


PROPOSTA DE REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

- 1) Aprova
- 2) Divulga junto aos APS, ACS, DGS, SICAD e no Portal da Saúde
- 3) Os membros do Grupo
Também recebem o meu
feito favor


Fernando Leal da Costa
Ministro da Saúde

23/11/2015

ÍNDICE

Equipa	pág. 2
Enquadramento Legislativo e Histórico	pág. 4
Enquadramento da Rede	pág. 8
Epidemiologia	pág. 9
Necessidades Previsíveis até 2019	pág. 10
Caracterização e Definição dos Diferentes Níveis e Modelos Organizativos de Serviços	pág. 12
Indicadores de Monitorização da Rede	pág. 20
Definição da Rede	pág. 22
Referenciação Eletiva e de Urgência	pág. 22
Modelo Formativo	pág. 22
Políticas de Qualidade	pág. 22
Auditorias	pág. 22
Recomendações	pág. 22
Bibliografia	pág. 22
Abreviaturas, Siglas, Acrónimos e Glossário	pág. 23

EQUIPA

Por ordem alfabética e com especialidade, subespecialidade e respetivos locais de trabalho

NOME	ESPECIALIDADE	LOCAL DE TRABALHO
Álvaro Carvalho	Médico Psiquiatra	DGS/PNSM
Ana Cristina Trindade*	Médico Psiquiatra	CHA/H Faro
António Pires Preto*	Médico Psiquiatra	CHUC/Unidade Sobral Cid
Érico da Silveira*	Médico Psiquiatra	ULSNA/H Portalegre
Jorge Bouça*	Médico Psiquiatra	CHVNG-Espinho
Manuel Cruz*	Médico Psiquiatra	CHPL/H Júlio de Matos
Miguel Xavier	Médico Psiquiatra	DGS/PNSM
Pedro Mateus	Psicopedagogo/S. Mental	DGS/PNSM

* Coordenador Regional Saúde Mental

I - ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO E HISTÓRICO

Atualmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) depara-se com diversos desafios desencadeados, sobretudo, pelas alterações demográficas, mudanças nos padrões de doença, inovação tecnológica e mobilidade geográfica.

Considerando as vertentes do acesso e a equidade em saúde, intrínsecas à prestação de cuidados no seio do SNS, e a necessidade de assegurar cuidados de saúde a todos os cidadãos, importa que as diferentes instituições hospitalares garantam a prestação de forma coordenada e articulada entre si, e com os restantes níveis de cuidados. Neste âmbito, as redes de referência hospitalar, atualmente designadas de Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência (RNEHR), assumem um papel orientador e regulador das relações de complementaridade interinstitucionais, perspectivando-se a implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no cidadão.

Vários são os normativos legais e documentos técnicos que abordam a temática das redes hospitalares e a sua importância estratégica como garante da sustentabilidade e eficiência do SNS. A Lei n.º 64-A/2011, de 30 de dezembro, que aprova as **Grandes Opções do Plano para 2012-2015**, bem como o **Programa do XIX Governo Constitucional**, preconizam a melhoria da qualidade e acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, mediante a reorganização da rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação de cuidados.

Na sequência do Memorando de Entendimento celebrado com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, foi criado o **Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH)** - Despacho do Ministro da Saúde n.º 10601/2011, de 16 de agosto, publicado no Diário da República, II Série, n.º 162, de 24 de agosto - cujo relatório final intitulado "Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança" definiu oito Iniciativas Estratégicas, corporizadas, cada uma, por um conjunto de medidas, cuja implementação e monitorização, promoverão o cumprimento de um programa de mudança, com a extensão, profundidade e densidade exigidas numa verdadeira reforma estrutural do sector hospitalar português.

No seu relatório, o GTRH defende que na reorganização da rede hospitalar devem ser considerados diversos fatores, nomeadamente: (i) critérios de qualidade clínica; (ii) proximidade geográfica; (iii) nível de especialização; (iv) capacidade instalada; (v) mobilidade dos recursos; (vi) procura potencial; (vii) acessibilidades; (viii) redes de referência por especialidade; (ix) equipamento pesado de meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponível; (x) *benchmarking* internacional e (xi) realidade sócio-demográfica de cada região.

O GTRH elenca, ainda, um conjunto de fragilidades inerentes às RNEHR existentes, designadamente: (i) desatualização da maioria das redes (a maioria foi elaborada até 2006 e nunca ajustada); (ii) inexistência de um modelo único e homogéneo do documento; (iii) inexistência de aprovação ministerial para algumas das RNEHR publicadas; (iv) ausência de

integração entre RNEHR de diferentes especialidades que se interpenetram; (v) inexistência de inclusão dos setores convencionados e privados (nos casos em que se possa aplicar), contemplando apenas o universo do SNS; (vi) falta de integração do conceito de Centros de Referência e (vii) indefinição quanto ao prazo de vigência das RNEHR.

No primeiro Eixo Estratégico “Uma Rede Hospitalar mais Coerente”, o GTRH propõe a elaboração da Rede de Referência Hospitalar de forma estruturada e consistente e dotada de elevados níveis de eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Para o efeito, e com o desígnio de redesenhar a rede hospitalar naqueles pressupostos, é proposta a revisão das RNEHR atuais, bem como a elaboração das redes ainda inexistentes, promovendo-se uma referência estruturada e consistente entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (considerando toda a rede de prestação, desde os cuidados de primeira linha aos mais diferenciados), assegurando uma melhor rentabilização da capacidade instalada aos níveis físico, humano e tecnológico.

De igual forma, o **Plano Nacional de Saúde 2012-2016** apresenta um conjunto de orientações, nos eixos estratégicos “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde” e “Qualidade em Saúde”, propondo o reforço da articulação dos serviços de saúde mediante a reorganização dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, cuidados pré-hospitalares, serviços de urgência, entre outros, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente. Pretende-se, deste modo, uma rede hospitalar coerente, racional e eficiente, consubstanciada num sistema integrado de prestação de cuidados.

Por outro lado, a **Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril**, veio estabelecer os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, bem como o seu posicionamento na rede hospitalar, procedendo à sua classificação. Trata-se de um normativo legal que define, predominantemente, orientações estratégicas para a construção de uma rede hospitalar coerente, assegurando a resposta e satisfazendo as necessidades da população.

Acresce que a carteira de valências de cada instituição hospitalar é operacionalizada através do contrato-programa, de acordo com o respetivo plano estratégico. Perante um quadro de reorganização das instituições de saúde hospitalares (no que se refere à disponibilização e coordenação da carteira de valências, aos modelos organizativos e de integração de cuidados), a redefinição do que devem ser os cuidados hospitalares e como se devem integrar com os diferentes níveis de cuidados com a garantia de uma melhor articulação e referência vertical, permite intervir complementarmente no reajuste da capacidade hospitalar.

Desta forma, as RNEHR desempenham um papel fulcral enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, nomeadamente: (i) diagnóstico e terapêutica; (ii) formação; (iii) investigação e (iv) colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades e subespecialidades hospitalares.

Assim, as RNEHR permitem a: (i) articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e o tipo de especialidade em questão; (ii) exploração de complementaridades de modo a aproveitar

sinergias, concentrando experiências e permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados e (iii) concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

Nesta conformidade, a **Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho**, estabeleceu os critérios de criação e revisão das RNEHR, bem como as áreas que estas devem abranger. De acordo com o número 2 do artigo 2.º daquele diploma, foram determinados os princípios aos quais as RNEHR devem obedecer, nomeadamente: “a) permitir o desenvolvimento harmónico e descentralizado dos serviços hospitalares envolvidos; b) eliminar duplicações e subutilização de meios humanos e técnicos, permitindo o combate ao desperdício; c) permitir a programação do trânsito dos utentes, garantindo a orientação correta para o centro indicado; d) contribuir para a melhoria global da qualidade e eficácia clínica pela concentração e desenvolvimento de experiência e competências; e) contribuir para a diminuição dos tempos de espera, evitando a concentração indevida de doentes em localizações menos adequadas; f) definir um quadro de responsabilização dos hospitais face à resposta esperada e contratualizada; g) permitir a programação estratégica de investimentos, a nível nacional, regional e local e h) integrar os Centros de Referência.”

No sentido de dar cumprimento ao disposto na portaria supramencionada, o **Despacho n.º 10871/2014, de 18 de agosto**, veio determinar os responsáveis pela elaboração e/ou revisão das RNEHR. Com efeito, o processo inicia-se com a elaboração das seguintes RNEHR: Oncologia Médica, Radioterapia e Hematologia Clínica; Cardiologia; Pneumologia; Infecção pelo HIV e SIDA; Saúde Mental e Psiquiatria; e Saúde Materna e Infantil, incluindo Cirurgia Pediátrica.

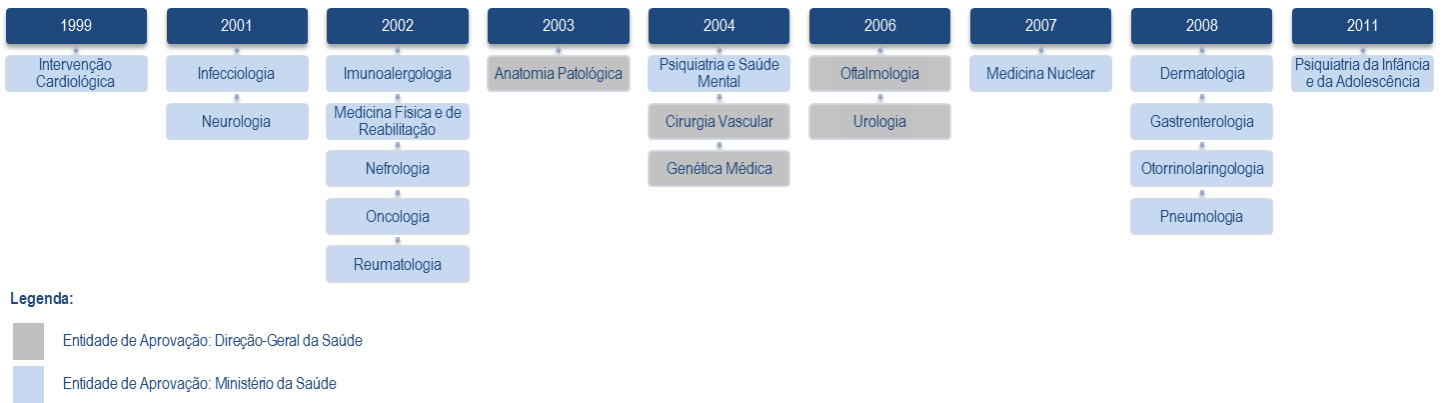
Em termos históricos, as RNEHR tiveram origem no **Programa Operacional da Saúde – SAÚDE XXI**, na sequência das principais recomendações do Subprograma de Saúde 1994-1999, constituindo-se, na altura, como o quadro de referência de suporte ao processo de reforma estrutural do sector da saúde. No eixo prioritário relativo à melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade, a medida 2.1 do referido programa (“Rede de Referência Hospitalar”) objetivava implementar RNEHR pelas áreas de especialização tidas como prioritárias, visando a articulação funcional entre hospitais, mediante a diferenciação e identificação da carteira de serviços, de modo a responder às necessidades da população, garantindo o direito à proteção e acesso na saúde.

Deste modo, as RNEHR instigaram um processo de regulação e de planeamento da complementaridade entre instituições hospitalares, contribuindo para a otimização e gestão eficiente da utilização de recursos, com vista a assegurar um quadro de sustentabilidade a médio e longo prazo do SNS.

Das 47 especialidades médicas definidas pela Ordem dos Médicos, 41 são especialidades predominantemente hospitalares. Década e meia volvida após a elaboração das primeiras RRH apenas 23 especialidades se encontram integradas em RNEHR (*vide* Figura 1), sendo que as alterações ocorridas no SNS nos últimos anos não estão refletidas nas RRH mais antigas.

Embora apenas algumas das RNEHR publicadas tenham merecido aprovação ministerial, a Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho, considera em vigor as RNEHR criadas e implementadas.

Figura 1. Ano de produção e entidade de aprovação das RNEHR publicadas



2 – ENQUADRAMENTO DA REDE

A primeira Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental foi publicada em 2001. Em 2004 foi aperfeiçoada, com diferenciação das áreas específicas: Rede de Psiquiatria de Adultos, Rede de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Rede de Urgências, Psiquiatria Forense e Instituições Sociais.

Em 2006 considerou-se, pelo Despacho n.º 11 411/2006, de 26 de abril, ser “necessário criar uma comissão que analise a situação existente e elabore um plano de ação devidamente calendarizado” – a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, que elaborou o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março. Em sequência, pelo Despacho n.º 10264/2008, foi definido que o “Plano Nacional de Saúde Mental é um programa vertical prioritário, a desenvolver no âmbito do Alto Comissariado da Saúde com a responsabilidade de coordenar a sua implementação”, através de uma Coordenação Nacional.

Em 2009 foi publicado o Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro, que alterou e republicou o Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, que regulamentava a Lei n.º 36/98, de 24 de julho, a Lei de Saúde Mental: Este novo diploma teve por objetivo compatibilizar os princípios de organização dos serviços de saúde mental com a nova realidade instituída pela aprovação do respetivo Plano Nacional.

Através da publicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, foram criados os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) e definidos os princípios orientadores das suas diferentes tipologias (unidades sócio-ocupacionais, equipas de intervenção domiciliária e unidades residenciais, diferenciadas para adultos e crianças/adolescentes). Este decreto foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, sendo regulamentado pelas Portarias n.º 149/2011, de 8 de abril e n.º 183/2011, de 5 de maio.

A implementação do PNSM 2007-2016 permitiu alcançar objetivos importantes, nomeadamente nos processos de desativação e reestruturação dos hospitais psiquiátricos, formação de profissionais, desenvolvimento de novos serviços e programas na comunidade, lançamento das bases dos CCISM e criação de respostas nos campos dos utentes e cuidadores, dos sem-abrigo e da violência doméstica.

Entretanto, em 2011, foi efetuada pela OMS/*Regional Office for Europe* uma avaliação da implementação do PNSM 2007-2016, que identificou problemas nas seguintes áreas: sectorização dos serviços locais de saúde mental em algumas zonas do país, manutenção do *treatment gap*, ligação aos cuidados primários, tipo de respostas disponibilizadas pelos serviços (escassez de programas psicossociais) e modelo de financiamento.

Em 2012, pelo Despacho n.º 404, de 13 de janeiro, foram aprovados, em sequência à extinção das coordenações nacionais, os programas prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde, entre os quais se incluiu o Programa Nacional para a Saúde Mental.

Em 2014, foi publicado o Despacho n.º 3250/14, de 19 de fevereiro, que definiu a constituição de um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar a situação da prestação de cuidados e das necessidades na área da saúde mental, nomeadamente quanto a: distribuição dos recursos humanos, estruturas de internamento e respostas em regime ambulatorio, necessidades específicas na infância e adolescência, problemas associados ao álcool e drogas e, ainda, os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.

Neste contexto o Ministério da Saúde deu indicação à DGS para se proceder à atualização das redes de referência dos programas prioritários de saúde, entre os quais o para a Saúde Mental.

3 – EPIDEMIOLOGIA

O primeiro estudo de prevalência de perturbações mentais em adultos, com representatividade nacional, foi publicado em 2013 pela NOVA Medical School – UNL, no âmbito da *World Mental Health Survey Initiative* (WMHSI), da Universidade de Harvard e da OMS. Em termos comparativos, Portugal apresentou a segunda taxa de prevalência mais elevada dos 9 países Europeus presentes no WMHSI, com 22,9% (Irlanda 23.1%, Espanha 9,2% e Itália 8,2%), nomeadamente a nível das perturbações de ansiedade (16,5%) e de impulsividade (3,5%), figurando as perturbações depressivas com um padrão de maior gravidade que os restantes grupos. No mesmo estudo verificou-se a ocorrência de intervalos de tempo muito alargados entre o aparecimento dos primeiros sintomas com impacto clínico e o recurso a qualquer forma de tratamento adequado (p. ex., 4 anos para a Depressão Major, a nosologia com maior correlação internacional com o suicídio).

No que se refere à carga global das doenças, como indicador do impacto nas populações (*Global Burden of Diseases*), os últimos dados referentes a Portugal e às áreas dos Programas Nacionais Prioritários (2010) mostram que:

- utilizando o indicador **DALY (Anos de Vida Ajustados à Incapacidade)** que mede os *anos de vida saudáveis perdidos devido a doença*, as doenças cérebro-cardiovasculares contribuem com a carga mais expressiva (13,74%), seguidas pelas perturbações mentais e do comportamento (11,75%) e pelas doenças oncológicas (10,38%);
- quanto à carga de morbilidade, quantificada através do indicador **YLD (Anos Vividos com Incapacidade)**, que traduz a carga de morbilidade quantificada através de *anos perdidos por incapacidade*, destacam-se no lugar cimeiro as perturbações mentais e do comportamento com 20,55%, com valor significativamente superior aos que a seguir figuram – doenças respiratórias (5,06%) e diabetes (4,07%).

Relativamente à utilização de serviços, os dados do último Eurobarómetro sobre Saúde Mental (n.º 345, de 2010), mostram que Portugal está entre os países com maior procura espontânea dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) por problemas emocionais (PT 21%; média da EU/27 de 15%), o que representa uma oportunidade, do ponto de vista da acessibilidade aos cuidados na comunidade, para o tratamento das perturbações mentais mais comuns.

Esta realidade é também registada no citado 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Perturbações Mentais (EENSM), dando corpo em termos de evidência epidemiológica (i) ao que vem considerado na legislação específica quanto ao modelo de referência (o comunitário) e (ii) ao consignado no Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2016 quanto à necessidade do aprofundamento da articulação das equipas comunitárias de saúde mental com os profissionais dos CSP, de forma a, entre outros, reduzir o grave “*treatment gap*” expresso por aquele estudo epidemiológico, disponibilizando assim aos profissionais dos CSP, em particular aos médicos de Medicina Geral e Familiar, meios que permitam melhorar a capacidade diagnóstica e a qualidade terapêutica.

4 – NECESSIDADES PREVISÍVEIS ATÉ 2019

Em consonância com o recente relatório da ACSS, com as conclusões do “Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental” (Despacho n.º 3250/2014, de 19 de fevereiro), são listadas as necessidades dos serviços de saúde mental de adultos, nomeadamente as que se referem aos serviços (ponto 4.1) e aos recursos humanos (ponto 4.2).

4.1 Necessidades ao nível dos Serviços

Consultas

Relativamente às consultas com origem nos cuidados de saúde primários:

- A maioria é realizada dentro do tempo considerado adequado (em conformidade com a *Portaria n.º 95/2013, de 4 de março*);
- Em média, nas 5 Regiões de Saúde os utentes esperaram cerca de 91 dias por uma consulta de psiquiatria geral em 2013 e 93,7 dias em 2012;
- A maioria realizou-se no sector público;
- As regiões Centro, LVT e Norte apresentam uma capacidade de resposta consideravelmente superior às das regiões Alentejo e Algarve;
- Não existem respostas significativas do sector social para a realização de consultas no âmbito da saúde mental.

Serviço Domiciliário

- A nível nacional 6% das respostas de dia são dadas no contexto da comunidade;
- A região do Alentejo não tem acompanhamento domiciliário prestado por serviços de saúde mental;
- A região de LVT é a que tem mais doentes acompanhados em serviço domiciliário;
- Na região Norte, apenas no distrito de Braga existe acompanhamento domiciliário no âmbito do sector social.

Hospital de Dia

- A nível nacional, 6% das respostas em hospital de dia do sector público são prestadas no contexto da comunidade;
- As regiões Alentejo e Centro não têm atividade de hospital de dia, no sector público, registada na comunidade;
- Apenas as regiões do Norte e de LVT têm atividade assistencial em hospitais de dia no sector social.

Internamento

- Em 2013, em Portugal Continental, 68% das respostas de internamento pertencem ao sector social e 32% ao sector público;
- Para a psiquiatria de adultos no sector público, em 2013, as regiões do Alentejo, Algarve e Norte têm o número de camas abaixo do valor nacional (4 camas por 25.000

habitantes), rácio que melhorou na região Alentejo com a recente inauguração da unidade de internamento do Departamento de Saúde Mental da ULS do Baixo Alentejo (Beja);

- No sector social o internamento tem uma taxa de ocupação global de 88% em 2013. De salientar a região do Alentejo com 100% de ocupação;
- Apenas 2,51% da capacidade de internamento instalada, no sector social, não é utilizada.

Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM)

- Não existem respostas em CCISM, uma vez que se aguarda a implementação do definido pelo Despacho n.º 8320-B/2015 dos Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, em particular do anexo III (Lista de Contratos-Programa a celebrar no ano de 2015 com Unidades e Equipas de Saúde Mental no âmbito da RNCCI). Os CCISM estão referenciados ao Decreto-lei n.º 8/2010, alterado e republicado pelo Decreto-lei n.º 22/2011 e regulamentados pela Portaria n.º 149/2011 e Portaria n.º 183/2011. As respostas existentes mais próximas decorrem do *Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social e Solidariedade n.º 407/98*, de 18 de junho, que, nos termos do Decreto-lei n.º 8/2010, devem evoluir para aquele modelo, dado a sua reduzida diferenciação técnica. De salientar que no contexto deste referencial apenas 4% da capacidade instalada não é utilizada.

Reabilitação Psicossocial (extra Despacho Conjunto n.º 407/98)

- Nas respostas de reabilitação psicossocial, 67% pertencem ao sector social (genericamente IPSS vocacionadas para aquele objetivo) e 33% ao sector público, como o evidenciou o último levantamento do PNSM;
- Lisboa e Vale do Tejo tem o maior número de doentes em unidades residenciais e unidades sócio ocupacionais no sector social;
- A região do Algarve não tem respostas em reabilitação psicossocial no sector social que não sejam abrangidas pelo Despacho Conjunto n.º 407/98.

4.2 Necessidades ao nível dos recursos humanos

Para a psiquiatria de adultos existem, em Portugal Continental e em média, 2 médicos por 25.000 habitantes, valores acima do rácio considerado adequado. De destacar, porem, a Região do Alentejo com o menor número de médicos, apenas 0,5 por 25.000 habitantes, ou seja, cerca de metade do rácio considerado adequado, situação que é particularmente crítica na ULSLA (H. Santiago de Cacém) onde nunca foi possível fixar nenhum psiquiatra no respetivo serviço especializado, criado em 1998.

5 – CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS DIFERENTES NÍVEIS E MODELOS ORGANIZATIVOS DE SERVIÇOS

Princípios Subjacentes à RNEHR de Saúde Mental

De acordo com a OMS (em particular a Conferência de Helsínquia de 2005) e a UE (nomeadamente na Carta Verde para a Saúde Mental, de 2006), os serviços de saúde mental devem organizar-se de acordo com os seguintes princípios:

- Serem acessíveis a todas as pessoas com problemas de saúde mental;
- Serem responsáveis por um sector geodemográfico específico, com uma dimensão tal que seja possível assegurar os cuidados essenciais sem que as pessoas se tenham que afastar significativamente do seu local de residência (dimensão estimada entre 200.000 e 300.000 habitantes);
- Integrarem um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral, de modo a assegurar uma resposta efetiva às diferentes necessidades de cuidados das populações;
- Terem uma coordenação comum;
- Envolverem a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade;
- Prestarem contas da forma como cumprem os seus objetivos;
- Estarem estreitamente articulados com os cuidados de saúde primários;
- Colaborarem com o sector social e organizações não-governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves.

A definição dos diferentes níveis e modelos organizativos de serviços está plasmada no Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro.

Os serviços prestadores de cuidados especializados de saúde mental organizam-se a nível regional, de acordo com a divisão do país em regiões de saúde, e a nível local, integrando unidades de saúde.

Os serviços locais são a base do sistema nacional de saúde mental, devendo funcionar de forma integrada e em estreita articulação com os cuidados de saúde primários, demais serviços e estabelecimentos de saúde, para garantia da unidade e continuidade da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental.

Os serviços regionais têm como função prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais de saúde mental das regiões de saúde.

Serviços locais

Aos serviços locais de saúde mental (SLSM) compete assegurar a prestação de cuidados essenciais globais de saúde mental, quer a nível ambulatorio, quer de internamento, à população de uma área geográfica determinada, através de uma rede de programas e serviços que assegurem a continuidade de cuidados.

A rede de SLSM integra, designadamente, as seguintes áreas funcionais:

- a) Cuidados ambulatoriais e outras intervenções na comunidade, bem como o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção e tratamento da doença, a assegurar, em cada sector geodemográfico com cerca de 50.000 a 200.000 habitantes, por equipas multiprofissionais;
- b) Internamento completo de doentes agudos, preferencialmente em hospitais gerais;
- c) Internamento parcial;
- d) Atendimento permanente das situações de urgência psiquiátrica, em serviços de urgência de hospitais gerais ou no âmbito de estruturas de intervenção na crise;
- e) Prestação de cuidados especializados a doentes internados em ligação com outras especialidades.

Os cuidados ambulatoriais e as outras intervenções na comunidade desenvolvem-se através de estruturas próprias, em articulação com os cuidados de saúde primários e respectivos profissionais, designadamente os médicos de família e, no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência, também em articulação com os estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário.

A prestação de cuidados de saúde mental é indissociável das atividades de reabilitação psicossocial, que são desenvolvidas, designadamente, em unidades sócio-ocupacionais, em unidades residenciais ou no domicílio e em estruturas para integração profissional, nos termos do artigo 18º-A.

Forma de organização

1. Os SLSM organizam-se sob a forma de departamento ou de serviço de hospital geral, de acordo com a respetiva área de influência definida no Plano Nacional de Saúde Mental, devendo constituir centros de responsabilidade, dotados de orçamentos programa próprios, nos termos da lei.

- a) Departamento, pelo menos um em cada hospital geral com área de Influência de cerca de 250.000 habitantes;
- b) Serviço, por hospital geral com área de influência de cerca de 120 000 habitantes;

2) Os serviços de saúde mental organizam-se em centros de responsabilidade, dotados de orçamentos-programa próprios, nos termos da lei.

Serviços de âmbito regional

De acordo com a legislação em vigor, têm âmbito regional os serviços de saúde mental para adultos que, pelo elevado grau de especialização das respectivas valências ou pela racionalidade de distribuição de recursos, não seja possível ou justificável dispor a nível local, nomeadamente no âmbito da alcoologia e da psiquiatria forense.

A estes serviços compete prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais das regiões de saúde, de acordo com o planeamento definido a nível nacional para o sector.

(Nota 1: relativamente à definição de rácios de profissionais, mantêm-se as propostas enunciadas na Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental de 2004)

(Nota 2: os aspetos referentes à organização dos serviços de saúde mental de infância e adolescência constam de documento próprio)

Produção no Serviço Nacional de Saúde

São aferidos neste capítulo, nomeadamente, os dados de produção dos Hospitais SNS.

Produção dos Hospitais SNS

1. Ambulatório

1.1. Consultas

- Foram realizadas, em 2013, no âmbito da psiquiatria de adultos 575.823 consultas o que corresponde a 70 consultas por 1.000 habitantes.
- Verifica-se ligeiro acréscimo das consultas realizadas, relativamente a 2012, em todas as regiões de saúde exceto do Algarve e Norte.
- 14% do total de consultas realizadas são primeiras consultas. As regiões Centro e Norte apresentam um valor aproximado ao valor nacional e as restantes apresentam um valor inferior.

Tabela 1 – Psiquiatria de Adultos – Nº de consultas por 1.000 habitantes por região de saúde

ARS	Área de Influência Direta (População total \geq 18 anos)	Nº Consultas		Consultas por 1.000 habitantes (\geq 18 anos)	
		2012	2013	2012	2013
ARS Alentejo	429.541	15.966	19.387	37	45
ARS Algarve	370.704	14.514	14.402	39	39
ARS Centro	1.504.939	104.508	112.774	69	75
ARS LVT	2.944.412	201.097	214.177	68	73
ARS Norte	3.001.490	217.047	215.083	72	72
Total	8.251.086	553.132	575.823	67	70

Nota: IPO e H. Prelada não foram considerados na análise apesar de terem produção em consultas de saúde mental
Área influência direta de acordo com os CENSOS 2011

Fonte: SICA, 19 de maio 2014; Nº de Consultas Externas (base+adicional); Acumulado_N; Acompanhamento

Tabela 2 – Psiquiatria de Adultos - % de primeiras consultas no total de consultas por região de saúde

ARS	Nº Consultas		Primeiras Consultas		% Primeiras Consultas	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ARS Alentejo	15.966	19.387	1.780	2.171	11%	11%
ARS Algarve	14.514	14.402	1.670	1.730	12%	12%
ARS Centro	104.508	112.774	14.028	15.746	13%	14%
ARS LVT	201.097	214.177	23.583	25.045	12%	12%
ARS Norte	217.047	215.083	34.895	33.273	16%	15%
Total	553.132	575.823	75.956	77.965	14%	14%

Nota: IPO e H. Prelada não foram considerados na análise apesar de terem produção em consultas de saúde ment

Fonte: SICA, 19 de maio 2014; Nº de Consultas Externas (base+adicional); Acumulado_N; Acompanhamento

1.2. Hospital de Dia

- A nível nacional, 6% das respostas em hospital de dia são dadas no contexto da comunidade.
- As regiões Alentejo e Centro não têm atividade de hospital de dia registada na comunidade.

Tabela 3 – Nº de sessões de hospital de dia de Psiquiatria (Adultos e I&A) na Comunidade e na Instituição por região de saúde

ARS	Sessões Hospital Dia Psiquiatria (Adultos e I&A) Comunidade		Sessões Hospital Dia Psiquiatria (Adultos e I&A) Instituição	
	2012	2013	2012	2013
ARS Alentejo	0	0	2.268	2.468
ARS Algarve	0	2.108	6.411	6.874
ARS Centro	0	0	22.029	21.438
ARS LVT	8.435	8.396	75.625	72.971
ARS Norte	1.155	2.153	85.656	84.191
Total	9.590	12.657	191.989	187.942

Fonte: SICA, 19 de maio 2014

Relativamente aos dados da tabela 17 pode consultar-se, no anexo, a tabela A15 por instituição hospitalar.

1.3. Domicílios

- A região do Alentejo não tem acompanhamento domiciliário prestado por serviços de saúde mental;
- Em 2013 o número de visitas domiciliárias registou um aumento relativamente a 2012, em todas as regiões com este tipo de resposta, exceto na região do Norte;
- Entre 2012 e 2013 o número de doentes acompanhados em serviços domiciliários psiquiátricos desceu ligeiramente;
- LVT é a região com mais doentes acompanhados em serviço psiquiátrico domiciliário.

Tabela 4 – Nº de consultas/visitas e Número de doentes em serviços de saúde mental por região de saúde

ARS	Nº de Consultas em Serviço Domiciliário		Nº de Visitas em Serviço Domiciliário		Nº de Doentes acompanhados em Serviço Domiciliário	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ARS Algarve	3.662	0	0	1.795	639	637
ARS Centro	255	84	6.153	6.443	621	699
ARS LVT	409	51	6.822	8.200	1.537	1.367
ARS Norte	177	13	5.575	5.186	818	756
Total	4.503	148	18.550	21.624	3.615	3.459

Fonte: SICA, 19 de maio 2014; Nº de Consultas/Visitas e Nº Doentes em Serviço Domiciliário em Serviços de Saúde Mental

2.1. Internamento

- Saíram dos hospitais do setor público 19.036 doentes agudos, no total das 5 regiões de saúde.

Tabela 5 – Nº de doentes saídos (agudos) por região de saúde

ARS	Nº de Doentes Saídos (sem transf internas)	
	2012	2013
ARS Alentejo	589	542
ARS Algarve	966	859
ARS LVT	6.840	6.580
ARS Centro	4.282	4.002
ARS Norte	6.877	7.053
Total	19.554	19.036

Fonte: SICA, 19 de maio 2014; Nº de Doentes Saídos - Sem Transf Interna;

Tabela 6 – Nº de doentes saídos (Alcoologia) por instituição hospitalar

Entidade Hospitalar	Nº de Doentes Saídos (sem transf internas)	
	2012	2013
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	-	43
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	267	197
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	75	81

Fonte: SICA, 19 de maio 2014; Nº de Doentes Saídos - Sem Transf Internas

Não existe registo de DS em toxic dependência

Os hospitais que não constam do quadro não têm registo de doentes saídos em alcoologia

- Do conjunto dos episódios registados em GCD 19 e GCD 20 (2013) 88% pertencem ao primeiro grupo – doenças e perturbações mentais, onde se destacam as psicoses.
- 3% do total de episódios em GDH, respetivamente em 2012 e 2013, estão relacionados com a saúde mental.

Tabela 7 – Produção nacional em internamento por GDH – (2012)

GDH		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	Total	
GCD 19 - Doenças e Perturbações Mentais	424	Procedimentos em B.O., com o diagnóstico principal de doença mental	0	2	14	25	16	57
	425	Reações agudas de adaptação e/ou doenças de disfunção psicossocial	40	92	200	408	374	1.114
	426	Neuroses depressivas	69	129	498	590	1.548	2.834
	427	Neuroses exceto as depressivas	6	30	237	200	365	838
	428	Perturbações da personalidade e/ou do controlo dos impulsos	18	60	245	412	594	1.329
	429	Perturbações orgânicas e/ou atraso mental	73	54	511	649	631	1.918
	430	Psicoses	332	459	2.368	4.202	3.207	10.568
	431	Perturbações mentais da infância	1	58	61	93	199	412
	432	Outros diagnósticos de perturbações mentais	2	6	30	156	38	232
	Total GCD19		541	890	4.164	6.735	6.972	19.302
GCD 20 - Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga	743	Abuso ou dependência de opiáceos, alta contra parecer médico	3	0	13	5	17	38
	744	Abuso ou dependência de opiáceos, com CC	0	0	14	15	33	62
	745	Abuso ou dependência de opiáceos, sem CC	7	2	48	20	55	132
	746	Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, alta contra parecer médico	3	4	9	12	9	37
	747	Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, com CC	1	3	12	27	18	61
	748	Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, sem CC	2	31	60	174	84	351
	749	Abuso ou dependência do álcool, alta contra parecer médico	2	2	31	30	49	114
	750	Abuso ou dependência do álcool, com CC	12	24	203	140	211	590
	751	Abuso ou dependência do álcool, sem CC	55	34	456	351	540	1.436
Total GCD20		85	100	846	774	1.016	2.821	
Episódios GCD 19 e 20		626	990	5.010	7.509	7.988	22.123	
Total de episódios GDH		35.782	32.234	167.524	303.294	287.971	826.805	
% de episódios de Saúde Mental no total de episódios		2%	3%	3%	2%	3%	3%	

Fonte: DPS, BDGDH, junho 2014

Tabela 8 – Produção nacional em internamento por GDH – (2013)

GDH		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	Total	
GCD 19 - Doenças e Perturbações Mentais	424	Procedimentos em B.O., com o diagnóstico principal de doença mental	1	1	12	39	22	75
	425	Reações agudas de adaptação e/ou doenças de disfunção psicossocial	36	70	220	455	277	1.058
	426	Neuroses depressivas	57	101	484	577	1.518	2.737
	427	Neuroses exceto as depressivas	10	29	243	231	439	952
	428	Perturbações da personalidade e/ou do controlo dos impulsos	21	37	262	384	645	1.349
	429	Perturbações orgânicas e/ou atraso mental	47	49	525	665	625	1.911
	430	Psicoses	271	429	2.187	4.479	3.338	10.704
	431	Perturbações mentais da infância	8	47	80	105	244	484
	432	Outros diagnósticos de perturbações mentais	4	11	27	263	50	355
	Total GCD19		455	774	4.040	7.198	7.158	19.625
GCD 20 - Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga	743	Abuso ou dependência de opiáceos, alta contra parecer médico	0	0	4	2	13	19
	744	Abuso ou dependência de opiáceos, com CC	2	0	7	13	26	48
	745	Abuso ou dependência de opiáceos, sem CC	4	2	24	30	52	112
	746	Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, alta contra parecer médico	0	1	13	12	14	40
	747	Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, com CC	4	3	7	26	20	60
	748	Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, sem CC	8	35	56	133	78	310
	749	Abuso ou dependência do álcool, alta contra parecer médico	6	3	29	32	54	124
	750	Abuso ou dependência do álcool, com CC	12	21	163	155	185	536
	751	Abuso ou dependência do álcool, sem CC	29	26	360	347	480	1.242
Total GCD20		65	91	663	750	922	2.491	
Episódios GCD 19 e 20		520	865	4.703	7.948	8.080	22.116	
Total de episódios GDH codificados		35.327	31.677	163.588	299.863	280.713	811.168	
% de episódios de Saúde Mental no total de episódios		1%	3%	3%	3%	3%	3%	

Fonte: DPS, BDGDH, junho 2014

3. Recursos Humanos

Existiam no continente 644 psiquiatras em 2013 distribuídos de acordo com o quadro abaixo:

Tabela 9 - Distribuição dos médicos de psiquiatria de adultos (nº e horas semanais) por Região de Saúde

ARS	População Total ≥ 18 anos	Médicos		Médicos Internos		Nº Total de Médicos	Nº de Médicos por 25.000 habitantes (1)
		Nº	Total de horas semanais	Nº	Total de horas semanais		
ARS Alentejo	429.541	12	492	5	280	17	1,0
ARS Algarve	370.704	10	364	11	440	21	1,4
ARS Centro	1.504.939	86	3.130	63	2.520	149	2,5
ARS LVT	2.944.412	154	5.388	111	4.444	265	2,3
ARS Norte	3.001.490	128	4.570	95	3.800	223	1,9
Total	8.251.086	390	13.943	285	11.484	675	2,0

Fonte: Hospitais do Setor Público

(1) Conferência sobre Saúde Mental "Saúde Mental. Proposta para a mudança" – Direcção-Geral da Saúde 1995

Por Região de Saúde regista-se a existência de outros perfis profissionais, a trabalharem na psiquiatria e saúde mental, em conformidade com as tabelas seguintes. Dado não ser possível determinar isoladamente o número de profissionais atribuídos, respetivamente, à psiquiatria de adultos e psiquiatria da infância e da adolescência, são aplicados os rácios para a população total.

Considerando estes pressupostos, verifica-se que o rácio de enfermeiros, técnicos de serviço social e terapeutas ocupacionais se encontra abaixo do adequado.

Tabela 10 – Distribuição de enfermeiros (nº e horas semanais) por Região de Saúde

ARS	População Total	Nº	Total de horas semanais	Nº de Enfermeiros por 50.000 habitantes (1)
ARS Alentejo	509.849	29	703	2,8
ARS Algarve	451.006	38	1.398	4,2
ARS Centro	1.801.022	219	8.145	6,1
ARS LVT	3.603.374	312	11.596	4,3
ARS Norte	3.682.370	198	7.431	2,7
Total	10.047.621	796	29.273	4,0

Fonte: Hospitais do Setor Público

(1) Conferência sobre Saúde Mental "Saúde Mental. Proposta para a mudança" – Direcção-Geral da Saúde 1995

Tabela 11 – Distribuição de outros profissionais por região de saúde

ARS	População Total	Nº de Psicólogos Clínicos	Nº de Psicólogos Clínicos por 50.000 habitantes (1)	Nº de Técnicos de Serviço Social	Nº de Técnicos de Serviço Social por 50.000 habitantes (1)	Nº de Terapeutas Ocupacionais	Nº de Terapeutas Ocupacionais por 50.000 habitantes (1)
ARS Alentejo	509.849	10	1,0	6	0,6	4	0,4
ARS Algarve	451.006	9	1,0	2	0,2	3	0,3
ARS Centro	1.801.022	33	0,9	23	0,6	12	0,3
ARS LVT	3.603.374	121	1,7	43	0,6	37	0,5
ARS Norte	3.682.370	101	1,4	41	0,6	19	0,3
Total	10.047.621	274	1,4	115	0,6	75	0,4

Fonte: Hospitais do Setor Público; 2013

(1) Conferência sobre Saúde Mental "Saúde Mental. Proposta para a mudança" – Direcção-Geral da Saúde 1995

6 – INDICADORES A UTILIZAR NO DESENVOLVIMENTO E NA MONITORIZAÇÃO DE CADA REDE (GERAIS E ESPECÍFICOS):

5.1 – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016

1. Criação dos novos serviços locais de saúde mental de (SLSM), previstos no PNSM	Numerador (Num): n.º de unidades-serviços criados até 2016 Denominador (Denom): n.º de unidades-serviços previstos no PNSM 2007-2016
2. Monitorização de direitos humanos e de promoção de qualidade de cuidados	Num: n.º de estruturas com monitorização implementada em 2016 Denom: n.º de unidades-serviços de saúde mental
3. Programa Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS)	Num: n.º de estruturas com plano implementado em 2016 Denom: n.º de unidades/serviços de saúde mental
4. Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental	Número de respostas criadas: - Meta 2012 = 18 respostas - Meta 2016 = 88 respostas

5.2 Acessibilidade

5. Taxa de cobertura global	Num: n.º de utentes em contacto com serviços Denom: população > 18 anos no sector
6. Tempo de espera	Tempo médio entre a referenciação e a 1ª consulta
7. Acesso de novos casos	Num: n.º primeiras consultas Denom: n.º total de consultas
8. Referenciação	Num: n.º de casos referenciados pelo médico de família num ano Denom: n.º total de novos casos num ano
9. Cuidados de Saúde Primários (CSP)	% de pessoas com registo de Doença Mental entre o n.º de utentes inscritos nos CSP

5.3 Continuidade de Cuidados

10. 1ª consulta pós-alta	Tempo médio entre a alta do internamento e a primeira consulta após a alta.
11. Taxa de abandono	Num: n.º de utentes que abandonaram o contacto no ano anterior Denom: n.º de utentes registados
12. 2ºs Internamentos no mesmo ano	% de 2.ºs episódios de internamento pela mesma causa, no mesmo ano

5.4 Efetividade

13. Sintomatologia	Percentagem de doentes com melhoria clínica, caracterizada através de aplicação de um instrumento padronizado (ex: BPRS)
14. Funcionalidade	Percentagem de doentes com melhoria do grau de funcionalidade, caracterizada através de aplicação de um instrumento padronizado (ex. Escala do Funcionamento Global - GAF)
15. Satisfação com os serviços	Questionário de avaliação da satisfação com o serviço

5.5 Acontecimentos Sentinela

16. Internamento compulsivo	Num: n.º de internamentos compulsivos Denom: n.º total de internamentos
17. Alta contra parecer médico	Num: n.º altas contra parecer médico Denom: n.º total de altas
18. Suicídios durante o internamento	Num: n.º eventos ocorridos Denom: n.º total de internamentos
19. Óbitos durante o internamento	Num: n.º eventos ocorridos Denom: n.º total de internamentos
20. Readmissões	Num: n.º readmissões nas 2 semanas após a alta Denom: n.º total de altas

7 – DEFINIÇÃO DA REDE

(ANEXOS I e I-A)

8 – REFERENCIAÇÃO ELETIVA E DE URGÊNCIA. REFERENCIAÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

9- MODELO FORMATIVO

NOTA – Deverá ser tido em conta o plasmado na lei e nos documentos aprovados sobre o tema pela OM

Há que ter em conta não só o rácio atual de profissionais/população residente como os tempos de espera registados e a idade média dos profissionais em exercício

10 – POLÍTICAS DE QUALIDADE

11 - AUDITORIAS

12 – RECOMENDAÇÕES

13 – BIBLIOGRAFIA

- Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro
- Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro
- *Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social e Solidariedade nº 407/98*, de 18 de junho,
- Lei n.º 36/98, de 24 de julho (Lei da Saúde Mental)
- Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, acedido a 6/03/2015 em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+sau+de+mental.htm>
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (anexo à Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março, que o aprova)
- Plano Nacional de Saúde Mental – Resumo executivo, edição Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008
- Programa Nacional para a Saúde Mental – Orientações programáticas, acedido em 6/3/2015 em www.dgs.pt (Programas Nacionais Prioritários).
- Portugal Saúde Mental em números: 2013, acedido a 6/3/2015 em www.dgs.pt (Portal de Estatísticas da Saúde/Diretório de Informação/Publicações/Por série).

- Portugal Saúde Mental em números: 2014, idem.
- Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Despacho n.º 3250/14 de 19 de fevereiro de 2014, acedido a 6/3/2015 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/13802FED-C798-4095-8DDF-18B58CEFF8EE/0/Relat%C3%B3rioSa%C3%BAdeMentalVers%C3%A3oFinal31032015.pdf>

14 – ABREVIATURAS, SIGLAS, ACRÓNIMOS E GLOSSÁRIO

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde
 CCISM – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
 CHA – Centro Hospitalar do Algarve
 CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
 CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
 CHVNG-Espinho – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho
 CSP – Cuidados de Saúde Primários
 DALY - Anos de Vida Saudáveis Perdidos por Doença
 DGS – Direção-Geral da Saúde
 DL – Decreto-lei
 HG – Hospital Geral
 HP – Hospital Psiquiátrico
 OMS – Organização Mundial de Saúde (WHO)
 PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental (da Direção-Geral da Saúde)
 PNSM 2007-2016 – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016
 PSM – Psiquiatria e Saúde Mental (adultos)
 RCM – Resolução de Conselho de Ministros
 RRSM – Rede Referência de Saúde Mental
 SLSM – Serviço Local de Saúde Mental
 ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (Beja)
 ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (Santiago do Cacém)
 ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (Portalegre)
 YLD – Anos Vividos com Incapacidade
 WHO – World Health Organization (OMS)

