



ENCONTRAR+SE



SOCIEDADE PORTUGUESA DE
PSIQUIATRIA E
SAÚDE MENTAL

TRAJETÓRIAS PELOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

PARTE I

**O PROCESSO DE “DESINSTITUCIONALIZAÇÃO” PSIQUIÁTRICA EM PORTUGAL:
DA ANÁLISE OBJETIVA DOS FACTOS ÀS PERCEÇÕES DE UTENTES, FAMILIARES/
CUIDADORES E TÉCNICOS**

MARÇO DE 2015

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	4
EQUIPA DO PROJETO	5
LISTA DE ABREVIATURAS.....	6
NOTA INTRODUTÓRIA	7
PARTE I - Contextualização do processo de desinstitucionalização.....	8
1.1. Desinstitucionalização psiquiátrica: considerações introdutórias	8
1.2. Saúde mental em Portugal: dados recentes	10
1.3. Desinstitucionalização psiquiátrica em Portugal: enquadramento legal	12
PARTE II - Metodologia	20
2.1. Participantes	20
2.2. Procedimentos	21
2.3. Instrumentos de recolha de dados	23
PARTE III - Resultados	25
3.1. Análise documental sobre o processo de desinstitucionalização	25
3.2. Informação quantitativa sobre o processo de desinstitucionalização	29
3.3. Trajetórias e perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos de saúde mental envolvidos no processo de desinstitucionalização	34
3.4. Gestão do património dos doentes	65
PARTE IV – Conclusão.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
FONTES CONSULTADAS.....	81
DIPLOMAS LEGAIS QUE DEFINEM E ENQUADRAM A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS EM SAÚDE MENTAL	83

TRAJETÓRIAS PELOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL (TCSM)

O projeto Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental (TCSM) é promovido pela ENCONTRAR+SE – Associação para a Promoção da Saúde Mental - em parceria com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, e com o apoio científico do Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (Centro Regional do Porto).

Entidades promotoras:



Apoio científico:



Autores Relatório: Filipa Palha e Natália Costa

Referência: Palha, F. & Costa, N. (2015). Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos. Porto: ENCONTRAR+SE.

AGRADECIMENTOS

A ENCONTRAR+SE e a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental agradecem ao Dr. Álvaro de Carvalho, Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, a disponibilidade para encaminhar o pedido de informação que lhe foi endereçado sobre os dados referentes à "desinstitucionalização" ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e ao Hospital Magalhães Lemos. Agradecem, ainda, ao Dr. Adrián Gramary, diretor clínico do Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF), à Dr.^a Anabela Gomes, diretora técnica do Centro de Apoio Social do Pisão (CASP), à Dr.^a Isabel Paixão, presidente do Conselho de Administração do CHPL, ao Dr. Jaime Ramos, presidente do Conselho de Administração da Associação de Desenvolvimento e Formação Profissional (ADFP), ao Dr. José Pedro Figueiredo, diretor clínico do CHUC, ao Dr. Miguel Ângelo Queirós, diretor gerente da Casa de Saúde Rainha Santa Isabel, à Irmã Paula Carneiro, vogal do Instituto das Irmãs Hospitaleiras e à Dr.^a Teresa Duarte, da Direção da Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) a disponibilização da informação solicitada sobre o processo de transferência de doentes, bem como a identificação dos participantes que colaboraram na parte qualitativa deste estudo.

EQUIPA DO PROJETO

Coordenação

Doutora Filipa Palha

Presidente da Direção da ENCONTRAR+SE

Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH) da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa

91 906 01 65 | fpalha@encontrarse.pt

Professor Doutor António Pacheco Palha

Em representação da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

Membros da equipa

Mestre Natália Costa

Psicóloga da ENCONTRAR+SE

Doutora Elisa Veiga

Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH) da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa

LISTA DE ABREVIATURAS

ADFP - Associação de Desenvolvimento e Formação Profissional

AEIPS - Associação para o Estudo e Integração Psicossocial

ASAE – Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica

CASP - Centro de Apoio Social do Pisão

CCISM - Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

CHCF - Centro Hospitalar Conde de Ferreira

CHPL - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CNSM – Conselho Nacional de Saúde Mental

CSM – Cuidados de Saúde Mental

CSRSI - Casa de Saúde Rainha Santa Isabel

DGS – Direção-geral de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

HJM - Hospital Júlio de Matos

HMB – Hospital Miguel Bombarda

HML - Hospital de Magalhães Lemos

HP - Hospitais psiquiátricos

HSC - Hospital Sobral Cid

ND - Não disponibilizado

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

SLSM - Serviços Locais de Saúde Mental

SPCSM – Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde Mental

TCSM – Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

NOTA INTRODUTÓRIA

O estudo Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental (TCSM) teve como objetivo principal contribuir para a definição de um modelo de referenciação, articulação e prestação de cuidados de saúde mental (CSM) com vista à satisfação de utentes, cuidadores e técnicos de saúde mental. Por outro lado, procurou estudar o processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal que decorreu entre 2009-2014, no sentido de compreender a forma como este decorreu, e obter a perceção das pessoas diretamente afetadas/ envolvidas neste processo. Assim, este projeto partiu de três objetivos específicos:

- (1) caracterizar o processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal;
- (2) estudar as trajetórias de utilização dos serviços de saúde mental, analisando fatores facilitadores e obstáculos, segundo a perceção dos utentes, seus familiares/ cuidadores e técnicos de saúde mental;
- (3) avaliar a perceção da satisfação face aos serviços de prestação de CSM (SPCSM).

O projeto TCSM decorreu entre janeiro de 2013 e setembro de 2014, envolvendo diferentes fases: 1) a recolha de dados sobre o processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em curso em Portugal; 2) a realização de entrevistas a pessoas com experiência de doença mental (doravante designadas por *utentes*); a familiares e cuidadores de pessoas com experiência de doença mental (que designaremos de *familiares/ cuidadores*) e, ainda, a profissionais a intervir na área da doença mental e/ ou pessoas ligadas à gestão das instituições (doravante designados por *técnicos*).

O presente relatório apresenta, apenas, os resultados da primeira fase do projeto- **caracterizar o processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal (2009-2014)**, estando organizado em 4 partes. Na primeira parte contextualiza-se de forma breve o processo de “desinstitucionalização” no âmbito das reformas de saúde mental, e da realidade portuguesa; na segunda parte apresenta-se a metodologia do estudo – método, participantes, procedimentos e instrumentos de recolha de dados; na terceira parte são descritos os principais resultados e, na quarta e última parte, é feita uma síntese conclusiva.

PARTE I - Contextualização do processo de desinstitucionalização

1.1. Desinstitucionalização psiquiátrica: considerações introdutórias

A questão da desinstitucionalização psiquiátrica há muito que está entre as prioridades das políticas de saúde mental propostas e defendidas por instituições como a Organização Mundial da Saúde, sendo uma realidade que tem vindo a ser posta em prática em diferentes partes do mundo. Em Portugal também já vem sendo objeto de debate desde a segunda metade do século XX, tendo ganho especial atenção ao tornar-se um dos objetivos centrais do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

Não sendo objetivo deste trabalho aprofundar as razões que têm levado ao encerramento dos grandes hospitais psiquiátricos nem, tão pouco, visitar o lugar que estes ocuparam ao longo dos séculos no acolhimento e tratamento de quem sofre de doença psiquiátrica, cumpre lembrar que por meados do século XX foram assinaladas situações de sobrelotação de algumas instituições, de falta de adequado tratamento dos seus doentes e mesmo de violação dos seus direitos e da sua dignidade, o que levou à implementação de processos de desinstitucionalização radicais, como o que se verificou nos Estados Unidos da América (EUA). Na Europa Ocidental, as reformas na saúde mental que se têm vindo a verificar nas últimas décadas, também levaram a processos de “desinstitucionalização” e desenvolvimento de novos serviços na comunidade, embora a forma e resultados deles resultantes varie de país para país. Dito isto, também é necessário salvaguardar que a história do tratamento psiquiátrico é pautada pela presença de instituições psiquiátricas responsáveis pelo bom acolhimento e tratamento do doente psiquiátrico, pela implementação das melhores práticas nesta área e pelo contributo na recuperação e inclusão social dos seus doentes.

Ora, tendo em conta os exemplos destes processos de desinstitucionalização/reformas psiquiátricas implementados em diversos países ao longo das últimas décadas, Portugal estava numa posição privilegiada para beneficiar da aprendizagem de boas experiências e para se precaver dos erros cometidos. Ninguém é indiferente ao resultado da desinstitucionalização não programada levada a cabo nos EUA que levou a que as pessoas (de)institucionalizadas acabassem na rua, presas ou transinstitucionalizadas, agravando, ainda mais, a sua frágil situação.

No contexto Europeu, também permanecem dúvidas quanto aos reais benefícios clínicos e de promoção da autonomia e qualidade de vida dos doentes após serem “desinstitucionalizados”, o que nos remete para a necessidade de debater a direção

que estas reformas estão a ter e os valores que devem, verdadeiramente, orientar os cuidados de saúde mental (eg. Priebe et al., 2008).

Num editorial da revista *World Psychiatry* (2010), Mario Maj, à data presidente da Associação Americana de Psiquiatria, alertou para alguns aspetos que, no contexto da implementação dos cuidados de saúde mental comunitários (que, em muitos casos, acompanha o processo de desinstitucionalização), deviam ser acautelados. De salientar:

1) a necessidade de um sistema em que os serviços comunitários coexistem com os serviços hospitalares (“*a balanced care model*”, p. 65) na medida em que as camas de psiquiatria continuarão a ser necessárias;

2) a necessidade de atender à saúde física dos utentes (“*the neglect of patients’ physical health as an issue which may compromise the integrity of community based services*”; p. 65);

3) a necessidade de uma abordagem baseada na evidência, salientando que “*the development of community care is often driven by passion and enthusiasm, but passion and enthusiasm are not sufficient to manage mental disorders. These disorders require evidence-based interventions, which must be available in all community mental health services*” (p.66);

4) a necessidade de delimitar a reorganização dos cuidados de saúde mental de eventuais “ideologias fanáticas”- “*Ideological fanaticism has been, in fact, in several countries a major source of derailment of the process of development of community care and of division of the mental health movement*”;

5) a necessidade do **encerramento dos hospitais psiquiátricos ser considerada de forma cuidada e com a paralela criação de serviços comunitários** (“*a carefully considered sequence of events linking hospital bed closure to community service development. Indeed, it is not uncommon that hospital-based services are closed without sustainable alternatives in the community*”, p. 66), **alertando-se para o perigo de transferir doentes para estruturas desadequadas às suas necessidades de saúde** (“*The transfer of chronic patients from a very “visible” public mental hospital, which must be closed, to “invisible” (and uncontrolled) private facilities has been unfortunately a not rare modality of deinstitutionalization*”, p.66);

6) a necessidade de um compromisso continuado no planeamento da implementação dos cuidados comunitários de saúde mental (“*the implementation of community mental health care requires a strong and continuing commitment by the relevant*

administrations, and that planning (including investments in terms of facilities, staff and training) should be made on a long-term basis”; p.66);

7) a necessidade de promover a reabilitação psicossocial e social dos utentes (*“Having transferred a chronic patient from a mental hospital to a residence in the community, where he will stay forever, is not sufficient, if the patient is left there with just a minimal basic assistance”, p.66);*

8) a necessidade de envolver os familiares (*“The need to involve carers, as well as users, in the process of development of community mental health care is repeatedly emphasized in the guidance. Indeed, it has happened too often that families of discharged patients with severe mental illness have been left alone with their problem, without any kind of practical and emotional support. Overlooking or minimizing this issue is unjust and dishonest, especially since evidence-based family interventions are now available and have been proved to be effective”; p.66).*

Estas reflexões, em parte identificadas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, teriam sido suficientes para orientar o processo de encerramento dos hospitais que se pretendia (em paralelo com a necessária reestruturação dos serviços de saúde mental e desenvolvimento de respostas comunitárias), focado nos direitos dos doentes, para que a sua efetivação assentasse nos princípios e valores com que se pretende assegurar e dignificar os cuidados de saúde em Portugal.

1.2. Saúde mental em Portugal: dados recentes

Relativamente à situação sobre a prestação de cuidados de saúde mental em Portugal, vamos centrar-nos, apenas, em alguns dados publicados na última década.

O Plano Nacional de Saúde para 2004-2010 assumia que existiam “pessoas em risco de serem hospitalizadas devido à falta de alternativas à institucionalização”. Em 2005, Portugal, que contribuiu ativamente na preparação do Livro Verde para a saúde mental, na União Europeia e na Conferência de Helsínquia, tendo assinado a declaração da Organização Mundial de Saúde e o Plano de Ação para a Saúde Mental na Europa, comprometeu-se, entre outros aspetos, a “desenvolver serviços baseados na comunidade que substituam os cuidados prestados em grandes instituições a pessoas com problemas de saúde mental graves.”

Em 2006, o relatório “*Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*” (Jané-Llopis & Anderson, 2006) afirmava que a saúde mental não parecia constituir uma prioridade em Portugal, alertando para a inexistência de um orçamento alocado à saúde mental. O relatório adiantava, ainda, que uma das barreiras à implementação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 decorria de lacunas em termos de financiamento, bem como das lacunas existentes em termos de existência e/ ou heterogeneidade na distribuição de recursos humanos na área da saúde mental.

Em 2006, o estabelecimento do Conselho Nacional de Saúde Mental (CNSM), com o objetivo de “Avaliar a Situação da Saúde Mental em Portugal, e propor um Plano de Saúde Mental” conduziu ao Relatório sobre a Saúde Mental em Portugal e proposta para o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. O Relatório Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016 (CNSM, 2007) que esteve na origem do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado a 24 de janeiro de 2008, indicava que os serviços de saúde mental apresentavam um funcionamento precário, nomeadamente ao nível da acessibilidade, equidade e qualidade, pelo que apenas uma pequena percentagem de pessoas com experiência de problemas de saúde mental recorria a estes serviços. Dados do mesmo relatório apontavam para que, em 2005, apenas 1.7% da população tivesse contactado os serviços embora, nesse mesmo ano, fosse estimado que entre 5 a 8% da população pudesse ter experienciado um problema de saúde mental.

Adicionalmente, os dados do 1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, disponibilizado em 2013, referem que “a prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal é muito elevada: mais de 1 em cada 5 dos indivíduos da amostra apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista. Esta prevalência é a segunda mais alta a nível europeu, com um valor quase igual à da Irlanda do Norte, que ocupa o primeiro lugar” (p. 50). Por outro lado, salienta-se que quase 65% das pessoas com uma perturbação psiquiátrica não tinha tido qualquer tratamento nos 12 meses anteriores. A brecha de tratamento (*treatment gap*), que mede a diferença entre a percentagem de pessoas que necessitam de tratamento e a percentagem das que realmente a ele têm acesso, ronda mais de um terço dos casos que não teve acesso a tratamento. Por fim, no que respeita ao “tempo que medeia entre o começo das perturbações psiquiátricas e o momento em que se inicia o seu tratamento”, os dados apontam para que, “um ano após o começo da doença, mais de metade dos doentes ainda não tinha tido qualquer tratamento (p. 51).

1.3. Desinstitucionalização psiquiátrica em Portugal: enquadramento legal

Portugal tem, desde 1963, uma Lei de Saúde Mental (Lei nº 2118, 3 de Abril), influenciada pelo *Mental Health Act* promulgado por Kennedy nos Estados Unidos, que propunha um modelo de cuidados baseado na comunidade. Decorridos mais de 50 anos, é possível afirmar que ainda não estão criadas as condições para que o modelo comunitário seja uma realidade.

Não pretendendo ser exaustivos na apresentação do que têm sido os avanços e recuos nesta matéria, apenas uma breve referência aos aspetos que nos parecem merecer ser assinalados neste trabalho.

Trinta e cinco anos depois de publicada a Lei de 1963, em 1998, a “nova” Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho)¹ e o Decreto-Lei que a regulamenta (n.º 35/99, de 5 de Fevereiro)², apontavam, igualmente, para um “*modelo de referência comunitário*” em que a prestação de cuidados deve ser “*promovida maioritariamente a nível da comunidade, [...] sendo os cuidados de Saúde Mental prestados num meio o menos restrito possível*”. A Lei de Saúde Mental refere, ainda, que aos hospitais psiquiátricos “*incumbe assegurar, a par de cuidados de nível local, a disponibilização de respostas específicas de âmbito regional em valências que exijam intervenções predominantemente institucionais, de cuidados adequados aos doentes de evolução prolongada aí residentes*”. Uma vez mais, as medidas propostas por esta lei não foram implementadas, com exceção do que diz respeito ao internamento compulsivo.

Ainda nos finais dos anos 90, surgiram dois dispositivos legais para enquadrar e financiar algumas respostas no âmbito da reabilitação psicossocial de doentes com incapacidades psiquiátricas: o Despacho Conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade nº. 407/98, de 18 de Junho, e a Portaria do Ministro do Trabalho e da Solidariedade nº. 348-A/98, de 18 de Junho”.

Em termos da eficácia e pertinência deste enquadramento legal, de acordo com o Relatório da Comissão de Avaliação da Legislação de Saúde Mental, integrado nas Propostas e Recomendações do Conselho Nacional de Saúde Mental (2002), constitui-se como “um notável avanço na estruturação de respostas de reabilitação psicossocial”. No entanto, “as dificuldades que se levantam para a sua implementação, quer no que respeita ao desenho das respostas, quer, em especial, ao seu financiamento” foram constantes (CNSM, 2002), situação que se veio a agravar ao longo dos anos.

¹ Publicada em Diário da República, I Série A, nº 169

² Publicada no Diário da República, I Série-A, nº 30.

Em 2004, a Direção Geral da Saúde publicou a “Rede de referenciação de psiquiatria e saúde mental”, documento no qual se previa 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”; referindo que “para cada uma das três áreas geográficas – Norte, Centro e Sul – só deverá existir um hospital psiquiátrico, após a criação de novos serviços ou departamentos em hospitais gerais e de estruturas comunitárias alternativas ao hospital psiquiátrico”.

Em 2003, com o Decreto-lei n.º 281/2003, de 8 de novembro, criou-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde, com o objetivo de “contribuir para a melhoria de acesso da pessoa com perda de funcionalidade e cuidados técnica e humanamente adequados”. Neste contexto, esperava-se 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, teriam como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental a pessoas com perturbações mentais graves e ou incapacidade psicossocial que se encontrem em situação de dependência, visando a sua reabilitação, integração social, participação e autonomia e a melhoria da qualidade de vida quer dos residentes na comunidade, quer dos residentes nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos de psiquiatria dos hospitais gerais.

No entanto, foi só em 2010 que tal aconteceu, com a publicação do Decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, que veio criar um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado a pessoas com doença mental grave. As estruturas de prestação de cuidados integrados de saúde mental são de três tipos, nomeadamente “equipas de apoio domiciliário”, “unidades sócio-ocupacionais” e “unidades residenciais” com diferentes níveis de intensidade – “residências de treino de autonomia”, “residências autónomas de saúde mental”, “residências de apoio moderado” e “residências de apoio máximo”. Um ano depois, foi a vez da portaria n.º 183/2011, de 5 de Maio, aprovar “a tabela de preços para o financiamento dos serviços a prestar pelas respetivas unidades e equipas”, fixando “o valor da diária, por utente, para cada uma das tipologias”. Por fim, o despacho n.º 8677/2011 veio identificar as 18 experiências-piloto previstas para a implementação progressiva destas estruturas.

Chegados aqui, há que referir que este diploma dos cuidados continuados integrados de saúde mental é um dos dispositivos legais considerado fundamental para a

implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM 2007-2016) sobre o qual nos debruçaremos agora, fazendo referência de forma particular aos aspetos diretamente relacionados com o tema deste trabalho e um dos seus objetivos centrais: o da desinstitucionalização e sua “substituição” por cuidados continuados integrados de saúde mental na comunidade.

Considerando o disposto na Lei de Saúde Mental - Lei n.º 36/98 – (e.g. “prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade”, “reabilitação psicossocial (...) em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau de autonomia dos doentes”), o Relatório Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016 (CNSM, 2007) veio “definir as estratégias que promovam a concretização da organização proposta pela lei” (p. 66) (CNSM, 2007). Entre outros, esta concretização envolveu o desafio de “desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de doentes mentais graves”.

Lia-se no prefácio deste Relatório, escrito pelo então Ministro da Saúde, Dr. Correia de Campos, que “A reestruturação dos hospitais psiquiátricos e a sua progressiva substituição por serviços baseados nos hospitais gerais e na comunidade merecem, como não podia deixar de ser, uma atenção especial” [p.14]. E, mais à frente, acrescentava: “A melhoria dos serviços passa obrigatoriamente pela transição de um modelo de cuidados, de base institucional e asilar, com séculos de existência, para um modelo comunitário, baseado num paradigma diferente. Esta transição implica mudanças institucionais, realocação de recursos, formação de profissionais, criação de novos serviços, objectivos que só podem ser alcançados com coordenação forte e tecnicamente competente e apoio sustentado a nível político” (p.16).

Assim, em termos gerais, o PNSM tinha os seguintes objetivos, a desenvolver entre 2008 e 2016 (CNSM, 2007; p. 95).

Tabela 1. Objetivos definidos no Plano Nacional de Saúde Mental

A curto prazo (até final de 2008):

Promover o desenvolvimento dos serviços locais de saúde mental assegurados pelos HP³, reforçando a intervenção comunitária;
Concentrar o internamento de doentes agudos em hospitais psiquiátricos de Coimbra no HSC⁴;
Preparar a saída dos primeiros doentes a desinstitucionalizar durante este período.

A médio prazo (até 2012):

Transferir para os novos hospitais gerais entretanto criados os serviços locais das respetivas áreas de influência;
Preparar a saída de doentes a desinstitucionalizar durante este período;
Concentrar as respostas prestadas por HP² em Lisboa, Porto e Coimbra num único hospital (sendo o HJM⁵, HML⁶ e HSC³ os que parecem reunir melhores condições para o efeito).

³ Hospitais psiquiátricos

⁴ Hospital Sobral Cid

A longo prazo (até 2016):

Transferir todos os serviços locais de saúde mental ainda dependentes de HP² para DPSM⁷ com base em hospitais gerais;
Completar o processo de desinstitucionalização em todos os HP²;
Reorganizar os espaços e reconverter os recursos dos HJM⁴, HML⁵ e HSC³, de modo a assegurar o funcionamento dos serviços regionais de saúde mental de base institucional previstos em Lisboa, Porto e Coimbra.

Para a sua implementação, o plano (CNSM, 2007) apresenta na “listagem de ações a executar”, nomeadamente no que respeita aos “Hospitais Psiquiátricos” (p. 145), o objetivo de até 31 de Dezembro de 2012, “concentrar as respostas prestadas por Hospitais Psiquiátricos em Porto, Coimbra e Lisboa num único hospital em cada cidade” - Hospital Magalhães Lemos (HML), Hospital Sobral Cid (HSC) e Hospital Júlio de Matos (HJM), respetivamente.

Para concretização deste processo, foi assumido que (CNSM, 2007, pág. 23):

- “As mudanças a efetuar 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 desativado até ao momento em que esteja criado o serviço que o substitui, e
- Os doentes e familiares devem ser envolvidos nas mudanças a efetuar desde o início”.

Por último, no PNSM 2007-2016 também é feita referência a dois outros pilares fundamentais para a adequada reestruturação dos serviços de saúde mental: 1) “o estabelecimento de um orçamento nacional para a saúde mental constitui uma medida fundamental para a implementação das reformas que se propõem neste plano. Sem este instrumento, será muito difícil promover mudanças significativas num sistema com as características e a história do sistema de saúde mental”⁸; 2) “o investimento na área de recursos humanos é decisivo para o êxito da reforma dos cuidados de saúde mental”. [...] “A participação de outros profissionais (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc.) [...] continua ainda muito longe do indispensável para um adequado funcionamento das modernas equipas de saúde mental. [...]

⁵ Hospital Júlio de Matos

⁶ Hospital de Magalhães Lemos

⁷ Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

⁸ Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM) (2007). Relatório. Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016

Em 2012, o documento “Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental”, publicado a 30 de Março pelo Programa Nacional para a saúde Mental, referia que “o número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos diminuiu 40%”, tendo sido encerrado “com sucesso o mais antigo hospital psiquiátrico do país, ao mesmo tempo que se deram passos importantes na desativação de outros” e tendo sido lançadas “as bases dos cuidados continuados de saúde mental” e criados “com sucesso os primeiros serviços e programas residenciais neste sector” (DGS, 2012).

Neste mesmo documento, referia-se, igualmente, a existência de alguns obstáculos, como os “relativos a um sistema de financiamento que encoraja os cuidados institucionais e não permite incentivar os cuidados na comunidade” (p.4).

De forma sistematizada, no que diz respeito à “Reabilitação, desinstitucionalização e cuidados continuados”, a avaliação do trabalho efetuado até 2012 resumia-se na seguinte tabela (DGS, 2012, p.23):

9. REABILITAÇÃO, DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E CUIDADOS CONTINUADOS	
2008	Em parceria com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), elaborou-se um projeto de diploma sobre os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM), para apreciação superior. Elaborou-se também uma estimativa dos custos de funcionamento dos vários tipos de tipologias, bem como uma proposta de plano de ação para 2009-2016.
2009	Colaboração na elaboração do diploma legal para criação dos CCISM, assim como do respectivo orçamento previsional até 2013. Contatos com a Câmara Municipal de Lisboa para cedência de instalações para unidades de cuidados continuados de saúde mental.
2010	Divulgação dos CCISM: Organização de encontro científico no âmbito da implementação do D-L no 8/2010, com presença da Sr.a Ministra da Saúde, UMCCI, ISS e perito internacional; Participação em seminários/jornadas com apresentação de comunicações em: Condeixa, Lisboa (Telheiras – Casa S. S. José), Cascais, Vila Nova de Gaia, Póvoa do Lanhoso, FNERDM, ASMAL); Apoio protocolado à atividade da SPESM (colaboração no Encontro Internacional – organização do workshop Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental – Crianças e adolescentes).
	<p>Diagnóstico situacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantamento e caracterização das respostas de reabilitação psicossocial para adultos, no âmbito do Despacho Conjunto 407/98 e equiparados; - Levantamento e caracterização das respostas sociais na área da infância e adolescência com pendor reabilitativo. <p>Plano de implementação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regulamentação técnica e normativa – elaboração dos projetos de portaria regulamentadores do DL 8/2010 (organização, financiamento, instalações); - Dotação territorial dos CCISM: seleção de entidades promotoras de experiências piloto; - Distribuição das “experiências-piloto” e elaboração de proposta de orçamento; - Seleção de instrumento de avaliação de qualidade das unidades e equipas a constituir; - Definição e procedimentos de adaptação do IUA (Instrumento Único de Avaliação), com programação e coordenação da aplicação-teste; - Aferição do modelo de financiamento, gestão e acompanhamento; - Assinatura de memorandos de entendimento entre a EPCCISM e as entidades promotoras; - Identificação das entidades e coordenação do processo de desinstitucionalização do HMB.

Da análise crítica feita neste documento à implementação do PNSM, no que a estes aspetos diz respeito, podemos ler:

“As estratégias seguidas no processo de desinstitucionalização provaram ser eficazes e adequadas. Dentro dos prazos previstos foi possível desinstitucionalizar um número importante de doentes, encerrar o Hospital Miguel Bombarda e dar passos significativos no sentido do encerramento de outros hospitais psiquiátricos. Todo este processo decorreu **sem incidentes significativos e os poucos problemas que se registaram foram pronta e eficazmente resolvidos**. Acima de tudo, **mostrou-se ser possível encontrar alternativas residenciais de alta qualidade** para os doentes institucionalizados, com custos não superiores aos associados aos velhos cuidados asilares.

A experiência entretanto adquirida mostrou, no entanto, que sem uma coordenação efetiva, integrada e tecnicamente competente dos aspectos clínicos, financeiros e de reabilitação psicossocial envolvidos na desinstitucionalização, não será possível prosseguir o processo de desativação dos hospitais psiquiátricos e de transferência dos doentes para a comunidade ao ritmo pretendido. Sobretudo, **não será possível fazê-lo com a qualidade desejada e sem correr o risco de substituir os hospitais psiquiátricos por outras instituições, que embora possam ter melhores instalações, continuem a funcionar de acordo com uma lógica asilar. A integração dos cuidados continuados de saúde mental neste processo será naturalmente uma peça fundamental da desinstitucionalização, sendo indispensável redefinir com clareza a forma de garantir esta integração e de clarificar o que será possível fazer nesta matéria no quadro dos atuais constrangimentos financeiros** (DGS, 2012, pp. 38-39)”.
É, igualmente, feita referência ao facto de:

“... a atual crise financeira [ter] ainda outras repercussões importantes a nível da saúde mental, que importa tomar em consideração” (pp. 39). Salientando que: “se o investimento no desenvolvimento dos serviços comunitários para doentes mentais graves já era uma prioridade antes da crise, é-o ainda mais agora”;

Por último, desta análise também se considerou a necessidade de:

“[...] encarar com a devida ponderação o problema da utilização dos recursos financeiros gerados pelo encerramento de hospitais psiquiátricos. Se as dificuldades vividas no nosso país podem justificar uma utilização de parte desses recursos para fins ligados a outros ramos da saúde, a não realocação de pelo menos parte desses recursos à criação de novos serviços de saúde mental viria não só impedir a substituição dos velhos serviços por serviços de melhor qualidade – o que constitui o principal objectivo da reforma de saúde mental – como viria agravar ainda mais a discriminação de que tem sido vítima a psiquiatria ao longo dos tempos. Este problema constitui, na verdade, um problema de direitos humanos de importância fulcral, que pode arruinar, caso não sejam devidamente considerados, todos os esforços feitos no sentido de dar credibilidade à reforma de saúde mental no nosso país” (DGS, 2012, p. 40).

Da avaliação do Plano efetuada, por uma comissão da Organização Mundial da Saúde em 2011, salientava-se como aspetos frágeis (DGS, 2012, p. 35):

- “ Continua a haver áreas geográficas sem cobertura destes serviços;
- Os que existem apresentam recursos humanos em número e diferenciação escassos;
- Existe um risco de os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) serem submersos por casos de natureza ansiosa e depressiva, referenciados pelos cuidados primários;
- Os indivíduos com problemas mais graves e crónicos correm o risco de serem ignorados ou de receberem cuidados abaixo das suas necessidades;
- Os cuidados prestados nos SLSM são principalmente de tipo farmacológico, com poucas respostas psicossociais;
- O financiamento é instável e a sustentabilidade uma questão importante”.

Decorridos cinco anos desde a publicação do Decreto-lei n.º 8/2010, constata-se que este mal saiu do papel. Como o diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção-Geral da Saúde (DGS) explicou em declarações à TSF “o principal problema tem sido falta de financiamento do Estado”. E acrescentou que “por esta altura deviam existir 4 a 5 mil doentes, graves, integrados nestas unidades mas na realidade o número de pessoas que integram este serviço são cerca de 300 em unidades residenciais e cerca de 600 em unidades socio-ocupacionais. O especialista explicou ainda “que ninguém sabe o que se passa com os doentes mentais graves sem acesso a estes Cuidados Continuados. Na prática, tudo indica que o mais provável é terem crises e internamentos psiquiátricos com muito mais frequência do que seria normal” (Fonte: TSF, 28/1/2015).

Para finalizar, uma breve referência a um aspeto que deve ser considerado neste contexto, e que se prende com o enquadramento legal e evolução na forma como se tem vindo a tratar a “gestão do património dos doentes”.

No artigo 46º sobre “Gestão do património dos doentes” da Lei 36/98 (Lei de Saúde Mental), lê-se que “a gestão do património dos doentes mentais não declarados incapazes é regulada por decreto-lei”.

Sobre este assunto, pode-se ler no relatório “Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016” (CNSM, 2007) que a gestão do património dos doentes é considerada uma prioridade, sendo considerado “[...] urgente encontrar solução para algumas questões que se arrastam há muito tempo, como a da gestão do património e das pensões das pessoas residentes nos hospitais psiquiátricos” (p.119).

Em 2013, para responder a um parecer⁹ solicitado (a 15.2.2013) pelo Ministro da Saúde ao CNSM, entre outros aspetos, sobre a gestão do património dos doentes¹⁰; no que diz respeito a esta matéria é referido que “Quanto à Lei de Saúde Mental, o estabelecido no seu artigo 46.º está limitado pelo disposto no Código Civil, que não permite que se avancem com soluções que resolvam na prática os problemas das instituições, das pessoas com doença mental, seus familiares ou atuais tutores, ou seja de gestão do património nas situações e período em que o doente ainda não foi, ou venha a ser declarado judicialmente interdito ou inabilitado. Face ao exposto é urgente o desenvolvimento de legislação que abarque estas matérias, atualmente reguladas no Código Civil e no Código de Processo Civil, sendo necessário que qualquer diploma que venha alterar esta matéria, seja documento de idêntico valor – Lei – da competência da Assembleia da República (p.6).

Desta forma, decorridos 17 anos desde a publicação da lei 36/98, a importante e sensível questão da “gestão do património dos doentes” permanece por legislar.

⁹ Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/B7E58F6F-48F5-4907-BDE2-B5EB65AE9BC3/0/Parecer_CNSM.pdf

¹⁰ “Considerando que o problema da gestão do património de doentes mentais crónicos, internados em instituições, carece de uma solução legislativa e que o CNSM, em conjunto com a DGS, já desenvolveu muito trabalho sobre este assunto, solicita-se informação sobre as propostas já elaboradas e os motivos pelos quais nunca foram transformadas em diplomas.”

II. METODOLOGIA

No sentido de **caracterizar o processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal**, o presente trabalho envolveu duas etapas: a primeira centrou-se na análise documental de toda a informação publicada sobre este processo (a qual se limitava ao que foi difundido nos meios de comunicação/ imprensa), bem como a recolha de dados quantitativos específicos (ex. número de doentes transferidos, tipologia dos acordos, entre outros), obtidos através de um questionário desenvolvido para este fim e enviado às instituições de e/ou para onde os doentes foram transferidos.

A segunda etapa centrou-se no estudo das trajetórias e perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos de saúde mental diretamente envolvidos no processo de desinstitucionalização, sobre como este decorreu. Neste sentido, nesta etapa foi adotada uma metodologia de investigação de cariz qualitativo, a qual se assume como mais adequada: a) em fases exploratórias do processo de investigação (Patton, 1990), b) na identificação de variáveis pouco referenciadas pela literatura (Stern, 1980) e c) na obtenção de dados sobre fenómenos complexos tais como sentimentos, processos cognitivos e emoções, difíceis de apreender através de metodologias de investigação mais convencionais (Strauss & Corbin, 1990). Por outro lado, não havendo preocupação com o controlo rigoroso de variáveis, estatística ou generalização de resultados, a metodologia qualitativa assume-se como particularmente útil quando existe, sobretudo, uma preocupação com as pessoas, enquanto indivíduos, as suas representações, significados, experiências e visão do mundo (Guba & Lincoln, 1998; Creswell, 2007).

2.1. Participantes

Foram contactadas todas as instituições de e/ou para onde foram transferidos doentes neste processo, num total de 9 instituições, tendo participado no estudo apenas 6: Associação de Desenvolvimento e Formação Profissional (ADFP), Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS), Centro de Apoio Social do Pisão (CASP), Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF), Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) e Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC).

Na etapa do estudo centrada nas trajetórias e perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos de saúde mental diretamente envolvidos no processo de desinstitucionalização, participaram 6 *utentes*, 8 *familiares/ cuidadores* e 10 *técnicos de saúde mental* provenientes de 4 instituições de acolhimento¹¹ dos utentes desinstitucionalizados - ADFP, AEIPS, CASP, CHCF. A tabela 2 apresenta as principais características sociodemográficas destes participantes.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos participantes

Idade em anos	Utentes (N=6)	Familiares/ Cuidadores (N=8)	Técnicos (N=10)
Mínimo - Máximo	25-80	30-88	30-60
Média	57.8	56.8	41.5
Género (%)			
Masculino	6 (100)	1 (12.5)	3 (30)
Feminino	0	7 (87.5)	7 (70)
Instituições de acolhimento			
Centro Hospitalar Conde de Ferreira	2 (33.3)	3 (37.5)	3 (30)
AEIPS	1 (16.7)	2 (25)	3 (30)
ADFP	3 (50)	3 (37.5)	3 (30)
Centro de Apoio Social do Pisão	0 (0)	0 (0)	1 (10)
Habilitações literárias (%)			
Analfabeto	1 (16.7)	0 (0)	0 (0)
1º ciclo do ensino básico	1 (16.7)	2 (25)	0 (0)
2º ciclo do ensino básico	3 (50)	0 (0)	0 (0)
3º ciclo do ensino básico	1 (16.7)	1 (12.5)	0 (0)
Ensino secundário	0 (0)	2 (25)	0 (0)
Licenciatura	0 (0)	3 (37.5)	8 (80)
Mestrado	0 (0)	0 (0)	2 (20)
Estado civil			
Solteiro(a)	5 (83.3)	2 (25)	4 (40)
Casado(a)	0 (0)	3 (37.5)	6 (60)
Divorciado(a)	1 (16.7)	2 (25)	0 (0)
Viúvo(a)	0 (0)	1 (12.5)	0 (0)

2.2. Procedimentos

Para a implementação do projeto Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental foram asseguradas todas as questões éticas e deontológicas, tendo merecido um parecer positivo do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa e notificação da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

A análise documental sobre a desinstitucionalização psiquiátrica envolveu a consulta de 15 notícias relacionadas com os serviços de prestação de cuidados de saúde

¹¹ Conceito que será utilizado no presente estudo para designar as instituições que receberam utentes provenientes de outras instituições (encerradas e/ou de onde foram transferiram utentes no contexto do processo de desinstitucionalização psiquiátrica).

mental (Cf. Fontes consultadas). Para a recolha de informação quantitativa sobre o processo de desinstitucionalização, contactou-se os responsáveis pelas 9 instituições envolvidas no processo de “transferência” de doentes – AEIPS, CASP, ADFP, CHCF, Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (CSRSI), HML, CHPL, CHUC e, ainda, o Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção-Geral da Saúde), a quem foi enviado o questionário elaborado para recolha destes dados. Das instituições contactadas apenas não se obteve resposta do Hospital Magalhães de Lemos. Por sua vez, a resposta do Centro Hospitalar Conde de Ferreira foi apenas parcial.

Para o estudo das trajetórias e perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos de saúde mental diretamente envolvidos no processo de desinstitucionalização, os entrevistados foram selecionados de forma intencional (Patton, 1990), no sentido de cada um dos grupos integrar participantes de diferentes locais do país, com diferentes experiências e características que, desta forma, contribuiriam para o enriquecimento do projeto. Neste sentido, procedeu-se à identificação das instituições e pessoas que pudessem constituir-se como peritos experienciais do processo em estudo, pelo que foram contactadas 5 instituições - ADFP, AEIPS, CASP, CHCF e CSRSI – localizadas em Miranda do Corvo, Lisboa, Pisão, Porto e Condeixa-a-Nova respetivamente, tendo sido convidados utentes, familiares/ cuidadores e técnicos de saúde mental para participar no estudo. De referir que, das instituições contactadas, apenas não se realizaram entrevistas na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel.

As entrevistas tiveram uma duração média de 90 minutos, foram realizadas por três elementos da equipa de investigação, entre os meses de Março de 2013 e Janeiro de 2014, nas instituições de acolhimento.

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao *software QSR Nvivo*, versão 10, que apresenta a vantagem de proporcionar uma maior e melhor organização da informação, para além de maior rapidez no processo de análise dos dados.

Na sequência da realização das entrevistas, bem como dos contactos estabelecidos surgiram dúvidas relativas à gestão do património dos doentes, pelo que foram estabelecidos contactos telefónicos¹² com o Diretor Clínico da CSRSI (Dr. Miguel Ângelo Queirós) e com a Diretora da Casa do Restelo (Dr.^a Teresa Duarte).

¹² Contactos estabelecidos a 25.03.2015

2.3. Instrumentos de recolha de dados

O questionário para recolha de dados sobre o processo de desinstitucionalização, incluía informação sobre 1) o número de utentes transferidos de cada um dos hospitais de proveniência, 2) a data da transferência, 3) as instituições/ locais para onde foram transferidos e tipologia da resposta (de acordo com o Decreto-Lei nº. 8/2010, de 28 de Janeiro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº. 22/2011, de 10 de Fevereiro), bem como 4) informação sobre os protocolos que estiveram na base do processo de transferência (e.g. valor de comparticipação por utente/ dia).

Para o estudo das trajetórias e perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos de saúde mental diretamente envolvidos no processo de desinstitucionalização, foram utilizados os questionários sociodemográficos e guiões de entrevista desenvolvidos no contexto do projeto TCSM. O guião foi desenvolvido a partir de uma revisão da literatura, e da realização de *focus group*, tendo sido ainda efetuado um estudo-piloto para avaliar a adequabilidade dos mesmos aos objetivos do estudo. O processo de desenvolvimento destes instrumentos será objeto de uma outra publicação, apresentando-se seguidamente uma breve descrição dos mesmos.

Questionário sociodemográfico / informação clínica

O questionário desenvolvido para recolha de dados sociodemográficos / clínicos, inclui uma parte inicial de recolha de dados sociodemográficos idêntica para todos os participantes, e perguntas específicas dependendo se o participante é *utente*, *familiar/cuidador* ou *técnico*. Relativamente aos dados sociodemográficos inclui informação sobre: género, nacionalidade, área de residência, data de nascimento, habilitações literárias, situação laboral e, ainda, estado civil dos participantes. No questionário para *utentes* é, ainda, solicitada informação sobre: fontes de rendimento, número de filhos, diagnóstico psiquiátrico, ocupação atual e a composição do agregado familiar. Relativamente ao questionário para *familiares/ cuidadores* é solicitada informação sobre as fontes de rendimento, o número de filhos, bem como sobre o familiar – grau de parentesco/ proximidade, idade, género e diagnóstico. Por fim, no questionário para aos *técnicos* é, ainda, recolhida informação sobre o(s) contexto(s) de prestação de cuidados de saúde mental em que exerce(u) a sua atividade, o(s) tipo(s) de serviço(s) de prestação de cuidados de saúde mental em que exerce(u) funções e tempo de experiência.

Guião de entrevista

A versão final do guião de entrevista de *utentes e familiares/ cuidadores* integra um conjunto de questões, agrupadas em 3 momentos centrais da trajetória dos entrevistados, nomeadamente: a) o *início da trajetória* que explora a vivência relacionada com o aparecimento de um problema de saúde mental, b) o *primeiro contacto da trajetória* que explora a experiência do primeiro contacto de procura de ajuda para um problema de saúde mental e, por último, c) os *contactos subsequentes da trajetória* que explora as experiências de procura de ajuda posteriores até ao momento atual. De referir que, para cada um destes momentos, são explorados, em simultâneo, os atores e contextos envolvidos, bem como a perceção dos facilitadores e obstáculos, fatores de satisfação e insatisfação dos entrevistados.

Por sua vez, o guião de entrevista de *técnicos* integra um conjunto de questões, agrupadas em 6 áreas centrais no que respeita à prestação de cuidados na área da saúde mental, nomeadamente: a) as *características do(s) serviço(s)* que explora as perceções relativas aos serviços/ respostas disponibilizadas, b) o *meio* que explora as características do meio em que as respostas são promovidas que facilitam/ dificultam o processo de recuperação de um problema de saúde mental, c) os *atores* que explora as perceções relativas às características dos diferentes atores do processo que facilitam/ dificultam a recuperação de um problema de saúde mental, d) o *próprio* que explora características pessoais do entrevistado que facilitam/ dificultam o processo de recuperação de um problema de saúde mental, e) o *sistema* que explora as perceções relativas às características do sistema de saúde mental que facilitam/ dificultam o processo de recuperação de um problema de saúde mental; bem como f) a *trajetória* que explora a forma como os técnicos percecionam as trajetórias de utentes e familiares pelos cuidados de saúde mental.

Os guiões foram construídos com a preocupação de permitir percorrer, ao longo do tempo, a trajetória dos entrevistados pelos cuidados de saúde mental (no caso de *utentes e familiares/ cuidadores*), e de compreender as perceções de *técnicos* face às trajetórias de utentes e familiares; assegurando a espontaneidade dos seus relatos. Neste sentido, apresentam um conjunto de linhas orientadoras da entrevista, mantendo uma ampla margem de liberdade para abordar, verbalizar e explorar outras experiências (Del Valle, 1997) e não apresentando, desta forma, qualquer rigidez estrutural que dificulte a fluidez e a valorização da vivência pessoal dos participantes.

III. RESULTADOS

Como referido, este estudo teve como objetivos (1) a recolha de dados objetivos sobre o processo de desinstitucionalização, bem como (2) o estudo das trajetórias e perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos de saúde mental diretamente envolvidos no processo de desinstitucionalização. Neste sentido, apresentam-se de seguida os principais resultados obtidos.

3.1. Análise documental sobre o processo de desinstitucionalização

Num primeiro momento apresenta-se a informação resultante da análise das notícias divulgadas nos meios de comunicação/ imprensa, seguida dos dados recolhidos no contacto estabelecido com as instituições. A informação obtida foi sistematizada por zona, conforme segue.

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Sobre o processo de desinstitucionalização do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), que integra o Hospital Miguel Bombarda e Hospital Júlio de Matos, em Agosto de 2009, as notícias analisadas referem que contaria com um total de “325 doentes internados” [4], na medida em que “desde Fevereiro de 2007, 20 doentes voltaram para as suas casas ou para a família e 69 foram para cerca de 30 lares ou casas de repouso licenciadas pela Segurança Social” [2]. Em Dezembro de 2010, “na totalidade dos cerca de 200 doentes residentes” referia-se que “40 irão para uma rede de cuidados continuados” e “os inimputáveis para o Hospital Júlio de Matos” [3].

Objetivamente, os dados relativos ao processo de transferência de doentes, em Agosto de 2009, referem que houve “doentes que recusam [ser transferidos] e nós não insistimos” [2], “70 Doentes [foram] transferidos para lares e casas de repouso desde 2007.” [4], “39 doentes” teriam sido “transferidos para o Centro de Saúde e Repouso de Arroquelas [2]. Em 2011, é feita referência a “20 (...) [dos quais] eram doentes do Bombarda [5].

A propósito do *Centro de Saúde e Repouso de Arroquelas*, em Rio Maior, o qual veio a ser “fechado pela Segurança Social e ASAE por falta de condições”, sabe-se que “o lar acabou por se revelar ilegal” [5], e ser “encerrado (...) por sobrelotação e falta de condições” [1], “a 31 de Julho pela ASAE” [3]. Sabe-se, ainda, que “o lar tinha uma lotação para 40 pessoas, mas viviam lá 142” [4] ou “120 utentes” [1], havendo “pessoas a dormir em quartos sem janela na cave e no sótão” [2, 5], a “(...) passarem

fome e viverem, durante meses, sem as mínimas condições de higiene e segurança” [4]. A este respeito, em Agosto de 2009, Ricardo França Jardim, diretor do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa revelou que “o próprio conselho de administração se deslocou há alguns meses ao Centro, sem aviso prévio, e concluiu que este tinha “instalações e equipamentos adequados, designadamente quartos com duas camas, televisão e instalações sanitárias privativas” [1]; tendo referido que “Os doentes (...) foram encaminhados (...) após alta hospitalar, uma vez que as suas famílias não tinham disponibilidade ou condições para as acolher” [1], ou seja, “só foram transferidos os que tiveram alta clínica, doentes relativamente independentes que não precisam de cuidados médicos permanentes” [2], informação corroborada por “José Caldas de Almeida, à data destas declarações Coordenador Nacional para a Saúde Mental, [que] garante que no âmbito da reforma dos serviços de saúde mental “ainda não houve nenhuma iniciativa de transferência de doentes para lares.”” [1]. Não obstante, a este respeito, “(...) Caldas de Almeida admite que “talvez” não tenha havido o rigor necessário na avaliação” [4].

Com o encerramento do Centro de Saúde e Repouso de Arroquelas, 14 dos 39 doentes “foram transferidos para o Centro do Pisão” [4]. Sobre o *Centro do Pisão*, as notícias referem que se trata de “uma quinta do Instituto da Segurança Social, no Parque Natural Sintra-Cascais” [4] que “conta com um psiquiatra para 340 doentes mentais crónicos” [4]. Referências ao Centro do Pisão descrevem-no como um espaço onde “As pessoas são despejadas e abandonadas à sua sorte. É pouco mais do que um albergue para comer e dormir”, diz um alto responsável que visitou o local recentemente. “É demasiada gente junta. Embora haja muito espaço, no máximo, deveriam estar ali 200 e não 340 doentes” [4]. Por sua vez, segundo informação obtida junto da direção do Pisão, “... a instituição esteja sobrelotada - “há quartos com 12 pessoas, quando o ideal seria quatro” - e os recursos humanos [são] escassos para tanta gente” [4], revelando “que os 14 novos inquilinos foram obrigados a dormir em “camas improvisadas” dada a falta de vagas.” [4].

Especificamente, sobre o *Hospital Miguel Bombarda* (HMB), cujo encerramento estava previsto para o fim de 2012 (CNSM, 2007), nem sempre é clara a informação encontrada:

- em Agosto de 2009 é feita referência a “(...) mais de 260 [doentes] que em 2007 ali estavam internados” [2], referindo-se que “No Bombarda permanecem ainda 108 (...) doentes [2];

- em 2011, a “140 doentes de “evolução prolongada” em 2007” e a “cerca de 150 pacientes que viviam no Bombarda em 2007” [5];
- em Outubro de 2010 [11] os dados disponíveis apontam para a existência de “44 doentes” que estavam em vias de “sair para residências de reabilitação psicossocial” e “18 considerados “inimputáveis” que tiveram “resposta no Júlio de Matos”; e
- em Dezembro de 2010, a “72 doentes”, sendo que destes “32 doentes [correspondem a doentes] de psiquiatria forense e cerca de 40 [a] doentes residentes no hospital psiquiátrico” [3];

No que respeita à transferência de doentes do Hospital Miguel Bombarda, em 2011, refere-se que:

- 24 doentes foram transferidos para a Casa do Restelo [5],
- “cerca de 20 para o Lar de Rio Maior” [5],
- “cerca de 40 foram para o Júlio de Matos” [5], e
- “os mais idosos foram mandados para lares” [5]

Sabe-se, ainda que, em 2009, o Hospital Miguel Bombarda foi vendido à Estamo [3, 8] por “quase 25 milhões de Euros” [8], devendo estar desocupado em Janeiro de 2011 [3] – “fechou a 5 de Julho de 2011” [5], cerca de um ano e meio antes do previsto.

Sobre a *Casa do Restelo* – que “fica numa das zonas nobres de Lisboa, tem elevador exterior e 34 divisões” [12], sabe-se que se situa “num bairro sossegado do Restelo, com piscina, vista para o Tejo e um alpendre com uma mesa grande de cadeiras de verga” [6] - para onde foram transferidos os últimos 24 doentes do HMB, consta que “a AEIPS (...) [terá sido] abordada pelo governo para integrar os projetos-piloto de uma nova rede nacional” [6]. Assim, surgiu a “primeira das futuras unidades de cuidados continuados em saúde mental”, esta classificada como sendo “de apoio máximo” [5], tratando-se do “único a avançar de uma lista de 17 projetos-pilotos criados em Maio com a rede de cuidados continuados integrados em saúde mental” [6]. Não obstante, contrariamente ao previsto na portaria n.º 183/2011, de 5 de Maio, que prevê uma comparticipação diária de 50.89€, por utente, para este tipo de resposta, percebe-se que este projeto mereceu “um financiamento especial do Estado de 61 euros/ dia” [6]. Desconhece-se valor da renda desta casa, embora o valor máximo previsto de comparticipação do Estado seja de €1500/mês.

Sobre o processo de transferência dos doentes – “a maioria sofre de esquizofrenia ou doença bipolar” [5] e “a média de idades ronda os 70 anos, têm quadros profundos de esquizofrenia, psicose e depressão” [6] - é referido que “há seis meses que se prepara[va] esta passagem gradual, feita em grupos de cinco e sete de cada vez, para não chegarem todos em simultâneo” [5], bem como que a transferência decorreu “durante 6 meses” [5].

Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Coimbra

Sobre o processo de desinstitucionalização da região centro, nomeadamente do Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes e do Hospital do Lorvão (HL), em Outubro de 2012, é referido que contava com “mais de cem doentes” [9]. Relativamente ao processo de transferência dos doentes, em Outubro de 2012, é noticiado que os mesmos foram “transferidos para duas instituições, em Condeixa e Miranda do Corvo, selecionadas através de concurso público” [9]. Neste sentido, sabe-se que “80 doentes foram para a Associação de Desenvolvimento e Formação Profissional (ADFP), em Miranda do Corvo” [9], tendo chegado “em duas fases até ao final do mês de Julho” [9], e que “29 mulheres [foram transferidas] para a Casa de Saúde Rainha Santa Isabel, em Condeixa” [9].

Especificamente, sobre o *Hospital do Lorvão*, em Março de 2012, de acordo com o Jornal da Mealhada “a autarquia, a ARS e o órgão de tutela” do Lorvão chegaram a estar em “conversações” (...) “para a construção de uma unidade de cuidados continuados na área da saúde mental” [14]. Não obstante, o seu encerramento acabou por vir a confirmar-se, sendo referido que, em 2009, contava com “120 doentes residentes” [2] e, em 2012, com “89” [7] ou “88 doentes (30 do sexo feminino e 58 do masculino)” [13].

Hospital de Magalhães Lemos

Sobre o processo de desinstitucionalização no HML, sabe-se que, em 2009, “em 138 camas há apenas 22 doentes com mais de um ano de internamento” [2], verificando-se que, já em 2013, o Hospital “tem 196 camas, das quais 44 fora de portas (30 no Hospital Conde de Ferreira e 14 numa residência na Rua de Costa Cabral)” [10]. Em Junho de 2013, é, ainda, referido que “há 38 doentes crónicos a ocupar camas de agudos sem necessidade”, bem como que tendo “a área de referência do hospital aumentou[ado] significativamente nos últimos anos”, “muitos são os dias em que o número de doentes ultrapassa os limites” [10]. A título de exemplo, refere-se que “no dia 1 de junho tínhamos 236 doentes, ou seja, 40 a mais” [10].

3.2. Informação quantitativa sobre o processo de desinstitucionalização

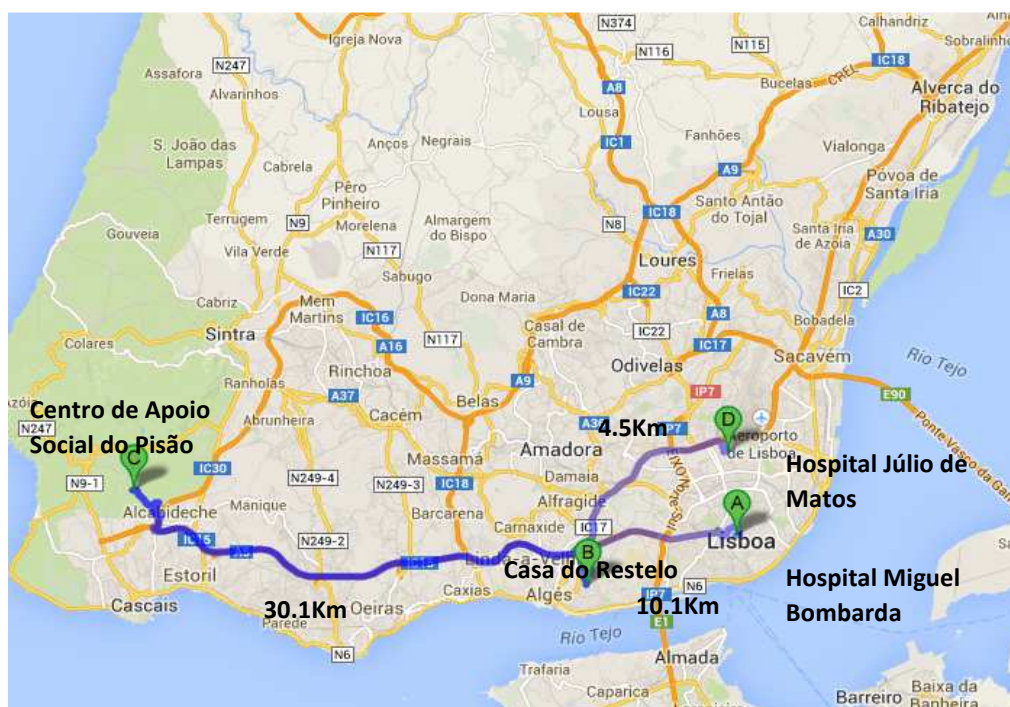
Relativamente aos dados recolhidos com base no questionário enviado às instituições, serão agora apresentados por instituição.

Dados relativos ao encerramento do Hospital Miguel Bombarda

Tabela 3. Dados relativos ao encerramento do Hospital Miguel Bombarda

HOSPITAL	DATA	NÚMERO DOENTES	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL	TIPOLOGIA DA RESPOSTA	COMPARTICIPAÇÃO/ UTENTE
Hospital Miguel Bombarda	2006 a 2011	50	Diversos Lares	Residência de apoio máximo	Variável ¹³
	07/2011	40	Hospital Júlio de Matos	Residência de apoio máximo (inimputáveis)	€73.70/ dia (portaria 20/2014 de 29/1)
	07/2011	24	Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS)	Residência de apoio máximo	€67.44/ dia ¹⁴
	05/2005 a 04/2009	7	Centro de Apoio Social do Centro de Apoio Social do Pisão	Residência de apoio máximo	€24.9€4/€24 dia ⁵ €24.94/ dia ¹² + 70% ¹⁶

Imagem 1. Representação geográfica da distância entre o Hospital Miguel Bombarda e três das instituições que acolheram os doentes (em Km).



¹³ A 17.04.2014 foi solicitada à Presidente do Conselho de Administração do CHPL informação relativa aos valores mínimo e máximo de comparticipação, não tendo sido obtida resposta.

¹⁴ Valor diário por utente ao abrigo do acordo com o Ministério da Saúde (projeto-piloto no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental).

¹⁵ Com base no valor mensal de €748.20 referente à comparticipação da Segurança Social por utente.

¹⁶ Percentagem aplicada sobre o valor da Pensão.

O Centro de Apoio Social do Pisão (CASP) está situado no parque natural de Sintra-Cascais, sendo constituído por uma parte rústica e urbana, com uma área de 306 hectares. É uma estrutura que data dos anos 40, pertence ao Instituto da Segurança Social IP, gerido pela Santa Casa da Misericórdia de Cascais mediante acordo de gestão, desde 2 de Fevereiro de 1985. O CASP acolhe em regime de internamento adultos com patologia psiquiátrica cujo quadro psicossocial requer cuidados básicos de subsistência e de saúde integral que engloba aspetos físicos, psíquicos, sociais, ocupacionais e de reabilitação¹⁷. O acesso ao CASP é difícil, já que a localidade mais próxima com transportes públicos está à distância de cerca de 4 km.

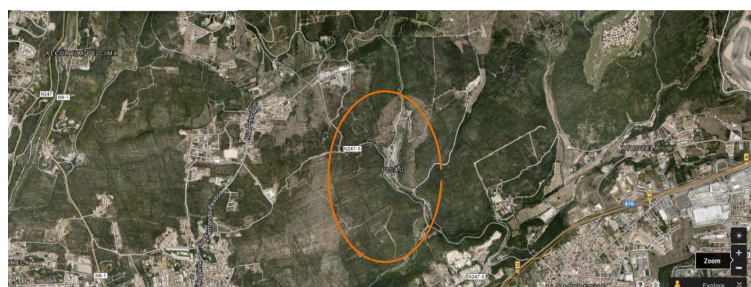
Imagem 2. Vista geral do CASP



Imagem 3. Centro de Apoio Social do Pisão



Imagem 4. Vista aérea do CASP



De acordo com informação obtida junto da direção do CASP, no início de 2014, os utentes do CASP correspondiam a um total de 340 pessoas de ambos os sexos (feminino - $N=65$, 19%; masculino - $N=275$, 81).

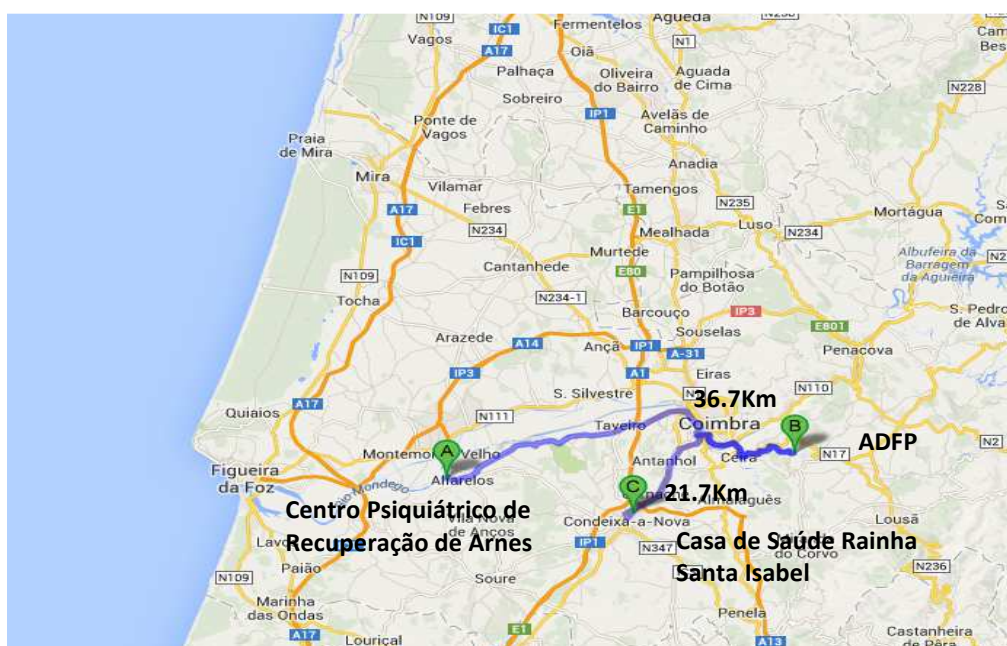
¹⁷ Informação consultada online em <http://www.scmc.pt/gca/?id=12>; 21/04/2014

Dados relativos ao encerramento do Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes

Tabela 4. Dados relativos ao encerramento do Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes

HOSPITAL	DATA	NÚMERO DOENTES	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL	TIPOLOGIA DA RESPOSTA	COMPARTICIPAÇÃO DIA / UTENTE
Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes	07/ 2012	21	Associação de Desenvolvimento e Formação Profissional (ADFP)	Residência autónoma de saúde mental	€29.99/ dia ¹⁸
				Residência de apoio máximo	
				Residência de apoio moderado	
				Residência de apoio moderado	
				Lar de 3ª idade	

Imagem 5. Representação geográfica da distância entre o Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes e as instituições que acolheram os doentes (em Km).



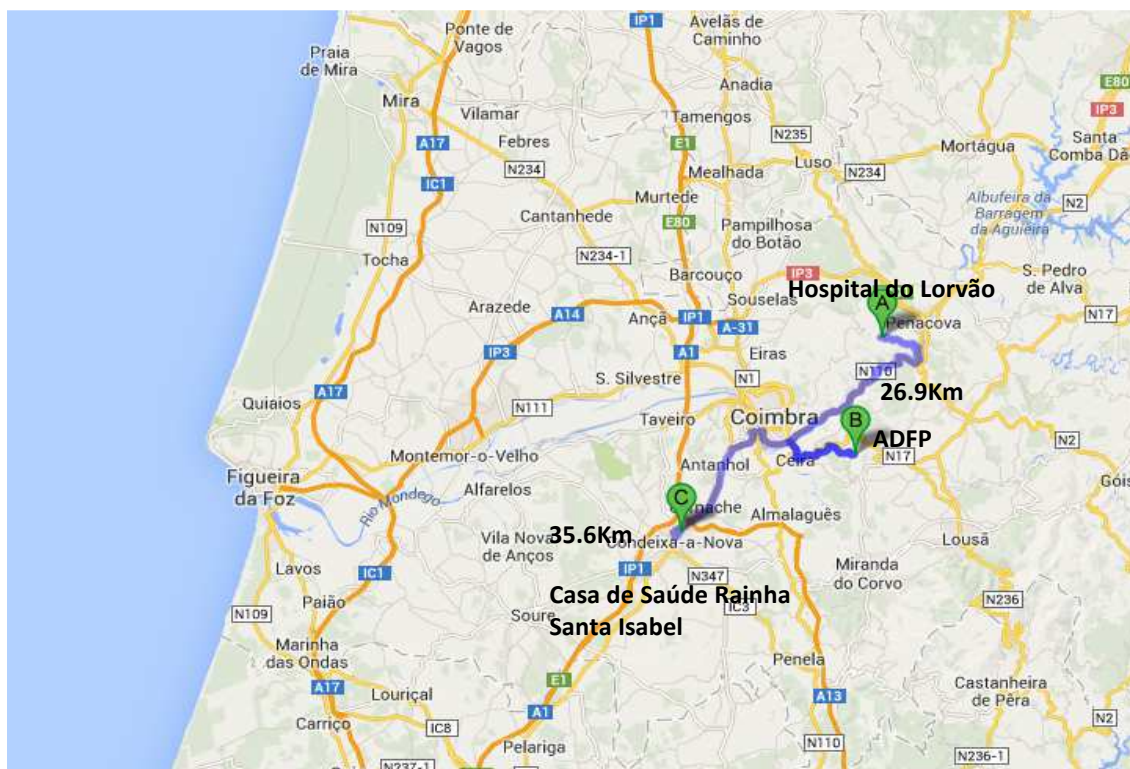
¹⁸ Valor diário por utente ao abrigo do protocolo estabelecido entre a ADFP e CHUC.

Dados relativos ao encerramento do Hospital do Lorrão

Tabela 5. Dados relativos ao encerramento do Hospital do Lorrão

HOSPITAL	DATA	NÚMERO DOENTES	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL	TIPOLOGIA DA RESPOSTA	COMPARTICIPAÇÃO DIA / UTENTE
Hospital do Lorrão	07/2012	29	Casa de Saúde Rainha Santa Isabel	Não definida (Adenda ao Protocolo existente)	€46
Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes	07/ 2012	57	Associação de Desenvolvimento e Formação Profissional (ADFP)	Residência autónoma de saúde mental	€29.99/ dia ¹⁹
				Residência de apoio máximo	
				Residência de apoio moderado	
				Lar de 3ª idade	

Imagem 6. Representação geográfica da distância entre o Hospital do Lorrão e as instituições que acolheram os doentes (em Km).



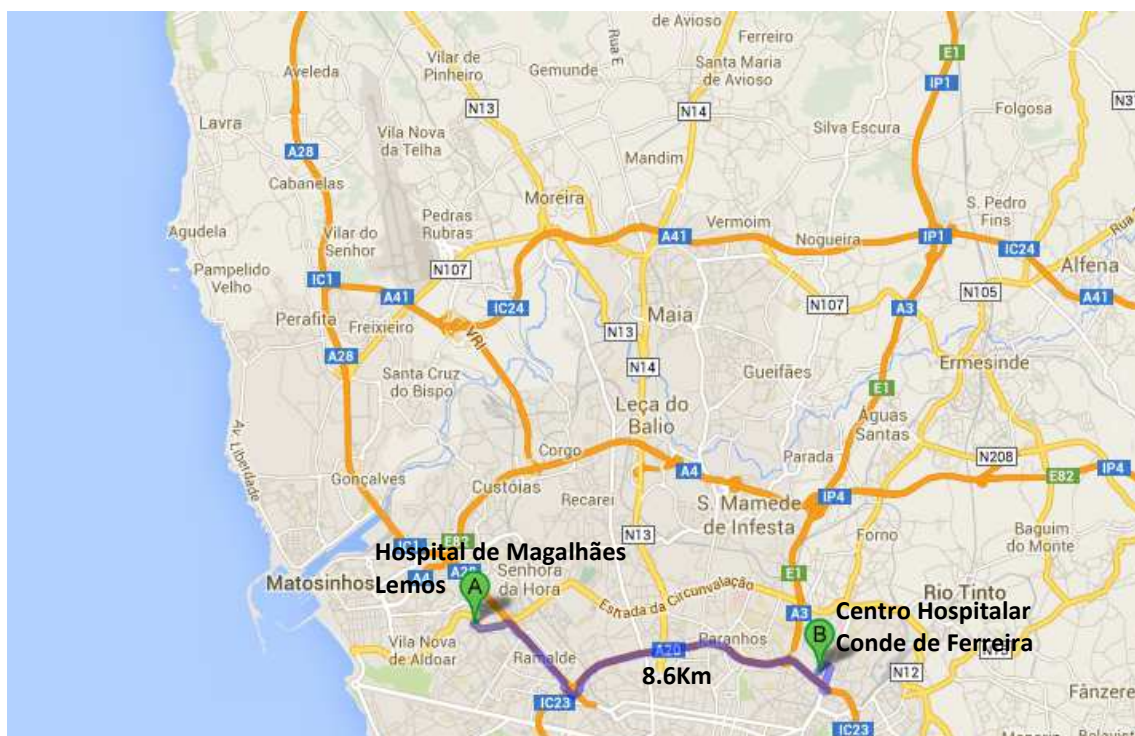
¹⁹ Valor diário por utente ao abrigo do protocolo estabelecido entre a ADFP e CHUC.

Dados relativos à desinstitucionalização no Hospital de Magalhães Lemos

Tabela 6. Dados relativos à desinstitucionalização no Hospital de Magalhães Lemos

HOSPITAL	DATA	NÚMERO DOENTES	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL	TIPOLOGIA DA RESPOSTA	COMPARTICIPAÇÃO/ UTENTE
Hospital de Magalhães Lemos (HML)	2011	34 (30 atualmente)	Centro Hospitalar Conde de Ferreira	ND	ND
	ND	14	Residência em Costa Cabral	ND	ND

Imagem 7. Representação geográfica da distância entre o Hospital de Magalhães Lemos e o Centro Hospitalar Conde de Ferreira (em Km).



Feita a apresentação da informação que foi possível recolher junto das instituições responsáveis pela “transferência”/ “acolhimento” de doentes no âmbito do processo de desinstitucionalização, passamos agora aos resultados do estudo das trajetórias e das perceções dos utentes, familiares/ cuidadores e técnicos de saúde mental envolvidos neste processo.

3.3. Trajetórias e percepções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos de saúde mental envolvidos no processo de desinstitucionalização

Da análise das entrevistas realizadas emergiu um sistema de categorias que contempla 8 categorias de 1ª ordem - 1) TEMPO; 2) PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL; 3) MOTIVOS OU DESENCADEADORES; 4) AGENTES; 5) INTERVENÇÕES; 6) AÇÕES E VIVÊNCIAS SUBJETIVAS; 7) PERCEÇÕES e 8) PERTINÊNCIA DO ESTUDO²⁰.

A criação de uma grande categoria que designamos por **TEMPO** emergiu da necessidade de situar cronologicamente cada unidade de texto, permitindo identificar o momento em que cada problema, desencadeador, agente, intervenção, ação, vivência subjetiva ou percepção relatada ao longo da entrevista teve lugar. Da análise dos dados emergiram as subcategorias (1.1) **tempo da trajetória** e (1.2) **tempo do sujeito**. A categoria que designamos de **PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL** diz respeito, naturalmente, às experiências de um problema de saúde mental relatadas pelos participantes ao longo da entrevista, e que incluem, indiferenciadamente, referências àquilo que pode constituir um sinal, sintoma ou diagnóstico relacionados com um problema de saúde mental. Identificamos também a categoria que designamos de **MOTIVOS OU DESENCADEADORES**, e que diz respeito àquilo que motivou ou desencadeou o contacto com um agente e/ ou uma intervenção ao longo das trajetórias dos sujeitos pelos cuidados de saúde mental. Esta categoria agrega 3 subcategorias que permitem distinguir os contactos motivados por: uma (3.1) **ação do próprio ou de um agente informal**; pelo (3.2) **encaminhamento por parte de um agente formal**; ou por um (3.3) **problema de saúde mental**, em si mesmo.

A categoria **AGENTES**, por seu lado, agrega todas as referências dos participantes à presença ou contacto com (4.1) **atores** ou (4.2) **contextos** ao longo da trajetória. A subcategoria (4.1) **atores** agrega duas subcategorias de 3ª ordem (4.1.1) formais e (4.1.2) informais. Por seu lado, na subcategoria (4.2) **contextos** podemos encontrar a presença de diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde mental (ex. (4.2.1) consultório privado; (4.2.2) departamento de psiquiatria do hospital geral).

Por sua vez, a categoria **INTERVENÇÕES**, agrupa todas as referências dos participantes a intervenções orientadas para o problema de saúde mental disponibilizadas ao longo das trajetórias (ex. (5.1) **atividades ocupacionais**; (5.2)

²⁰ Dada a extensão do sistema de categorias, nalguns casos, são descritas apenas as categorias de 1ª, 2ª e 3ª ordens.

consulta de psicologia; (5.3) cuidados de enfermagem; (5.4) encaminhamento para um serviço de saúde mental).

A categoria que designamos de **AÇÕES E VIVÊNCIAS SUBJETIVAS** surgiu da necessidade de agrupar todas as referências dos participantes a elementos que, por um lado podem constituir ações concretas e objetivas e, por outro, compreendendo a forma como as descrevem e lhes dão sentido, constituem vivências subjetivas. Desta forma, englobamos na categoria **AÇÕES E VIVÊNCIAS SUBJETIVAS** as subcategorias (6.1) **ações**; (6.2) **caraterização do estado físico e/ou mental**; (6.3) **impacto do problema na vida do sujeito**; e (6.4) **impacto do problema em outros significativos**.

Da categoria que designamos de **PERCEÇÕES** emergem todas as representações, significados e interpretações dos participantes acerca de aspetos críticos das suas trajetórias. Dada a extensão desta categoria, por limitações de ordem prática, apenas faremos referência apenas às subcategorias de 2ª ordem, à exceção das **PERCEÇÕES relativas à desinstitucionalização psiquiátrica** (7.7). A categoria **PERCEÇÕES** agrega, então, as subcategorias: (7.1) **relativas à medicação**; (7.2) **relativas à reforma**; (7.3) **relativas à trajetória**; (7.4) **relativas ao problema**; (7.5) **relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental**; (7.6) **relativas aos profissionais de saúde mental**; (7.7) **relativas à desinstitucionalização psiquiátrica**; e (7.8) **relativas ao tratamento**. Por sua vez, a subcategoria (7.7) **perceções relativas à desinstitucionalização psiquiátrica** agrega quatro subcategorias de 3ª ordem (7.7.1) caracterização do processo de desinstitucionalização, (7.7.2) caracterização dos utentes, (7.7.3) questões relativas aos profissionais e (7.7.4) perceções relativas ao processo de desinstitucionalização.

No que respeita à **CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**, surgem no discurso dos participantes referências ao TEMPO de início do processo que o situam em 2002 (e.g. “[as pessoas] foram chegando, não vieram logo todos. Nós começamos a receber, desde 2002... a primeira situação foi em 2002... e a última em 2009”; T16) e, noutras instituições, em 2012 (e.g. “Em Março de 2012 vieram os primeiros doentes”; T9). Por sua vez, os participantes, quando mencionam o seu contacto com a nova instituição, referem um intervalo variável entre cerca de um (e.g. “Estou aqui há um ano”, U11; “[está aqui] para aí há um ano...”, FC5) e dois anos (e.g. “Já está cá há dois anos”, FC18; “Ele está aqui há cerca de um, dois anos”, FC11).

Nos discursos dos participantes no estudo surgem referências que descrevem o processo de desinstitucionalização como um processo polêmico (e.g. *“estas transferências destes utentes foi um processo muito polêmico, foi um processo muito complicado que envolveu a vida de muita gente, do qual há muito tempo se ouvia falar”*, T13) do qual há muitos anos se ouvia falar (e.g. *“isso já há muitos anos que se ouvia [que ia fechar]”*, FC13). Entre as principais razões para o encerramento dos hospitais psiquiátricos, os discursos dos participantes remetem para uma decisão ministerial (e.g. *“mas terá sido uma decisão ministerial, relativamente súbita que, até ao dia tantos, temos que mudar, tem de fechar o [nome do hospital], têm que ir para outra instituição...”*, FC11) que envolveu aspetos políticos e económicos (e.g. *“necessidade que decorreu exatamente das dificuldades económicas”*, T14; *“fechou, com estas políticas da saúde, redução dos custos e invocando sempre as condições do hospital, fechou... era um mosteiro, não reunia as condições exigidas, de acordo com a entidade da saúde”*, FC11). Simultaneamente, os discursos dos participantes apontam para a necessidade de criação de estruturas alternativas que acolham as pessoas desinstitucionalizadas (e.g. *“neste caso também é importante que existam estas instituições, também para ajudar pessoas que não podem, não têm possibilidades de ter estes doentes... que existam instituições que possam ter médicos e técnicos que possam acolher estes familiares e doentes”*, FC6; *“obviamente que essa mudança têm de ser criadas estruturas próprias e adequadas que permitam às pessoas... portanto, também não é só desinstitucionalizar sem haver respostas, não é?”*, T17).

No que respeita à preparação da mudança, um dos participantes aponta para a inexistência de um período de transição (e.g. *“Não é habitual fazer esse processo de transição”*, T16). Por sua vez, os restantes fazem referência a um trabalho de transição realizado entre quatro ou seis meses (e.g. *“para aí uns 4 meses antes”*, T12; *“Não foi de modo nenhum uma passagem administrativa de um dia para o outro. Houve 6 meses inicialmente de preparação”*, T10; *“foram 6 meses de preparação da transição”*, T18) a um ano antes (e.g. *“começaram-me a... como é que a gente diz... a convencer... assim muito devagarinho... muito antes. Foi um ano. Um ano antes. Uma preparação, vá... como se fosse uma preparação para mim...”*, FC18) da mudança. Neste caso, os relatos remetem para a realização de reuniões dos técnicos das instituições de acolhimento com os utentes (e.g. *“tivemos reuniões com o grupo dos doentes que iria fazer essa transição, também os convidamos a que eles fossem visitar o espaço antes de passar”*, T10), com os familiares (e.g. *“tivemos várias reuniões com eles [os familiares]”*, T18; *“Fizemos uma reunião, ainda lá no [nome do*

hospital], com as famílias das pessoas”, T10; “só tivemos assim a reunião grande para organizar tudo e as pessoas terem conhecimento, que de facto ia fechar mesmo, estava fixado... só essa reunião”, FC18) e, ainda, dos técnicos das instituições de acolhimento com os técnicos das instituições de proveniência (e.g. “(...) antes de haver essa passagem em que nós reunimos no [nome do hospital], com a equipa médica e de enfermagem do [nome do hospital]. Nós tivemos as duas equipas juntamente também com representantes do ministério na área da saúde mental, tínhamos reuniões periódicas, uma vez por mês, mais do que uma vez por mês, em que fomos preparando cuidadosamente todo este processo”, T10). Por sua vez, os técnicos de instituições de acolhimento fazem referência ao facto de, previamente à mudança terem visitado os utentes na instituição de proveniência (e.g. “fomos lá também (...) várias equipas nossas foram lá visitar os utentes no contexto deles (...) fomos lá para aí umas 5 vezes, pelo menos 5 vezes”, T12; “fui [nome do hospital] para conhecer antes de eles virem para cá”, T13) que decorreram no sentido de conhecer os utentes (e.g. “Nós quisemos conhecer as pessoas (...) desde as questões das dietas, às questões da medicação, à história de cada uma das pessoas, T10; “uma das questões que eram abordadas era os gostos... o quê que gostavam de comer... gostava de ouvir rádio... por exemplo um dos utentes (...) tinha ainda mais particularidades... havia um senhor que a roupa não podia ter buracos, tinha de ser toda azul escura”, T12). Alguns dos discursos dos participantes remetem ainda para a realização de convites, dirigidos aos familiares e aos utentes, para visitar as instituições de acolhimento (e.g. “as próprias famílias foram lá ao [nome do hospital] e depois vieram cá. Portanto, os familiares acompanharam desde sempre”, T18; “convidamos as famílias a ir conhecer o espaço (...) o grupo dos doentes que iria fazer essa transição, também os convidamos a que eles fossem visitar o espaço antes de passar”, T10).

Ainda no contexto da preparação da mudança, os utentes referem que esta foi comunicada pelo médico psiquiatra (e.g. “foi o médico [que informou]”, U10; “Foi o médico que me disse. Olha vais para o [nome do hospital] que aqui isto vai acabar aqui o apoio”, U9). No caso dos familiares, esta informação foi, sobretudo, transmitida por telefone pelos técnicos de serviço social (e.g. “Entretanto quando a doutora [assistente social] me ligou disse (...) conseguimos meter o seu pai, o seu pai vai para o [nome do hospital], FC6; “Telefonou-me a doutora C., foi a assistente social”, FC13; “Foi através da doutora... da assistente social que trabalha com a doutora S. no [nome do hospital]”, FC7; “a assistente social ligou-me a dizer isso”, FC5). Num dos casos, a informação foi transmitida pessoalmente, pelo médico psiquiatra, por ocasião de uma

visita do familiar/ cuidador ao utente (e.g. *“numa das visitas que eu fiz ao [nome do hospital], a doutora aproveitou para me dar essa informação”*). Para além da transmissão da informação sobre o previsto encerramento da instituição em questão, nalguns casos, os familiares foram, ainda, confrontados com informações vagas e, conseqüentemente, geradoras de medo ou ansiedade (*“diziam que iam fazer o melhor que pudessem mas que não podiam dizer que ele não iria para um lar”*, FC18; *“também se falou [numa instituição] para... era no caminho já para a zona de Sintra... na linha de Sintra que passa-se o Sabugo e depois é um hospital também psiquiátrico a seguir... ai, então aí foi... só faltou ajoelhar-me aos pés dessa assistente para não mo mandar para aí... nossa senhora... só faltou isso... de resto pedi-lhe por tudo, por tudo desta vida que não mo mandasse para aí porque eu já não conseguia lá ir”*, FC18) ou, ainda, com a ideia de que as famílias seriam chamadas no sentido de acolher os utentes (e.g. *“as primeiras indicações que nos deram foi que iriam chamar a família se realmente tinham condições para ficar com os doentes em casa (...) e ficamos assim, ai meu deus... a agora como é que vai ser? Vamos ver... não podíamos ficar com eles sem ajuda (...) Ficamos um bocado aflitas”*, FC13). Não obstante a transmissão de informação sobre o processo que estava a decorrer, um dos familiares soube da mudança por carta quando esta já tinha sido realizada (e.g. *“a assistente social ligou-me a dizer isso e depois transferiram o meu pai para cá, eu nem sabia para que sítio é que ele viria precisamente, em que dia precisamente é que seria e quando dei por ela e ele já estava cá. É verdade, foi assim (...) eu já sabia que o meu pai vinha para cá mas não sabia... eu sabia da possibilidade de o meu pai vir para cá que é diferente. Entretanto, quando dei por mim não sei se cheguei a lá ir ou enviaram-me uma carta. Exato, enviaram uma carta para a minha advogada, exato e para mim, a avisar que o meu pai tinha sido transferido no dia X para cá”*, FC5;) e outras duas familiares através da televisão (e.g. *“Soube-se pelas notícias da televisão (...) a assistente social na altura disse-me... olhe dia 26 ou dia 29 eles vão sair ou... vão mesmo dia 29 ou dia 26, foi assim. Mas depois realmente, o real mesmo, soubemos pelas notícias da televisão”*, FC13; *“estava a ver o telejornal nesse dia no canal 1, na RTP, e vejo o meu filho no largo, estava uma carrinha... eles tinham carrinhas hospitalares (...) estava o meu filho com um saquinho na mão e outros a entrar e ele também no recinto mesmo ao pé da camioneta... quer dizer, foi filmado na hora... e eu digo assim, olha o meu filho vai hoje”*, FC18).

No que respeita ao envolvimento dos utentes e dos familiares na tomada de decisão relativa ao processo de mudança, surgem, no relato dos participantes situações em que o próprio ou a sua família optou por não ficar na instituição de acolhimento

designada (e.g. *“a família não quis que as pessoas continuassem internadas ou o próprio depois também não quis ficar... e é como lhe digo, como não podemos prender as pessoas... obrigar a que as pessoas fiquem. Muitas das vezes o que acontece aqui é que há alguns senhores que não gostam de estar cá, eles mesmos dizem mas isso às vezes temos as famílias a pedirem-nos por tudo, por favor, ou pela idade que já têm ou pelas dificuldades que têm depois de acompanhar o seu familiar que, eles próprios pedem para tentar manter”, “cada vez mais as pessoas que chegam nos dizem se querem ficar ou não... este é um estabelecimento aberto, nós não podemos dizer às pessoas não saia”, T16).*

No que respeita aos procedimentos da mudança, acompanhados por profissionais da instituição de proveniência (e.g. *“a enfermeira I. trouxe-me, falou com a doutora, falaram comigo”, U10; “uma enfermeira do [nome do hospital] e o motorista da casa (...) o motorista e a assistente social”, U9*), um dos utentes foi transferido sozinho (e.g. *“Vim sozinho”, U9*) e os restantes em grupo (e.g. *“) e os restantes em grupo (e.g. “vieram em grupos de 20 (...) tinha a ver com as afinidades deles... eles foram organizados em função das relações”, T12; “chegaram em grupos de 7, grupos de 5”, T9; “mais umas colegas que vieram comigo”, U10).*

No que respeita ao enquadramento legal do processo de transferência dos utentes, verifica-se a existência de dois tipos de procedimentos subjacentes à definição/escolha das instituições de acolhimento. Num dos casos, a instituição de acolhimento recebeu um convite para criar uma residência de apoio máximo (e.g. *“Houve um convite por parte do ministério da saúde que foi dirigido não apenas a nós mas a outras instituições no sentido de podermos colaborar. Havia um grupo de doentes que ainda estavam no [nome do hospital], já era um grupo restrito, pessoas muito idosas e com muitos anos de internamento, e se estaríamos disponíveis para criar, no âmbito dos projetos-piloto, uma unidade de apoio máximo. É essa agora a designação. E nós dissemos com certeza, estaríamos disponíveis... e portanto, foi deste modo que surgiu”, T10*), tendo noutro dos casos participado num concurso público que resultou na criação de residências que não se enquadram nas estruturas previstas na Portaria n.º 149/2011 (e.g. *“Exatamente e a Fundação concorreu (...) São residências só de Saúde Mental, não podemos considerá-las os apartamentos (...) são residências de Saúde Mental que a Fundação criou (...). A [nome da residência] mais no sentido de residência mesmo, a [nome da residência] não podemos dizer que é uma Lar, é também uma residência, mas uma residência diferente”, T13*) e no contexto do qual o baixo valor apresentado pela instituição de acolhimento parece ter assumido um papel decisivo (e.g. *“A nível nacional, nos cuidados de saúde mental, é a nível nacional a*

que tem o custo mais barato para utentes de saúde mental (...) e era dos valores, com tudo incluído, medicação, transporte, alojamento, tudo. A única coisa que eles pagam, é a higiene, como as fraldas e as coisas de higiene, as únicas coisas de higiene que a fundação inclui são as mesmas de um lar que é o gel de banho e champô, o resto é tudo à parte. É como um lar, funciona tal e qual como um lar, a pasta de dentes, a escova de dentes, um pente...”, T13; “apresentamos o melhor preço ao estado, é o melhor preço nacional”, T14; “foi um concurso... e não é... é exclusivamente de lá... existe uma diária que foi a ficou definida, proposta pela instituição... nós respondemos aos critérios que estavam, um deles era o preço”, T12). No momento de realização das entrevistas encontrava-se a decorrer um novo concurso para receber mais cerca de 60 utentes (e.g. “no último concurso voltamos a apresentar o melhor preço nacional (...) há um segundo concurso que ainda não está entregue (...) infelizmente o júri do concurso não se comportou muito bem (...) tendo na nossa perspetiva o júri tido um comportamento que nos parece a nós indiciar alguma má vontade no sentido de que todos eles viessem para nós ou, se não má vontade em relação a nós, boa vontade em relação a outros... Isso é uma coisa que nós estamos a aguardar a decisão mas continuamos a ser o melhor preço a nível nacional a tratar estas situações com o estado e claramente abaixo daquilo que é o preçário habitual neste tipo de atividades (...) é para mais cerca de 60 doentes do [nome do hospital] fundamentalmente”, T14). Ao longo deste processo destaca-se a presença de uma comissão de acompanhamento que inclui diferentes profissionais (e.g. “têm uma comissão de acompanhamento com um médico, um assistente social e dois enfermeiros especialistas. Essa comissão vem cá ver os utentes e ver como é que eles estavam e em que condições”, T13; “psiquiatra, dois enfermeiros, duas técnicas de serviço social...”, T12) que monitorizam o processo (e.g. “vem uma equipa do [nome do hospital] mensalmente ver os doentes, inclusive ver os registos, ver os processos, a técnica de serviço social vem falar com a técnica de serviço social cá para articular, eu acho, é uma auditoria, não é para articular coisa nenhuma, é uma auditoria e ele vem auditar, é mesmo assim”, T9; “há também auditorias clínicas que a cada mês ou a cada dois meses, as equipas se reúnem e discutem os casos, em termos de evolução”, T4).

No que respeita à **CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES**, do ponto de vista clínico, os relatos dos participantes apontam para peças com muitos anos de evolução da doença (e.g. “são utentes que a grande maioria também muito delirantes (...) muitos anos de evolução da doença”, T12), com diferentes diagnósticos, nomeadamente esquizofrenia, deficiência e debilidade (e.g. “tínhamos esquizofrenias, debilidades e

demências, mas o grupo das debilidades é muito pequenino, pouco significativo, mesmo”, T9; “temos muitos, mesmo muitos com deficiência (...) o G. também tem deficiência (...), o Z. é doença mental, o J. também é doença mental e portanto o outro também é doença mental, portanto 3 é doença mental, aqui, o F. também tem deficiência, (...) o A. com deficiência, o J. que está sempre numa posição fetal (...). o J. também tem deficiência, o A. tem deficiência, mas também tem doença e depois mais deficiência, tenho o V., tenho o T. que é uma deficiência profunda, completamente uma deficiência profunda que é o T. e depois mais 2, 3 ou 4. Portanto, há aqui entre 10 a 15 ou pelo menos 7 ou 8, deficiência”, T13) e demência (e.g. “eu diria que é o maior grupo (...) Demências. Temos demências, demências frontotemporais (...) demência frontotemporal nós tínhamos aqui uma ou duas e assim de repente nestes 30, acho que já nos reencaminharam 3 ou 4. Portanto são casos graves, muito graves de demências muito rápidas e numa idade muito precoce”, T9).

Dos relatos dos nossos participantes emergem, ainda, características dos utentes que os descrevem como peessoas com muitos anos de institucionalização (e.g. “grupo de doentes (...) e com muitos anos de internamento”, T10; “Uma vida inteira internadas no mesmo sítio”, T13; “eram pessoas muito institucionalizadas, com um nível grande de dependência, com muitos anos... décadas de institucionalização e por isso a agravar a sua deficiência de início onde não foi feita nenhuma reabilitação”, T14; “ele estava há muitos anos ali naquele hospital (...) ficou 23 ou 24 anos... foi até fechar...”, FC18; “o meu pai já está institucionalizado há bastantes anos... cerca de 30 anos, talvez”, FC11; “assim de cabeça já não sei... mas uns 30 anos ou mais”, FC12; “lá estive 18, 18 ou 17 não sei bem... sem sair de lá”, U11) e, ainda, com uma média de idades elevada (e.g. “idades muito avançadas... nós não tínhamos ideia... estamos a falar de pessoas com 60, 70... mais para os 70... era uma população muito envelhecida”, T12; “a média [de idade] era muito elevada”, T10; “o N. faz 90 anos, portanto, não temos pessoas novas”, T18) a qual aparece frequentemente associada a uma elevada mortalidade entre os utentes transferidos (e.g. “Faleceu um, no próprio dia em que veio, foi um choque, um senhor já de muita, muita idade e extremamente debilitado e faleceu no dia em que veio”, T13). Por outro lado, os utentes são descritos como apresentando quadros clínicos graves (e.g. “este grupo, agora, a maior preocupação até da equipa tem a ver com as questões de saúde física. Eles tem muitas questões de co morbilidade e doenças físicas estão associadas muito há idade avançada”, T10), aspeto que emerge igualmente associado à mortalidade elevada entre os mesmos (e.g. “neste momento a única alta que se tem manifestado é por falecimento (...) já vamos em 5 falecimentos e isto porquê? Porque vêm pessoas da

psicogeriatría em estado muito grave mesmo e ainda temos cá alguns. São pessoas que vão muitas vezes à urgência do hospital, estamos a falar de pessoas com problemas vários mesmo”, T9). Surgem, ainda, no discurso dos nossos participantes referências à ausência de suporte familiar (e.g. “a maior parte deles não tem contacto com a família e estão completamente abandonados, sem margem de dúvida, abandonados completamente, depositados, como eu costumo dizer. Foram depositados no hospital e ficaram ali”, T13; “sabemos que muitas destas pessoas ficaram em hospitais, não por terem doença mental mas porque não tinham rede de suporte... não tinham família, não é? Acabou por ser um sítio que as recebeu e que cuidou delas e que as acolheu”, T17; “temos famílias que nunca nos contactaram, nunca nos contactaram”, T13).

No que respeita às **QUESTÕES RELATIVAS AOS PROFISSIONAIS**, os relatos dos participantes destacam, como principais dificuldades experienciadas numa fase inicial do processo de mudança, a dificuldade em acolher um grupo tão grande de utentes (e.g. “Eles eram tantos, tantos, era tanta medicação para orientar, tanta cara que nós não conhecíamos que houve ali um período muito complicado”, T13), a dificuldade em comunicar o óbito de utentes que, pela sua idade avançada acabou por revelar-se frequente (e.g. “são mais, já vamos em 5 falecimentos e isto porquê? Porque vem pessoas da psicogeriatría em estado muito grave mesmo e ainda temos cá alguns. São pessoas que vão muitas vezes à urgência do hospital, estamos a falar de pessoas com problemas vários mesmo. Problemas vários e eu no início ficava assim um bocadinho “ai meus deus, como e que será transmitir isto ao [nome do hospital], vieram para aqui... estavam lá há quanto tempo?” eu fico muito ansiosa relativamente a isso, vamos informar e será que fomos nós, quer dizer entrou aqui... Nós tivemos um que esteve aqui uma semana, foi encaminhado para o hospital, esteve lá para aí dois meses internado e morreu, quer dizer eu conheci a esposa mas o doente, eu já nem me lembro da cara dele, ele esteve cá tão pouquinho tempo. Mas depois fala-se com os médicos e eu é que ficava muito ansiosa relativamente a isso, achava que o [nome do hospital] ainda ia achar que nós estamos a fazer alguma coisa de errado, mas não, são pessoas que realmente vêm já muito mal”, T9], bem como os desafios de envolver um grupo de pessoas com idade avançada, promovendo a sua ocupação (e.g. “eles vinham habituados a uma vida inteira sem fazer nada, a uma vida sedentária completamente, comer dormir e estar fechados e isso tem sido uma das nossas lutas e continua a ser, que nós conseguimos que eles façam alguma coisa. Já conseguimos envolver alguns, na lavandaria, na jardinagem, nas atividades com as

monitoras, mas é um número muito pequeno. Porquê? Porque maior parte deles são idosos”, T13).

Surgem no discurso dos participantes, **PERCEÇÕES RELATIVAS AO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO** que incluem perceções relativas 1) à instituição de proveniência, 2) à situação atual dos utentes ou instituição de acolhimento, bem como 3) ao processo de mudança. Para facilitar a compreensão dos dados, os participantes receberam uma cor em função do local a que respeitam os dados.

No que respeita às instituições de proveniência – Hospital Magalhães Lemos (HML), Hospital do Lorvão (HL) e Hospital Miguel Bombarda (HMB) - são mais frequentes no discurso dos participantes as perceções negativas, que surgem no discurso de 11 participantes, com 94 referências (Cf. Tabela 8) do que as perceções positivas que emergem do discurso de 8 participantes, com 56 referências (Cf. Tabela 7). Verifica-se, ainda, que as perceções positivas se encontram maioritariamente associadas ao HL, seguido do HMB e, por fim, do HML. As perceções negativas encontram-se, na sua maioria, igualmente associadas ao HL, surgindo apenas duas referências ao HMB e outras duas ao HML. Nas tabelas 7 e 8, as referências de Utes (U), Familiares/ Cuidadores (FC) e Técnicos (T) relativas ao [Hospital de Magalhães Lemos](#) encontram-se assinaladas a [azul](#), relativas ao [Hospital do Lorvão](#) a [cor-de-laranja](#) e, por fim, relativas ao [Hospital Miguel Bombarda](#) a [verde](#).

Relativamente à situação atual dos utentes ou instituição de acolhimento - Casa do Restelo, Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF), Associação de Desenvolvimento e Formação Profissional (AFDP), Centro de Apoio Social do Pisão (CASP) - destacam-se as perceções positivas, com 161 referências provenientes de 21 fontes (Cf. Tabela 9) comparativamente às perceções negativas (Cf. Tabela 10) que reúnem perceções de 9 participantes, num total de 48 referências. De referir que as perceções positivas se encontram maioritariamente associadas à Casa do Restelo e à ADFP; sendo que o CASP apresenta unicamente uma perceção positiva. As perceções negativas encontram-se relacionadas sobretudo com a ADFP, seguida do CHCF. Nas tabelas 9 e 10, apresentadas de seguida, as referências de Utes (U), Familiares/ Cuidadores (FC) e Técnicos (T) relativas ao [Centro Hospitalar Conde de Ferreira](#) encontram-se assinaladas a [azul](#), relativas à [ADFP](#) a [cor-de-laranja](#), relativas à [Casa do Restelo](#) a [verde](#) e, por fim, relativas ao [CASP](#) a [vermelho](#).

Por fim, no que respeita ao processo de mudança¹⁸, prevalecem as perceções negativas (Cf. Tabela 12) com um total de 120 referências que emergiram do discurso de 14 participantes. As perceções positivas (Cf. Tabela 11) incluem um total de 50

referências provenientes do discurso de 16 participantes. A este respeito, de destacar que as percepções positivas decorrem, sobretudo, de técnicos alocados à Casa do Restelo ou a utentes e familiares/ cuidadores transferidos do HMB para a Casa do Restelo. Por sua vez, as percepções negativas decorrem sobretudo dos alocados à ADFP, ou utentes e familiares/ cuidadores transferidos do HL para a ADFP.

Tabela 7. Percepções positivas face à instituição de proveniência

TEMA	Unidades de texto	Referência
INTEGRAÇÃO NA COMUNIDADE OU FAMILIARIDADE COM O LOCAL	<i>“já conhecia mais as pessoas... estava... conhecia aquilo tudo... perdi os amigos e aqui não falo praticamente com ninguém...”</i>	U9
	<i>“eles viviam com a comunidade... a comunidade do [local] vivia muito bem com eles, muitos deles faziam recados à população. Portanto é uma aldeia em que há ali um grande imbricamento entre a aldeia e a instituição, também porque o [nome do hospital] era uma fonte empregadora daquela aldeia”</i>	FC11
	<i>“acho que gosto mais do [nome do hospital] do que o [nome do hospital], talvez por eu ter passado mais tempo lá do que aqui, também pelo espaço ser... não sei... um pouco mais arejado, já estava mais habituada lá...”</i>	FC6
	<i>“já conhecia mais as pessoas... estava... conhecia aquilo tudo... perdi os amigos e aqui não falo praticamente com ninguém...”</i>	U9
	<i>“Lá fazia aquelas coisas mas não era muita distância, o povo era perto... as coisas eram perto umas das outras e não custava assim muito, está a perceber?”</i>	U11
MENOR RECURSO À MEDICAÇÃO	<i>“mas até mesmo a medicação... em [nome do hospital] o C. não tomava medicação... a única medicação que ele tomava era para ataques epiléticos, só. Ele ia, levava sempre a medicação. Aqui não... aqui ele já está com muita medicação psiquiátrica.”</i>	FC13
SATISFAÇÃO COM A ALIMENTAÇÃO	<i>“A comida aqui é boa mas lá ainda era melhor”</i>	U18
	<i>“tinha uma cantina em condições... comia-se melhor.”</i>	U9
SATISFAÇÃO COM CUIDADOS PRESTADOS/ APOIO RECEBIDO	<i>“deram-lhe aulas de locomoção, ensinaram-no a andar de bengala. Ele desenrasca-se com a bengala... o C., o A. não... mas o C. foram eles que até levaram o professor lá mesmo (...) nós ali no [nome do hospital] víamos quase aquilo como se fosse um lar onde eles estivessem porque a gente via que havia quem cuidasse deles”.</i>	FC13
	<i>“o C. foi mesmo em questão de desenvolvimento cultural porque ele dedicou-se... ele gosta muito de música e eles foram impecáveis nisso. Com o C. acho que não há, não há razão de queixa a até o tinham e têm, volta e meia, juntam-se, desde a parte da enfermagem, auxiliares, havia um outro que era... até já é um dos filhos do enfermeiro que estava lá a dar aulas de ginástica, fizeram um grupo musical e ele era o vocalista”</i>	FC13
	<i>“gostava de lá estar... o passado... mas lá curaram-me... curaram, com injeções e comprimidos curaram-me”</i>	U18
	<i>“o acompanhamento, eu digo-lhe, devo muito ao [hospital] (...). Até à hora que saiu para vir para aqui devo, muito, muito, muito a todas as pessoas porque o meu filho teve uma sorte... teve pessoas excecionais no [hospital]. Tanto enfermeiros como enfermeiras como médicos... até empregadas (...) teve de ter um grande tratamento. Eu cheguei a ir ver o meu filho e ele não me conheceu (...). Mas realmente foi excepcional, devo muito, muito...”</i>	FC18

TEMA	Unidades de texto	Referência
SATISFAÇÃO COM INFRAESTRUTURAS	<i>“Na envolvente exterior o espaço até é agradável porque tem jardins, fica ali numa aldeia, eles viviam com a comunidade...”</i>	FC11
	<i>“as condições não eram... quer dizer... em questão de limpeza não posso dizer que fosse assim uma coisa muito má... não (...)mas também não se pode dizer que fosse assim uma coisa meu deus que horror (...) ultimamente o meu filho até estava numa enfermaria muito boa. Foi toda reestruturada... até foi uma pena. Não percebo porque fizeram isso... reestruturaram tudo, foi mesas, foi cadeiras, foi tudo, tudo. Casas de banho, tudo... estava ótima (...) e fechou, claro. Fecharam todas, não é? mas até estava muito boa ultimamente (...) A enfermaria tinha sido restaurada, estava muito boa. Tinham posto tudo novo... camas e tudo... até foi uma pena”</i>	FC18
	<i>“Lá fazia aquelas coisas mas não era muita distância, o povo era perto... as coisas eram perto umas das outras e não custava assim muito, está a perceber?”</i>	U11
	<i>“lá não, lá era diferente... havia um bar em condições... tinha uma cantina em condições”</i>	U9
SATISFAÇÃO COM LOCALIZAÇÃO	<i>“lá estávamos um bocadinho mais perto (...) vir aqui mas não é a mesma coisa como era no [nome do hospital] que estavam mais próximos...”</i>	FC13
SATISFAÇÃO COM PROFISSIONAIS	<i>“Falava com a doutora do meu pai, que ainda hoje é a mesma, a doutora P., o enfermeiro também... tudo gente, pelo menos com quem falava, tudo gente acessível. E perguntava ao meu pai e ele dizia bem das pessoas”</i>	FC11
	<i>“devo, muito, muito, muito a todas as pessoas porque o meu filho teve uma sorte... teve pessoas excecionais no [nome do hospital]... tanto enfermeiros como enfermeiras como médicos... até empregadas (...) ninguém fazia mais do que fizeram ao meu filho... ninguém... nem os melhores médicos mesmo que fosse tratado a particular (...) fizeram muito pelo meu filho, trataram-no bem. eu nunca tive conhecimento que batessem ao meu filho ou que o tratassem mal (...)nunca ninguém tratou mal o meu filho porque ele, isso, ele sabe dizer (...) Nunca ninguém tratou mal o meu filho no ponto de lhe baterem ou castiga-lo por ele estar até... ele até às vezes dizia asneiras às senhoras e tudo... e elas, coitadas, deixavam passar”</i>	FC18
	<i>“não tenho nada a dizer das pessoas do [nome do hospital]. Até pelo contrário...”</i>	U11
	<i>“eram minhas amigas...”</i>	U18
SATISFAÇÃO GLOBAL OU GRATIDÃO	<i>“devo muito ao [nome do hospital]. Até à hora que saiu para vir para aqui devo, muito, muito, muito a todas as pessoas porque o meu filho teve uma sorte... teve de ter um grande tratamento (...) Mas realmente foi excepcional, devo muito, muito... sou franca. E tive muita pena. Tive muita pena que fechassem o hospital... mas pronto”.</i>	FC18
	<i>“gostava de tudo... [lá]”</i>	U18
	<i>“gostava mais de estar lá”</i>	U9

Tabela 8. Percepções negativas face à instituição de proveniência

TEMA	Unidades de texto	Referência
ESPAÇO FECHADO	<i>“Eles antes estavam um bocado fechados”</i>	T18
	<i>“as condições dos doentes aqui é mais parte lar e lá era mais parte prisão está a perceber? Hospital prisional e aqui estamos num lar. As pessoas têm outro entendimento, lá não era assim, lá era hospital prisional.”</i>	U11
AGRESSÃO OU EXPLORAÇÃO DOS UTENTES (DOS PROFISSIONAIS OU COMUNIDADE)	<i>“muitos deles faziam recados à população”</i>	FC11
	<i>“sei que lhe batiam, muito, um enfermeiro... (chora)... se o meu M dissesse alguma coisa que ele não gostasse era murros nas costas... e ele um dia, quando vinha queixava-se... não me mexas nas costas que me bateram... e eu levei-o à minha médica de família (...) ela passou logo uma radiografia e, no outro dia, fui com ele a Coimbra tirar uma radiografia... olhe, eu não a trouxe... tenho uma fotocópia que trouxe até para aqui verem... tinha várias fraturas nas costelas... e na coluna... eram socos valentes...”</i>	FC18
	<i>“muitos utentes destes eram explorados e nós apercebemo-nos disso. Quando estes utentes deixaram os cafés, deixavam de ter o lucro que tinham e algumas pessoas que viviam lá deixaram de ter, “os empregados gratuitos” que tinham para acarretar lenha, para troca de cigarros, para esse tipo de coisas, a caridade mesquinha e portanto isso e muitas outras coisas, deixaram de ter empregados gratuitos”</i>	T13
	<i>“mesmo lá às vezes fazia-me contas nos cafés e davam-lhe... davam não... eu depois é que tinha de pagar (...) aquilo lá era porta sim, porta não era um café... porque eles viviam à custa dos doentes, não era só um...aos 9 contos, 7 contos... era assim... ele fazia a conta... eu bem dizia que não lhe desse”</i>	FC12
	<i>“ele começou-se a queixar e nós acreditamos e vimos algumas marca que lhe batiam (...) E depois começamos a saber de outras coisas... que lhe chamavam selvagem... batiam-lhe porque ele chama nomes (...) ele, o A., quando está assim mais exaltado chama nomes. E então havia pessoas lá a trabalhar como auxiliares e enfermeiros... mesmo enfermeiros ele também se queixou... batiam-lhe. Batiam-lhe.”</i>	FC13
CONVIVÊNCIA COM UTENTES EM PIOR ESTADO DE SAÚDE	<i>“com aquele tipo de doentes ainda pior do que ele (...) aqueles doentes mais profundos... doentes mentais profundos (...) Agora aqueles doentes mais profundos, eu nem sabia que estavam todos juntos... porque para nós foi muito mau no [nome do hospital] terem metido o meu irmão naquele sector (...) porque acho que, para nós, o A. só piorou de o terem metido... e o terem abandonado... e o terem metido naquele sector...”</i>	FC13

TEMA	Unidades de texto	Referência
INSATISFAÇÃO COM INFRAESTRUTURAS	<p><i>“Eles tinham mesmo mais dificuldade era nos sanitários porque não tinha assim muitas condições... e, por exemplo, para eles guardarem... tinham um armário para guardar a roupa mas era muito pequenino, tinha que juntar a roupa suja com a roupa lavada... aquilo era um...um cabo dos trabalhos...”</i></p>	FC12
	<p><i>“todo o hospital tinha grades nas janelas mas estes estavam diríamos numa segunda área de reserva do hospital (...) onde eles tinham uma existência profundamente degradante e desumana. Eu acho que Portugal teve uma sorte de nunca nenhuma televisão internacional ter entrado naquela área que eu conheci bem e ter feito fotografias e ter feito um filme porque nós teríamos aparecido internacionalmente muito mal”</i></p>	T14
	<p><i>“não reunia as condições exigidas, de acordo com a entidade da saúde (...) Porque as instalações hospitalares do [nome do hospital] não tinham o melhor aspeto, não tinha as melhores condições efetivamente. Portanto, todo aquele contexto de doentes a deambular pelos corredores, muitas vezes nus... todo aquele mundo novo é um pouco pesado... os enfermeiros lidam com aquilo com a maior naturalidade ou, pelo menos, tentam lidar, mas choca um pouco aquele ambiente... porque embora haja... eles lá tinham departamentos distintos consoante o grau de gravidade da doença... havia lá doentes que tinham que estar quase amarrados para tudo... não é o caso do meu pai... tudo isso, esse contexto... é daquelas coisas que vemos em filmes. Mas é a realidade que temos (...)O espaço era muito sombrio, frio, pouca luz, no inverno e era terrível... muita água, era muito frio, o sol quase não aparecia”</i></p>	FC11
INSATISFAÇÃO COM ALIMENTAÇÃO	<p><i>“porque depois entretanto isto começou a comida a ser feita por uma empresa e ele não comia nada, deixou de comer... ele pesava à roda de 90 quilos... e deixou de comer porque diz que aquilo era uma porcaria... e acho que sim, que era”</i></p>	FC12
	<p><i>“temos a sensação que eles passavam fome lá, se não passassem lá fome, não tinham engordado, 7, 8, 9 quilos num ano, não é? Alguma coisa não estava bem, se não eles não tinham engordado o que engordaram num ano e eles próprios dizem e não é preciso puxar muito por eles”</i></p>	T13
INSATISFAÇÃO COM CONDIÇÕES DE HIGIENE	<p><i>“porque as instalações hospitalares do [nome do hospital] não tinham o melhor aspeto, não tinha as melhores condições efetivamente”</i></p>	FC11
	<p><i>“as condições eram desumanas, desumano... chichi, cocó, expetoração, tudo no chão e eles lá sentados. O cheiro, um cheiro indescritível, era uma coisa mesmo(...). Eu não acreditava e por muito mal que uma pessoa fizesse ideia dos asilos, de eles estarem presos e fechados, dos comportamentos animais, aquela coisa toda que nos passa, foi um choque para mim o que eu vi, um espaço assim. Nas paredes os dejetos, uma coisa surreal! Foi como entrar num filme de terror com pessoas de carne e osso, como nós (...)estava no chão, no meio daquela nojeira, num canto, escuro, sem luz (...) são coisas que só quem viu, porque são impossíveis de se descrever (...) é surreal, surreal...completamente surreal o que nós vimos e saber as condições em que eles viviam”.</i></p>	T13

TEMA	Unidades de texto	Referência
INSATISFAÇÃO COM CUIDADOS PRESTADOS	“e eu sentia as pessoas muito paradas lá, as pessoas andavam nos corredores, atendendo também um pouco ao estado e à medicação vagueavam muito pelos corredores... e se calhar não tinham as atividades que aqui pelo menos eu vejo (...) não havia espaços sociais para praticar desporto, como pinturas... ginásio... eles aqui têm e fazem... não sei com que frequência... lá não. Não havia essas atividades, esse apoio complementar para ajudar a passar o tempo, também”	FC11
	“acho que o abandonaram um bocadinho, acho que ele mesmo assim... de cada vez que íamos lá, notávamos que ele estava mais parado”	FC13
	[utente] “com um problema cardíaco grave, com um problema é cardíaco, ele tem as pernas pretas, arroxeadas e se vocês o vissem quando ele chegou, a nossa equipa de enfermagem teve um colapso, o G. estava como nunca esteve na vida e eu pergunto: os enfermeiros trabalhavam com eles o dia inteiro, como é que é possível? As unhas, calos traziam, os pés, o couro cabeludo de alguns, tiravam-se crostas maiores que as dos bebés quando têm a crosta láctea, coisas surreais. Havia alguns que traziam as unhas que pareciam animais”	T13
EXCESSO DE MEDICAÇÃO	“Mesmo ao nível da medicação, abençoada a hora que nós começamos a ter psiquiatra, havia utentes que vinham chumbados. E para quê? Para quê?”	T13
FRACO ENVOLVIMENTO DOS FAMILIARES	“lá nunca fomos chamadas para coisa nenhuma, nem por médicos nem por enfermeiros, ou então ainda não havia este tipo de estudos... nunca fomos convidadas a assistir”	FC13
	“No São João, concurso de bolos [para os familiares], claro que sim. Vamos lá fazer um concurso de bolos, claro. É um acompanhamento muito diferente. As instituições não têm nada a ver (...) no natal a festa, virem cá os familiares, isso é ótimo, claro que sim. Esse tipo de coisas que não havia antigamente, no [nome do hospital] nunca houve isso. Nunca houve essa necessidade dos familiares intervirem com todos, como se fossem todos uma família”	FC5
BARREIRAS NO ACESSO AO UTENTE	“nunca entrávamos na enfermaria... batíamos à porta, tocávamos à campainha... eles nunca nos deixavam lá entrar... (...) nunca deixaram entrar... só entramos uma vez, no refeitório, porque entramos pelo lado onde havia a cozinha (...)ou pelos doentes ou porque eles tinham medo que a gente visse alguma coisa, não sei”	FC13
	“no [nome do hospital] nunca me deixaram ir ver onde o meu pai dormia (...) No [nome do hospital] eu não podia estar à vontade. Tinha que ficar ali na sala de espera, à espera que me trouxessem o meu pai”	FC5
INSATISFAÇÃO COM PROFISSIONAIS	“acho que o abandonaram um bocadinho”	FC13
	“Eu não consigo aceitar, nem perceber como é que enfermeiros e médicos a trabalhar com eles diariamente e onde é que estão os cuidados de higiene mais básicos? (...)Utentes a quem nunca trataram das isenções, mas como é que é possível?...nunca ninguém lhes tratou das isenções e eu pergunto, mas onde é que estavam as minhas colegas, estavam a fazer o quê?”	T13

TEMA	SUB-TEMA	Unidades de texto	Referência
INSATISFAÇÃO COM PROFISSIONAIS	FORMAÇÃO DESADEQUADA	<i>“que lhe chamavam selvagem... batiam-lhe (...) depois eu enfrentei lá o auxiliar... que ele estava a gritar... porque ele de vez em quando manda assim uns berros... mas pronto, faz parte da doença dele... se eles estão lá a trabalhar, têm de estar sensibilizados para esse tipo de doenças, não é? Para esse tipo de comportamento. Ele chegou lá ao pé dele e sabe o que ele lhe fez? Pisou-o ate lhe por a unha do dedo grande negra. A unha do dedo grande estava completamente negra (...) porque ali no [nome do hospital] foi um bocadinho... foi quase um paraíso para eles... tendo ou não capacidade para exercer essa função acabavam por ficar... desde o pessoal auxiliar ao pessoal de enfermagem”</i>	FC13
	MOSTRAR PREOCUPAÇÃO OU INCERTEZA FACE À MUDANÇA	<i>[os profissionais] “também mostrava alguma preocupação... mas pronto, isto alguém da tutela nos vai dar mais indicações... portanto, eles também foram surpreendidos... e também sem perceber muito bem como é que todo o processo ia ser feito (...) senti é que se aproximavam da data e não tinham a informação, se calhar, que julgavam ter... útil, necessária, para que as coisas pudessem ser feitas de uma forma mais pensada... e não estou com isto a dizer que não foi... se calhar até foi”</i>	FC11
		<i>“Quer dizer, não... ainda estava em concurso. Até já deviam saber mas disse que ainda não tinham a certeza para onde é que eles iam... ser era para aqui, se era para [nome de local] ou se era para [nome de local].</i>	FC13
	TRANSMITIR IMAGEM NEGATIVA DOS UTENTES AOS TÉCNICOS DA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO	<i>“E o que [os profissionais] nos passava naquela altura era: “Atenção porque aquele fulano que ouve isto e aquilo, parte tudo e bate e arranca e esfolo!” E nós pensávamos, “Meus Deus, como é que nós vamos fazer?”... Nada é real, nada!</i>	T13

Tabela 9. Percepções positivas face à situação atual dos utentes ou instituição de acolhimento

TEMA	Unidades de texto	Referência
ADAPTAÇÃO, INTEGRAÇÃO OU BEM-ESTAR DO UTENTE	<p><i>“Estão aqui mais integrados (...) não estão fechados (...) aqui a coisa está mais controlada (...) integraram-se bem, estão-se a integrar bem (...) e ele nunca mais voltou a falar do [nome do hospital], ou o [nome do hospital] é que era bom... portanto, penso que é positiva esta transição (...) depois vim cá dois ou três dias de ele ter mudado para perceber como é que a coisa estava a evoluir... não senti aquela estranheza de parte dele de vir para um espaço (...) achei-o perfeitamente integrado, aliás até me disse aqui é melhor que ainda me dão mais comida (...) pronto, senti que ele se adaptou bastante bem (...) Eu julgo que ele não sentiu... pelo menos não o deu a entender... não senti que lhe tivesse custado tanto ter mudado para aqui...”</i></p>	FC11
	<p><i>“O C. depois acabou por ser quase a segunda casa dele... e como ele se adaptou também aqui (...) começou a dizer que sim, que se estava bem e que era a mesma coisa que estar no [nome do hospital]”</i></p>	FC13
	<p><i>“agora sim, ele agora está outra vez muito calmozinho e está outra vez bem, graças a deus”</i></p>	FC18
	<p><i>“o meu pai aqui não fala tanto em ir para casa. Às vezes fala mas é raro. Ele gosta mais de estar aqui”</i></p>	FC5
	<p><i>“Portanto até estão felizes com esta, com o resultado”</i></p>	T10
	<p><i>“penso, agora olhando para trás, que correu muito bem... os estudos indicam que nestas transferências que às vezes há coisas que não correm muito bem... por isso, olhando para trás, acho que... claro que houve coisas que podiam ter corrido melhor... mas no geral acho que correu bem, os utentes adaptaram-se muito bem aqui na instituição”</i></p>	T12
	<p><i>“tentamos ao máximo que eles e ai nos apartamentos isso é muito visível, que eles se mexam e...porque eles agora dizem “Agora nós vamos para casa”, não é? Porque eles saem de um espaço e agora vão para outro onde só dormem, portanto é como nós quando vamos para casa, é igual. Saem de um sítio onde estão o dia todo para irem e isso nota-se que é uma coisa que eles...foi uma alteração... Brutal. Brutal mesmo.”</i></p>	T13
	<p><i>“Pronto, há um ou outro muito... com grande limitação, onde a interação quase não era possível mas tirando esses todos os outros tiveram claras melhoras e são hoje pessoas”</i></p>	T14
	<p><i>“Os efeitos... é tudo... eu vejo mais o efeito neles, na diferença, eu noto a nossa ação, na autonomia... a gente promove a autonomia e eles hoje em dia, mais de 2 anos e meio depois, conseguem fazer coisas que não faziam (...) o senhor V. diz-me... tenho a minha casa depois de tantos anos... não sou eu que disse... é ele... pode perguntar... ele e outros também. E as palavras deles é que me ficam... mesmo outras pessoas que me disseram... a dona C. há uns tempos atrás dizia “antes tratavam-me como doente, agora tratam-me como pessoa”.</i></p>	T18
	<p><i>“(...) estamos a começar a habituar-nos, com a vida melhor e maior entendimento conforme a gente está num lugar menos mau...”</i></p>	U11

TEMA	Unidades de texto	Referência
PESSOA ESTÁ BEM OU MELHOR NA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO	<i>“o meu filho está muito bem. muito bem.”</i>	FC18
	<i>“o meu pai está tão bem aqui que eu já não penso nisso.”</i>	FC5
	<i>“não estamos lá mal, não estamos lá mal... pronto... não estou descontente (...) agora até estou contente porque não se está muito mal (...) Eu estou contente por estar cá porque eu estava no [nome do hospital] e aqui está-se melhor... Aqui está-se melhor...”</i>	U11
	<i>“estamos aqui, estamos muito bem... melhor casa do que esta não há”</i>	U18
	<i>“aqui é sempre aquele ritmo, mais calmo. Isso faz um bem extraordinário a estas pessoas, foi a conclusão a que eu cheguei. Porque ele desde que está aqui, ele está menos violento. E, às vezes, mais recetivo e mais calmo... fez-lhe bem desde que veio para aqui, ele está outro A... é a conclusão que eu tiro”</i>	FC7
	<i>“aqui é melhor, gosto mais de estar aqui...”</i>	U12
RESPOSTA MAIS DIVERSIFICADA	<i>“não há dúvidas que ele agora está melhor, tem uma oferta que não tinha antes...”</i>	FC11
PREOCUPAÇÃO COM SAÚDE FÍSICA DOS UTENTES	<i>“agora andam com ele no dentista que ele tem os dentes muito estragados... para meter uma prótese. Depois vão ao especialista dos olhos porque ele tem uma miopia profunda (...) ele aqui é muito bem tratado”</i>	FC12
	<i>“Aqui no tratamento de coisas graves também levam ao hospital novo os doentes (...) Quando há coisas graves é lá que vão (...) Doenças, doenças graves que não consigam aqui tratar, que não consigam fazer... levam-nos ao hospital novo de [local].”</i>	U11
INVESTIMENTO NA OCUPAÇÃO DOS UTENTES	<i>“tentamos sempre que eles estejam ocupados durante o dia, conseguimos com um grupo envolve-los... na jardinagem, na sapataria... mas o grosso grupo ficou com trabalhos mais... ouvir música, ir à biblioteca... ou trabalhos com a animadora (...), não tão produtiva. Mas conseguimos com alguns inclui-los na olaria, com algumas pessoas... com outros utentes...”</i>	T12
	<i>“Saem todas as semanas, saem às vezes até quase diariamente para fazer passeios... sempre acompanhados, não têm qualquer grau de autonomia para... não, de maneira nenhuma, sempre, sempre, sempre, vão sempre acompanhados. Geralmente ou vão ao café lá da aldeia ou fazem passeios, têm educação física, fisioterapia. Alguns dos cuidados de fisioterapia são feitos lá, alguns mais específicos têm de ser feitos aqui na sede e de resto participam na maior parte de todas as atividades que temos na sede, que é em todas.”</i>	T13
	<i>“Podem ir a um café da zona, podem ir praticar uma natação se quiserem, podem ir ao cabeleireiro, enfim...”</i>	T17
	<i>“sei e é visível que há um ginásio onde há aulas de ginástica, há pintura... isso é positivo (...) têm pintura e ginástica que são dados novos que não existiam em [nome do hospital]”.</i>	FC11

TEMA	Unidades de texto	Referência
INVESTIMENTO NA OCUPAÇÃO DOS UTENTES	<i>“só o facto de me terem falado pouco tempo depois de o meu pai estar cá da possibilidade de poderem pôr o meu pai na natação... e eu... ah?! Natação?! Fiquei tão contente por alguém me ter dito isso!”</i>	FC5
	<i>“Portanto, alguns deles temos feito agora muitos passeios, alguns já têm, estão a fazer... estão a aprender a nadar, agora... e usamos ali os recursos. Portanto, fica no [local], há ali vários recursos na comunidade e procuramos que eles utilizem bem os recursos, há a ida ao café, isso era apenas um grupinho que ia e agora até já as senhoras que anteriormente não iam tanto e agora já vão...”</i>	T10
SATISFAÇÃO COM INFRAESTRUTURAS	<i>“o espaço é agradável...”</i>	FC11
	<i>“e também as condições... as instalações são ótimas, não é? isto é mais condições aqui do que tem na minha casa... que a minha casa é muito pequenina, que eu só tenho um quarto e casa de banho pequenina... se estiver lá um a fazer chichi tem que sair para o outro entrar... o meu corredor tem 2 metros e 30... a senhora doutora já pode ver o que é... e tem a cozinha. E o meu filho dorme na cozinha... quando ele vai a casa dorme na cozinha”</i>	FC18
	<i>“mesmo as condições (...) o meu pai aqui não fala tanto em ir para casa. Às vezes fala mas é raro. Ele gosta mais de estar aqui. É o próprio espaço”.</i>	FC5
	<i>“Aqui no fundo, já reparei, tem muito espaço, ele adora espaço, como toda a gente, não é?”</i>	FC7
	<i>“mas também este espaço já tornou mais agradável a visita... para virem as visitas e não há hora marcada e podem ir todos (...) é um espaço mais pequenino, não é? Pronto, mais agradável”.</i>	T10
	<i>“uma residência na comunidade, uma estrutura, uma casa. Uma casa, não é? Uma casa. Uma casa. Uma casa lindíssima, por sinal, com imensas condições onde podem ter uma vida mais próxima daquilo que é uma vivência comum”.</i>	T17
	<i>“A cama é muito boa... a cama é maravilhosa... nunca dormi numa cama tão boa como estou a dormir aqui.”</i>	U18
SATISFAÇÃO COM LOCALIZAÇÃO	<i>“Depois soube que ele que vinha para [local]. Mas não sabia onde era... e eu assim... bem, em [local], sendo assim, já é um pouco mais favorável.”</i>	FC18
	<i>“Para além do facto de aqui ser mais perto de casa que é muito bom, é muito bom.”</i>	FC5
SATISFAÇÃO COM ALIMENTAÇÃO	<i>“Diz que gosta da alimentação... nem se queixa da alimentação, percebe? Aqui deve ter uma boa alimentação. Uma boa, quer dizer, uma alimentação agradável porque ele não se queixa, antes pelo contrário”</i>	FC7
	<i>“Alguns deles chegam ao pé de nós e dizem “Eu gosto de estar aqui e a comida”</i>	T13
	<i>“Mas, por exemplo, na alimentação também temos muito cuidado.... Muito cuidado... supervisionar os desejos... eles há anos que não comiam muita coisa. Claro que sempre a comer as coisas saudáveis. Isso então... é óbvio mas (...) por exemplo, queria uma açorda, coisas antigas que se comia no tempo deles, ok... vamos falar, articular com a cozinha e no dia seguinte ou uns dias depois há açorda ou sumo de laranja (...)conforme o gosto deles...”</i>	T18

TEMA	Unidades de texto	Referência
FEEDBACK POSITIVO DA FAMÍLIA	<i>“As famílias têm engraçado... vão expressando no fundo que também que notam algumas diferenças nas pessoas... estão mais atentas, mais comunicativas”</i>	T10
	<i>“A D. L. tem uma mensagem escrita no nosso livro de visitas que nos pôs de lágrimas nos olhos e ela já me disse: “Eu agora morro descansada.”</i>	T13
	<i>“as famílias também... não esquecendo das famílias (...) que as famílias têm dado um feedback tremendo, tremendo... também superando as nossas expectativas apesar do nosso otimismo (...) Por exemplo, o sobrinho do senhor S. que tem 87 anos, veio cá e disse “o meu tio está muito mais ativo”. A dona L., ela... os... o irmão também a acharam muito mais ativa, muito mais autónoma... muito mais alegre... ela mal andava, agora já anda... mais... as irmãs do senhor L., também têm sempre um feedback tremendo... outras famílias... mais... tínhamos o sobrinho... mas... ah, a irmã da dona C., também... todas as famílias...”</i>	T18
	<i>“Até agora, pelo menos não houve assim nenhuma queixa até por parte dos familiares, por exemplo, porque podia ter sido colocado na altura, alguns familiares podiam ter discutido ou contestado um bocado a decisão.”</i>	T4
MAIOR PROXIMIDADE DOS FAMILIARES	<i>“Não posso deixar de frisar que no ano passado convidaram-me para vir cá à festa de natal. No outro ano havia um jantar de natal mas não estava aberto à família. Este ano sim e acho isso muito positivo, tentar integrar a família, puxar a família para estes momentos sociais”</i>	FC11
	<i>“ainda agora tivemos a festa de natal... eu tive cá também... levei depois o meu filho para casa... aproveitei levei-o logo nesse dia... foi uma festa muito bonita”</i>	FC18
	<i>“o caso do J. que tivemos a mãe que voltou a acreditar nele e que o apoiou, que o ajudou a que ele realmente arranjasse uma casa, uma pequena casa, ela própria começou a apoiá-lo, a passar por lá, a fazer as refeições, o almoço com ele, ver se a medicação estava (...) isso para nós é muito gratificante porque nós também percebemos que temos que dar às famílias esse sentido que nós não fechamos a porta...”</i>	T16
	<i>“com os familiares vai-se tentando (...) Temos alguns filhos que não iam ao [nome do hospital] visitar, conseguimos uma aproximação e passam por fases (...) Eu acho que o meu contributo, eu acho que foi com este protocolo com os doentes do [nome do hospital] foi exatamente conseguir esta aproximação com as famílias”.</i>	T9
MAIOR FACILIDADE DE ACESSO DOS FAMILIARES	<i>“aqui deixam-me entrar dentro, aqui deixam-me ir ao quarto do meu pai (...) Aqui eu posso entrar no refeitório quando quiser, até posso... por exemplo, o meu pai está a comer qualquer coisa e está no refeitório, posso ir lá ter com ele e até posso ir ter com ele, não precisam estar-me a acompanhar. Posso estar à vontade (...) se o meu pai estiver a dormir na cama dele, à noite, ou ao domingo à tarde quando eu venho visitá-lo, eu vou ao encontro dele. E sei onde é que o meu pai guarda as coisas, sei qual é o espaço dele, se não estiver eu posso ir por a roupa lavada lá e levar a roupa suja caso ele esteja na missa ou no jardim e não o encontrar. Pronto, acho que aqui é tudo muito mais aberto. Isso é ótimo.”</i>	FC5

TEMA	Unidades de texto	Referência
MENOR RECURSO À MEDICAÇÃO	<i>“De facto o meu pai aqui também não me parece que está completamente sedado.”</i>	FC5
SATISFAÇÃO COM PROFISSIONAIS	<i>“eles vão dormir aos apartamentos... os enfermeiros ficam lá toda a noite, sempre me disponibilizaram o número de enfermeiro, por aí estou tranquilo que demonstraram um acompanhamento e estar próximos dos doentes”</i>	FC11
	<i>“as doutoras, estas 2 que eu conheço, o enfermeiro D. (chora), a enfermeira R... a R... e a ... são umas joias, um amor para o meu rico filho... não é só para ele, é para todos... e as empregas... as empregadas foram feitas para tratar destes doentes... é a coisa melhor que eu podia ter no mundo, no fim da minha vida... (chora) ver que o meu filho está bem, ser bem tratado”</i>	FC12
	<i>“Obviamente eu fui falar com a doutora M. e já lhe disse que a adorava, que ela está a fazer um trabalho excelente, mesmo que pouquinho, mesmo que seja só de vez em quando que me fala em coisas diferentes, mas para mim já é ótimo”.</i>	FC5
	<i>“Porque as pessoas tratam melhor... as condições dos doentes aqui é mais parte lar e lá era mais parte prisão está a perceber? Hospital prisional e aqui estamos num lar. As pessoas têm outro entendimento...”</i>	U11
	<i>“O professor é muito bom, é uma pessoa que trata a gente muito bem, com carinho (...)qui é melhor que o pessoal é mais agradável, é um pessoal melhor para a gente, trata da gente com todo o carinho... tratam-me melhor do que lá”.</i>	U18
	<i>“todas as senhoras, o doutor A., a doutora A... todos os doutores que eu conheço... até mesmo as auxiliares e a senhora da cozinha que conheço também, são tudo pessoas excepcionais. Com uma paciência... uma bondade extraordinária...”</i>	FC18
SATISFAÇÃO GERAL	<i>“Eu não sei se no país acontece isto em todo o lado... o meu ver, a saúde mental não estaria muito má...”</i>	FC11
	<i>“mas agora estou muito feliz, muito contente... dou graças a deus de ele ter vindo para aqui... está muito bem”.</i>	FC18
	<i>“Comecei a perceber que isto é mil vezes melhor do que o [nome do hospital] (...) tudo... Mesmo as condições, mesmo... o meu pai aqui não fala tanto em ir para casa. (...) Ele gosta mais de estar aqui. É o próprio espaço, as pessoas, a assistente social, o serviço de apoio, o contacto comigo, as atitudes, as intervenções que fazem”</i>	FC5
	<i>“É que não há, não há [respostas para as famílias] ... e a tendência é para acabar, acabar quer dizer, não há saída quando as pessoas procuram... as famílias estão... Por exemplo, no meu caso, eu sou irmã, eu não tenho obrigação, mas é aquilo que eu digo, se não for eu, quem é que vai dar apoio ao A.? Ele não tem ninguém. São os laços familiares que me vão impulsionar para eu continuar e continuar até um dia eu cair ou não ter possibilidade. Daí que isto foi uma dádiva de Deus (riso), para mim foi um milagre”.</i>	FC7

Tabela 10. Percepções negativas face à situação atual dos utentes ou instituição de acolhimento

TEMA	Unidades de texto	Referência
DIFICULDADES DE ADAPTAÇÃO AO LOCAL/ EVOLUÇÃO NEGATIVA	<i>“E eu disse agora tu vais para [local da instituição de acolhimento]... “outra vez não”, dizia ele. Portanto, ele teve uma pior adaptação do que o C., ele está sempre a falar do [instituição de proveniência]”.</i>	FC13
	<i>“Ainda não estou adaptado a isto...”</i>	U9
	<i>“e acho-os mais debilitados, assim mais parados (...) estão muito fechados”</i>	FC13
IMPACTO EMOCIONAL	<i>“Eu já sabia que isto aqui é só para viver na solidão e na anarquia dos momentos que passamos aqui e que não temos com quem nos comunicar e é toda a gente é doente e não aparece com quem desabafar...”</i>	U10
	<i>“tenho saudades de lá do pessoal... aquilo lá fechou... aquele hospital fechou...”</i>	U18
	<i>[na instituição de proveniência] já conhecia mais as pessoas... estava... conhecia aquilo tudo... perdi os amigos e aqui não falo praticamente com ninguém...”</i>	U9
ISATISFAÇÃO COM CUIDADOS PRESTADOS	<i>“NJ: sei lá... nós ali no [nome do hospital] víamos quase aquilo como se fosse um lar onde eles estivessem porque a gente via que havia quem cuidasse deles. E se calhar aqui pensamos igual visto que não podemos... (chora). Gostávamos que eles fossem tratados de outra forma. Ele e os outros todos... sei lá... que tivessem atividades, que tivesse alguém que... alguém que cuidasse deles de outra forma...”</i>	FC13
EXCESSO DE MEDICAÇÃO	<i>“Aqui não... aqui ele já está com muita medicação psiquiátrica. Não sei porquê... não sei se é para eles estarem mais sossegados... acho que aqui já estão a entrar assim um bocadinho mais para esse campo...”</i>	FC13
NECESSIDADE DE MAIS ATIVIDADES OCUPACIONAIS	<i>“em termos de ocupação eu gostaria de os ver mais ocupados, mais entretidos, vá lá. Do que estarem a toda a ver televisão, de um lado para o outro, a fumar... se isso é possível ou não, não sei... mas se pudessem haver mais atividades e conseguir motivá-los a participar. Mas vá lá, se calhar, muitos, o estado deles não permite, também não sei numa perspetiva médica o que é possível... e se calhar até sentirem-se mais uteis... acho que se calhar isso pode melhorar um pouco”.</i>	FC11
LIMITAÇÕES TÉCNICAS	<i>“temos, também, 4 residências de treino aqui dentro mas que ainda não estão a funcionar... aí já lhe podia dizer que seria outro tipo de competências que nós poderíamos trabalhar com as pessoas que estão cá internadas... é o reaprender a viver... para já, primeiro, no núcleo mais pequeno, mais próximo parecido com o núcleo familiar e, depois, trabalhando com todas as competências que têm a ver com viver em casa, com tarefas que todos nós temos para fazer... só em núcleos pequenos. Da forma como a instituição está do ponto de vista dos edifícios que tem, desta forma não conseguimos fazer”.</i>	T16

TEMA	Unidades de texto	Referência
INSATISFAÇÃO COM INFRAESTRUTURAS/ CONDIÇÕES DE HIGIENE	<p><i>“o A. veio lá para cima na quinta-feira e no domingo já fomos ver qual era as condições, como é que ele estava... o que realmente foi um grande choque para mim (...) porque nunca imaginamos que o iam por ali naquela... pensando agora bem, no fundo, eles nem estão mal... mas metê-los assim numa escola primária... aquilo nem estava limpo (...) Onde eles estão aquilo era uma escola... aquilo não era muito velho mas deram-lhe um jeito por dentro, dividiram aquilo em quartos, fizeram uma cozinha, uma sala... uma cozinha e uma sala que na altura nem tinha sala... o alpendre nem estava fechado nem nada, não é? Nem estava fechado aquilo... foi acabar as obras... acabaram as obras, aquilo foi tirar o lixo maior, e metê-los lá dentro (...) Eu fiquei doente. Eu fui doente”.</i></p> <p><i>“Lá havia um bar em condições (...) vou tomar um café ali... mas nem é um café (...) é aquela máquina...”</i></p>	FC13
		U9
INSATISFAÇÃO COM ALIMENTAÇÃO	<p><i>“aqui é só carne picada... é quase todos os dias. Ainda hoje ao meio-dia foi, ontem à noite foi (...) Não gosto, não como. É o que dizem “não coma” (...) as enfermeiras”.</i></p>	U9
INSATISFAÇÃO COM LOCALIZAÇÃO	<p><i>“Porventura poderá ser também a distância porque há aqui doentes que não são aqui do raio, nem Miranda, nem Coimbra... há doente de todo o país”</i></p> <p><i>“já não conseguia. E eu aqui, mesmo aqui, ainda tenho que apanhar 3 transportes. Para chegar aqui... 3 para lá e 3 para cá. 6. Já me custa um bocadinho... mas enquanto eu puder...”</i></p> <p><i>“a viagem é muito longa, não me dá na cabeça de ir lá...”</i></p>	FC11
LACUNAS NA DISPONIBILIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO AOS FAMILIARES	<p><i>“eu acho que como instituição deviam dizer aos familiares... olhe, ele leva esta medicação por isto e aquilo”</i></p>	FC18
PREFERÊNCIA PELA INSTITUIÇÃO ANTERIOR	<p><i>“Entre aqui e lá... acho que gosto mais do [instituição de proveniência] do que o [instituição de acolhimento], talvez por eu ter passado mais tempo lá do que aqui, também pelo espaço ser... não sei... um pouco mais arejado, já estava mais habituada lá... o café em si... ali é muito mais pequenino... é diferente... é um bocado diferente.</i></p>	U11
		FC13
		FC6

Tabela 11. Percepções positivas face ao processo de mudança

TEMA	Unidades de texto	Referência
PERCEPÇÕES RELATIVAS AO ENCERRAMENTO DOS HOSPITAL	<p><i>“é um projeto muito bonito porque foi muito bem coordenado. Foi... houve um especial cuidado... precisamente aquilo que estava a dizer inicialmente... como fazer a desinstitucionalização, então nós tivemos um especial cuidado exatamente em todo esse processo. Nós e as outras instituições...”</i></p>	T10
	<p><i>“eles estavam em condições (...) foi a forma de acabar com isso e de eles virem e já está e acabou e a partir de agora trabalhamos com eles aqui.”</i></p>	T13
	<p><i>“Felizmente a crise nos últimos anos, a crise económica, levou a que se repensassem os hospitais asilares psiquiátricos asilares e a levar ao seu progressivo encerramento e acabar com essa situação, o que eu acho que é claramente vantajoso para todos... para o estado que gasta menos e para a famílias e para os doentes que podem ter melhor resposta. Mais barato. Melhor. (...) bendita crise que levou a que os hospitais psiquiátricos tivessem condenados a extinguir-se em Portugal”.</i></p>	T14
	<p><i>“a possibilidade de pessoas que viviam há imensos anos no [nome do hospital] poderem viver numa residência na comunidade, (...) uma casa (..) com imensas condições onde podem ter uma vida mais próxima daquilo que é uma vivência comum. Podem ir a um café da zona, podem ir praticar uma natação se quiserem, podem ir ao cabeleireiro, enfim... eu acho que isto é uma evolução imensa, não é? Se pensarmos nas estruturas gigantescas, asilares, que temos... hospitais psiquiátricos (...). A [instituição de acolhimento] é um bom exemplo do percurso de desinstitucionalização que correu bem ou que está a correr bem (...). Não sei se pensava há uns anos ser possível a vivência numa sociedade de pessoas com doença mental que não vivem em hospitais psiquiátricos...”</i></p>	T17
PROCESSO QUE PROMOVEU A CONTINUIDADE DE INFORMAÇÃO	<p><i>“Eu acho que ele já trazia no próprio processo... eles já deviam... e aliás, eles são todos colegas, acabaram por ter conhecimento... sei que foi feita uma avaliação pelo responsável de cada sector onde estavam...”</i></p>	FC13
	<p><i>“O que depois foi feito foi um grande trabalho durante 6 meses, antes de haver essa passagem em que nós reunimos no [nome do hospital], com a equipa médica e de enfermagem do [nome do hospital]. (...) tínhamos reuniões periódicas, uma vez por mês, mais do que uma vez por mês, em que fomos preparando cuidadosamente todo este processo. Nós quisemos conhecer as pessoas, a equipa do [nome do hospital] prestou-nos todas as informações, desde as questões das dietas, às questões da medicação, à história de cada uma das pessoas.”</i></p>	T10
	<p><i>“traziam o processo clínico (...) todos eles na altura fizeram... técnicos de serviço social, enfermagem... fez um relatório de todas as áreas para nós não estarmos aqui... também nessas reuniões que nós fomos lá eram-nos ditos os gostos dos utentes”</i></p>	T12
	<p><i>“equipa deu toda a documentação, todos os dados de saúde de forma à gente estarmos informados e estudar cada processo, analisar”</i></p>	T18

TEMA	Unidades de texto	Referência
PROCESSO QUE PROMOVEU A CONTINUIDADE DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO	<i>“Falava com a doutora do meu pai, que ainda hoje é a mesma, a doutora P., o enfermeiro também (...) houve uma fase em que ia falando com as pessoas do [nome do hospital] e com as pessoas de cá até que acabei por cortar o laço com o [nome do hospital].”</i>	FC11
	<i>“E foi-se fazendo esta passagem, marcou-se um dia, passou primeiro um grupo mais pequeno, depois houve, durante um mês eles foram transitando, em pequenos grupos (...) sempre acompanhados também pelos enfermeiros do hospital e depois mantivemos esta articulação muito próxima, (...) muito estreita porque há uma equipa... eles continuam todos a ser seguidos pelos médicos do centro hospitalar que se... inclusivamente, se deslocam várias vezes à residência e portanto nós temos este trabalho muito próximo, de articulação com eles, portanto, com as assistentes sociais, até porque há aquelas questões das pensões que ficaram na mesma no Centro Hospitalar e, ou seja, é um trabalho aqui muito de parceria (...) [as equipas] mantêm-se as mesmas (...) embora os médicos vão mudando porque também há aqui assim algumas pessoas que se vão reformando mas, de algum modo, as equipas têm uma continuidade muito grande (...) portanto, não houve essa rutura total”.</i>	T10
PROCESSO QUE INCENTIVOU O REGRESSO DE UTENTES A CASA/ À FAMÍLIA	<i>“Estes senhores que vieram, estes 11 senhores que vieram, só temos cá dois... só temos cá dois neste momento. Posso-lhe dizer que... estava a tentar ver... houve alguns que foram para a família (...) foram transferidos 11, sendo que 3 foram para as famílias, saíram (...) Há sempre o processo de contacto, procurar realmente se há alguma referência...”</i>	T16
PROCESSO PREPARADO E COMUNICADO ATEMPADAMENTE	<i>“Já andava a ser pensada há muitos anos, pelos vistos falava-se no fecho do [nome do hospital] há muito tempo, agora efetivamente tanto se fala nas coisas que as pessoas esquecem...”</i>	FC11
	<i>“eu quando comecei a saber, a ter a certeza que o hospital ia fechar aí um ano antes...”</i>	FC18
PROCESSO GRADUAL E CUIDADO	<i>“ele e os que vieram com ele... vieram a pouco e pouco...”</i>	FC18
	<i>“foi tudo muito cuidado a integração deles...”</i>	T18
PROCESSO QUE CORREU/ TEM CORRIDO BEM	<i>“foi pacífico, sempre com tranquilidade, diziam-me que o processo estava a decorrer com tranquilidade, estava a correr, bem.”</i>	FC11
	<i>“pensamos que tem sido esse trabalho de parceria que deu este... permitiu, no fundo, que esta transição fosse serena, que as pessoas tivessem, como estão agora serenas... as famílias estavam apreensivas, não nego. E elas agora até já verbalizam isso. Enquanto estavam apreensivas com esta passagem e agora estão descansadas”</i>	T10

TEMA	Unidades de texto	Referência
PROCESSO QUE CORREU/ TEM CORRIDO BEM	<i>“Eu penso, agora olhando para trás, que correu muito bem...”</i>	T12
	<i>“foi um desafio... mais um desafio que correu bem, na minha opinião. Sinceramente, no início, será que vai correr bem? Mas do que eu vi correu muito melhor, graças a deus (...) Foi uma transição, por acaso, acho que correu bastante bem e foi... laboratorial (risos), foi ao milímetro... cirúrgico... mesmo... teve que ser...”</i>	T18
	<i>“Eu penso que correram bem. Até agora, pelo menos não houve assim nenhuma queixa até por parte dos familiares, por exemplo, porque podia ter sido colocado na altura, alguns familiares podiam ter discutido ou contestado um bocado a decisão.”</i>	T16
	<i>[a transição] “correu bem”.</i>	U18

Tabela 12. Percepções negativas face ao processo de mudança

TEMA	Unidades de texto	Referência
AUSÊNCIA DE CONTINUIDADE DE SERVIÇOS	<p><i>“abençoada a hora que nós começamos a ter psiquiatra, havia utentes que vinham chumbados (...) [A partir do momento em que o psiquiatra veio, começou a ver todos os utentes], todos e segue-os a todos”</i></p>	T13
	<p><i>“noto que tem havido uma evolução e uma aproximação com o centro de saúde de A. No início eles não nos conheciam, hoje em dia é mais fácil, conhecemos os médicos de família, existe uma maior proximidade... [as pessoas passaram a ter novos médicos de família...], sim”.</i></p>	T18
AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS PESSOAIS	<p><i>«Muita coisa trocada, muito bilhete de identidade caducado, livro de vacinas...”Você sabe deles, sabe dos registos? Eu também não...” (...) Estamos neste momento a proceder a uma atualização dos boletins de vacina de todos os utente que temos, com a vacina do tétano, aqueles que não há registo vão levar as vacinas todas e mais algumas (...) Outro problema grave são os cartões de cidadão! Os documentozinhos para mudar as moradas ou para tratar por exemplo dos processos de interdição, e de outras coisas, “Você têm-nos? É que eu também não, e também não estão nos processos!”»</i></p>	T13
	<p><i>“apercebi-me que muitos doentes que não traziam documentos, os documentos ficaram no [nome do hospital] ou nas famílias, nós não sabíamos bem onde, os documentos pessoais...”</i></p>	T9
LACUNAS NA TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO	<p><i>“e eles [os profissionais] não os conheciam porque eram pessoas completamente... eu acho que isto não devia ter sido feito assim. Devia ter tido um acompanhamento das pessoas que os estavam a acompanhar. Obrigiar mesmo esses funcionários que os estavam a acompanhar a estar aí um bocadinho de tempo até haver uma adaptação (...) Quando chegamos ali com uma assistente social, dois auxiliares que ela coitada também já estava que não saiba o que havia de fazer... dois enfermeiros se não me engano e para aí dois auxiliares... claro, eles não os conheciam de lado nenhum... não é?”</i></p>	FC13
	<p><i>“informações mais de boca e (...) os processos têm falhas, os processos têm muitas falhas (...) o que nos passaram nas reuniões, principalmente as equipas de enfermagem, não era real. Nós fomos constatando isso com o tempo. Ou era real naquele contexto (...) mais de 70% da informação que nos passaram, não é real e nós virmo-nos a aperceber disto, é complicado (...) o Sr. J (...), quando fomos entrevistá-lo para levar as informações no âmbito do processo de interdição, abrimos o processo e perguntamos “Então Sr. J., você não tem família, não é?” “Tenho pois!”, “Mas nós temos aqui no seu processo que não...” e realmente no processo consta que não tem familiares, não há contacto familiar, nem nada. Mas eu e a S. conseguimos arranjar uns 4 ou 5 sobrinhos, uma cunhada e o diabo a sete (...) arranjamos uma família ao senhor. É engraçado, não é? É engraçado.”</i></p>	T13
	<p><i>“Embora eles trouxessem uma informação clínica, eu creio que a parte clínica vem mais ou menos, eu sobre essa não me queria pronunciar muito, porque eu lembro-me que todos eles nos processos, têm informação clínica, mas já não se pode dizer o mesmo da informação social.</i></p>	T9

TEMA	Unidades de texto	Referência
LIMITAÇÕES NA AUTONOMIA DAS INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO E NA GESTÃO DE BENS DOS UTENTES	<i>“A gestão do património continua a ser feita pelo centro hospitalar...”</i>	T10
	<i>“porque depois é assim, este processo tem uma parte má, porque nós somos uma entidade prestadora de serviços, os utentes não são nossos, são metade nossos, como eu costumo dizer, mas metade são do hospital na mesma (...) Inicialmente foi muito complicado e nós tivemos de nos calar, é verdade para não arranjar conflitos com ninguém, e não sei o quê, porque metade das coisas, pronto pequenas coisas, como por exemplo a questão do dinheiro, foi um problema gravíssimo, o dinheiro continua com eles...”</i>	T13
	<i>“eles continuam com a morada do [nome do hospital], as cartas continuam a ir para o [nome do hospital] (...) e só depois é que vem para cá, cheques de pensões, porque depois é assim, nós temos meia dúzia de utentes que gerem o dinheiro deles, por que têm capacidade e usam o cartão deles (...) Há dias em que é duro, é muito duro a nível de burocracia (...) Nós tivemos alguns “ses” em relação a isto das moradas, porque a ordem que nós temos daqui é para mudar as moradas e tem lógica porque estão a morar aqui, só que mudar as moradas é preciso fazer cartão de cidadão novo! Os que já têm, é preciso os códigos, se não têm os códigos, é preciso um novo, os que têm bilhete de identidade vitalício, passam a ter cartão de cidadão porque não dá para fazer a atualização da morada assim e por isso é que nós acabamos por ainda só mudar a morada de 2 ou 3 ainda. E entretanto, o hospital [nome] acho que também não achou muita piada e nós deixamos isto um bocadinho em standby”.</i>	T13
PROCESSO REALIZADO SUBITAMENTE	<i>“este processo tanto quanto me foi transmitido, foi um processo muito rápido (...) terá sido uma decisão ministerial, relativamente súbita que, até ao dia tantos, temos que mudar, tem de fechar o [nome do hospital], têm que ir para outra instituição (...) foi uma notícia que foi transmitia subitamente”</i>	FC11
	<i>“isso já há muitos anos que se ouvia... só que nunca pensei que fosse assim, tão rápido... não estávamos o contar em ser tão rápido... isto foi de um dia para o outro...”</i>	FC13
	<i>“foi o médico que me disse. Olha vais para o [nome do hospital] que aqui isto vai acabar aqui o apoio (...) uma semana antes” [de mudar].</i>	U9
	<i>[devia] “ter sido mais espaçado... ou seja, eu acho que a vinda destes utentes devia ter sido feita não num mês mas se calhar em 3 meses (...)se me pergunta o que podia ter sido melhor, tinha esticado este tempo...”</i>	T12
	<i>“E foi um processo...receber 80 utentes num mês é de levar à loucura.”</i>	T13
<i>“foi gradual, mas eu acho que ainda devia ter sido mais gradual, porque quando vieram (...) fiquei com a imagem da Dr.ª R a receber no hall de entrada 7 doentes, vamos supor, enfermeiros, auxiliares com sacos de roupa, sacos e sacos, vinha tudo em sacos, alguns familiares que queriam acompanhar, mas muito poucos e depois as técnicas de serviço social adstritas a cada serviço de onde eles vinham, porque vinham de serviços distintos lá do [nome do hospital], o médico e vinham também pessoas responsáveis”.</i>	T9	

TEMA	Unidades de texto	Referência
PROCESSO BUROCRÁTICO	<i>“Passamos a vida a mandar documentos e a receber documentos, a receber informações, a mandar informações por email e é isto que é mais complicado, esta parte deste processo... É, é muita burocracia (...)Há dias em que é duro, é muito duro a nível de burocracia.”</i>	T13
PROCESSO DIFÍCIL, CONFUSO, ATIBULADO OU DESGASTANTE	<i>“foi um choque (...) sem pessoas conhecidas, eles completamente agitados... tinham um comportamento já mais agitado do que estes... eles cada um a gritar para o seu lado... e eles não os conheciam (...) eu fiquei doente. Eu fui doente. Ficamos todas. Quando chegamos ali com uma assistente social, dois auxiliares que ela coitada também já estava que não saiba o que havia de fazer... dois enfermeiros se não me engano e para aí dois auxiliares... claro, eles não os conheciam de lado nenhum... não é? Isto é a mesma coisa se nós vamos para um lado onde não se conhece ninguém... estavam completamente agitados no meio daquilo que eles nem sabiam muito bem”</i>	FC13
	<i>“foi muito difícil para mim, chorei lágrimas de sangue como se costuma dizer (...) Eu quando comecei a saber, a ter a certeza que o hospital ia fechar aí um ano antes... e eu vou dizer à senhora, sou franca. Tinha muito medo (...) tinha aquele medo... de ele ir para um lar e que se sentisse mal e depois que mo mandassem embora porque, claro... eu quanto mais idade tenho, menos possibilidades tenho e depois tenho problemas (...) aquele ano foi um ano de sofrimento para mim (...) porque pensou-se em [local] (...) depois havia os transportes e eu já tenho certa dificuldade em transportes e eu chorava muito porque depois não podia ir vê-lo... não podia ir buscá-lo... eu sei lá... foi um sofrimento, durante um ano, muito grande para mim outra vez. Muito grande mesmo”.</i>	FC18
	<i>“uma das estratégias que nós utilizamos foi tirar fotografias... vamos tirar fotografias aos utentes para colocar no gabinete de enfermagem porque na altura... isto pode parecer um bocado cru... mas na altura eles pareciam todos iguais... eu não sei se tem noção do que é receber... era no início da semana, recebíamos um grupo à 2ª e outro à 5ª...”</i>	T12
	<i>“eles eram todos iguais, você não imagina, nós não conseguíamos distingui-los para lhes dar a medicação, vocês não imaginam o que é isto! É surreal você olhar para 20 caras e só distinguir 2 ou 3. É ficar a olhar para eles e pensar, “mas como é que nós vamos fazer?” e depois eles não falam, não dizem o nome, só 2 ou 3 é que dizem, nós só pensamos “isto vai ser o caos!” e foi, foi o cabo dos trabalhos (...) Isto foi um processo muito complicado. Muito, muito, muito...”</i>	T13

TEMA	Unidades de texto	Referência
PROCESSO QUE ENVOLVEU DÚVIDAS, RECEIO, MEDO	<p><i>“Quer dizer, falava-se em fechar o [nome do hospital]... na altura pensei... fechar o [nome do hospital], como é que vai ser, para onde vão as pessoas? E aí, os médicos sempre disseram, não se preocupe, estes são doentes que já estão institucionalizados há muitos anos, o estado não vai deixar de tomar conta deles... prontos, disseram-me isto... mas eu, claro, preocupa-me porque quem vê notícias todos os dias sabe que os cortes têm de ir para algum lado... não é? Portanto, recebi com alguma preocupação para saber para onde ia, se a instituição para onde ele ia suportava os custos ou não... o meu pai recebe uma reforma que eu não posso precisar quanto é mas se fosse para custear esta instituição não daria... obviamente, criava aqui uma dificuldade acrescida....”</i></p>	FC11
	<p><i>“gente tinha sempre aquele receio de eles não se integrarem bem, não gostarem da casa, não gostarem de estar cá.”</i></p>	T18
	<p><i>“Eu não conhecia o [nome do hospital]... conhecia o [nome do hospital]... uma parte negativa, falavam muito mal (...) porque na altura falavam da instituição, de ser para malucos... tinha ideia sobre isso. Embora eu esteja sossegada mas uma parte de mim está sempre a pensar se um dia isto acaba, não é? Esperemos bem que não... como é que vai ser.”</i></p>	FC6

3.4. Gestão do património dos doentes

Por último, será feita referência à forma como a “gestão do património dos doentes” tem sido feita no contexto do processo de desinstitucionalização, seguida da perceção que os familiares e técnicos têm sobre este assunto.

De acordo com a informação disponibilizada, a gestão do património dos doentes permanece nas instituições de proveniência. Assim, no caso dos doentes transferidos para a Casa do Restelo a gestão permanece no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), sendo que os tutores dos doentes variam entre familiares, técnicos do CHPL e, ainda, técnicos do Conselho Nacional de Saúde Mental. Por sua vez, no caso das doentes transferidas para a CSRSI e dos doentes transferidos para a Fundação ADFP, a gestão do património continua a ser assegurada pelo Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC). À exceção de duas doentes que são autónomas na gestão do seu património, de acordo com a informação transmitida, no caso da CSRSI é realizada “uma visita mensal da colaboradora do CHUC para recolher as assinaturas das doentes nos vales das suas pensões, para poder depositar numa instituição bancária”.

Para fazer face às despesas do dia-a-dia dos doentes, a informação recolhida varia entre a realização de uma transferência mensal para pagamento das despesas de cada uma das doentes - “Os serviços administrativos do CHUC transferem mensalmente, para a CSRSI, um pequeno valor para “dinheiro de bolso” de cada uma das doentes” (no caso da CSRSI) - e a articulação entre as assistentes sociais dos dois locais para pagamento *a posteriori* de outras despesas necessárias entretanto realizadas (mediante envio dessa mesma informação).

De referir, ainda, que as entidades acolhedoras, nomeadamente a CSRSI, parecem desconhecer “se existe qualquer património em nome das doentes. Pelos contactos que temos tido com a “Comissão de Acompanhamento”, cremos que, se existe património, ele permanece no CHUC. Não temos informação de qual o valor das pensões das doentes, exceto de uma ou de duas, cuja conta bancária (caderneta) está na posse delas”.

Perceções de familiares/ cuidadores

O futuro/ gestão do património dos doentes destaca-se como uma das maiores preocupações dos familiares:

“as minhas preocupações que é... como funciona a doença, as possibilidades que tem para os fins de vida dele... que é, em princípio os pais vão primeiro, que é a minha grande preocupação, talvez a minha maior preocupação é essa, não é? Saber o quê que será... (...) a preocupação deles é a minha, a do futuro” (FC2);

“Uma dúvida que todos os pais têm... quando eu morrer como será? É certo que o J. tem irmãos mas... mas é bom saber... desde que ponham o pé nesta casa, diz o doutor O., podem estar descansados que eles vão ter futuro (...) anda-se a pensar várias maneiras... isso depois é combinado com cada pai, não é? Saber, sei lá... pode haver heranças, dinheiro que se pode abrir uma conta num banco... isso tudo depois tem que ser conversado... eu acho que... eu preferia que fosse a associação a fazer isso do que os irmãos, por acaso” (FC17).

Perceções de técnicos

Por sua vez, os técnicos apontam para dificuldades e lacunas na gestão do património dos doentes, sobretudo no caso dos utentes transferidos, embora reconheçam tratar-se de uma questão complexa:

“há uma dificuldade de gestão dos bens delas (...) uma dificuldade muito grande que nós tentamos arranjar uma solução, foi o facto de haver uma dificuldade muito grande de gestão da pessoa e dos bens do doente. Havia aqui uma disparidade muito grande entre os interesses dos familiares e os interesses da instituição quer na gestão dos bens, quer na gestão da pessoa e então andávamos nós a trabalhar para um lado e os cuidadores para outro. O que nós achávamos que era bom para o doente e por mais trabalho que houvesse da equipa em sensibilizar a família, ou terceiros, porque podem por vezes ser amigos ou vizinhos, do que era melhor para o doente, as outras pessoas achavam que era de outra forma e então no que diz respeito à gestão do dinheiro, era uma coisa mesmo muito grave porque os doentes não conseguiam defender-se a esse nível e andavam à mercê deste jogo. Então foi feita uma interdição e inabilitação massiva dos doentes (...) E depois aconteciam coisas muito constrangedoras, como por exemplo, eu ir com um doente ao banco para levantar dinheiro e perguntavam quem é que eu era, parecia uma pessoa que lhes tava a querer roubar o dinheiro... apetecia-me dizer que era tutora dele, sou representante dele e por isso posso fazer

isto. Por exemplo, quando queríamos tratar dos direitos cívicos dos doentes, como por exemplo não podíamos ir à segurança social e pedir aquilo que lhes era devido porque tinha que ser o próprio a assinar. Ora, se os doentes não podiam, nós não podíamos fazer por eles, nós tínhamos interesse em fazer por eles e ninguém fazia. Ainda agora que o senhor administrador ficou tutor de vários e ele delega toda essa rotina do que é ser tutor ao Serviço Social, com isto nós fomos buscar mais trabalho, mas pelo menos é um trabalho que está norteado (...) Por exemplo, tínhamos cá uma senhora que por e simplesmente não tinha reforma há 20 anos, porque o marido dela tinha uma reforma superior e por isso ela não podia pedir uma pensão social. O senhor já fazia a vida dele com outra senhora há 20 ou 30 anos e ela sempre aqui porque o senhor não se queria divorciar e então graças à interdição, o administrador conseguiu tratar do divórcio. Ela nem sabia se queria divorciar-se ou não, mas a verdade é que estava a ser prejudicada ao manter esse vínculo. Ora, se nós não tivéssemos isto definido, não poderíamos ter feito nada, ela continuava casada, ele também, mas na hora de prestar cuidado, nada fazia e as filhas também não se queriam meter nisso e viam o casamento como uma coisa inquebrável, o que fez com que durante anos a senhora não tivesse uma coisa que era de direito dela, que é uma reforma” (T5).

“tirou-se-lhes a gestão, eles querem continuar a dar os miminhos que continuavam a dar, só que agora não têm a gestão dos rendimentos deles, depende de uma pessoa externa, têm de solicitar, eu acho que passaram para uma situação pior, mas de qualquer forma eles preferem (...) normalmente o que eu tenho verificado aqui é que os juízes, na ausência de uma pessoa de família ou até um amigo próximo com quem haja uma relação muito próxima com o doente, opta pelo administrador (...) é o administrador do hospital que está a ficar. Ele tem já cerca de cento e não sei quantos interditados sob a sua tutela”. (T9)

“A gestão do património continua a ser feita pelo centro hospitalar...” (T10)

“porque depois é assim, este processo tem uma parte má, porque nós somos uma entidade prestadora de serviços, os utentes não são nossos, são metade nossos, como eu costumo dizer, mas metade são do hospital na mesma (...) Inicialmente foi muito complicado e nós tivemos de nos calar, é verdade para não arranjar conflitos com ninguém, e não sei o quê, porque metade das coisas, pronto pequenas coisas, como por exemplo a questão do dinheiro, foi um problema gravíssimo, o dinheiro continua com eles (...) [os doentes] continuam com a morada do Lorvão, as cartas continuam a ir para o Lorvão, do Lorvão vão para o Sobral Cid e só depois é que vem para cá, cheques de pensões, porque depois é assim, nós temos meia dúzia de

utentes que gerem o dinheiro deles, por que têm capacidade e usam o cartão deles (...) depois é preciso ir aos correios, depois é preciso o utente assinar e depois o utente não percebe porque é que o cheque já veio fora da validade, depois somos nós que temos de explicar. Há dias em que é duro, é muito duro a nível de burocracia (...) Nós tivemos alguns “ses” em relação a isto das moradas, porque a ordem que nós temos daqui é para mudar as moradas e tem lógica porque estão a morar aqui, só que mudar as moradas é preciso fazer cartão de cidadão novo! Os que já têm, é preciso os códigos, se não têm os códigos, é preciso um novo, os que têm bilhete de identidade vitalício, passam a ter cartão de cidadão porque não dá para fazer a atualização da morada assim e por isso é que nós acabamos por ainda só mudar a morada de 2 ou 3 ainda. E entretanto, o hospital [nome] acho que também não achou muita piada e nós deixamos isto um bocadinho em standby (...) E têm uma comissão de acompanhamento com 1 médico, 1 assistente social e dois enfermeiros especialistas. Essa comissão vem cá ver os utentes e ver como é que eles estavam e em que condições (...) Inicialmente foi muito complicado e nós tivemos de nos calar, é verdade para não arranjar conflitos com ninguém, e não sei o quê, porque metade das coisas, pronto pequenas coisas, como por exemplo a questão do dinheiro, foi um problema gravíssimo, o dinheiro continua com eles! Cada um deles tem uma conta interna que é depositada lá fora (...) Eles recebem dinheiro diariamente e tabaco e isto ao início foi surreal, surreal, nos não sabíamos, nós não tínhamos dinheiro para lhes dar. Então aqui na Fundação tivemos de arranjar uma forma, porque sem o tabaco e o dinheiro eles descompensam, é terapêutico, se eles não tiverem o dinheiro e o tabaco, ai sim, temos motins! E ao início, nos primeiros dias, as coisas correram muito mal, eu não tinha dinheiro para lhes dar e tive de ir à minha conta e torno a fazer, se for preciso, e a S. a mesma coisa, porque teve de ser, porque não havia e nós dissemos: “Dinheiro há sempre, não há de uma maneira, há de outra!”, mas claro que a Fundação depois dá-nos (...) Como é que nós fizemos: reunimos com o Dr. J. e dissemos: “Temos este problema, os utentes recebem 1€, 2€, 0,50€, 1,50€, isto dá um bolo de quase 80€ diário. Como é que nós arranjamos 80€ diários para dar a esta gente, em moedas?” Então, o que é que nós arranjamos, na tesouraria da Fundação, fazemos um levantamento com a autorização do Dr. J, a tesouraria dá-nos esse dinheiro e todos os dias vamos buscar dinheiro para o dia a seguir. Ao fim do mês, fazemos uma tabela com o que cada um gastou, a contabilidade faz uma fatura e envia para o hospital para o hospital pagar. Então todos meses são depositados, cerca de 5000€ dos gastos do tabaco e bar deles.

Ou seja, eu todos os dias, mais a [...], temos uma lista com os nomes todos e que depois vos vou mostrar e portanto às 10h30, 10h45 é a hora de receber o dinheiro e vem todos em massa e damos o dinheiro. Ao fim do mês, sentamo-nos com um molhe de folhas do mês inteiro e fazemos as contas: 0,50€ + 0,50€...e depois há um dia ou outro que damos mais 1,00€ ou mais 0,50€ porque ele pediu mais um café e pronto, é assim que nós fazemos (...) Portanto, nós fazemos a fatura em nome do utente, por exemplo gastou 27,50€ no mês de Agosto, imagine-se: fatura, o tabaco, gastou x agora (...) isto inicialmente, porque entretanto tivemos de mudar o esquema, porque isto era de doidos, nós não fazíamos outra coisa, senão andar à volta do dinheiro. Então o que é que nós fizemos, reunimos com a comissão, mas andamos meio ano neste sistema, então reunimos com a comissão e dissemos, nós não conseguimos, nós temos 80 utentes e é impossível andarmos neste sistema (e ainda não chegamos á parte pior que é quando é preciso comprar alguma coisa extra, não é o tabaco, nem o dinheiro diário) e estabelecemos: utente x, gasta 80,00€ em média por mês, então vamos arredondar para os 100€, 77€, vamos arredondar para os 85€ e fizemos assim, fizemos uma lista com o total de cada um mensal, esse total mensal está nos serviços financeiros do Sobral Cid na conta da Fundação, o que sobra, cada um dos utentes tem uma conta aqui. Nós criamos uma conta interna para cada um para os excedentes porque eles vão acumulando, 1,00€, 2,00€, 7,00 num mês (...) Problema grave, a roupa e sapatos, relógios e tudo aquilo que eles querem e que têm direito, fora o tabaco. Então, como é que nós fazemos? A Fundação adianta, pede-se a fatura na loja com o nome e depois envia-se um ofício com a fatura para o hospital pagar.” (T13)

IV. CONCLUSÃO

Com base nos dados recolhidos, é possível afirmar que existe uma discrepância quanto às tipologias das instituições que acolheram os utentes, as quais variam entre lares de terceira idade, alguns dos quais, por falta de condições mínimas de habitabilidade, vieram a ser encerrados, o Centro Social do Pisão com uma lotação de 320 pessoas e a Casa do Restelo, uma residência onde vivem 24 pessoas. Encontram-se igualmente diferenças nos valores de comparticipação por utente, os quais variam entre 29.99€/ dia na ADFP e os 67.44€/dia na AEIPS, valor que ultrapassa o previsto para um residente numa unidade de apoio máximo (61€/ dia, portaria n.º 183/2011, de 5 de Maio). Ainda no que respeita a disparidades existentes, verifica-se que apenas uma das instituições acolhedoras - a AEIPS com a Casa do Restelo - o foi por convite direto do Ministério da Saúde, sendo que duas outras instituições de acolhimento participaram num concurso público realizado para esse feito. De referir, ainda, a disparidade existente, de forma geral, em termos de localização geográfica das diferentes respostas. Especificamente, em relação ao HMB, por exemplo, alguns dos utentes foram transferidos para a Casa do Restelo, a 10.1Km, enquanto outros foram para o CASP, a 30.1Km e do qual a paragem de autocarro mais próxima dista a 4 Km, e outros para lares.

No que respeita às perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos relativas ao processo de desinstitucionalização, de uma forma global, as diferenças encontradas parecem decorrer sobretudo da especificidade da instituição de proveniência e/ ou da instituição de acolhimento. Neste sentido verifica-se, por exemplo, que os utentes transferidos do HMB para a Casa do Restelo, e seus familiares, passaram por um logo processo de preparação (e.g. *“Não foi de modo nenhum uma passagem administrativa de um dia para o outro. Houve 6 meses inicialmente de preparação”*, T10; *“foram 6 meses de preparação da transição”*, T18); enquanto noutras situações, nomeadamente do Hospital Miguel Bombarda para o Centro de Apoio Social do Pisão, essa pareça não assumir-se como uma prática habitual (e.g. *“Não é habitual fazer esse processo de transição”*, T16).

Quanto às instituições de proveniência, os relatos dos participantes apontam para perceções positivas, nomeadamente no que respeita à familiaridade ou integração dos utentes, bem como para a satisfação com as infraestruturas, sua localização e alimentação de todas as instituições envolvidas. No que respeita aos profissionais e cuidados de saúde mental recebidos, os relatos dos participantes apontam, igualmente para perceções positivas maioritariamente em relação ao HMB e ao HL. Estas

referências coexistem com percepções negativas, sobretudo para o HL, as quais remetem para a insatisfação com as infraestruturas, a alimentação e as condições de higiene, bem como para os profissionais e cuidados de saúde mental disponibilizados. Encontram-se, ainda, referências ao fraco envolvimento dos familiares quer no HL, quer no HML; assim como a situações de agressão ou exploração dos utentes, no caso do HL.

Relativamente às instituições de acolhimento, as percepções positivas remetem para o bem-estar dos utentes e sua adaptação à Casa do Restelo, à ADFP, bem como ao CHCF. Também a satisfação com as infraestruturas, a localização e a alimentação surgem nos relatos dos participantes, sendo que as referências se encontram maioritariamente associadas à experiência de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos da Casa do Restelo e do CHCF. No que respeita à satisfação com os profissionais e com os cuidados disponibilizados, as referências distribuem-se entre a Casa do Restelo, o CHCF e a ADFP. Especificamente no que respeita à ADFP, de salientar a satisfação, sobretudo de familiares/ cuidadores, com o investimento na ocupação dos utentes que surge por oposição ao que sucedia no HL. À semelhança do que sucede para as instituições de proveniência, surgem, simultaneamente, no discurso dos participantes, percepções negativas que remetem para a existência de dificuldades de adaptação dos utentes à instituição de acolhimento (na ADFP e no CHCF), bem como para uma percepção de evolução negativa dos mesmos (no caso da ADFP). Estas dificuldades de adaptação coexistem com um impacto emocional negativo como solidão, isolamento e saudade manifestados por utentes provenientes do HML e do HMB em relação a amigos e profissionais com quem perderam o contacto. A insatisfação com as infraestruturas, condições de higiene, alimentação e localização distribuem-se entre a ADFP e o CHCF. Por fim, de referir ainda as limitações técnicas relatadas por profissionais do CASP que manifestam ter recebido os utentes sem que estruturas relevantes para o seu processo de reabilitação psicossocial (e.g. residências de treino) estejam em funcionamento.

No que respeita à mudança, as percepções positivas que o descrevem como um processo gradual e planeado, que promoveu a continuidade de informação e/ ou acompanhamento clínico e em que tudo correu ou tem vindo a correr bem remetem maioritariamente para a Casa do Restelo. Por sua vez, as percepções negativas relativas do processo de mudança, as quais remetem para a ausência de continuidade dos serviços, lacunas na transmissão de informação, bem como para a existência de limitações na autonomia das instituições de acolhimento que se constituem como

barreiras ao trabalho com os utentes, decorrem maioritariamente de técnicos e familiares/ cuidadores ligados à ADFP. A descrição da mudança como um processo que envolveu dúvidas, receio e medo é transversal a todos os contextos – ADFP, Casa do Restelo e CHCF.

Três questões que suscitam dúvidas e que deveriam merecer um esclarecimento cabal por parte dos responsáveis envolvidos: a primeira diz respeito à forma como os doentes foram avaliados para determinar a “alta clínica” ou apenas “transferência de cuidados clínicos” que antecedeu a transferência de instituições, e quais os critérios que estiveram na base desta avaliação e da escolha do local para onde os doentes forma transferidos. A segunda questão prende-se com as decisões relativas à “gestão do património” dos doentes”. Não é claro quais as razões que justificam que esta permanece nos hospitais públicos de onde os doentes foram transferidos, nem sobre os critérios que são utilizados para definir as despesas que são, ou não, “autorizadas” aos doentes fazer nos locais onde passaram a residir (ou a determinação do “dinheiro de bolso” transferido mensalmente para a instituição onde residem). Por fim, também não há indicadores para avaliar o impacto que este processo de desinstitucionalização teve na melhoria clínica, de reabilitação, autonomia e qualidade de vida destes doentes. Sabendo que não foram transferidos para estruturam na comunidade como era previsto pelo Plano Nacional de Saúde Mental, mas antes para outras instituições, fica por saber, se bem que se possa depreender, quais os verdadeiros motivos desta “transinstitucionalização”.

Em síntese, os resultados apresentados apontam para a existência de diferenças ao nível das perceções de utentes, de familiares/ cuidadores e de técnicos de diferentes contextos. De uma forma geral, a perceções positivas associam-se maioritariamente à experiência de apenas 24 pessoas que foram transferidas do HMB para a Casa do Restelo, enquanto outras foram transferidas para lares de terceira idade ou, ainda, para o CASP que corresponde a uma resposta social e não a uma resposta específica de prestação de cuidados de saúde mental.

Do exposto, contrariamente à informação recentemente publicada no documento *“Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey”* (Organização Mundial de Saúde, 2014) que refere: *“Deinstitutionalization in Portugal was planned around three guiding principles: changes should facilitate the creation of local mental health services based in the community and of inpatient units in general hospitals, as well as the psychosocial integration of people with mental health problems; no service can be closed until another has been created to replace it; and patients and family members*

should be involved in the changes to be made from the outset” (p.44), os resultados deste trabalho denotam a existência de sérias lacunas no processo de desinstitucionalização psiquiátrica que ocorreu entre 2009 e 2013 em Portugal.

Na realidade assistiu-se ao encerramento de 3 hospitais psiquiátricos – Hospital Miguel Bombarda, Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes e Hospital do Lorvão, em 3 distritos, sem que o compromisso assumido pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2007), que garantiu que os hospitais psiquiátricos não seriam encerrados sem que, entretanto, tivessem sido criadas instituições de prestação de cuidados de saúde mental alternativas, sem que o orçamento alocado aos hospitais psiquiátricos fosse realocado a serviços comunitários e, ainda, sem que o aumento do número de profissionais não médicos a trabalhar na área da saúde mental estivesse assegurado.

O comprometimento da boa execução do processo de desinstitucionalização e de uma adequada prestação de cuidados de saúde mental às populações associa-se, igualmente, à estagnação nos cuidados continuados integrados de saúde mental.

Esta realidade tem vindo a ser apresentada em documentos elaborados pelos organismos que tutelam a saúde, como o já referido “Reatualização do Plano Nacional de Saúde mental, DGS, 2012), e mais recentemente pelo “Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental” (Ministério da Saúde, 2014), onde se lê:

- Não foram [...] implementadas as respostas previstas no Decreto-lei no 8/2010, de 28 de Janeiro. Assim, as respostas existentes à data são anteriores à constituição da Rede Nacional de Cuidados Continuados e decorrem do Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade e Segurança Social no 407/98 de 18 de junho” (p.13);
- Nas respostas de reabilitação psicossocial, 67% pertencem ao setor social e 33% ao setor público (p.18);
- Lisboa e Vale do Tejo têm o maior número de doentes em unidades residenciais e unidades sócio ocupacionais no setor social (p.18);
- A região do Algarve não tem respostas em reabilitação psicossocial no setor social (p.18);
- “Os tempos de espera para consulta, mormente após a alta de um episódio de internamento, facilitam os reinternamentos, obstaculizando as probabilidades de recuperação de padrões de vida compatíveis com a dignidade da pessoa portadora de doença mental” (p.6) e, ainda,
- “Em média, nas 5 regiões de saúde, os utentes esperaram cerca de 91 dias por uma consulta de psiquiatria geral em 2013 e 93,7 dias em 2012 (p.17);

Do exposto, considerando as *premissas* que orientam/ deviam orientar o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no sentido de adoção do modelo comunitário de prestação de cuidados de saúde mental assente na criação de serviços comunitários de proximidade, na melhoria das condições físicas dos serviços existentes, assim como na adoção de um modelo integrado e personalizado de prestação de cuidados de saúde mental, verifica-se que, em algumas situações, tal não sucedeu, existindo claras discrepâncias entre a forma como os doentes foram tratados, e sendo evidente terem sido tomadas decisões que pioraram a situação de doentes.

Desta forma, é possível dizer que, no domínio da doença mental, e em particular no que diz respeito aos doentes mais graves, os eixos estratégicos propostos no Plano Nacional de Saúde 2012-2014 não estão a ser acautelados, nomeadamente (Fonte: DGS, 2012, Plano Nacional de Saúde):

- A Cidadania em Saúde:

“Entendida como “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (Alma-Ata, 1978)”;

- Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde:

“A equidade em saúde refere-se à ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot et al., 2008; Marmot, 2007; WHO, 2010b). Expressa-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde”. O acesso aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010);

- Qualidade em saúde:

A Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno et al., 1990). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

- Políticas saudáveis

As Políticas Saudáveis são políticas do governo, autarquias e outros setores que definem prioridades e parâmetros para a ação: i) na resposta a necessidades de saúde; ii) na distribuição de recursos para a saúde; iii) na potencialização de impactos positivos para a saúde ou mitigação de impactos negativos, e na resposta a outras prioridades políticas (Glossary, WHO 1998)”.

Retomando o contributo de Maj (2010) anteriormente referido, relativo aos erros a evitar no contexto da implementação dos cuidados comunitários de saúde mental, apresentam-se, de seguida, as principais conclusões decorrentes do presente estudo:

(1) O encerramento dos hospitais psiquiátricos deve decorrer de forma progressiva, paralelamente à criação de serviços comunitários alternativos.

“Reduziu-se em 40% o número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos” (CNSM, 2012), embora não tenha sido concretizada a criação proporcionalmente esperada de respostas comunitárias para atender às necessidades das pessoas desinstitucionalizadas, nomeadamente dentro das próprias instituições de acolhimento que sentem não reunir as condições necessárias para que a reabilitação dos utentes seja viável (“*temos, também, quatro residências de treino aqui dentro mas que ainda não estão a funcionar... aí já lhe podia dizer que seria outro tipo de competências que nós poderíamos trabalhar com as pessoas que estão cá internadas (...). Da forma como a instituição está do ponto de vista dos edifícios que tem, desta forma não conseguimos fazer*”; T16). Da implementação do presente estudo verifica-se, ainda, que diversos utentes foram transferidos para lares sem qualquer enquadramento no contexto das respostas previstas nos cuidados continuados integrados de saúde mental (Portaria n.º 149/2011) ou, ainda, nas estruturas comunitárias de saúde mental criadas ao abrigo do Despacho Conjunto 407/98.

(2) No processo de desinstitucionalização há que garantir que os doentes sejam transferidos para estruturas adequadas às suas necessidades de saúde

Em alguns casos o processo de desinstitucionalização psiquiátrica consistiu na transferência de utentes para lares residenciais um dos quais veio a ser encerrado pela ASAE ou, ainda, para o CASP que corresponde a uma resposta social e não a uma resposta de prestação de cuidados de saúde mental.

(3) A implementação do modelo comunitário de saúde mental requer um planeamento cuidadoso dos modelos de financiamento de estruturas, profissionais e formação

Na verdade, o encerramento dos hospitais psiquiátricos decorreu sem que o modelo de financiamento de novas estruturas, tivesse sido reajustado e sem que o orçamento alocado aos hospitais psiquiátricos fosse realocado a novas estruturas, nomeadamente às restantes 17 experiências-piloto, para além da Casa do Restelo que corresponde ao único projeto que saiu do papel. Também o esperado aumento e diversificação dos profissionais envolvidos nas diferentes respostas não se verificou.

(4) A implementação do modelo comunitário de saúde mental deve contribuir para promover a reabilitação psicossocial e social dos utentes

Em algumas situações, de acordo com o relato dos nossos participantes, as instituições sentem não reunir as condições mínimas necessárias à promoção da reabilitação psicossocial dos utentes. Por outro lado, os dados objetivo relativos à localização das instituições de acolhimento permitem questionar a possibilidade destes se integrarem do ponto de vista social. Esta situação assume particular relevância quando pensamos no CASP que dista a 4km da povoação mais próxima com transportes públicos e em que, os familiares/cuidadores, para visitar os utentes têm, por vezes, de recorrer ao transporte da própria instituição.

(5) A implementação do modelo comunitário de saúde mental deve envolver os familiares

Se em algumas das situações o envolvimento dos familiares no processo de mudança foi uma constante, resultando no seu envolvimento e preparação, por vezes, cerca de um ano antes do encerramento do hospital de proveniência; noutros casos verificou-se que os familiares foram avisados ligeiramente antes do encerramento. Em situações específicas, não obstante estarem a par da prevista mudança, souberam da realização da mesma através, por exemplo, da televisão. Aconteceu, ainda, os familiares serem informados da mudança posteriormente a esta ter já acontecido, por carta.

Face ao exposto, conforme refere o Senhor Dr. Fernando Leal da Costa, Secretário de Estado-Adjunto do Ministro da Saúde, no prefácio da versão portuguesa de “Ao Nosso

Alcance. Pôr Fim à Crise na Saúde Mental” (Carter, Golant & Cade, 2014) resta concluir afirmando que o processo de desinstitucionalização psiquiátrica em Portugal correspondeu a um processo de transinstitucionalização, com graves lacunas em termos de planeamento e concretização, longe do que seria expectável:

“O encerramento dos principais hospitais psiquiátricos teve de ser feito numa base de transinstitucionalização e não havia outra alternativa para a maioria dos residentes nessas instituições. A rede de cuidados continuados que estava a crescer de forma pouco planeada e politicamente comandada para satisfazer desejos locais, quase sempre em cenário de encerramento de pequenos hospitais concelhios, não deixou espaço financeiro, estrutural ou ideológico para soluções dirigidas às reais necessidades das pessoas com doença mental” (p. xviii).

Estamos, pois, longe de garantir um dos direitos fundamentais das pessoas com doença mental, que consta dos “Princípios para a Proteção das pessoas com Doença Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental” aprovado pela Organização das Nações Unidas em 1991: o direito aos melhores cuidados de saúde disponíveis, integrados no sistema de saúde a apoio social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaddeo, F., Zambello, F., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2001). Accessibility and pathways to psychiatric care in a community-based mental health system. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 500-507.
- Carter, R., Golant, S. K., & Cade, K. E. (2014). Ao nosso alcance. Pôr fim à crise na saúde mental. Porto: Gráfica Vilar do Pinheiro (Edição ENCONTRAR+SE).
- Conselho Nacional de Saúde Mental (2002). Conselho Nacional de Saúde Mental. *Propostas e recomendações*. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/09A78652-E5CE-4D4A-B5DA-57F0BEB010C4/0/Recom2002.pdf> [Consultado em: 12/09/2013].
- Conselho Nacional de Saúde Mental (2007). *Relatório – Proposta de plano de acção para a reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental/> [Consultado em: 20/06/2008].
- Conselho Nacional de Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo*. Disponível em http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf [Consultado em: 12/09/2013].
- Conselho Nacional de Saúde Mental (2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Disponível em http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%CC%A7a%CC%83o_PNSM.pdf [Consultado em: 12/09/2013].
- Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Del Valle, J. (1997). La Entrevista. In G. Buena-Casal, & J. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación psicológica: Fundamentos, técnicas y aplicaciones* (271-293). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Etheridge, K., Yarrow, L., & Peet, M. (2004). Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 125-128.

- Fujisawa, D., Hashimoto, N., Masamune-Koizumi, Y., Otsuka, K., Tateno, M., Okugawa, G., Nakagawa, A., Sato, R., Kikuchi, T., Tonai, E., Yoshida, K., Mori, T., Takahashi, H., Sato, S., Igimi, H., Waseda, Y., Ueno, T., Morokuma, I., Takahashi, K. & Sartorius, N. (2008). Pathway to psychiatric care in Japan: A multicenter observational study. *International Journal of Mental Health Systems*, 2:14.
- Gater, R., Jordanova, V., Maric, N., Alikaj, V., Bajcs, M., Cavic, T., Dimitrov, H., Iosub, D., Mihai, A., Szalontay, A., Helmchen, H., & Sartorius, N. (2005). Pathways to psychiatric care in Eastern Europe. *British Journal of Psychiatry*, 186, 529-535.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1998). Competing paradigms in social research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *The landscape of qualitative research*, (p. 195-220). London: Sage.
- Gureje, O., Acha, R., & Odejide, O. (1995). Pathways to psychiatric care in Ibadan, Nigeria. *Tropical and Geographical Medicine*, 47, 125-129.
- Harrison, J., Kisely, S., Jones, J., Blake, I., & Creed, F. (1997). Access to psychiatric care: the results of the Pathways to Care study in Preston. *Journal of Public Health Medicine*, 19, 69-75.
- Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (Eds.). (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Luxembourg: European Communities. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf [Consultado em: 12/09/2013].
- Maj, M. (2010). Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9, 65-66.
- Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/> [Consultado em: 01/07/2014].
- Ministério da Saúde (2014). *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental*. Disponível em [http://www.portaldasaude.pt/portal/docs/Relat+%C2%A6rio%20Sa+%C2%A6de%20Mental%20\(VF\).pdf](http://www.portaldasaude.pt/portal/docs/Relat+%C2%A6rio%20Sa+%C2%A6de%20Mental%20(VF).pdf) [Consultado em: 01/07/2014].
- Mkize, L., & Uys, L. (2004). Pathways to mental health care in KwaZulu-Natal. *Curationis*, 27, 62-71.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd Ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.

- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., Munk-Jørgensen, P., Walsh, D., Wiersma, D. & Wright, D. (2008). Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59 (5), 570-573.
- Pawłowski, T., & Kiejna, A. (2004). Pathways to psychiatric care and reform of the public health care system in Poland. *European Psychiatry*, 19, 168-171.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, California: Sage Publications.

FONTES CONSULTADAS

1. Lar fechado tinha doentes dos hospitais psiquiátricos de Lisboa (2009, 3 de Agosto). *Diário de Notícias*. [Em linha]. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/Interior.aspx?content_id=1324270&seccao=Centro/index.html [Consultado em 26/06/13].
2. Falta de rede de cuidados continuados remete doentes mentais para lares (2009, 7 de Agosto). *Público*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/falta-de-rede-de-cuidados-remete-doentes-mentais-para-lares-1395101> [Consultado em 26/06/13].
3. Hospital Miguel Bombarda afinal já não encerra este ano (2010, 30 de Dezembro). *Diário de Notícias*. [Em linha]. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1745698 [Consultado em 26/06/13].
4. 340 doentes mentais onde só cabem 200 (2009, 20 de Agosto). *Expresso*. [Em linha]. Disponível em: <http://expresso.sapo.pt/340-doentes-mentais-onde-so-cabem-200=f531646> [Consultado em 26/06/13].
5. Gomes, C. (2011, 31 de Julho). Eles fecham o último capítulo do Bombarda. *Revista Pública*, 18-27.
6. Doentes do Miguel Bombarda têm uma casa com vista para o Tejo (2011, 11 de Outubro). *Jornal i*. [Em linha]. Disponível em: http://www.aeips.pt/wp-content/uploads/2011/10/Jornal_I_11_10_2011.pdf [Consultado em 26/06/13].
7. 89 doentes do Hospital Psiquiátrico de Lorvão transferidos (2012, 17 de Maio). *Diário de Notícias*. [Em linha]. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2527713 [Consultado em 26/06/13].
8. Hospitais em Lisboa vendidos à Estamo ainda não pagaram rendas (2012, 17 de Abril). *SOL*. [Em linha]. Disponível em: http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=47044 [Consultado em 26/06/13].
9. Em cinco anos, há menos três centenas de doentes em hospitais psiquiátricos (2012, 24 de Outubro). *Público*. [Em linha]. Disponível em:

<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/em-cinco-anos-ha-menos-tres-centenas-de-doentes-em-hospitais-psiquiatricos-1568634> [Consultado em 26/06/13].

10. Hospital Magalhães Lemos a rebentar pelas costuras (2013, 11 de Junho). *Jornal de Notícias*. [Em linha]. Disponível em: http://www.jn.pt/PaginalInicial/Sociedade/Saude/Interior.aspx?content_id=3265070 [Consultado em 26/06/13].
11. Miguel Bombarda fecha até Dezembro (2010, 10 de Outubro). *Diário de Notícias*. [Em linha]. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1682107 [Consultado em 26/06/13].
12. Miguel Bombarda vai ficar vazio nas próximas semanas (2011, 23 de Abril). *Diário de Notícias*. [Em linha]. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1836340&seccao=Sul [Consultado em 26/06/13].
13. Lorzão mostra indignação pelo fecho do hospital (2012, 6 de Março). *Penacova Actual*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.penacovactual.pt/2012/03/lorzao-mostra-indignacao-pelo-fecho-do.html> [Consultado em 26/06/13].
14. Câmara de Penacova contra encerramento do Hospital de Lorzão e crítica Governo (2012, 1 de Março). *Jornal da Mealhada*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.jornaldamealhada.com/noticias/show.aspx?idioma=pt&idcont=390&title=camara-de-penacova-contr-encerramento-do-hospital-de-lorzao-e-critica-governo> [Consultado em 26/06/13].
15. Cuidados continuados em saúde mental não arrancaram (2013, 18 de Novembro). *Público*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/cuidados-continuados-em-saudemental-nao-arrancaram-1612866> [Consultado em 26/06/13].

DIPLOMAS LEGAIS QUE DEFINEM E ENQUADRAM A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS EM SAÚDE MENTAL

Decreto-Lei nº. 8/2010, de 28 de janeiro de 2010

Cria o conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência.

Despacho nº.15229/2010, de 7 de outubro de 2010

Estabelece as competências, no âmbito da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, da equipa de projeto encarregue da prossecução das incumbências relativas às respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Decreto-Lei nº. 22/2011, de 10 de fevereiro de 2011

Clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, procedendo à primeira alteração e à republicação do Decreto-Lei nº. 8/2010, de 28 de Janeiro, e à terceira alteração ao Decreto-Lei nº. 35/99, de 5 de Fevereiro.

Portaria nº.149/2011, de 8 de abril de 2011

Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Portaria nº.183/2011, de 5 de maio de 2011

Define os preços dos cuidados continuados integrados de saúde mental prestados pelas unidades residenciais, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário.