A POLÍTICA DE RECUPERAÇÃO DA REDE NACIONAL DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

Denise Capela dos Santos

ORCID ID:0000-0002-5794-5203;
CIÊNCIA ID: 0B10-1C58-71EB,
dsantos@autonoma.pt

A saúde mental foi assumida como Programa de Saúde Prioritário no Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, do XXI Governo Constitucional (DGS, 2016)^a.

As Redes de Referência (RR) são sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições de saúde, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional. (ACSS, 2012)

No sentido da recuperação da Rede Nacional de Saúde Mental (RNSM), ao nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM), de 2012, enquadrado no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (ACS, 2008) foca-se, principalmente no:

- a) Incentivo da articulação dos cuidados especializados de saúde mental com os cuidados de saúde primários, assim como com outros sectores considerados relevantes para a implementação do Plano Nacional da Saúde Mental; e no
- b) Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de acordo com a Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde, na área da RNCCI. (SNS, 2016)^a.

De forma ampliar a articulação entre os cuidados especializados de saúde mental com os outros níveis de cuidados, foi aprovada, em 23/11/2015, dois dias antes da entrada em funções do XXI Governo Constitucional, numa nova Proposta de Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental (RRHPSM) (ACSS, 2015). Apesar deste documento, ter sido elaborado pelo Governo anterior, ele consta do novo *site* do Serviço Nacional de Saúde *online* desde Fevereiro de 2016 (Republica Portuguesa, 2016)^d, na seção das Redes de Referência

Hospitalar Aprovadas, em Psiquiatria e Saúde Mental, assumindo-se que esta Proposta de RRHPSM foi aceite e considerada pelo XXI Governo Constitucional.

Nesta proposta são apresentadas as necessidades previsíveis em saúde mental até 2019 e os indicadores de monitorização da Rede Nacional de Saúde Mental, de 2007 a 2016, que se descrevem seguidamente (ACSS, 2015).

1. Necessidades identificadas na Rede ao nível de Consultas (ACSS, 2015)

- 1.1. A maioria das consultas são realizadas dentro do período de tempo adequado (em conformidade com a *Portaria n.º 95/2013, de 4 de março*);
- 1.2. Em média, em 2013, os utentes de Portugal Continental esperaram cerca de 91 dias por uma consulta de psiquiatria;
- 1.3. As regiões Alentejo e Algarve apresentam uma baixa capacidade de resposta;
- 1.4. São praticamente inexistentes as respostas por parte do sector social.

2. Necessidades identificadas na Rede, no âmbito do Serviço Domiciliário (ACSS, 2015)

- 2.1. A nível nacional, apenas 6% das respostas são dadas no contexto da comunidade, durante o dia;
- 2.2. A região do Alentejo não tem acompanhamento domiciliário de saúde mental e a região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) é a que tem mais doentes acompanhados por este serviço;
- 2.3. Na região Norte, apenas no distrito de Braga existe acompanhamento domiciliário no âmbito do sector social.

3. Necessidades identificadas na Rede ao nível do Hospital de Dia (ACSS, 2015)

- 3.1. Em contexto da comunidade, 6% das respostas dadas a nível nacional acontecem em hospital de dia, do sector público;
- 3.2. As regiões Alentejo e Centro não têm registo de atividade de hospital de dia, no sector público;
- 3.3. No setor social, apenas as regiões do Norte e de LVT têm atividade assistencial em hospitais de dia.

4. Necessidades identificadas na Rede na área do Internamento (ACSS, 2015)

- 4.1. Em 2013, em Portugal Continental, 68% das respostas de internamento foram dadas no setor social (32% ao sector público);
- 4.2. Em 2013, as regiões do Alentejo, Algarve e Norte tiveram o número de camas em psiquiatria de adultos abaixo do valor nacional (4 camas por 25.000 habitantes), rácio que melhorou no Alentejo com a inauguração da unidade de internamento do Departamento de Saúde Mental da ULS do Baixo Alentejo, em Beja;
- 4.3. O internamento teve, no setor social, uma taxa de ocupação global de 88%, em 2013. A região do Alentejo teve uma ocupação de 100%;
- 4.4. Apenas 2,51% da capacidade de internamento instalada, no sector social, não é utilizada a nível nacional.

5. Necessidades identificadas na Rede no contexto dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) (ACSS, 2015)

- 5.1. Não existem respostas em CCISM. Aguarda-se pela implementação do definido no Despacho n.º 8320-B/2015 dos Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, nomeadamente do anexo III (Lista de Contratos-Programa a celebrar no ano de 2015 com Unidades e Equipas de Saúde Mental no âmbito da RNCCI).
6. Necessidades identificadas na rede ao nível da Reabilitação Psicossocial (extra Despacho Conjunto n.º 407/98) (ACSS, 2015)
- 6.1. Nas respostas de reabilitação psicossocial, 67% pertencem ao sector social (Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)) e 33% ao sector público;
- 6.2. LVT tem o maior número de doentes em unidades residenciais e unidades sócio-ocupacionais no sector social;
- 6.3. A região do Algarve não tem respostas em reabilitação psicossocial no sector social, com exceção das abrangidas pelo Despacho Conjunto n.º 407/98.
7. Necessidades ao nível dos recursos humanos (ACSS, 2015)
- Para a psiquiatria de adultos há, em média, 2 médicos por 25.000 habitantes, valores acima do rácio considerado adequado. Contudo, a Região do Alentejo tem apenas 0,5 por 25.000 habitantes, relevando uma grande assimetria a nível nacional.

Estes dados sugerem uma intervenção urgente ao nível da disponibilidade de recursos na Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo (e do Algarve) e ao nível do acompanhamento domiciliário, da atividade assistencial em hospital de dia, CCISM e no setor social (com exceção do internamento e reabilitação psicossocial), a nível nacional. Entende-se que o tempo médio de espera por uma consulta em doença mental de 91 dias não é razoável, atendendo à instabilidade emocional associada a este tipo de patologia, que rapidamente poderá precipitar uma situação de elevada gravidade, como é o caso de leões auto-provocadas intencionalmente e que podem levar ao suicídio.

Por outro lado, não se consideraram os números de psicólogos *per capita*, por região e a nível nacional, apesar da importância destes profissionais no tratamento da doença mental.

A nova Proposta de Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental (ACSS, 2015) determinou ainda prioritário monitorizar os indicadores que se apresentam, agregados em cinco tabelas:

Tabela 1. Indicadores relativos à Implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM)
 2007-2016

Objetivo	Indicador	Meta
Criação dos novos serviços locais de saúde mental	n.º de unidades-serviços criados até 2016 / n.º de unidades-serviços previstos no PNSM 2007-2016	Não descrita
Monitorização de direitos humanos e de promoção de qualidade de cuidados	n.º de estruturas com monitorização implementada em 2016 / n.º de unidades-serviços de saúde mental	Não descrita
Implementação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013-2017	n.º de estruturas com plano implementado em 2016 / n.º de unidades-serviços de saúde mental	Não descrita
Implementação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental	Número de respostas criadas	Meta 2016 = 88 respostas

Fonte: ACSS (2015)

Tabela n.º2. Indicadores relativos à Acessibilidade

Objetivo	Indicador	Meta
Taxa de cobertura global	n.º de utentes em contacto com serviços / população > 18 anos no sector	Não descrita
Tempo de espera	Tempo médio entre a referenciação e a 1ª consulta	Não descrita
Acesso de novos casos	n.º primeiras consultas / n.º total de consultas	Não descrita
Referenciação	n.º de casos referenciados pelo médico de família num ano / n.º total de novos casos num ano	Não descrita
Cuidados de Saúde Primários (CSP)	% de pessoas com registo de Doença Mental / n.º de utentes inscritos nos CSP	Não descrita

Fonte: ACSS (2015)

Tabela n.º 3. Indicadores relativos à Continuidade dos Cuidados

Objetivo	Indicador	Meta
Primeira consulta pós-alta	Tempo médio entre a alta do internamento e a primeira consulta após a alta.	Não descrita
Taxa de abandono	N.º de utentes que abandonaram o contacto no ano anterior / n.º de utentes registados	Não descrita
Segundos internamentos no mesmo ano	% de 2.ºs episódios de internamento pela mesma causa, no mesmo ano	Não descrita

Fonte: ACSS (2015)

Tabela n.º4. Indicadores relativos à Efetividade

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

Fonte: ACSS (2015)

Tabela n.º5. Indicadores relativos a Acontecimentos Sentinela

Objetivo	Indicador	Meta
Internamento compulsivo	n.º de internamentos compulsivos / n.º total de internamentos	Não descrita
Alta contra parecer médico	n.º altas contra parecer médico / n.º total de altas	Não descrita
Suicídios durante o internamento	n.º suicídios ocorridos em indivíduos internados / n.º total de internamentos	Não descrita
Óbitos durante o internamento	n.º óbitos ocorridos em indivíduos internados/ n.º total de internamentos	Não descrita
Readmissões	n.º readmissões nas 2 semanas após a alta / n.º total de altas	Não descrita

Fonte: ACSS (2015)

Os indicadores que se apresentam e que se pretendem monitorizar são abrangentes sob o ponto de vista da avaliação das organizações, considerando indicadores relacionados com o acesso, a continuidade dos cuidados, a efetividade dos cuidados prestados, os acontecimentos sentinela e a capacidade de implementação do Plano Nacional de Saúde Mental, principalmente se os registos forem feitos a nível local, por Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), Unidades Locais de Saúde (ULS), Hospital e IPSS, e regional, pelas ARS pertencentes ao Continente e pela Secretaria Regional de Saúde das regiões autónomas.

Sugerem-se, no entanto, as seguintes melhorias:

1. Monitorização não do “n.º de utentes em contacto com serviços / população > 18 anos no sector”, mas do “n.º de utentes com diagnóstico de doença mental / população envolvente com mais de 6 anos” (incluindo a doença mental nas crianças em idade escolar e na adolescência, facilmente avaliadas pelos psicólogos das escolas)
2. Avaliar não só o “tempo médio entre a referenciação e a 1ª consulta”, mas também o “tempo médio entre a 1ª consulta e as seguintes”, por gravidade e por patologia diagnosticada, dentro da saúde mental.
3. Associado ao indicador “n.º de casos referenciados pelo médico de família num ano/ n.º total de novos casos num ano”, poderia realizar-se uma avaliação do acesso através da Rede aos Cuidados Primários, aos Cuidados Secundários e aos Cuidados Terciários, de forma individualizada. Esta avaliação poderia contemplar os seguintes indicadores:
 - a) número de pacientes com doença mental diagnosticada referenciados pela Medicina Geral e Familiar (MGF) através da Consulta a Tempo e Horas (CTH), das unidades funcionais (UF) dos ACES para o hospital;
 - b) % de grávidas encaminhadas internamente pela obstetrícia do hospital para o serviço de psiquiatria;
 - c) % de grávidas, encaminhadas pela saúde materna dos ACES, para o hospital;
 - d) % de crianças e adolescentes encaminhados para a MGF dos Centros de Saúde por parte da psicologia a nível escolar;
 - e) % de crianças e adolescentes encaminhados diretamente para o hospital por parte da psicologia a nível escolar;
 - f) % de crianças e adolescentes encaminhadas a nível interno da pediatria do hospital para a psiquiatria;
 - g) % de crianças e adolescentes encaminhados pela saúde infantil das unidades funcionais dos ACES para o hospital;
 - h) % de alunos universitários encaminhados pelos psicólogos das universidades;
 - i) % de adultos com atividade laboral encaminhados pela medicina no trabalho para a MGF;
 - j) % de adultos com atividade laboral encaminhados pela medicina no trabalho para a psiquiatria do hospital;

- k) % de indivíduos encaminhados pelas farmácias comunitárias para a MGF nos cuidados primários;
- l) % de indivíduos encaminhados pelos médicos da Casas do povo, IPSS e lares privados para os hospitais;
- m) % de sem abrigo encaminhados pelas autarquias;
- n) % de presos encaminhados pelos médicos das prisões para os hospitais;
- o) % de indivíduos encaminhados pelo serviço “Saúde 24” para os hospitais;
- p) % de indivíduos encaminhados para a psiquiatria internamente, através do acesso às urgências do hospital;
- q) % de indivíduos encaminhados internamente da psiquiatria do hospital para o acompanhamento psicológico;
- r) % de indivíduos encaminhados de um hospital para outro com a mesma especialidade, por incapacidade de resposta;
- s) % de utentes do serviço de psiquiatria do hospital encaminhados para os cuidados continuados;
- t) % de utentes das unidades funcionais dos ACES com diagnóstico de doença mental encaminhados para os cuidados terciários, por esse motivo.

À imagem do preconizado no Plano Local de Saúde 2015-2017 do ACES Sintra, sugere-se ainda a monitorização de:

- 4. “Proporção de UF com acesso e utilização plena dos sistemas de informação definidos pela ACSS, com as respetivas codificações de diagnósticos ICPC-2 e que referenciem através da Consulta a Tempo e Horas (CTH)”;
- 5. “N.º de protocolos aprovados de articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, visando referência, formação e consultoria de forma a melhorar a deteção precoce/diagnóstico”; e
- 6. “N.º de projetos implementados, dirigidos a grupos de risco, para formação/ação em competências de avaliação de fatores desencadeantes ou precipitantes de doença mental”, com articulação de cuidados primários, secundários e terciários.

Considera-se ainda que deveria estar explícita qual a meta a alcançar para todos os indicadores para que haja avaliação e controlo do desempenho alcançado face às metas previstas.

Outro fator essencial e que não foi contemplado é a monitorização de indicadores epidemiológicos, de base populacional, que determinem a prevalência e a incidência de diferentes patologias associadas à doença mental, desagregada por indicadores demográficos, sociais, económicos e culturais, por local e por região. Estes dados são essenciais para avaliação das necessidades populacionais e adequação dos recursos do Serviço Nacional de Saúde a estas necessidades, nos três níveis de cuidados. Sem acesso a dados epidemiológicos reais, é mais difícil realizar o planeamento e gestão orçamental de ACES, ULS (a nível local), das ARS (a nível regional) e da ACSS (a nível nacional), assim como o planeamento das necessidades

de articulação e de trabalho em Rede, em saúde mental. Por último, é ainda importante analisar os motivos das barreiras ao acesso à Rede por parte da população com doença mental não diagnosticada.

Avaliada e discutida a Proposta de Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental (ACSS, 2015), do anterior Governo e considerada aceite pelo XXI Governo Constitucional, é importante avaliar algumas das principais ações, praticadas pelo Governo em atuais funções, pela melhoria do funcionamento da Rede Nacional de Saúde Mental.

De forma colmatar lacunas da Rede, publicou-se a Portaria nº 147/2016 de 16 de maio, que estabelece o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, tendo como princípio a definição das Redes de Referência Hospitalar (RRH) (SNS, 2016)^b.

Acredita-se que, tendo em vista a avaliação, controlo e responsabilização pelos resultados alcançados nestas Redes, o Secretário de Estado Adjunto da Saúde publica o Despacho nº 6696/2016, onde designa os responsáveis pela elaboração das Redes de Referência Hospitalar (RRH) (SNS, 2016)^b.

Na tentativa de estimular o trabalho em Rede e a articulação e entre os diferentes níveis de cuidados, designadamente entre os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados integrados e paliativos, o atual governo definiu o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às Entidades Públicas Empresariais, do SNS e às unidades do SNS integradas no Setor Público Administrativo, em Setembro deste ano (República Portuguesa, 2016)^a.

O Ato em Saúde foi aprovado para garantir a sinergia entre os vários grupos de profissionais envolvidos na prestação de cuidados, atribuindo valor ao estreitamento da relação entre os profissionais e ao trabalho em equipa, no âmbito do SNS (República Portuguesa, 2016)^a, e o Ministro da Saúde, fomentou a gestão partilhada de recursos no SNS (SNS, 2016)^d, afirmando que os hospitais que têm maior capacidade em determinadas áreas devem ajudar aqueles que têm menores capacidades (República portuguesa, 2016)^c.

Outro projeto implementado pelo atual governo para melhoramento do serviço prestado em Rede foi o Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS). O SIGA SNS reúne informação que suporta o Sistema de Referência para Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar - designado por CTH, ou o aplicativo da RNCCI, e abrange também os Serviços de Urgência, as Consultas Subsequentes de Especialidade Hospitalar e os Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2016)^c, facilitando o funcionamento da Rede.

Uma das medidas implementadas pelo Governo que poderá gerar bastante entropia no funcionamento da Rede é o livre acesso preconizado na Reforma do Serviço Nacional de Saúde (República Portuguesa, 2016)^b. Esta reforma permite que, quem aguarde pela primeira consulta de especialidade hospitalar possa, em articulação com o médico de família responsável pelo encaminhamento, optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a

especialidade em causa, em vez de serem encaminhados diretamente para consulta, para o hospital de referência da sua área de residência (República Portuguesa, 2016)^b. Apesar desta reforma se considerar altamente vantajosa para a população (principalmente a que habita em zonas com menor capacidade de resposta a nível de instalações, materiais e equipamentos ou do número e competência dos profissionais de saúde), que pode agora escolher a que serviços de dirigir, acredita-se que, implementada num momento de grande restrição financeira por parte do Estado, poderá trazer grandes constrangimentos a médio prazo, ao nível do planeamento de recursos e à capacidade de resposta das entidades melhor equipadas e com menores listas de espera no momento.

Atendendo ao aumento de produtividade exigida aos profissionais das organizações mais escolhidas, por implementação desta reforma, sugere-se a aplicação de uma componente variável do salário dos profissionais de saúde, associado ao grau de desempenho em termos de número de pacientes atendidos e do grau de satisfação dos pacientes com o atendimento. Para além disto, é preciso premiar as organizações que se revelarem ser uma opção de escolha prioritária, por patologia. Coloca-se a dúvida: será que as finanças públicas permitem este esforço no atual contexto do SNS?

Por fim, importa salientar a partilha de boas práticas em saúde mental e o debate sobre a concertação de estratégias conjuntas no âmbito dos cuidados sociais e de saúde promovido, em Fevereiro deste ano, no Encontro de Saúde Mental "Da Humanização à Reabilitação", pela Direção-Geral de Saúde (através do Programa Nacional para a Saúde Mental) e pela Santa Casa da Misericórdia de Cascais (DGS, 2016)^b. Estes encontros consideram-se altamente vantajosos para o bom funcionamento da Rede Nacional de Saúde Mental, a nível local, regional e nacional e devem ser incentivados. Os encontros de profissionais para discussão de práticas de promoção da saúde mental (associadas à avaliação dos determinantes da saúde mental a nível local) e de prevenção da doença, devem ser também fomentados, pelo menos anualmente, por região.

OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ATIVIDADE

Questionaram-se alguns profissionais do setor acerca do que melhorou, em 2016, relativamente ao funcionamento da Rede Nacional de Saúde Mental.

Os profissionais referiram que as mudanças que sentiram têm essencialmente a ver com a pressão cada vez superior da gestão do hospital para o cumprimento de rácios de produtividade que levam ao atendimento de mais doentes, em menos tempo, para que o hospital consiga maior desempenho em termos de redução do tempo de espera e maior rendimento proveniente da ARS.

Este rendimento, dizem, não premeia o seu desempenho, sendo os seus honorários fixos e independentes do número de pacientes que atendem. Contudo, prejudica os cuidados prestados,

não permitindo um tempo de consulta adequado aos pacientes e propicia a exaustão dos profissionais.

Por outro lado, consideram que o tempo de reunião clínica para discussão de casos é claramente insuficiente, assim como o tempo de colaboração e de apoio aos estágios.

Referem também que há muito poucos profissionais a trabalhar para cobrir a área populacional que o hospital abrange e que a capacidade de resposta é muito deficiente, só sendo acompanhados os casos de elevada gravidade e com grande frequência de sintomas (em conformidade com o descrito nos Critérios Internos de Atendimento do hospital). Os casos de média gravidade são acompanhados com grande espaçamento de consulta (de dois em dois meses) ou são encaminhados para outras organizações.

Quanto ao funcionamento da Rede de Referência e do encaminhamento entre os diferentes níveis de cuidados, também indicam que há lacunas.

Apesar da MGF ter acesso aos Critérios de Encaminhamento de Pacientes por CTH, a MGF referencia para o hospital alguns pacientes que não correspondem aos critérios.

Indicam que a via principal de encaminhamento de crianças e adolescentes são os psicólogos das escolas, que maioritariamente não têm capacidade para fazer um acompanhamento regular dos alunos e que tendem a tentar resolver os casos mais graves e a encaminhar para a MGF os casos menos graves (quando só a MGF tem a possibilidade de referenciar os utentes para o hospital, com recursos adequados à resolução dos casos mais urgentes e graves).

Para se ultrapassar esta lacuna, implementou-se uma Via Verde de Encaminhamento de crianças e adolescentes em situações de risco, detetadas nas escolas, diretamente para o hospital. Para a MGF das Unidades Funcionais, acordou-se o encaminhamento dos casos menos graves em saúde mental, ficando o psicólogo das escolas com os casos referentes ao insucesso escolar, à incapacidade de integração em ambiente escolar, etc.

Afirmam ainda que outra questão a ser trabalhada é o facto da maior parte dos pacientes chegarem ao serviço de saúde mental do hospital por encaminhamento interno, através da urgência do hospital. Isto evidencia a falha da RNSM, no sentido do acesso aos cuidados secundários não ser realizado maioritariamente após referência ou encaminhamento por parte dos cuidados primários.

Outros profissionais afirmam que há um bom funcionamento da rede relativamente às Equipas de Cuidados Continuados Integrados que trabalham nas Unidades de Cuidados da Comunidade, havendo uma boa articulação com os Hospitais. Indicaram-nos, contudo, que não é fácil implementar a rede pretendida a nível local, por uma questão de escassez de recursos. De acordo com a informação recolhida, há poucas viaturas para os transportes dos funcionários até aos domicílios, há poucos motoristas e os enfermeiros alegam que não podem usar os transportes públicos para alcançar os domicílios porque têm de transportar resíduos hospitalares. Há poucos telemóveis de serviço e há alguma insegurança nos domicílios de pacientes com doença mental. Por outro lado, associada à desmotivação destes profissionais, pelo baixo

rendimento e pelas condições de trabalho (percebidas como fracas), alguns recusam a disponibilidade para trabalhar ao fim de semana, levantando graves problemas à coordenação da Equipa de Cuidados Regionais.

CONCLUSÃO

Em conclusão, o Governo tem tentado melhorar a Rede Nacional de Saúde Mental e tem-se feito um esforço no sentido da integração de cuidados em Saúde Mental para maior celeridade na reposta por parte do SNS. Há, todavia, um caminho ainda grande a percorrer para que o Estado alcance o objetivo pretendido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Sintra (2015). Plano Local de Saúde 2015-2017. Sintra: ARS LVT. Recuperado a 17 de Julho de 2016 de http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/2192/Plano_Local_de_Saude_de_Sintra;
- ACS (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. ACS: Lisboa. Recuperado a 6 de Outubro de 2016, de <http://www.dge.mec.pt/plano-nacional-de-saude-mental-2007-2016>;
- ACSS (2012). Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. e Recuperado a 6 de Outubro de 2016 de http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/documento%20t%C3%A9cnico%20de%20suporte_rrh_psiq%20ia_vers%C3%A3o_%2023%20nov.pdf;
- ACSS (2015). Proposta de Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental. Recuperado em 5 de Outubro de 2016, de [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelatorioSaudeMentalPsiquiatria%20\(pub.%2025.11.2015\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelatorioSaudeMentalPsiquiatria%20(pub.%2025.11.2015).pdf);
- DGS (2016)^a. Programas de saúde prioritários. Recuperado em 5 de Outubro de 2016, de <https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>;
- DGS (2016)^b. Encontro de Saúde Mental - Da Humanização à Reabilitação. Recuperado em 5 de Outubro de 2016, de <https://www.dgs.pt/em-destaque/encontro-de-saude-mental-da-humanizacao-a-reabilitacao.aspx>;
- República Portuguesa (2016)^a. Novas medidas para um SNS de qualidade, acessível e inclusivo. Recuperado em 8/10/2016, de <http://www.portugal.gov.pt/pt/ministerios/ms/noticias/20160915-ms-cm-sns.aspx>
- República portuguesa (2016)^b. Reforma do serviço nacional de saúde já está a produzir efeitos práticos. Recuperado em 5/10/2016, de <http://www.portugal.gov.pt/pt/ministerios/ms/noticias/20160621-ms-mctes-sns.aspx>
- República portuguesa (2016)^c. Serviço nacional de saúde precisa de «organização, gestão e partilha de recursos. Recuperado em 5/10/2016, de <http://www.portugal.gov.pt/pt/ministerios/ms/noticias/20160627-ms-protocolos-sns.aspx>

República Portuguesa (2016)^d. SNS: Não podemos confundir a falta de recursos com a falta de organização. Recuperado em 5/10/2016, de <https://www.portugal.gov.pt/pt/ministerios/ms/noticias/20160201-ms-portal-sns.aspx>

SNS (2016)^a. Programa Nacional de Saúde Mental, 2012. Recuperado em 5 de Outubro de 2016, de <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>;

SNS (2016)^b. Redes de Referência Hospitalar. Recuperado em 7/10/2016, de <https://www.sns.gov.pt/sns/redes-de-referenciacao-hospitalar/>.

SNS (2016)^c. SIGA SNS – Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde. Recuperado em 5/10/2016, de <https://www.sns.gov.pt/sns/sistema-integrado-de-gestao-do-acesso-no-servico-nacional-de-saude-siga-sns/>

SNS (2016)^d. Gestão Partilhada de Recursos no SNS. Recuperado em 5/10/2016, de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/ACSS_Circular-Informativa-Conjunta-n%C2%BA-06-2016-ACSS-SPMS-_08072016.pdf