

RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

I. ATRIBUIÇÕES DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

1. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde (doravante ERS), aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS *“tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”*, sinalizando a alínea b) do n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições *“compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita [à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”*.
2. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS *“exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social”* (n.º 1), estando, assim, sujeitos *“à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas”* (n.º 2).
3. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, para além do mais, o de *“assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei”* (alínea b)), o de *“garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes”* (alínea c)), o de *“zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”* (alínea d)) e, bem assim, o de

“zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema” (alínea e)).

4. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos subsequentes dos Estatutos da ERS.
5. Assim, a alínea a) do artigo 12.º estabelece que *“[p]ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS [a]ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”*.
6. Por sua vez, o artigo 13.º ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º, incumbe à ERS, entre outras atribuições, *“[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes” (alínea b)).*
7. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º é densificado no artigo 14.º, atribuindo à ERS a incumbência de *“[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade [...]” (alínea c)) e de “[p]ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS” (alínea d)).*
8. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de *“[z]elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições” (alínea a)) e “[e]mitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea b)).*

9. Na prossecução do objetivo enunciado na alínea e) do artigo 10.º, incumbe também à ERS, entre as demais atribuições previstas no artigo 15.º dos seus Estatutos, “*elaborar estudos e emitir recomendações sobre a organização e o desempenho dos serviços de saúde do SNS*”.

II. ENQUADRAMENTO

A. Do direito de acesso à prestação de cuidados de saúde adequados, de qualidade e com segurança

10. Atendendo às especificidades do setor da saúde, importa garantir o direito dos utentes a que os cuidados de saúde lhes sejam prestados com observância e em estrito cumprimento dos parâmetros de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos humanos e técnicos utilizados.
11. Os utentes gozam do direito de exigir dos prestadores de cuidados de saúde o cumprimento dos requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública, bem como a observância das regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis e pelas regras de boa prática médica.
12. Os utentes que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de especial vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade de os cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito.
13. Necessidade essa que corresponde a um específico direito dos utentes, que está, desde logo, previsto na alínea b) do n.º 1 da Base 2 da Lei de Bases da Saúde¹ (doravante LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e que foi densificada no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
14. Concretamente, prevê a *supra* referida alínea b) que as pessoas têm o direito de “*aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a*

¹ A Lei de Bases da Saúde foi aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro e veio revogar a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.

melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”

15. Esta norma é melhor desenvolvida e concretizada no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março (sob a epígrafe "*Adequação da prestação dos cuidados de saúde*"), segundo o qual "*O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita*" (n.º 1).
16. Tendo o utente, bem assim, "(...) *direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*" (n.º 2).
17. Estipulando, ainda, o n.º 3 que "*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*".
18. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre "*Os direitos do paciente*", refere que o "*reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo*".
19. Por outro lado, quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica está certamente a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias mais corretas e que melhor se adequem à(s) necessidade(s) concreta(s) de cada utente.
20. Relativamente ao direito do utente de ser tratado pelos meios adequados e com correção técnica, tal resulta do reconhecimento ao utente do direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontra cientificamente comprovada, sendo, porém, óbvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre que ser adaptado ao progresso do conhecimento científico, bem como às necessidades, contextos e recursos da realidade nacional, regional e local – *cf.* n.º 1 da Base 4 da LBS.
21. A afirmação de que os utentes têm o direito de ser tratados humanamente, com privacidade e respeito decorre diretamente do dever dos estabelecimentos

prestadores de cuidados de saúde observarem o princípio da dignidade da pessoa humana, como princípio estruturante da República Portuguesa (*cfr.* artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa).

22. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.
23. De facto, os profissionais de saúde que trabalham em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter *“redobrado cuidado de respeitar as pessoas particularmente frágeis pela doença ou pela deficiência”*.
24. No caso do utente dos serviços de saúde mental, a lei prevê, especificamente, que este tem o direito de *“receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade”*, nos termos da alínea b), do artigo 5.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho (doravante Lei de Saúde Mental).
25. O legislador consagra, assim, uma particular atenção à prestação de cuidados de saúde mental, acautelando as especiais fragilidades inerentes à necessidade de assegurar e restabelecer o equilíbrio psíquico dos utentes, para o desenvolvimento das suas capacidades na construção da personalidade e promoção da sua integração no meio social em que vive.
26. Princípios, igualmente, consagrados na Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 17 de dezembro de 1991, sobre princípios para a proteção de pessoas com doença mental e para melhoramento dos cuidados de saúde mental, que determina, no n.º 2 do Princípio 1, que *“todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana”*.
27. Existe, assim, uma especial preocupação, tanto a nível nacional como internacional², de promover, proteger e assegurar o usufruto, total e igual, de

² Vide a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na Resolução 61/106, de 13 de dezembro de 2006.

todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por pessoas com doenças mentais, assim como, de promover o respeito pela sua inerente dignidade.

28. No que respeita à prestação de cuidados de saúde, o Princípio 8 da Resolução *supra* mencionada, com a epígrafe “Padrões de Tratamento”, estatui que:

“1. Cada paciente terá direito a receber os cuidados de saúde e a proteção social adequada às suas necessidades de saúde, e tem direito a cuidados e tratamentos que obedeçam às mesmas normas que as aplicáveis a outras pessoas doentes.

2. Cada paciente será protegido contra quaisquer malefícios, incluindo medicação injustificada, maus tratos cometidos por outros pacientes, pelo pessoal ou por terceiros, ou outros atos causadores de sofrimento mental ou desconforto físico”.

29. Ademais, “*Cada paciente terá o direito de ser tratado no ambiente menos restritivo e com o tratamento menos restritivo ou intrusivo adequado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de terceiros*”, nos termos do Princípio 9 da Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 17 de dezembro de 1991.

30. A prestação de cuidados de saúde mental é, assim, pautada pela existência de uma dicotomia entre a necessidade de respeito pelos direitos, liberdades e garantias dos utentes com doenças mentais, com especial enfoque na liberdade e segurança da pessoa, e a indispensabilidade de proteção de bens jurídicos fundamentais, como o direito à vida e à integridade física, do utente e de terceiros.

31. Assim, e na prossecução daquele primeiro sentido, a prestação de cuidados de saúde é regida pelo princípio geral de promoção prioritária, dos cuidados de saúde, a nível comunitário, “*por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social*”, estatuiendo-se que os cuidados de saúde em causa são prestados no meio menos restritivo possível³.

³ Ver alínea a) e b), do n.º 3 da Lei de Saúde Mental.

B. Da prestação de cuidados de saúde a utentes de serviços de saúde mental - da Lei de Saúde Mental

32. A preocupação com a temática da saúde mental teve efeitos legais, no ordenamento jurídico português, no início da década de 60, com a Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963, designada Lei de Saúde Mental.
33. Cerca de dez anos depois, em 1994, a evolução das questões associadas à saúde mental e suas exigências, implicaram a necessidade de atualizar a Lei de Saúde Mental em vigor desde 1963, e, nesse ano, foi constituída a Comissão para o Estudo da Saúde Mental, no âmbito da Direção-Geral da Saúde (doravante DGS).
34. O estudo desenvolvido pela referida Comissão culminou com a definição de uma nova Lei da Saúde Mental, plasmada na Lei n.º 36/98, de 24 de julho, alterada pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto, da qual passaram também a constar as regras para o internamento compulsivo.
35. Assim, a atual Lei da Saúde Mental estabelece “[...] *os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental*”, determinando, no seu artigo 4.º, que o Conselho Nacional de Saúde Mental é o órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental.
36. Consagra a referida Lei, no n.º 1 do artigo 3.º, que a política de saúde mental deve observar os seguintes princípios gerais:
- a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;*
- b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível;*
- c) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais;*
- d) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção*

profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes”.

37. Acresce, ainda, o n.º 3 do mesmo artigo que a prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.
38. Nos termos do artigo 5.º da Lei de Saúde Mental, o utente dos serviços de saúde mental tem o direito a:
- “a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis;*
 - b) Receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade;*
 - c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros;*
 - d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito;*
 - e) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação;*
 - f) Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;*
 - g) Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença;*
 - h) Receber justa remuneração pelas atividades e pelos serviços por ele prestados;*
 - i) Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.*

2 - *A realização de intervenção psicocirúrgica exige, além do prévio consentimento escrito, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental”.*

39. A importância de reforço das respostas do SNS na área da saúde mental em Portugal, foi mais uma vez defendida através da Resolução da Assembleia da República n.º 213/2017, de 11 de agosto, tendo sido recomendado ao Governo o seguinte: “a) A criação e o reforço das estruturas e equipamentos vocacionados para a prestação de cuidados de saúde mental, designadamente ao nível das unidades de saúde familiar e dos centros de saúde; b) A criação de equipas multidisciplinares e comunitárias de saúde mental; c) O reforço dos recursos humanos adequados à satisfação das necessidades de saúde mental, designadamente em médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social e assistentes operacionais; d) A formação em rede para cuidadores formais e informais de doentes portadores de doença mental.”.
40. Em 2019, a nova LBS veio reiterar a importância da saúde mental em Portugal, estabelecendo que cabe ao “*Estado promove[r] a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados*” (cfr. n.º 1 da Base 13 da LBS).
41. A LBS sublinha, ainda, que “[o]s *cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia*” (cfr. n.º 2 da Base 13 da LBS).
42. Tendo em vista a concretização dos referidos preceitos e objetivos, o Governo inseriu no Plano de Recuperação e Resiliência, apresentado à Comissão Europeia no âmbito do Instrumento de Recuperação e Resiliência da União Europeia, designado *Next Generation EU*, e nos termos do Mecanismo de Recuperação e Resiliência criado através do Regulamento (UE) 2021/241 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de fevereiro de 2021, a conclusão da Reforma da Saúde Mental como uma das linhas de reformas e investimentos da Componente 01, relativa ao SNS, a concretizar até 2026.
43. Nesse âmbito, foi assumido o compromisso de elaboração e aprovação de um novo diploma legal que estabelecesse os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental, para cuja apresentação de

proposta inicial foi constituído um grupo de trabalho, através do Despacho n.º 6324/2020, de 15 de junho.

44. Resultante, em grande parte, do trabalho desenvolvido pelo mencionado grupo de trabalho, em 2021 foi publicado o Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, que revogou o Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, e veio “estabelece[r] os *princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental.*”.
45. O mencionado diploma acolheu diversos aspetos inovadores face ao previsto no diploma antecessor (o Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro), nomeadamente: a “i) *consagração do princípio geral segundo o qual a organização e funcionamento dos serviços de saúde mental devem orientar-se para a recuperação integral das pessoas com doença mental; ii) consagração do princípio geral de acordo com o qual a execução das políticas e planos de saúde mental deve ser avaliada, devendo incluir a participação de entidades independentes, nomeadamente representantes de associações de utentes e de familiares; iii) planeamento da política de saúde mental através de três instrumentos fundamentais, a saber, o Plano Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde Mental e Planos Regionais de Saúde Mental; iv) organização dos serviços de saúde mental segundo um modelo que inclui órgãos consultivos de âmbito nacional, regional e local, estruturas de coordenação de âmbito nacional e regional e serviços de saúde mental de nível regional e local; v) coordenação das políticas de saúde mental a nível nacional, por uma equipa de elementos, incluindo um coordenador nacional das políticas de saúde mental, à qual incumbe, especificamente, promover e avaliar a execução das mencionadas políticas, nomeadamente através do acompanhamento da execução do Plano Nacional de Saúde Mental; vi) prestação de cuidados de saúde mental em hospitais e centros hospitalares psiquiátricos de forma marcadamente residual, tendo em vista a desinstitucionalização e a reinserção na comunidade das pessoas com doença mental neles residentes, bem como o processo de integração dos cuidados de nível local aí prestados nos serviços locais de saúde mental; e vii) integração dos serviços de saúde mental com os cuidados de saúde primários e com os cuidados continuados integrados e serviços de reabilitação psicossocial, assegurando a necessária continuidade de cuidados” (cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro).*

C. As Redes de Referência Hospitalar (RRH) como regras de acesso do utente aos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

46. O SNS deve assegurar os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes (*cf.* alínea b) do n.º 1 da Base 2 e alínea b) do n.º 2 da Base 20 da LBS).
47. O respeito pelo princípio da generalidade impõe que o SNS esteja organizado de forma a garantir o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde de que necessitem, sejam eles primários, hospitalares, continuados integrados ou paliativos.
48. Para esse efeito, o SNS deverá assegurar o funcionamento articulado, integrado e em rede das unidades que o compõem, por forma a garantir que qualquer utente tenha acesso aos cuidados de saúde de que efetivamente precise; nos termos do disposto no n.º 2 da Base 22 da LBS, “*A organização e funcionamento do SNS sustenta-se em diferentes níveis de cuidados e tipologias de unidades de saúde, que trabalham de forma articulada, integrada e intersectorial*”, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde (*cf.* alíneas d) e g) do n.º 2 da Base 20 da LBS).
49. Uma forma de manifestação do princípio da generalidade no âmbito do SNS prende-se com a necessidade de se garantir uma correta referência de cuidados de saúde entre os diversos estabelecimentos nele integrados.
50. As RRH são, pois, essenciais ao cumprimento da característica de generalidade do SNS, constituindo um sistema integrado e hierarquizado que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de determinada especialidade.
51. Por outro lado, o funcionamento e as imposições adjacentes a cada uma das RRH consubstanciam regras que, necessariamente, se manifestam no direito de acesso do utente aos cuidados de saúde, conforme consagrado na Constituição e na lei;
52. Por conseguinte, o deficiente funcionamento de uma RRH impacta negativamente com o direito de acesso do utente aos cuidados de saúde, produzindo um efetivo

não acesso (ou um acesso tardio ou inadequado) aos cuidados de saúde necessários.

53. Nesse âmbito, considerando que as regras aprovadas respeitantes a cada uma das RRH constituem regras de acesso, compete à ERS a verificação do seu cumprimento nos termos e para os efeitos dos seus Estatutos, e, caso aplicável, o seu incumprimento ser sancionado ao abrigo dos poderes que lhe foram atribuídos pelas alíneas a) e b) do artigo 12.º e alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º de tal diploma.
54. Ora, a cada estabelecimento hospitalar que integra a rede devem ser atribuídos uma área geográfica e populacional de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referência, quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.
55. Efetivamente, a organização do SNS assenta numa identificação clara e inequívoca da cadeia (vertical) de atribuições, competências e responsabilidades, para que o SNS seja, não somente *de iure* mas também *de facto*, um conjunto de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde organizado e hierarquizado.
56. Nesse sentido, cada instituição deve conhecer, sem dúvida ou incerteza, o que concretamente a si compete – e por tanto o que de si é esperado – para contribuir para a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança.
57. Nesse sentido, importa que os prestadores de cuidados de saúde que concorrem para o funcionamento de cada uma das redes, não só se articulem entre si, desde os cuidados primários até aos diferenciados, em função dos recursos de que dispõem, e consideradas as condicionantes de cada uma das regiões e da valência a que respeitam, mas também se complementem, com a finalidade de aproveitarem os recursos de que cada um é possuidor.
58. Na verdade, a referência de doentes deve ser assegurada para outras unidades hospitalares integradas no SNS, quer quando a valência médica em que as prestações de saúde se qualificam não se inclua no respetivo perfil assistencial, de acordo com as redes de referência em vigor, quer quando se

verifique a inexistência ou insuficiência de capacidade técnica, seja ela pontual ou permanente.

59. Mas daqui resulta não só a obrigatoriedade de as unidades hospitalares referenciarem os utentes, mas também a obrigatoriedade de uma unidade hospitalar de referência aceitar receber os utentes transferidos de outros hospitais.
60. E para tanto não deixa de relevar a revisão das Redes de Referência Hospitalar efetuada pela Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio⁴, que estabeleceu o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS, e definiu o respetivo processo de criação e de revisão, estando ali salientado que *“a referência de doente entre instituições hospitalares do SNS, conforme a diferenciação técnica dos cuidados de saúde a realizar no âmbito de cada especialidade, decorre das regras estabelecidas para cada RRH.”*
61. Quanto à RRH de Psiquiatria e Saúde Mental, em 2004 a DGS definiu e publicou uma nova Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental⁵, diferenciando algumas áreas, designadamente, rede de psiquiatria de adultos, rede de psiquiatria da infância e da adolescência, rede de urgências, psiquiatria forense e instituições sociais.
62. Por seu turno, a RRH de Psiquiatria da Infância e Adolescência foi publicada de forma autónoma, através de despacho da Ministra da Saúde, de 15 de junho de 2011.
63. Os programas considerados prioritários de saúde, onde se incluía a saúde mental, foram alvo de atualização⁶, tendo sido publicadas novas versões da RRH de Psiquiatria e Saúde mental e da RRH de Psiquiatria da Infância e Adolescência, tendo a primeira sido aprovada por despacho do Ministro da Saúde de 23 de

⁴ Que veio revogar as Portarias n.ºs 82/2014, de 10 de abril e 123-A/2014, de 19 de junho.

⁵A primeira Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Psiquiatria e Saúde Mental foi publicada em 2001. Em 2004, tornou-se necessário proceder a uma revisão e atualização da mesma, “tendo sido retirado do próprio título, “a expressão “hospitalar”, dado não se esgotarem nesta vertente os cuidados prestados às populações, estando incluídas igualmente as componentes dos cuidados de saúde primários e os cuidados comunitários.” (cfr. Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004).

⁶ A Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho, estabeleceu os critérios de criação e revisão das Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência (RNEHR), bem como as áreas que estas devem abranger, assim e em cumprimento do Despacho n.º 10871/2014, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foi criado um grupo de trabalho para a elaboração ou revisão das RNEHR, onde estava incluída a área de Saúde Mental e Psiquiatria.

novembro de 2015⁷ e a segunda publicada e aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde a 9 de outubro de 2018.

III. Do estudo sobre o acesso a serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários

64. A ERS, ao abrigo das atribuições e incumbências estabelecidas no n.º 3 do artigo 5.º dos seus Estatutos, realizou um estudo com o intuito de analisar o nível de acesso pelas populações a serviços de saúde mental, com foco na atividade de rastreio precoce nos cuidados de saúde primários do SNS e referência para os estabelecimentos hospitalares.
65. Uma das conclusões do estudo prende-se, desde logo, com a escassez de recursos humanos nos cuidados de saúde primários, tendo-se verificado que a situação atual, em todas as regiões de saúde, quanto ao número de psicólogos por habitantes está muito aquém do rácio de um psicólogo por 5.000 habitantes definido na Resolução da Assembleia da República n.º 158/2021, de 6 de maio.
66. No que respeita à referência dos utentes dos cuidados de saúde primários para hospitais do SNS, constatou-se que a pandemia teve impacto na prestação deste tipo de cuidados de saúde, na medida em que o número de utentes referenciados para os cuidados hospitalares diminuiu, em Portugal continental, em mais de 30% entre 2019 e 2020.
67. Contatou-se igualmente, que a versão mais recente da RRH de Psiquiatria e Saúde Mental, estabelecida pela “Proposta de Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental”, aprovada por despacho do Ministro da Saúde de 23 de novembro de 2015, não se encontra disponível no *website* da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) nem no Portal do SNS⁸, na sua versão completa, carecendo do anexo relativo à arquitetura da rede, o que dificulta o seu conhecimento e efetiva implementação e poderá comprometer a existência de sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovam a satisfação das necessidades em saúde mental.

⁷ De referir, quanto à RRH de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos, que apenas se encontra disponível uma proposta de Rede, aprovada por despacho do Ministro da Saúde de 23 de novembro de 2015, da qual não consta o anexo relativo à arquitetura da mesma.

⁸ <https://www.sns.gov.pt/sns/redes-de-referenciacao-hospitalar/>

68. Neste sentido, em 24 de maio de 2021, a ERS enviou um ofício à ACSS a solicitar o envio do documento completo e atualizado relativo à referida proposta de rede, aprovada por despacho do Ministro da Saúde de 23 de novembro de 2015. Em resposta, a ACSS informou que “[...] *após consulta aos [seus] arquivos e contactos posteriores com o gabinete de apoio dos gabinetes ministeriais, que o original do documento onde foi exarado o Despacho do Ministério da Saúde não apresentava os Anexos I e II – [...] [relativos à] [...] definição da Rede [...]*”.
69. No que respeita ao nível de acesso, a análise efetuada indica que o número de consultas de psicologia ou consultas no âmbito de cuidados de saúde mental diminuiu entre 2019 e 2020. No sentido inverso, verificou-se que os diagnósticos de depressão/ansiedade de adultos e de crianças aumentaram no mesmo período o que, aliado à redução do número de consultas de psicologia e de saúde mental realizadas, indicia uma deterioração do acesso da população a cuidados de saúde adequados, na área da saúde mental.
70. Uma das principais conclusões do estudo destaca a necessidade de se promoverem melhorias no acesso aos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários, promovendo-se a prevenção precoce, com o intuito de reduzir a prevalência de problemas de saúde mental, designadamente pelo reforço de recursos na área da psiquiatria e psicologia nos cuidados de saúde primários. Adicionalmente, as melhorias no acesso na área da saúde mental dependerão, igualmente, do reforço da articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares na área de saúde mental, para minimizar, tanto quanto possível, o agravamento da doença.
71. Assim, resulta do estudo ser necessária uma clara definição de normas e orientações formais sobre a organização e funcionamento a observar pelas unidades de cuidados de saúde primários, que permitam a convergência na atuação de Agrupamentos de Centros de Saúde localizados nas diferentes regiões de saúde, como já identificado no estudo da ERS de 2015, afigurando-se, como vimos, essencial a divulgação e implementação da versão integral da Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental.
72. Por outro lado, verificou-se a necessidade de adequação dos sistemas informáticos e uniformização dos procedimentos instituídos para garantia de registo, extração e controlo dos dados sobre cuidados de saúde mental pelos Agrupamentos de Centros de Saúde, por ter sido identificada uma falta de

sistematização da informação necessária ao efetivo acompanhamento deste tipo de cuidados nas unidades de cuidados de saúde primários.

IV. AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

A presente recomendação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de recomendação da ERS, a Direção Executiva do SNS, a Administração Central do Sistema de Saúde e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

Decorrido o prazo legal concedido para o efeito, os interessados não se pronunciaram sobre o teor do projeto de recomendação da ERS, pelo que este deve ser integralmente mantido.

V. RECOMENDAÇÃO

Considerando as atribuições e incumbências da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), tal como definidas nos n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, **recomendar à Direção Executiva do SNS (DE-SNS) que adote as medidas adequadas no sentido de:**

- (i) Garantir a publicação da versão final completa do documento “*Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental*”, aprovado por despacho do Ministro da Saúde de 23 de novembro de 2015;
- (ii) Proceder à divulgação do documento referido em (i) junto dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, garantindo a sua implementação e promovendo a efetiva articulação entre os níveis de cuidados na área da saúde mental.

Paralelamente, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nos n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º e nas alíneas a) e b) do artigo 19.º

dos seus Estatutos, **recomendar à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), à Direção Executiva do SNS e aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) a adoção de medidas adequadas no sentido de:**

- (i) Garantir a adequação dos sistemas informáticos e a uniformização dos procedimentos adotados pelas unidades de cuidados de saúde primários para registo, extração e controlo dos dados sobre cuidados de saúde mental pelos Agrupamentos de Centros de Saúde.