 119	4,5	12,2%
	Antipsicóticos	853 901	19 238 867	16 286 086	22,5	3,9%
	Antidepressores	2 129 700	27 452 413	8 780 736	12,9	9,7%
TOTAL		21 913 419	216 827 115	122 620 063	9,9	100%

Fonte: Infarmed, I.P.

ANEXO 26

Consumo de Psicofármacos no Serviço Nacional de Saúde - 2016						
REGIÃO DE SAÚDE	Descrição Classificação Farmacoterapêutica (nível 3)	Embalagens dispensadas	Valor PVP (€)	Encargo SNS (€)	Valor Unitário PVP (€)	Encargo Unitário SNS (€)
NORTE	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	2 781 618	11 808 498	5 446 151	4,2	2,0
	Antipsicóticos	659 469	14 614 507	12 874 467	22,2	19,5
	Antidepressores	1 776 353	18 078 780	6 984 027	10,2	3,9
CENTRO	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	1 842 929	8 233 121	3 781 831	4,5	2,1
	Antipsicóticos	554 796	13 584 581	11 922 203	24,5	21,5
	Antidepressores	1 468 467	15 798 098	6 065 269	10,8	4,1
LVT	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	1 920 469	8 481 784	3 800 302	4,4	2,0
	Antipsicóticos	725 343	19 792 703	17 436 331	27,3	24,0
	Antidepressores	1 555 755	17 245 027	6 491 042	11,1	4,2
ALENTEJO	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	371 395	1 570 543	740 739	4,2	2,0
	Antipsicóticos	105 743	2 733 924	2 415 138	25,9	22,8
	Antidepressores	257 048	2 951 382	1 174 001	11,5	4,6
ALGARVE	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	201 154	955 607	417 570	4,8	2,1
	Antipsicóticos	76 915	2 102 321	1 850 753	27,3	24,1
	Antidepressores	136 687	1 722 141	639 191	12,6	4,7
TOTAL		14 434 141	139 673 016	82 039 016	9,7	5,7

ANEXO 27

Consumo de Psicofármacos no SNS - var % 2016 / 2015				
Descrição Classificação Farmacoterapêutica (nível 3)	Embalagens dispensadas	Taxa de dispensa (*)	Valor PVP (€)	Encargos SNS (€)
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	-2,7%	-0,02	-3,0%	-1,7%
Antipsicóticos	4,1%	-0,02	1,0%	0,8%
Antidepressores	4,7%	-0,01	-0,5%	-3,8%
TOTAL	0,9%	-0,02	-0,5%	-0,9%

* N° emb dispensadas/prescritas

Fonte: Infarmed, I.P.

ANEXO 28

Indicadores de Estrutura Camas por 100 000 habitantes	2016			variação % 2016 / 2005		
	camas total	camas SNS	camas agudos SNS	camas total	camas SNS	camas agudos SNS
DISTRITO DO PORTO	40	20	12	3%	11%	-27%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE NORTE	68	9	7	-16%	-24%	-24%
TOTAL REGIÃO SAÚDE NORTE	53	15	9	-7%	-5%	-27%
DISTRITO DE COIMBRA	202	69	23	-4%	-51%	-46%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE CENTRO	27	15	12	28%	21%	19%
TOTAL REGIÃO SAÚDE CENTRO	67	27	14	6%	-34%	-16%
DISTRITO DO LISBOA	92	24	13	-14%	-48%	-34%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE LVT	12	11	9	52%	35%	107%
TOTAL REGIÃO SAÚDE LVT	65	19	12	-9%	-40%	-16%
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALENTEJO	36	11	8	-28%	-55%	-15%
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALGARVE	20	11	10	58%	-12%	-18%
TOTAL	58	19	11	-9%	-33%	-21%

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011

ACSS, ISS e Entidades Convencionadas

ANEXO 29

Indicadores de Recursos Humanos por 100 000 habitantes	2016							variação % 2016 / 2006	
	Médicos especialis tas	Médicos total ETC 35h	Enferm. ETC 35h	Psicólog ETC 35h	Assist Social ETC 35h	Terap Ocup. ETC 35h	Outros Téc S M ETC 35h	Médicos especialis tas	Médicos total ETC 35h
DISTRITO DO PORTO	9	13	13	5	2	0,8	0,7	27%	24%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE NORTE	3	5	5	2	0	0,2	1,0	36%	68%
TOTAL REGIÃO SAÚDE NORTE	6	9	9	3	1	0,5	0,8	25%	28%
DISTRITO DE COIMBRA	12	23	32	4	3	0,9	1,2	-8%	10%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE CENTRO	4	6	10	1	1	0,5	3,1	90%	129%
TOTAL REGIÃO SAÚDE CENTRO	5	10	15	2	1	0,6	2,7	27%	48%
DISTRITO DO LISBOA	7	14	15	5	1	1,5	0,7	-3%	29%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE LVT	4	8	9	2	0	0,6	0,1	30%	88%
TOTAL REGIÃO SAÚDE LVT	6	12	13	4	1	1,2	0,5	4%	41%
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALENTEJO	4	5	11	3	1	0,8	2,5	71%	77%
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALGARVE	2	5	10	5	0	0,9	0,0	7%	114%
TOTAL	6	10	12	3,4	1,1	0,8	1,1	17%	39%

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011
ACSS

ANEXO 30

Indicadores de Atividade 2016	Consultas	Total 1 ^{as} Consultas	Interna - mentos	dtes saídos- agudos	Sessões H e A Dia	Doentes H e A Dia	Visitas Domiciliári as
	por 1 000 habitantes						
DISTRITO DO PORTO	111	18	3	2	52	3	3
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE NORTE	46	8	1	1	9	1	0
TOTAL REGIÃO SAÚDE NORTE	79	13	2	2	31	2	2
DISTRITO DE COIMBRA	140	21	3	3	38	1	2
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE CENTR	49	7	2	2	9	1	5
TOTAL REGIÃO SAÚDE CENTRO	70	10	2	2	16	1	4
DISTRITO DO LISBOA	87	10	2	2	33	1	3
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE LVT	53	7	2	2	15	1	0
TOTAL REGIÃO SAÚDE LVT	75	9	2	2	27	1	2
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALENTEJO	53	10	1	1	8	0	0
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALGARVE	29	3	2	2	19	2	6
TOTAL	72	10	2	2	25	1	2

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011
ACSS

ANEXO 31

Indicadores de Atividade variação % 2005 / 2016	Consultas	Total 1 ^{as} Consultas	Interna - mentos	dtes saídos- agudos	Sessões H e A Dia	Doentes H e A Dia
	por 1 000 habitantes					
DISTRITO DO PORTO	46%	116%	-5%	-11%	169%	181%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE NORTE	39%	32%	-12%	-12%	275%	68%
TOTAL REGIÃO SAÚDE NORTE	40%	79%	-9%	-13%	164%	133%
DISTRITO DE COIMBRA	65%	112%	-23%	-38%	-29%	27%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE CENTRO	94%	131%	13%	11%	160%	227%
TOTAL REGIÃO SAÚDE CENTRO	81%	123%	-3%	-11%	8%	153%
DISTRITO DO LISBOA	49%	97%	-21%	-24%	102%	294%
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE LVT	52%	83%	168%	168%	79%	118%
TOTAL REGIÃO SAÚDE LVT	51%	94%	7%	4%	100%	241%
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALENTEJO	26%	122%	8%	8%	136%	111%
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALGARVE	23%	-23%	10%	10%	417%	315%
TOTAL	51%	91%	-2%	-6%	102%	175%

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011

ACSS

ANEXO 32

Psiquiatria da Infância e Adolescência Indicadores de Atividade 2016	Consultas	Total 1 ^{as} Consultas
	por 1 000 habitantes	
DISTRITO DO PORTO	116	24
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE NORTE	57	10
TOTAL REGIÃO SAÚDE NORTE	91	18
DISTRITO DE COIMBRA	113	17
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE CENTRO	18	3
TOTAL REGIÃO SAÚDE CENTRO	35	6
DISTRITO DO LISBOA	91	10
OUTROS DISTRITOS REGIÃO SAÚDE LVT	31	3
TOTAL REGIÃO SAÚDE LVT	69	8
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALENTEJO	50	8
TOTAL REGIÃO SAÚDE ALGARVE	9	0,4
TOTAL	65	10

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011
ACSS