

# **Desinstitucionalização do doente mental**

*Orlando dos Anjos Bragança*

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de  
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Educação Social**

**Orientado por**

**Dr<sup>a</sup> Carla Isabel Pedroso de Lima da Conceição**

**Bragança**

**2013**



## **Agradecimentos**

Ao longo de todo o tempo em que desenvolvi este trabalho de investigação, muitos foram aqueles que me apoiaram e me estimularam com palavras de incentivo na persecução do objectivo a que me propus.

O meu primeiro agradecimento penhorado vai para a Dr<sup>a</sup> Carla Lima minha orientadora, pelo apoio e a confiança depositada, pela disponibilidade e incansável solicitude que sempre me dispensou nas incontáveis horas passadas em inúmeras reuniões.

O interesse, a exigência e o rigor com que acompanhou esta dissertação, aliado ao saber e às preciosas sugestões de reflexão e pesquisa, muito contribuíram para a realização e conclusão deste trabalho.

À minha família, pela paciência demonstrada antes, durante e depois e mais recentemente, a dois novos membros da família que persistiram em fazer parte integrante deste modesto trabalho.

São eles, Íris e Tomás, o bem mais precioso, estes netos celestiais.

A todos, sem excepção, aqui deixo público o meu profundo testemunho de agradecimento.

Bem-hajam.

## **Resumo**

O presente trabalho de dissertação de mestrado objectiva realizar uma reflexão sobre a “desinstitucionalização do doente mental através do acolhimento na família”. Esta temática surgiu-nos na sequência do Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), que visa a promoção e reabilitação psicossocial do doente mental.

O caminho metodológico percorrido foi o de, primeiro, privilegiar uma dimensão de revisão bibliográfica quanto à temática da desinstitucionalização e, segundo, realizar um estudo empírico com o objectivo de compreender exploratoriamente a problemática do ponto de vista dos seus intervenientes directos, para o que procedemos à realização de entrevistas semi-estruturadas a cuidadores formais e informais e a indivíduos institucionalizados e não institucionalizados, de forma a recolhermos as suas percepções sobre a problemática e, através do cruzamento dos dados obtidos, chegarmos a um novo entendimento e perspectivas do mesmo.

Reconhecemos a necessidade de analisar a desinstitucionalização para que a emancipação do portador de doença mental possa ser entendida e o conseqüente acolhimento na família seja uma realidade. Também consideramos que o educador social poderá ter aí um papel importante, podendo potencializar os indivíduos (sejam os doentes ou os cuidadores ou mesmo a comunidade) no sentido de facilitar e permitir a desinstitucionalização.

**Palavras-chave:** desinstitucionalização, saúde mental, doença mental, acolhimento na família.

## **Abstract**

This master dissertation aims an objective reflection on the subject of “deinstitutionalization of the mental ill on through family response”. This issue arises on us in the sequence of the Portuguese National Mental Health Program (2007-2016) launch, which seeks the psychosocial promotion and rehabilitation of the mentally ill.

The methodological path we take throw was of, first, making a theoretical review on the subject of deinstitutionalization. Second, apply an empiric study with the purpose of an exploratory understanding of the problem, on the point of view of its direct actors. In order to that, we carry out semi-structured interviews to formal and informal caregivers and also to institutionalized and deinstitutionalized individuals, in order to collect data of their own view of the problem and, throw data crossing, achieve a new understanding and perspective of it.

We recognize the need of analyzing the deinstitutionalization in order to the mentally ill patient’s emancipation can be understood and the consequent welcoming in the family became a reality. We also consider that the social educator can have there an important role, being able to empower the individuals (being those the patients or the caregivers, or even the community) in the sense of making easier and allowing the deinstitutionalization.

**Keywords:** deinstitutionalization, mental health, mental illness, the host family.

# Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract .....	v
Índice .....	vi
Índice de Figuras .....	ix
Índice de Tabelas .....	ix
Lista de abreviaturas .....	x
Introdução .....	1
Capítulo I – Enquadramento teórico .....	4
1. Doença mental .....	4
1.1. Saúde e doença mental/perspectivas .....	4
1.2. Políticas em saúde mental .....	6
1.3. As emoções no doente mental .....	6
2. Modelos e princípios éticos do educador social .....	7
3. Integração social do doente mental: institucionalizado ou desinstitucionalizado .....	9
3.1. Da institucionalização à desinstitucionalização .....	9
3.2. Os cuidados nas instituições de longa permanência .....	11
3.3. A desinstitucionalização .....	11
3.3.1. A definição de desinstitucionalização .....	12
3.3.2. A institucionalização .....	14
3.3.3. Vantagens e desvantagens da desinstitucionalização .....	15
3.3.4. Cuidadores .....	15
3.4. A reestruturação psiquiátrica e comunitária .....	16
3.5. Reabilitação psicossocial e desinstitucionalização dos doentes mentais graves .....	18
3.6. Desinstitucionalização/acolhimento em família .....	18
3.7. Hospitais psiquiátricos .....	20
4. Estratégias de desinstitucionalização .....	23
4.1. Acolhimento familiar .....	23
4.2. Problemas no acolhimento .....	25
4.3. A situação actual .....	25

4.4. As preferências dos doentes .....	26
4.5. Exemplos nacionais e internacionais de práticas para a desinstitucionalização .....	27
4.5.1. O caso hospital de Magalhães Lemos .....	27
4.5.2 A Reabilitação Psicossocial no Hospital de Magalhães Lemos ...	28
4.5.3. Movimento de desinstitucionalização no Brasil .....	29
4.5.4. O processo de desinstitucionalização no Brasil .....	30
4.5.5. A desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil .....	33
4.5.6. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Reino Unido .....	34
4.6. A desinstitucionalização e as alternativas habitacionais .....	34
4.7. Alternativas habitacionais para doentes mentais .....	36
4.8. Intervenção social .....	37
4.9. Intervenção sócioeducativa .....	39
4.10. Redes de apoio formal/informal .....	39
4.11. Paradigmas educacionais na desinstitucionalização .....	40
4.12. Projectos em curso como experiência piloto de desinstitucionalização .....	40
<b>Capítulo II – Estudo Empírico – A perspectiva dos cuidadores</b>	
(formais e informais) e dos doentes face à desinstitucionalização .....	43
1. Enquadramento metodológico .....	43
1.1. Objectivo do estudo/apresentação do problema .....	43
1.2. Objectivos .....	43
1.3. Metodologia .....	44
1.3.1. Tipo de estudo .....	44
1.3.2. Participantes .....	45
1.3.3. Instrumento de recolha de dados e procedimentos para a recolha de dados .....	46
1.3.4. Considerações éticas e deontológicas .....	50
2. Apresentação dos resultados por categorias de análise .....	50
2.1. Doentes .....	50
2.2. Percepção da doença .....	52
2.3. Autonomia na vida diária .....	53
2.4. Auto-estima .....	55

2.5. Relações interpessoais .....	57
2.6. Cuidadores .....	59
3. Conclusão/Reflexão .....	62
Considerações Finais .....	66
Referências Bibliográficas .....	71
Anexos .....	79
Anexo I - Pedido Formal de autorização para a realização de entrevista .....	80
Anexo II - Consentimento informado, Autorização para a realização de entrevista, Declaração do Orientador .....	83
Anexo III - Guião da entrevista .....	85
Anexo IV - Transcrição das entrevistas EI .....	91
Anexo V - Transcrição das entrevistas ED .....	97
Anexo VI - Transcrição das entrevistas ECF .....	103
Anexo VII - Transcrição das entrevistas ECI .....	107
Anexo VIII - Transcrição das entrevistas ECFI .....	111
Anexo IX - 1º Quadro – Vantagens e desvantagens da desinstitucionalização do doente mental, tendo em consideração a literatura .....	115
Anexo X - 2º Quadro – Vantagens e desvantagens da desinstitucionalização do doente mental, na óptica do cuidador formal .....	117
Anexo XI - 3º Quadro – Vantagens e desvantagens da desinstitucionalização do doente mental, na óptica do cuidador informal .....	119
Anexo XII - Quadro – Categorização dos dados das entrevistas realizadas aos doentes institucionalizados e não institucionalizados .....	121
Anexo XIII – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 .....	124

## Índice de Figuras

Figura 1. Esquema de categorias das entrevistas .....	49
Figura 2. Distribuição dos participantes segundo o género .....	51
Figura 3. Distribuição dos participantes segundo a escolaridade .....	52
Figura 4. Distribuição dos participantes tendo em conta a dificuldade em dormir .....	54
Figura 5. Distribuição dos participantes tendo em conta a dificuldade em fazer a higiene pessoal .....	54
Figura 6. Distribuição dos participantes tendo em conta a existência de dificuldades de mobilidade .....	55
Figura 7. Distribuição dos participantes tendo em conta os banhos semanais ....	56
Figura 8. Distribuição dos participantes tendo em conta a necessidade de ajuda para tomar banho .....	56
Figura 9. Distribuição dos participantes de acordo com o número de refeições diárias .....	57
Figura 10. Distribuição dos participantes de acordo com quem convive .....	57
Figura 11. Distribuição dos participantes sobre o que gostaria de fazer .....	58
Figura 12. Distribuição dos participantes sobre o local onde gostariam de estar .....	59

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Idade e tempo a que está doente .....	51
Tabela 2. Distribuição dos participantes de acordo com a doença e respectivos sinais da doença .....	53

## **Lista de abreviaturas**

- (AESyLEM) - Associação de Empresas Sociais de Castilla y León
- (APA) - American Psychological Association
- (AVD) - Actividades da Vida Diária
- (CAPS) - Centros de Atenção Psicossocial
- (CCSM) - Centros Comunitários de Saúde Mental
- (CES-UC) - Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra
- (ULSN) - Unidade Local de Saúde Nordeste
- (CHZ) - Complexo Hospitalar de Zamora
- (CMHC) - Community Mental Health Centers
- (DIRPE) - Diploma de Integração da Investigação na Prática Educativa
- (DSM IV) - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- (ECF) Entrevista Cuidador Formal
- (ECI) Entrevista Cuidador Informal
- (ED) Entrevista Desinstitucionalizado
- (EI) Entrevista Institucionalizado
- (HML) - Hospital de Magalhães Lemos
- (NAPS) - Nucleo Psicossocial
- (OMS) - Organização Mundial da Saúde
- (PSE) - Present State Examination
- (PSF) - Programa de Saúde da Família
- (SBS) - Social Behaviour Scale
- (SNS) - Social Network Scale
- (TAPS) - Team for Assessment of Psychiatric Services
- (UDEP) - Unidade de Doentes de Evolução Prolongada
- (UPGs) - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
- (UVA) - Unidade de Vida Autónoma

## **Introdução**

A criação em 2006 da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental deu origem à publicação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 que visa, entre outros objectivos, “promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias” (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, de 6 de Março, p.1395).

Neste momento, o panorama nacional e internacional inclina-se para a manutenção do doente em contexto familiar. Isto implica, necessariamente, que se aprofundem conhecimentos científicos sobre as vantagens e desvantagens do doente institucionalizado e do doente em contexto familiar.

Contudo, ainda se levantam questões sobre a praticabilidade da manutenção no âmbito familiar e das políticas, quer pela preparação e disponibilidade dos técnicos de saúde quer ainda pela interpretação e execução da lei de saúde mental.

A desinstitucionalização do doente mental em Portugal é, portanto, o que pretendemos investigar, como tema de análise. E, dentro disto, as expectativas, as estratégias, os anseios e os obstáculos que se deparam às famílias dos doentes mentais com internamentos de longa duração em hospitais psiquiátricos.

Assim, propomo-nos investigar através de uma metodologia exploratória, estas duas realidades (acolhimento institucional e acolhimento familiar), a fim de melhor as conhecer e iniciar o debate necessário sobre a questão. Para tal, não temos pretensão de fazer um estudo alargado e generalizável, porquanto partimos de uma metodologia transversal.

No nosso entender, o melhor caminho metodológico para o efeito será uma metodologia qualitativa pois permite ao investigador uma análise mais rica e profunda da realidade em estudo, assim uma observação inicial destas premissas, investigação, recolha dos discursos e perspectivas dos seus participantes foram benéficas para a elaboração deste trabalho.

Por conseguinte, com este trabalho pretende-se analisar teórico-cientificamente a seguinte pergunta de partida:

**Quais as vantagens e desvantagens que doentes mentais e respectivos cuidadores identificam em relação à desinstitucionalização?**

1 - Existirão diferenças entre as percepções dos doentes institucionalizados e doentes não institucionalizados?

2 - Existirão diferenças entre as percepções dos cuidadores formais e dos cuidadores informais?

3 - Existe diferença entre as conclusões que se retiram da teoria e da prática?

4 - Em relação à execução, tanto cuidador como doentes apontam que seria um processo de implementação fácil ou antevêem dificuldades?

Actualmente, a noção de saúde mais utilizada é a da OMS (1946, p.1), que já não define a saúde como a “ausência de doença” mas sim como um completo estado positivo de bem-estar físico, mental e social.

Porém, dadas as grandes modificações que se têm feito na vida no seu conjunto, esta concepção é também debatida na medida em que a saúde é um processo dinâmico, sendo assim “(...) ultrapassa de longe o domínio da medicina e faz cada vez mais apelo aos comportamentos individuais, familiares e sociais, englobando, nas suas ambições utópicas, todo o humano e as suas aspirações mais profundas” Leandro (2001) citado por Henriques (2008, p. 3).

Nesta panorâmica, a saúde tornou-se numa vertente da vida humana que abrange todas as dimensões que a compõem. Não é por acaso que as pessoas que têm condições de vida precária em geral, são mais atingidas pela doença mental e têm uma longevidade inferior às outras, Drulhe (1996) citado por Cruz (2009, p. 24).

O tema escolhido para esta investigação veio no encadeamento de várias vivências, tanto profissionais como pessoais, que originaram algumas interpelações, carências e utilidade em compreender neste mundo tão particular, os doentes mentais, todavia, tão dissemelhante. Estando a frequentar um mestrado em educação social, pareceu-nos pertinente analisar esta problemática para assim percebermos o espaço que um educador social poderá vir a ocupar no processo de desinstitucionalização.

O educador social sendo uma nova figura profissional, é um agente de mudança social mediador socioeducativo da relação com o outro, que utiliza planos de intervenção educativa e que tem um papel importante na inserção e na inclusão do doente mental.

As doenças mentais afectam cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo, em 2020 esta será uma das principais causas de invalidez nos países desenvolvidos. Portugal não é excepção, Organização Mundial de Saúde (2001).

No final do presente trabalho, ora apresentado, iremos concluir com uma reflexão global que pretende lançar novas linhas orientadoras de estudo e incluir no debate científico as conclusões sobre as perspectivas dos indivíduos participantes, recolhidas e analisadas.

Este trabalho foi constituído em dois capítulos. No primeiro, o enquadramento teórico e, no segundo, o estudo empírico.

O primeiro capítulo foi subdividido em três segmentos:

- doença mental;
- saúde e doença mental/perspectivas;
- tendências e políticas em saúde mental.

No segundo capítulo, expomos as fases e etapas do processo de pesquisa, acrescentamos o caminho que a investigação percorreu durante o seu desenvolvimento.

A Desinstitucionalização está marcada por um processo de reinserção comunitária; é referenciada como o ponto de partida do nosso trabalho; tem sido sobrevalorizada na produção de doentes psiquiátricos, havendo a certeza de que não há uma relação directa entre os dois fenómenos, desinstitucionalização psiquiátrica dos doentes e cuidados sociais de saúde. A verdadeira desinstitucionalização pode ser um processo funcional e crítico que guia instituições e serviços, forças e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão distinto tema, Rotelli (1990, p. 2)

Apresentamos e analisamos os dados onde se discutem os resultados. Não se pretende fazer generalizações com este estudo.

De seguida, fazemos uma reflexão crítica do nosso trabalho, pretendendo descrever as linhas de investigação que abram portas para futuros trabalhos.

Eugéne Ionesco (1962, p. 197), dramaturgo romeno refere que “Devemos escrever para nós mesmos; é assim que poderemos chegar aos outros”, foi com base nestas palavras, que tentámos delinear esta dissertação. Para nós não é possível ler, reflectir ou pesquisar sobre um assunto que nada tenha a ver connosco ou por algo que não tenhamos passado ou vivido.

Na nossa óptica, o entendimento sobre determinado fenómeno só é pleno se nos colocarmos no lugar do outro e naturalmente nos colocarmos em causa. Portanto, esta dissertação será sempre parte da nossa história de vida, foi com ela que aprendemos, vivemos e principalmente permitiu-nos entrar no mundo de outras pessoas, que são tão iguais a qualquer um de nós.

## Capítulo I – Enquadramento teórico

### 1. Doença mental

#### 1.1. Saúde e doença mental/perspectivas

Os conceitos de saúde e doença mental são controversos. Durante muito tempo, a sua compreensão limitou-se ao indivíduo doente. No início do século XX foram introduzidos novos elementos, nomeadamente as relações do doente criança com a mãe como determinantes na construção da personalidade. Contudo, não eram consideradas as relações do doente com o seu meio familiar actual, Alves (2001).

Desde meados do século XX que a saúde se constitui, definitivamente, como um conceito específico e como objecto de investigação e intervenção independente das doenças. A saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1948), citada por Ribeiro (2007, p. 73), define-se como «estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença ou de incapacidade».

A doença mental, «é um sofrimento humano concreto e imenso. Pode-se manifestar em níveis distintos de gravidade, no desenvolvimento das suas capacidades e na relação com o seu círculo envolvente», Basteiro et al. (2003, p. 38).

Fonseca (1997) citado por Gonçalves (2008, p. 5) considera que o diagnóstico de doença mental só pode ser definido a partir de um certo número de indicadores tanto de carácter individual como de carácter colectivo, indicadores que nos permitem graduar, entre as categorias de “doença” e de “saúde”, as diversas formas (normais, desviadas e patológicas) do comportamento humano.

Existe muito pouco consenso sobre o modo de funcionamento adequado dos sistemas da cognição, da percepção, raciocínio, etc., o que faz com que as fronteiras entre um desempenho eficaz e capaz dessas funções e um desempenho disfuncional sejam menos claras. A definição primária de doença física assenta essencialmente em disfunções no corpo, apesar de poder ser relacionada com factores sociais e culturais. Já a doença mental depende não apenas da disfunção mas simultaneamente da consideração da desadequação social e cultural nela implicados. Esta natureza contextual das doenças mentais faz com que a sua definição nunca se aproxime da natureza da grande parte das doenças físicas, Horwitz e Scheid (1999) citado por Neto (2012).

O facto de qualquer rótulo de doença mental implicar simultaneamente a necessidade de um reconhecimento oscila entre uma atitude cultural e/ou de uma disfunção de acordo com as normas e regras dos contextos espaço/temporais particulares, não implicando que não haja a possibilidade de uma definição universal de doença mental. Como refere Horwitz (2002, p. 26), «que os comportamentos específicos chamados de doença mental em culturas diferentes variem, não significa que a definição de doença mental esteja presa a uma cultura. O significado de doença mental como uma disfunção psicológica socialmente desadequada é universal; são comportamentos particulares aos quais esta definição se aplica que são delimitados pela cultura».

Ou seja, todas as sociedades têm uma categoria de doença mental ou loucura para designar comportamentos que fogem à regra, mas o conteúdo do que é essa perturbação mental é que pode variar de cultura para cultura. Os juízos sociais sobre a doença mental começam nas exposições. “A doença mental não se limita a um dos extremos do espectro de racionalidade. Ela reside frequentemente num comportamento cujo sentido imediato é perfeitamente evidente, mas que apesar disso é considerado «perverso», «irrealista», «despropositado», etc., trata-se de juízos que ocupam uma espécie de território interior entre a razão e a moralidade”, Ingleby (1982, p. 100).

Os médicos psiquiatras encaravam que era impossível definir doença mental no mesmo sentido que a doença física, na perspectiva de que a sua concepção tem incluído um juízo moral. Colocavam a explicação da loucura no seio da sociedade. Assim, “se é a sociedade que produz e define a doença mental e se esta é o resultado das condições degradantes de vida, de deterioração dos laços sociais, etc., então a sociedade é que está doente, não os indivíduos” Alves (2001, p. 28).

A Psiquiatria surge como uma ciência reparadora, com a função de observar e castigar os loucos e o médico surge no acolhimento como forma de justificar a exclusão social do doente mental. Com esta medida, pretendia-se combater a loucura através da ética, inculcando valores morais e sociais. Com a introdução da Psiquiatria como disciplina médica, rapidamente se percebeu que para melhor tratar os doentes mentais, era necessário conhecê-los. Desta forma, os loucos tornaram-se doentes objecto de conhecimento. Alves (2001) citado por Sousa (2008, p. 8).

## **1.2. Políticas em saúde mental**

Em saúde mental, muitas vezes em condições de pobreza extrema, privada de habitação condigna, com carências económicas, educacionais, sanitárias, de espaços de lazer e conforto que lhe permitam levar uma vida dignificante junto da família e na presença de alguém que, necessitando de ajuda e de cuidado, não é ouvido nas suas angústias, necessidades e problemas, restando-lhe apenas o caminho de tentar internar de novo o seu familiar. Predominando a imagem de “louco”, perigoso para a sociedade, o estigma e a rejeição impedem essa reinserção, contribuindo mais ainda para o isolamento e para o defraudar das expectativas da família, também ela sujeita ao rótulo social, pois é sinalizada como cuidadora e responsável daquele doente. Mais do que conviver com o doente, a família tem de conviver com a marca social da doença. O retorno ao domicílio é feito para conviver com os seus familiares e que se esta família não estiver preparada e acompanhada no seu relacionamento, o reinternamento torna-se uma realidade imediata, face à insustentabilidade da relação. Os cuidadores precisam de apoio constante de outros familiares e/ou técnicos, Waidman & Gusmão (2001).

Face a estas novas realidades, urgia definir uma nova norma, construída com pessoas diferentes, mas que excluísse aqueles que não eram considerados por todos uma força da dominância com critérios que identificam a diferença, na marca da exclusão, onde os pobres, os improdutivos e portadores de necessidades especiais eram excluídos desta nova ordem global. Face ao ideal comunitário, o preço a pagar pelo comunitarismo, implica a exclusão daqueles que eram aptos para compor a sociedade, Larrosa & Skliar (2001); Bauman (2003).

Nas condições actuais, é impossível fechar-se ao outro, manter distante a sua identidade, a sua cultura e a sua carga de atributos negativos. Face à modernidade, as instituições que estavam encarregues de (re) habilitar, regular e de controlar já não conseguem exercer essas funções. Para a sociedade, ao levantar os muros, priva a liberdade; ao deixar os outros soltos do lado de fora instaura apreensão e insegurança na medida que a mesma almeja a ordem, a estabilidade e a previsibilidade, Bauman (2003).

## **1.3. As emoções no doente mental**

A American Psychiatric Association (APA, 1980) citada por Teixeira (2010, p. 4) define saúde mental como o “...sucesso simultâneo no trabalho, amor e criação, com capacidade de resolução madura e flexível de conflitos entre instintos, consciência, outras pessoas importantes e a realidade.” Por outro lado, Robinson (1983) afirma que

saúde mental é “...um estado dinâmico em que se demonstra pensamentos, sentimentos e comportamentos que são apropriados para a idade e congruentes com as normas locais e culturais.”

É difícil definir um conceito universal de doença mental, devido aos agentes culturais que imprimem esta descrição. Alguns factores contribuem para a compreensão de doença mental dos sujeitos além das raízes culturais, Horwitz (1982).

Variadas teorias tentaram definir a noção de saúde mental. Muitas dessas noções giram com diversos aspectos do funcionamento individual, que enfatizava a motivação de um indivíduo na contínua busca da realização pessoal, Maslow (1970).

Maslow (1970) descreveu ainda a realização pessoal como sendo “psicologicamente sadio, integralmente humano, muito evoluído e plenamente maduro”. Este autor considerava que os indivíduos “sadios”, ou “realizados”, possuíam particularidades tais como:

- 1 – um entendimento ajustado da verdade;
- 2 – competência de aceitar-se, aos outros e à natureza humana.

A população portuguesa, neste início de século é bem diferente daquilo que foi há poucas décadas, em suma envelheceu. Nos últimos trinta anos duplicou o número de pessoas com mais de 65 anos, a chamada terceira idade, o que, por sua vez, traz consigo maior fragilidade e, por consequência, mais doença, tanto física como psíquica: a doença mental transporta frequentemente consigo a má alimentação, deficiente higiene e exposição a factores de risco responsáveis por deterioração do estado geral.

A parte racional e a parte emocional do cérebro formam um todo indivisível, no qual as sensações são importantes para o pensamento assim como os pensamentos são importantes para as emoções. O pensar e o sentir estão intimamente alinhados, às ideias, aos valores, aos princípios e aos entendimentos complicados, ficando a ideia autêntica de que a emoção humana é especial, Damásio (2000) citado por David (2010, p. 2).

## **2. Modelos e princípios éticos do educador social**

O educador social é um agente com uma identidade profissional ainda em construção, o seu reconhecimento público é um direito profissional apesar de isso ser muito difícil pois o educador irá intervir em instituições com vários profissionais do campo social. Muitas vezes, as suas competências e funções são idênticas, às de outros técnicos, visando esse já um reconhecimento público, quando também não se encontram

totalmente definidas as competências e funções de uns e acabam as dos outros, Baptista (2004) citado por Casteleiro (2008, p. 10)

Os educadores sociais sentem-se desvalorizados com frequência graças às outras profissões que os fazem sentir meros construtores de serviços. Mas como em todas as profissões, o educador social segue modelos e princípios que regulam a sua acção. Na última década existiram três modelos de acção do educador social: até 1965, o modelo tutelar; de 1965 até 1990, o modelo técnico; desde 1990, o modelo reflexivo.

Esta profissão necessita urgentemente de um enquadramento institucional, no que se refere à carreira e de um reconhecimento público que faça justiça à relevância da sua função social, Baptista (2004) citado por Casteleiro (2008, p. 11).

O trabalho do educador estabelece-se ao agir com as várias faixas etárias (crianças, jovens, adultos, idosos) e em diversos contextos sociais, culturais, educativos e económicos. Esta polivalência interventiva beneficia a profissão ao nível da empregabilidade, apesar de complicar a construção do conceito profissional facilmente delimitável, Baptista (2004) citado por Casteleiro (2008, p. 9).

Reamer (1997, p. 169), um professor da Escola de Trabalho Social da Universidade de Rhode Island, EUA, refere que “só alguns programas de educação em trabalho social exigem que os estudantes tirem um curso completo e distinto sobre ética em trabalho social”, afirma este autor em relação ao trabalho do educador social.

É possível observar a abundância de práticas profissionais acumuladas pelos profissionais da Educação Social, as quais constituem na realidade, a grande riqueza de uma profissão que tem no geral, conseguido obter a classificação de competente para o desempenho efectivo do seu trabalho.

O Educador Social, enquanto profissional, estabelece uma ligação de vizinhança que permite elogiar a importância de cada situação de forma própria, de modo a que cada indivíduo se sinta único e uno.

O Educador Social é um agente de mudança social que utiliza estratégias de intervenção educativa. Actua no combate à pobreza e na inclusão social, nas inaptações sociais e no bem-estar social, contribuindo ainda, para o desenvolvimento comunitário, para a construção de projectos de vida, envolvendo-se nas necessidades formativas da população em diversos contextos e desenvolve a adaptação social e laboral. Desempenha funções educativas, reeducativas, informativas, de orientação, de animação, de gestão, de desenvolvimento local, de desenho de projectos, de

intervenção, de mediação, entre outras, Baptista (2004) citado por Casteleiro (2008, p. 11).

Entre as competências (saber, saber fazer, saber estar e saber ser) o educador deve adquirir as capacidades de: análise, crítica e autocrítica; organização e planificação; comunicação; a resolução de problemas; adaptação a novas situações; relação com diversas áreas disciplinares; ética profissional; criatividade, rigor, compromisso, responsabilidade, solidariedade; liderança e gestão; iniciativa e espírito empreendedor, criando assim a ponte entre os doentes e a família, Baptista (2004) citado por Casteleiro (2008, p. 11).

O Educador Social surge nos dias de hoje para assim contribuir para a valorização do SER sobre o TER, permitindo caminharmos da “sociedade do espectáculo” para a “sociedade da integração”.

O principal agente dinamizador deve ser o Educador Social, profissional apto para ajudar a construir projectos de vida, que evitará a marginalização do ser humano.

O Educador Social dedica apoio à pessoa individualmente para alcançar e satisfazer os seus objectivos, bem como o exercício da cidadania. Isto implica o apoio às pessoas em desenvolvimento, para que estas possam expandir e solucionar os seus problemas individuais ou grupais e potencializar as habilidades de cada um, possibilitando com que o mesmo delibere por si mesmo.

Assim, é essencial capacitar o doente mental, para que este esteja apto para compreender e actuar dentro da sua comunidade, através das suas próprias perspectivas, conhecimentos e habilidades.

### **3. Integração social do doente mental: institucionalizado ou desinstitucionalizado**

#### **3.1. Da institucionalização à desinstitucionalização**

A institucionalização começa a ser vista como um grave problema, devido à separação dos doentes da sua família e da comunidade, à perda da individualidade e da identidade, à degradação das condições de vida, à ruptura dos laços familiares e sociais, à negligência e ao abandono e, por vezes, os maus-tratos físicos, apontam para o fenómeno de exclusão social questionavam-se as condições de vida dos doentes mentais, o agravamento dos seus quadros clínicos e a imputação aos médicos na manutenção dessa situação. Como consequência, no século XIX, surge nos EUA um movimento de desinstitucionalização que pretende melhorar as condições de vida dos doentes mentais, divulgar a terapia ocupacional e a psicoterapia institucional,

contestando os hospitais mentais como instituições totalitárias, Fazenda (2008) citado por Sousa (2008, p.10).

Assim, a desinstitucionalização no seu objectivo singular abrangeria três procedimentos importantes:

1 – a transferência dos doentes internados em hospitais psiquiátricos para instituições alternativas;

2 – o congelamento dos novos internamentos e o seu desvio para outras instituições;

3 – o desenvolvimento na comunidade de novos serviços, acessíveis e eficazes.

Nos EUA, a desinstitucionalização iniciou-se na década de 50 e só nos anos 80 começou a ganhar evidência o fenómeno da desinstitucionalização.

Num balanço de quatro décadas de desinstitucionalização, nos EUA, concluiu-se que, salvo algumas comunidades, de uma forma geral, os primeiros dois procedimentos progrediram muito mais depressa que o terceiro. Ou seja, deu-se uma radical restrição do número de internamentos nos hospitais psiquiátricos, assim como o congelamento das entradas com novos internamentos virtuais, pela criação de alternativas ajustadas e alcançáveis na comunidade, Bachrach (2000).

Leff (2000), refere que, no Reino Unido, nos anos 70 e 80, recorreu a unidades hoteleiras junto à costa para acomodar de forma acessível pacientes com internamentos prolongados. Todavia, as vantagens económicas eram claramente excedidas pela redução da qualidade do acompanhamento destas pessoas. O pessoal das pensões assegurava o provimento das refeições, sem formação, pondo a nu todas as carências de essência ocupacional e aprazível. “Além disso, vieram a público algumas situações em que, devido à ganância do lucro, os pacientes viviam em condições desumanas e recebiam uma alimentação inadequada”, Leff (2000).

Jencks (1995), indica que, de 1950 a 1975, o número de doentes internados nos hospitais psiquiátricos decaiu de 468 para 119 por cada 100 000 adultos, pelo que a política de desinstitucionalização actuou bastante bem. Muitos doentes jovens regressaram às famílias, doentes idosos foram integrados em lares e outros foram viver sozinhos.

A desinstitucionalização é definida por Bento e Barreto (2002) citado por Tavares (2010, p. 33) como “a substituição dos hospitais psiquiátricos para internamento prolongado por serviços alternativos de menor dimensão, menos isolados e com base na comunidade, para cuidar das pessoas com doença mental”.

“Entretanto nos EUA, um número considerável de pessoas mentalmente doentes com gravidade, não vivem inseridas na comunidade, mas presos ou sem-abrigo”, Tilman Steinert (2002).

### **3.2. Os cuidados nas instituições de longa permanência**

Os cuidados que anteriormente eram prestados no hospital, são agora concedidos em outros contextos, onde são incluídas as instituições de longa permanência e a residência do próprio doente, Abrass I. B., Kane R. L. & Ouslander J. G. (2005).

Algumas instituições de longa permanência têm estado a tentar aumentar a capacidade de prestação de assistência, melhorando as suas equipas de saúde, mas outras adoptaram o novo título sem modificar os métodos de trabalho. Por esta razão, a diferença entre os residentes de instituições de curta e longa permanência foi destacada. Alguns pacientes que residem em instituições, permanecem nelas para lhes serem prestados cuidados crónicos, enquanto outros permanecem apenas durante curtos períodos de tempo para recuperação e reabilitação, Abrass I. B., Kane R. L. & Ouslander J. G. (2005).

De referir que os serviços institucionais representam segundo a autora um recurso importante para os doentes mentais, mas é necessário evitar que, uma vez o doente institucionalizado, não passe por situações, tais como:

A despersonalização (pouca privacidade);

A desinserção familiar e comunitária;

O tratamento massificado;

A vida monótona e rotineira que trata todos os doentes de igual forma.

Considera-se portanto que a institucionalização tem riscos e perigos que podem causar danos graves à auto-estima e integração do doente mental na sociedade.

### **3.3. A desinstitucionalização**

Em 1963 é promulgada a Lei dos Centros de Saúde Mental nos Estados Unidos. Segundo esta lei, estes Centros deveriam oferecer um conjunto de serviços, que iam desde a hospitalização, acompanhamento pós-alta, hospital de dia, serviços de auxílio na crise, serviços de reabilitação, lares de transição, consultoria, e precaução através de acções educativas, Ornelas (1996) citado por Maria (2000, p. 182).

Porém, esta política de desinstitucionalização não ficou excluída de críticas, pois os profissionais e o público, que até então dirigiam as suas apreciações para as

condições pouco humanizadas em que funcionavam as instituições psiquiátricas, reorientaram as suas críticas para os problemas levantados por esta política.

A desinstitucionalização só pode ser bem sucedida se os doentes descobrirem na colectividade recursos razoavelmente organizados que promovam um suporte e uma orientação, sendo necessário investir em organizações na sociedade, pelo que é essencial apagar a ideia de que a desinstitucionalização sai mais barata, Lamb (1984) citado por Tavares (2010, p. 33).

A linguagem da desinstitucionalização, nascida dos projectos de psiquiatria preventiva e comunitária, produz uma crítica ao sistema psiquiátrico centralizado na assistência hospitalar, no entanto, não questiona a natureza do saber psiquiátrico. Tais experiências continuam a validar o paradigma tradicional da psiquiatria, atestando a validade dos seus princípios, ao apoiar-se no pressuposto de que a Reforma implicaria apenas a correcta aplicação do saber, bem como das técnicas psiquiátricas, Amarante (1996) citado por Oliveira (2007, p.5).

### **3.3.1. A definição de desinstitucionalização**

A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico direccionado para a reedificação dos doentes mentais, quando estes doentes têm um longo tempo de internamento e que, após uma avaliação cuidada, feita por técnicos especializados, que verificam as melhoras significativas dos doentes, na sua transposição para a sociedade, o que implica alterar modos de pensar, de sentir e de estar. A princípio, a desinstitucionalização buscava defender e promover o regresso à comunidade dos doentes mentais, cuja institucionalização já não tivesse mais carácter terapêutico, Amarante (1996) citado por Oliveira (2007, p.5).

A rede nacional de cuidados integrados, aponta no sentido de abrir unidades de reabilitação, que hoje, são raras, embora a lei que determina a desinstitucionalização aborde a saúde mental na comunidade como uma prioridade e realce a urgência da manutenção dos doentes nas suas residências ou comunidades residenciais, no sentido de integrar o doente na sociedade, promover a sua autonomia e prepará-los para a integração no mercado de trabalho, Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016).

Em 1984, começou por haver uma ligação da saúde mental aos cuidados de saúde primários. Para isso, foram criados alguns centros de saúde, com valências de saúde mental em vários distritos do país. O exemplo da composição das equipas nos serviços de saúde mental, permanece na sua grande maioria centrado no médico e nas

intervenções intra-hospitalares. A participação de outros profissionais tais como: os psicólogos, os enfermeiros, educadores sociais, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, tem vindo a alargar-se aos poucos, mas continua longe daquilo que a experiência comprovou ser fundamental nas equipas actuais de saúde mental, citação do (decreto-lei n.º 74 de 1984).

Em 1995, houve nova reestruturação, que passava por internar os doentes agudos nos hospitais gerais criando condições de reabilitação e desinstitucionalização aos doentes de evolução prolongada, abrangendo os doentes mentais, as famílias e outras entidades da comunidade. No ano de 1998, foi legalmente promovida a criação de mecanismos sócio-ocupacionais e residenciais para actuar no âmbito da desinstitucionalização e da inserção comunitária, através da instalação de unidades de vida autónoma. Uma outra medida tomada no âmbito da desinstitucionalização foi a criação da figura de famílias de acolhimento e dos cuidadores informais. Em 1989 é de novo feita a tentativa de reforma dos serviços de saúde mental, assentado na descentralização e na deslocalização dos recursos e disposições do hospital psiquiátrico para a comunidade, Dias et al. (1995) citado por Alves (2004, p.60).

Há posições contrárias a estas ideologias. Porém, existem ainda situações muito especiais que tornam necessárias alternativas de internamento para aqueles sujeitos que apresentam uma alteração de comportamento agudo e que podem acarretar prejuízos não só para si próprios mas também para a sua família e para a sociedade em geral.

Para que a desinstitucionalização seja entendida e posta em prática em quantidade e qualidade suficientes, para atender a comunidade de doentes mentais existente é necessário que as premissas compreendidas no trabalho possam dar frutos pois, caso contrário, estaremos apenas a alterar a nomenclatura, e a dar continuidade aos mesmos vícios e propósitos de isolar, segregar, violentar e retirar os seus mais elementares direitos humanos e de cidadania.

Desinstitucionalizar é cuidar do doente e não da doença, para, a partir daí, as residências terapêuticas ganharem um novo sentido e a terapia deixar de constituir somente prescrição de medicamentos. Desinstitucionalização é compreendida pelas complexas formas de tratar o indivíduo na sua vida, é um comportamento ético, contrário ao estigma, à exclusão e à violência, é o caminho para a inclusão social do doente mental.

Ao longo da história construímos articulações possíveis de estudo visando incidir sobre o acompanhamento terapêutico uma atenção psicossocial como uma circunstância

de ajuda destinada às pessoas com alteração mental. Cremos que os doentes devem passar o dia na comunidade terapêutica, e, à noite, devem voltar para as suas residências habituais, para que exista verdadeiramente uma desinstitucionalização ou a procura desta.

Nicácio (2003, p. 93) refere “como desconstrução dos saberes, práticas, culturas e valores pautados na doença/periculosidade, a desinstitucionalização requer desmontar as respostas científica e institucional, romper a relação mecânica causa-efeito na análise de constituição da loucura, para desconstruir o problema, recompondo-o, re-contextualizando-o, re-complexificando-o.”

### **3.3.2. A institucionalização**

A institucionalização abrange um conjunto de tarefas, onde os doentes mentais estão sob um cuidado constante de vinte e quatro horas como no caso de sujeitos que se vêem impossibilitados de executar até as tarefas mais básicas do dia-a-dia, de cuidados particulares e que carecem de acompanhamento de profissionais de saúde permanentemente, para lidar com a evolução da doença.

O modelo de institucionalização e a funcionalidade é definido por variados domínios do cuidar: contexto; escolha do consumidor e serviço. O primeiro elemento salienta o contexto de vida e envolve o ordenamento do espaço privado versus o espaço dividido. O segundo componente abrange a qualidade do espaço abrangendo quem entra, onde se situa, o horário das tarefas de cuidar. Aqui o cuidador otimiza a escolha e a liberdade pessoal. A terceira componente agrega a qualidade e a disponibilidade de serviços.

A simbologia das barreiras em relação ao mundo exterior e por repressões muitas vezes abrangidas pelo âmbito físico por exemplo: portas fechadas, paredes altas desligadas da sociedade. A esta organização deu o nome de instituições totais, Goffman (1961, p.16).

“A institucionalização é o complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que através de um processo de regressão e restrição do EU, o induz a um vazio emocional” Basaglia, (2005, p. 259)

### **3.3.3. Vantagens e desvantagens da desinstitucionalização**

Como vantagens da desinstitucionalização podemos apontar a integração no agregado familiar, o aumento do envolvimento familiar na reabilitação do doente, o sentimento de valorização pessoal, o empenhamento nas actividades da família e da comunidade, o encorajamento para a auto-estima, o encorajamento para o auto cuidado, o aumento da socialização, implica a auto-responsabilização, participação de regras e valores sociais, estimulação para comportamentos adaptados e assertivos, facilita o treino de competências, facilita a aprendizagem, facilita a interacção sexual, facilita acções de intercâmbio e participação activa entre indivíduos e grupos.

Rotelli disserta sobre a Reforma Psiquiátrica Italiana, comentando que ela fez parte de um processo e questiona sobre o lugar das instituições na sociedade. A vida na comunidade dos ex-internados doentes mentais nos manicómios passou a privilegiar a qualidade de vida, produção de saúde e cidadania plena, Rotelli (1991, p. 120).

Como desvantagens podemos enunciar: que pode ser factor destabilizador do agregado familiar, o comprometimento do contrato terapêutico, o potencial para alteração do padrão normal do sono e repouso, o risco de desmotivação do auto cuidado, o risco para relações sociais disfuncionais, o risco para comportamentos desviantes, o potencial para comportamentos auto e etéreos agressivos, o potencial para crises, aumento dos sem-abrigo, o risco de recaída com necessidade de nova institucionalização.

### **3.3.4. Cuidadores**

#### **Cuidador formal**

Os cuidados de saúde são prestados em função dos profissionais que os prestam, e põe em prática as aptidões e competências específicas dos serviços de saúde mental. Geralmente, os cuidadores formais auferem remuneração financeira pelos serviços prestados, são profissionais de saúde que exercem formalmente uma profissão, que escolheram e para a qual tiveram preparação académica e profissional. Quando a circunstância é de voluntários de organizações, grupos ou de particulares, a remuneração não se verifica.

“Tudo o que existe e vive precisa de ser cuidado para continuar a existir. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. “Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana,

precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência”. Boff (1999, p. 21).

### **Cuidador informal**

Cuidadores informais baseiam-se no acompanhamento quase sempre realizado por familiares ou outras pessoas vizinhas, prestando assistência ao doente mental, auxiliando na promoção da sua qualidade de vida e nas actividades de vida diária (AVD): Auto cuidado, mobilidade, alimentação, higiene pessoal (banho, idas à casa de banho, controle de esfíncteres) vestir, despir, calçar.

“A qualidade de vida de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços económicos e sociais: emprego, renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade etc. É bom lembrar que o conceito de bem-estar, de qualidade de vida, varia de sociedade para sociedade de acordo com cada cultura”. Serra et al. (2006, p. 54).

Cuidadores informais são pessoas que cumprem esta tarefa num suporte informal, sem preparação profissional e sem qualquer tipo de remuneração, normalmente são as filhas que têm esta função. É uma manifestação de amor e de carinho por um membro da família, amigo ou tão-somente por um outro ser humano com carência.

Há situações graves de doença mental, onde poderá subsistir uma carência urgente de cuidados profissionais. A doença mental, quando instalada de forma crónica e evolutiva, pode suscitar situações onde é indispensável uma ingerência experimentada, para garantir os cuidados apropriados.

Em situações de agudização e agravamento de doença, de alteração do estado normal do idoso, estes cuidados devem ser garantidos, quer em meio hospitalar, quer no domicílio, pelo profissional de saúde. Cuidar é por natureza um acto intrínseco à condição humana uma vez que, à medida que vamos transpondo as fases do ciclo de vida, vamos também nós sendo alvo de cuidados. Esta acção de prestação de cuidados é uma experiência singular e original.

### **3.4. A reestruturação psiquiátrica na comunidade**

Esta política de desinstitucionalização gerou conteúdos especializados de acordo com as estratégias que foram providas para a prática das questões que envolvem as instituições psiquiátricas. As propostas alvejadas pelos Estados Unidos, França e

Inglaterra inocentaram a formação de serviços assistenciais na sociedade, transferindo os cuidados de saúde mental até então realizados no hospital psiquiátrico, Barros (1994) citado por Oliveira (2007, p.9).

Os métodos de desinstitucionalização provenientes dos melhoramentos de base preventivos e comunitários têm por objectivo diminuir o volume de camas e do tempo médio de estada hospitalar. Sendo assim, a desinstitucionalização poderá estar assegurada pela instalação de uma rede de vários serviços, onde a salubridade é uma tarefa para interceder no melhoramento das doenças psiquiátricas. A desinstitucionalização americana foi direccionada, principalmente, para objectivos administrativos, assente na redução de custos de protecção para erário público, Amarante (1996) citado por Oliveira (2007, p.9).

Visto de outro prisma, os italianos empenharam-se no questionário e no raciocínio do funcionamento dos hospitais psiquiátricos, criando condições para a sua desmistificação.

Para Rotelli, o tema da desconstrução do hospital psiquiátrico apontava no sentido de que:

[...] o sofrimento psíquico talvez não se anule, mas se se começa remover-lhe os motivos, mudam as formas e o peso com que este sofrimento entra no jogo da vida de uma pessoa. E igualmente, não se anula a necessidade desta pessoa de ser ajudada, isto é, precisamente tratada [...]. Isto significa, por exemplo, que não se dá um trabalho a um paciente psiquiátrico como um resultado e um reconhecimento do fato de que ele esteja melhor (um prêmio), nem como terapia, mas como uma condição preliminar para que possa estar melhor (um direito); e o ajudamos também a fazer e a viver o trabalho. Rotelli (1990, p.33).

Basaglia (1985) citado por Oliveira (2007, p.11) propõe-nos uma profunda transfiguração na forma de pensar em relação às pessoas apelidadas de “loucas”. A investigação da realidade hospitalar revelou que não existe terapia em conexões de disparidade recíproca entre os técnicos e os doentes internados e os seus familiares. Para tal, esse autor, atribuía urgência em criar um caminho próprio no método de cuidar.

Basaglia (1985) citado por Oliveira (2007, p.12) afirmava ainda que a construção de cidadania, a autonomia e a liberdade passam pela criação de projectos de vida, sem negar às relações de poder e à necessidade de agir, pondo fim à instituição psiquiátrica, como sendo um lugar de violência e de exclusão social. Nalguns trabalhos, enfatizou a necessidade de introduzir na cidade de Trieste (Itália) e reinscrever os problemas das

peças internadas na sua extensão vital para gerar novas instituições, transpondo-as da força.

Basaglia (1985, p. 115-116). “ (...) se a doença também está ligada, como na maioria dos casos, a fatores sócio-ambientais, a níveis de resistência de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências, a solução de um problema tão grave somente pode ser encontrada em uma posição sócio-econômica que permita ao mesmo tempo a reinserção gradual desses elementos que não sobreviveram ao esforço, que não conseguiram participar do jogo”.

### **3.5. Reabilitação psicossocial e desinstitucionalização dos doentes mentais graves**

A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas.

As respostas específicas dos cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental constituem um segmento especializado da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, regendo-se pelos princípios aí definidos, com as devidas adaptações a definir no diploma próprio previsto para a área da saúde mental.

De acordo com este diploma, a prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada por:

- unidades de convalescença;
- residências de treino de autonomia, residências de apoio máximo, residências de apoio moderado e residências autónomas;
- unidades Sócio-Ocupacionais;
- equipas de apoio domiciliário (Plano Nacional de Saúde Mental, 2007-2016 em anexo para consulta, **anexo XIII**).

### **3.6. Desinstitucionalização/acolhimento em família**

A desinstitucionalização propôs-se possibilitar aos indivíduos com perturbações mentais, cuidados de saúde na comunidade. Associado ao aparecimento desta política estão, entre outros factores, as condições deploráveis que se faziam sentir na grande maioria dos hospitais psiquiátricos. Coube então aos sistemas de saúde mental a

responsabilidade de criarem alternativas habitacionais para a transição dos utentes dos hospitais para a vida em comunidade. Desde o início deste processo que este se tem vindo a deparar com dificuldades, desde os poucos recursos ao dispor dos sistemas de saúde mental, à não satisfação dos utentes com as alternativas habitacionais que lhes eram propostas, várias têm sido as dificuldades encontradas, Davidson (1996) citado por Maria (2000, p. 181).

Em 1963, é promulgada nos Estados Unidos a Lei dos Centros de Saúde Mental. Segundo esta, estes Centros deveriam facultar um conjunto de serviços que iam desde o internamento, acompanhamento, pós-alta, hospital de dia, serviços de apoio na crise, serviços de reabilitação, lares de transição, consultoria, e prevenção através de acções educativas Altrocchi (1996) citado por Maria (2000, p. 182).

É também necessário que os doentes tenham não só uma voz na definição dos sistemas que visam satisfazer as suas necessidades como também sejam consultados em todos os assuntos relacionados com a política de saúde mental, Davidson et al. (1996) citado por Maria (2000, p. 188).

Geralmente, é atribuída à instituição psiquiátrica a “culpa” de ter adoptado a responsabilidade pela guarda dos “loucos”, isolando-os da comunidade. Presentemente, esta mesma instituição quer devolvê-los com a proposta de que a comunidade redefina o conceito sobre a loucura e os recolha novamente de modo voluntário, Lougon (1993) citado por Sadigursky (1998, p. 25). Este autor crítica a desinstitucionalização, referindo que, ao colocar-se o hospital como único culpado por esse estado de degradação em que se encontram os doentes mentais, não se reconhece a importância da evolução de certas “doenças” que estes doentes apresentavam, antes de serem internados, readquirindo assim a sua condição de cidadão.

A desinstitucionalização, segundo a perspectiva da Psiquiatria Democrática Italiana, e a Reabilitação Psicossocial foram os conceitos eleitos como referência do estudo atrás referido por apresentarem proposições que fundamentam as práticas da inclusão social. Assim, consideramos fundamental analisar de seguida esses mesmos termos.

O termo “Reabilitação Psicossocial”, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, é visto como um processo e não uma técnica, que tem como objectivo oferecer aos indivíduos inadaptados, em consequência do transtorno mental, condições para exercer as suas aptidões na sociedade, OMS (2001). A construção da cidadania, bem como a restituição da contratualidade do indivíduo no seu habitat, e o trabalho como um

valor social inalienável, são os eixos norteadores do processo de Reabilitação Psicossocial.

Assim, o processo de desinstitucionalização é deslocar o olhar para a “existência sofrimento” em relação ao corpo social, retirando o indivíduo dos “parênteses” colocados pela psiquiatria. A finalidade desse processo é a “invenção de saúde” e a “reprodução social do doente”, no sentido da sua sociabilidade, Rotelli (2001) citado por Leão (2008, p. 98). Ao optar por estruturar as directrizes políticas da saúde mental e suas práticas dessa forma, assumindo o conceito de desinstitucionalização referente ao seu aspecto de crítica e negação do paradigma psiquiátrico, Costa-Rosa e col. (2003) citado por Leão (2008, p. 99).

A desinstitucionalização e os preceitos da Reabilitação Psicossocial “perpassam todo o discurso de modelo assistencial que vem sendo implantado e tem sido um norte e um argumento para a política dessa área”, Cambraia (2004) citado por Leão (2008, p. 99).

A afirmação de que as famílias não se responsabilizavam pelo seu doente, transmitindo a tutoria para o hospital psiquiátrico, é um dos reflexos dos papéis de culpabilização e de cumplicidade atribuídos às mesmas no modelo psiquiátrico tradicional, Saraceno (1999) citado por Leão (2008, p. 100).

A existência da doença, bem como a necessidade de tratamento, não são negadas, o que se coloca em discussão são as formas de lidar com a pessoa na sua “existência-sofrimento”. Nesse caso, a desinstitucionalização, a ser perseguida nos serviços substitutivos, é a remoção de barreiras na sua implementação, Rotelli (2001) citado por Leão (2008, p. 103).

### **3.7. Hospitais psiquiátricos**

Em Portugal, na sequência da Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963, que aprovou a lei de saúde mental, foram criados, ao abrigo desse Decreto-Lei n.º 46102, de 28 de Dezembro de 1964, em vários distritos centros de saúde mental. Esta lei de Saúde Mental, bastante avançada para a época, encerrava uma tentativa de regionalização e descentralização dos serviços de Saúde Mental, Decreto-Lei n.º 35/99.

A nível Europeu, o feito mais notável foi protagonizado em Itália na década de 60 nas cidades de Gorizia e Trieste através do encerramento dos hospitais psiquiátricos, em simultâneo, e como alternativa, a construção de estruturas na comunidade. F. Basaglia era um feroz defensor da desinstitucionalização e da criação da psiquiatria comunitária,

actualmente bastante em voga. Paralelamente o mesmo sucedeu no Reino Unido e nos Estados Unidos da América, Basaglia (1982) citado por Fassheber (2007, p.197).

No nosso país, a trajectória da saúde mental pode ser agrupada da seguinte forma: nos anos de 1960 a 1970, sectorização; anos 1980, integração nos cuidados primários; nos anos 1990, em 1998, integração hospitalar e a reforma. Esta é caracterizada pelo início da desinstitucionalização e pela aproximação à comunidade, existindo legislação que regulamenta e permite a criação de empresas de inserção e residências para este tipo de população, Alves (2004, p.57).

Presentemente, e de acordo com a Declaração para a Saúde Mental, emitida em Helsínquia, em 2005, com o Plano Nacional de Saúde Mental, os objectivos que se pretende atingir são:

- 1 – Promoção do bem-estar mental;
- 2 – Luta contra o estigma, a discriminação e a exclusão social;
- 3 – Prevenção dos problemas de Saúde Mental;
- 4 – Prestação de cuidados no quadro de serviços e de intervenções integradas na comunidade e eficazes, prevendo a participação dos doentes e dos seus cuidadores;
- 5 – Reabilitação e integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais.

Apesar dos avanços significativos, no que diz respeito à abertura das instituições psiquiátricas à comunidade, no combate ao estigma da doença mental, na promoção da saúde mental, na criação de estruturas residenciais e empresas de emprego protegido para pessoas com doença mental, de existir uma maior preocupação e sensibilização para as questões do foro psiquiátrico, ainda fica a cargo das instituições psiquiátricas e dos profissionais que nelas trabalham, implementarem, dinamizarem e acompanharem todo este processo.

Em 1883, foi fundado no Porto o primeiro hospital, criado exclusivamente para receber “alienados”, o hospital Conde Ferreira. Em 1889 é aprovada, em Portugal, a primeira lei de assistência psiquiátrica (lei que ficou conhecida por lei de António Maria de Sena) onde se afirmava “a necessidade de construção de mais quatro hospitais psiquiátricos e de enfermarias psiquiátricas anexas às prisões, bem como a obrigatoriedade de exame médico em todas as situações de crimes cujos autores fossem suspeitos de doença mental e ainda a criação de um fundo de beneficência pública destinada a alienados”, Fleming (1976) citado por Alves (2004, p. 57).

1 - Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, devem observar-se os seguintes princípios gerais:

a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, de 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.

2 - Nos casos previstos na alínea d) do número anterior, os encargos com os serviços prestados no âmbito da reabilitação e inserção social, apoio residencial e reinserção profissional, são comparticipados em termos a definir pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego.

3 - A prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspectos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

A legislação de saúde mental portuguesa, aprovada nos anos 90 (a Lei nº 36/98 e o Decreto-Lei nº 35/99), inclui disposições claras sobre o papel dos hospitais psiquiátricos na fase de transição durante a qual os novos serviços se vão desenvolver. Para garantir uma implementação adequada destas disposições legais, as actividades são desenvolvidas, de acordo com os seguintes princípios:

Os principais critérios a considerar nas estratégias de reestruturação dos hospitais psiquiátricos são:

1. As necessidades prioritárias de cuidados das populações;

2. A evidência científica disponível quanto à efectividade dos diferentes modelos de intervenção;

3. A defesa dos direitos dos doentes mentais;

4. As mudanças a efectuar devem facilitar a criação de serviços locais de saúde mental com base na comunidade e internamento em hospitais gerais, bem como a integração psicossocial;

5. Nenhum serviço poderá ser desactivado até ao momento em que esteja criado o serviço que o substitui;

6. Os doentes e familiares devem ser envolvidos nas mudanças a efectuar desde o início, Lei de Saúde Mental n.º 36/98, de 24 de Julho.

Como se assinala na “Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental”, publicada pela Direcção-Geral da Saúde, em 2004, “a tendência internacional, em particular nos países da União Europeia e da América do Norte, tem sido para a redução dos hospitais psiquiátricos, através da diminuição das suas lotações e do seu progressivo encerramento ou reconversão para outras áreas de saúde ou sociais”. A OMS, no Relatório Mundial de Saúde, de 2001, dedicado à saúde mental, insta os países desenvolvidos a: (1) encerrar os hospitais psiquiátricos, (2) desenvolver residências alternativas, (3) desenvolver serviços na comunidade, e (4) prestar cuidados individualizados na comunidade para doentes mentais graves.

Na Declaração Europeia de Saúde Mental, assinada pelo Governo português, em Helsínquia, em 2005, os Ministros da Saúde da União Europeia comprometeram-se, entre outros pontos, a “desenvolver serviços baseados na comunidade que substituam os cuidados prestados em grandes instituições a pessoas com problemas de saúde mental graves.”

#### **4. Estratégias de desinstitucionalização**

##### **4.1. Acolhimento familiar**

A família é uma célula fundamental, é aí que as gerações se encontram, se interajudam e se completam. Nas sociedades onde a expectativa de vida está a ser ampliada, as relações familiares mostram novos reptos, e de acordo com Freitas (2002) citado por Martins (2006, p. 131) há questões éticas que devem ser consideradas:

\* “Os membros da família não são substituíveis por similares ou pessoas melhor qualificadas;

\* Os membros da família são vinculados uns aos outros;

\* A necessidade de intimidade produz responsabilidade;

\* As famílias são histórias em andamento...”

O decurso da Sociedade Humana tem apontado como “uma idade social a família é capaz de resolver ou ajudar a resolver problemas bio psicossociais, individuais ou colectivos, apesar de poder ser também geradora de conflitos e doenças”. Neste sentido, a família tem de estruturar-se através dos esforços dos seus membros na realização de

várias tarefas nomeadamente: adaptação, protecção, participação e crescimento dos afectos, Paiva (2001) citado por Martins (2006, p. 131).

Esta interacção e adaptação a novos papéis e funções, implica que as famílias mudem para se ajustarem a esta capacidade de adaptação; mudança e crescimento são preponderantes para o desenvolvimento do ciclo da vida familiar.

De acordo com Salutz (1995) citado por Martins (2006, p. 132) ajudar cada membro da família é uma função que engloba o apoio físico, financeiro, social e emocional que são aspectos indispensáveis para a grande maioria dos doentes. Esta ajuda realiza-se através de estruturas organizadas de papéis familiares interdependentes e baseiam-se nas reacções emocionais dos seus familiares.

A família é acusada de abandonar os seus doentes, uma ideia mítica, da família extensa de antigamente. A dominância deste tipo de família foi factualmente posta em causa, mas a ameaça de responsabilizar a mesma é uma constante no discurso público das instituições de acção social e destina-se a um modelo ideal e harmonioso de coabitação inter-geracional, Lenoire (1979); Fernandes (1997); Gomes (2000) citados por Martins (2006, p. 134).

Trata-se de mudanças sociais com fortes implicações na estrutura das relações familiares. Assiste-se à retoma do processo de transformação da solidariedade natural entre gerações como uma “espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte” correspondendo “ao desabamento das bases sociais em que assentavam a família tradicional”, Lenoire (1979); Fernandes (1997); Gomes (2000) citados por Martins (2006, p. 134).

Com efeito, a família (entendida como o mais marcante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação do ser humano), percebida como unidade de integração e sucessão de saberes num plano trigeracional, formou núcleos em virtude da industrialização exagerada.

Por outro lado, as grandes concentrações urbanas impuseram-se como modos de vida que não são compatíveis com a coabitação dos mais velhos, razão por que surgem as instituições vocacionadas para o acolhimento de idosos, Guimarães (1999) citado por Martins (2006, p. 135).

As famílias modernas organizam-se em torno de laços de parentesco, construindo redes de relações através das quais circulam ajudas. O conceito de parentesco, foi assim restituído aos estudos sobre a família contemporânea, Fernandes (2001) citado por Martins (2006, p. 135).

As redes de amigos têm-se revelado um importante elemento de prevenção em múltiplas doenças, sobretudo nas mentais. As deficiências dos laços estabelecidos nos grupos primários estão associadas a um acréscimo de vulnerabilidade às doenças, quer físicas quer psíquicas, Nogueira (1996) citado por Martins (2006, p. 136).

#### **4.2. Problemas no acolhimento**

O primeiro problema identificado foi o de as comunidades não estarem organizadas para o regresso dos doentes mentais. Na maioria dos casos, não existiam abrigos razoáveis para dar resposta às necessidades básicas de uma população destituída de proventos, de habitação, de alimentação, de vestuário e de cuidados de saúde.

Foi feita uma série de críticas à forma como os Centros Comunitários de Saúde Mental trabalhavam e como desenvolviam as acções de consultadoria e educação preventiva em número suficiente. O envolvimento de agentes não profissionais era bastante dificultado, e o envolvimento de associados da comunidade nos processos de decisão só era concretizado quando estes faziam parte de elites específicas.

Ornelas (1996) citado por Maria (2000, p. 182), considera contudo, que a maior crítica feita aos Centros Comunitários de Saúde Mental prende-se com a não resolução das necessidades apresentadas pelos seus utentes. A não articulação entre os serviços hospitalares e os centros comunitários de saúde mental, a ausência de investimentos em alternativas de apoio habitacional permanente (e não apenas de carácter transitório) foram outras das situações identificadas.

#### **4.3. A situação actual**

Actualmente, os doentes dos serviços de saúde mental continuam a deparar-se com várias dificuldades de acesso a uma habitação condigna, devido, entre outros aspectos, ao elevado preço das rendas (geralmente fora do seu alcance). Isto, na medida, em que segundo Blanch, et al. (1988) citado por Maria (2000, p. 185) muitas das pessoas que sofrem de perturbações mentais são pobres, e se o não são ao início, muitas acabam por ficar nessa situação quer devido aos custos dos tratamentos psiquiátricos, como frequentemente devido à perda do emprego. Uma das “soluções” encontradas em alguns países para esta problemática tem passado pela disponibilização de verbas para a criação de habitações de grupo – do tipo residência comunitária.

No entanto, este tipo de alternativa habitacional tem sido frequentemente criticado por vários autores, nomeadamente por Shoultz (1988) citado por Maria (2000, p. 185),

que a consideram dispendiosa e de concretização lenta. Esta autora, crítica ainda este modelo habitacional pelo facto deste raramente possibilitar o que muitos de nós temos geralmente como garantido – a possibilidade de escolha do local onde queremos viver, e com quem o queremos fazer – bem como, pelo facto deste poder induzir em situações de passividade e de dependência acrescidas. Parece pois ainda existir uma certa tendência para que os serviços de saúde mental, e outros serviços sociais, considerem que indivíduos com perturbações mentais não têm capacidade para tomar conta de uma casa (frequentemente uma das suas necessidades mais prementes). Na prevenção, a doença mental é previsível em alguns casos. O diagnóstico precoce é mais barato ao Estado...

#### **4.4. As preferências dos doentes**

As necessidades manifestadas pelos doentes, bem como a sua satisfação, só agora começam a ser consideradas como um factor crucial para o sucesso dum programa de reabilitação. Contudo, nem sempre as necessidades dos consumidores têm estado em consonância com as perspectivas dos profissionais. Um dos estudos em que esta situação é demonstrada é o de, Carling (1990) citado por Maria (2000, p. 186) em que estes constataram que profissionais e consumidores tinham perspectivas opostas sobre o tipo de habitação e de apoios necessários. Os profissionais indicavam que para a maioria dos consumidores as habitações mais adequadas seriam as do tipo transitório, com grande presença técnica.

Os consumidores, por seu lado, manifestaram uma clara preferência por habitações normais com apoios flexíveis. Massey & Wu (1993) citados por Maria (2000, p. 186), num estudo de índole semelhante, analisaram as perspectivas de 122 doentes de serviços de saúde mental sobre as suas preferências habitacionais. Estas preferências foram depois comparadas com as perspectivas dos técnicos de apoio. Note-se, que nesse estudo a maioria dos doentes encontrava-se a viver independentemente (40%) ou com as suas famílias (44%). Constatou-se assim que a situação habitacional preferida pelos consumidores seria uma situação em que viveriam de forma independente (47, 7%), ou com a família (34, 5%). Estes números contrastaram com as perspectivas habitacionais recomendadas pelos técnicos.

De facto, segundo estes, a situação mais adequada seria uma situação de vivência num apartamento supervisionado (36, 2%). Esta situação foi escolhida por um número reduzido de consumidores (6, 9%). As outras escolhas dos técnicos foram: a vivência

independente (34, 5%), as habitações comunitárias (13, 8%), e a vivência com familiares (10%). Note-se que, apenas 1, 7% dos consumidores manifestaram preferência por viver numa habitação comunitária.

Davidson, et al., (1996) citado por Maria (2000, p. 186-187), alertam-nos para esta situação através duma revisão crítica que efectuaram a vários estudos sobre as perspectivas dos consumidores quanto à desinstitucionalização. Constataram assim, que naqueles estudos em que os consumidores foram directamente questionados quanto às suas preferências, entre viver num hospital versus viver na comunidade, 98% manifestaram uma preferência clara pela opção de viver na comunidade.

Porém, apesar da quase unanimidade dos participantes preferir viver fora dum ambiente hospitalar, muitos deles referiram que as suas vidas na comunidade se caracterizavam pela solidão, pela ausência de uma qualquer actividade significativa ou de contactos sociais. Outras situações encontradas por esses consumidores na comunidade e que constituem um revés à política de desinstitucionalização, incluíam referências a habitações inadequadas, ou de qualidade inferior, as situações de pobreza, de desemprego, de rejeição social, e à pouca qualidade dos serviços de saúde. A falta de condições socioeconómicas e baixos índices de escolaridade dos cuidadores tem influência no défice habitacional.

#### **4.5. Exemplos nacionais e internacionais de práticas para a desinstitucionalização**

##### **4.5.1. O caso hospital de Magalhães Lemos**

O Hospital de Magalhães Lemos (HML) nasceu institucionalmente em 1953, com a publicação do Decreto-Lei nº39 306, de 10 de Agosto do mesmo ano, que autoriza o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte a instalar um hospital psiquiátrico, ao qual é dado o nome de Magalhães Lemos, em homenagem a um psiquiatra de destaque na época. Em Outubro de 1962, é inaugurado pelo Ministro da Saúde e Assistência, o primeiro edifício do Hospital, onde fica instalado o Dispensário do Centro de Saúde Mental do Porto, que integra o atendimento de urgência e o Hospital de Dia.

No primeiro mês do ano de 1970, em consequência de um incêndio, que deflagrou numa das enfermarias do Hospital Conde Ferreira ocupadas pelos serviços do Estado, são internados os primeiros doentes no Hospital de Magalhães Lemos. Em 1976, na sequência da intervenção do Estado no Hospital do Conde Ferreira, integrado na rede hospitalar pública, o H.M.L., passa a designar-se Centro de Saúde Mental Ocidental do

Porto, tendo-se igualmente emancipado da sua estrutura os Centros de Saúde Mental de Vila Nova de Gaia, de Penafiel, de Vila Real e Infantil e Juvenil do Porto. Em 1988 é criado, a partir da estrutura do Serviço de Alcoologia do Hospital, o Centro Regional de Alcoologia do Porto, com inteira autonomia.

Como resultado da publicação do Decreto-Lei nº 127/92, de 3 de Julho de 1992, o Hospital volta a ser considerado Hospital Central Especializado, com a designação original. Em 1994, inicia-se um processo profundo de beneficiação/remodelação e modernização das instalações e equipamentos do Hospital. Culminando um longo processo negocial e legislativo, é publicado o Decreto-Lei nº 131/98, de 13 de Maio de 1998, que atribui ao Hospital a responsabilidade de assumir parte das funções assistenciais até aí atribuídas ao Hospital do Conde Ferreira, tendo em vista a devolução da sua gestão à Santa Casa da Misericórdia do Porto, a partir de 1 Janeiro de 2002, o H.M.L. assume por inteiro essas responsabilidades assistenciais, tornando-se no único hospital especializado em psiquiatria na zona norte.

#### **4.5.2 A reabilitação psicossocial no hospital de Magalhães Lemos**

Historicamente, a reabilitação surge da necessidade de responder aos reptos da reforma psiquiátrica e em particular da desinstitucionalização. A reabilitação psiquiátrica foi fundamentalmente uma prática profissional que foi inventando caminhos, criando soluções e produzindo um discurso teórico e ideológico, que orienta a sua acção e prática.

Segundo Rodriguez (1996) citado por Cruz (2009, pág. 86), os principais factores de aparecimento da reabilitação foram:

- 1 – Desinstitucionalização psiquiátrica marcada por um processo de reinserção comunitária dos doentes;
- 2 – Criação comunitária da Saúde Mental e assistência psiquiátrica que promove a manutenção e integração do doente no meio social da sua escolha;
- 3 – Apresentação dos termos “incapacidade” e “desvantagem” no funcionamento psicossocial;
- 4 – Averiguar de que a cronicidade não é um curso obrigatório e necessário em todos os casos;
- 5 – Restrições dos tratamentos psicofarmacológicos e das terapias tradicionais;
- 6 – Utilização de novas técnicas de intervenção procedentes da psicologia da aprendizagem social, modificação do comportamento e dos recursos humanos.

A definição dada pela OMS sobre Reabilitação Psicossocial (2001) é um processo que oferece aos indivíduos que estão desanimados, impossibilitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. Os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social, individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.

Para além de outras vantagens, o processo de Reabilitação do doente psiquiátrico, dá aos utentes a ideia dos seus direitos constitucionais e civis, tanto no sentido de não tornar o portador de doença mental objecto de atentados contra o direito, mas também a possibilidade de realizar um tratamento suficiente, racional e adequado, de ter uma casa para viver e de obter alguma inclusão social minimizando a estigmatização.

O Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos está integrado, conjuntamente com o Laboratório de Patologia Clínica, na Unidade de Electroconvulsivoterapia e a Unidade de Electrofisiologia, no Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, assegurando ainda a prestação de cuidados de reabilitação e reinserção aos doentes de evolução prolongada, internados na Unidade de Apoio (unidade destinada a utentes sem retaguarda familiar e que residem no hospital). Este Serviço dirige a sua intervenção aos utentes pertencentes à área de influência do HML, ou seja, o grande Porto, Matosinhos, Póvoa de Varzim e Vila do Conde, Valongo e Santo Tirso, portadores de doença mental grave e crónica com dificuldades no funcionamento psicossocial e na sua integração comunitária.

Possui como recursos fundamentais a existência de uma equipa multidisciplinar e um variado leque de ateliês terapêuticos, este serviço pretende desenvolver um trabalho que possibilite a aquisição de competências para que o utente seja mais autónomo no seu funcionamento psicossocial e se sinta mais gratificado no desempenho dos seus papéis sociais.

#### **4.5.3. Movimento de desinstitucionalização no Brasil**

No Brasil, o movimento de desinstitucionalização multiplica-se por vários campos do cenário social, que engloba a desconstrução da epistemologia psiquiátrica; o campo direccionado para a criação de serviços e rotinas de acolhimento, cuidados, relacionados

também com a construção de espaços de urbanidade; o campo jurídico político, responsável pelo exercício de cidadania dos sujeitos; e o campo sociocultural, que contém as noções existentes no irreal social relacionados à loucura, esforçando-se por alterar, a partir das práticas sociais, a forma de lidar com a desigualdade, Amarante (1999) citado por Oliveira (2007, p. 12).

Amarante (1999) citado por Guimarães (2001, p.8) separa a dualidade do processo epistémico científico dominante onde a essência de um conceito ou teoria científica significa uma determinada forma pela qual o homem se relaciona com a natureza. A ciência moderna, de base predominantemente materialista, vem exercitando um processo de materialização da natureza, onde a relação que se estabelece é entre sujeitos epistémicos, de um lado, e temas de outro.

O anterior autor destaca o pensamento de Franco Basaglia, que exprime que é preciso pôr a doença, e não o homem, entre parênteses, trocando o costume psiquiátrico e cientificamente moderno de objectivação do indivíduo. Esta inversão, fixa-se numa interrupção estimulada pela Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica brasileira, de orientação basagliana, com o método da ciência moderna, Amarante (1999) citado por Guimarães (2001, p.8).

#### **4.5.4. O processo de desinstitucionalização no Brasil**

O processo de desinstitucionalização no Brasil, segundo o Decreto-lei 3657/1989, da autoria ao tempo do deputado Paulo Delgado (PT-MG), com o intuito de por fim à legislação de 1934, ainda em vigor e direccionada até hoje à assistência psiquiátrica no país, privilegiando sobretudo o modelo recôndito do hospital asilo, como exclusivo remédio “medicamentoso”.

Este argumento, augura a abolição progressiva dos manicómios, a sua substituição, por uma rede de abrigos assistenciais extra hospitalares; psiquiátrica compulsiva; a proibição de se construírem novos hospitais psiquiátricos em todo o território nacional, Brasil (1989) citado por Sadigursky (1998, p. 24).

O limite referencial da desinstitucionalização brasileira, é a Lei 180, da reforma psiquiátrica italiana que evidenciou um grande poder de mobilização social, política e cultural, valorizando os direitos de cidadania do doente mental, brindando com soluções intercaladas de tratamentos na comunidade, Rotelli (1992) e Neto (1992) citados por Sadigursky (1998, p. 24).

Para Rotelli (1992) citado por Sadigursky (1998, p. 24), a desinstitucionalização é um processo social complexo, que deve envolver todos os agentes sociais, tendendo modificar a forma de estrutura das instituições psiquiátricas, criando construções que venham comutá-las.

Barros (1993) citado por Sadigursky (1998, p. 24), esclarece que a desinstitucionalização da doença mental é aquela que se verificará através da decomposição dos mecanismos que lhes dá segurança e que podem ser traduzidos pela luta contra a violência, a desmistificação dos cânones do hospital psiquiátrico e a criação de serviços com uma lógica diferente da exclusão e da opressão.

Autores como Botega & Dalgarrondo (1993) citados por Sadigursky (1998, p. 24), testemunham que é imprescindível descrever algumas questões que vêm sendo levantadas no que diz respeito à prática da desinstitucionalização italiana e, que vale a pena serem investigadas, antes de nós nos lançarmos a ela, evitando que esses riscos também aconteçam neste país. Aduzindo alguns exemplos:

a) a população de “doentes crônicos” continua internada em asilos.

b) as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPGs) são em número insuficientes para absorver a procura de pacientes que solicitam assistência e, estão situadas principalmente ao norte da Itália, região mais bem-aventurada do país.

c) há privação de serviços intermediários na comunidade.

d) a família tem referido queixas, face ao stress evidenciado pelo “peso” de cuidar de doentes crônicos em casa.

e) a população psiquiátrica tem-se ampliado nas prisões, a causa dos doentes mentais sem moradia, que ficam nas ruas, facilitando a actuação da polícia.

Temos conhecimento que isso é um “equivoco” pois, mesmo “equilibrado”, o indivíduo para a sociedade será sempre o “doido” o estigma, ainda é um acontecimento excessivamente eloquente, para ser tão rapidamente banido do imaginário colectivo.

Existe a concepção de que o hospital psiquiátrico, é o lugar mais ajustado para a terapia e a “cura” do doente mental ou meramente a sua permanência, cria na comunidade uma apatia, dificultando a reintegração dos doentes desses hospitais, Lougon (1993) citado por Sadigursky (1998, p. 25).

Segundo Cavalcanti (1993) citado por Sadigursky (1998, p. 25) há muitos indivíduos que continuam a ter necessidade de um apoio na comunidade, no sentido de terem acesso especialmente a uma moradia e alimentação, quando não desfrutam de referências familiares.

Um outro aspecto que chama a atenção, é o de que embora, se preconize a existência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, são poucos os serviços desta natureza no nosso país. Desta forma, os indivíduos continuam a ser confrontados com casas “experientes”, que não oferecem atendimento civilizado a esse tipo de doentes, Landmann (1982) citado por Sadigursky (1998, p. 25).

Tsu (1993) citado por Sadigursky (1998, p. 25), observa que, para as famílias, esse processo tem-se estabelecido pelo não cumprimento do Estado das suas reais obrigações. A dissertação a esse respeito, não têm comovido as famílias necessitadas, de que é melhor para elas e para o doente, o tratamento em casa e, perante essas ocorrências, a família conclui que deve lutar por um internamento, dada a falta de apoio leva a essa opção.

A reprovação familiar em relação ao doente mental é, de certo modo, esperada sobretudo, quando este fica por muito tempo ausente, derivado a internamentos o que fomenta segmentações nas famílias, Sgambati (1983) citado por Sadigursky (1998, p. 25). A grande preocupação da autora em causa, é saber se a família e a comunidade são capazes de cuidar do indivíduo em casa, o que é também uma aspiração da desinstitucionalização e, se o aumento das altas hospitalares, for seguido do incremento de outros serviços assistenciais na comunidade para acolher tal procura.

A ideia de Venâncio (1993) citado por Sadigursky (1998, p. 25) é a de manter o doente ligado à sociedade e deve ser acompanhado de recursos opcionais na comunidade que dê garantias à intermediação do método de reinserção social do doente mental, visando o seu tratamento, sem a necessidade de ter que interná-lo.

Morgado & Lima (1994) citados por Sadigursky (1998, p. 25), admitem que para tal investimento, é fundamental introduzir uma infra-estrutura complicada e onerosa na comunidade para dar resposta a todos os indivíduos pois, sem ela, acontecerá uma mera desinstitucionalização, onde os doentes permanecerão fora do hospital, muito provavelmente nas ruas, sem que se lhes tenha assegurado uma vida digna.

Actualmente, a legislação reforça a ideia de desinstitucionalização com o fundamento de tratar o doente mental, só que agora em sentido inverso; na comunidade, como cidadão, devendo ser inserido na sociedade mas, é necessário prepará-la para aceitar de volta aqueles a quem repeliu no passado.

Para Tsu (1993) citado por Sadigursky (1998, p. 26), a desinstitucionalização deve-se preocupar com as autênticas necessidades dos indivíduos e, não apenas, com o facto de atenuar dispêndios sociais e difundir uma imagem moderna da instituição

psiquiátrica. Tudo isto só será possível se houver uma real melhoria na conjuntura geral de vida do povo e dos povos.

#### **4.5.5. A desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil**

A controvérsia sobre a desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil começou a partir da década de 70, disponibilizando-se na mudança do tratamento psiquiátrico, baseado na comunidade hospitalar para opções de atendimento na colectividade, Dalgalarondo & Gattaz (1992) e Menezes & Mann (1996) citados por Lovisi (2000, p.167). Porém, essa política não foi implementada. O que aconteceu foi uma depreciação mais excessiva nos hospitais psiquiátricos públicos em comparação com os hospitais privados, não havendo a respectiva implementação de serviços alternativos na comunidade e em hospitais gerais para prevenir a procura, Botega & Schetchman (1997) e Lima & Teixeira (1995) citados por Lovisi (2000, p.167).

O Brasil, tinha em 1941, 21.079 camas públicas para doentes psiquiátricos e 3.034 privados. No ano de 1998, o quadro inverte-se em relação ao do ano de 1941, havendo um número muito maior de camas privadas em comparação com as camas públicas.

A partir de 1970, houve um aumento de internamentos por neuroses, principalmente nos serviços contratados, através de um aumento no financiamento de convenções assentes pelo INPS com clínicas privadas, Andrade (1992) citado por Lovisi (2000, p.167). Actualmente, a grande maioria das camas psiquiátricas, no Brasil, são de cariz privado e humanitário, correspondendo a 77, 8% e 72%, respectivamente, Ministério da Saúde (1997).

Estabeleceu-se nesse tempo, uma hierarquização corrompida dos serviços: o ambulatório atende aos problemas sociais; o hospital interna doentes que deveriam ser atendidos nos ambulatórios; o hospital público escolhe um papel do custo diário, Morgado & Coutinho (1986) citados por Lovisi (2000, p.167).

A avaliação da assistência psiquiátrica, por outro lado é de extrema importância para o País com a taxa de camas psiquiátricas por/1.000 habitantes. Em 1941, era de 0, 58%, atingindo o pico de 0, 88%, em 1984. Actualmente, nalgumas regiões do Brasil a taxa é de 0, 44%, na Região Norte, essa taxa tem um valor muito pequeno, encontra-se à volta de 0, 05%. Nos últimos dez anos, houve uma diminuição de 32% nas camas psiquiátricas, em geral, no Brasil.

A diminuição das camas psiquiátricas não foi acompanhada pela construção suficiente de centros de reabilitação para o tratamento de pessoas com problemas

mentais. Nos países desenvolvidos, o principal serviço criado para cuidar os doentes na respectiva comunidade foi a instalação de Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG).

#### **4.5.6. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Reino Unido**

A desarticulação entre os centros comunitários e os hospitais psiquiátricos observada nos EUA não aconteceu no Reino Unido, tendo uma grande importância neste facto as diferenças das políticas de saúde entre os dois países. Nos EUA, o financiamento do sistema é baseado no seguro de saúde e, portanto, o atendimento e os internamentos dependem qualitativa e quantitativamente da companhia de seguros à qual o paciente pertence. Já no Reino Unido, o financiamento dá-se através de um sistema público de saúde. São elucidativas as palavras de Cohen (1994) citado por Lovisi (2000, p.167): “Unlike the USA, all British citizens have a legal right to health care, and a substantial proportion of the population has a right to permanent housing.”

Apesar das diferenças na implementação de todo o processo de desinstitucionalização psiquiátrica entre os EUA e o Reino Unido, estudos têm atribuído o aumento da população de rua na Inglaterra ao sistema de desinstitucionalização psiquiátrica, Marshall (1989) e Weller (1986) citados por Lovisi (2000, p.167).

Não obstante o decréscimo contínuo dos leitos psiquiátricos, desde 1950, no Reino Unido, a proporção de doentes mentais séniores entre os moradores de rua, não se alterou na Inglaterra, Leff (1993) citado por Lovisi (2000, p.167). Este autor relatou, também, que a maioria dos actuais doentes mentais séniores entre os moradores de rua, nunca fora internada anteriormente, em hospitais psiquiátricos. A mesma relação foi encontrada nos indivíduos albergados, Hamid et al. (1995) citado por Lovisi (2000, p.167).

Portanto, a descoberta de distúrbios mentais, em maiores entre os moradores de rua na Inglaterra estará relacionada com vários factores: o alto nível de desemprego, falhas na política habitacional na população de renda baixa e a relutância dos profissionais de saúde mental em internar os doentes com carência psíquica, Leff (1993) citado por Lovisi (2000, p.167).

#### **4.6. A desinstitucionalização e as alternativas habitacionais**

Hoje em dia é consensual nas famílias portuguesas, que ao receberem apoio e indicações ajustadas, tornam-se coniventes no processo de desinstitucionalização e

reabilitação social do indivíduo. Mielke (2009) citado por Silva (2010, p. 8), menciona que a não participação de alguns familiares nas actividades desenvolvidas nos serviços de saúde mental, estão profundamente interessados em compartilhar responsabilidades no cuidado com o desarranjo mental do seu familiar.

É de toda a conveniência contar com o apoio da família no processo de reinserção, do doente mental a manter-se fora da instituição psiquiátrica e ser respeitado como cidadão de corpo inteiro. A partir dessa rotina é exequível entender o conceito de desinstitucionalização como condição fundamental de tratamento ao doente e à sua organização familiar, a principal base de apoio para que a família seja atendida e preservada por profissionais empenhados em promover a saúde mental em todos os seus aspectos, Waidman, et. al. (2002) citado por Silva (2010, p. 8).

A família do doente mental, diante dessa temática e a sobrecarga do cuidar, duas razões são importantes para o cuidado efectivo à família:

A primeira, seria actuar na prevenção de alteração psicológica no interior da própria família, pois muitas vezes isso sucede devido à sobrecarga que estes enfrentam. Doutro modo, intervenções no sentido de esclarecer dúvidas próximo dos familiares, com o intento de melhorar a prevenção à comunidade, que contribuirá de forma definitiva para a reinserção social destes doentes, Silva (2006) citado por Silva (2010, p. 8).

A família, na circunstância de protecção em saúde mental, terá que associar-se e interagir com o doente mental, tendo como finalidade ajudar o processo adaptativo entre as duas partes. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) compreendem que a nova política de vigilância em saúde mental, tem sido experimentada pela família como algo peculiar que lhe auxilia na ligação com o indivíduo portador de desordem mental, permitindo a sua estada no seio familiar, Monteiro (2000) citado por Silva (2010, p. 9).

Na busca de entender melhor o trabalho desenvolvido nestes centros, pode-se compreender como estes serviços compõem o conjunto de actividades executadas por equipas multidisciplinares, viradas para a atenção e recuperação do doente, nos seus diferentes ângulos. Os CAPS Centros de Atenção Psicossocial são locais destinados à implantação de um sistema de saúde que dê resposta às especificidades do sujeito, orientando assim um novo paradigma de saúde mental, Jardim (2009) citado por Silva (2010, p. 9).

Segundo Waidman (2002) citado por Silva (2010, p. 9), é de fundamental importância esclarecer a família do doente mental, o seu contexto que impulsiona a

convivência saudável entre os elementos familiares, contextualizando-se melhor no quotidiano do doente mental.

Para Monteiro (2000) citado por Silva (2010, p. 10), os (CAPS) têm sido para a família, um porto de abrigo de ajuda na relação com o seu doente, facilitando um contacto activo na esfera familiar.

Assim, a família passou a ser um principal elemento na vigilância aos detentores de desarranjos mentais, é a esta que é transferida a função de cuidadora. Ressalta ainda que o processo de desinstitucionalização tem a família como grande partidária, aproximando do seu familiar, como uma base de apoio imprescindível.

#### **4.7. Alternativas habitacionais para doentes mentais**

Com a gradual desinstitucionalização, as famílias, nos mais diversos países do mundo, são os principais prestadores de cuidados diferenciados e o sustentáculo a longo prazo para as pessoas doentes mentais, Warner (2000).

Na desinstitucionalização o objectivo singular abrange três procedimentos, a saber:

- 1 - A transferência dos doentes internados em hospitais psiquiátricos para instituições alternativas, (habitacionais);
- 2 - O congelamento dos novos internamentos e o seu desvio para outras instituições;
- 3 - O desenvolvimento na comunidade de novos serviços, acessíveis e eficazes.

Nas duas últimas décadas houve uma mudança significativa nos sistemas de saúde mental no que concerne ao papel desempenhado pelos indivíduos com perturbações mentais. Estes, de forma progressiva, têm vindo a deixar de ser vistos como meros recipientes passivos de cuidados, começa a ser encarado como tendo uma voz válida na definição, e avaliação, de serviços. Passaram do papel de pacientes para o papel de consumidores, Davidson, Hoge, Godleski, Rakfeldt, & Griffith (1996) citados por Maria (2000, p. 181-182).

Neste trabalho, centrámos as nossas atenções nas alternativas habitacionais para doentes mentais, por este ser um aspecto determinante num processo de reabilitação, Blanch, Carling & Ridgway (1988), Davidson, et al. (1996), Massey & Wu (1993) e Moniz (1999) citados por Maria (2000, p. 182).

Começamos por abordar, alguns aspectos que levaram ao aparecimento de uma política de desinstitucionalização, bem como os primeiros problemas com que esta se

deparou. Caracterizamos a forma mais aprofundada e o modelo habitacional dominante desde o início do processo de desinstitucionalização, explorar o paradigma emergente na área da reabilitação, mais especificamente na sua vertente habitacional.

#### **4.8. Intervenção social**

O desenvolvimento de um conjunto diversificado de alternativas habitacionais tem na opinião de Moniz (1999) citado por Maria (2000, p. 187), vindo a tornar-se num aspecto progressivamente incontornável em qualquer processo de reabilitação e integração comunitária de pessoas com perturbações mentais. Esta autora aponta três tipos de estratégias a que se poderá recorrer como forma de desenvolver alternativas habitacionais para estes consumidores, nomeadamente: (1) melhorar o acesso à habitação existente; (2) preservar a habitação existente, e o (3) desenvolvimento de habitação. A primeira das estratégias apela para a necessidade de localizar espaços que se revelem os mais adequados em termos de custo/qualidade.

A segunda estratégia, ou seja, a preservação da habitação existente, refere-se à identificação dos espaços que, com algumas obras de recuperação possam vir a ser utilizadas como opção habitacional para esta população. Através do desenvolvimento de parcerias entre serviços de saúde mental e outros organismos, poder-se-ão encontrar soluções habitacionais acessíveis e dignas. Dever-se-á, contudo, evitar que estas soluções habitacionais se possam vir a transformar em guetos.

Por último, a terceira estratégia envolve a compra ou a construção de habitação. Esta é a estratégia mais complexa e aquela que envolve maiores riscos para os programas que optem pela sua promoção. Quando alcançados os apoios financeiros para o seu desenvolvimento, mais facilmente se responderá às necessidades desta população.

O recurso a um modelo de habitação normal (apoiada) apresenta segundo, Blanch et al. (1988) citado por Maria (2000, p. 188), várias vantagens para um sistema de saúde mental. Uma das vantagens mais imediatas é que evita desde logo vários problemas com questões de licenciamento e de localização. Outra das vantagens é que este se baseia nos recursos e capacidades das comunidades locais. Permite assim a experimentação ao nível da estrutura do programa e do staff, possibilitando que se proceda mais rapidamente às alterações que se venham a revelar necessárias.

Apesar destas vantagens, subsistem várias resistências a este conceito habitacional, continuando-se a privilegiar situações habitacionais de transição. Um dos grandes obstáculos, a disponibilização de apoios a pessoas com perturbações mentais

num contexto de habitação normal, continua ainda a ser o facto de muitos serviços de saúde mental continuarem a acreditar que a maioria dos seus utentes é incapaz de viver fora dum contexto fortemente supervisionado, Blanch, et al. (1988) citado por Maria (2000, p. 188).

Ao equacionar-se o desenvolvimento de alternativas habitacionais para pessoas com doença mental, Carling, Randolph, Blanch, & Ridgway (1987) citados por Maria (2000, p. 188), consideram que dever-se-á ter presente 3 questões base, nomeadamente:

- Onde é que as pessoas com este tipo de problemáticas mentais vivem?
- Onde é que elas querem viver?
- Como é que aí as poderemos ajudar a ser bem sucedidas?

Para responder convenientemente a estas questões estes autores consideram ainda que terá que haver, entre outros factores, uma mudança fundamental na orientação que a investigação tradicionalmente toma. Ter-se-á assim que passar de uma prática na investigação em que os investigadores definem, e orientam, todo o processo para um processo de co-investigação entre profissionais e consumidores. Será também necessário que os consumidores tenham não só uma voz na definição dos sistemas que visam satisfazer as suas necessidades, como também sejam consultados em todos os assuntos relacionados com a política de saúde mental, Davidson, et al. (1996) citado por Maria (2000, p. 188).

Existem várias estratégias em que os investigadores, os responsáveis por serviços sociais, os técnicos, e os grupos de defesa dos interesses dos consumidores se poderão apoiar como instrumento de pressão para documentar a falta de habitações acessíveis, e as situações de pobreza em que muitos desses consumidores se encontram. Uma dessas estratégias poderá passar pelo recurso a estudos que incidam sobre relação entre a satisfação das necessidades dos consumidores e a influência no seu processo de reabilitação, nomeadamente ao nível do custo/benefício. Se for possível demonstrar a poupança nos custos, pela redução do tempo de duração dos internamentos psiquiátricos, de uma diminuição da utilização dos serviços de urgências psiquiátricas, e de um melhoria dos resultados ao nível da reabilitação (decorrente de um emprego ou da participação em outras actividades produtivas), poder-se-á fazer uma apelo mais forte e fundamentado para as preferências dos consumidores, Yeich, et al. (1994) citado por Maria (2000, p. 188).

#### **4.9. Intervenção sócioeducativa**

A intervenção sócio educativa, nestes casos, consistirá em ajudar, aconselhar e promover o doente mental na sua formação e desenvolvimento pessoal, dentro do âmbito de acção sócio educativo. Manifesta-se, assim, numa procura de inclusão na prática social, revelando assim um compromisso com a realidade social, através das tarefas da acção e intervenção social e reeducativa.

O trabalho sócio educativo é um trabalho constante e organizado, que ambiciona ser uma solução com necessidades diferentes e forçadas a condições intrínsecas diversas, tais como:

A pobreza, a exclusão social, o abandono e baixas qualificações.

Os programas de intervenção sócio educativa estimulam a mudança. Nascerem de um desejo de mudar uma vida, são actividades organizadas e pensadas por um grupo de educadores sociais que partem de um diagnóstico de uma determinada dificuldade, para ajudar numa determinada posição.

Os educadores possuem conhecimentos que influem na mudança de comportamentos, porque distinguem determinadas situações e têm a capacidade de tomar resoluções, ao assegurar o duplo papel: de investigadores e educadores. São profissionais que mostram um perfil activo e maleável, com conhecimentos e experiências essenciais para a prática de distintas tarefas.

Sendo que, o doente mental, na maioria dos casos vê diminuída a sua autonomia e inserção social, passa pelo educador social desenvolver programas que visem a promoção desses aspetos no indivíduo, bem como, também a aquisição de alguma profissionalização (no sentido daquilo que vem sendo prática nos casos de deficiência mental) e na educação familiar, no sentido de reorganização das rotinas e práticas familiares. Cremos que, com estas acções o educador social poderá ter um papel premente no processo de desinstitucionalização.

#### **4.10. Redes de apoio formal/informal**

A Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à Dependência, define-a como um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida ou Actividades de Vida Diária (AVD), (Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho (prestação pecuniária – Complemento por Dependência).

Dentro do apoio formal, encontram-se os serviços estatais de Segurança Social e os organismos de poder local criados para servir a população doente, idosa ou não, sejam eles lares, serviços de Apoio Domiciliários, Centros de Dia ou Centros de Convívio.

Neste conjunto destacam-se as instituições privadas de Solidariedade Social, na sua maioria ligadas directa ou indirectamente à igreja Católica, sendo outras do tipo associações profissionais, todas beneficiando de algum apoio do estado, têm também surgido algumas instituições privadas com fins lucrativos.

#### **4.11. Paradigmas educacionais na desinstitucionalização**

Dos cinco paradigmas educacionais: o paradigma racional; o paradigma tecnológico; o paradigma humanista; o paradigma sociointeraccional; e o paradigma inventivo, destacaríamos o humanista que visa o desenvolvimento e o crescimento centrado na pessoa, ligado ao paradigma sociocultural existencial.

Marien (1970), cit in Bertrand, (1994), - sistemas abertos de ensino – afirma que os processos abertos, associados ao paradigma humanista, estão centrados no (doente), tendo como objectivo, o crescimento completo da pessoa, a análise da herança cultural, o espírito crítico, o “ensinar aprender”.

Para Mollo 1969, cit in Bertrand (1994), distingue a escola tradicional da escola nova. A escola tradicional dedica grande parte do ensino à aula didáctica e expositiva. A escola nova, elimina a aula explicativa em proveito de uma participação activa da pessoa, na criação da mensagem dogmática. Os dois tipos de escola correspondem propriamente ao paradigma racional e humanista da educação.

L. Kohlberg e R. Mayer (1972), cit in Bertrand, (1994), estes autores diferenciam três correntes que designam por ideologia educacional. A transmissão cultural – paradigma racional – o romantismo – paradigma sociocultural – e a educação regressiva que está ligada ao – paradigma humanista –.

#### **4.12. Projectos em curso como experiência piloto de desinstitucionalização**

Há em curso neste momento projectos transfronteiriços que visam melhorar, especialmente, as condições dos doentes mentais e psiquiátricos, na Unidade Local de Saúde NORDESTE, em parceria com o Complexo Hospitalar de Zamora (CHZ) e a Fundação Intras, desenvolvidos na área da Saúde Mental.

No âmbito do Programa Interreg III A, estas acções visam apostar na cooperação ibérica, de modo a fomentar o intercâmbio de profissionais clínicos, experiências e conhecimentos, com o objectivo de melhorar as condições de vida dos doentes mentais.

Residência assistida/autónoma – Unidade de Vida Autónoma (UVA) – Estrutura habitacional localizada na comunidade, com capacidade para 6 doentes, destina-se a pessoas adultas com problemas psiquiátricos graves, de evolução crónica, com boa capacidade de auto-organização, permitindo a sua integração em programas de formação profissional ou em emprego normal.

A Unidade de Doentes de Evolução Prolongada (UDEP), possui um programa de Rehabilitación Neuropsicológica del Deterioro Cognitivo – (Programa Grador) que avalia neuropsicologicamente o doente mental, identifica os déficits e as capacidades, sendo estas de grande importância no processo terapêutico, Keefe (1995, p. 15-45).

A avaliação neuropsicológica baseia-se na aplicação de uma sucessão de técnicas organizadas, dirigidas de forma a obter dados quantitativos e qualitativos, sobre as funcionalidades cognitivas superiores, para uma maior contribuição da avaliação neuropsicológica sobre a (dis)função cerebral que pode dar lugar a problemas de adaptação dos doentes, Keefe (1995, p. 15-45).

A Unidade Local de Saúde Nordeste, pretende assim, melhorar os cuidados de saúde, em particular a especialidade de Psiquiatria, no distrito de Bragança e na Província de Zamora. Para isso, o grosso do investimento é dirigido à reinserção, reabilitação ou melhoria das condições de saúde de doentes do foro psiquiátrico.

Deste modo, além de garantir a disponibilização de centros de alojamento para os pacientes das regiões de Trás-os-Montes e Zamora, este projecto prevê a integração e inserção destes doentes no mercado de trabalho.

As entidades envolvidas na UDEP são a Fundação Intras, que actua junto de grupos desfavorecidos, a Sacyl (CHZ), a Associação de Empresas Sociais de Castilla y León (AESyLEM), que promove a inserção de doentes mentais no mundo laboral, e a Unidade Local de Saúde Nordeste. Prevê-se que este plano contemple um investimento de cerca de 1,69 milhões de euros e que seja concluído brevemente.

O projecto Serviços Integrados de Proximidade para Doentes Mentais (SIPDM) que conta com a parceria da Fundação Intras, da AESyLEM e da Unidade Local de Saúde Nordeste, visa assegurar os níveis de cobertura inter-regional dos recursos criados com os projectos RED CERLEM e UDEP a doentes do foro psiquiátrico.

No âmbito deste programa, prevê-se a criação de dois novos Centros de Reabilitação Laboral, em Toro (Espanha) e na Quinta da Trajinha, em Bragança, incorporando, nestas unidades, dois pólos tecnológicos. A implementação de 20 novos postos de trabalho, destinados a doentes crónicos de psiquiatria ou outros colectivos desfavorecidos, que também está focada neste projecto, bem como a criação ou ampliação de quatro centros de economia social (centros especiais de emprego, empresas sociais, empresas de inserção).

## **Capítulo II – Estudo Empírico – A perspectiva dos cuidadores (formais e informais) e dos doentes face à desinstitucionalização**

### **1. Enquadramento metodológico**

#### **1.1. Objectivo do estudo/apresentação do problema**

Sendo o problema uma dificuldade encontrada a nível da prática ou da teoria, relacionada com alguma coisa que tem realmente importância e para a qual se deve encontrar uma solução, Marconi e Lakatos (2002, p. 98), cabe aqui explicitar como se pretende abordar este tema, de modo a obter, não a solução mas pelo menos a compreensão da pergunta de partida: **Quais as vantagens e desvantagens que doentes mentais e respectivos cuidadores identificam em relação à desinstitucionalização?**

A pergunta de partida apresentada pode ainda ser desdobrada em várias “sub-perguntas” orientadoras que nos guiarão no estudo:

**1 - Existirão diferenças no discurso entre os doentes institucionalizados e doentes não institucionalizados?**

**2 - Existirão diferenças no discurso entre cuidadores formais e cuidadores informais?**

**3 - Existirá diferença entre o preconizado na teoria e o verificado na prática?**

**4 - Em relação à execução da desinstitucionalização, tanto nos cuidadores como doentes, apontam que seria fácil ou antevêem dificuldades?**

Desde o princípio do processo de desinstitucionalização que os doentes mentais se têm vindo a deparar com dificuldades, nos recursos ao dispor dos sistemas de saúde. A não satisfação dos doentes com as alternativas habitacionais que lhes apresentam, têm sido o obstáculo maior nas dificuldades encontradas para um processo de investigação entre profissionais e clientes.

#### **1.2. Objectivos**

Tendo em mente a pergunta de investigação acima apresentada, o nosso estudo tem por objectivo: **Conhecer as vantagens e desvantagens, da desinstitucionalização, identificadas pelos cuidadores e pelos doentes.**

Como objectivos específicos determinámos os seguintes:

- Avaliar semelhanças e diferenças nos discursos entre os doentes institucionalizados e doentes não institucionalizados;

- Avaliar semelhanças e diferenças nos discursos entre os cuidadores formais e informais;
- Analisar concordâncias e dissemelhanças entre o preconizado na bibliografia específica e o identificado nos discursos dos participantes;
- Identificar nos discursos expectativas positivas e negativas face ao processo de desinstitucionalização.

### **1.3. Metodologia**

#### **1.3.1. Tipo de estudo**

Tendo em conta a índole subjacente a este trabalho optamos por um estudo do tipo qualitativo, de forma a compreender o fenómeno atrás descrito. Neste tipo de estudo o investigador assume um papel subjectivo, envolvendo-se no fenómeno de interesse.

O termo “qualitativo”, “implica uma ênfase na qualidade das entidades estudadas e nos processos e significações que não são examináveis experimentalmente nem mensuráveis, em termos de quantidade, crescimento, intensidade ou frequência”, Denzin e Lincoln (2003, p. 13)

A pesquisa qualitativa, segundo Polit & Hungler (1995, p. 7), baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios actores.

Para a pessoa que investiga “...a abordagem qualitativa é aquela onde o investigador obtém conhecimento baseado em primeiro lugar na perspectiva construtivista, ou seja, múltiplos significados históricos com o objectivo de desenvolver uma teoria ou padrão, na perspectiva participativa ou em ambas” J. Creswell, (2003, p. 18).

Segundo Bogdan e Bikden (1992, p. 133), a investigação qualitativa expõe cinco pontos específicos:

- 1 - O investigador é um instrumento importante na recolha de dados;
- 2 - A preocupação do investigador é descrever e depois posteriormente analisar os dados;
- 3 - O tema essencial é um processo ou seja o produto final;
- 4 - Os dados são investigados para as causas como um puzzle;
- 5 - Deferência essencialmente ao sentido das coisas, ao “porquê” e ao “o quê”.

O carácter entre o investigador e os participantes na investigação qualitativa é de suprema importância sempre que se cria uma empatia mútua. Perfilham a definição do limite “qualitativo”. Esta contiguidade manifesta-se no campo material (o terreno) e no campo figurativo (a linguagem), Kirk e Miller, (1986).

Jerome Kirk e Marc Miller em seu livro sobre a "Confiabilidade e validade na pesquisa qualitativa" afirmam que:

"Fazer as perguntas erradas, na verdade, é a fonte da maioria dos erros de validade. Dispositivos para guardar contra a pergunta errada são criticamente importantes para o pesquisador". (Kirk e Miller, (1986, p. 30).

### **1.3.2. Participantes**

Dado que se trata de um estudo do qual não se pretendem generalizações, optámos por uma amostra não probabilística e de conveniência de entre os 40 institucionalizados da Unidade de Doentes de Evolução Prolongada (UDEP). Isto porque, refira-se, muitos dos doentes não têm capacidade de resposta autónoma, assim teve-se que seleccionar, de entre o total dos doentes, aqueles que nos foram indicados como os que maior autonomia e menor gravidade de doença possuíam, aspectos importantes ao perfil de participantes que desejávamos, tendo em conta o objectivo do estudo.

Os participantes foram, assim, escolhidos aleatoriamente. E, para salvaguardar essa premissa, os procedimentos de selecção deram-se através de uma pessoa chave para a investigação (Enf.<sup>a</sup> Chefe, Especialista e Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria). A mesma seleccionou os participantes tendo em conta o perfil desejado que lhe foi entregue previamente, e que indicava as características pretendidas ao estudo (ex: doentes autónomos, participativos nas actividades de vida diárias).

Os participantes foram divididos em quatro secções distintas: doentes mentais institucionalizados (1) e não institucionalizados (2) e cuidadores formais (3) e não formais (4). Nas duas situações são residentes no Distrito de Bragança. Tendo em conta o tipo de estudo a amostra é pequena e constituída por indivíduos eleitos de forma intencional pelo investigador. Assim, escolheram-se 5 doentes institucionalizados e 5 não institucionalizados, e, 3 cuidadores formais e 2 informais.

Os 5 doentes não institucionalizados foram escolhidos pelo conhecimento prévio de anteriores internamentos em tempos distintos.

Os cuidadores formais, fazem parte de uma equipa multidisciplinar do hospital onde as mesmas entrevistas foram realizadas, técnicos de enfermagem e especialistas em saúde mental, o outro elemento cuidador formal é professor/monitor da instituição.

Os dois cuidadores informais foram escolhidos aleatoriamente num universo de vários cuidadores, por conhecimento pessoal.

### **1.3.3. Instrumento de recolha de dados e procedimentos para a recolha de dados**

Segundo Fortin (2009, pág. 376), a entrevista semi-estruturada é utilizada em “estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes”.

É fundamental construir o trajecto de vida do doente e enquadrá-lo com os seus diversos contextos, para que seja possível compreender o aparecimento da doença e respectivas repercussões naquela pessoa em particular, que muitas vezes, leva ao sofrimento psíquico, a que estão comumente associadas histórias. A linguagem psiquiátrica é uma linguagem simbólica, fruto das interacções sociais, das crenças, valores, preconceitos mas particularmente egocêntrica e personalizada, Fleming (2003, p. 158).

Tendo isto em conta, recorreremos à entrevista semi-estruturada como técnica de recolha de dados, dado que é um tipo de entrevista que permite algum espaço ao entrevistado para que possa contar mais sobre si e as suas percepções.

Para a construção do guião, que é composto de 40 perguntas, divididas em 4 blocos de 10 perguntas cada, procurámos, através da revisão da bibliografia, encontrar pontos basilares de análise e, com eles, criar as categorias – chave de análise. Finda esta tarefa, empreendemos a construção de objectivos para a entrevista e de perguntas/tópicos guia que nos possibilitariam alcançar o preceituado com as mesmas. **(Anexo III)**

#### **Guião da entrevista**

Para a construção do guião de entrevista formámos 4 grandes categorias que considerámos, depois da revisão bibliográfica, vetores essenciais da desinstitucionalização. Da análise das entrevistas, isto é, dos discursos dos doentes (institucionalizados e na família) obtivemos várias categorias emergentes e subcategorias. O resultado final é o seguinte:

- a primeira (A) tem a ver com a caracterização do sujeito, dividindo-se em (A1) Idade, (A2) Género, (A3) Escolaridade;

- a segunda (B) a percepção em relação à doença, divide-se em (B1) Temporal, (B2) Conhecimento/consciência da doença, (B3) Autonomia/Vida diária, a (B2) ainda se divide em (B2.1) Sabe qual a sua doença e (B2.2) Sinais da doença, a (B3) também se divide em (B3.1) Sono, (B3.2) Higiene e (B3.3) Mobilidade;

- a terceira (C) tem a ver com a auto-estima, divide-se em (C1) Limpo e asseado e (C2) Alimentação saudável, a (C1) subdivide-se em (C1.1) Banho semanal e este em (C1.1.1) Auxílio, e a (C2) ramifica-se em (C2.1) Refeições diárias;

- a quarta (D) com as relações inter-pessoais, bifurca-se em (D1) Convivência, (D2) O que gostaria de fazer e (D3) Preferência casa/instituição, a (D1) ainda se divide em (D1.1) Com quem convive mais e a (D3) divide-se em Favorável/Desfavorável.

Inicialmente o investigador solicitou à Unidade Local de Saúde Nordeste (ULSN), um pedido formal e o consentimento informado, para a devida autorização, com uma duração prevista de quatro meses, no sentido de entrevistar os doentes, caso estes sejam considerados incapazes de o autorizarem por si. **(Anexo I)**

Após o seu deferimento, contactou-se com a Enf.<sup>a</sup> Chefe do serviço em questão, com o intuito de facultar a ligação directa com os entrevistados, o que veio a acontecer, no estreito respeito pela intimidade de cada um dos entrevistados. Depois da devida autorização, iniciaram-se de pronto as respectivas entrevistas.

As entrevistas aos doentes institucionalizados foram realizadas na UDEP – Unidade de Doentes de Evolução Prolongada e tiveram uma duração média de 20 minutos, foram realizadas na presença da enfermeira chefe dos serviços. As entrevistas aos doentes não institucionalizados foram realizadas numa instituição local de solidariedade social na presença de responsáveis e com consentimento informado dos mesmos, em local público e, tiveram uma duração média de 15 minutos.

As entrevistas aos Cuidadores Formais, foram realizadas na UDEP – Unidade de Doentes de Evolução Prolongada, onde esta investigação decorreu e tiveram uma duração média de 30 minutos.

As entrevistas aos Cuidadores Informais foram realizadas nas suas residências na presença dos doentes e tiveram uma duração média de 30 minutos.

Finda a aplicação das entrevistas, procedeu-se à transcrição integral do seu conteúdo. Após várias leituras das mesmas, alcançaram-se mais categorias de análise, emergentes desses discursos recolhidos. Com base, na árvore de categorias, agora mais

completa, procedeu-se à organização dos dados recolhidos, em tabelas e gráficos de análise. Esta opção evidencia ser a mais rigorosa na recolha dos dados, dirigindo o investigador unicamente para a condução da entrevista, Como adiante os autores referem “a preocupação central não é a de se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados” Opinião que faz parte integrante das abordagens qualitativas, Bogdan e Biklen (1994, p. 66).

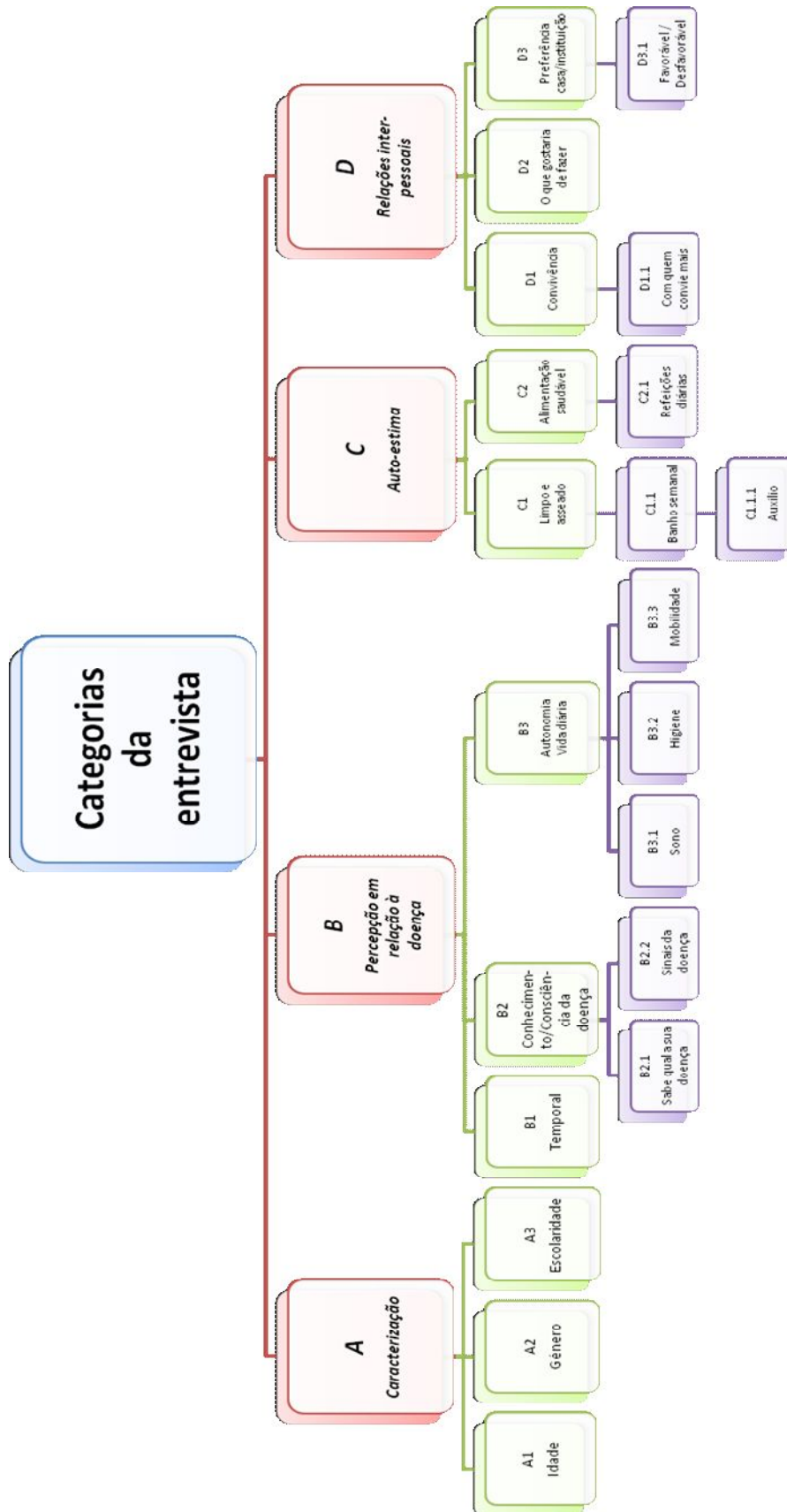


Figura 1. Esquema de categorias das entrevistas

### **1.3.4. Considerações éticas e deontológicas**

Fortin (2003, p. 144) descreve a ética como o “conjunto de permissões e de interdições que tem um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspirem para guiar a sua conduta”.

Numa investigação como esta, existem determinadas questões éticas e morais, as quais delineiam a liberdade dos intervenientes, tanto do investigador como dos investigados. Destacando-se então, o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo; direito ao anonimato e à confidencialidade.

Assim sendo, de forma a respeitar os direitos referidos, foi facultada toda a informação necessária acerca deste estudo a todos os participantes ou tutor legal caso sejam considerados como não capazes de o entender por si, com o intuito de se proceder a um consentimento livre e esclarecido, Fortin (2003, p. 144). Como tal solicitámos um consentimento informado (aos cuidadores formais e informais no que concerne aos doentes entrevistados) para procedermos às entrevistas com os doentes e com os cuidadores. (Anexo II)

Para além do mais, tendo em vista a salvaguarda do direito à confidencialidade e anonimato, eliminámos dos discursos apresentados neste trabalho todas as referências a localizações e dados específicos que pudessem permitir a identificação dos autores dos mesmos, bem como, substituímos o nome dos participantes por códigos simbólicos, sendo as iniciais o ponto de referência, ver índice de abreviaturas.

## **2. Apresentação dos resultados por categorias de análise**

### **2.1. Doentes**

Foram entrevistados 10 indivíduos que apresentam alguma patologia do foro psicológico, sendo que 5 estão institucionalizados e os outros 5 estão a cargo das famílias. Ainda inquirimos 5 cuidadores, 3 formais e 2 informais. As entrevistas foram transcritas e elaborou-se uma base de dados no SPSS tendo em conta as quatro categorias da entrevista: caracterização, percepção em relação à doença, auto-estima e relações interpessoais. Os resultados são apresentados tendo em conta a institucionalização do entrevistado.

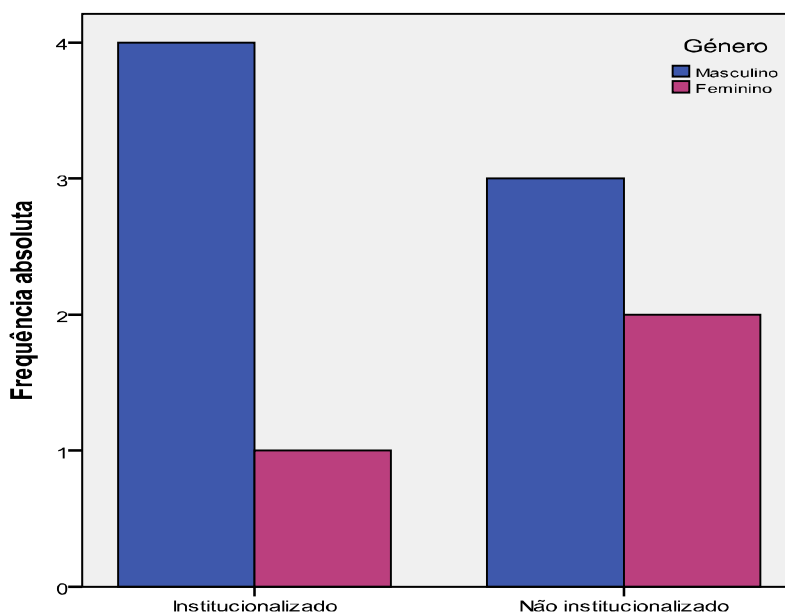
As idades dos indivíduos institucionalizados são: 46, 49, 36, 39 e 45 anos e estão doentes à, respectivamente, 30, 5, 18, 25 e não sabe. Quanto aos não institucionalizados, 52, 52, 57, 42 e 34 anos, e referem que estão doentes há, 13, 17, desde sempre, mais de 20 e 19 anos, respectivamente. Estes resultados são apresentados na tabela 1.

**Tabela 1**

	Idade	Está doente há:
Institucionalizados	46	30
	45	Não sabe
	49	5
	36	18
	39	25
Não institucionalizados	52	13
	52	17
	57	Desde que nasceu
	42	Mais de 20 anos
	34	Há pelo menos 19 anos

**Idade e tempo a que está doente**

Quanto ao género, há 4 indivíduos do sexo masculino e 1 do feminino nos institucionalizados, e, 3 do sexo masculino e 2 do feminino nos não institucionalizados (figura 2). Quanto à escolaridade, nos institucionalizados três têm o 1.º ciclo, um tem o 2.º ciclo e um com o secundário. Nos não institucionalizados, um tem o 1.º ciclo, um com o 2.º ciclo, dois com o secundário e um com ensino superior (figura 3).

**Figura 2. Distribuição dos participantes segundo o género**

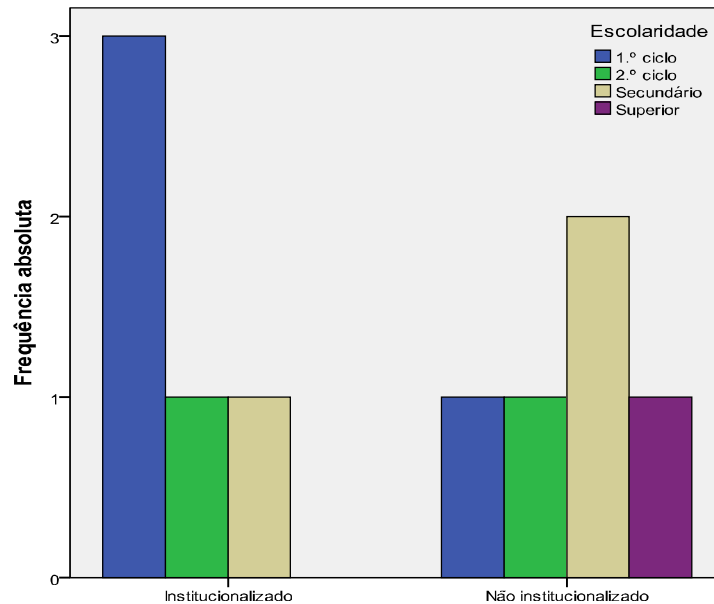


Figura 3. Distribuição dos participantes segundo a escolaridade

## 2.2. Percepção da doença

### • Temporal

#### B1 – Temporal

EI 4 - “Tive sempre problemas psicológicos, mas sempre estudei e trabalhei, mas foi a partir dos 18 anos que se fez notar mais.”

#### ED (Entrevista Desconstitucionalizado)

#### B1 – Temporal

ED 5 - “Desde que comecei a tomar anti-depressivos, a minha vida mudou muito. No aspecto físico, no aspecto psicológico, tudo. A minha mãe e a minha avó deram-me maus tratos físicos e quando tinha 15 anos internaram-me na psiquiatria, era uma criança. Desde os 15 anos até agora nunca parei de andar em psiquiatrias. Foi uma vida muito ingrata e muito cruel.”

### • Conhecimento, consciência da doença

Quanto à percepção da doença, nos institucionalizados há um que não sabe que doença tem mas sente dores em todo o corpo, e, os restantes mencionam stress, nervos, depressão crónica e esquizofrenia, sendo os sinais evidenciados, stress e dores de cabeça; falta de visão; isolamento, tristeza e tentativa de suicídio; sem problemas físicos, respectivamente.

Os não institucionalizados referem doenças como AVC (sinais: dores no braço e perna), bipolar 2 (sinais: alucinações, insónias dificuldades de comunicação, introversão e choro), esquizofrenia (sinais: perturbações mentais), há um que não sabe e um que acha que não está doente (sinais: sentia umas trapalhices e umas visões quaisquer).

## **B2 – Conhecimento/Consciência da doença**

EI 3 - “A minha doença é uma depressão crónica profunda, disse-me a Dr.<sup>a</sup> C... que é a minha médica.”

### **B2.2 – Sinais da doença**

“Isolamento, tristeza, não ter vontade de viver, não sou nada sociável, afastou-me das pessoas, mesmo de pessoas de quem gosto muito, dá-me para o suicídio. Já fiz 3 tentativas de suicídio, na terceira estive às portas da morte. Os médicos diziam que tinha 1% de hipótese de me salvar. A operação aos intestinos foi tudo derivado à medicação, a minha barriga ficou um monstro.”

Estes resultados são apresentados na tabela 2.

**Tabela 2**

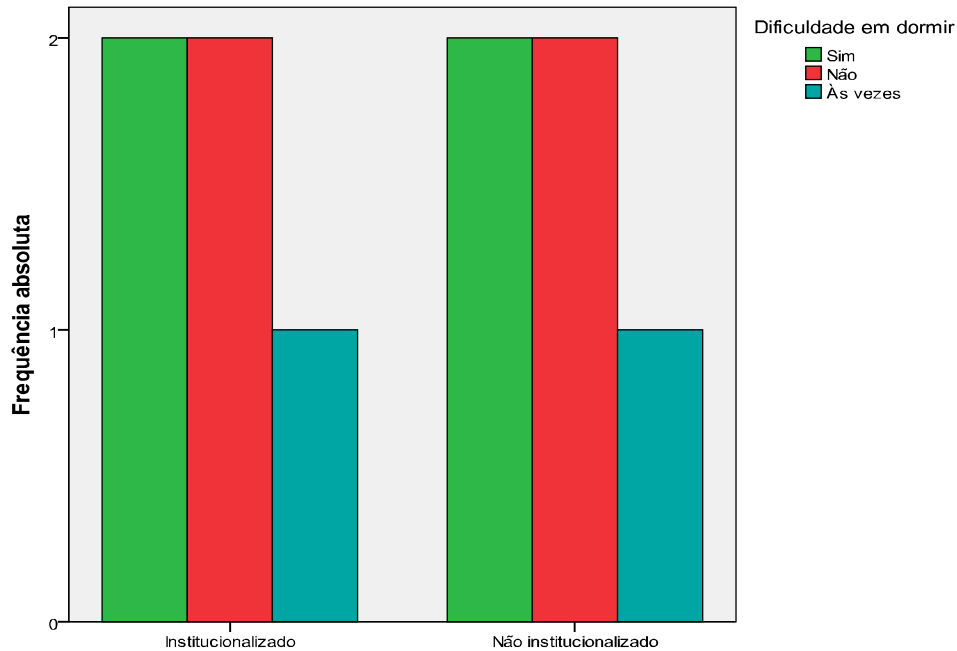
	<b>Doença</b>	<b>Sinais da doença</b>
<b>Institucionalizados</b>	Stress	Stress, dores de cabeça
	Nervos	Falta de visão
	Depressão Crónica	Isolamento, tristeza, tentativa de suicídio
	Esquizofrenia	Não tenho problemas físicos
	Não sabe	Dores pelo corpo todo
<b>Não institucionalizados</b>	AVC	Dores no braço e perna
	Bipolar 2	Alucinações, insónias, dificuldades de comunicação, introversão, choro
	Não estou doente	Sentia umas trapalhices, umas visões quaisquer
	Esquizofrenia, psicopatia	Perturbações mentais
	Não sabe	Agora ando bem, eu já tive dores

### **Distribuição dos participantes de acordo com a doença e respectivos sinais da doença**

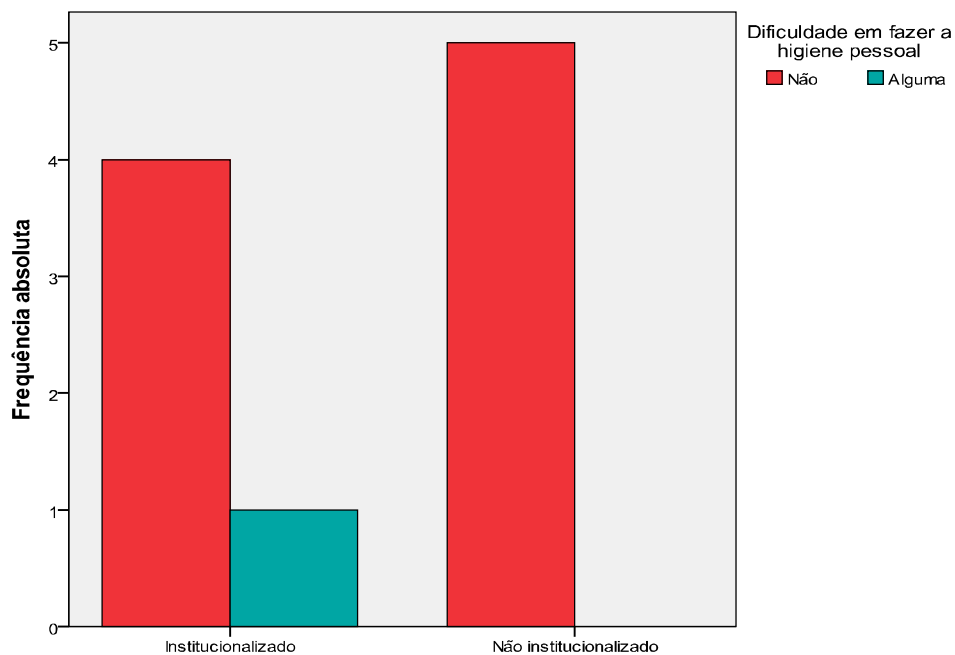
## **2.3. Autonomia na vida diária**

No que concerne à autonomia da vida diária, em particular, dificuldade em dormir, há 4 inquiridos que dormem mal, dois institucionalizados e dois não institucionalizados, 4 que não têm dificuldade (2/2) e 2 que às vezes têm dificuldade em dormir (1/1) (figura 4). Quanto a ter dificuldade em fazer a higiene pessoal, 9 inquiridos

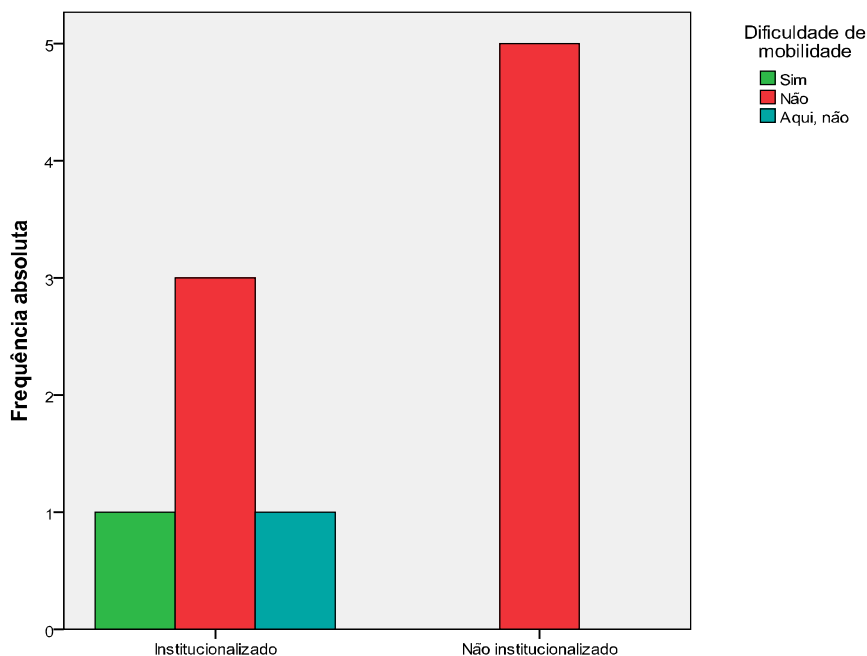
respondem negativamente e 1 institucionalizado refere que às vezes tem dificuldade (figura 5). Na existência de dificuldade de mobilidade há um institucionalizado que responde afirmativamente, um outro que responde “aqui não”. Os restantes institucionalizados e os não institucionalizados afirmam não ter dificuldades de mobilidade (figura 6).



**Figura 4. Distribuição dos participantes tendo em conta a dificuldade em dormir**



**Figura 5. Distribuição dos participantes tendo em conta a dificuldade em fazer a higiene pessoal**



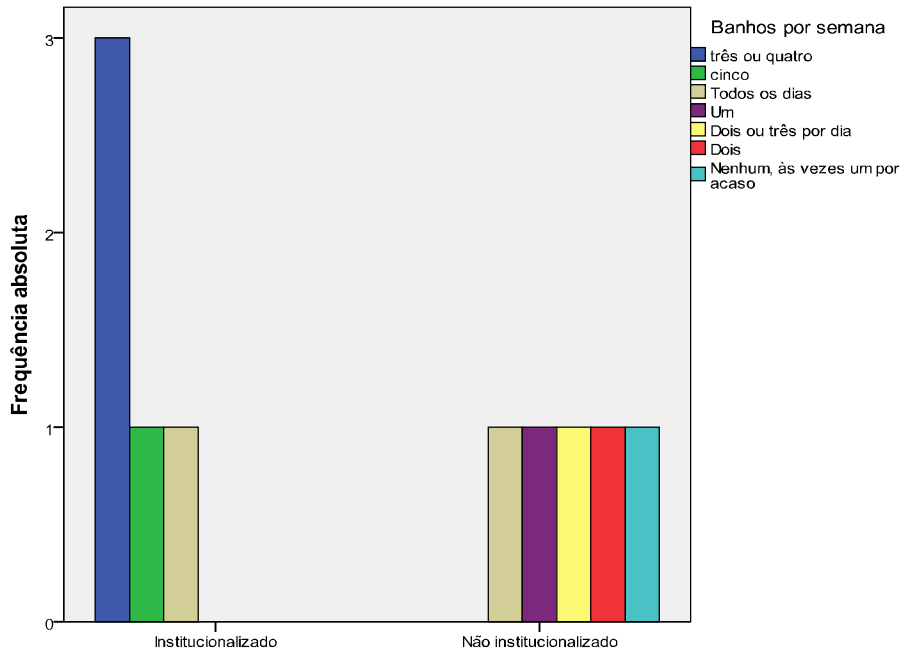
**Figura 6. Distribuição dos participantes tendo em conta a existência de dificuldades de mobilidade**

## 2.4. Auto-estima

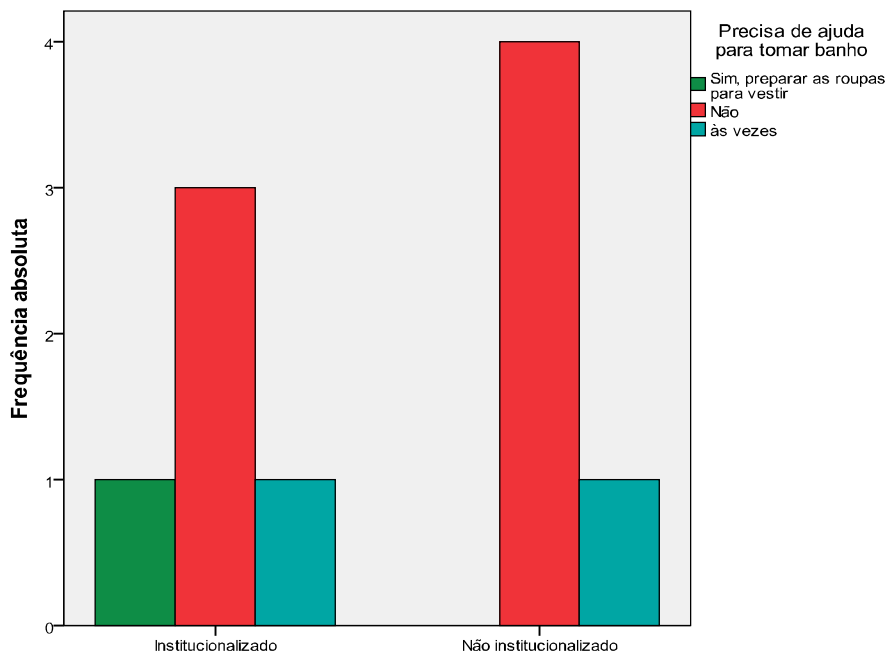
### • Limpo e asseado

No que toca ao número de banhos semanais, de notar que os indivíduos institucionalizados referem três ou quatro, cinco ou todos os dias. Já os indivíduos não institucionalizados apresentam maior variabilidade pois há um que não toma banho e quando toma é por acaso, um inquirido diz tomar um banho por semana, um outro toma dois banhos por semana, um que toma todos os dias e um outro que toma dois ou três por dia (figura 7).

Quanto ao precisar de ajuda para tomar banho, a maioria dos inquiridos responde que não; há um institucionalizado que precisa de ajuda no que toca a preparar as roupas, e dois inquiridos que às vezes precisam de ajuda, sendo um institucionalizado e o outro não institucionalizado (figura 8).



**Figura 7. Distribuição dos participantes tendo em conta os banhos semanais**



**Figura 8. Distribuição dos participantes tendo em conta a necessidade de ajuda para tomar banho**

#### • Alimentação saudável

Na figura 9 apresentamos a distribuição da amostra tendo em conta o número de refeições diárias. Constata-se que todos os inquiridos institucionalizados fazem 5 refeições por dia. Quanto aos não institucionalizados dois referem 2 refeições, um refere 3 refeições e os outros dois dizem fazer 5 refeições por dia.

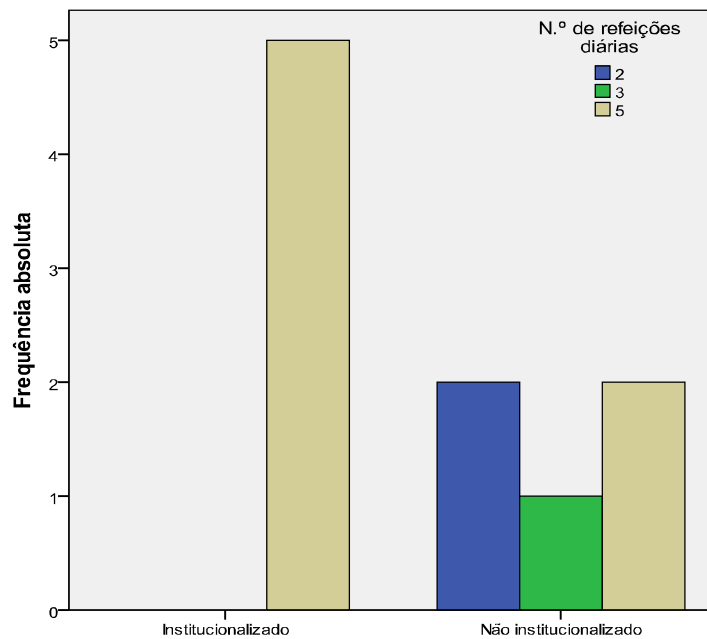


Figura 9. Distribuição dos participantes de acordo com o número de refeições diárias

## 2.5. Relações interpessoais

### • Convivência

Quando inquiridos sobre com quem costuma conviver, dois institucionalizados mencionam outros doentes, um privilegia os vigilantes, um refere os amigos e outro diz conviver com todos. Os não institucionalizados mencionam conviver com os amigos, irmão e amigos e ainda com as pessoas que o rodeiam. Estes resultados são apresentados na figura 10.

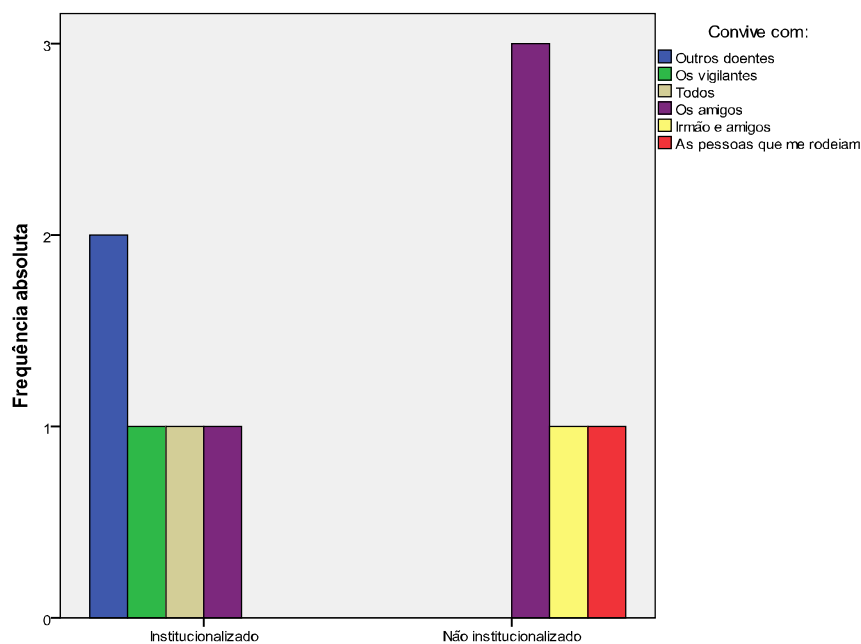


Figura 10. Distribuição dos participantes de acordo com quem convive

### • O que gostaria de fazer

Quando inquiridos sobre o que gostariam de fazer obtêm-se respostas muito diversificadas. Há dois institucionalizados que gostariam de trabalhar na construção, um gostaria de jogar à corda, outro gostava de terminar o curso de Psicologia e outro gostava de ter uma profissão como por exemplo ser professora. Os não institucionalizados indicam todos gostos diferentes: estar num restaurante, descobrir a cura da SIDA, lidar com computadores, outro refere que gostava de ter uma casa e um carro e ainda ser cantora ou atriz. E, há ainda um não institucionalizado que gostaria de ser útil.

### D2 – O que gostaria de fazer

“Eu andei dois anos a tirar o curso de psicologia no Isla em (...), se tivesse oportunidade gostaria de concluí-lo.”

Estas respostas são apresentadas na figura 11.

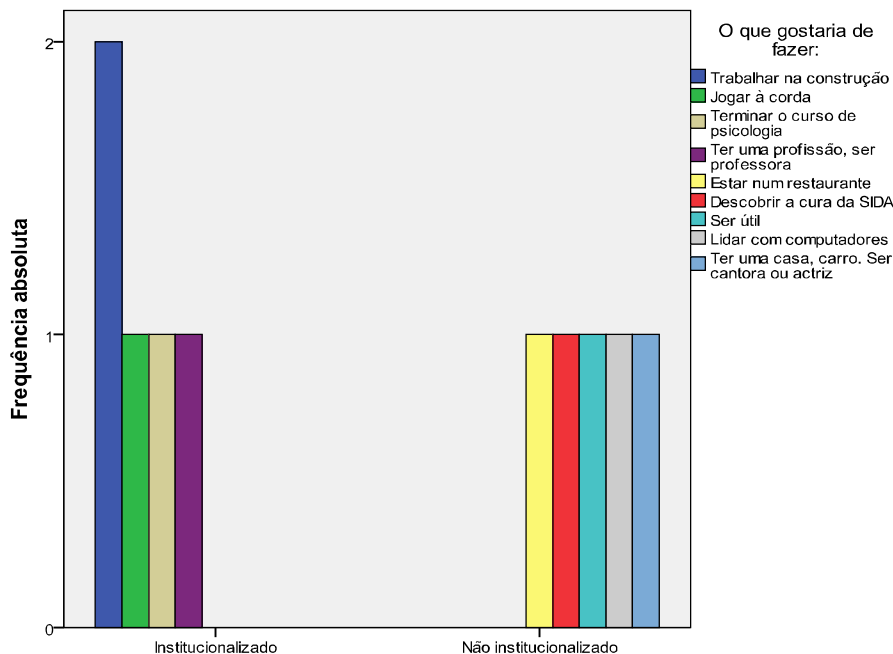


Figura 11. Distribuição dos participantes sobre o que gostaria de fazer

### • Preferência casa ou instituição

Por último, os inquiridos divulgaram o local onde gostariam de estar (figura 12). Apenas dois optam por uma instituição, sendo um institucionalizado e um não institucionalizado. Os outros quatro institucionalizados opinaram que preferiam estar na

família mas que esta não tem condições para os acolher, e, os quatro não institucionalizados preferem a família.

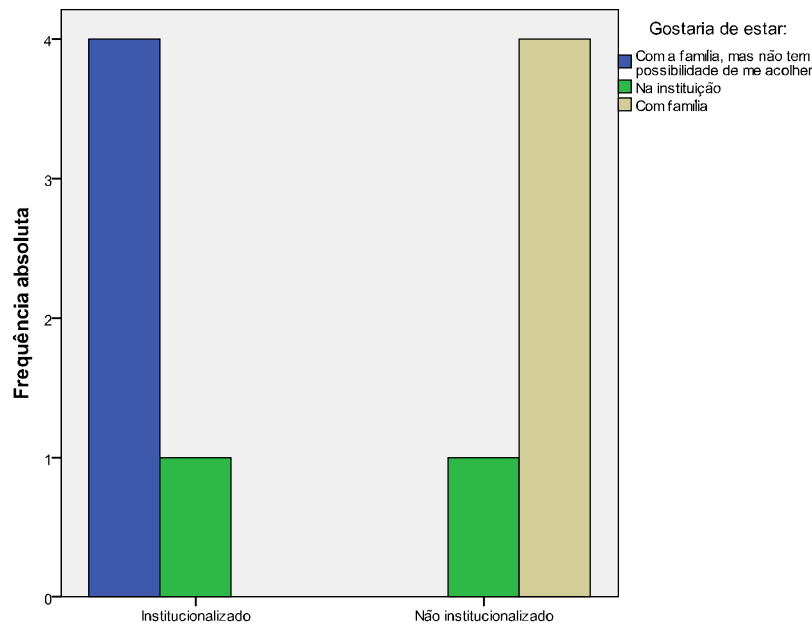


Figura 12. Distribuição dos participantes sobre o local onde gostariam de estar

### EI (Entrevista Institucionalizado)

EI 1 - “Eu preferia estar na família, mas a família não tem possibilidades me acolher. A casa onde eu habitava caiu abaixo.”

### D3 - Preferência casa / instituição

D3 - “Antes preferia estar na família, se a minha família tivesse possibilidades de me acolher.”

### D3 - Preferência casa / instituição

ED 2 - “Numa instituição é horrível. Há que levantar a horas, àquela hora há que ir para a cama, não se pode levantar durante a noite e há que levantar cedo. São muito limitativos. Na psiquiatria em (...) meteram-me no quarto escuro, eu nunca fui agressiva, não sei qual o motivo. No (...) por eu estar muito alegre disseram que estava muito excitada, a enfermeira sem autorização de ninguém espetou-me uma injeção de haldol, não me deixava acordar de noite.”

## 2.6. Cuidadores

Neste estudo foram entrevistados 5 cuidadores: 2 do tipo informal e 3 formais, sendo que um destes também cuida de um familiar, isto é, também é formal. As idades destes cuidadores são: 29, 44, 51, 55 e 56 anos. Quanto ao género apenas um cuidador é

do sexo masculino, tratando-se de um cuidador formal. Todos os cuidadores entrevistados têm habilitação superior (licenciatura).

Os dois cuidadores informais referem que os seus familiares têm as doenças há 8, 11 anos. Os formais referem que as pessoas de quem tratam estão doentes há muito tempo, mais de 20 anos. Um destes menciona 26 anos (referindo-se, na minha opinião, ao tempo de exercício da profissão).

Quanto à percepção/conhecimento da doença, os cuidadores formais referem que a maioria dos doentes não sabe a doença que tem, já os informais, afirmam que os seus familiares têm conhecimento da sua doença. Quanto aos sinais da doença, os cuidadores formais mencionam que alguns doentes sentem que vão ter um ataque e inclusive conseguem pedir ajuda, sucedendo o mesmo com o familiar de um cuidador informal. O outro cuidador não formal indica que o seu familiar não tem ataques.

Quanto ao sono, todos referem haver dificuldades e, os cuidadores formais indicam que a maioria dos doentes são medicados para poderem dormir, o mesmo sucedendo com os familiares dos cuidadores não formais.

No que concerne à higiene, um dos cuidadores formal refere que os doentes com quem lida diariamente são autónomos, mas, os outros dois referem que a maioria tem dificuldade e precisa de ajuda. Um cuidador informal refere que o familiar a seu cargo não tem dificuldade e não precisa de ajuda, mas o outro precisa sempre de ajuda. Quanto ao banho, 4 cuidadores (2 formais e 2 não formais) indicam que o tomam diariamente, e, um dos cuidadores formal refere que tomam no mínimo três banhos semanais, dependendo das actividades em que os doentes participam.

Quanto à mobilidade, há um cuidador formal que indica que a maioria não tem dificuldade de locomoção e um informal que refere que o seu familiar também não tem dificuldade nesse âmbito. Os restantes cuidadores respondem que não existem dificuldades de locomoção.

Todos os cuidadores indicam que o número de refeições diárias é de 5.

Quanto às actividades que os doentes gostariam de fazer os cuidadores formais tiveram dificuldade em enunciá-las. Já os cuidadores informais responderam “ser criador de vacas mirandesas” e “tirar a carta de condução”.

Por último, quando inquiridos sobre se os doentes preferem estar numa instituição ou na família, todos os cuidadores são da opinião que preferem estar na família. Há um cuidador formal que tendo esta opinião, menciona que hoje em dia as famílias não têm capacidade para assumir tal responsabilidade.

### **ECF (Entrevista Cuidador Formal)**

ECF 1 - “Convivem com os enfermeiros que estão de serviço, com o pessoal auxiliar, pessoal técnico e estagiários.

Eles conseguem estruturar de modo a perceber aquilo que lhes dá mais prazer, na ocupação do seu dia-a-dia. Eles próprios fazem um rastreio e uma selecção para onde eles gostam mais de ir.

Eles preferir, preferir, se lhes dessem a escolher, preferiam ir todos para casa, para estar com a família. O primeiro impacto dando-lhe a escolher, eles preferiam ir para casa.”

ECF 2 - “Convivem mais com os técnicos de saúde que são os assistentes operacionais e os enfermeiros.

Sei lá. Eu penso que eles gostavam muito de serem acompanhados pela família, ter uma actividade extra serviço, ou na comunidade, mas que neste momento não há recursos disponíveis e é impossível.

Eles gostam de estar na família. Mas eu penso, que a maior parte deles prefere estar aqui.”

ECF 3 - “Geralmente eles tentam se agrupar, acabam por ter as suas afinidades uns com os outros e falam das histórias deles, das aldeias, arranjam os seus conhecimentos e fazem as suas amizades como nós. Convivem com os técnicos de saúde que são os assistentes operacionais e os enfermeiros. A de casa com a família e com amigos, que lá vão de vez em quando.

Nunca conversei assim muito. É capaz que cada um deles tenha os seus interesses. A minha mãe já não tem capacidade para essas coisas.

Eles gostariam de estar sempre mais na família, todos nós gostamos da família. No contexto actual como vivemos, é impossível a família tê-los. O lar é um mal menor. Estive lá, conheço a lar e penso que eles são bem cuidados. Quem fala mal dos lares não conhece os lares. Mesmo na instituição eu acho que as pessoas são bem cuidadas. Em relação aos cuidadores, eu penso que os cuidadores ainda não precisam de quem cuide deles, lá chegará o tempo. Tudo a seu tempo, vitimizam-se demais.”

### **ECI (Entrevista Cuidador Informal)**

ECI 2 - “Na família, na família e sempre na família. Apesar de darem muita preocupação à família, serem entre aspas uma prisão para a família, porque o peso da responsabilidade é grande, 24 horas por dia. Os cuidadores também aqui precisam de

cuidados, o Estado devia proporcionar aos cuidadores não formais, que são os filhos geralmente as filhas mais que os filhos, devia dar algumas benesses. Eu estou sem trabalhar há quatro anos, há 9 anos que durmo mal, há 4 anos que estou com um esgotamento, que já tive várias repetições porque durmo mal, ou melhor não durmo e portanto estou na contingência de ir para licença sem vencimento se não me derem a reforma, porque eu desenvolvi bipolaridade, glaucoma, depressões e outras doenças derivadas, doenças renais por causa da medicação que tomo também para aguentar as 24 horas e portanto não posso trabalhar. O que é certo é que qualquer dia o estado manda-me embora, se não me derem a reforma por incapacidade, já viu as consequências disso, para uma pessoa com 55 anos. O cuidador não formal devia ser protegido pelo estado e bem protegido, eu não tenho vida pessoal, um cuidador não formal não tem vida própria, quer os pais consigo mas, não tem vida própria, e o Sr. sabe disso porque conhece a minha vida, nenhum companheiro aguenta este tipo de situação.” ...

### **3. Conclusão/Reflexão**

Com este trabalho pode-se concluir, que o processo de desinstitucionalização do doente mental não tem sido pacífico na comunidade científica e, que, pelo que nos foi dado a saber, dentro dos diferentes grupos de participantes entrevistados, também essa “pacificidade” sobre a temática também não está alcançada. Desde o início do processo de desinstitucionalização que este se tem vindo a deparar com dificuldades. Passando pelos poucos recursos ao dispor dos serviços de saúde mental, à não articulação entre os serviços hospitalares e os centros comunitários de saúde mental, até à falta de investimentos em alternativas habitacionais.

Com a realização deste trabalho permitiu-nos apreender que, as mudanças ocorridas na realidade sociais, política, económica e cultural, hoje impulsionam a reforma psiquiátrica com repercussões na vida do doente mental, da sua família e na sociedade.

Torna-se assim necessário criar novos papéis para os técnicos, no sentido de preparar os doentes e de os encaminhar para as actividades de vida diária, promovendo-se a sua autonomia e inclusão social. Que estes profissionais ajudem os doentes a escolher e a manter uma habitação, que possa ir de encontro às suas mais elementares necessidades.

É nosso entendimento que, apesar das dificuldades actuais é possível desmistificar a ideia fatalista de que o doente mental deve estar internado num hospício psiquiátrico,

mas sim, trazê-lo à luz do dia e restaurar a esperança perdida da pessoa humana e sorrir, no grande sonho duma vida melhor, mais humanizada.

Analisámos as opiniões de vários participantes entrevistados: Institucionalizados, Desinstitucionalizados, Cuidador Formal e Cuidador Informal.

Concluímos que, na categoria A - doentes Institucionalizados, têm as idades de 46, 49, 36, 39 e 45, nos doentes não institucionalizados, 52, 52, 57, 42 e 34 anos.

No que concerne ao género, institucionalizados, há 4 doentes do sexo masculino e 1 do sexo feminino, nos não institucionalizados, 3 do sexo masculino e 2 do sexo feminino.

Em relação à escolaridade, três têm o 1.º ciclo, um tem o 2.º ciclo e um com o secundário. Nos não institucionalizados, um tem o 1.º ciclo, um com o 2.º ciclo, dois com o secundário e um com ensino superior.

Na categoria B - doentes Institucionalizados, mencionam que estão doentes há, 13, 17, desde sempre, mais de 20 e 19 anos, respectivamente. Nos não institucionalizados, um há 13 anos., outro desde 1994, um refere desde que nasceu, há mais de vinte anos, e por último outro refere que desde que começou a tomar anti-depressivos, a vida dele mudou muito.

Enquanto ao conhecimento da doença, nos institucionalizados há um que não sabe que doença tem mas sente dores em todo o corpo, e, os restantes mencionam stress, nervos, depressão crónica e esquizofrenia, sendo os sinais evidenciados, stress e dores de cabeça; falta de visão; isolamento, tristeza e tentativa de suicídio; sem problemas físicos, respectivamente.

Nos não institucionalizados referem doenças como AVC (Acidente Vascular Cerebral) (sinais: dores no braço e perna), bipolar 2 (sinais: alucinações, insónias dificuldades de comunicação, introversão e choro), esquizofrenia (sinais: perturbações mentais), há um que não sabe e um que acha que não está doente (sinais: sentia umas trapalhices e umas visões).

Os não institucionalizados referem doenças como AVC (sinais: dores no braço e perna), bipolar 2 (sinais: alucinações, insónias dificuldades de comunicação, introversão e choro), esquizofrenia (sinais: perturbações mentais), há um que não sabe e um que acha que não está doente (sinais: sentia umas trapalhices e umas visões quaisquer).

Na autonomia, doentes Institucionalizados relatam, aqui não tenho dificuldade, outro refere que em casa sentia alguma dificuldade, outro não tem dificuldade em se movimentar, dois referem que não, têm dificuldade nenhuma.

No grupo C - doentes Institucionalizados, aludem que depende, se vai a jogar à bola, segundas, quartas, quintas e sábados, e outro quatro vezes, um ainda toma mais que três, também responde que quando vai à bola ou à piscina toma 4 ou 5 vezes por semana, por último, um todos os dias.

Nos não institucionalizados, um refere uma por semana, outro, duas três vezes por dia, um, nenhuma, outro às vezes uma vez por acaso, duas vezes, todos os dias, o cabelo duas vezes por semana.

Em relação à alimentação, os doentes Institucionalizados, todos eles têm pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia, 5 vezes.

Nos não institucionalizados, um participante menciona duas, outro almoço e jantar, o pequeno-almoço tomo fora, um o pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e noite, outro faz duas, Faço duas, outro ainda o pequeno-almoço, almoço, o lanche, jantar e ceia.

No grupo D - doentes Institucionalizados, a maioria refere que convivem com toda a gente, outro adianta que convive pouco, como anda com a depressão crónica está sempre deprimido, mas convive com os companheiros de quarto, com um que esteve com ele na tropa que é o (...).

No que gostariam de fazer, nos doentes Institucionalizados, um diz que gostava mais de jogar à corda, dois gostavam de trabalhar na construção, outro andou dois anos a tirar o curso de psicologia no Isla, se tivesse oportunidade gostava de concluí-lo, por último era ter uma profissão. Gostava de ser professora.

No que concerne à preferência casa / instituição, pergunta de fundo que enquadra este trabalho, o resultado é esmagador, 80% dos participantes responderam que a casa era o lugar ideal para ficar.

No grupo dos cuidadores, todos concordam com a estada dos doentes na família sempre que as condições habitacionais sejam humanizadas e discordam da maneira como a grande maioria dos doentes mentais e sujeito ao abandono. Na maioria dos casos, não existiam recursos disponíveis para dar resposta às necessidades básicas de uma população desprovida de rendimentos, de habitação, de alimentação, de vestuário e de cuidados de saúde, Ornelas (1996) citado por Maria (2000, p. 182).

Em ambos os grupos, verificamos discordância quanto ao ponto relacionado com a alimentação e o banho. Neste âmbito podemos concluir que tal se deve a uma maior vigilância por parte dos profissionais de saúde, em detrimento da família que ainda se mostra pouco sensibilizada para esta realidade.

Neste trabalho, centrámos as nossas atenções nas alternativas habitacionais ao dispor de indivíduos com perturbações mentais, por este ser um aspecto determinante num processo de reabilitação, Blanch, et al. (1996) citado por Maria (2000, p. 188).

Nas competências emocionais e sociais, incluem-se as dimensões da autoconfiança, do auto domínio, da adaptabilidade, da inovação, da motivação, da iniciativa, da colaboração e cooperação, da gestão de conflitos e da capacidade de trabalhar em equipa.

É nesta dinâmica que se planificam objectivos e desenvolvem actividades visando a valorização pessoal e a integração social de pessoas com doença mental.

Com a finalidade de facilitar uma possível transição para programas de integração sócio profissional.

Permitindo o desenvolvimento das suas capacidades, pretende-se:

- Promover a auto-estima;
- Valorizar a autonomia pessoal e social;
- Privilegiar a interacção com a família;
- Promover a participação em contextos e actividades sociais;
- Facilitar uma possível transição para programas de integração sócio profissional.

Fazendo parte de uma Equipa de Técnicos de Saúde, ao longo do desempenho profissional como Assistente Operacional /Técnico de Educação Social, colaborando na satisfação do Plano de Actividades, desenvolvendo competências nas vertentes humanas, técnicas, sociais e relacionais.

Motivados por melhorar as nossas competências, tentamos dar contributos da nossa aprendizagem científica adquirida ao longo do percurso académico.

## Considerações finais

A realização deste trabalho pretendeu contribuir, na medida do possível, para um maior conhecimento do doente mental na família, permitiu ainda apreender o quão importante é a desinstitucionalização para o doente mental. Nesta linha de orientação o trabalho empírico foi direccionado com o objectivo de identificar os factores determinantes com repercussões na vida do doente mental, da sua família e da sociedade. Esta temática surgiu-nos na sequência do Plano Nacional de Saúde Mental, (2007-2016).

A sobrecarga das famílias cuidadoras, resultante dos baixos rendimentos, desestimulam a suportar a convivência com o doente mental, tanto pela necessidade de suportar um adulto improdutivo, carente de cuidados especiais e por outras questões de ordem económico-social, Tsu (1993) citado por Sadigursky (1998, p. 25).

Muito há a fazer para que esta situação se concretize, nomeadamente no que concerne às condições de habitabilidade que cada um dos doentes encontra na família. Como todos nós sabemos, ainda existem lacunas neste aspecto, aldeias, vilas e cidades que não têm condições de habitabilidade para dar guarida aos seus entes queridos, devolvendo-lhe a cidadania há muito tempo negada.

A partir do momento que os profissionais percebam a importância do envolvimento da família na recuperação das pessoas com doença mental, o seu processo de reinserção terá grandes probabilidades de apresentar resultados satisfatórios.

Consideramos que o principal objectivo a atingir em trabalhos futuros, será implementar melhores estratégias de intervenção para melhores resultados neste processo. Assim, a preparação de técnicos especializados e organização de equipas mediante o que está preconizado no Plano nacional de Saúde Mental é emergente e fundamental para a gestão e ganhos em saúde e qualidade de vida.

Marconi e Lakatos (2002, p. 98), referem que sendo o problema uma dificuldade encontrada a nível da prática ou da teoria, relacionada com alguma coisa que tem realmente importância e para a qual se deve encontrar uma solução, cabe aqui explicitar como se pretende abordar este tema, de modo a obter, não a solução mas pelo menos a compreensão da pergunta de partida:

**Quais as vantagens e desvantagens que doentes mentais e respectivos cuidadores identificam em relação à desinstitucionalização?**

A pergunta de partida apresentada pode ainda ser desdobrada em várias “sub-perguntas” orientadoras que nos guiarão no estudo:

**1 - Existirão diferenças no discurso entre os doentes institucionalizados e doentes não institucionalizados?**

Analisando o conteúdo das respostas dadas pelos diferentes participantes é evidente a diferença de sentimentos, de estímulo e de valores.

**2 - Existirão diferenças no discurso entre cuidadores formais e cuidadores informais?**

Analisando o conteúdo das respostas dadas por estes participantes, também a informação e a importância do objecto de estudo é notoriamente distinta. Enquanto os cuidadores formais realçam a necessidade do doente ser cuidado no seu ambiente familiar/comunidade, com a retaguarda da equipa multidisciplinar na qualidade devida do doente; os cuidadores informais salvaguardam que os cuidados holísticos ao seu doente, encontram-se reunidos nas instituições.

**3 - Existirá diferença entre o preconizado na teoria e o verificado na prática?**

Teoricamente há levantamento de necessidades e desenvolvimento de projectos, embora as dificuldades de aplicabilidade em campo são multifactoriais.

**4 - Em relação à execução da desinstitucionalização, tanto nos cuidadores como doentes, apontam que seria fácil ou antevêm dificuldades?**

Em todos os intervenientes deste processo, existem certezas, de que as dificuldades de intervenção são maiores do que as facilidades e dúvidas em relação às vantagens e desvantagens do processo de desinstitucionalização.

Em resposta à pergunta de partida que se definiu no início do estudo, verificamos que o corpo e a mente não podem ser separados, pelo que o sistema deve adequadamente preparar-se para responder holisticamente aos cuidados gerais de saúde necessários.

Assim com base na investigação realizada, concluiu-se que, embora os doentes prefiram os cuidados na família, os recursos políticos, sociais e familiares disponíveis são frágeis.

Futuras investigações poderão dissecar, mais particularidade, a temática da desinstitucionalização do doente mental, pesquisada no presente estudo, recorrendo a uma amostra de maior grandeza e com uma quantidade maior de participantes, quer institucionalizados, quer na família.

Uma vez que este estudo foi de carácter exploratório consideramos que qualquer um dos pontos abordados poderá constituir-se em novos pontos de partida para novas análises ou aprofundamentos da presente pesquisa.

Se houver intervenção psicossocial por parte de uma equipa técnica multidisciplinar na família e na comunidade é possível a reabilitação multifactorial que proporcionem condições favoráveis à substituição dos cuidados institucionalizados por cuidados desinstitucionalizados com qualidade de vida e promoção de saúde mental.

É de todo relevante, enaltecer e promover a qualidade de vida dos doentes mentais, a manutenção da sua autonomia, actividades de enriquecimento, e entretenimento social e realização das actividades físicas diárias. A materialização da presente investigação, conteve algumas limitações no que diz respeito a trabalhos concluídos com este teor, mas, nem tudo é mau. No que concerne ao apoio prestado por todos os participantes: doentes mentais, institucionalizados e não institucionalizados, cuidadores formais e informais, a própria Chefe de serviços, foram de uma prestável ajuda.

Foi utilizada a metodologia qualitativa cujas técnicas de investigação reúnem a observação participante, pesquisa bibliográfica e entrevista semi-estruturada. Foram entrevistados quinze participantes, 5 doentes institucionalizados, 5 doentes não institucionalizados, 5 cuidadores – 3 formais e 2 informais. A informação foi sujeita a análise de conteúdo após terem sido elaboradas categorias de análise, revelando ser sempre um projecto em construção.

Os doentes não institucionalizados referem a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das particularidades mentais estão directamente relacionadas com a actividade social, o convívio, sentir-se integrado e útil na família e na comunidade.

Os doentes institucionalizados na sua grande maioria, preferem estar na família, mesmo sabendo que as condições de habitabilidade não são condignas, para que haja um suporte familiar adequado.

Cada cuidador tem um perfil próprio, métodos de trabalho diferenciados de indivíduo para indivíduo. A diferença consiste no que concerne ao perfil do cuidador formal. Estes, na sua maioria têm qualificação para o efeito e é remunerado por isso.

O cuidado informal sobrevém da prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não remunerados, normalmente, são as filhas ou mulher, do nosso estudo podemos depreender que alguns

cuidadores informais também necessitam eles de cuidados diferenciados, devem ter motivação, amor, ternura e o afecto que levem o cuidador informal a assumir esse papel.

Jencks (1995), indica que de 1950 a 1975, o número de doentes internados nos hospitais psiquiátricos decaiu de 468 para 119 por cada 100 000 adultos, a política de desinstitucionalização actuou bastante bem.

Em relação ao estudo empírico efectuado, considera-se que os objectivos inicialmente previstos foram conseguidos.

Quatro doentes institucionalizados alvitram que preferiam estar na família mas, que esta não tem condições para os acolher, referem não terem condições de habitabilidade, para além de não terem condições económicas. Quatro não institucionalizados preferem também a família.

A pesquisa revelou que, apesar do movimento de desinstitucionalização psiquiátrica ocorrido nos últimos anos em todo o mundo, ainda é grande a prevalência de doentes institucionalizados. A realidade do nordeste de Portugal requerer preparação de recursos políticos, técnicos e sociais, que permitam desenvolver a necessidade de desocupação institucional dos doentes mentais.

No final da presente dissertação permanece em nós a vontade acérrima de continuar a aprofundar a problemática da desinstitucionalização do doente mental, a pertinência da análise dos conceitos de acolhimento, e a esperança de ter contribuído para dar respostas neste âmbito, na expectativa de que venha a ajudar outros investigadores que pretendam aprofundar esta temática.

A realização deste trabalho foi uma experiência enriquecedora, foi posto muito esforço e dedicação, um prazer único e positivo, tanto a nível pessoal como profissional. Sentimos que crescemos a nível pessoal, e humano, tendo a noção de que muito ficou por clarificar.

Cuidar de um doente mental no seio familiar acarreta uma grande responsabilidade, principalmente para o cuidador informal. De notar que este processo continuado no tempo, leva a um grande desgaste físico e psicológico do cuidador informal, sendo importante que estes se sintam compreendidos e sejam apoiados não só pelos restantes familiares mas também pela sociedade em geral e, devem existir instituições que de alguma forma os apoiem.

Assim os educadores sociais enquanto profissionais, estão preparados para fornecer a informação correcta, utilizando os ensinamentos adquiridos na escola e criar o contexto que suporte à definição do doente mental. A desinstitucionalização faz parte

do cuidado a que o doente mental tem direito, este cuidado é um processo ético porque é contrário à estigmatização, à exclusão e à violência.

O trabalho das equipas técnicas multidisciplinares é realizado com o objectivo de reabilitar clinicamente e reinserir socialmente o doente, no entanto não existem estruturas suficientes na comunidade que suportem e apoiem a integração social.

Os resultados a que chegámos permitiram-nos responder à nossa questão inicial cabendo agora destacar os pontos mais importantes da argumentação que sustentaram a interpretação dos dados recolhidos.

Por último, realçamos o papel do educador social, na inter ajuda com equipas multidisciplinares, privilegiando a interacção com a família, promovendo a participação em contextos e actividades sociais, no sentido de tornar este processo, de desinstitucionalização do doente mental uma realidade.

## Referências Bibliográficas

- Alves, F. e. (2001). *Acção Social na Área da Saúde Mental*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Alves, Fátima, da Silva, Luísa Ferreira (2004), “Psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão”, Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia, pp. 56-64.
- Amarante, Paulo. (1996). *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, M. S. (1992). *Democratização no hospital psiquiátrico: Um estudo da CJM nos anos 80*. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro Instituto de medicina Social, UERJ.
- Bachrach, Leona L. (2000). “Ensinos da experiência americana na prestação de serviços de base comunitária”, in *Cuidados na Comunidade*. Ilusão ou realidade?, Julian, Leff (coord.), Climepsi Editores, Lisboa.
- Bandeira, M. (1991). Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40 (7):335-360.
- Baptista, I. (2007<sup>a</sup>). Capacidade ética e desejo metafísico – uma interpelação à razão pedagógica. Porto: Edições Afrontamento.
- Barros, D. D. (1993). Desinstitucionalização: cidadania versus violência institucional. *Saúde Debate*, n. 4, p. 68-76.
- Barros, Denise D. (1994). Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: Amarante, Paulo (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz. P. 171-193.
- Basaglia, Franco. (1982). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. *Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Ed. Brasil Debates.
- Basteiro, S., Gil, C., & Marin, R. (2003). *Guia para Familiares de Doentes Mentais*. Lisboa: Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental.
- Bauman, Z. (2003). *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Bertrand, Y., e Paul, V., (1994). *Paradigmas Educacionais*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Boff, Leonardo. (1999). *Saber cuidar: ética do humano*. Petrópolis: Vozes. (Compaixão pela Terra).

- Bogdan, R., Biklen, S., (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Botega, J.; Dalgarrondo, P. (1993). *Saúde mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico*. São Paulo: Hucitec. 116 P.
- Botega, N. J. & Schetchtman, A. (1997). Censo nacional de unidades psiquiátricas em hospitais gerais: I Situação actual e tendências. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria – APAL*, 19(3):79-86.
- Brasil, Câmara dos Deputados. (1989). Projeto de lei n. 3657. Brasília, DF. P. 01.
- Carling, P. J., Randolph, F. L., Blanch, A. K., Ridgway, P. (1987, September). *Housing and community integration for people with psychiatric disabilities* (Technical Report), University of Vermont: Center for Community Change Through Housing and Support.
- Carvalho, Adalberto Dias & Isabel Baptista (2004). *Educação Social: Fundamentos e Estratégias*. Porto: Porto Editora. Pp. 83 a 105.
- Casteleiro, Steven (2008). “Pedagogia Social: conceitos essenciais e definitórios”. Em <http://pt.scribd.com/doc/6258045/Pedagogia-Social-em-Portugal-autor-Steven-Casteleiro> Acedido em 14/09/2012
- Cavalcanti, M.T. (1993). Transformações na assistência psiquiátrica ou uma assistência psiquiátrica em transformação. In: Silva Filho, J.F.; Russo, J. orgs.) *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro. Relume-Dumará. P. 145-155.
- Cohen, C. I. (1994). Down and out in New York and London: A cross-national comparison of homelessness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(8): 769-776.
- Costa-Rosa, A.; Luzio, C. A.; Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental colectiva. In: Amarante, P. (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau. P. 13-44.
- Creswell, John W. (2003), *Research design: qualitative, quantitative, and mixed approaches*, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications.
- Dalgarrondo, P. & Gattaz, W.F. (1992). A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: predictors of length of stay. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27:147-150.
- David, Mário (2010). “Neuro-Concepções Integrativas sobre o Desenvolvimento da Emocionalidade”. Em [http://www.mmdavid.pt/mmdavid/LinkClick.aspx?fileticket=V6y4\\_07cu0E%3D&tabid=61](http://www.mmdavid.pt/mmdavid/LinkClick.aspx?fileticket=V6y4_07cu0E%3D&tabid=61) Acedido em 20/09/2012

- Davidson, L., Hoge, M. A., Godleski, L., Rakfeldt, J., & Griffith, E. E. H. (1996). Hospital or community living? Examining consumer perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 49-58.
- Definição de Saúde (OMS-1946) obtido em [http://www3.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se\\_petroff.pdf](http://www3.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se_petroff.pdf) Acedido em 03/10/2012
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2003). *Discipline and Practice of Qualitative Research*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Org). *Collecting and interpreting Qualitative Materials* (pp. 1-45). Thousand Oaks. London Nova Deli: Sage Publications
- Drulhe, Marcel. (1996). *Santé et Societé, le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF.
- Fassheber, Vanessa e Vidal, Carlos (2007). “Da tutela à Autonomia: Narrativas e Construções do Cotidiano em uma Residência Terapêutica”. Em <http://www.scielo.br/pdf/pep/v27n2/v27n2a03.pdf> Acedido em 18/11/2012
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fleming, M. (1976). *Ideologia e Práticas Psiquiátricas, “Afrontamento”*, Lisboa.
- Fortin. M. F. (2003). *Fundamento e Etapas do Processo de Investigação*. (1ª ed.) Loures: Lusodidacta.
- Goffman, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.
- Gonçalves, A. (2008). “O Apoio do Serviço Social aos Doentes com Esquizofrenia”. Em <http://ufpbdigital.ufpb.pt/dspace/bitstream/10284/434/3/Monografia.pdf> Acedido em 15/09/2012
- Guimarães, Jacileide et al (2001). “Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente”. Em [http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate\\_n58.pdf#page=7](http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf#page=7) Acedido em 24/09/2012
- Hamid, W.A; Wykes, T. & Stansfeld, S. (1995). The Social Disablement of Men in Hostels for homeless people II. A comparison with patients from long-stay wards. *British Journal of Psychiatry*, (166):809-812.
- Henriques, Virgínia (2008). “A Família na Hemodiálise”. Em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/9.pdf> Acedido em 02/09/2012
- Horwitz, A. (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Horwitz, A. V. (1982). *The social control of mental illness*. New York: Academic Press.

- Ingleby, David. (1982). “A construção social da doença mental”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 9: 87-111.
- Ionesco, Eugène (1962). “Notes et contre-notes”. Em [http://pt.wikiquote.org/wiki/Eug%C3%A8ne\\_Ionesco](http://pt.wikiquote.org/wiki/Eug%C3%A8ne_Ionesco) Acedido em 19/10/2012
- Jardim, V. M. R. et al. (2009). Avaliação da política de saúde mental a partir dos projectos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto & contexto Enfermagem*. Florianópolis. v. 18 n. 2 Abril./Junho.
- Jencks, Christopher. (1995). *The Homeless*, Harvard University Press.
- Keefe, R. S. (1995). The contribution of neuropsychology to psychiatry. *Am. J. Psychiat* 152 (1):6-15.
- Kirk, Jerome e Miller, Marc L. (1986). *Reliability and validity in qualitative research*, Beverly Hill, Sage, University Paper – artigos sobre métodos de investigação qualitativa, vol. 1, 87 p.
- Koga, M. (1997). Convivência com a pessoa esquizofrénica: sobrecarga familiar. 1997. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Lamb, Richard. (1984). “Deinstitutionalization and the Homeless Mentally ill”, in *The Homeless Mentally ill. A Task Force Report of the American Psychiatric Association*, H. Richard Lamb, M. D. (ed.), The American Psychiatric Association, EUA.
- Landmann, J. (1982). Evitando a saúde e promovendo a doença: *o sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Achiamé. P. 188.
- Larrosa, J., & Skliar, C. (2001). *Habitantes de Babel: políticas e práticas da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Leão, Adriana e Barros, Sônia (2008). “As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social”. Em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/09.pdf> Acedido em 23/10/2012
- Leff, J. (1993). All the homeless people – where do they all come from? *British Journal of Psychiatry*, 306:669-670.
- Leff, Julian. (2000). “A outra face dos programas de reinstalação”, in *Cuidados na Comunidade: Ilusão ou realidade?*, Julian Leff (coord.), Climepsi Editores, Lisboa.

- Lei de Saúde Mental n.º 36/98, de 24 de Julho de 1998, publicada no Diário da República número 169/ 98.
- Lougon, M. (1993). Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: *uma perspectiva crítica*. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.3, n. 2, p.137-164.
- Lovisi, Marcos (2000). “Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói”. Em [http://portaldesicict.fiocruz.br/transf.php?script=thes\\_chap&id=00001603&lng=pt&nrm=iso](http://portaldesicict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00001603&lng=pt&nrm=iso) Acedido em 10/01/2013
- Macedo, V. G. G. (1996). As famílias e a assistência psiquiátrica no Brasil. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 150-151.
- Maria, Susana e Sousa, Fernando (2000). “A desinstitucionalização e as alternativas habitacionais ao dispor de indivíduos com perturbações mentais: Um novo modelo habitacional – A habitação apoiada”. Em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n2/v18n2a04.pdf> Acedido em 11/09/2012
- Marshall, M. (1989). Collected and neglected: are Oxford hostels for the homeless filling up with disable psychiatric patients. *British Medical Journal*, 299: 706-708.
- Martins, Rosa Maria (2006). “Envelhecimento e políticas sociais”. Em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/408/1/Envelhecimento\\_e\\_pol%C3%ADticas\\_sociais.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/408/1/Envelhecimento_e_pol%C3%ADticas_sociais.pdf) Acedido em 29/10/2012
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Harper & Row.
- Massey, O. T., & Wu, L. (1993). Important characteristics of independent housing for people with mental illness: Perspectives of case managers and consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 81-92.
- Maurice, Capul & Michel Lemay. (2003). *Da Educação à intervenção social*. 1º volume. Porto Zeditora, Lda.
- Memenes, P. R. & Mann, AH. (1996). Mortality among patients with non-affective functional psychoses in a metropolitan area of South-Eastern Brazil. *Revista Saúde Pública*, 30(4):304-309.
- Mielke, F. B; Kantorski, L. P. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciências. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. V. 14 nº 1. Jan./Fev.
- Milles, Agnes. (1981). O doente mental na sociedade contemporânea: introdução sociológica, Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- Ministério da Saúde, Brasil. (1997). *A saúde no Brasil*.

- Moniz, M. J. V. (1999). *Apoio habitacional: Uma perspectiva de reabilitação e integração comunitária*. In A. Sequeira, J. A. Teixeira, J. Ornelas, M. J. Silveira, & J. P. Amaro (Eds.), *Reabilitação e Comunidade: Actas 1ª Conferência Reabilitação e Comunidade* (pp. 293-299). Lisboa: ISPA.
- Monteiro, A. R. M.; Barroso, M. G. T. (2000). A família e o doente mental usuário do hospital-dia. Estudo de caso. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto. v. 8, n.6 - p. 20-26.
- Morgado, AF & Coutinho, E. S. F. (1986). Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1(3):327-347.
- Neto, A. (1992). A reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: do direito ao tratamento aos direitos de cidadania do doente mental. *Saúde Debate*, n.37, p. 5-10.
- Neto, Cecília e Alves, Fátima (2012). “Sociologia, Problemas e Práticas”. Em [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65292012000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65292012000300006&script=sci_arttext) Acedido em 21/10/2012
- Nicácio, Fernanda; Amarante, Paulo; Barros, Denise. (2005). Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: Amarante, Paulo (Org.). *Archivos e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau, p. 195-212.
- Nicácio, M. F. S. (2003). Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas.
- Oliveira, Joana e Passos, Eduardo (2007). “A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe: um problema clínico-político”. Em <http://www.slab.uff.br/textos/texto88.pdf> Acedido em 24/10/2012
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (2001). Organização Panamericana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra.
- Ornelas, J. (1996). Sistemas de suporte comunitário. *Análise Psicológica*, 14 (2-3), 331-339.
- Paiva, Nina. (2001). Um antropólogo avant la lettre. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos* vol.8 nº.3 Rio de Janeiro.
- Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)

- Polit, D.F.; Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: *Artes Médicas*.
- Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Robinson, I. (1983). *Psychiatric nursing as a human experienc* (3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Rotelli, F; Leonardis Ota; Mauri Diana. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: Nicácio, Maria Fernanda (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. P. 27-59.
- Rotelli, Franco (1990). “A Instituição inventada”. Em [http://www.exclusion.net/images/pdf/47\\_bicoi\\_istituz.invent\\_po.pdf](http://www.exclusion.net/images/pdf/47_bicoi_istituz.invent_po.pdf) Acedido em 18/09/2012
- Sadigursky, Dora e Tavares, José Lucimar (1998). “Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização”. Em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13904.pdf> Acedido em 22/10/2012
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Cora.
- Serra, A.V. et al (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, Jan/Mar, Vol. 27, n.º 1, Hospitais da Universidade de Coimbra.
- Shoultz, B. (1988). *My home, not theirs: Promising approaches in mental health and developmental disabilities*. In S. J. Friedman, & K. G. Terkelsen (Eds.), *Issues in community mental health: Housing* (pp. 23-42). Canton, MA: Prodist.
- Silva, S. M. C. (2006). *Participação da família na assistência ao portador de transtorno mental no CAPS [dissertação]*. Florianópolis: UFSC/PEN. P.127.
- Silva, Vivia e Bozza, Marlene (2010). “Importância da família no contexto do portador de transtorno mental” Em [http://www.faculdadeeficaz.com.br/revistacientificaficaz/artigo/saude/2010/ed\\_03/Vivia-Espada-Diagrama%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://www.faculdadeeficaz.com.br/revistacientificaficaz/artigo/saude/2010/ed_03/Vivia-Espada-Diagrama%C3%A7%C3%A3o.pdf) Acedido em 16/01/2013
- Sousa, Filipa (2008). “Inimputabilidade”. Em [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1130/Tese%20de%20Mestrado\\_Filipa%20Sousa.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1130/Tese%20de%20Mestrado_Filipa%20Sousa.pdf?sequence=1) Acedido em 19/09/2012

- Steinert, Tilman. (2002). *Reduzir a violência na Grave Doença Mental. Os cuidados comunitários não procedem bem*. *Psiquiatria na Prática Médica*, vol. 15, nº 3, Maio-Junho.
- Tavares, Ana (2010). “A desinstitucionalização só pode ser bem sucedida”. Em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2940/3/PG\\_18411.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2940/3/PG_18411.pdf) Acedido em 19/08/2012
- Teixeira, Luzimar (2010). “Saúde Mental: Stress”. Em <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/05/saude-mental-stress.pdf>. Acedido em 06/08/2012
- Tsu, T.A. (1993). *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: EDUSP/VETOR. P. 75.
- Waidman, M. A. P; Stefanelli, M. C. et.al. (2002). Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá. v. 1, n. 1, p. 97-100.
- Waidman, M., & Gusmão, R. (2001). Família e cronicidade da doença mental: dúvidas, curiosidade e relacionamento familiar. *Família e Desenvolvimento* , 3, pp. 154-162.
- Wamer, R. (2000). *The Environment of Schizophrenia*. London: Brunner-Routledge.
- Yeich, S., Mowbray, C. T., Bybee, D., & Cohen, E. (1994). The case for a “supported housing” approach: A study of consumer housing and support preferences. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18 (2), 75-86.

# ANEXOS

# **Anexo I**

**Pedido Formal de autorização para a realização de entrevista**

CHNELEPE  
U.H. BRAGANÇA

Ent. Nº. 2965  
Data 23/3/11

PRESIDENTE CA	<input checked="" type="checkbox"/>	VE	<input type="checkbox"/>
VE	<input type="checkbox"/>	INFORMÁTICA	<input type="checkbox"/>
DC / ED	<input type="checkbox"/>	QUANTO UTENTE	<input type="checkbox"/>
CPC	<input type="checkbox"/>	A. QUALIDADE	<input type="checkbox"/>
DRH	<input type="checkbox"/>	B. FORMAÇÃO	<input type="checkbox"/>
G. FINANCEIRA	<input type="checkbox"/>	C. JURÍDICO	<input type="checkbox"/>
APROV. E COMPRAS	<input type="checkbox"/>		

Ex. mo Senhor

Presidente do Conselho de Administração

do Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.

A. DNTS  
D. S. M., Dr. Machado

para me ajudar sobre  
@amts

29.3.11

Orlando dos Anjos Bragança, Assistente Operacional nº meº 19618 a prestar serviço na UDEP e aluno nº 18387 da ESSE, do Instituto Politécnico de Bragança a frequentar o 2º ano de mestrado em Educação Social e tendo como tema de investigação "A desinstitucionalização do doente mental" vem respeitosamente solicitar a V. Exª se digne mandar apreciar o pedido que ora é feito.

À semelhança do programa (CERLEM) e INTRAS entre Portugal e Espanha – Hospital Distrital de Bragança e Junta de Castilha y León, o meu trabalho versa essencialmente sobre a melhoria da autonomia e da qualidade de vida do doente mental. Este trabalho de constatação de histórias de vida dos doentes tem sido presencial ao longo de 32 anos, o tempo que exerço funções nesta Unidade Doentes de Evolução Prolongada.

Pelo exposto, requiro me seja autorizado entrevistar dois doentes internados para comparar com outros em ambiente familiar.

Comprometo-me a respeitar as normas de confidencialidade a que a ética me obriga, realçando que o pedido não é para uma Investigação Clínica, mas, sim para uma Investigação no âmbito da Educação Social.

Sem outro assunto

Muito respeitosamente

No Sr. Dr. Orlando  
do U. P. de Bragança, obtido que seja aceite do  
Dr. dos Serviços e  
para a família  
do Sr.  
Pede deferimento  
Bragança, 23 de Março de 2011  
Orlando dos Anjos Bragança

*Orlando dos Anjos Bragança*

*Orlando dos Anjos Bragança*  
11/06/12 M

*28/3/11*

*28/3/11*

A Comissão de Ética para  
dar parecer  
(assinatura)

CHNE.EPE		Ext. Nº 2965
U.H. BRAGANÇA		Data 23/3/11
PRESIDENTE CA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CC / ED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DRH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. FINANCEIRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APROVE E COMPRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ex. mo Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.

Orlando dos Anjos Bragança, Assistente Operacional nº mcº 19618 a prestar serviço na UDEP e aluno nº 18387 da ESSE, do Instituto Politécnico de Bragança a frequentar o 2º ano de mestrado em Educação Social e tendo como tema de investigação "A desinstitucionalização do doente mental" vem respeitosamente solicitar a V. Exª se digne mandar apreciar o pedido que ora é feito.

À semelhança do programa (CERLEM) e INTRAS entre Portugal e Espanha – Hospital Distrital de Bragança e Junta de Castilha y León, o meu trabalho versa essencialmente sobre a melhoria da autonomia e da qualidade de vida do doente mental. Este trabalho de constatação de histórias de vida dos doentes tem sido presencial ao longo de 32 anos, o tempo que exerço funções nesta Unidade Doentes de Evolução Prolongada.

Pelo exposto, requiero me seja autorizado entrevistar dois doentes internados para comparar com outros em ambiente familiar.

Comprometo-me a respeitar as normas de confidencialidade a que a ética me obriga, realçando que o pedido não é para uma Investigação Clínica, mas, sim para uma Investigação no âmbito da Educação Social.

Sem outro assunto  
Muito respeitosamente

Recibido em  
16 Junho 2011  
Secretaria Geral

29/3/11

Pede deferimento

Anexo:  
Consentimento informado  
+ Guia Entrevista

16-06-2011

Orlando dos Anjos Bragança

Orlando dos Anjos Bragança

## **Anexo II**

**Consentimento informado**  
**Autorização para a realização de entrevista**  
**Declaração do Orientador**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar na entrevista que tem como objectivo a recolha de dados para uma investigação no âmbito da dissertação de mestrado em Educação Social, cujo tema é:

*“A desinstitucionalização do doente mental”.*

Dissertação a apresentar à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do Grau de Mestre em Educação Social.

Pretende-se com esta entrevista um estreito relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado, no sentido de contribuir para um melhor conhecimento do doente mental no seio familiar.

As respostas são anónimas e confidenciais, sendo o seu uso exclusivamente para a realização do trabalho de investigação.

- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;
- Informaram-me de que a entrevista seria gravada em áudio e permito que assim seja;
- Aceito que as minhas perspectivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pelo investigador para fins académicos;
- Entendi que o meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;
- Percebo que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Soube que este documento será conservado de forma segura pelo investigador e destruído no fim do estudo.

**Assinatura do participante** \_\_\_\_\_

**Assinatura do investigador** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Antecipadamente, agradecemos a colaboração prestada**

## **Anexo III**

### **Guião da entrevista**

## **ENTREVISTA**

Esta entrevista tem como objectivo a recolha de dados para uma investigação no âmbito da dissertação de mestrado em Educação Social, cujo tema é:

*“A desinstitucionalização do doente mental”.*

Dissertação a apresentar à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do grau de Mestre em Educação Social

Pretende-se com esta entrevista um estreito relacionamento entre entrevistador e entrevistado, no sentido de contribuir para um melhor conhecimento do doente mental no seio familiar.

As respostas são anónimas e confidenciais, sendo o seu uso exclusivamente para a realização do trabalho de investigação.

Antecipadamente, agradecemos a colaboração prestada.

## **INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

**Entrevista semi-estruturada – utilizada para o estudo/análise de motivos, percepções e condutas das pessoas. Este tipo de entrevista organiza-se numa série de perguntas específicas designada por guião ou formulário de perguntas).**

# **Guião da entrevista**

## **I GRUPO (Caracterização)**

**1 – Idade**

**R –**

**2 – Sexo m/f**

**R -**

**3 – Estado civil**

**R –**

**4 – Sabe ler/escrever**

**R –**

**5 – Habilitações**

**R –**

**6 – Profissão**

**R –**

**7 – Onde vive a maior parte do tempo**

**R –**

**8 – Quando hospitalizado, qual a instituição**

**R –**

**9 – Onde se sente melhor**

**R –**

**10 – Acha que é em casa que está melhor**

**R –**

## **II GRUPO (percepção em relação à doença)**

**1 – Há quanto tempo está doente**

**R –**

**2 – Sabe qual a sua doença**

**R –**

**3 – Quais os sinais da doença que sente**

**R –**

**4 – Tem dificuldades em fazer a sua higiene diária**

**R –**

**5 – Tem dificuldades em se vestir**

**R –**

**6 – Tem dificuldade em andar, subir ou descer escadas**

**R –**

**7 – Tem dificuldade em comer/beber**

**R –**

**8 – Tem dificuldade em dormir**

**R –**

**9 – Tem dificuldade em falar**

**R –**

**10 – Quem lhe administra a medicação**

**R –**

### **III GRUPO (auto-estima)**

**1 – Gosta de sentir limpo e asseado**

**R –**

**2 – Quantas vezes toma banho por semana**

**R –**

**3 – Precisa de ajuda nos cuidados de higiene**

**R –**

**4 – Se sim, diga quem o ajuda**

**R –**

**5 – Está algumas vezes sujo e urinado**

**R –**

**6 – Se sim diga porquê**

**R –**

**7 – Tem conforto na cama onde dorme**

**R –**

**8 – Se não diga porquê**

**R –**

**9 – Faz uma alimentação saudável**

**R –**

**10 – Quantas refeições fazem por dia**

**R –**

#### **IV GRUPO (relações inter-pessoais)**

**1 – Sente-se só**

**R –**

**2 – Com quem convive**

**R –**

**3 – Gosta de conversar com as outras pessoas**

**R –**

**4 – Com quem conversa mais**

**R –**

**5 – Quais as actividades que tem durante o dia**

**R –**

**6 – Quem o acompanha nas actividades**

**R –**

**7 – O que gosta mais de fazer**

**R –**

**8 – O que gostaria de fazer**

**R –**

**9 – Acha que toma muita ou pouca medicação**

**R –**

**10 – Onde prefere estar: na família ou na instituição**

**R –**

*Obrigado pela sua colaboração*

## **Anexo IV**

**Transcrição das entrevistas EI**

## Categorias da entrevista

### EI (Entrevista Institucionalizado)

<i>I GRUPO - A (Caracterização)</i>					
	<b>Respostas</b>				
	EI 1	EI 2	EI 3	EI 4	EI 5
<i>A1 – Idade</i>	46 anos	45 anos	49 anos	36 anos	39 Anos
<i>A2 – Género</i>	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino
<i>A3 – Escolaridade</i>	4ª classe	4ª classe	8º ano	12º ano e frequência de 2 anos em psicologia no Isla de Bragança	4º ano

<i>II GRUPO - B (Percepção em relação à doença)</i>						
		<b>Respostas</b>				
<b>B1 – Temporal</b>		Estou doente desde os 16 anos	Não me lembra bem.	Há cinco anos.	Tive sempre problemas psicológicos, mas sempre estudei e trabalhei, mas foi a partir dos 18 anos que se fez notar mais	Estou doente há vinte e cinco anos.
<b>B2 – Conhecimento/Consciência da doença</b>	<b>B2.1 – Sabe qual a sua doença</b>	A doença é stress	Nervos.	A minha doença é uma depressão crónica profunda, disse-me a Drª C..... que é a minha	A doença é esquizofrenia	Não, não.

				médica.		
	<b>B2.2 – Sinais da doença</b>	Sinto stress e dores de cabeça	Falta-me a vista	Isolamento, tristeza, não ter vontade de viver, não sou nada sociável, afasto-me das pessoas, mesmo de pessoas de quem gosto muito, dá-me para o suicídio. Já fiz 3 tentativas de suicídio, na terceira estive às portas da morte. Os médicos diziam que tinha 1% de hipótese de me salvar. A operação aos intestinos foi tudo derivado à medicação, a minha barriga ficou um monstro.	Eu li sempre muitos livros, fui uma pessoa dotada de razão, nunca tive problemas físicos	São dores pelo corpo todo.
<b>B3 - Autonomia / Vida diária</b>	<b>B3.1 – Sono</b>	Umaz vezes passo as noites bem, outras vezes mal.	Também não.	Muitas. Mesmo com a medicação tenho muita dificuldade	Dormir, durmo mais ou menos com SOSs, vou andando.	Não, durmo bem.

				e em dormir		
	<b>B3.2 – Higiene</b>	Não. Não.	Não. Não. Levanto-me e lavo-me.	Não. Faço a higiene normal.	Não. Não tenho.	Tenho um bocadinho.
	<b>B3.3 – Mobilidade</b>	Aqui não tenho dificuldade e. Em casa sentia essa dificuldade	Não. Acho que não.	Não.	Subir e descer escadas também não tenho dificuldade.	Tenho, canso-me logo..

### *III GRUPO - C (Auto-estima)*

		<b>Respostas</b>				
<b>C1 - Limpo e asseado</b>	<b>C1.1 - Banho semanal</b>	Tomo três quatro vezes.	Depende se vou a jogar à bola, segundas, quartas, quintas e sábados.	Aqui quatro vezes.	Tomo mais que três. Quando vou à bola ou à piscina tomo 4 ou 5 vezes por semana	Todos os dias.
	<b>C1.1.1 - Auxílio</b>	Preciso, preciso. Que me ponham as roupas que hei-de vestir.	Não preciso, por enquanto não graças a Deus.	Não	Eu não.	Às vezes.
<b>C2– Alimenta-ção saudável</b>	<b>C2.1 – Quantas refeições fazem por dia</b>	Aqui faço pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia, são 5.	Pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia, são 5 vezes.	Pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e as bolachas ao dormir.	Fazemos 5	Cinco.

**IV GRUPO - D (relações inter-pessoais)**

		<b>Respostas</b>				
<b>D1 – Convivência</b>	<b>D1.1 – Com quem convive mais</b>	Convivo mais com o Carlos.	Convivo mais com os vigilantes do que com os doentes.	Convivo pouco, como ando com a depressão crónica estou sempre deprimido, mas convivo com os meus companheiros de quarto, com um que esteve comigo na tropa que é o Maradeia.	Convivo com toda a gente.	Convivo com os meus amigos.
<b>D2 – O que gostaria de fazer</b>		Eu gostava mais de jogar à corda.	Gostava de trabalhar na construção ou na agricultura, mas, é melhor na construção.	O que gostaria mais de fazer era o que fazia antes, trabalhar na construção.	Eu andei dois anos a tirar o curso de psicologia no Isla em Bragança, se tivesse oportunidade gostaria de concluí-lo	Era ter uma profissão. Gostava de ser professora.
<b>D3 - Preferência casa / instituição</b>	<b>D3.1 – Favorável / Desfavorável</b>	Eu preferia estar na família, mas a família não tem possibilidades me acolher. A casa onde eu habitava caiu abaixo.	Aqui na instituição.	Antes preferia estar na família, se a minha família tivesse possibilidades de me acolher.	Com certeza que uma pessoa está melhor em casa, o meu pai já morreu.	Na família.

Da construção do guião de entrevista formámos 4 grandes categorias. Da análise das entrevistas, isto é, dos discursos dos doentes (inst./famil.) obtivemos várias categorias emergentes:

**a) – (Caracterização)** – Idade, Género, Escolaridade.

**b) – (Percepção em relação à doença)** - B1 – Temporal, B2 – Conhecimento/Consciência da doença - B2.1 – Sabe qual a sua doença, B2.2 – Sinais da doença; B3 - Autonomia / Vida diária, B3.1 – Sono, B3.2 – Higiene, B3.3 – Mobilidade.

**c) – (Auto-estima)** C1 - Limpo e asseado; C2 – Alimentação saudável; C1.1 - Banho semanal; C1.1.1 – Auxílio; C2.1 – Quantas refeições fazem por dia.

**d) – (Relações inter-pessoais)** D1 – Convivência; D1.1 – Com quem convive mais; D2 – O que gostaria de fazer; D3 - Preferência casa / instituição; D3.1 – Favorável / Desfavorável

Os resultados da análise descritiva são apresentados em tabelas.

**Análise** – Dos 5 doentes (inst.) inquiridos, verificou-se que a maior parte possui o 4º ano de escolaridade, (3) – (1) o 8º ano e (1) o 12º ano. No que concerne à percepção da doença, dois indivíduos referem ter conhecimento assim como a consciência da mesma. Três demonstram não ter conhecimento. No que diz respeito ao sono, dois alegam que dormem bem, dois necessitam de SOS e um dorme mais ou menos. A higiene diária destes doentes, segundo estes fazem a higiene diária sem ajuda, um outro elemento refere necessitar de alguma ajuda. Em relação à autonomia, todos são unânimes em acentuar a sua boa mobilidade. A auto-estima de todos é elevada, todos dizem que gostam de se sentir limpos e asseados, que tomam banho sem ajuda, com frequência. Fazem cinco refeições diárias, com acompanhamento técnico de uma nutricionista da instituição. No que se refere à preferência casa/instituição quase existe unanimidade, um elemento menciona que prefere a instituição.

## **Anexo V**

**Transcrição das entrevistas ED**

## Categorias da entrevista

### ED (Entrevista Desinstitucionalizado)

<i>I GRUPO - A (Caracterização)</i>					
	<b>Respostas</b>				
	ED 1	ED 2	ED 3	ED 4	ED 5
<i>A1 – Idade</i>	52 anos	52 anos	57 anos	42 anos	34 anos
<i>A2 – Género</i>	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino
<i>A3 – Escolaridade</i>	4ª classe	Licenciatura em Biologia	12º ano	7º Ano	12º Ano

<i>II GRUPO - B (Percepção em relação à doença)</i>					
	<b>Respostas</b>				
	<b>B1 – Temporal</b>	Há 13 anos.	Desde 1994.	Desde que nasci.	Já há mais de vinte anos.

						agora nunca parei de andar em psiquiatrias . Foi uma vida muito ingrata e muito cruel.
<b>B2 – Conhecimento/Consciência da doença</b>	<b>B2.1 – Sabe qual a sua doença</b>	Eu tive um AVC, que me prende o braço e a perna.	Apelidaram de Bipolar 2.	Isto não é doença nenhuma, bem é e não é.	Sei. Esquizofrenia, psicopatia,	Quer que lhe diga a verdade, não. Uns dizem-me uma coisa, outros dizem-me outra e eu, nunca cheguei a saber a verdade. A minha mãe quando me internou disse que foi um esgotamento. O Dr. V... quase me matou por causa de uma mentira que a minha avó disse e ele acreditou nela e não se acreditou em mim e deu-me medicação para Parkinson e ataques epiléticos, andei a tomar medicação

						que não era precisa, eu tenho provas.
	<b>B2.2 – Sinais da doença</b>	De vez em quanto dói-me a perna e o braço.	Alucinações, insónias, dificuldade de comunicação, introversão e choro.	Sentia umas trapalhices, umas visões quaisquer.	São perturbações mentais.	É assim eu agora ando bem. Eu já tive dores
<b>B3 - Autonomia / Vida diária</b>	<b>B3.1 – Sono</b>	Durmo bem.	Já tive, agora não.	Não, durmo algumas quatro ou cinco horas se tanto.	Tenho.	Dormir tenho dificuldade às vezes, eu ando a tomar calmantes para dormir.
	<b>B3.2 – Higiene</b>	Nada. Faço bem com a mão esquerda a higiene normal.	Já tive, agora não.	Não, só que faço pouco.	Não.	Não, não há dificuldade nenhuma. Às vezes tenho preguiça.
	<b>B3.3 – Mobilidade</b>	Subo bem.	Não.	Também não.	Também não.	Também não. A subir às vezes tenho

### **III GRUPO - C (Auto-estima)**

		<b>Respostas</b>				
<b>C1 - Limpo e asseado</b>	<b>C1.1 - Banho semanal</b>	Uma por semana só.	Duas três vezes por dia	Nenhuma. Às vezes uma vez por acaso.	Duas vezes.	Todos os dias, o cabelo duas vezes por semana.
	<b>C1.1.1 - Auxílio</b>	Nada tomo banho sozinho.	Não.	Às vezes preciso, é preciso um apoio.	Não.	Não, não.

<b>C2 – Alimentação saudável</b>	<b>C2.1 – Quantas refeições fazem por dia</b>	Duas. Almoço e jantar, o pequeno-almoço tomo fora.	Pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e noite.	Duas.	Faço duas.	Pequeno-almoço, almoço, o lanche, jantar e ceia.
----------------------------------	---	--	---	-------	------------	--

**IV GRUPO - D (relações inter-pessoais)**

		<b>Respostas</b>				
<b>D1 - Convivência</b>	<b>D1.1 – Com quem convive mais</b>	Convivo com outros amigos.	Amigos, colegas, alunos e família.	Com o meu irmão e os meus amigos.	Com vários amigos que conheço. Tenho familiares mas não convivo com eles.	Com as pessoas que me rodeiam, tento falar com elas.
<b>D2 – O que gostaria de fazer</b>		Gostava de estar num restaurante.	Descobrir a cura da SIDA.	Era dar umas explicações e ser útil.	Lidar com computadores	O que eu gostava mais era uma casa e um carro. Ser cantora e atriz.
<b>D3 - Preferência casa / instituição</b>	<b>D3.1 – Favorável / Desfavorável</b>	Aqui nesta casa de pensão sinto-me como em família.	Numa instituição é horrível. Há que levantar a horas, àquela hora há que ir para a cama, não se pode levantar durante a noite e há que levantar cedo. São muito limitativos. Na	Na família, com o meu irmão, no internamento são uns dias.	Na instituição.	Na família, a minha família trata-me muito bem, dá-me um apoio psicológico enorme, está sempre a perguntar se eu estou bem, ajuda-me se for preciso com algum material, não me ajuda financeiramente

			psiquiatria em Bragança meteram-me no quarto escuro, eu nunca fui agressiva, não sei qual o motivo. No Magalhães de Lemos por eu estar muito alegre disseram que estava muito excitada, a enfermeira sem autorização de ninguém espetou-me uma injeção de haldol, não me deixava acordar de noite			ente que é uma coisa que eu tenho de fazer sozinha.
--	--	--	---	--	--	---

**Análise** – Dos 5 doentes (famil.) inquiridos, verificou-se que (2) indivíduos têm o 4º ano de escolaridade, (2) o 12º ano e (1) licenciatura. No que concerne à percepção da doença, três referem ter conhecimento assim como a consciência da mesma, dois deles demonstram não ter esse conhecimento. No que respeita ao sono, dois revelam que dormem bem, os outros três têm alguma dificuldade. Em relação à higiene diária alegam não ter dificuldade, apesar de não ser com a regularidade dos institucionalizados. Em conexão à autonomia, todos são unânimes em acentuar a sua boa mobilidade. A autoestima de todos é elevada, todos gostam de se sentirem limpos e asseados, dizem que tomam banho sem ajuda. As refeições diárias são em menor quantidade (2) para dois dos entrevistados, três para um deles e cinco para os dois restantes.

No que se refere à preferência casa/instituição apenas um prefere a instituição.

## **Anexo VI**

**Transcrição das entrevistas ECF**

## Categorias da entrevista

### ECF (Entrevista Cuidador Formal)

<i>I GRUPO - A (Caracterização)</i>		
	<b>Respostas</b>	
	ECF 1	ECF 2
<i>A1 – Idade</i>	29 anos	44 anos
<i>A2 – Género</i>	Masculino	Feminino
<i>A3 – Escolaridade</i>	Licenciatura em Educação Física e Animação Social	Licenciatura em enfermagem

<i>II GRUPO - B (Percepção em relação à doença)</i>			
		<b>Respostas</b>	
<b>B1 – Temporal</b>		A maior parte estão cá há muito tempo	Há doentes que estão aqui há mais de vinte anos.
<b>B2 – Conhecimento/Consciência da doença</b>	<b>B2.1 – Sabe qual a sua doença</b>	Não todos. Alguns conseguem aperceber-se do que têm, conseguem distinguir as doenças que os acompanha. A grande parte deles não sabe a doença que tem.	A maior parte não tem. Mas sabem que estão doentes e é uma doença da cabeça, mas não têm a noção de que doença é.
	<b>B2.2 – Sinais da doença</b>	Alguns doentes conseguem antecipar o que lhe vai acontecer. Começam a ter uma audição distorcida e uma visão distorcida, o próprio equilíbrio, querem estar deitados.	Alguns sim, têm a percepção de que vão a fazer uma crise, e até se não são os próprios a avisar, há outros doentes que vêm avisar os técnicos de vai haver uma crise no colega do lado.
<b>B3 - Autonomia / Vida diária</b>	<b>B3.1 – Sono</b>	Sim. Os que não poderão dormir tão bem, está associado à doença que têm. Não se manifesta diariamente.	Têm. Têm muitas alterações do sono, uns têm problemas do sono no início, outros intermédio e outros tardios, a maior parte deles precisam de ser medicados para terem uma maior parte de sono estável.
	<b>B3.2 – Higiene</b>	A maior parte não.	Têm muita. Raro é aquele que consegue fazer um banho sem ser supervisionado.
	<b>B3.3 – Mobilidade</b>	Andam perfeitamente. A parte mais longe é o refeitório e eles vão comer sem precisarem de nenhum apoio.	Também têm muita dificuldade.

### *III GRUPO - C (Auto-estima)*

		<b>Respostas</b>	
<b>C1 - Limpo e asseado</b>	<b>C1.1 - Banho semanal</b>	Dependendo dos doentes que participam nas actividades no exterior, Três vezes por semana é certo. Para além disso sempre que faz uma actividade toma banho.	A maior parte deles toma diariamente, dia sim, dia não e quando é necessário.
	<b>C1.1.1 - Auxílio</b>	Não, não, são autónomos.	Sempre
<b>C2- Alimentação saudável</b>	<b>C2.1 – Quantas refeições fazem por dia</b>	Fazem cinco. Pequeno almoço, almoço, lanche o jantar e a ceia.	Aqui cinco. São suficientes, tem que ser assim.

### *IV GRUPO - D (relações inter-pessoais)*

		<b>Respostas</b>	
<b>D1 - Convivência</b>	<b>D1.1 – Com quem convive mais</b>	Convivem com os enfermeiros que estão de serviço, com o pessoal auxiliar, pessoal técnico e estagiários.	Convivem mais com os técnicos de saúde que são os assistentes operacionais e os enfermeiros.
<b>D2 – O que gostaria de fazer</b>		Eles conseguem estruturar de modo a perceber aquilo que lhes dá mais prazer, na ocupação do seu dia a dia. Eles próprios fazem um rastreio e uma selecção para onde eles gostam mais de ir.	Sei lá. Eu penso que eles gostavam muito de serem acompanhados pela família, ter uma actividade extra serviço, ou na comunidade, mas que neste momento não há recursos disponíveis e é impossível.
<b>D3 - Preferência casa / instituição</b>	<b>D3.1 – Favorável / Desfavorável</b>	Eles preferir, preferir, se lhes dessem a escolher, preferiam ir todos para casa, para estar com a família. O primeiro impacto dando-lhe a escolher, eles preferiam ir para casa.	Eles gostam de estar na família. Mas eu penso, que a maior parte deles prefere estar aqui.

**Análise** – Dos dois cuidadores formais um é licenciado em Educação Física, o outro em Enfermagem. No que diz respeito à percepção da doença, os dois cuidadores referem que, alguns conseguem aperceber-se do que padece, grande parte deles não sabe a doença que tem. Têm muitas alterações do sono, uns têm problemas do sono no início,

outros intermédio e outros tardios, a maior parte deles precisam de ser medicados para terem uma maior parte de sono estável, relatam os dois cuidadores. Em relação à higiene diária e mobilidade os cuidadores divergem nas respostas. O primeiro, professor de educação física, fala dos doentes que o acompanham nas actividades, que estes na sua maioria não necessita de ajuda. O segundo, enfermeira, aponta no sentido de precisarem de ajuda, referindo-se no entanto à grande maioria. No que concerne à auto-estima dizem que tomam banho dia sim dia não e sempre que necessário, alguns com ajuda. As refeições diárias são cinco. No que se refere à preferência casa/instituição, preferem todos a família.

## **Anexo VII**

**Transcrição das entrevistas ECI**

## Categorias da entrevista

### ECI (Entrevista Cuidador Informal)

<i>I GRUPO - A (Caracterização)</i>		
	Respostas	
	ECI 1	ECI 2
<b>A1 – Idade</b>	56 anos	55 anos
<b>A2 – Género</b>	Feminino	Feminino
<b>A3 – Escolaridade</b>	Dois cursos agrícolas, bacharelato em Educação Tecnológica e licenciatura em animação sócio-cultural	Licenciada

<i>II GRUPO - B (Percepção em relação à doença)</i>			
Respostas			
<b>B1 – Temporal</b>	O meu irmão há oito anos	Ele está doente há 11 anos.	
<b>B2 – Conhecimento/ Consciência da doença</b>	<b>B2.1 – Sabe qual a sua doença</b>	Aparentemente	Sabe, sabe. Que é Parkinson e é Alzheimer, conhece as doenças conhece tudo.
	<b>B2.2 – Sinais da doença</b>	Ele não ataque nenhum ele anda ai em tascos do C... e afins dão-lhe álcool e a policia está avisada.	Apercebe-se, nós estamos sempre a explicá-los, como questão de aceitação. Ele já tem 99 anos e queria morrer, acha que está cá há muito tempo.
<b>B3 - Autonomia / Vida diária</b>	<b>B3.1 – Sono</b>	Alguma. Toma um comprimido para dormir	Têm delírios nocturnos, devido exactamente às duas doenças. Apesar da medicação que toma 5 comprimidos por noite, próprios para as duas doenças.
	<b>B3.2 – Higiene</b>	Nunca	O meu pai ainda hoje se lava do tronco para cima sozinho, faz questão disso. Só nós é que lavamos para baixo.
	<b>B3.3 – Mobilidade</b>	Também não	Têm, têm e muito, cada vez a mobilidade mais reduzida.

### III GRUPO - C (Auto-estima)

		Respostas	
<b>C1 - Limpo e asseado</b>	<b>C1.1 - Banho semanal</b>	Todos os dias	Toma banho todos os dias, ou na cama ou na banheira.
	<b>C1.1.1 - Auxílio</b>	Nunca	Nesses, banho geral, precisa.
<b>C2- Alimentação saudável</b>	<b>C2.1 - Quantas refeições fazem por dia</b>	À volta de cinco.	Cinco. Ao deitar algumas vezes toma um iogurte líquido ou leite, mas pede. Deixe-me só acrescentar, se o jantar for um pouco pesado e se nós acharmos que isso lhe pode fazer mal, porque o meu pai também foi operado à vesícula, com 91 anos, também correu esse risco e às vezes damos-lhe umas bolachinhas.

### IV GRUPO - D (relações inter-pessoais)

		Respostas	
<b>D1 - Convivência</b>	<b>D1.1 - Com quem convive mais</b>	Com a família	Convive connosco e com pessoas que o vão visitar.
<b>D2 - O que gostaria de fazer</b>		Ser criador das vaquinhas mirandesas.	O que ele mais gostaria de ter feito na vida era ter tirado a carta de condução. Ele fez muitas coisas na vida. Ele foi militar, depois foi agricultor, depôs foi empresário, teve um comércio na aldeia, depois foi pastor, ele teve cabras, depois foi regedor, depois do 25 de Abril foi presidente da junta até aos 86 anos e fez muita actividade e intervenção na aldeia, nos caminhos, sempre trabalhos para a comunidade. Foi sempre a muitas reuniões, tinha sempre muitos amigos e quando ia a Vinhais ou vinha a Bragança às reu-

			niões e às feiras, pois o meu pai nunca perdeu uma feira, para estar por dentro dos problemas sociais e humanos.
<b>D3 - Preferência casa / instituição</b>	<b>D3.1 – Favorável / Desfavorável</b>	Em casa sem dúvida.	Na família, na família e sempre na família. Apesar de darem muita preocupação à família, serem entre aspas uma prisão para a família, porque o peso da responsabilidade é grande 24 horas por dia. Os cuidadores também aqui precisam de cuidados, o Estado devia proporcionar aos cuidadores não formais, que são os filhos geralmente as filhas mais que os filhos, devia dar algumas benesses. Eu estou sem trabalhar há quatro anos, há 9 anos que durmo mal, há 4 anos que estou com um esgotamento, que já tive várias repetições porque durmo mal, ou melhor não durmo e portanto estou na contingência de ir para licença sem vencimento se não me derem a reforma, porque eu desenvolvi bipolaridade, glaucoma, depressões e outras doenças derivadas, doenças renais por causa da medicação que tomo também para aguentar as 24 horas e portanto não posso trabalhar. O que é certo é que qualquer dia o estado manda-me embora, se não me derem a reforma por incapacidade, já viu as consequências disso, para uma pessoa com 55 anos. O cuidador não formal devia ser protegido pelo estado e bem protegido, eu não tenho vida pessoal, um cuidador não formal não tem vida própria, quer os pais consigo mas, não tem vida própria, o Orlando sabe disso porque conhece a minha vida, nenhum companheiro aguenta este tipo de situação.

**Análise** – Os dois cuidadores informais são licenciados. No que diz respeito à percepção da doença, os dois cuidadores referem que ambos sabem a doença que têm. Têm muitas alterações do sono apesar de tomarem medicação. Em relação à higiene diária, um tem autonomia o outro necessita de alguma ajuda. A mobilidade dos doentes também é diferente um anda bem o outro tem muita dificuldade. No que respeita à auto-estima dizem que tomam banho todos os dias um com ajuda o outro não necessita de auxílio. As refeições diárias, em ambos os casos, são cinco. No que se refere à preferência casa/instituição, preferem ambos a família.

## **Anexo VIII**

**Transcrição das entrevistas ECFI**

## Categories da entrevista

### ECFI (Entrevista Cuidador Formal/Informal)

<i>I GRUPO - A (Caracterização)</i>	
	<b>Respostas</b>
	ECFI 1
<i>A1 – Idade</i>	51 anos
<i>A2 – Género</i>	Feminino
<i>A3 – Escolaridade</i>	Licenciada

<i>II GRUPO - B (Percepção em relação à doença)</i>		
		<b>Respostas</b>
<b>B1 – Temporal</b>		Há vinte e seis anos. Familiar há muitos anos.
<b>B2 – Conhecimento/Consciência da doença</b>	<b>B2.1 – Sabe qual a sua doença</b>	Alguns têm crítica para a doença e sabem qual é, outros não, depende da doença que têm e do grau da sua capacidade cognitiva que eles têm e que ainda está válida. A cuidada já não tem capacidades cognitivas para saber.
	<b>B2.2 – Sinais da doença</b>	Depende da patologia que têm, alguns apercebem-se, outros não. Em relação à cuidada já não tem.
<b>B3 - Autonomia / Vida diária</b>	<b>B3.1 – Sono</b>	A maioria têm, por isso tomam indutores de sono. É preciso avaliar o grau e a qualidade do sono e o número de horas. A cuidada teve sempre muita dificuldade em dormir e acorda várias vezes durante a noite, já utiliza fralda, por vezes retira a fralda e é preciso estar com esses cuidados.
	<b>B3.2 – Higiene</b>	Alguns têm, outros não têm. Se forem doentes dependentes, independentes e semi-dependentes. Se forem dependentes tem que se lhe fazer as actividades de vida diária todas. Se forem semi-dependentes têm que ser, com supervisão ou alguma ajuda. Se forem independentes fazem-na eles. A cuidada é totalmente dependente.
	<b>B3.3 – Mobilidade</b>	Em relação aos doentes, as instituições já estão preparadas para eles, alguns já têm. A cuidada já têm alguma dificuldade em movimentar-se na mobilidade, na deambulação, por isso é preciso também já ter alguns cuidados, por exemplo o corredor não pode ter nada, já é preciso ter um corrimão, ela já usa um auxiliar de marcha, uma bengala.

### *III GRUPO - C (Auto-estima)*

		<b>Respostas</b>
<b>C1 - Limpo e asseado</b>	<b>C1.1 - Banho semanal</b>	Na instituição toma todos os dias banho. O dia na instituição começa sempre pelo banho diário. E a cuidada toma banho também todos os dias.
	<b>C1.1.1 - Auxílio</b>	Os cuidados de higiene na instituição onde eu trabalho, tentamos preservar a intimidade da pessoa, se eles são autónomos tomam banho sozinhos, só fazemos a supervisão para ver se realmente tomam banho, se eles são dependentes, há pessoal para os ajudar. Em relação à cuidada já sou eu que lhe dou banho.
<b>C2- Alimentação saudável</b>	<b>C2.1 – Quantas refeições fazem por dia</b>	Na instituição fazem cinco. Em casa é costume fazer a mesma coisa.

### *IV GRUPO - D (relações inter-pessoais)*

		<b>Respostas</b>
<b>D1 - Convivência</b>	<b>D1.1 – Com quem convive mais</b>	Geralmente eles tentam se agrupar, acabam por ter as suas afinidades uns com os outros e falam das histórias deles, das aldeias, arranjam os seus conhecimentos e fazem as suas amizades como nós. Convivem com os técnicos de saúde que são os assistentes operacionais e os enfermeiros. A de casa com a família e com amigos, que lá vão de vez em quando.
<b>D2 – O que gostaria de fazer</b>		Nunca conversei assim muito. É capaz que cada um deles tenha os seus interesses. A minha mãe já não tem capacidade para essas coisas.
<b>D3 - Preferência casa / instituição</b>	<b>D3.1 – Favorável / Desfavorável</b>	Eles gostariam de estar sempre mais na família, todos nós gostamos da família. No contexto actual como vivemos, é impossível a família tê-los. O lar é um mal menor. Estive lá, conheço a lar e penso que eles são bem cuidados. Quem fala mal dos lares não conhece os lares. Mesmo na instituição eu acho que as pessoas são bem cuidadas. Em relação aos cuidadores, eu penso que os cuidadores ainda não precisam de quem cuide deles, lá chegará o tempo. Tudo a seu tempo, vitimizam-se é demais.

**Análise** – A cuidadora formal/informal é licenciada em enfermagem. No que diz respeito à percepção da doença, alguns têm crítica para a doença e sabem qual é, outros não, depende da doença que têm e do grau da sua capacidade cognitiva. A cuidada já

não tem capacidades cognitivas para saber. Em relação ao sono a maioria têm dificuldades em dormir, por isso tomam indutores de sono. A cuidada teve sempre muita dificuldade em dormir e acorda várias vezes durante a noite. Em analogia à higiene diária, alguns precisam de ajuda, outros não. Depende se forem doentes dependentes, independentes e semi-dependentes. Se forem dependentes tem que se lhe fazer as actividades de vida diária todas. Se forem semi-dependentes têm que ser, com supervisão ou alguma ajuda. Se forem independentes fazem-na eles. A cuidada é totalmente dependente. A mobilidade dos doentes é realizada com dificuldade. No que respeita à auto-estima diz que tomam banho todos os dias uns com ajuda, outros não necessitam de apoio. A cuidada necessita de amparo na higiene. As refeições diárias, em ambos os casos, são cinco. No que se refere à preferência casa/instituição, em ambos os casos elegem a família.

## **Anexo IX**

**1º Quadro – Vantagens e desvantagens da desinstitucionalização do doente mental, tendo em consideração a literatura**

**1º Quadro – Vantagens e desvantagens da desinstitucionalização do doente mental, tendo em consideração a literatura**

	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
<b>Institucionalização</b>	-Garantir melhor qualidade de vida (Kane, 1987, apud Born & Boechat, 2002)	- A vida monótona e rotineira que trata todos os doentes de igual forma Abrass I. B., Kane R. L. & Ouslander J. G. (2005).
	- Encorajamento para o auto-cuidado Mielke (2009)	- O insucesso da inserção social desta população é atribuído à falta de estruturas comunitárias de suporte para os utentes e famílias (Alves, 2001).
<b>Desinstitucionalização</b>	- Restrição do número de internamentos (Bachrach, 2000)	- Aumento dos sem-abrigo (Tilman Steinert, 2002)
	- Reintegração nas suas famílias (Raftery, 1992).	- Risco de recaída com necessidade de nova institucionalização Waidman & Gusmão (2001),
	- Aumento do envolvimento familiar na reabilitação do doente Jencks (1995)	- Os hospitais psiquiátricos são instituições de violência que pretendem controlar o desvio, Basaglia (1971).
	- Empenhamento nas actividades da família e da comunidade Bandeira (1991)	
	- Reabilitação social do indivíduo Mielke (2009)	
	O objectivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e os pacientes. Rotelli (1981)	
	- A reabilitação do doente mental “consiste não só em curar a sua doença, como também em restabelecer a comunicação do seu Eu com o meio. O ponto alto da reabilitação é a integração social, a devolução do doente aos seus grupos humanos de referência,” (Leitão, 1974: 71)	

## **Anexo X**

**2º Quadro – Vantagens e desvantagens da desinstitucionalização do doente mental, na óptica do cuidador formal**

**2º Quadro – Vantagens e desvantagens da desinstitucionalização do doente mental, na óptica do cuidador formal**

	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
<b>Institucionalizado</b>	“Viver neste tipo de cenário facilita a interacção social entre os residentes”.	- A despersonalização (pouca privacidade);
	Existem muitos níveis de convívio com a pessoa com transtorno mental grave que são especialmente difíceis para a família.	- “as perturbações psiquiátricas são mais frequentes em idosos institucionalizados”.
	A administração de medicamentos, o comportamento estranho, anti-social ou agressivo, a higiene, aparência e os comportamentos autodestrutivos podem levar ao suicídio..	- O internamento definitivo das pessoas implica em muitos casos uma rotura com o quadro de vida. “Normalmente leva ao abandono, à exclusão, ao sofrimento e à morte.
		- A vida monótona e rotineira que trata todos os doentes de igual forma.
<b>Desinstitucionalizado</b>	- Aumento do envolvimento familiar na reabilitação do doente.	- No âmbito afectivo, o medo e a incerteza perante o desconhecido proporcionam grandes momentos de tensão.
	- Sentimento de valorização pessoal.	- Comprometimento do contrato terapêutico. - Risco para comportamentos desviantes. Aumento dos sem-abrigo.
	- Empenhamento nas actividades da família e da comunidade.	- Potencial para alteração do padrão normal do sono e repouso.
	- Encorajamento para a auto-estima.	- Risco de desmotivação do auto cuidado.
	- Aumento da socialização. Participação de regras e valores. .	- Risco para relações sociais disfuncionais. - Risco para comportamentos desviantes. Risco de recaída com necessidade de nova institucionalização.

## **Anexo XI**

**3º Quadro – Vantagens e desvantagens da desinstitucionalização do doente mental, na óptica do cuidador informal**

**3º Quadro – Vantagens e desvantagens da desinstitucionalização do doente mental, na óptica do cuidador informal**

	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
<b>Institucionalizado</b>	- Conjuntos de actividades técnicas especializadas para os acompanhar diariamente	- A institucionalização é uma situação difícil, mas, alguns idosos consideram que é o melhor para satisfazer as suas necessidades básicas, Pimentel (2001),
	- Em determinadas situações existem relações de poder entre instituições psiquiátricas e famílias o que proporciona a produção de novas relações, para o sujeito portador de transtorno mental e para a sua família na construção da cidadania e de vida com qualidade.	Os profissionais que oferecem suporte aos familiares de pessoas com transtorno mental precisam também eles de apoio psicoterapêutico.
<b>Desinstitucionalizado</b>	- A família pode ser designada de “alicerce”, “rede social de acolhimento”, “rede de suporte”.	- Algumas famílias acabam por exercer a institucionalização doméstica, onde o doente mental é deixado sobre o leito no seu quarto, separadamente dos demais da habitação, Evaristo (2000).
	- Famílias com fracas condições económicas tentam o internamento psiquiátrico como solução para a sobrecarga financeira e emocional decorrentes do distúrbio mental.	- Famílias com parcas condições económicas tentam o internamento psiquiátrico como solução para a sobrecarga financeira e emocional decorrentes do distúrbio mental, (Sadigursky, 1997; Tsu, 1993).

## **Anexo XII**

**Quadro – Categorização dos dados das entrevistas realizadas aos doentes institucionalizados e não institucionalizados**

**Quadro - Categorização dos dados das entrevistas realizadas aos doentes institucionalizados e não institucionalizados**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Subcategorias emergentes</b>	<b>Institucionalizados</b>	<b>Não institucionalizados</b>
<b>A - Caraterização</b>	A1 Idade		As idades dos indivíduos institucionalizados são: 46, 49, 36, 39 e 45 anos.	As idades dos não institucionalizados: 52, 52, 57, 42 e 34 anos.
	A2 Género		Há 4 indivíduos do sexo masculino e 1 do feminino.	Há 3 do sexo masculino e 2 do feminino nos não institucionalizados.
	A3 Escolaridade		Três têm o 1.º ciclo, um tem o 2.º ciclo e um com o secundário.	Um tem o 1.º ciclo, um com o 2.º ciclo, dois com o secundário e um com ensino superior.
<b>B - Percepção em relação à doença</b>	B1 Tempo que está doente		30, 5, 18, 25 e não sabe.	13, 17, sempre, mais de 20 anos, pelo menos 19 anos.
	B2 Conhecimento/Consciência da doença	B2.1 Sabe qual é a sua doença	Há um que não sabe que doença tem mas sente dores em todo o corpo, e, os restantes mencionam stress, nervos, depressão crónica e esquizofrenia, sendo os sinais evidenciados, stress e dores de cabeça; falta de visão; isolamento, tristeza e tentativa de suicídio; sem problemas físicos, respectivamente.	Estes referem doenças como AVC (sinais: dores no braço e perna), bipolar 2 (sinais: alucinações, insónias dificuldades de comunicação, introversão e choro), esquizofrenia (sinais: perturbações mentais), há um que não sabe e um que acha que não está doente (sinais: sentia umas trapalhices e umas visões quaisquer).
		B2.2 Sinais da doença		
	B3 Autonomia Vida diária	B3.1 Sono	2 inquiridos têm dificuldade em dormir, 2 não têm dificuldade e um tem dificuldade em dormir às vezes.	2 inquiridos têm dificuldade em dormir, 2 não têm dificuldade e um tem dificuldade em dormir às vezes.
		B3.2 Higiene	Só um dos inquiridos é que tem dificuldade em realizar a higiene pessoal.	Nenhum tem dificuldade em realizar a higiene pessoal.
		B3.3 Mobilidade	Na existência de dificuldade de mobilidade há um institucionalizado que responde afirmativamente, um outro que responde “aqui não”. Os restantes institucionalizados afirmam não ter dificuldades de mobilidade	A maioria afirma não ter dificuldades de mobilidade.

<b>C – Auto-estima</b>	C1 Limpo e asseado	C1.1 Banho Semanal	C1.1.1 Auxílio	<p>No que toca ao número de banhos semanais, de notar que os indivíduos institucionalizados referem três ou quatro, cinco ou todos os dias.</p> <p>Quanto ao precisar de ajuda para tomar banho há um que precisa de ajuda no que toca a preparar as roupas, e outro inquirido que às vezes precisa de ajuda.</p>	<p>Os não institucionalizados apresentam maior variabilidade pois há um que não toma banho e quando toma é por acaso, um inquirido diz tomar um banho por semana, um outro toma dois banhos por semana, um que toma todos os dias e um outro que toma dois ou três por dia.</p> <p>Há um que precisa às vezes de ajuda na preparação da roupa.</p>
	C2 Alimentação saudável	C2.1 Refeições diárias		<p>Todos os inquiridos institucionalizados fazem 5 refeições por dia.</p>	<p>Quanto aos não institucionalizados dois referem duas refeições, um refere três refeições e os outros dois dizem fazer cinco refeições por dia.</p>
<b>D - Relações inter-pessoais</b>	D1 Convivência	D1.1 Com quem convive mais		<p>Dois institucionalizados mencionam outros doentes, um privilegia os vigilantes, um refere os amigos e outro diz conviver com todos.</p>	<p>Os não institucionalizados mencionam conviver com os amigos, irmão e amigos e ainda com as pessoas que o rodeiam.</p>
	D2 O que gostaria de fazer			<p>Há dois institucionalizados que gostariam de trabalhar na construção, um gostaria de jogar à corda, outro gostava de terminar o curso de Psicologia e outro gostava de ter uma profissão como por exemplo ser professor.</p>	<p>Os não institucionalizados indicam todos gostos diferentes: estar num restaurante, descobrir a cura da SIDA, lidar com computadores, outro refere que gostava de ter uma casa e um carro e ainda ser cantora ou actriz. E, há ainda um que gostaria de ser útil.</p>
	D3 Preferência casa/instituição	D3.1 Favorável/ Desfavorável		<p>Apenas um opta por uma instituição. Os restantes, quatro, opinaram que preferiam estar na família mas que esta não tem condições para os acolher.</p>	<p>Quatro preferem a família e apenas um prefere uma instituição.</p>

## **Anexo XIII**

**Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016**

RESUMO EXECUTIVO

---

# PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

## 2007—2016

---

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL



Este documento é um Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental, aprovado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008.

Deverá ser consultada a versão original em:

<http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>

a partir do sítio na internet do Alto Comissariado da Saúde:

<http://www.acs.min-saude.pt>

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde,  
Coordenação Nacional para a Saúde Mental  
Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo  
Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008 – 56 p.

**Editor** Coordenação Nacional para a Saúde Mental  
Av. João Crisóstomo, 9, 7.º piso, 1049-062 Lisboa  
T. +351 21 330 50 50, F. +351 21 330 50 97

**Design** Syntax  
**Impressão** Imagem – Artes Gráficas, Lda

**ISBN** 978-989-95146-6-9  
**Depósito Legal** 280247/08

Julho 2008

<b>I</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	
01.	SAÚDE MENTAL: UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA	05
02.	SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL: RESUMO CRÍTICO	06
<b>II</b>	<b>VISÃO, VALORES E PRINCÍPIOS</b>	
01.	VISÃO	13
02.	VALORES E PRINCÍPIOS	13
<b>III</b>	<b>OBJECTIVOS</b>	17
<b>IV</b>	<b>ÁREAS DE ACÇÃO ESTRATÉGICA</b>	
01.	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE ADULTOS	19
1.1.	DESENVOLVIMENTO E MELHORIA DA REDE NACIONAL DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL (SLSM)	20
1.2.	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS GRAVES	21
1.3.	SERVIÇOS REGIONAIS DE SAÚDE MENTAL	22
1.4.	HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	22
02.	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	24
2.1.	DESENVOLVIMENTO E MELHORIA DE SERVIÇOS	24
	A) AO NÍVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	
	B) AO NÍVEL DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ÂMBITO LOCAL	
	C) AO NÍVEL REGIONAL	
	D) SERVIÇOS PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS	
2.2.	FORMAÇÃO	26
2.3.	OUTRAS MEDIDAS	26
03.	SAÚDE MENTAL E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	27
04.	ARTICULAÇÃO INTER-SECTORIAL	28
4.1.	EM ACTIVIDADE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	28
4.2.	EM ACTIVIDADE DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO	29
4.3.	NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS PROBLEMAS ASSOCIADOS AO ABUSO DE DROGAS E ÁLCOOL	30
4.4.	AO NÍVEL DOS CUIDADOS A GRUPOS VULNERÁVEIS	30
4.5.	COM O MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	31
05.	LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS	32
06.	FINANCIAMENTO E GESTÃO	32
07.	SISTEMA DE INFORMAÇÃO	33
08.	AVALIAÇÃO E GARANTIA DE QUALIDADE	33
09.	RECURSOS HUMANOS	35
10.	ARTICULAÇÃO COM AS ORDENS RELIGIOSAS	36
11.	INVESTIGAÇÃO	37
<b>V</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO</b>	39

# I

## INTRODUÇÃO

- 01. SAÚDE MENTAL: UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA
- 02. SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL: RESUMO CRÍTICO

# 01.

## SAÚDE MENTAL: UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais. A carga de perturbações mentais tais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas.

Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são psiquiátricas

Também, segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar.

Para além das pessoas que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitas têm problemas de saúde mental que podem ser considerados “subliminares”, ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica mas estão também em sofrimento, devendo beneficiar de intervenções.

Com base na avaliação das reformas de saúde mental realizadas em inúmeros países e nos dados proporcionados pela larguíssima investigação realizada sobre a efectividade e os custos dos vários tipos de serviços, a OMS e outras organizações internacionais defendem que os serviços de saúde mental devem organizar-se de acordo com os seguintes princípios:

- Garantir a acessibilidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental;
- Assumir a responsabilidade de um sector geo-demográfico, 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);
- Integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral, de modo a assegurar uma resposta efectiva às diferentes necessidades de cuidados das populações;

- Ter uma coordenação comum;
- Envolver a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade;
- Estar estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde;
- Colaborar com o sector social e organizações não governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves.
- Prestar contas da forma como cumprem os seus objectivos;

## 02.

### SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL: RESUMO CRÍTICO

Embora escassos, os dados existentes sugerem que a prevalência dos problemas de saúde mental não se afastará muito da encontrada em países europeus com características semelhantes, ainda que os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres, idosos) pareçam apresentar um risco mais elevado do que no resto da Europa.

A análise do sistema de saúde mental em Portugal mostra alguns aspectos positivos na evolução das últimas décadas. Foi um dos primeiros países europeus a adoptar uma lei nacional (1963) de acordo com os princípios da sectorização, a qual permitiu a criação de centros de saúde mental em todos os distritos e o aparecimento de vários movimentos importantes, tais como os da psiquiatria social e da ligação aos cuidados de saúde primários.

A nova legislação de saúde mental, aprovada nos anos 90 (a Lei nº 36/98 e o Decreto Lei nº 35/99) reforçou este capital, de acordo com os princípios recomendados pelos organismos internacionais mais importantes na área da organização dos serviços de saúde mental.

A criação de serviços descentralizados foi um desenvolvimento com um impacto muito positivo para a melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados, permitindo respostas mais próximas das populações e uma articulação maior com centros de saúde e agências da comunidade. A cobertura do território nacional por estes serviços ainda é muito incompleta, mas comparando a situação actual com a situação há 30 anos, verifica-se que se deram passos importantes.

A análise do sistema mostra alguns aspectos positivos nas últimas décadas

Um outro aspecto positivo foi o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial, criados a partir do final dos anos 90, ao abrigo do Programa Horizon da CE, do Despacho 407/98 e da legislação de apoio ao emprego. Embora com um âmbito limitado, estes programas representaram uma ruptura significativa com a situação anterior, na qual estruturas como residências na comunidade e empresas sociais para doentes mentais graves eram totalmente inexistentes em Portugal. Apesar destes aspectos inegavelmente positivos, a falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria dos serviços de saúde mental levaram a que Portugal se tenha atrasado significativamente neste campo em relação a outros países europeus. Os dados existentes e a análise dos resultados dos estudos efectuados no âmbito deste relatório indiciam que os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves, a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados.

Com efeito:

- O número de pessoas em contacto com os serviços públicos (168.389 pessoas em 2005) mostra que apenas um pequena parte das que têm problemas de saúde mental têm acesso aos serviços públicos especializados de saúde mental. Mesmo assumindo que apenas as pessoas com doenças mentais de alguma gravidade procuram os serviços de saúde mental – o que sabemos não corresponder à verdade –, o número de contactos (1,7% da população) é ainda assim extremamente baixo em relação ao que seria de esperar (pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano).
- A maior parte dos recursos continua concentrada em Lisboa, Porto e Coimbra. Serviços criados em vários pontos do país, com excelentes instalações, funcionam apenas parcialmente e, nalguns casos, têm unidades por abrir, por não ter sido possível fixar profissionais, que se têm acumulado nos hospitais dos grandes centros.
- A distribuição de psiquiatras entre hospitais psiquiátricos e departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais continua a ser extremamente assimétrica (2,6 e 1,1 médicos por 25.000 habitantes, respectivamente). Situação tanto mais difícil de justificar quanto apenas 24% do total de utilizadores dos serviços foram atendidos nos Hospitais Psiquiátricos e 71% das consultas foram realizadas nos hospitais gerais.

- O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efectivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias. Uma consequência inevitável desta distribuição de recursos é o reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade registado em Portugal. Muitos serviços locais de saúde mental continuam reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia, não dispendo de Equipas de saúde mental comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise e trabalho com as famílias.
- O recurso preferencial aos serviços de urgência e as dificuldades reportadas de marcação de consultas, sugerem a existência de problemas de acessibilidade aos cuidados especializados. Por sua vez, o intervalo entre a alta e a consulta subsequente, associada à proporção de reinternamentos ocorridos sem qualquer contacto em ambulatório, também encontrada no mesmo estudo, sugere a existência de problemas de continuidade de cuidados.
- As equipas de saúde mental continuam a contar com um escasso número de psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos, mantendo a maior parte das equipas o padrão tradicional dos serviços de internamento psiquiátrico em vez do padrão hoje seguido nos serviços modernos de saúde mental.
- A qualidade dos serviços, de acordo com a avaliação efectuada com a participação dos profissionais, encontra-se na faixa inferior do razoável. O nível de qualidade dos serviços de ambulatório é inferior ao das unidades de internamento, num momento em que a tendência é cada vez maior no sentido inverso.
- As áreas mais críticas de incumprimento de critérios e padrões de qualidade são as que dizem respeito aos recursos humanos (dotação, distribuição, composição interdisciplinar do staff) e à organização administrativa.

Os recursos atribuídos à saúde mental são indiscutivelmente baixos

O nível modesto de recursos disponíveis para a saúde mental em Portugal é certamente um dos factores que tem dificultado o desenvolvimento e a melhoria dos serviços neste sector. Ao contrário do que sucede noutros países, os grupos de utentes e familiares nunca tiveram uma voz activa na sociedade portuguesa. A perspectiva de saúde pública e a cultura de avaliação de serviços sempre foram frágeis na área da saúde mental em Portugal. Resultado: os recursos

atribuídos à saúde mental são indiscutivelmente baixos se atendermos ao impacto real das doenças mentais para a carga global das doenças. A análise dos dados disponíveis mostra que tanto os recursos financeiros, como os recursos humanos, se encontram distribuídos de uma forma muito assimétrica entre as várias regiões do país, entre hospitais psiquiátricos e departamentos de hospitais gerais, entre unidades de internamento e de ambulatório.

O modelo de gestão e financiamento dos serviços tem constituído outro constrangimento fundamental na evolução dos serviços de saúde mental. Ao colocar-se o centro dos serviços locais nos hospitais gerais, não cumprindo a determinação de os transformar em centros de responsabilidade, impediu-se qualquer tentativa consistente de desenvolvimento das redes de cuidados na comunidade. Os hospitais psiquiátricos, por seu lado, na ausência de qualquer plano nacional ou regional, e de um modelo de contratualização claro, têm podido funcionar sem qualquer obrigatoriedade de atender aos objectivos que lhes estão atribuídos pela lei de saúde mental. No que se refere às instituições das Ordens Religiosas, tem prevalecido um modelo de articulação e de compensação financeira que não é claro nem racional. Em resumo, o modelo de gestão e financiamento existente é um modelo totalmente anacrónico, que fomenta o disfuncionamento do sistema e impede qualquer tentativa de desenvolvimento dos serviços de acordo com os objectivos que, em princípio, se pretendem alcançar.

Uma análise da situação em Portugal não pode deixar de se debruçar também sobre outros pontos que merecem uma referência especial:

- A reduzida participação de utentes e familiares
- A escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental
- A limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis
- A quase total ausência de programas de promoção/prevenção.

As dificuldades e insuficiências são muitas, e devem ser tomadas em devida consideração. Na actualidade, no entanto, existem também algumas oportunidades que podem ajudar a superar muitas destas dificuldades, de que se destacam: o programa de cuidados continuados e integrados, o desenvolvimento das unidades de saúde familiar e a criação de unidades de psiquiatria e saúde mental nos novos hospitais gerais em construção/projecto.

Algumas medidas facilitadoras da investigação, no nosso país, previstas para os próximos anos, podem também ajudar a superar

A investigação epidemiológica e de serviços é extremamente eficaz para o desenvolvimento de uma cultura de saúde

as dificuldades registadas a este nível. Este ponto é particularmente importante: o aumento da capacidade de investigação em psiquiatria e saúde mental, em particular da investigação epidemiológica e de serviços, é um factor extremamente eficaz para o desenvolvimento de uma cultura de saúde pública e de avaliação, e para a constituição de uma massa crítica que é essencial para a melhoria dos cuidados de saúde mental.

Finalmente, devem ser plenamente aproveitadas as oportunidades oferecidas pela cooperação internacional. A OMS, que já deu uma contribuição valiosa para a elaboração deste relatório, está disposta a fornecer cooperação técnica na sua implementação e avaliação. A União Europeia, por seu turno, na sequência da aprovação da Declaração de Helsínquia e do Green Paper sobre saúde mental, poderá certamente aportar contributos importantes para as reformas a desenvolver e ajudar a integrar Portugal no movimento de modernização dos serviços de saúde mental actualmente em curso a nível europeu.

# II

## VISÃO, VALORES E PRINCÍPIOS

01. VISÃO

02. VALORES E PRINCÍPIOS

# 01.

## VISÃO

Assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas.

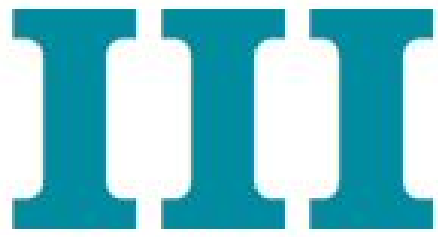
# 02.

## VALORES E PRINCÍPIOS

O Plano orienta-se pelos valores e princípios seguintes:

VALORES	PRINCÍPIOS
<i>Saúde mental indivisível da saúde em geral</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os cuidados devem ser prestados no meio menos restritivo possível</li><li>• A decisão de internamento só deve ser tomada quando esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade</li></ul>
<i>Direitos humanos</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• As pessoas com perturbações mentais devem ver respeitados todos os seus direitos, incluindo o direito a cuidados adequados, residência e emprego, assim como protecção contra todos os tipos de discriminação</li></ul>
<i>Cuidados na comunidade</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os cuidados devem ser prestados no meio menos restritivo possível</li><li>• A decisão de internamento só deve ser tomada quando esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade</li></ul>
<i>Coordenação e integração de cuidados</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os serviços em cada área geo-demográfica devem ser coordenados e integrados, de modo a facilitar a continuidade de cuidados</li></ul>

VALORES	PRINCÍPIOS
<i>Abrangência (comprehensiveness)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os serviços em cada área geo-demográfica devem incluir um leque diversificado de dispositivos e programas, de modo a poder responder ao conjunto de necessidades essenciais de cuidados de saúde mental das populações</li> </ul>
<i>Participação comunitária</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As pessoas com perturbações mentais devem ser envolvidas e participar no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam</li> <li>Os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados, estimulados a participar nesta prestação e a receber o treino e educação necessários</li> </ul>
<i>Proteção dos grupos especialmente vulneráveis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As necessidades dos grupos especialmente vulneráveis (eg. crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com incapacidade), devem ser tomadas em consideração.</li> </ul>
<i>Acessibilidade e equidade</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os serviços devem ser acessíveis a todas as pessoas, independentemente da idade, género, local de residência, situação social e económica.</li> </ul>
<i>Recuperação (recovery)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a auto-determinação e a procura de um caminho próprio por parte das pessoas com problemas de saúde mental</li> </ul>



## OBJECTIVOS

## OBJECTIVOS

O Plano visa prosseguir os seguintes objectivos:

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

# IV

## ÁREAS DE ACÇÃO ESTRATÉGICA

### 01. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE ADULTOS

- 1.1. DESENVOLVIMENTO E MELHORIA DA REDE NACIONAL DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL (SLSM)
- 1.2. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS GRAVES
- 1.3. SERVIÇOS REGIONAIS DE SAÚDE MENTAL
- 1.4. HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

### 02. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

- 2.1. DESENVOLVIMENTO E MELHORIA DE SERVIÇOS
  - A) AO NÍVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
  - B) AO NÍVEL DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ÂMBITO LOCAL
  - C) AO NÍVEL REGIONAL
  - D) SERVIÇOS PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS
- 2.2. FORMAÇÃO
- 2.3. OUTRAS MEDIDAS

### 03. SAÚDE MENTAL E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

### 04. ARTICULAÇÃO INTER-SECTORIAL

- 4.1. EM ACTIVIDADE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
- 4.2. EM ACTIVIDADE DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO
- 4.3. NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS PROBLEMAS ASSOCIADOS AO ABUSO DE DROGAS E ÁLCOOL
- 4.4. AO NÍVEL DOS CUIDADOS A GRUPOS VULNERÁVEIS
- 4.5. COM O MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

### 05. LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS

### 06. FINANCIAMENTO E GESTÃO

### 07. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

### 08. AVALIAÇÃO E GARANTIA DE QUALIDADE

### 09. RECURSOS HUMANOS

### 10. ARTICULAÇÃO COM AS ORDENS RELIGIOSAS

### 11. INVESTIGAÇÃO

# 01.

## ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE ADULTOS

A Lei nº 36/98, de 24 de Julho, e o Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro, descrevem de forma detalhada o modelo de organização de serviços de saúde mental em Portugal.

Neste contexto, entende-se que, em relação à organização de serviços, importa sobretudo definir as estratégias que promovam a concretização da organização proposta pela lei.

Esta concretização coloca quatro grandes desafios:

- Completar a rede nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e promover a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços;
- Desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de Doentes Mentais Graves (DMG);
- Desenvolver os Serviços Regionais de Saúde Mental (SRSM) necessários para complementar os Serviços Locais em áreas específicas;
- Coordenar a reestruturação dos hospitais psiquiátricos à medida que as respostas por eles asseguradas forem sendo transferidas para outros serviços.

Estas diferentes componentes estão naturalmente dependentes umas das outras, pelo que as estratégias para a sua implementação deverão ser consideradas em conjunto. Não adianta completar a rede nacional de serviços locais se não se promover ao mesmo tempo a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços, ajudando-os a desenvolver programas integrados na comunidade. Não é possível desenvolver a reabilitação e a desinstitucionalização se não existirem na comunidade equipas que apoiem os doentes e as famílias. Finalmente, não é possível desenvolver novos serviços mais próximos das pessoas se a maior parte dos recursos continuarem concentrados no tratamento intra-hospitalar.

## 1.1.

### DESENVOLVIMENTO E MELHORIA DA REDE NACIONAL DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL (SLSM)

A reestruturação dos serviços, neste capítulo específico, requer o desenvolvimento de duas estratégias articuladas entre si:

1. uma estratégia destinada a transferir para novos departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais (DPSM) os cuidados ainda dependentes dos hospitais psiquiátricos, de modo a que se possa completar a rede nacional de SLSM;
2. uma estratégia destinada a promover o desenvolvimento, nestes serviços, de equipas ou unidades de saúde mental comunitária.

Esta estratégia deve incluir o desenvolvimento e avaliação de experiências piloto nas várias regiões do País, destinadas a testar a efectividade de Equipas ou Unidades de Saúde Mental Comunitária (ESMC ou USMC), com as seguintes características:

- **Objectivos:** prestar cuidados a um determinado sector geo-demográfico, incluindo:
  1. Programa integrado para Doentes Mentais Graves, com gestão de casos por terapeutas de referência;
  2. Programa de ligação com a Saúde Familiar e apoio a perturbações mentais comuns;
  3. Programa de apoio a doentes idosos;
  4. Programa de prevenção nas áreas da depressão e suicídio.
- **Composição e funcionamento:** equipas multidisciplinares, com forte participação de enfermeiros e outros técnicos não médicos.
- **Financiamento e modelos de remuneração:** financiamento com base em modelo de contratualização, que tome em consideração a actividade e cobertura populacional, incluindo o estudo de novo modelo remuneratório dos profissionais que integre suplementos relacionados com a produtividade, bem como prémios relacionados com a complexidade e qualidade do trabalho desenvolvido.

Até 2016 todos os serviços deverão passar a ser assegurados por DPSM de hospitais gerais

Até 2016, todos os serviços locais de saúde mental deverão passar a ser assegurados por DPSM de hospitais gerais. Para tal, os serviços locais que ainda hoje dependem dos hospitais psiquiátricos deverão ser progressivamente transferidos para hospitais gerais, de acordo com o faseamento e as medidas previstos para cada Região de Saúde (ver Anexo). Ao mesmo tempo, serão desenvolvidas equipas/

/unidades de saúde mental comunitária nos diferentes SLSM. Os DPSM actualmente existentes que, por insuficiência de recursos, não se encontram ainda a funcionar em pleno, serão objecto de atenção particular e urgente, de modo a que possam desempenhar cabalmente as suas funções.

## 1.2.

### REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS GRAVES

A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas.

O desenvolvimento recente da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados irá permitir o desenvolvimento de respostas específicas de cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental, a prever em diploma próprio.

Estas respostas, da responsabilidade conjunta dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, terão como objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas com perturbações mentais graves e/ou incapacidade psicossocial que se encontrem em situação de dependência.

As respostas específicas dos cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental constituem um segmento especializado da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, regendo-se pelos princípios aí definidos, com as devidas adaptações a definir no diploma próprio previsto para a área da saúde mental.

De acordo com este diploma, a prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada por:

- Unidades de convalescença.
- Residências de treino de autonomia, residências de apoio máximo, residências de apoio moderado e residências autónomas.
- Unidades Sócio-Ocupacionais.
- Equipas de apoio domiciliário.

## 1.3.

### SERVIÇOS REGIONAIS DE SAÚDE MENTAL

De acordo com o modelo previsto na Lei, devem ter âmbito regional os serviços de saúde mental que, pela elevada especialização ou pela racionalidade de distribuição de recursos, não seja possível ou justificável dispor a nível local. Num contexto de escassez de recursos, há que garantir que o desenvolvimento destas unidades não venha comprometer a resposta às necessidades mais prementes, como, por exemplo, os cuidados aos doentes mentais graves. Importa ainda assegurar que a criação de serviços mais especializados se efectue nos quadros institucionais mais adequados para a colaboração com outras especialidades, o ensino e a investigação.

Neste contexto, nos próximos cinco anos, são criados:

- Serviços regionais de internamento para doentes inimputáveis e para “doentes difíceis” nas seguintes instituições: Hospital Júlio de Matos, Hospital Sobral Cid e Hospital Magalhães Lemos;
- Três unidades de tratamento para perturbações do comportamento alimentar, em hospitais gerais a determinar, nas regiões de Lisboa, Centro e Norte.

## 1.4.

### HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Toda a evidência científica disponível veio mostrar que a transição de hospitais psiquiátricos para uma rede de serviços com base na comunidade é a estratégia de desenvolvimento de serviços que melhor garante a melhoria da qualidade de cuidados de saúde mental.

Como se assinala na “Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental”, publicada pela Direcção-Geral da Saúde em 2004, “a tendência internacional, em particular nos países da União Europeia e da América do Norte, tem sido para a redução dos hospitais psiquiátricos, através da diminuição das suas lotações e do seu progressivo encerramento ou reconversão para outras áreas de saúde ou sociais”. A OMS, no Relatório Mundial de Saúde, de 2001, dedicado à saúde mental, insta os países desenvolvidos a: (1) encerrar os hospitais psiquiátricos, (2) desenvolver residências alternativas,

(3) desenvolver serviços na comunidade, e (4) prestar cuidados individualizados na comunidade para doentes mentais graves. Na Declaração Europeia de Saúde Mental, assinada pelo Governo português, em Helsínquia, em 2005, por seu turno, os Ministros da Saúde da União Europeia comprometeram-se, entre outros pontos, a “desenvolver serviços baseados na comunidade que substituam os cuidados prestados em grandes instituições a pessoas com problemas de saúde mental graves.”

A legislação de saúde mental portuguesa inclui disposições claras sobre o papel dos hospitais psiquiátricos na fase de transição durante a qual os novos serviços se vão desenvolver. Para garantir uma implementação adequada destas disposições legais, as actividades são desenvolvidas, de acordo com os seguintes princípios:

- Os principais critérios a considerar nas estratégias de reestruturação dos hospitais psiquiátricos são:
  1. as necessidades prioritárias de cuidados das populações,
  2. a evidência científica disponível quanto à efectividade dos diferentes modelos de intervenção, e
  3. a defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental;
- As mudanças a efectuar devem facilitar a criação de serviços locais de saúde mental com base na comunidade e internamento em hospitais gerais, bem como a integração psicossocial das pessoas com problemas de saúde mental;
- Nenhum serviço poderá ser desactivado até ao momento em que esteja criado o serviço que o substitui;
- Os doentes e familiares devem ser envolvidos nas mudanças a efectuar desde o início.

## 02.

### ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Em Portugal é urgente desenvolver serviços e programas que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, a nível da prevenção e do tratamento, de acordo com os seguintes objectivos:

- Promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população,
- Melhorar a prestação de cuidados, favorecendo e implementando a articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil e outras estruturas ligadas à saúde, educação, serviços sociais e direito de menores e família.

## 2.1.

### DESENVOLVIMENTO E MELHORIA DOS SERVIÇOS

A organização dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência deve permitir a prestação de cuidados a três níveis: Cuidados de Saúde Primários, serviços especializados de nível local e serviços especializados de nível regional. As medidas específicas para cada um destes níveis, bem como outras medidas de âmbito mais geral, incluem:

#### A) Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários

Cuidados de Saúde Primários:  
- Triagem  
- Articulação  
- Parceria

A prestação de cuidados a este nível é assegurada por Grupos ou Núcleos de Apoio à Saúde Mental Infantil, constituídos por profissionais dos centros de saúde e unidades de saúde familiar, com a consultoria de um Psiquiatra da Infância e Adolescência do serviço especializado local, que têm as seguintes funções:

- Triagem, avaliação e atendimento de casos menos graves (crianças / famílias de risco ou com psicopatologia ligeira);
- Articulação e parceria com outras estruturas da comunidade (por exemplo, serviços sociais, escolas e jardins de infância, Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, Equipas de Intervenção Precoce, instituições de acolhimento para crianças em risco, Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), projectos de intervenção psicossocial local);

#### B) Ao nível dos Cuidados Especializados de âmbito local

Os cuidados de nível local, prestados pelos serviços/unidades especializadas de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência integrados em hospitais gerais, são desenvolvidos e melhorados através de acções que incluem:

- Programação de novas Unidades/Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência em todos os hospitais centrais e distritais, incluindo os novos hospitais em fase de planeamento e construção, por forma a cobrirem toda a área geográfica do País;
- Constituição de uma equipa multidisciplinar num prazo máximo de 6 meses após a entrada do primeiro psiquiatra da infância e adolescência;
- Participação do psiquiatra da infância e adolescência, chefe de serviço/coordenador da Unidade, no órgão directivo do Centro de Responsabilidade local;
- Definição de espaços próprios, com condições de privacidade, para atendimento de crianças/adolescentes e suas famílias;
- Desenvolvimento prioritário de intervenções de articulação com a comunidade.

#### C) Ao nível regional

Os Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência de âmbito regional, localizados em Lisboa, Porto e Coimbra, asseguram, além do existente ao nível dos serviços locais, as seguintes valências:

- Serviço de Urgência,
- Unidade de Internamento em serviços próprios, com condições e recursos humanos adequados às necessidades específicas destes doentes;
- Núcleos de intervenção em áreas específicas para patologias mais complexas e unidades especializadas para as faixas etárias da primeira infância e adolescência.
- Área de investigação, em ligação com as Universidades;

Nível regional:  
· Urgência  
· Internamento  
· Áreas específicas  
· Investigação

D) Serviços para situações especiais destinados a crianças com necessidades muito específicas e que requerem um atendimento em estruturas especializadas, como por exemplo: crianças com perturbação autística, filhos de pais com doença mental, crianças vítimas de maus tratos e com ligação ao sistema judicial, crianças com perturbação mental grave de evolução prolongada.

## 2.2.

### FORMAÇÃO

- Implementar módulos obrigatórios de psiquiatria da infância e da adolescência nas cadeiras de psiquiatria e pediatria do curso de medicina.
- Garantir a entrada anual de internos de psiquiatria da infância e adolescência, na capacidade formativa máxima dos serviços idóneos para esse fim.
- Implementar programas de formação em saúde mental da infância e adolescência para técnicos de saúde, profissionais da educação, segurança social e serviços judiciais de menores.

## 2.3.

### OUTRAS MEDIDAS

- Para além da estreita ligação já enunciada com os cuidados de saúde primários, desenvolvimento da articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil e os:
  - Serviços de pediatria
  - Serviços de psiquiatria geral, alcoologia e apoio a toxicodependentes.
  - Serviços ligados à educação
  - Serviços sociais
  - Serviços judiciais de menores e família.
- Implementação de programas de prevenção validados internacionalmente, direccionados para áreas e grupos de risco diversos;
  - Promoção da organização dos hospitais e áreas de dia em funcionamento e a criação de novas estruturas deste tipo nos serviços especializados;
  - Desenvolvimento das unidades de internamento já existentes, criando-se espaços independentes para internamento de crianças e de adolescentes;
  - Criação, em colaboração com a Justiça, a Segurança Social e outros departamentos governamentais, de estruturas de longa permanência que possam responder às necessidades de crianças e adolescentes com perturbações psiquiátricas graves e sem apoio familiar.

# 03.

## SAÚDE MENTAL E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A solução para uma progressiva melhoria quer da articulação de cuidados, quer da resposta dos médicos de família implica:

A) Independentemente das formas de articulação, deve ser definido com clareza o âmbito de actuação que é da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e aquele que é da responsabilidade dos cuidados psiquiátricos especializados (eg. psicoses agudas, depressão com risco de suicídio, ansiedade refractária ao tratamento, toxicodependências e as perturbações da personalidade).

B) Deve ser criado um projecto transversal, que inclua as seguintes áreas:

- Programa de formação em exercício, com contactos regulares nos centros de saúde (eg. supervisão de casos, consulta ombro-a-ombro);
- Melhorar a qualidade da informação de referenciação e de retorno;
- A nível do internato de especialidade de psiquiatria, formação em saúde mental comunitária, a efectuar em sectores com reconhecida experiência de articulação;
- Inclusão nos programas dos SILSM de actividades regulares de articulação com os Cuidados de Saúde Primários.
- Monitorização periódica de um conjunto de indicadores pertinentes à caracterização da saúde mental das populações (eg. padrão de prescrição de psicofármacos, taxa de suicídio, casos sócio-psiquiátricos recorrentes).
- Criação e aplicação periódica de instrumentos de avaliação da satisfação dos utentes, designadamente criados com a participação de associações de utentes e familiares, bem como dos profissionais em diferentes contextos de articulação.

# 04.

## ARTICULAÇÃO INTER-SECTORIAL

### 4.1.

#### EM ACTIVIDADES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

As vertentes da reabilitação profissional, de reabilitação residencial e da participação social têm necessariamente que ser desenvolvidas fora dos serviços de saúde e integradas na comunidade. Exigem, por isso, outros recursos e metodologias e pressupõem uma partilha das responsabilidades entre a saúde mental e os outros sectores.

As respostas de cuidados continuados integrados são um instrumento importante para regular a participação conjunta das áreas da saúde e da segurança social, permitindo assegurar o apoio residencial e ocupacional aos doentes com patologias graves que originam incapacidade ou dependência. Importa articular esta nova rede com a Rede Nacional de Apoio aos Militares e Ex-Militares Portugueses Portadores de Perturbação Psicológica Crónica.

O acesso das pessoas com doenças mentais a respostas tradicionalmente dirigidas às pessoas com deficiência deve ser efectivamente potenciado, pois em certos domínios da reabilitação psicossocial os modelos que se aplicam podem ser idênticos. Importa aproveitar a revisão das políticas de emprego activo em curso para desenvolver mecanismos que permitam promover o emprego apoiado de pessoas com doenças mentais, como forma de as integrar no mercado de trabalho.

O apoio residencial em habitação independente exige negociações com o Instituto de Habitação e Reabilitação Urbana, com as autarquias e respectivos serviços de habitação, devendo ainda ser conjugado com as unidades que prestam apoio domiciliário na área da Saúde Mental.

Na área da infância e da adolescência é indispensável promover a articulação entre os serviços de saúde mental e os serviços da segurança social, nomeadamente as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em risco (CPCJ).

## 4.2.

### EM ACTIVIDADES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO

Com base no documento da Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais (UE, 2006) são privilegiadas as seguintes estratégias:

1. Programas para a primeira infância, que incluem aconselhamento pré-natal, intervenção precoce, formação parental, prevenção da violência doméstica e do abuso infantil, intervenções familiares e resolução de conflitos;
2. Programas de educação sobre saúde mental na idade escolar, sensibilização de professores, prevenção da violência juvenil, aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, prevenção do abuso de drogas, programas de desenvolvimento pessoal e social, prevenção do suicídio e das perturbações do comportamento alimentar;
3. Políticas de emprego e de promoção da saúde mental nos locais de trabalho, redução e gestão dos factores de stress ligados ao trabalho e ao desemprego, redução do absentismo por doença psíquica;
4. Programas de prevenção da depressão, ansiedade e do suicídio, linhas telefónicas de apoio para pessoas isoladas, restrição do acesso aos meios de suicídio;
5. Políticas de luta contra a pobreza e a exclusão social, medidas de apoio a famílias em risco social ou famílias multi-problemas, a pessoas sem-abrigo, avaliação do impacto das políticas sociais na saúde mental, luta contra o estigma;
6. Sensibilização e informação em diversos sectores, como os Cuidados de Saúde Primários, escolas, centros recreativos, locais de trabalho, programas na televisão e Internet, comunicação social em geral.

## 4.3.

### NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS PROBLEMAS ASSOCIADOS AO ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS

Os Centros Regionais de Alcoologia foram recentemente integrados no Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT), subsistindo, agora, a necessidade de articulação a nível local com os serviços de saúde mental, nomeadamente com aqueles em que existam unidades funcionais de intervenção alcoológica.

Serão definidas a curto prazo as responsabilidades dos diferentes intervenientes nesta matéria, bem como os princípios que deverão reger a cooperação entre os serviços de saúde mental e os serviços do IDT.

Neste âmbito, considerando a frequência com que as situações de urgência relacionadas com o consumo de substâncias são atendidas nos serviços de urgência psiquiátrica, e dada a escassez de psiquiatras nos serviços de saúde mental, será promovida a participação dos psiquiatras do IDT na prestação de serviços de urgência psiquiátrica.

## 4.4.

### A NÍVEL DE CUIDADOS A GRUPOS VULNERÁVEIS (EG. PESSOAS SEM ABRIGO, VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, ETC).

A necessidade de assegurar cuidados específicos de saúde mental a alguns grupos especialmente vulneráveis é hoje aceite em todo o mundo. Entre estes grupos destacam-se, para além da situação já referida das crianças e dos idosos, os sem abrigo e as vítimas de violência.

No que se refere às pessoas sem abrigo e aproveitando as experiências já desenvolvidas entre nós, serão desenvolvidos programas de saúde mental específicos para esta população nas equipas responsáveis pelos SLSM onde vivem geralmente os sem abrigo. Numa primeira fase, prevê-se o desenvolvimento de um projecto piloto, susceptível de extensão após avaliação.

Quanto ao problema da violência doméstica, salienta-se a competência da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) para assegurar a coordenação interministerial necessária ao combate à violência doméstica, e promover a discussão pública deste tema.

Destaca-se a importância de constituir uma rede entre todos os organismos públicos e privados que lidam com a violência doméstica, para que se estabeleçam regras mínimas de atendimento. Para que se possam alcançar estes objetivos, os SLMS deverão desenvolver projectos na área da violência doméstica.

## 4.5.

### COM O MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Relativamente aos doentes inimputáveis, os cuidados psiquiátricos são assegurados por três serviços (Lisboa, Porto e Coimbra), devendo o seu desenvolvimento e funcionamento futuros ser definido no âmbito das negociações em curso entre os Ministérios da Justiça e da Saúde.

A prestação de cuidados de saúde mental às pessoas que se encontram em estabelecimentos prisionais está integrada nas negociações em curso entre os Ministérios da Justiça e da Saúde. Para elaborar propostas de soluções para estes problemas, é criado um grupo de trabalho Saúde Mental/Justiça dedicado a: (1) prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a doentes inimputáveis e a pessoas com doenças mentais que se encontram em estabelecimentos prisionais, (2) elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas, (3) prestação de cuidados por determinação judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens.

Criação do grupo  
Saúde Mental /  
Justiça

# 05.

## LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS

A legislação portuguesa mantém-se perfeitamente actualizada, já que contempla a generalidade das questões mais relevantes na área da saúde mental e respeita, no essencial, as recomendações internacionais mais recentes. Não parece, portanto, justificar-se a elaboração de uma nova lei de saúde mental, mas sim regulamentar alguns aspectos da sua aplicação, nomeadamente quanto à gestão do património e das pensões das pessoas residentes nos hospitais psiquiátricos.

# 06.

## FINANCIAMENTO E GESTÃO

Os serviços de saúde mental em Portugal têm um sistema de gestão e financiamento desadequado e que não propicia o desenvolvimento dos cuidados na comunidade. A introdução de profundas mudanças no sistema de gestão e financiamento dos serviços de saúde mental é uma prioridade absoluta para o futuro.

O estabelecimento de um orçamento nacional para a saúde mental constitui uma medida fundamental para a implementação das reformas preconizadas neste Plano.

O estabelecimento de um modelo de financiamento baseado em princípios de contratualização é outra medida prioritária, passando, para isso, a ser assegurado um centro de responsabilidade/custos para os DPSM. Este modelo de financiamento tem em consideração as especificidades dos cuidados de saúde mental, pelo que não é centrado apenas nas linhas de produção prevalecentes nos hospitais gerais (internamento, consultas, hospital de dia e urgências), o qual é insuficiente para reflectir as actividades realmente desenvolvidas pelos serviços de saúde mental.

Tal como estabelece a lei, os DPSM deverão passar a constituir verdadeiros Centros de Responsabilidade com um orçamento associado a um programa contratualizado.

Finalmente, serão desenvolvidas e avaliadas novas formas de gestão dos serviços, de modo a permitir uma maior participação e responsabilidade de diversos grupos de profissionais e de organizações não governamentais.

## 07.

### SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Tendo em linha de conta as vantagens que a informação traz para a tomada de decisões fundamentadas em domínios complexos que exigem padrões de qualidade cada vez mais elevados, será desenvolvido um sistema de informação que proporcione os meios mais adequados para suporte à tomada de decisão e à acção na área da Saúde Mental e o seu acompanhamento a nível político.

O sistema de informação servirá não só para auxiliar nos processos de decisão, monitorização e avaliação, mas também para constituir a base para o estudo e o conhecimento da Saúde Mental em Portugal.

## 08.

### AValiação e Garantia de Qualidade

O conceito de qualidade e as suas dimensões associadas (avaliação de qualidade, garantia de qualidade, melhoria contínua de qualidade) ocupam actualmente um lugar estratégico na planificação dos serviços de saúde em geral, e dos serviços de psiquiatria e saúde mental em particular.

É, pois, necessário aumentar significativamente a expressão dos processos de implementação, de avaliação e garantia de qualidade nos serviços de psiquiatria e saúde mental do País.

Para se alcançar este objectivo, será desenvolvido e implementado um processo de avaliação de qualidade dos serviços de psiquiatria e saúde mental de acordo com os seguintes passos:

- Identificação de políticas de melhoria da qualidade;
- Elaboração de documentos informativos e normativos;
- Desenvolvimento de procedimentos de acreditação (avaliação por agentes externos);
- Monitorização dos serviços de saúde mental (avaliação por agentes internos);
- Integração dos procedimentos de avaliação e garantia de qualidade na rotina dos serviços;
- Revisão constante dos mecanismos de qualidade;
- Difusão das boas práticas.

O desenvolvimento deste processo toma em consideração os diversos níveis e agentes implicados no planeamento e prestação de cuidados, uma vez que não é possível avaliar a qualidade através de uma perspectiva única ou isolada.

Tomando em linha de conta a multiplicidade de níveis, dimensões e indicadores (estrutura, processo e resultados), o desenvolvimento e implementação do processo de avaliação de qualidade implica um conjunto de opções, tais como:

1. O modelo de avaliação – serão simultaneamente desenvolvidos um sistema de monitorização dos serviços, simples e flexível, e um sistema de avaliação de âmbito nacional;
2. O agente da avaliação – independentemente dos procedimentos de monitorização interna (rotina), deverá ser efectuada com regularidade avaliação por agentes externos, como é preconizado pela OMS;
3. O âmbito da avaliação – de acordo com os conhecimentos científicos actuais, a avaliação deverá englobar não só variáveis de estrutura e de processo, como também de resultados. Isto implica a utilização de metodologias e instrumentos de colheita de dados comuns nos diversos serviços do país;
4. A selecção de indicadores – constitui uma das áreas mais sensíveis e problemáticas na avaliação de qualidade em saúde mental, devendo interligar-se com os sistemas de informação existentes nos serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde e nos organismos centrais e regionais do Ministério da Saúde;
5. A avaliação da satisfação de utentes e familiares deverá fazer parte integrante de qualquer processo de avaliação de qualidade

## 09. RECURSOS HUMANOS

O investimento na área dos recursos humanos é decisivo para o êxito da reforma dos cuidados de saúde mental que agora se pretende iniciar com a aprovação deste Plano. O modelo de organização de trabalho na quase totalidade dos serviços continua excessivamente centrado no médico e nas intervenções intra-hospitalares. A participação de outros profissionais (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc.) tem vindo a aumentar, mas continua ainda muito longe do indispensável para um adequado funcionamento das modernas equipas de saúde mental.

Para superar estas dificuldades, são tomadas medidas para redefinir os rácios recomendados para cada grupo profissional, tomando em consideração as características do trabalho das equipas de saúde mental nos dias de hoje, que apontam para uma maior participação de enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outras profissões relevantes para a saúde mental.

São, de seguida, estimadas com rigor as necessidades futuras nos vários grupos profissionais, a partir dos rácios aprovados. Só com base nesta estimativa se poderá planejar a formação e as estratégias de contratação dos profissionais das várias disciplinas.

São também accionadas medidas que, por um lado, facilitem a formação em serviço dos profissionais, e, por outro, promovam a introdução de mudanças na formação pré e pós-graduada das várias disciplinas, de modo a permitir uma melhor preparação dos profissionais em aspectos essenciais dos cuidados de saúde mental do futuro.

Uma distribuição mais equitativa dos recursos humanos disponíveis entre os grandes centros e a periferia só se poderá atingir através da combinação de vários tipos de medidas. Fundamentalmente, importa interromper o ciclo criado no passado, em que se foram admitindo sem critério mais profissionais em alguns serviços do Porto, Coimbra e Lisboa. Para interromper este ciclo, são, por um lado, restringidas as entradas de novos profissionais em Porto, Coimbra e Lisboa aos casos em que estes novos profissionais fiquem claramente vinculados a Equipas Comunitárias dos Serviços Locais, e, por outro, são criados mecanismos que facilitem a fixação de

A participação de outros profissionais continua ainda muito longe do indispensável

Distribuição mais equitativa dos recursos humanos disponíveis

profissionais nos serviços fora das três principais cidades do País. Para facilitar a fixação de profissionais nos locais onde existem maiores carências, recorre-se a diferentes estratégias. Para tornar mais atractivo o seu trabalho, são tomadas medidas que passam pela criação de incentivos financeiros e de boas condições de trabalho aos profissionais envolvidos. Por outro lado, é promovida a vinculação precoce de profissionais a estes serviços, na fase em que realizam o internato.

## 10.

### ARTICULAÇÃO COM AS ORDENS RELIGIOSAS E MISERICÓRDIAS

As Ordens Religiosas têm representado, no conjunto do sistema prestador de cuidados de saúde mental em Portugal, uma parte muito significativa das respostas disponíveis. A sua articulação com os serviços do SNS está regulada por um acordo que vigora há mais de duas décadas e que deve ser actualizado.

Proceder-se-á, assim, a uma revisão daquele acordo, tendo em conta a legislação que enquadre os acordos com o sector social, nomeadamente o diploma que regulamente as respostas diferenciadas de cuidados continuados integrados de saúde mental, diferenciando mais claramente os cuidados na doença aguda dos de longa duração (cuidados continuados) e tornando mais claras as relações de cooperação assistencial, através da definição de regras de referenciação entre os serviços públicos e os estabelecimentos dependentes dos Institutos das Ordens Religiosas.

O novo acordo definirá ainda um modelo de financiamento assente em programas concretos, ajustados ao tipo de doente e de cuidados.

São igualmente criadas condições para que estas instituições se possam integrar no processo de reconfiguração do modelo assistencial, garantindo-lhes o acesso aos programas de desinstitucionalização que venham a ser desenvolvidos.

Além das Ordens Religiosas, também a Santa Casa da Misericórdia do Porto, que retomou a gestão do Hospital do Conde de Ferreira,

dando continuidade a perto de um século de actividade, tem sido um parceiro nesta área da prestação de cuidados.

São assim desenvolvidas as iniciativas necessárias para se encontrar um novo modelo de protocolo que obedeça aos mesmos princípios definidos para as Ordens Religiosas e que enquadre a cooperação que tem existido com estas Instituições.

## 11. INVESTIGAÇÃO

Embora uma parte significativa da investigação seja realizada em ambiente académico, a prática de investigação é uma área que deve ser fomentada, alargada a contextos não académicos e difundida/ disponibilizada ao maior número possível de profissionais de psiquiatria e saúde mental.

Para tal, são desenvolvidas acções a nível da divulgação regular da actividade científica, do financiamento de projectos de investigação, da formação em investigação clínica e avaliação de serviços, assim como da promoção de uma experiência de investigação durante a fase do internato da especialidade de psiquiatria.



## IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO

## IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO

A experiência obtida, tanto em Portugal, como noutros países, mostra que a principal razão pela qual muitos dos processos de melhoria dos cuidados de saúde mental não conseguem alcançar os objectivos pretendidos tem a ver com dificuldades de implementação. Na verdade, a implementação das reformas dos serviços de saúde mental é, hoje em dia, um processo complexo, que envolve mudanças importantes a nível de instalações, distribuição e formação dos recursos humanos, desenvolvimento de novos métodos de trabalho e afectação de recursos financeiros, entre outros.

De acordo com as recomendações da OMS nesta matéria, importa assegurar, em primeiro lugar, a existência de uma entidade que assuma a responsabilidade da coordenação da execução do plano e que possua as competências técnicas indispensáveis, bem como a capacidade de decisão necessária para conduzir com êxito um processo de reforma que implica mudanças estruturais importantes.

A necessidade desta coordenação foi proposta pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, que incluiu entre as suas recomendações a criação de uma unidade coordenadora da implementação do Plano de Saúde Mental, no âmbito do Ministério da Saúde e, igualmente, a existência, em cada Administração Regional de Saúde, de uma unidade ou equipa com a competência técnica indispensável para a coordenação das acções de âmbito regional.

Assim, está previsto o desenvolvimento do Plano no âmbito do Alto Comissariado da Saúde, bem como a nomeação de um coordenador nacional.

A divulgação e discussão do Plano entre todas as pessoas que, directa ou indirectamente, têm a ver com prestação de cuidados de saúde mental, em particular a partir do SNS, é essencial à promoção de uma ampla participação na implementação do Plano, pelo que se prevê a organização de conferências e reuniões para este fim.

O êxito da implementação do Plano depende, também, da capacidade de liderança dos que têm a responsabilidade da organização dos cuidados a nível das ARS, I.P. e das direcções dos serviços e programas de saúde mental, pelo que se promoverá um programa nacional de formação de dirigentes em organização e melhoria dos cuidados de saúde mental, com a colaboração de centros de formação competentes neste domínio.

O desenvolvimento de experiências de demonstração é outra estratégia de eficácia comprovada na implementação de reformas de serviços. São, assim, promovidas experiências deste tipo nas áreas de maior inovação, como por exemplo, projectos de equipas e unidades de saúde mental comunitária e projectos de cuidados continuados.

Em complemento da monitorização e avaliação interna, prevê-se uma avaliação externa da reforma, a executar com a colaboração da OMS, entre 2007 e 2012.

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
<b>IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE MENTAL</b>			
Divulgação do plano entre profissionais, utentes, familiares, ONG e outras entidades da comunidade	ACS, CNP	Até 31/3/08	Número de actividades de divulgação realizadas
Organização de uma conferência nacional sobre o plano, com a participação de representantes das várias associações profissionais e científicas de psiquiatria e saúde mental do país, bem como de peritos da DMS	CNP	Entre 15/12/07 e 31/7/08	Conferência realizada
Desenvolvimento de Programa nacional de formação de dirigentes em organização e melhoria de serviços de saúde mental	CNP, com a colaboração de universidades	Entre 15/12/07 e 30/6/09	Número de actividades de formação
Desenvolvimento de experiências piloto (projectos de equipas e unidades de saúde mental comunitária)	CNP e serviços de saúde mental a determinar	Entre 1/2/08 e 30/9/12	Número de projectos
Desenvolvimento de experiências piloto e projectos de cuidados continuados	CNRCC e CNP	Até 31/12/16	Número de projectos implementados
Avaliação externa da implementação do plano Protocolo de cooperação com a DMS	Ministério da Saúde, ACS	Entre 15/12/07 e 30/9/12	Elaboração do Protocolo Relatórios de avaliação
<b>LEGISLAÇÃO E DIREITOS HUMANOS</b>			
Criação de Grupo de Trabalho sobre Direitos Humanos e Saúde Mental	CNP, Ministério da Justiça, Conselho Nacional de Saúde Mental e Associações de Utentes e Familiares	31/3/08	Constituição do Grupo
<b>INFORMAÇÃO, FINANCIAMENTO E GESTÃO</b>			
Criação de um sistema de informação que garanta, com eficiência, a recolha e tratamento da informação de todas as instituições prestadoras	Ministério da Saúde (ACSS, CNP)	31/12/08	Sistema instalado em todas as instituições
Estabelecer um orçamento nacional para a saúde mental		A partir de 2008	Orçamento definido
Implementar modelo de financiamento baseado em princípios de contratualização		31/3/08	Orçamento-programa 2009
Passagem dos DPSM a Centros de Responsabilidade	CNP, ACSS, ARS, administrações dos hospitais e direcções dos DPSM	Até final de 2008	2 experiências piloto
		Até 31/12/10	30% dos DPSM
		Até 31/12/12	Todos os DPSM
Desenvolvimento de projectos inovadores de gestão de serviços com participação dos grupos de profissionais ou organizações não governamentais	CNP, ACSS	Até 31/12/08	Número de projectos lançados

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
Levantamento, por estabelecimento de saúde, dos profissionais que estão a trabalhar em serviços de saúde mental ou com intervenção em saúde mental.	ACSS, ARS e CNP	Até 30/6/08	Relatório elaborado
Definir o modelo de funcionamento das equipas dos serviços de saúde mental e as atribuições dos diferentes profissionais que integram estas equipas. Redefinir os rácios recomendados para cada grupo profissional	CNP em colaboração com a ACSS	Até 30/6/08	Documento com modelo definido
Estimar as necessidades previsíveis de profissionais de saúde mental nos próximos 10 anos	Equipa de trabalho constituída pela CNP, ACSS e ARS, com colaboração das Unidades de Missão para os Cuidados Primários e para os Cuidados Continuados Integrados	Até 30/10/08	Documento com estimativa efectuada
Elaborar e implementar um plano de formação em serviço para profissionais chave no desenvolvimento de novos serviços de saúde mental	CNP com a colaboração da OMS, instituições de ensino do país com especial competência na matéria e ACSS	Elaboração até 31/03/08. Implementação entre 1/4/08 e 31/12/12	Plano elaborado. Acções de formação efectuadas
Acordar com as autoridades com competência na matéria a introdução de mudanças na formação pós-graduada dos diferentes grupos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde mental que facilitem uma participação mais eficiente destes profissionais em serviços e programas de base comunitária	CNP e ACSS, em colaboração com as Ordens dos Médicos e dos Enfermeiros, a Associação Pró-Ordem dos Psicólogos, etc.	Até 31/10/08	Protocolo de acordo celebrado
Elaboração de um plano de vagas de Internato de Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e Adolescência, que tome em consideração a necessidade de facilitar a fixação de médicos aos serviços menos centralizados, e, ao mesmo tempo, garantir uma formação sólida dos novos psiquiatras	ACSS em colaboração com ARS e CNP	Até 31/10/08	Documento com plano
Elaborar plano de contratações privilegiando explicitamente as Equipas de Saúde Mental Comunitária (ESMC)	ACSS, ARS, CNP e conselhos de administração dos HP e hospitais gerais de Porto, Coimbra e Lisboa	01/10/07 a 31/12/08	Contratos efectuados
Reforçar os recursos humanos dos Serviços Locais de Saúde Mental mais periféricos, utilizando quando necessário os mecanismos de mobilidade actualmente existentes	ACSS, conselhos de administração de HP e de hospitais gerais de Lisboa, Porto e Coimbra, conselhos de administração dos serviços periféricos em questão	Até 31/7/09	Evolução do número de profissionais

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Elaborar um novo modelo remuneratório dos profissionais das ESMC, que inclua, além de uma remuneração base, suplementos relacionados com a produtividade, bem como prémios relacionados com a complexidade e qualidade do trabalho desenvolvido	ACSS, CNP	Até 31/12/08	Documento com novo modelo
<b>DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL – MEDIDAS GERAIS</b>			
Definição dos princípios orientadores do funcionamento das USMC/ECSM e dos requisitos estruturais e humanos indispensáveis para o seu desenvolvimento	CNP	Até 31/7/08	Documento técnico terminado
Desenvolvimento e avaliação de experiências piloto nas várias regiões do país, destinadas a testar a efectividade de USMC/ECSM, que prestem cuidados a um sector geo-demográfico determinado e incluam: 1- Programa integrado para Doentes Mentais Graves, com manejo de casos por terapeutas de referência; 2- Programa de ligação com a Saúde Familiar e apoio a perturbações mentais comuns; 3- Programa de apoio a doentes idosos; 4- Programa de prevenção nas áreas da depressão e suicídio	CNP,ARS	Até 31/12/10	Número de experiências a funcionar Dados de actividade e custos
Organização progressiva nos SILSM de Unidades ou Equipas de Saúde Mental Comunitária (USMC/ECSM), responsáveis pelos cuidados prestados a sectores de cerca de 80.000 habitantes, de acordo com a alínea a) do número 2 do artº 10º do Decreto-Lei 35/99, de 5 de Fevereiro		. Até final de 2008 . Até 2012 . Até 2016	Entrada em funcionamento de USMC/ECSM: 5 Unidades Pelo menos uma por SILSM Cobertura total
<b>DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL – PLANEAMENTO REGIONAL</b>			
<b>DESENVOLVIMENTO DA REDE DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO NORTE</b>			
Funcionamento com plano de actividades próprio e dotação de orçamento privativo das Equipas Comunitárias de Matosinhos, Porto, Póvoa/Vila do Conde e Santo Tirso/Trofa, do HML. Preparação da sua transferência para o Hospital Geral de Santo António, Unidade Local de Saúde de Matosinhos e para os Centros Hospitalares de Póvoa de Varzim/Vila do Conde e do Médio Ave	CNP,ARS Norte	31/12/08	Planos de actividades e orçamentos
		[Preparação de transferência em função do desenvolvimento de novos serviços	
Criação dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental naqueles hospitais visando a transferência de responsabilidades		Até 31/12/08	Serviços criados
Desenvolvimento de serviços de âmbito regional no HML		Até 31/12/08	Serviços regionais criados

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
<b>DESENVOLVIMENTO DA REDE DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO NORTE</b>			
Consolidação das medidas tomadas no período anterior, com o desenvolvimento de diversas respostas na comunidade nas diferentes áreas assistenciais	CNP,ARS Norte	Até 31/12/16	Serviços e unidades criados
Como resultado do alargamento da área da ARS Norte até aos limites da NUT II Norte, as áreas a sul do Douro transitaram para SLSM da Região e será criado o DPSM do Hospital do S. Sebastião		Até 31/12/08	DPSM do Hospital de S. Sebastião criado
Medidas para a reabilitação e desinstitucionalização de doentes psiquiátricos de acordo com plano a definir	CNRCCI, CNP,ARS Norte	Até 31/12/16	Unidades criadas
<b>DESENVOLVIMENTO DA REDE DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO CENTRO</b>			
Criação do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra juntando o HSC, o Hospital do Lorvão e Centro Psiquiátrico de Recuperação de Amês, com sede no HSC	CNP,ARS Centro	Até 31/1/08	Centro Hospitalar criado
Acerto das áreas de influência dos vários serviços de acordo com a nova configuração da região Centro		Até 31/12/08	Documento com novas áreas de influência
Transferência dos serviços locais da área afecta ao Hospital do Lorvão para o HSC e integração das Unidades de Agudos de ambos no HSC		Até 31/12/08	Transferência efectuada
Criação das Unidades de Saúde Mental Comunitária de Pinhal Interior e Litoral Sul, afectas ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra		Até 31/12/08	Unidades criadas
Criação da Unidade de Saúde Mental Comunitária do Litoral Norte, afecta aos HUC		Até 31/12/09	Unidade criada
Reorganização do atendimento das urgências de Coimbra num único local		Até 31/12/08	Funcionamento centralizado da urgência
Desenvolvimento das Unidades de Saúde Mental Comunitária de Pinhal Sul e Coimbra Norte		Até 31/12/12	Relatórios sobre funcionamento das novas unidades
Transferência do internamento de agudos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra para hospital geral		Até 31/12/16	Novo DPSM criado e dados de actividade assistencial
Medidas para a reabilitação e desinstitucionalização de doentes psiquiátricos de acordo com plano a definir	CNRCCI, CNP,ARS Centro	Até 31/12/16	Número de doentes envolvidos

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
<b>DESENVOLVIMENTO DA REDE DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO</b>			
Constituição de um Centro Hospitalar juntando o HJM e o HMB	CNP,ARS LVT	Até 31/12/07	Centro Hospitalar criado
Abertura do internamento do Hospital Garcia de Orta e transferência da responsabilidade assistencial plena da área de Almada/Seixal para o DPSM deste hospital		Até 31/7/08	Dados de actividade assistencial
Funcionamento com plano de actividades próprio e orçamento privativo da Equipa Comunitária de Sintra do HMB e preparação da sua transferência para o HFF		Até 31/12/08	Plano de actividades e orçamento
Criação de DPSM no Centro Hospitalar de Lisboa, Zona Central, de modo a integrar desde já a valência de saúde mental na preparação em curso do futuro Hospital Todos os Santos		Até 31/12/08	Diploma de criação
Funcionamento com plano de actividades próprio e dotação de orçamento privativo da Equipa Comunitária de Loures do HJM e início de preparação da sua transferência para o novo hospital de Loures		Até 31/12/08	Plano de actividades e orçamento
Funcionamento com plano de actividades próprio e dotação de orçamento privativo da Equipa Comunitária de Torres Vedras do HJM e início de planeamento da criação do DPSM de Torres Vedras/Caldas da Rainha	CNP,ARS Lisboa e Vale do Tejo	Até 31/12/09	Plano de actividades e orçamento
Funcionamento com plano de actividades próprio e dotação de orçamento privativo da Equipa Comunitária de Vila Franca de Xira e início de planeamento da criação do DPSM do Hospital Reynaldo dos Santos		Até 31/12/09	Plano de actividades e orçamento
Novas instalações para o DPSM do CHLO		Até 30/6/09	Novas instalações criadas
Reestruturação das urgências psiquiátricas de Lisboa e Vale do Tejo: Concentração do atendimento das urgências		Até 31/12/08	Dados sobre actividade assistencial
Contratação de mais pessoal no Centro Hospitalar Médio Tejo, de modo a assegurar o funcionamento do internamento		Até 31/12/08	Profissionais contratados
Redefinição das áreas de influência dos vários serviços de saúde mental da Região, de acordo com as novas áreas de influência dos hospitais gerais		Até 31/12/08	Documento com novas áreas de influência
Aumento do número de camas do internamento do DPSM do HFF		Até 31/12/12	Relatório da ampliação
Transferência dos cuidados de saúde mental da área de Sintra para o DPSM do HFF		Até 31/12/12	Dados da actividade assistencial

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
<b>DESENVOLVIMENTO DA REDE DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO</b>			
Criação dos DPSM de Torres Vedras/ Caldas da Rainha, do Centro Hospitalar de Cascais, Loures, Reynaldo dos Santos e Todos os Santos	CNP,ARS Lisboa e Vale do Tejo	Até 31/12/12	Diplomas de criação
Transferência dos cuidados de saúde mental das áreas de influência do Centro Hospitalar de Cascais, dos hospitais de Loures, Reynaldo dos Santos, Todos os Santos e Torres Vedras/ Caldas da Rainha para os DPSM nestes hospitais		Até 31/12/12	Dados da actividade assistencial
Construção das instalações do DPSM de Torres Vedras/ Caldas da Rainha		Até 31/12/12	Relatórios da obra
Medidas para a reabilitação e desinstitucionalização de doentes psiquiátricos de acordo com plano a definir	CNRCCI, CNP,ARS IVT	Até 31/12/16	Número de doentes envolvidos
<b>DESENVOLVIMENTO DA REDE DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO DO ALENTEJO</b>			
Criação de condições para a instalação da unidade de internamento para doentes agudos no Hospital do Espírito Santo (Évora)	CNP,ARS Alentejo	Até 31/12/08	Nova unidade criada
Desenvolvimento de um programa que permita assegurar a continuidade dos cuidados essenciais às populações do distrito de Beja, através do reforço da equipa de saúde mental (projecto piloto, a desenvolver com carácter de urgência) e assegurar a criação de unidade de internamento		Até 31/12/08	Dados sobre actividades assistenciais
Assegurar a criação de um novo internamento de agudos integrado no edifício da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano		Até 31/12/08	Novo internamento criado
Melhorar o atendimento das urgências nos vários distritos, explorando a possibilidade de estabelecer formas de cooperação entre eles.		Até 31/12/08	Protocolo de acordo efectuado
Medidas para a reabilitação e desinstitucionalização de doentes psiquiátricos de acordo com plano a definir	CNRCCI, CNP,ARS Alentejo	Até 31/12/16	Alternativas criadas
<b>DESENVOLVIMENTO DA REDE DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO DO ALGARVE</b>			
Incluir um novo DPSM no programa do novo hospital central do Algarve	CNP,ARS Algarve	Até 31/3/08	Programa funcional do novo hospital
Desenvolver um projecto de Unidade ou Equipa de saúde mental comunitária		Até 31/12/08	Documento com projecto
Reorganizar o atendimento das urgências		Até 31/12/08	Protocolo de acordo efectuado
Medidas para a reabilitação e desinstitucionalização de doentes psiquiátricos de acordo com plano a definir	CNRCCI, CNP,ARS Algarve	Até 31/12/16	Unidades criadas

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
<b>SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA</b>			
Criação de Novas Unidades/ Serviços:	CNP, ARS		Nº de unidades criadas
4 na Região de Lisboa e Vale do Tejo; 2 na Região Centro; 3 na Região Norte		Até 31/12/09	
2 na Região Alentejo; 2 na Região Algarve		Até 31/12/12	
Nos novos Hospitais, de acordo com as necessidades locais		Até 31/12/16	
Abertura de 1 Unidade de Internamento no Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência de Coimbra	CNP, ACSS, ARS Centro	Até 31/12/09	Abertura da unidade
Criação de 10 Equipas piloto de Saúde Mental Comunitária		Até 31/12/09	Arranque das equipas
Criação de novas Equipas	ACSS, ARS	Até 31/12/16	Arranque das equipas
Estudar a possibilidade de, integradamente com as políticas de Infância e Juventude, criar estruturas residenciais na comunidade	CNRCCI, CNP e MTSS	De acordo com plano	Residências criadas
Criação de grupo de trabalho misto para definição de respostas a problemas de Crianças e Jovens em Risco	CNP, MTSS, Ministérios da Justiça e da Educação	31/3/08	Protocolo do acordo
Formação de médicos especialistas e acordo com plano de vagas a definir	CNP, ACSS, ARS	Até 31/12/09 Até 31/12/12 Até 31/12/16	Nº de internos que concluem a formação
Programa de Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – European Early Promotion Project	CNP	Até 31/12/09	Implementação do programa
<b>MELHORIA DA QUALIDADE</b>			
Desenvolvimento de uma política de avaliação e garantia de qualidade (metodologia, selecção de indicadores, processo de implementação, recurso a entidades externas de avaliação)	CNP	Até 30/6/08	Documento pronto
Avaliação de qualidade dos serviços nacionais, abrangendo os vários dispositivos de prestação de cuidados e a área de cumprimento de direitos dos doentes (através do recurso a instrumentos da OMS)	SLSM, entidade externa de avaliação	Até 31/12/08	Proporção de Unidades em que o processo foi finalizado
Avaliação dos níveis de satisfação dos utentes dos serviços de psiquiatria, englobando elementos quantitativos e qualitativos	CNP – desenho do modelo de avaliação SLSM – implementação	Até 30/6/2008 A partir de 1/10/08 . Aplicação de rotina . Análise pelo menos anual	Nível médio de satisfação dos utentes dos serviços de psiquiatria (diferenciando os vários dispositivos)

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
<b>MELHORIA DA QUALIDADE</b>			
Implementação de normas de tipo organizativo na actividade de rotina em todos os serviços do país (eg, protocolo de recepção e acolhimento, direitos e deveres de utentes, informação genérica sobre os processos terapêuticos)	CNP – coordenação da elaboração das normas e guidelines	Até 31/10/08	Proporção de serviços que têm um sistema de normas organizativas implementado
Implementação de normas de boas práticas assistenciais	CNP – definição das normas SLSM – implementação	Até 31/12/08	Normas elaboradas e implementadas
Elaboração e implementação de normas sobre programas terapêuticos integrados para doentes com perturbações psiquiátricas graves, incluindo reabilitação, de acordo com a evidência científica	SLSM – implementação	Até 31/10/08	Normas produzidas e difundidas pelos Serviços
		Até 31/12/08	Proporção de Serviços com normas implementadas
<b>INVESTIGAÇÃO</b>			
Levantamento regular e divulgação efectiva da produção científica na área da psiquiatria e saúde mental realizada em Portugal ou com a participação de profissionais portugueses	CNP	Levantamento efectuado durante os 3 primeiros meses de cada ano	Apresentação da produção científica (indexada) de 2007 em website até 30 de Abril de 2008 A partir daí, manter com regularidade anual
Negociação de uma linha de financiamento para investigação em epidemiologia e em avaliação de programas de intervenção integrada em psiquiatria e saúde mental	CNP, FCT	Negociação a ser efectuada até 31/12/08	Acordo firmado
Organização de dois cursos modulares de curta duração (na área de investigação clínica e na área de avaliação de programas e serviços), que possam ser efectuados em diversos pontos do país, nomeadamente fora dos grandes centros urbanos, com dois objectivos: 1- melhorar as competências em metodologia de investigação e 2- fomentar a criação informal de redes de investigação entre diversos centros com interesses similares	Promoção a cargo da CNP, com colaboração de profissionais, serviços, departamentos com experiência científica reconhecida	Organização dos módulos até 31/11/08	Módulos disponíveis até 31/3/08
			Início dos cursos em 2008
Implementação de 3 a 5 projectos-piloto de avaliação de serviços ou de efectividade de programas de intervenção integrada (eg, perturbações psicóticas, ligação aos cuidados primários de saúde, suicídio, psiquiatria da infância e adolescência)	Promoção e selecção dos projectos (mediante candidatura) a cargo da CNP, com financiamento público	Elaboração e selecção até 30/10/08	Seleção dos projectos terminada em 30/6/08  Início dos projectos em julho de 2008

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
Estimular a prática de investigação durante os Internatos Médicos (psiquiatria, psiquiatria da infância e adolescência), através da criação de um estágio obrigatório de investigação, realizado em instituição credenciada em Portugal ou no estrangeiro, com a duração mínima de 3 meses, a negociar com as entidades competentes na matéria	Colégios das Especialidades da Ordem dos Médicos, em colaboração com os Departamentos Universitários de Psiquiatria e Saúde Mental	Negociação efectuada até 31/12/08	Início em 2008 ou no momento da revisão dos conteúdos dos Internatos
<b>DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS REGIONAIS</b>			
Definição dos princípios orientadores do desenvolvimento e funcionamento das unidades para doentes inimputáveis	Ministérios da Justiça e da Saúde	Até 31/10/08	Documento terminado
Definição dos princípios orientadores do desenvolvimento e funcionamento das unidades para "doentes difíceis" e para perturbações do comportamento alimentar	CNP	Até 31/10/08	Documento terminado
Elaboração do plano de desenvolvimento das unidades regionais		Até 31/10/08	Plano terminado
<b>HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS</b>			
Desenvolver os serviços locais de saúde mental assegurados pelos HP, reforçando a intervenção comunitária	Administrações dos HP	Início imediato. Todas as equipas com orçamento próprio em 2009	Número de equipas com orçamento próprio. Actividades assistenciais
Concentrar o internamento de doentes agudos em HP de Coimbra, no HSC	Administração do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra	Até 31/12/08	Número de doentes internados nos HP de Coimbra
Transferir para os novos hospitais gerais os serviços locais das respectivas áreas de influência	CNP, administrações dos HP, administrações dos novos Hospitais Gerais com Psiquiatria	À medida que forem sendo criados	DPSM criados
Concentrar as respostas prestadas por HP em Porto, Coimbra e Lisboa num único hospital em cada cidade (HJM, HML e HSC)	CNP, administrações dos HP	Até 31/12/12	Número de HP em Lisboa e Coimbra
Transferir todos os serviços locais de saúde mental ainda dependentes de HP para DPSM com base em hospitais gerais	CNP, administrações dos HP, administrações dos novos Hospitais Gerais com Psiquiatria	31/12/16	DPSM criados
Reorganizar os espaços e reconverter os recursos dos HJM, HML e HSC, de modo a assegurar o funcionamento dos serviços regionais de saúde mental de base institucional previstos em Lisboa, Porto e Coimbra.	CNP, Administrações dos HP	Progressivamente, até 31/12/2016	Serviços regionais criados

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
<b>HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS</b>			
Preparar a saída dos doentes a desinstitucionalizar	CNRCC e CNP	De acordo com o ritmo de criação de estruturas dos cuidados continuados	Número de doentes desinstitucionalizados
<b>REABILITAÇÃO, DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, INTEGRAÇÃO SOCIAL E CUIDADOS CONTINUADOS</b>			
Aprovação do Diploma sobre as respostas de cuidados continuados no âmbito da saúde mental)	MTSS, CNRCC e CNP	31/3/08	Diploma aprovado
Nomeação do Grupo Técnico Coordenador das respostas de cuidados continuados no âmbito da saúde mental a nível nacional		31/01/08	Nomeação efectuada
Elaboração do Plano de Acção do Grupo Técnico Coordenador das respostas de cuidados continuados no âmbito da saúde mental a nível nacional	MTSS, CNRCC e CNP	Até 31/7/08	Plano elaborado
Lançamento de experiências piloto de acordo com plano a definir	CNRCC, MTSS e CNP	30/6/08	Experiências iniciadas
Desenvolvimento de experiências piloto e projectos de cuidados continuados de acordo com plano a definir	CNRCC, MTSS e CNP	Entre 15/12/07 e 30/9/12	Número de projectos
Regulamentação do emprego apoiado para pessoas com doença mental no âmbito da revisão das políticas de emprego activo em curso.	CNP, Instituto do Emprego e Formação Profissional / MTSS	31/12/08	Projecto de diploma legal
Regulamentação da habitação apoiada	CNP, Instituto da Habitação e Reabilitação Urbana	31/12/08	Parcerias com as autarquias
Lançamento de projectos de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental de acordo com o plano a definir	CNRCC, CNP e MTSS	Projectos de acordo com plano nacional (2008-2016)	Relatórios dos projectos
Medidas para reabilitação e desinstitucionalização de doentes psiquiátricos de acordo com plano a definir.	CNRCC, CNP, ACSS, ARS	Entre 15/12/07 e 31/12/16	Número de doentes envolvidos em processo de reabilitação e de novas unidades
Apoio do desenvolvimento de DNG que representam utentes e famílias e grupos de auto-ajuda, de acordo com a legislação própria	CNP, INR / MTSS	A partir de 2008	Apoios financeiros e de outro tipo dispensados

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
<b>ARTICULAÇÃO COM AS ORDENS RELIGIOSAS E MISERICÓRDIA DO PORTO</b>			
Constituição de um grupo de trabalho misto para elaborar uma proposta concreta de revisão do acordo de 1983 com as Ordens Religiosas	CNRCCI, CNP	Proposta apresentada até 31/7/08	Documento c/ proposta
Definição de um protocolo de cooperação com as Ordens Religiosas		Até 31/12/08	Protocolo acordado
Constituição de um grupo de trabalho misto para elaborar uma proposta concreta de revisão do Protocolo com a Santa Casa da Misericórdia do Porto	CNRCCI, CNP, ARS Norte	Proposta apresentada até 31/7/08	Documento c/ proposta
Definição de um protocolo de cooperação com a Santa Casa da Misericórdia do Porto		Até 31/12/08	Protocolo acordado
<b>SAÚDE MENTAL E CUIDADOS PRIMÁRIOS</b>			
Promover Acções de Formação / Sensibilização dos clínicos gerais na área da Saúde Mental nos Centros Saúde	Departamentos de Psiquiatria / SLSM (em articulação com os vários Centros de Saúde da área geográfica)	Anual, de 2008 em diante	Nº de sessões / ano
Promover a articulação com os Cuidados de Saúde Primários	MCSF, CNP: Departamentos de Psiquiatria/ SLSM	Anual, de 2008 em diante	Nº de reuniões / ano
Promover a melhoria da informação de referenciação e de retorno	Direcção dos Centros de Saúde	Anual, de 2008 em diante	Relatório anual com análise crítica e propostas de melhoria / Unidade de Saúde Mental
Promover a divulgação e partilha de informação sobre indicadores de Saúde Mental na população a cargo		2008 em diante	Relatório anual / Unidade de Saúde Mental
<b>ARTICULAÇÃO INTERSECTORIAL NA ÁREA DA PREVENÇÃO/PROMOÇÃO</b>			
Luta contra o estigma	CNP, comunicação social, DNG, utentes e famílias	2008-2010	Campanha Nacional Antiestigma
Apoio a grupos vulneráveis ou em risco social	CNP, MTSS	2008-2016	Cooperação com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco
Luta contra a exclusão social dos sem abrigo	CNP, MTSS, autarquias	2008-2010	Parceria com a Câmara Municipal de Lisboa
Criação de Plataforma de Acção para a Prevenção em Saúde Mental (cooperação entre os diversos sectores das políticas)	CNP, MTSS, da Saúde e da Educação	Até 31/12/08	Protocolo da Plataforma

ACTIVIDADES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADOR
<b>ARTICULAÇÃO INTERSECTORIAL NA ÁREA DA PREVENÇÃO/PROMOÇÃO</b>			
Prevenção do suicídio e da depressão	CNP, MCSP	Avaliação de modelo até 31/12/08 Disseminação de modelo entre 1/1/09 e 31/12/12	Relatórios de avaliação
Estabelecimento de acordo com o IDT sobre prevenção do abuso do álcool e das drogas	CNP, IDT	31/12/08	Protocolo do acordo
Prevenção da violência doméstica e do abuso infantil	CNP, MTSS, da Educação, CIG	Avaliação de modelo até 31/12/08 Disseminação de modelo entre 1/1/09 e 31/12/12	Relatórios de avaliação
<b>ARTICULAÇÃO COM O INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA</b>			
Definição dos princípios de colaboração entre os serviços de saúde mental e os serviços do IDT	CNP, IDT	31/3/08	Documento com princípios acordados
Participação de médicos psiquiatras do IDT na prestação de serviços de urgência psiquiátrica		Acordo negociado até 31/7/08	Documento de acordo para a inclusão de psiquiatras do IDT nas escalas de urgência
<b>CUIDADOS PARA OS SEM ABRIGO E VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA</b>			
Desenvolvimento de um projecto piloto para tratamento de Pessoas Sem Abrigo	CNP	Até 31/12/08 Até 31/12/10	Projecto elaborado Nº de projectos iniciados
Integração nas equipas de saúde mental comunitária de projectos na área da violência doméstica	CNP, direcções dos SLSM, CIG	Até 31/12/2008	Número de projectos (pelo menos 1 projecto em cada região)
Criação de grupo de trabalho Saúde Mental / Justiça para elaborar propostas que respondam aos problemas relacionados com:	CNP, Ministério da Justiça	Até 31/3/08	Grupo criado
1- a prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a doentes inimputáveis e a pessoas com doenças mentais que se encontram em estabelecimentos prisionais;			
2 - a elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas;		Até 31/7/08 (apresentação de propostas)	Propostas apresentadas
3 - a prestação de cuidados mandatados por decisão judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens			

## Legenda de SIGLAS

ACS	Alto-Comissariado da Saúde
ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde, I.P.
ARS	Administração Regional de Saúde, I.P.
CHLO	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
CIG	Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género
CNRCCI	Coordenação Nacional da Rede de Cuidados Continuados Integrados
CNP	Coordenação Nacional do Plano de Saúde Mental
DPSM	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
ESMC	Equípas de Saúde Mental Comunitárias
FCT	Fundação para a Ciência e a Tecnologia
HFF	Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E.
HJM	Hospital Júlio de Matos
HMB	Hospital Miguel Bombarda
HML	Hospital Magalhães Lemos
HP	Hospitais Psiquiátricos
HSC	Hospital Sobral Cid
HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.
INR	Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MTSS	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
RNCCISM	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
SLSM	Serviço Local de Saúde Mental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
USMC	Unidades de Saúde Mental Comunitárias