



**Constrangimentos e Oportunidades de Melhoria na
Referenciação Hospitalar para os Cuidados Continuados
Integrados de Saúde Mental**

LIV Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Tatiana dos Santos Marques

Dezembro, 2024



**Constrangimentos e Oportunidades de Melhoria na
Referenciação Hospitalar para os Cuidados Continuados
Integrados de Saúde Mental**

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar
realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Escoval

Dezembro, 2024

Agradecimentos

Agradeço aos oito profissionais de saúde mental e apoio social que integraram o trabalho de campo pela disponibilidade em participarem neste estudo e pela amabilidade em partilharem as suas experiências e vivências quotidianas.

Agradeço à Professora Doutora Ana Escoval por ter aceitado orientar o trabalho de campo e por ter acompanhado pacientemente a sua evolução ao longo do tempo com contributos importantes que enriqueceram o estudo.

Agradeço ao Professor Doutor Carlos Costa por me ter orientado na fase inicial do trabalho de campo e por me ter instigado a dar-lhe continuidade com o seu apoio.

Agradeço à Doutora Rute G. pelo aconselhamento e auxílio na conciliação entre os meus deveres profissionais e a componente empírica do trabalho de campo.

Agradeço ao José por todo o incentivo que me deu para concretizar o trabalho de campo, pelo companheirismo e pela compreensão durante o seu desenvolvimento.

Agradeço à restante família, em particular à minha Mãe por me ajudar a tornar este trabalho de campo possível com a sua generosidade, persistência e tenacidade.

Agradeço aos meus amigos pelo encorajamento transmitido e por vários momentos de conforto que me propiciaram no decurso do trabalho de campo.

Agradeço aos colegas da edição 50.^a do CEAH da ENSP NOVA, particularmente à Fernanda, pelo enorme apoio prestado e pelo inabalável espírito de entreatajuda.

Agradeço à Doutora Isabel Andrade da ENSP NOVA pela sua dedicação na pesquisa e partilha de publicações científicas e pelo seu constante apoio na revisão bibliográfica do trabalho de campo.

Muito obrigada!

Resumo

Introdução: A referenciação para Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) tem constrangimentos que limitam a continuidade assistencial e prolongam o internamento hospitalar. O estudo explora as dificuldades de técnicos referenciadores na gestão dos processos de referenciação hospitalar às unidades residenciais de CCISM para adultos e de coordenadores da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) no planeamento de tais recursos e na atribuição de vaga ao utente.

Metodologia: Investigação de cariz qualitativo com recurso ao estudo de caso múltiplo, composto por uma Equipa de Coordenação Regional (ECR) da RNCCI, pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) de um hospital psiquiátrico e pela Equipa Referenciadora (ER) aos CCISM de um hospital geral do Serviço Nacional de Saúde. Em 2022 e 2023 foram realizadas entrevistas semiestruturadas a oito profissionais de saúde e apoio social das três equipas multidisciplinares, mediante a aplicação de guiões de entrevista. O material discursivo foi áudio-gravado, transcrito e sujeito a análise temática e codificação.

Resultados: Neste estudo identificaram-se 35 constrangimentos e 29 recomendações sobre quatro temas principais emergentes das entrevistas. O "Planeamento regional das respostas de CCISM" (Tema 1) é, sobretudo, dificultado pelo incipiente desenvolvimento desta valência da Rede, sendo recomendável expandir territorialmente os CCISM e criar lugares residenciais isentos de reconversões. O "Planeamento das altas hospitalares de utentes adultos referenciados para as unidades residenciais de CCISM" (Tema 2) é, principalmente, obstruído pela ausência de vagas e escassez de tipologias adequadas às necessidades dos utentes, sendo prioritário reduzir o seu tempo de espera. A "Gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM" (Tema 3) é, sobretudo, obstruída pelo desconhecimento dos profissionais sinalizadores sobre os objetivos, os serviços e critérios de admissão em CCISM, sendo recomendável estabelecer uma articulação de maior proximidade e uma comunicação mais direta e personalizada entre tais técnicos e cada ER hospitalar. A "Articulação interinstitucional na referenciação para as unidades residenciais de CCISM" (Tema 4) é primordialmente obstaculizada pela excessiva burocratização na fase de validação das propostas, sendo fulcral estabelecer uma ligação de maior proximidade e uma comunicação mais direta e personalizada entre cada ER hospitalar e as equipas de coordenação local da RNCCI.

Conclusão: O processo de referenciação às residências de CCISM deve ser melhorado para retirar atempadamente os utentes adultos com doença mental grave dos hospitais e para responder às suas necessidades de reabilitação psicossocial na comunidade.

Palavras-chave: cuidados continuados integrados de saúde mental; constrangimentos; sinalização; referenciação hospitalar; doença mental grave; reabilitação psicossocial.

Abstract

Introduction: The referrals to Long-Term Mental Health Care (LTMHC) facilities have constraints that limit continuity of care and prolong hospitalization. The study explores the difficulties professionals face in managing hospital referral processes to LTMHC residential units for adults and the obstacles coordinators of the national Long-Term Care (LTC) network face in planning such resources and allocating a patient to a vacancy.

Methodology: This qualitative research adopted a multiple case study design, which is comprised of a Regional Coordination Team (RCT) of the national LTC network, a Discharge Management Team (DMT) of a psychiatric hospital, and a Referral Team (RT) to LTMHC of a general hospital of the National Health Service. In 2022 and 2023, semi-structured interviews were carried out with eight health and social support professionals from the three multidisciplinary teams, using interview scripts. The discursive material was audio-recorded, transcribed, and subjected to thematic analysis and coding.

Results: The results of this study identified 35 constraints and 29 recommendations on four main themes that emerged from the interviews. The “Regional planning of LTMHC facilities” (Theme 1) is, above all, hampered by the incipient development of this network segment. It is recommended to expand territorially the LTMHC services and to open vacancies in residential units that are not subject to reconversion processes. The “Hospital discharge planning for adult patients referred to the LTMHC residential units” (Theme 2) is mainly constrained by the lack of vacancies and the shortage of typologies suited to patients' needs. Shortening the waiting period for LTMHC is a priority. The “Hospital management of referral processes to LTMHC residential units” (Theme 3) is mainly hindered by the lack of knowledge of the signaling professionals about the objectives, the services, and the admission criteria for LTMHC. It is advisable to establish closer coordination and more direct and personalized communication between the signaling professionals and the members of each hospital referral team for LTMHC facilities. The “Inter-institutional coordination in the referral process to LTMHC residential units” (Theme 4) is primarily blocked by excessive bureaucratization during the validation phase of referral proposals. It is considered crucial to establish a closer relationship and more direct and personalized communication between the hospital referral team for LTMHC facilities and the local coordination teams of the national LTC network.

Conclusion: The referral process to LTMHC residential units should be improved to facilitate a timely hospital discharge of adult patients with severe mental illness and address their psychosocial rehabilitation needs in the community.

Keywords: long-term mental health care; constraints; signaling; hospital referral; severe mental illness; psychosocial rehabilitation.

Índice geral

Introdução	1
1. Enquadramento teórico.....	5
1.1. Perturbações mentais em perspetiva comparada	5
1.1.1. Perturbações mentais no panorama internacional.....	5
1.1.2. Perturbações mentais em Portugal	7
1.2. Organização e prestação dos cuidados de saúde mental	9
1.2.1. Necessidade de reorganização dos cuidados de saúde mental.....	9
1.2.2. Organização dos cuidados de saúde mental em Portugal.....	13
1.2.3. Internamentos psiquiátricos prolongados: preditores e intervenções	19
1.3. Cuidados continuados integrados de saúde mental	25
1.3.1. Necessidade de cuidados continuados integrados de saúde mental	25
1.3.2. Cuidados continuados integrados de saúde mental em Portugal.....	27
1.3.3. Referenciação a cuidados continuados integrados de saúde mental.....	40
2. Metodologia	54
2.1. Objetivos e pergunta de investigação	54
2.2. Desenho e método do estudo	55
2.3. Amostra do estudo	56
2.3.1. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes	58
2.3.2. Processo de recrutamento e seleção dos participantes	58
2.4. Técnica e instrumento de recolha de dados	59
2.5. Processo de recolha de dados	61
2.6. Técnica de análise e tratamento de dados.....	62
2.7. Considerações éticas do estudo.....	65
3. Resultados.....	66
3.1. Caracterização dos participantes	66
3.2. Apresentação de resultados.....	68
3.2.1. Constrangimentos identificados pela Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e pelas Equipas Referenciadoras dos Hospitais.....	74
3.2.1.1. Dificuldades no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI	74
3.2.1.2. Dificuldades no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM.....	77
3.2.1.3. Dificuldades na gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM.....	79
3.2.1.4. Dificuldades da articulação interinstitucional na referenciação para as unidades residenciais de CCISM.....	82
3.2.2. Recomendações propostas pela Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e pelas Equipas Referenciadoras dos Hospitais	85

3.2.2.1. Sugestões de melhoria no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI.....	85
3.2.2.2. Sugestões de melhoria no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM.....	89
3.2.2.3. Sugestões de melhoria na gestão hospitalar dos processos de referência para as unidades residenciais de CCISM.....	91
3.2.2.4. Sugestões de melhoria da articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM.....	94
4. Discussão	98
4.1. Discussão metodológica	98
4.2. Discussão de resultados	102
4.2.1. Dificuldades e sugestões de melhoria no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI.....	102
4.2.2. Dificuldades e sugestões de melhoria no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM.....	113
4.2.3. Dificuldades e sugestões de melhoria na gestão hospitalar dos processos de referência para as unidades residenciais de CCISM.....	123
4.2.4. Dificuldades e sugestões de melhoria da articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM.....	132
Conclusão	137
Bibliografia.....	139
Anexos.....	147
Anexo I: Guião de entrevista à Equipa de Coordenação Regional da RNCCI	148
Anexo II: Guião de entrevista às Equipas Referenciadoras dos Hospitais.....	149
Anexo III: Formulário de consentimento informado	150
Anexo IV: Aprovação da participação da Equipa de Coordenação Regional da RNCCI no estudo por parte do Conselho Diretivo de uma ARS.....	151
Anexo V: Aprovação da participação da Equipa de Gestão de Altas no estudo por parte da Comissão Científica e Pedagógica de um hospital psiquiátrico do SNS.....	153
Anexo VI: Aprovação da participação da Equipa Referenciadora aos CCISM no estudo por parte da Comissão de Ética para a Saúde de um hospital geral do SNS.....	155
Anexo VII: Sessão de esclarecimento sobre o estudo à Equipa Referenciadora aos CCISM de um hospital geral do SNS	156
Anexo VIII: Unidades de registo das entrevistas realizadas à Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e às Equipas Referenciadoras dos Hospitais.....	160
Unidades de registo do Tema 1	160
Unidades de registo do Tema 2	169
Unidades de registo do Tema 3	178
Unidades de registo do Tema 4	189

Índice de tabelas

Tabela 1: Tipologias de cuidados continuados integrados de saúde mental	31
Tabela 2: Caracterização das unidades e equipas de CCISM e sintetização dos critérios de admissão nestas tipologias para adultos em Portugal	32
Tabela 3: Evolução do número de lugares contratados no âmbito dos CCISM em Portugal entre 2017 e 2022, por titularidade da entidade prestadora.....	33
Tabela 4: Evolução do número de contratos-programa celebrados no âmbito dos CCISM entre 2017 e 2021 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos.....	34
Tabela 5: Distribuição do número de unidades e equipas de CCISM em 2022 em Portugal, por região e tipologia de resposta para adultos.....	35
Tabela 6: Distribuição do número de lugares de CCISM existentes a 31 de dezembro de 2022 em Portugal, por região e tipologia de resposta para adultos.....	36
Tabela 7: Caracterização da atividade assistencial de CCISM em 2021 e 2022 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos.....	37
Tabela 8: Evolução do número de utentes a aguardar vaga em CCISM entre 2017 e 2022 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos.....	40
Tabela 9: Evolução do número de referenciarções para CCISM entre 2017-2020 e 2021-2022 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos	44
Tabela 10: Evolução do número de utentes referenciados para CCISM entre 2017 e 2022 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos.....	47
Tabela 11: Evolução do número de utentes referenciados para CCISM entre 2017 e 2021 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos e origem de referenciação... ..	48
Tabela 12: Motivos de referenciação para CCISM em 2021 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos.....	50
Tabela 13: Mediana de dias no tempo de referenciação até à identificação de vaga em CCISM entre 2021 e 2022 em Portugal, por região e tipologia de resposta para adultos	51
Tabela 14: Tópicos dos guiões de entrevista	61
Tabela 15: Caracterização socioprofissional dos participantes.....	66

Tabela 16: Grelha de análise das entrevistas sobre dificuldades da Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e das Equipas Referenciadoras dos Hospitais	75
Tabela 17: Grelha de análise das entrevistas sobre sugestões de melhoria da Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e das Equipas Referenciadoras dos Hospitais	86
Tabela 18: Distribuição regional da dotação de apoios financeiros para a concretização dos investimentos em lugares de CCISM da RNCCI previstos na meta i2.4 do PRR	104
Tabela 19: Preços aplicáveis às unidades residenciais de CCISM para adultos.....	106
Tabela 20: Distribuição do número de lugares necessários em unidades residenciais de CCISM em 2023 em Portugal, por região e tipologia de resposta para adultos	107
Tabela 21: Média dos valores mensais e diários pagos pelos utentes e pela Segurança Social com os encargos dos cuidados de apoio social nas unidades residenciais de CCISM em janeiro de 2020 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos	122

Índice de figuras

Figura 1: Pirâmide de organização dos serviços de saúde mental.....	12
Figura 2: Organização dos serviços de saúde mental em Portugal.....	13
Figura 3: Níveis secundário e terciário de prestação de cuidados de saúde mental.....	14
Figura 4: Definição do grau reduzido, moderado e elevado de incapacidade psicossocial.....	26
Figura 5: Processo de referenciação para CCISM em Portugal	41
Figura 6: Distribuição do número de referenciações para CCISM e das instituições com vagas em 2022 em Portugal	46
Figura 7: Síntese de temas e categorias das entrevistas realizadas à Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e às Equipas Referenciadoras dos Hospitais	69
Figura 8: Representação gráfica da frequência absoluta e relativa das subcategorias identificadas nos Temas 1 e 2 das entrevistas realizadas à Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e às Equipas Referenciadoras dos Hospitais.....	72
Figura 9: Representação gráfica da frequência absoluta e relativa das subcategorias identificadas nos Temas 3 e 4 das entrevistas realizadas à Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e às Equipas Referenciadoras dos Hospitais.....	73
Figura 10: Síntese das entrevistas sobre dificuldades e melhorias no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI (Tema 1)	102
Figura 11: Síntese das entrevistas sobre dificuldades e melhorias no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM (Tema 2)	113
Figura 12: Síntese das entrevistas sobre dificuldades e melhorias na gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM (Tema 3)	123
Figura 13: Síntese das entrevistas sobre dificuldades e melhorias da articulação interinstitucional na referenciação para as unidades residenciais de CCISM (Tema 4)	132

Lista de siglas e acrónimos

- ACES** – Agrupamentos de Centros de Saúde
- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde
- AIVD** – Atividades Instrumentais da Vida Diária
- ARS** – Administrações Regionais de Saúde
- AVD** – Atividades da Vida Diária
- CCISM** – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
- CEAH** – Curso de Especialização em Administração Hospitalar
- CHPL** – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
- CHUSA** – Centro Hospitalar Universitário de Santo António
- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CRI** – Centros de Responsabilidade Integrados
- CTARSM** – Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental
- DALY** – *Disability-Adjusted Life Years*
- DE** – Direção Executiva
- DMG** – Doença Mental Grave
- EAD** – Equipa de Apoio Domiciliário
- ECCI** – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
- ECL** – Equipas de Coordenação Local
- ECR** – Equipas de Coordenação Regional
- EGA** – Equipas de Gestão de Altas
- EPE** – Entidades Públicas Empresariais
- ER** – Equipas Referenciadoras
- ERPI** – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
- ERS** – Entidade Reguladora da Saúde
- ESMP** – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- EUA** – Estados Unidos da América
- GBD** – *Global Burden of Diseases*
- GDH** – Grupos de Diagnósticos Homogéneos
- GTROIH** – Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais
- HFF** – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

HML – Hospital Magalhães Lemos

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISS – Instituto da Segurança Social

LBS – Lei de Bases da Saúde

LSM – Lei da Saúde Mental

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MS – Ministério da Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PII – Plano Individual de Intervenção

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

QuiRC – *Quality Indicator for Rehabilitative Care*

RA – Residência Autónoma de Saúde Mental

RAMa – Residência de Apoio Máximo

RAMo – Residência de Apoio Moderado

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RTA – Residência de Treino de Autonomia

SCM – Santas Casas da Misericórdia

SI – Sistema de Informação

SLSM – Serviços Locais de Saúde Mental

SM – Saúde Mental

SMIA – Saúde Mental da Infância e Adolescência

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSM – Serviços de Saúde Mental

TDM – *Transitional Discharge Model*

ULS – Unidades Locais de Saúde

USF – Unidades de Saúde Familiar

USO – Unidade Socio-Ocupacional

YLD – *Years Lost due to Disability*

Introdução

A saúde mental dos indivíduos é uma componente fundamental do seu bem-estar, sendo interdependente da saúde física, indivisível da saúde em geral e influenciada por diversos fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais. Desde o início, em 1948, que a Constituição da Organização Mundial de Saúde¹ (OMS) integra a saúde mental na sua definição de saúde, a qual é entendida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, que não se restringe apenas à ausência de doença. A OMS define a saúde mental como *“um estado de bem-estar em que o indivíduo reconhece as suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade”*^{2(p.5)}.

A importância da saúde mental tem sido reiterada em Portugal e encontra-se plasmada na Lei de Bases da Saúde³ (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) e na nova Lei da Saúde Mental⁴ (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho). Na Base 13 da Lei de Bases da Saúde (LBS) consagrou-se que a melhoria da saúde mental das pessoas é promovida pelo Estado, designadamente através da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos conexos³. A nova Lei da Saúde Mental (LSM), com disposições atualizadas sobre as medidas de segurança de internamento de pessoas inimputáveis e sobre a sujeição ao tratamento involuntário, frisa ainda que *“a abordagem de saúde pública para a saúde mental assegura a sua promoção e o bem-estar da pessoa, os cuidados de saúde, a residência e o emprego, em paralelo com a prevenção das doenças e o seu tratamento em todas as fases da vida”*^{4(p.3)}. O direito de aceder a cuidados de saúde integrados e de qualidade encontra-se, assim, ratificado na nova LSM, englobando a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das doenças mentais, tal como a reabilitação e a inclusão das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental.

A doença mental foi recentemente definida na nova LSM (Lei n.º 35/2023) como sendo *“a condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental, incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo os critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças”*^{4(p.3)} da OMS. Os problemas relacionados com a saúde mental e as perturbações psiquiátricas constituem um dos mais importantes desafios de saúde pública da atualidade, devido à sua elevada prevalência nos países ocidentais industrializados e ao facto de se terem tornado numa das principais causas de incapacidade, morbidade e morte prematura. Em 2019, as perturbações mentais representaram a sétima causa dos anos de vida ajustados pela incapacidade e a segunda causa dos anos perdidos por incapacidade a nível mundial⁵. Especificamente na Europa, as perturbações mentais constituem a principal causa de

incapacidade e a terceira causa em termos de carga de doença, sendo responsáveis por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis². Em Portugal, as perturbações psiquiátricas colocaram o país num preocupante segundo lugar a nível europeu em 2008-2009⁶ e os sintomas de sofrimento psicológico da população adulta acentuaram-se durante a pandemia de Covid-19⁷. Esta crise pandémica desencadeou problemas de saúde mental e exacerbou os problemas já existentes em Portugal e internacionalmente, tendo incrementado a necessidade de reforçar o investimento em serviços de saúde mental (SSM) e de alargar a capacidade de resposta dos prestadores em virtude da crescente procura por cuidados de saúde mental, do aumento e do agravamento das perturbações do foro psiquiátrico. A doença mental grave (DMG) é entendida, segundo o Decreto-Lei n.º 8/2010, por uma *“doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa”*^{8(p.258)}. Embora as doenças mentais graves e severas (tais como: as perturbações esquizofrénicas) tenham uma prevalência relativamente baixa, quando comparadas com as demais doenças mentais (tais como: as perturbações depressivas e de ansiedade), a sua importância não deve ser minorada pelo facto de provocarem um forte condicionamento na funcionalidade das pessoas e terem um enorme impacto nos próprios utentes, nos seus familiares e na sociedade^{5,9}.

Para além do seu impacto epidemiológico, os problemas de saúde mental também têm um peso socioeconómico muito relevante. Em 2021, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) estimou que os custos totais com os problemas de saúde mental atingiram 4,2% do Produto Interno Bruto (PIB) no conjunto dos 27 Estados-membros da União Europeia e Reino Unido¹⁰. Em 2019, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) apresentou um valor subestimado dos custos com a doença mental em Portugal, o qual representava 3,7% do PIB nacional e correspondia a 6,6 mil milhões de euros (repartidos em 2 mil milhões de euros com custos diretos com o sistema de saúde, 1,7 mil milhões de euros com benefícios sociais e 2,9 mil milhões de euros com custos indiretos no mercado de trabalho)². Devido ao elevado impacto epidemiológico e socioeconómico dos problemas de saúde mental em Portugal e no estrangeiro, importa garantir que as pessoas que vivem com perturbações do foro psiquiátrico têm acesso aos tratamentos adequados e a programas de reabilitação que lhes permitam participar plenamente no seu meio familiar, no mercado de trabalho e na sociedade em geral.

A recuperação integral das pessoas com doença mental é, aliás, um dos princípios pelos quais se orienta a vigente forma de organização e funcionamento dos SSM em Portugal, conforme o disposto no Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro¹¹. Este princípio inovador alinha-se com as melhores práticas internacionais, que Portugal tem vindo a

adotar na execução das suas reformas políticas de saúde mental. A par das recentes alterações na organização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), Portugal também tem implementado reformas para a saúde mental, que se caracterizam pela reorganização dos SSM no país e que se encaminham no sentido do encerramento progressivo dos hospitais psiquiátricos, da reconfiguração do sistema forense, da integração da saúde mental na rede hospitalar de cuidados gerais e da prestação dos cuidados de saúde mental em regime de ambulatório (em detrimento do regime internamento, que deve ser encarado como uma medida de último recurso), em unidades e equipas comunitárias, nomeadamente através do alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) às pessoas com incapacidade psicossocial por DMG^{2,12-14}.

Com o fecho de hospitais psiquiátricos e a redução de camas hospitalares, o processo de desinstitucionalização dos doentes “residentes” nestes estabelecimentos de saúde e a mudança do paradigma de tratamento das pessoas portadoras de DMG (da instituição asilar para o meio comunitário) tornaram imperativa a criação de recursos reabilitativos e serviços de proximidade na comunidade. Contudo, assim como sublinhou a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em 2015, o processo de desinstitucionalização tem sido obstaculizado tanto pela ausência de respostas alternativas para transferir os doentes institucionalizados como pela dificuldade em encontrar estruturas residenciais na comunidade (com elevada qualidade e com custos não superiores aos antigos cuidados asilares) que garantam o acompanhamento dos doentes de evolução prolongada e de novos doentes com graves problemas de saúde mental que permanecem em risco de ser institucionalizados¹⁵. No Relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, com extensão até 2020, a dificuldade de transição das instituições hospitalares para os serviços comunitários também se atribuiu ao adiamento sucessivo da implementação da RNCCI na área da saúde mental no país; o qual foi responsável por incrementar “a utilização crescente de estratégias de transinstitucionalização”^{14(p.49)}.

A RNCCI, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho¹⁶, dispõe de unidades e equipas de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM), que foram concebidas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro⁸, e posteriormente integradas na RNCCI através do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho¹⁷. Embora os CCISM tenham sido legislados pela primeira vez há mais de uma década atrás (em 2010), as experiências-piloto de CCISM apenas tiveram início em 2017 com o intuito de implementar progressivamente as tipologias de saúde mental da RNCCI no país. Após o término das experiências-piloto a 31 de dezembro de 2020, a coordenação nacional, regional e local das unidades e das equipas de CCISM foi estabelecida na Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸, tendo a continuidade do funcionamento das unidades

e equipas de CCISM sido assegurada, desde 2021 até ao momento presente, através da celebração de contratos-programa com entidades promotoras e gestoras de CCISM.

Para concretizar as reformas dos cuidados de saúde mental previstas no PNSM 2007-2016, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de serviços e de programas para a reabilitação psicossocial e para a desinstitucionalização de doentes mentais graves, é preciso que as respostas de CCISM disponíveis no país se tornem mais robustas. Vários autores^{2,12,19,20} demonstraram que, sete anos volvidos desde a implementação efetiva deste segmento especializado da RNCCI na área da saúde mental, as respostas de CCISM dirigidas à população adulta continuam a ser geograficamente assimétricas e manifestamente insuficientes em Portugal. Esta escassez de unidades e equipas de CCISM no país é uma obstrução revelante para assegurar a promoção da reabilitação de utentes com diferentes graus de incapacidade resultante de DMG e com necessidade de CCISM, assim como para garantir o necessário acompanhamento na recuperação ou manutenção das suas competências psicossociais e na sua reintegração familiar e comunitária. Acresce, a esta importante limitação da capacidade instalada, a existência de constrangimentos organizacionais e processuais relacionados com a referenciação hospitalar de utentes com DMG para as diferentes tipologias de CCISM da RNCCI.

O estudo desenvolvido no âmbito deste trabalho de campo explora, precisamente, as dificuldades percecionadas por profissionais referenciadores na gestão dos processos de referenciação hospitalar de utentes adultos com DMG para as unidades residenciais de CCISM, assim como as dificuldades percecionadas por coordenadores regionais da RNCCI no planeamento destas respostas de saúde mental e na atribuição de vaga aos utentes. A pertinência desta investigação fundamenta-se: por um lado, pela atual fase de desenvolvimento dos CCISM no território nacional, na qual se incentiva a expansão das unidades e equipas de CCISM através dos apoios financeiros previstos no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) – Recuperar Portugal 2021-2026; e, por outro lado, pela necessidade de colmatar a escassez de estudos que aprofundem e atualizem os conhecimentos do último relatório de acompanhamento e avaliação das experiências-piloto de CCISM, no qual se registaram problemas prioritários ao nível da referenciação para as tipologias de CCISM e da organização dos serviços hospitalares que efetuam a sinalização de doentes psiquiátricos às estruturas da RNCCI na área da saúde mental.

O presente trabalho de campo encontra-se estruturado em quatro capítulos principais, a saber: o enquadramento teórico (com a caracterização epidemiológica das doenças mentais e a análise da organização dos SSM e do desenvolvimento dos CCISM); a metodologia adotada no estudo; a caracterização dos participantes e a apresentação dos resultados do estudo; a discussão metodológica e dos resultados deste estudo.

1. Enquadramento teórico

1.1. Perturbações mentais em perspetiva comparada

1.1.1. Perturbações mentais no panorama internacional

A carga global de doença atribuída às perturbações mentais acentuou-se a nível mundial entre 1990 e 2019. De acordo com o estudo *Global Burden of Diseases* (GBD) elaborado pelos *GBD 2019 Mental Disorders Collaborators*⁵, o número de anos de vida ajustados pela incapacidade (DALY – *Disability-Adjusted Life Years*) devido a perturbações mentais aumentou de 80,8 milhões em 1990 para 125,3 milhões em 2019 à escala mundial, correspondendo respetivamente a uma proporção crescente de 3,1% para 4,9%. Estimativas deste estudo permitiram aferir que o número de casos referentes a perturbações mentais teve um incremento preocupante de 48,1% desde 1990 (654,8 milhões de casos) até 2019 (970,1 milhões de casos), isto apesar de as taxas de DALY por perturbações mentais padronizadas pela idade se terem mantido globalmente estáveis nos últimos trinta anos (1.581,2 DALY por 100.000 pessoas em 1990 e 1.566,2 DALY por 100.000 pessoas em 2019). Embora impactem todas as faixas etárias, 80,6% da carga global de doença atribuída às perturbações mentais afetou indivíduos em idade laboral (entre os 16 e 65 anos, atingindo o pico a partir dos 25 anos e decaindo a partir dos 35 anos), assumindo um peso de 9,2% nos indivíduos com idade inferior a 16 anos em 2019. Acresce que, em 2019, o conjunto das perturbações mentais foi mais prevalente na população do sexo feminino (12.760,0 casos por 100.000 mulheres) do que na população do sexo masculino (11.727,3 casos por 100.000 homens). Em termos geográficos, verificou-se ainda que, em 2019, as taxas de DALY por perturbações mentais foram mais elevadas nos Estados Unidos da América (EUA), na Austrália, na Nova Zelândia, no Brasil, em países da Europa Ocidental (incluindo Portugal, Grécia, Irlanda e Espanha), na África Subsariana, no Norte de África e no Médio Oriente, sendo mais baixas na região da Ásia-Pacífico (incluindo a China)⁵.

Globalmente as perturbações mentais representaram a sétima causa dos anos de vida ajustados pela incapacidade em 2019, enquanto em 1990 ocupavam o 13º lugar no *ranking* mundial⁵. A elevada carga global de doença atribuída às perturbações mentais está igualmente patente nesta subida de seis posições na lista das 25 principais causas de DALY entre 1990 e 2019, apresentando um risco acrescido para a degradação dos resultados em saúde (a título de exemplo, o suicídio constituiu a 18º principal causa de mortalidade em 2019). Os dados mais recentes do GBD⁵ permitiram também constatar que, entre os diferentes tipos de perturbações mentais, as perturbações depressivas e de ansiedade se mantiveram como as principais causas da carga global de doença no

período em análise, ocupando respetivamente o 13º e o 24º lugar em 2019 e sendo mais comuns na população do sexo feminino. Em 2019, a maior proporção de DALY atribuída às perturbações mentais recaiu, assim, sobre as perturbações depressivas (37,3%), as perturbações de ansiedade (22,9%) e, ainda, a esquizofrenia (12,2%). Não obstante a esquizofrenia impactar uma menor proporção da população mundial (sem diferenças significativas entre sexos, tal como as perturbações bipolares), por comparação com as perturbações depressivas e as perturbações de ansiedade, importa assinalar que as psicoses esquizofrénicas comportam o maior grau de incapacidade estimado em 2019.

A pandemia de Covid-19 incrementou a prevalência e a carga global das duas principais perturbações mentais a nível mundial, particularmente entre as populações do sexo feminino já previamente mais afetado, das faixas etárias mais jovens e dos estatutos socioeconómicos mais baixos. Em ambos os estudos elaborados pelos *COVID-19 Mental Disorders Collaborators*²¹ e pela OCDE²² ficou demonstrada a deterioração da saúde mental das populações desde que se iniciou a pandemia de Covid-19 em março de 2020, especificamente no referente às perturbações depressivas e de ansiedade.

De acordo com o estudo desenvolvido pelos *COVID-19 Mental Disorders Collaborators*²¹, para o ano completo de 2020 foi estimado um número adicional de 53,2 milhões de casos (+27,6%) relativos a perturbações depressivas (dos quais 35,5 milhões de casos adicionais em mulheres) e de 76,2 milhões de casos (+25,6%) relativos a perturbações de ansiedade (dos quais 51,8 milhões de casos adicionais em mulheres) devido à pandemia de Covid-19. Após o ajustamento pela pandemia de Covid-19 a nível mundial (medida através das taxas de infeção por SARS-CoV-2 e por indicadores de redução da mobilidade humana), no estudo supracitado a prevalência estimada das perturbações depressivas situou-se em 3.152,9 casos por 100.000 pessoas (equivalente a 246 milhões de pessoas) e a prevalência estimada das perturbações de ansiedade foi de 4.802,4 casos por 100.000 pessoas (equivalente a 374 milhões de pessoas) em 2020. Nesse ano, contemplando o impacto da pandemia de Covid-19 na carga global destas duas principais perturbações mentais à escala mundial, o número de anos de vida ajustados pela incapacidade foi estimado em 49,4 milhões de DALY por perturbações depressivas (com 10,7 milhões de DALY adicionais derivados do período pandémico, dos quais 7,07 milhões entre as mulheres) e em 44,5 milhões de DALY por perturbações de ansiedade (com 9,5 milhões de DALY adicionais derivados do período pandémico, dos quais 6,11 milhões entre as mulheres). Geograficamente, o estudo da OCDE²² revelou ainda que, comparativamente com anos anteriores à pandemia de Covid-19 em países com dados disponíveis, a prevalência das perturbações depressivas no início de 2020 pelo menos duplicou na Austrália, na

Bélgica, no Canadá, em França, na República Checa, no México, na Suécia, no Reino Unido e nos EUA; similarmente ao que sucedeu com a duplicação da prevalência das perturbações de ansiedade no início de 2020 na Bélgica, em França, em Itália, no México, na Nova Zelândia, no Reino Unido e nos EUA.

1.1.2. Perturbações mentais em Portugal

Em Portugal, o primeiro estudo a avaliar a epidemiologia das perturbações mentais numa amostra representativa da população adulta foi coordenado por Caldas de Almeida e Xavier⁶, englobando 3.849 entrevistas validadas e recolhidas entre 2008 e 2009. Apesar de não contemplar o diagnóstico de esquizofrenia nem de outras psicoses não afetivas, o estudo revelou a elevada prevalência de demais perturbações mentais a nível nacional. Em perspetiva comparada, Portugal registou a segunda mais alta prevalência de perturbações mentais a nível europeu, a seguir à Irlanda do Norte (23,1%), traduzindo-se no facto de 22,9% da amostra nacional ter apresentado uma perturbação psiquiátrica no ano anterior à entrevista. Neste Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental⁶, as perturbações de ansiedade (16,5%) foram o grupo com mais elevada prevalência em Portugal, seguindo-se as perturbações do humor (7,9%) e as perturbações de controlo dos impulsos (3,5%). Enquanto as fobias específicas constituíram a parte mais importante das perturbações de ansiedade, a perturbação depressiva major representou a maior parte das perturbações do humor e a perturbação explosiva intermitente relevou-se no grupo das perturbações de controlo dos impulsos.

Segundo Caldas de Almeida e Xavier⁶, as cinco perturbações psiquiátricas com maior prevalência na população adulta portuguesa foram as fobias específicas (8,6%), a perturbação depressiva major (6,8%), a perturbação obsessivo-compulsiva (4,4%), a fobia social (3,1%) e a perturbação pós-stress traumático (2,3%). Quanto ao nível de gravidade, a maioria das perturbações psiquiátricas apresentou uma gravidade ligeira (31,9%) e moderada (50,6%), sendo que 17,5% dos casos foram classificados como graves (realçando-se a perturbação de deficit de atenção/hiperatividade, a perturbação bipolar e a perturbação de oposição-desafio). Neste estudo observou-se, ainda, que 4% da população adulta tinha uma perturbação psiquiátrica grave (destacando-se as perturbações depressivas com o maior nível de gravidade), 11,6% uma perturbação de gravidade moderada e 7,3% uma perturbação de gravidade ligeira. Em consonância com os dados internacionais, as perturbações psiquiátricas foram mais frequentes na população adulta portuguesa do sexo feminino (com a sua ênfase nas perturbações depressivas e de ansiedade, por contraste com a maior frequência das perturbações de controlo dos impulsos no sexo masculino) e na faixa etária dos 18 aos 34 anos.

Mais recentemente, Gouveia et al.⁹ estimaram que a carga epidemiológica da esquizofrenia afetou o total de 48.042 doentes em Portugal Continental no ano de 2015, correspondente a uma taxa de prevalência bruta de 0,57% na população portuguesa com idade superior a 15 anos (comparável com uma taxa de 0,52% na população europeia). Em 2015, a carga total da esquizofrenia foi estimada em 28.588 DALY (84% por incapacidade e 16% por mortalidade prematura). No que respeita à componente dos DALY relativa aos anos perdidos por incapacidade (YLD – *Years Lost due to Disability*), os autores citados estimaram a perda de 24.547 YLD por esquizofrenia em Portugal Continental no mesmo ano, tal como uma maior concentração da carga desta doença na população do sexo masculino (62%) e na faixa etária entre os 15 e os 34 anos (74%).

No contexto nacional, a pandemia de Covid-19 também teve um impacto direto na saúde mental da população como consequência da infeção por SARS-CoV-2 e um impacto indireto provocado pelas necessárias medidas de saúde pública adotadas para controlar a disseminação comunitária do vírus (entre as quais se destacam os confinamentos e o distanciamento físico) e pelas alterações socioeconómicas que o país vivenciou (com a perda de rendimentos, o desemprego, o medo e a incerteza face ao futuro, entre outros fatores comprometedores do bem-estar psicológico).

Tendo estipulado, como um dos objetivos, a medição do efeito da pandemia de Covid-19 no estado de saúde mental da população portuguesa com idade superior a 18 anos, Caldas de Almeida et al.⁷ desenvolveram um estudo observacional transversal nos primeiros meses pandémicos (entre maio e agosto de 2020). O estudo SM-COVID19⁷ contou com a participação de 3.982 respondentes a um inquérito online de base populacional, tendo permitido apurar elevadas taxas de perturbações em saúde mental na amostra da população geral de adultos portugueses, a saber: 33,7% dos inquiridos com sinais de sofrimento psicológico reportados, 27% dos inquiridos com sintomas de ansiedade moderada a grave, 26,4% dos inquiridos com sintomas de depressão moderada a grave e 26,5% dos inquiridos com stress pós-traumático. Por comparação com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental⁶, o estudo SM-COVID19⁷ apresentou taxas de perturbações mentais bastante superiores na população adulta em Portugal durante o período da pandemia, particularmente no tocante às perturbações de ansiedade, à perturbação depressiva major e ao stress pós-traumático. Todavia, os resultados do estudo SM-COVID19⁷ corroboraram evidências a nível internacional^{5,21,22} e nacional^{6,23} de que a população do sexo feminino, situada nas faixas etárias dos adultos jovens (entre os 18 e os 29 anos) e com menores rendimentos (inferiores a 1.000€) manifestam mais frequentemente graus moderados a graves nos sintomas de sofrimento psicológico, de ansiedade e de depressão.

1.2. Organização e prestação dos cuidados de saúde mental

1.2.1. Necessidade de reorganização dos cuidados de saúde mental

Os sistemas de saúde a nível mundial têm sofrido um processo contínuo de reformas tendentes a melhorar a articulação, a integração e a complementaridade entre diferentes níveis de cuidados – primários, hospitalares e continuados – que estruturam a oferta. Conforme sublinharam Santana e Costa²⁴, a atual estrutura fragmentada da oferta de cuidados de saúde é suscetível de causar descontinuidades na prestação dos mesmos, perdas de eficiência organizacional e redução da qualidade assistencial para os utentes, agravando a falta de acessibilidade aos cuidados mais adequados para a sua situação clínica e a sua desorientação no sistema, assim como comprometendo uma gestão partilhada dos processos clínicos e uma afetação adequada dos limitados recursos disponíveis. Atendendo à imprescindibilidade de colmatar as nefastas consequências da fragmentação da estrutura de cuidados, de promover uma gestão eficiente dos recursos alocados aos vários níveis de prestação e de responder ao acentuado envelhecimento populacional, ao aumento das comorbilidades e à crescente procura de cuidados de saúde mental após a pandemia de Covid-19, o paradigma da organização dos cuidados de saúde tem-se vindo a alterar paulatinamente para privilegiar uma abordagem de cuidados mais centrada nas necessidades dos utentes e processos de planeamento em saúde que respondam às suas necessidades multidimensionais.

Tal como foi evidenciado por Santana et al.²⁵, a necessária mudança de paradigma na organização dos cuidados de saúde encontra-se alicerçada em cinco pilares estruturais: na integração entre os diferentes níveis de prestação de cuidados; na proximidade e continuidade dos cuidados prestados; nos cuidados assentes numa visão holística das necessidades dos utentes; na participação dos utentes nos processos de tomada de decisão em saúde; e na articulação dos cuidados de saúde com respostas sociais e comunitárias. Sendo um dos pilares nos quais se alicerça a reorganização da oferta de cuidados de saúde, a integração de cuidados pode ser compreendida a partir de uma definição baseada em processos proposta pela OMS. A integração de cuidados assente em processos é definida pela OMS como sendo:

“Um conjunto coerente de métodos e modelos nos níveis de financiamento, administrativo, organizacional, prestação de serviços e clínico, projetados para criar ligação, alinhamento e colaboração dentro e entre os diversos setores assistenciais. Estes têm como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados e a qualidade de vida, a satisfação do doente e a eficiência do sistema, abrangendo vários serviços, prestadores e contextos”^{25(p. 14)}.

Os esforços envidados para promover a integração de cuidados tendem a orientar os sistemas de saúde para as necessidades dos utentes com vista a responder melhor às suas necessidades específicas e características individuais, nomeadamente através de processos de ajustamento pelo risco (atendendo à severidade da doença, morbilidade e comorbidade)²⁴. As enormes potencialidades da implementação de modelos de integração de cuidados incidem na própria prestação de cuidados com melhor qualidade assistencial e na promoção da eficiência técnica e económica das unidades de saúde. A obtenção de mais ganhos em saúde beneficia, ainda, da coordenação e interligação contínua entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, incluindo a adoção de estratégias de promoção da saúde e o desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação ao longo do ciclo de doença física ou mental^{24,26}.

Um dos mecanismos reformistas passíveis de melhorar os tratamentos e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes psiquiátricos refere-se à desinstitucionalização; a qual tem sido defendida pela OMS²⁷. O processo de desinstitucionalização caracteriza-se por vários elementos não circunscritos à redução do número de camas disponíveis em hospitais psiquiátricos (os quais se afiguram nos tradicionais asilos de grandes dimensões, que tendem a ser encerrados), mas também à dotação de recursos (físicos, humanos e financeiros) para a prestação dos cuidados de saúde mental fora dos hospitais psiquiátricos, à disponibilidade e à acessibilidade dos cuidados de saúde mental nos hospitais gerais e em estruturas comunitárias. Neste particular, Caldas de Almeida e Killaspy²⁸ advertiram que, ao nível dos sistemas de saúde, algumas das principais barreiras ao desenvolvimento dos SSM baseados na comunidade incidem precisamente no seu subinvestimento devido à concentração de recursos nos serviços hospitalares, à falta de integração dos SSM nos serviços de saúde geral, assim como à fraca coordenação entre os SSM e a proteção social. No sentido de ultrapassar tais barreiras e de materializar o consenso existente sobre a necessidade de alterar o paradigma da prestação de cuidados de saúde mental assente nos tradicionais hospitais psiquiátricos para modelos de cuidados de saúde mental primordialmente baseados na comunidade, a partir da segunda metade do século XX na Europa começaram a ser encetados diversos esforços em torno da desinstitucionalização dos doentes psiquiátricos e da promoção da continuidade de cuidados para pessoas com DMG.

O processo de desinstitucionalização progrediu distintamente à escala europeia, tendo sido motivado por vários fatores, entre os quais se destacam: a consciencialização pública e o incómodo crescente no que respeita às condições deficitárias dos hospitais psiquiátricos e às graves violações de direitos humanos dos utentes institucionalizados; os custos exponenciais e o consumo desproporcionado de recursos diferenciados nos

hospitais psiquiátricos face aos resultados em saúde obtidos; e, ainda, o surgimento de medicação psicotrópica eficaz²⁹. Sendo a reorganização dos cuidados de saúde mental um dos maiores desafios reformistas dos sistemas de saúde, importa realçar as demais iniciativas pioneiras que também contribuíram para esta mudança: na década de 60, o desenvolvimento de novos tratamentos farmacológicos para as psicoses tornou possível melhorar substancialmente o prognóstico de doenças mentais graves; seguindo-se, nas décadas de 70 e de 80, o surgimento de novas intervenções psicossociais e de novos modelos de organização dos cuidados de saúde mental, nomeadamente a reforma psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização em Itália, que constituíram marcos significativos para a alteração do paradigma assistencial vigente durante este período²⁸.

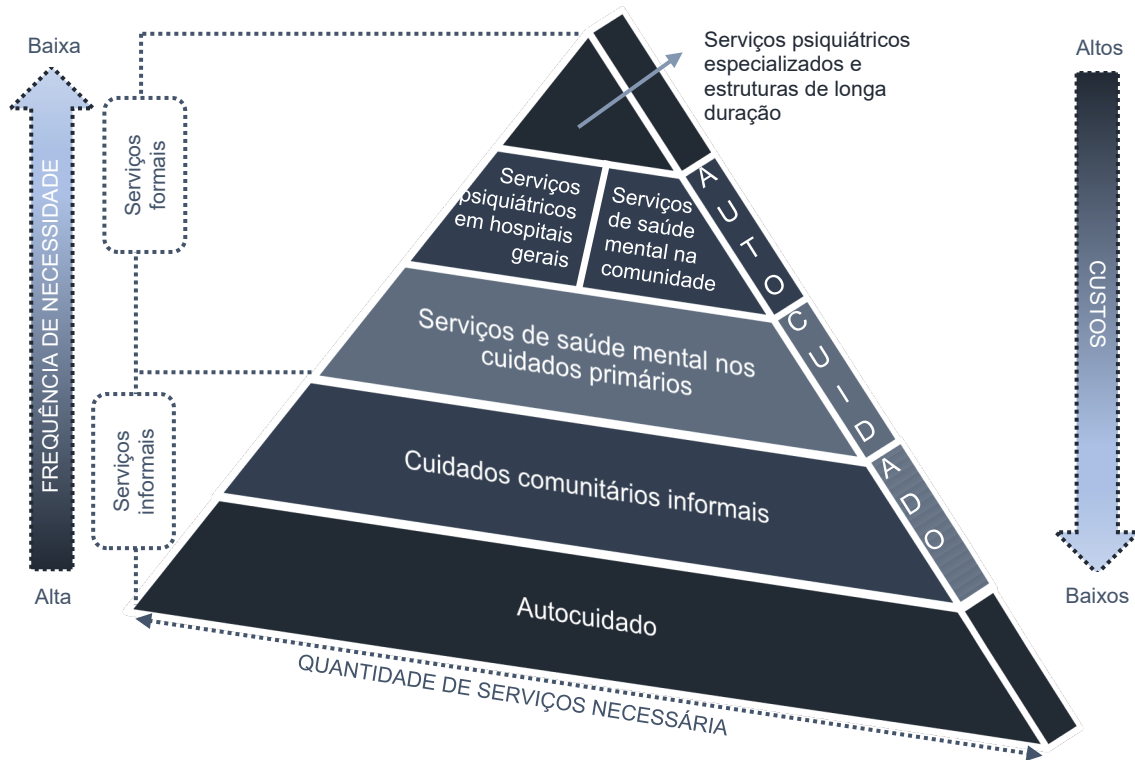
Embora a redução de camas psiquiátricas em contexto hospitalar seja uma componente importante da desinstitucionalização, o aumento de camas em estruturas comunitárias tem suscitado preocupações crescentes e tem sido criticado por fomentar uma possível “transinstitucionalização” ou “reinstitutionalização” das pessoas com problemas de saúde mental mais graves²⁸. Todavia, a evidência científica disponível^{28,30–33} indica que:

- A transição de hospitais psiquiátricos para uma rede de serviços mais próximos na comunidade estimula a maior custo-efetividade na utilização dos recursos disponíveis, assegura uma maior acessibilidade aos serviços e uma melhor continuidade dos cuidados de saúde mental, promove o aumento da qualidade na prestação dos cuidados mais adequados à situação clínica das pessoas portadoras de DMG e com necessidades reabilitativas, previne melhor a estigmatização da doença mental e defende mais eficazmente o respeito pelos direitos fundamentais das pessoas que precisam de cuidados de saúde mental.
- Por comparação com os doentes “residentes” em hospitais psiquiátricos, os doentes que recebem bons níveis de cuidados continuados de saúde mental em estruturas comunitárias apresentam consistentemente maiores níveis de satisfação com os serviços prestados, uma melhor qualidade de vida, uma maior adesão aos tratamentos, melhores resultados clínicos e melhores resultados não-clínicos, independentemente da severidade dos sintomas.

A OMS aconselha o encerramento dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por serviços psiquiátricos em hospitais gerais, SSM na comunidade e SSM integrados nos cuidados primários. Ademais, a OMS propôs um modelo de organização dos SSM baseado na integração entre níveis assistenciais e assente em seis pilares estruturais, a saber: na limitação dos hospitais psiquiátricos; no desenvolvimento dos SSM em hospitais gerais; no desenvolvimento dos SSM localizados na comunidade; na integração dos SSM nos cuidados de saúde primários; no desenvolvimento de serviços

de cuidados comunitários informais; e, na promoção do autocuidado. Os diferentes níveis do modelo proposto pela OMS encontram-se ilustrados na Figura 1, a qual espelha a pirâmide de organização dos SSM recomendável para melhorar o acesso e a qualidade da prestação de cuidados²⁷.

Figura 1: Pirâmide de organização dos serviços de saúde mental



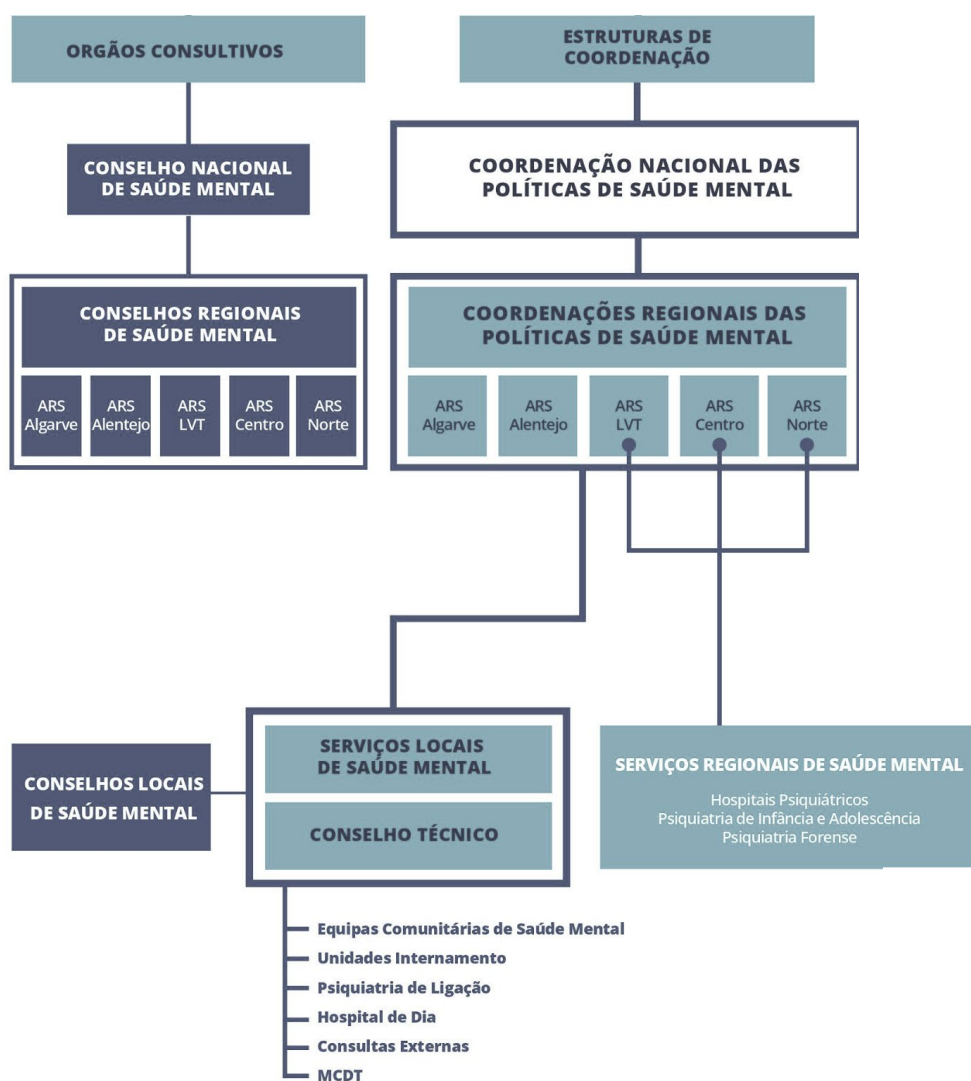
Fonte: Organização Mundial de Saúde²⁷(p.22)

Este modelo incorpora uma abordagem de continuidade dos cuidados nos princípios fundamentais para a organização dos SSM, com vista a otimizar a gestão de perturbações psiquiátricas e a satisfazer o conjunto de necessidades – de saúde, sociais e ocupacionais – dos utentes, especialmente daqueles que vivem com doenças mentais graves. No espetro dos serviços formais, os SSM na comunidade (tais como: o apoio ao domicílio, os serviços de reabilitação, os serviços residenciais e terapêuticos supervisionados) são fundamentais para desinstitucionalizar doentes psiquiátricos e prevenir internamentos desnecessários. Quando a fase aguda da doença justifica episódios de internamento, a OMS advoga que o mesmo tenha lugar em serviços psiquiátricos nos hospitais gerais. Por seu turno, os serviços psiquiátricos especializados e as estruturas residenciais de longa duração destinam-se aos utentes com incapacidade psicossocial por DMG, que precisam de cuidados continuados²⁷.

1.2.2. Organização dos cuidados de saúde mental em Portugal

O modelo de organização dos SSM em Portugal encontra-se esquematizado na Figura 2 e é regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro¹¹, integrando: estruturas de coordenação de âmbito nacional e regional; órgãos consultivos de âmbito nacional, regional e local; SSM de nível regional e local. Atendendo à recente extinção, por fusão, das Administrações Regionais de Saúde (ARS), o Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro³⁴, prevê que as suas atribuições e competências sejam transferidas para outros organismos do Ministério da Saúde (MS), nomeadamente a Direção-Geral da Saúde para a coordenação regional dos programas de saúde, a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS) para os cuidados continuados integrados e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em vários domínios, que incluem a contratação da prestação de cuidados de saúde de âmbito nacional e regional.

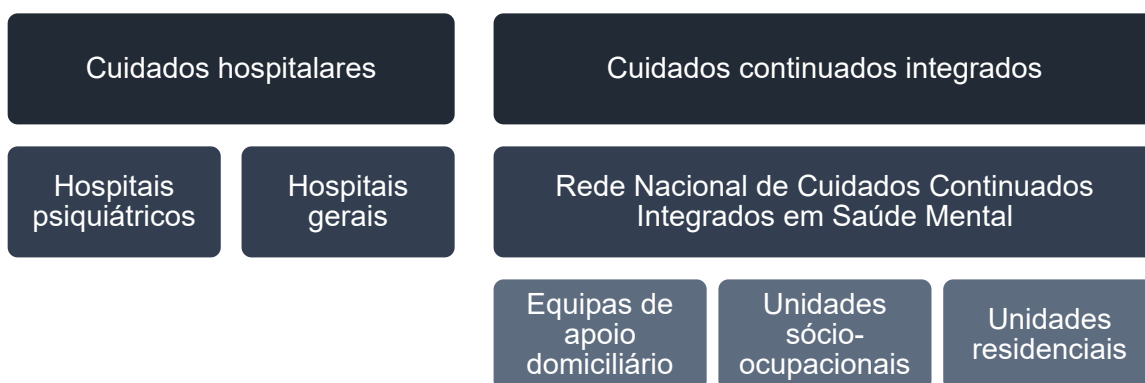
Figura 2: Organização dos serviços de saúde mental em Portugal



Fonte: Ministério da Saúde^{35(p.8)}

Os serviços locais de saúde mental (SLSM) constituem a base do sistema, sendo departamentos ou serviços hospitalares responsáveis por assegurar à população de uma determinada área geográfica tanto a prestação dos cuidados de saúde mental em regime de ambulatório ou internamento, como a continuidade de cuidados através de uma rede de programas e serviços. Os SSM nos hospitais devem trabalhar de forma articulada com os cuidados de saúde primários (ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde e USF – Unidades de Saúde Familiar), os cuidados continuados (RNCCI) e os demais serviços implicados na reabilitação psicossocial (incluindo os serviços de apoio social, educação, emprego e habitação), com vista a garantir uma efetiva continuidade de cuidados¹¹. Tal como ilustra a Figura 3, a continuidade de cuidados de saúde mental requer que os estabelecimentos hospitalares e as entidades prestadoras de cuidados continuados se articulem entre si.

Figura 3: Níveis secundário e terciário de prestação de cuidados de saúde mental



Fonte: Conselho Nacional de Saúde^{2(p.71)}

A rede de referência hospitalar de psiquiatria e saúde mental^{36,37} permite interligar os serviços públicos de saúde mental à escala nacional, nomeadamente os cuidados de saúde mental prestados nos dois últimos hospitais psiquiátricos autónomos existentes no país (o CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Pólo do Hospital Júlio de Matos, e o HML – Hospital Magalhães Lemos no Porto), que foram recentemente integrados no sistema geral de saúde. O Decreto-Lei n.º 7-A/2023, de 30 de janeiro³⁸, criou o Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUSA) por fusão das unidades de saúde do Centro Hospitalar Universitário do Porto e do HML, concretizando assim o processo de reorganização dos cuidados de saúde mental na região Norte do país. Para além da integração horizontal de cuidados que culminou com a criação do CHUSA em 2023, a generalização do modelo de prestação de cuidados em Unidades Locais de Saúde (ULS) a nível nacional em 2024 materializa uma reforma em curso na

organização e modernização do SNS, assente na integração vertical de cuidados de saúde primários e hospitalares. Segundo o Despacho n.º 4/2023/SES³⁹, a nova estrutura organizacional prevê que, em 2024, o SNS esteja organizado em 43 unidades de saúde; as quais se dividem em: 39 ULS, 3 Institutos Portugueses de Oncologia e o Hospital de Cascais, que é uma entidade gerida em regime de parceria público-privada. O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro⁴⁰, procedeu à reestruturação das entidades públicas empresariais (EPE) do SNS e adotou o modelo de organização e funcionamento em ULS; sendo de realçar duas das novas 32 ULS criadas pelo facto de incorporarem as duas instituições hospitalares psiquiátricas supramencionadas: a ULS de Santo António, EPE, que integra o CHUSA com os ACES do Grande Porto II – Gondomar e do Grande Porto V – Porto Ocidental; e a ULS de São José, EPE, que integra o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central com o CHPL, o Instituto de Oftalmologia Dr.º Gama Pinto, o ACES Lisboa Central e o Centro de Saúde de Sacavém. Com a entrada em funcionamento, a 1 de janeiro de 2024, das ULS criadas pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, as unidades de saúde do SNS que as integram passaram a beneficiar de novos instrumentos de gestão passíveis de reforçar a sua autonomia administrativa, financeira e funcional⁴⁰, incluindo: a estratificação pelo risco para identificar a carga de doença na população; sistemas de informação facilitadores da integração de cuidados (por exemplo: o registo de saúde eletrónico); incentivos financeiros e não-financeiros ao desempenho, dependentes do alcance de resultados e da criação de valor; e modelos inovadores de gestão e prestação de cuidados de saúde primários (destacando-se as USF) e hospitalares (salientando-se os CRI – Centros de Responsabilidade Integrados).

Tanto a integração dos hospitais psiquiátricos em hospitais gerais como a mais recente integração dos ACES, hospitais e centros hospitalares no modelo das ULS pretendem qualificar a resposta assistencial do SNS, melhorar o acesso, a qualidade, a eficiência e a humanização dos cuidados prestados, aumentar a proximidade e a participação dos cidadãos e das comunidades locais, incrementar a articulação entre as equipas de profissionais de saúde, simplificar processos, reforçar a autonomia gestonária dos estabelecimentos de saúde e potenciar ganhos relacionados com a gestão em rede dos recursos humanos, financeiros e materiais de que dispõe o serviço público de saúde^{39,40}.

Concomitantemente com estas profundas reformas na organização do SNS, que visam promover uma gestão integrada dos cuidados primários e hospitalares, encontra-se em curso um processo de reorganização dos SSM no país. Três das principais finalidades do processo de reorganização dos SSM em Portugal reportam-se à transição dos cuidados de saúde mental de longa duração tradicionalmente prestados em hospitais psiquiátricos para serviços baseados na comunidade, à integração da saúde mental na

rede hospitalar de cuidados gerais e à descentralização dos cuidados de saúde mental para permitir aproximar a prestação de cuidados aos utentes e aumentar a participação das comunidades e dos cidadãos^{2,13,14}. Trata-se de um processo reorganizativo que visa, em última instância, assegurar a necessária continuidade de cuidados aos doentes com perturbações psiquiátricas, designadamente através da integração dos SSM com os cuidados de saúde primários, os cuidados continuados e serviços de reabilitação psicossocial¹¹.

Na Base 13 da LBS, aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro³, encontra-se também enunciado que os cuidados de saúde mental assentam numa abordagem interdisciplinar e integrada, sendo prioritariamente prestados em contexto comunitário. Ao pautarem a sua atuação pela integração de cuidados, as unidades de saúde do SNS devem assegurar o acesso a cuidados que respondam às necessidades efetivas dos utentes, conforme o disposto na Base 20 da LBS³. Mais recentemente, o novo Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, reforça que os estabelecimentos e serviços do SNS devem desenvolver respostas de proximidade às necessidades assistenciais dos utentes em todos os níveis de prestação (cuidados primários, hospitalares e continuados) e reitera que o funcionamento das unidades de saúde do SNS deve, precisamente, promover *“modelos de integração de níveis de cuidados, de cuidados de saúde física e mental e de respostas de saúde e sociais, recorrendo a processos assistenciais partilhados que orientem os fluxos do utente e melhorem a efetividade dos cuidados prestados”*^{41(p.9)}.

Os fundamentos da política de saúde mental plasmados no artigo 4.º da nova LSM, aprovada pela Lei n.º 35/2023, de 21 de julho⁴, reforçam a necessidade de promover a proximidade e a continuidade dos cuidados de saúde mental, assim como de garantir que a prestação destes cuidados é centrada nas necessidades específicas e no nível de autonomia dos utentes e, ainda, assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder coordenada e integradamente às diferentes necessidades das pessoas. Um dos objetivos da política de saúde mental estabelecidos na nova LSM, aprovada pela Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, alude à conclusão da *“transição para a prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, tendo em vista melhorar a qualidade desses cuidados e garantir a proteção dos direitos nos serviços e entidades com intervenção na área da saúde mental”*^{4(p.4)}. A nova LSM revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho⁴², que também já defendia a prestação de cuidados de saúde mental prioritariamente na comunidade como um dos princípios gerais da política de saúde mental no país, de modo a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social. Acresce que, de acordo com o PNSM 2007-

2016¹³, estendido até 2020, a Lei n.º 36/98, de 24 de julho⁴², e a nova LSM, aprovada pela Lei n.º 35/2023, de 21 de julho⁴, os cuidados de saúde mental devem ser prestados primordialmente na comunidade, em contexto tão menos restritivo quanto seja possível, devendo o tratamento de doentes mentais em regime de internamento hospitalar ser uma medida de último recurso a aplicar tendencialmente em hospitais gerais.

Enquanto decorre o processo de integração dos cuidados de saúde mental de nível local nos SLSM (com a previsão de conclusão em 2025), os hospitais psiquiátricos estão incumbidos de continuar a assegurar a prestação de cuidados de saúde mental, nas suas respetivas áreas de influência, aos doentes de evolução prolongada que aí se encontram institucionalizados; sendo-lhes, ainda, atribuída a incumbência de promover a humanização e melhoria das suas condições de vida, nomeadamente através de programas de reabilitação psicossocial adaptados às suas necessidades específicas e do apoio à sua reinserção na comunidade¹¹. Daqui se depreende que a prestação de cuidados de saúde mental nos hospitais psiquiátricos deve ser minoritária e promover a desinstitucionalização e reinserção comunitária dos doentes que neles residem. Neste particular, o Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, preconiza que a prestação de cuidados de saúde mental em hospitais e em centros hospitalares psiquiátricos seja marcadamente residual, orientando-se para a desinstitucionalização e a reinserção na comunidade das pessoas com doença mental neles residentes, bem como para a integração dos cuidados ali prestados nos SLSM¹¹.

Importa referir ainda, a este propósito, que o PNSM 2007-2016 já recomendava a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto ao nível dos cuidados primários, como ao nível dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, com vista a facilitar o acesso da população e reduzir a institucionalização¹³. A implementação do PNSM 2007-2016 teve um papel importante tanto nos processos de desativação e reestruturação dos hospitais psiquiátricos como no lançamento das bases estruturantes dos cuidados continuados de saúde mental no país. Na senda desta reorganização, em 2017, o Programa Nacional para a Saúde Mental⁴³ previa a criação de unidades de internamento para adultos em todos os hospitais gerais com SSM e o aumento da integração de doentes mentais graves em programas de reabilitação psicossocial. O Programa Nacional para a Saúde Mental⁴³ reiterou, igualmente, a importância de garantir cuidados de saúde mental de elevada qualidade na comunidade acessíveis a todas as pessoas com doenças mentais e de assegurar a continuidade e a coordenação dos cuidados de saúde e sociais para os doentes mentais mais graves.

No Relatório de Avaliação do PNSM 2007-2016 definiram-se propostas prioritárias para a sua extensão até 2020, incluindo a conclusão da transição dos SLSM que ainda

permanecem na dependência dos hospitais psiquiátricos para os hospitais gerais e o prosseguimento da transferência dos doentes a desinstitucionalizar ao mesmo ritmo de criação de estruturas de CCISM¹⁴. Todavia, advertiu-se para a necessidade de, por um lado, garantir que a criação de serviços especializados não comprometeria a resposta às necessidades mais prementes dos doentes e de, por outro lado, assegurar uma efetiva continuidade de cuidados para as pessoas com perturbações psiquiátricas mais graves e incapacitantes, assente na articulação funcional entre os SLSM e as unidades e equipas de CCISM.

Seguindo as orientações da OMS e a tendência internacional, particularmente nos contextos europeu e norte-americano, em Portugal os hospitais psiquiátricos têm sido progressivamente encerrados e as suas lotações têm sido diminuídas à medida em que os doentes foram transferidos para outras estruturas. Entre 2005 e 2016, a capacidade de internamento no setor público foi reduzida em 8%, correspondendo maioritariamente a um decréscimo de 50% no número de camas para doentes “residentes”. Por contraste, neste período registou-se um crescimento no número de camas de agudos nos hospitais gerais, resultante da abertura de novos serviços de psiquiatria e saúde mental¹⁴.

Na atual fase de transição, durante a qual se estão a expandir as estruturas comunitárias de cuidados continuados de saúde mental e a criar novas unidades de internamento psiquiátrico nos hospitais gerais, o peso dos hospitais psiquiátricos na rede de serviços públicos prestadores de cuidados de saúde mental sofreu uma redução significativa tanto em número como em dimensão, tendo sido consubstanciado pelo encerramento de três hospitais psiquiátricos (o Hospital Miguel Bombarda, o Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes e o Hospital Psiquiátrico do Lorvão) até 2012.

Embora tenham sido disponibilizadas soluções alternativas para os doentes “residentes” nos hospitais psiquiátricos encerrados, o fecho dos mesmos foi, contudo, mais célere do que a criação de novas estruturas e do que a implementação da RNCCI na área da saúde mental. O relatório de 2015 da ERS sobre o acesso e a qualidade nos cuidados de saúde mental em Portugal corrobora, a este propósito, o atraso no cumprimento dos objetivos e das metas definidos no PNSM 2007-2016 relativamente à implementação da RNCCI na área da saúde mental e refere, ainda, que, *“não obstante a constatação de terem sido encontradas alternativas residenciais para os doentes que estavam internados nos hospitais psiquiátricos encerrados, este encerramento não foi acompanhado da criação de novas estruturas”*^{15(p.109)}. Em 2017, a Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental (CTARSM) efetuou um diagnóstico da situação e alertou para as consequências nefastas de tais desfasamentos temporais:

“A redução de camas nos hospitais psiquiátricos tem decorrido com um ritmo acentuado, o qual não pôde ser maior dado o insuficiente desenvolvimento de outras respostas, principalmente ao nível dos cuidados continuados. Assim (...), nos hospitais psiquiátricos predominam ainda os cuidados de internamento, seja de doentes agudos – em especial complementando as responsabilidades de alguns dos serviços, por inexistência ou insuficiência dessa resposta –, seja de longa duração, particularmente de doentes cuja situação clínica seja de difícil gestão em unidades de internamento de hospitais gerais (ex.: problemas de segurança)”¹⁴(p.50).

No momento presente, a reforma hospitalar em psiquiatria e saúde mental encontra-se em fase de conclusão no país, sendo necessário finalizar a transferência das respostas de internamento de agudos dos hospitais psiquiátricos (os quais permanecerão dedicados ao internamento de inimizáveis) para os hospitais gerais e completar a cobertura nacional de SLSM¹². Não obstante o sucesso da reorganização da rede hospitalar em psiquiatria e saúde mental, o CNS já veio reconhecer que *“a insuficiente resposta de uma rede de cuidados continuados em saúde mental ainda mantém um número elevado de doentes de longa duração em internamento hospitalar”²(p.88).*

1.2.3. Internamentos psiquiátricos prolongados: preditores e intervenções

A sobreutilização dos cuidados hospitalares por parte de utentes que, ao invés deste tipo de cuidados, necessitam e melhor beneficiariam de cuidados continuados constitui um problema (denominado pelo fenómeno *“bed blocking”*) historicamente persistente e claramente identificado internacional e nacionalmente^{26,44}. O problema da sobreutilização de cuidados agudos por doentes psiquiátricos com internamentos prolongados para além da duração clinicamente apropriada assume especial relevância no que concerne tanto ao consumo desnecessário de recursos diferenciados como à preservação da sua funcionalidade, sendo ainda apontado como um sinal da fraca coordenação entre níveis de prestação de cuidados e um resultado da ausência de cuidados continuados na comunidade⁴⁵.

A indisponibilidade e a escassez de respostas alternativas em contexto comunitário (tais como: o apoio domiciliário e os serviços de reabilitação) impedem altas hospitalares atempadas e tende a contribuir para o prolongamento dos internamentos psiquiátricos; os quais podem conduzir ao isolamento e à perda de autonomia dos doentes com perturbações mentais mais graves, fomentando processos mal adaptativos (hospitalismo)⁴⁶. A título exemplificativo, numa revisão sistemática Cochrane, Babalola et al.⁴⁷ compararam a duração dos internamentos de utentes com DMG com base em datada evidência disponível, tendo concluído que os internamentos mais prolongados

(≥ 28 dias) não eram benéficos em termos de resultados em saúde e de readmissões, contrariamente aos internamentos de menor duração (< 28 dias) que favorecem o desempenho social e não provocam resultados adversos nem um padrão de readmissões hospitalares frequentes (designado pelo fenómeno “*revolving door*”).

A duração dos internamentos psiquiátricos é de cariz multifatorial, sendo explicada por uma combinação de fatores sociodemográficos dos doentes (o sexo, a idade, entre outros), fatores clínicos (o diagnóstico principal, a severidade dos sintomas, as comorbilidades, o carácter involuntário ou compulsivo dos internamentos, entre outros) e fatores organizacionais (o modelo de prestação de cuidados, a qualidade dos serviços, entre outros)^{33,44,46,48,49}. Importa, pois, conhecer os fatores explicativos da duração dos internamentos psiquiátricos a nível internacional e nacional, devido à sua natureza restritiva e dispendiosa, assim como ao facto serem tendencialmente mais prolongados do que os internamentos hospitalares motivados por diagnósticos não-psiquiátricos.

Segundo Dimitri et al.⁵⁰, a demora média dos internamentos psiquiátricos foi de 39 dias no conjunto de cinco países europeus participantes num estudo de coorte retrospectivo com dados referentes a 2014 e 2015, sendo superior à média europeia na Bélgica (55 dias), no Reino Unido (46 dias) e na Alemanha (37 dias), contrariamente ao que sucedeu na Polónia (33 dias) e em Itália (18 dias). Especificamente em Portugal, de acordo com Silva et al.⁴⁶, a demora média dos internamentos atribuíveis a diagnósticos psiquiátricos foi de 18 dias em 2016, por comparação com os 9 dias tendo em consideração todos os diagnósticos a nível nacional. Em seguida são analisados detalhadamente os principais fatores sociodemográficos, clínicos e organizacionais preditores da duração dos internamentos psiquiátricos no Reino Unido, em França, em Itália e em Portugal, com um especial enfoque em estudos que evidenciam o impacto dos cuidados continuados e das estruturas comunitárias de saúde mental na demora média hospitalar.

Num estudo retrospectivo realizado num hospital público do Reino Unido em 2017, Crossley e Sweeney⁴⁸ demonstraram que, numa amostra de 97 utentes portadores de doenças mentais, a demora média dos internamentos psiquiátricos (36 dias) era superior ao tempo máximo (32 dias) recomendado pelo *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 – 2023/24*. Neste estudo britânico, os preditores de internamentos psiquiátricos prolongados abrangeram fatores clínicos (diagnóstico de perturbações psicóticas ou bipolares) e fatores organizacionais (com a necessidade de continuidade de cuidados a atrasar as altas hospitalares e com a necessidade de referenciação para estruturas de reabilitação a prolongar o internamento em 72 dias)⁴⁸.

Por seu turno, Gandré et al.³³ avaliaram a associação entre o nível de desenvolvimento de respostas alternativas à hospitalização e a duração dos internamentos psiquiátricos em 122 hospitais em França. Neste estudo retrospectivo com dados referentes a 2012, no qual foram incluídos 107.668 utentes com diagnóstico psiquiátrico e demora média de internamento situada em 37 dias, verificou-se que a duração dos internamentos estava associada a fatores sociodemográficos (sexo feminino e idade), fatores clínicos (diagnóstico de esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas, a par do diagnóstico de perturbações bipolares e perturbações do humor) e fatores organizacionais (nível de desenvolvimento de respostas alternativas à hospitalização, incluindo serviços de reabilitação na área de influência). Além de terem demonstrado a existência de uma associação negativa entre a duração dos internamentos e o nível de desenvolvimento de alternativas à hospitalização, os resultados deste estudo francês permitiram aferir que, por cada 10% de incremento no nível de desenvolvimento de respostas alternativas à hospitalização, a duração dos internamentos psiquiátricos foi reduzida em 3,4%³³. A existência de respostas alternativas, nomeadamente ao nível dos cuidados continuados, pode assim ter um impacto positivo na demora média hospitalar, diminuindo-a.

No estudo de Pauselli et al.⁴⁹ foram analisados os processos clínicos de 812 doentes admitidos no serviço psiquiátrico de um hospital geral em Itália entre 2011 e 2014 e com uma demora média de internamento situada em 13 dias. Neste estudo, os fatores associados à duração dos internamentos psiquiátricos também se revelaram multidimensionais, incluindo fatores clínicos (diagnóstico de esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas, compulsividade dos internamentos e múltiplas hospitalizações) e, ainda, fatores organizacionais (alta por transferência para estruturas comunitárias). Por comparação com os doentes com alta para o domicílio ou para outras unidades de internamento, neste estudo italiano os doentes com alta para estruturas residenciais na comunidade apresentaram efetivamente internamentos mais prolongados⁴⁹.

Recentemente, Silva et al.⁴⁶ desenvolveram um estudo transversal retrospectivo em Portugal para, com base numa amostra de 3.872 utentes com diagnóstico psiquiátrico, avaliarem os fatores associados à duração dos internamentos em cinco SSM públicos, respetivamente inseridos em dois hospitais psiquiátricos, dois hospitais gerais e uma ULS, nos anos de 2002, 2007 e 2012. Os autores deste estudo nacional concluíram que os internamentos psiquiátricos mais prolongados estavam associados a fatores sociodemográficos (idade avançada, nas faixas etárias a partir de 50 anos) e a fatores clínicos (diagnóstico de psicoses e admissão compulsiva), isto apesar de não terem sido contemplados fatores de natureza organizacional relacionados com os cuidados continuados de saúde mental⁴⁶.

Para analisar a influência dos fatores organizacionais na duração dos internamentos em Portugal, tomámos como referência o estudo coordenado por Escoval, Lívio e Ribeiro⁵¹ sobre o impacto da RNCCI (Rede Geral) na eficiência hospitalar. Embora o último estudo citado não se reporte aos internamentos psiquiátricos, os seus resultados são ilustrativos da existência de maiores demoras médias nos doentes referenciados para cuidados continuados do que nos doentes não referenciados, tendo por base a análise de 17.651 episódios de internamento com sinalização para a RNCCI entre 2009 e 2011. Neste estudo nacional, no momento de referenciação para a RNCCI, todos os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) registaram demoras médias superiores às demoras médias de internamento nacionais para os mesmos GDH, tendo-se inclusivamente agravado no período bianual em análise: no primeiro trimestre de 2009, a demora média dos episódios referenciados para cuidados continuados era de 21,9 dias face aos 7,6 dias da demora média nacional; enquanto, no segundo trimestre de 2011, a demora média dos episódios referenciados atingiu 29,5 dias face aos 7,7 dias da demora média nacional⁵¹.

Os dados do último estudo nacional supracitado revelam a sobreutilização dos cuidados hospitalares em Portugal por parte de utentes com internamentos prolongados devido à escassez e à morosidade na obtenção de respostas ao nível dos cuidados continuados no país. Relativamente aos cuidados continuados na área de saúde mental, onde tais respostas são mais parcas e diminutas, no Relatório de Avaliação do PNSM 2007-2016, estendido até 2020, a CTARSM¹⁴ já havia alertado para este grave problema, explicitando que:

“A escassez de alternativas residenciais de longo prazo, vocacionadas para reabilitação psicossocial, tem inviabilizado um progresso mais significativo na dimensão das respostas de internamento de longa duração em instituições hospitalares, por vezes com ocupação prolongada de camas destinadas a situações agudas”^{14(p.49)}.

Embora o prolongamento dos internamentos psiquiátricos possa ser obviado por um planeamento de altas mais precoce e por uma transferência mais célere dos utentes elegíveis para os cuidados continuados de saúde mental tendente a incrementar a eficiência técnico-económica e a elevar a qualidade assistencial, em Portugal subsiste uma deficitária integração entre os cuidados hospitalares e os cuidados continuados. Este défice integrativo impõe uma enorme pressão sobre os cuidados hospitalares, os quais preconizam ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de utentes nas fases agudas das doenças e cujos episódios de internamento devem ser tendencialmente de curta duração. Todavia, segundo Escoval, Lívio e Ribeiro²⁶, o atraso nas altas

hospitalares dos doentes referenciados para cuidados continuados é motivado por diversos fatores que afetam a transição entre estes dois níveis de prestação, incluindo: a insuficiente oferta e incapacidade de resposta em unidades de cuidados continuados; a falta de formação, o desinteresse e o desconhecimento dos profissionais sinalizadores e referenciadores; a falta de uniformização e consensualização dos procedimentos; e, ainda, as dificuldades de comunicação entre equipas, serviços e instituições.

Com base neste conglomerado de estudos internacionais e nacionais é possível atestar, por um lado, a natureza multifatorial dos internamentos psiquiátricos prolongados e, por outro lado, sublinhar a importância dos fatores organizacionais intrinsecamente relacionados com a necessidade de criar redes de prestação integrada de cuidados continuados e respostas alternativas à hospitalização suportadas por SSM e estruturas de apoio social na comunidade. A criação de redes de prestação integrada de cuidados continuados e o desenvolvimento de respostas comunitárias de saúde mental e apoio social promovem uma distribuição mais eficiente dos recursos disponíveis, tal como podem ajudar a solucionar o problema das altas tardias e contribuir para a redução das elevadas demoras médias dos episódios referenciados para cuidados de longa duração; na medida em que, em tempo útil, possibilitem retirar dos serviços hospitalares os doentes psiquiátricos internados que já não mais precisam de cuidados agudos, mas que ainda apresentam necessidades de saúde mental e de apoio social mais adequadamente satisfeitas por estas redes assistenciais e por respostas alternativas.

A par de tais medidas estruturais no âmbito das políticas públicas de saúde mental e de proteção social, também têm sido propostas diversas intervenções e estratégias que visam reduzir a duração dos internamentos psiquiátricos, otimizar o processo de transição dos cuidados hospitalares para os cuidados continuados de saúde mental baseados na comunidade e melhorar a coordenação dos SSM entre diferentes níveis de prestação^{45,46,52}. Enquanto característica crucial da qualidade dos cuidados prestados aos utentes portadores de DMG, a coordenação dos serviços é comprometida pela natureza fragmentada e não integrada do sistema de saúde, sendo também condicionada pelas dificuldades experienciadas por utentes com DMG no acesso e na prestação dos cuidados mais adequados para a sua situação clínica; as quais podem conduzir à não adesão terapêutica e à desvinculação com os serviços⁴⁵. Tais limitações na capacidade de o sistema responder às necessidades dos doentes psiquiátricos encontram-se refletidas nas preocupações por si manifestadas face à ausência de continuidade nas relações terapêuticas com os prestadores, às falhas de comunicação sobre as altas hospitalares, à insuficiência de informação em torno dos regimes fármaco-terapêuticos e à incapacidade de gerir os sintomas ou desempenhar papéis

sociais. Acresce a isto a vulnerabilidade que acarreta o período de transição dos cuidados hospitalares para os cuidados continuados na comunidade, sobretudo nos utentes com DMG que reportam sentimentos de isolamento social e a ausência de redes de suporte informal, sintomas psicóticos persistentes (ex.: alucinações, paranóia, agitação, vozes), pensamentos suicidas e efeitos secundários da medicação (ex.: fadiga, insónia, aumento de peso, acatisia); os quais são potencialmente conducentes ao prolongamento dos internamentos, ao atraso das altas e a readmissões hospitalares.

Entre as estratégias propostas para diminuir a duração dos internamentos psiquiátricos, Silva et al.⁴⁶ destacaram a necessidade de desenvolver os serviços que prestam cuidados comunitários, criar métodos financiamento incentivadores deste tipo de cuidados baseados na comunidade e melhorar a articulação entre os hospitais e as instituições prestadoras de cuidados continuados.

Ademais, no âmbito de uma revisão sistemática da literatura, Tyler, Wright e Waring⁵² identificaram os modelos de intervenção passíveis de otimizar a transição dos cuidados hospitalares para os cuidados comunitários na área da saúde mental, entre os quais se destacam o *Transitional Discharge Model* (TDM), o *Community-Based Discharge Planning* e as intervenções com um enfoque na psicoeducação e nas relações terapêuticas. O TDM, também designado por *Transitional Relationship Model*, fomenta a continuidade dos cuidados hospitalares para as estruturas comunitárias através de um trabalho conjunto entre os profissionais de saúde mental dos serviços de internamento e os doentes psiquiátricos para que se estabeleça uma relação terapêutica com os profissionais das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados na comunidade, englobando também o apoio entre pares (entre atuais utentes internados e utentes previamente internados que vivem com sucesso na comunidade), antes e até um ano após a alta, com vista à integração comunitária, ao desenvolvimento de competências psicossociais e à realização de atividades de vida diária, recreativas e sócio-ocupacionais.

Na revisão sistemática da literatura supracitada⁵² e na revisão elaborada por Storm et al.⁴⁵ ficou demonstrado que o TDM é um modelo com efetiva capacidade de melhorar o processo de transição hospitalar de utentes com DMG para estruturas comunitárias, facilitar altas mais precoces e reduzir as readmissões hospitalares, para além de ter sido evidenciada a eficácia das intervenções de psicoeducação relacionadas com a gestão das perturbações psiquiátricas, dos tratamentos e das orientações fármaco-terapêuticas, na medida em que envolvem um trabalho de empoderamento dos doentes e exploram dimensões pessoais e emocionais dos seus processos de transição entre diferentes níveis de prestação de cuidados.

Especificamente no que concerne às intervenções destinadas a reduzir as readmissões hospitalares, Storm et al.⁴⁵ advertiram que o seu sucesso depende da observância de três componentes principais, a saber: componentes a montante das altas (tais como: psicoeducação, avaliação de necessidades estruturada e reconciliação terapêutica), componentes a jusante das altas (tais como: o acompanhamento telefónico, as visitas ao domicílio de enfermagem, nomeadamente para a gestão da toma da medicação, o acompanhamento atempado em regime de ambulatório por parte dos prestadores de cuidados, a educação e a comunicação com familiares, o apoio entre pares) e, ainda, componentes de ligação (tais como: os gestores de transição entre níveis de prestação de cuidados, o acompanhamento atempado entre prestadores dos regimes de internamento e ambulatório, as reuniões entre os doentes e a equipa de ambulatório antes de ocorrer o momento das altas hospitalares)⁴⁵. Por fim, as trajetórias integradas de cuidados que promovem uma ligação entre as equipas hospitalares e as equipas comunitárias, concomitantemente com as intervenções sistémicas e multinível, também tendem a agilizar as altas hospitalares, a exponenciar a adesão terapêutica e a aumentar o nível de satisfação dos doentes psiquiátricos com os cuidados prestados, sobretudo se forem alicerçadas na comunicação entre prestadores e em mecanismos partilhados de informação, decisão e responsabilização entre profissionais e utentes.

1.3. Cuidados continuados integrados de saúde mental

1.3.1. Necessidade de cuidados continuados integrados de saúde mental

O aumento da prevalência das perturbações mentais e de outras doenças crónicas, que foi exponenciado pela pandemia de Covid-19, tem sido responsável por acentuar as necessidades de saúde e sociais à escala mundial, exigindo novas abordagens ao nível da prevenção, do tratamento e do desenvolvimento de respostas dirigidas às pessoas com DMG, que se encontram em situação de dependência, com vista à promoção da sua autonomia e à preservação da sua funcionalidade²⁶.

Os CCISM constituem uma nova abordagem tendente a promover uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, na medida em que garantem o acesso aos cuidados hospitalares para os doentes mentais agudos que deles efetivamente precisam e que, simultaneamente, possibilitam aos doentes mentais de evolução prolongada que deles já não necessitam a transição para estruturas comunitárias de cuidados continuados mais adequadas às suas necessidades de saúde mental e apoio social²⁶. Tal como foi sublinhado por Caldas de Almeida e Killaspy²⁸, a coordenação entre serviços não circunscritos à área da saúde e a continuidade de cuidados entre ambos os níveis de prestação (cuidados hospitalares e CCISM) são cruciais para evitar a sua fragmentação

e, sobretudo, para satisfazer um vasto conjunto de necessidades terapêuticas e reabilitativas das pessoas com DMG e com um grau variável (reduzido, moderado ou elevado) de incapacidade psicossocial resultante das características da doença psiquiátrica e da evolução do estado clínico.

Conforme o disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, os CCISM definem-se pelo:

“Conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, ativo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social”^{8(p.258)}.

Neste diploma fundador das unidades e equipas de CCISM em Portugal, importa ainda assinalar que a incapacidade psicossocial se define pela *“situação objetiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental para desempenhar as atividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional”^{8(p.258)}*. Os diferentes graus de incapacidade psicossocial por DMG, que fundamentam a necessidade de CCISM e diferenciam as tipologias de resposta, encontram-se definidos na Figura 4.

Figura 4: Definição do grau reduzido, moderado e elevado de incapacidade psicossocial

Grau reduzido de incapacidade psicossocial	Grau moderado de incapacidade psicossocial	Grau elevado de incapacidade psicossocial
<ul style="list-style-type: none"> • Situação objetiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresenta: • Limitações cognitivas ligeiras • Necessidade de supervisão periódica na gestão do dinheiro e da medicação, na organização da vida social e relacional • Não apresenta disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade, da autonomia funcional, da autonomia na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas atividades de vida diária e doméstica e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros 	<ul style="list-style-type: none"> • Situação objetiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresenta: • Limitações cognitivas ou funcionais medianas • Necessidade de supervisão regular na higiene, na alimentação, nos cuidados pessoais, nas atividades de vida diária e doméstica, na gestão do dinheiro e da medicação • Dificuldades relacionais significativas • Não apresenta disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros 	<ul style="list-style-type: none"> • Situação objetiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresenta: • Graves limitações funcionais ou cognitivas • Necessidade de apoio na higiene, na alimentação, nos cuidados pessoais, na gestão do dinheiro e da medicação • Reduzida mobilidade na comunidade • Dificuldades relacionais acentuadas • Incapacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros

Fonte: Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro^{8(p.258)}

O desenvolvimento de SSM comunitários destinados à reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial resultante de DMG é atualmente uma prioridade na Europa, que se tem vindo a refletir gradualmente na criação e expansão das estruturas de CCISM para os doentes de evolução prolongada (com particular ênfase nos doentes diagnosticados com esquizofrenia e perturbações esquizoafetivas), abrangendo também doentes que viveram institucionalizados durante décadas em hospitais psiquiátricos³¹.

Especificamente no contexto português, tanto o acesso aos cuidados de saúde mental como o acesso a cuidados continuados foram identificados como sendo necessidades de saúde percecionadas pelos parceiros da Comissão de Acompanhamento do novo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030⁵³. Face a estas necessidades, o PNS 2021-2030 contempla várias estratégias de intervenção tendentes a satisfazê-las, incluindo: a promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida; uma abordagem integrada dos percursos dos doentes assegurando a transição de cuidados; a integração de cuidados de saúde mental nos diferentes níveis de prestação de cuidados; a recuperação e/ou a melhoria do acesso a cuidados continuados, incluindo os cuidados de longa duração⁵³.

Com o intuito de garantir a acessibilidade, a efetividade e a elevada qualidade dos CCISM em Portugal é fundamental reforçar os limitados recursos alocados a este modelo de cuidados, ampliar as escassas respostas existentes para as pessoas com DMG e desenvolver serviços especializados no território nacional (incluindo estruturas residenciais de permanência prolongada) que respondam às suas necessidades mais complexas e que, pelo facto de não se pretender que sejam um destino final nas trajetórias contínuas dos seus processos reabilitativos, se articulem em proximidade com os demais serviços de reabilitação psicossocial (outras estruturas residenciais de menor duração na comunidade e sem supervisão médica e de enfermagem de cariz permanente) para onde possam ser transferidos os doentes que adquirem maior autonomia funcional mas que, ainda assim, não consigam regressar ao domicílio³².

1.3.2. Cuidados continuados integrados de saúde mental em Portugal

Em Portugal, a importância crescente da prestação de cuidados continuados integrados na área da saúde mental foi reconhecida no Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, do MS e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade⁵⁴. Este despacho⁵⁴ definiu as quatro respostas de reabilitação psicossocial dirigidas às pessoas com doença psiquiátrica (as unidades de vida apoiada, as unidades de vida protegida, as unidades de vida autónoma e os fóruns sócio-ocupacionais) que mais se aproximavam aos CCISM, sendo maioritariamente pertencentes ao setor social (67%, com os restantes

33% a pertencer ao setor público) e, todavia, possuindo ainda reduzida diferenciação técnica³⁷.

Na Lei n.º 36/98, de 24 de julho⁴², que antecedeu a nova LSM (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho⁴), também se reconheceu a importância de assegurar a prestação de cuidados aos doentes mentais com necessidades de reabilitação psicossocial em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao seu grau específico de autonomia.

Em 2008, uma década após a publicação do Despacho Conjunto n.º 407/98 e da Lei n.º 36/98, no PNSM 2007-2016 destacou-se, igualmente, a enorme relevância destas respostas de reabilitação psicossocial enquanto instrumento para *“regular a participação conjunta das áreas da saúde e da segurança social, permitindo assegurar o apoio residencial e ocupacional aos doentes com patologias graves que originam incapacidade ou dependência”*^{13(p.28)}. O desenvolvimento das respostas específicas de cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental constituiu um dos grandes desideratos do PNSM 2007-2016, atendendo à elevada prevalência das perturbações psiquiátricas no país. Este plano nacional atestou a saúde mental comunitária como o modelo de referência e reiterou a importância de desenvolver respostas de reabilitação psicossocial para as pessoas com DMG assentes numa perspetiva de comunidade residencial e tendentes a promover a sua autonomia e integração social¹³.

Em 2010, através do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, criou-se efetivamente um conjunto de unidades (residenciais e sócio-ocupacionais) e equipas (apoio domiciliário) de CCISM em Portugal, *“destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade”*^{8(p.257)}.

O desenvolvimento dos CCISM no país orientou-se por 10 princípios estabelecidos no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro⁸, a saber: a consideração das necessidades globais, tendo em vista o aumento das capacidades pessoais, a promoção de uma vida independente e o desempenho de um papel ativo na comunidade; o respeito pela privacidade, confidencialidade e autodeterminação, através do reconhecimento das decisões informadas sobre a própria vida; o respeito pelos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, tendo em vista o exercício efetivo de uma cidadania plena; o respeito pela igualdade e a proibição de discriminação com base no género, na origem étnica ou social, idade, religião, ideologia ou noutro estatuto; a promoção de relações interpessoais significativas e das redes de apoio social informal; o envolvimento e a participação dos familiares e de outros cuidadores; a integração das

unidades de CCISM em contextos comunitários inclusivos e não estigmatizantes; a localização preferencial das unidades de CCISM no âmbito territorial dos SLSM, de modo a facilitar a articulação e a continuidade de cuidados; a equidade no acesso e a mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas de CCISM; a eficiência e a qualidade na prestação de cuidados nos SSM e serviços de reabilitação psicossocial.

O Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro⁵⁵, no mesmo ano de 2011 em que as tipologias de CCISM foram regulamentadas pela Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril⁵⁶. As unidades e equipas de CCISM funcionam em articulação com os SLSM, tendo sido integradas na RNCCI apenas em 2015, através do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho¹⁷, que altera e republica o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho¹⁶ (modificando, em particular, o n.º 2 do artigo 2.º deste diploma legal). Com a integração das tipologias de saúde mental na RNCCI foi reforçada a perspetiva holística deste modelo de integração de cuidados, o qual assenta numa abordagem de trabalho multidisciplinar em rede e representa uma área preferencial de cooperação com os estabelecimentos e serviços do SNS (designadamente com os hospitais e os centros hospitalares integrados no setor empresarial do Estado), os serviços da Segurança Social e as entidades de apoio social baseadas na comunidade.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto⁴¹, e com o Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro⁵⁷, a RNCCI e o seu respetivo segmento especializado na área da saúde mental são geridos pela recém-criada DE-SNS, em articulação com os demais organismos intervenientes; competindo-lhe também coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, a RNCCI e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) ao longo do percurso de saúde dos utentes, assegurar o funcionamento em rede do SNS (nomeadamente pela articulação nacional dos diferentes estabelecimentos e serviços, pela integração dos vários níveis de cuidados e pela procura de respostas de proximidade), garantir a melhoria contínua do acesso aos cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde. Acresce que, segundo o disposto no ponto dois do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro⁵⁷, a DE-SNS sucede, ainda, nas atribuições da ACSS em matéria de gestão do acesso da RNCCI e da RNCP.

Os princípios da continuidade e da integração dos cuidados de saúde e apoio social, nos quais assenta a RNCCI (criada em 2006 pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho¹⁶), requerem a coordenação e a comunicação entre os vários níveis de prestação, tal como a articulação entre prestadores e a cooperação intersetorial e interinstitucional, no sentido de promover maior eficiência, adequar os recursos às necessidades efetivas,

obter mais ganhos em saúde e proporcionar a satisfação dos utentes²⁶. Esta lógica de cooperação é prevalecte na RNCCI, inclusive com o setor cooperativo e social na área da saúde mental, encontrando-se plasmada na celebração de contratos-programa entre as áreas governamentais da Saúde e da Segurança Social e os parceiros locais especializados na prestação de cuidados a pessoas com perturbações psiquiátricas.

Pese embora, no Despacho n.º 8677/2011, de 17 de julho⁵⁸, tenham sido identificadas as primeiras 18 experiências-piloto de CCISM em Portugal, importa ressaltar que a implementação da RNCCI na área da saúde mental foi sendo sucessivamente adiada e se manteve praticamente interrompida entre 2010 e 2017, dificultando o processo de transição dos utentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG dos hospitais para estas respostas comunitárias¹⁴.

Em 2017 iniciaram-se as experiências-piloto de CCISM em Portugal. O Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro⁵⁹, marca o início das experiências-piloto de CCISM ao identificar e autorizar a celebração de 25 contratos-programa com entidades integradas ou a integrar a RNCCI, mediante a assunção de responsabilidades partilhadas entre a Saúde e a Segurança Social⁶⁰. As experiências-piloto permitiram não só desenvolver novas respostas de CCISM para a população adulta, a infância e a adolescência, mas também reconverter as unidades criadas ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, em tipologias de CCISM. Para além de pretenderem dar continuidade à implementação progressiva da RNCCI na área da saúde mental pelo território nacional, as experiências-piloto de CCISM destinaram-se, ainda, a *“testar a regulamentação e desenvolver um conjunto de competências, que possibilitará assegurar no futuro projetos efetivos de reabilitação para os utentes com doença mental grave”*^{61(p.26)}.

As unidades e as equipas de CCISM funcionaram somente em regime de experiências-piloto entre 2017 e 2020, mediante a celebração de novos contratos-programa e a atribuição de prorrogações sucessivas aos contratos-programa existentes até 31 de dezembro desse último ano. O término das experiências-piloto de CCISM em Portugal foi acompanhado pela sua subsequente conversão efetiva em unidades e equipas de CCISM, tendo sido garantida a continuidade do funcionamento deste segmento especializado da RNCCI através da celebração de contratos-programa autorizados pelo Despacho n.º 2082-A/2021, de 24 de fevereiro⁶².

Desde 2021 até ao momento presente, o funcionamento destas respostas específicas de CCISM no país tem-se mantido assegurado pelos contratos-programa previamente celebrados com entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas da RNCCI na área da saúde mental. À data atual, importa especificar que o Despacho n.º 9849/2024,

de 26 de agosto⁶³, já veio autorizar o Instituto da Segurança Social (ISS) e a ACSS a assumirem com as unidades e equipas de CCISM integradas na RNCCI compromissos plurianuais decorrentes dos contratos-programa para o triénio de 2024 a 2026.

De acordo com o disposto na Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸, que revoga a Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril⁵⁶, alterada e republicada pela Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro⁶⁴, as tipologias que integram os CCISM em Portugal destinam-se à população adulta, a crianças e a adolescentes. No tocante às tipologias de saúde mental da RNCCI para adultos, identificadas na Tabela 1 e caracterizadas na Tabela 2, estas estruturas subdividem-se em unidades residenciais (RTA – Residência de Treino de Autonomia, RA – Residência Autónoma de Saúde Mental, RAMo – Residência de Apoio Moderado e RAMa – Residência de Apoio Máximo), Unidade Socio-Ocupacional (USO) e Equipa de Apoio Domiciliário (EAD). Os critérios de admissão nas diferentes tipologias de CCISM dirigidas à população adulta encontram-se detalhados na Tabela 2.

Tabela 1: Tipologias de cuidados continuados integrados de saúde mental

Tipologias para adultos	Tipologias para a infância e adolescência
<ul style="list-style-type: none"> Residência de Treino de Autonomia (RTA) Residência Autónoma de Saúde Mental (RA) Residência de Apoio Moderado (RAMo) Residência de Apoio Máximo (RAMa) 	<ul style="list-style-type: none"> Residência de Treino de Autonomia tipo A (RTA-A) Residência de Treino de Autonomia tipo B (RTA-B) Residência de Apoio Máximo (RAMa-IA)
<ul style="list-style-type: none"> Unidade Socio-Ocupacional (USO) Equipa de Apoio Domiciliário (EAD) 	<ul style="list-style-type: none"> Unidade Socio-Ocupacional (USO-IA) Equipa de Apoio Domiciliário (EAD-IA)

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde^{65(p.1)}

As unidades e as equipas de CCISM visam acompanhar as pessoas com incapacidade psicossocial resultante de DMG nos seus processos de reabilitação, de recuperação de competências psicossociais e de reintegração familiar e comunitária, com recurso a um plano individual de intervenção (PII) elaborado pela equipa técnica com a participação dos utentes e em articulação com os profissionais de saúde mental dos SLSM, mediante a sua sinalização e posterior referenciação (através das EGA – Equipas de Gestão de Altas) para as respostas de CCISM mais adequadas ao seu grau de incapacidade⁶⁵.

Tabela 2: Caracterização das unidades e equipas de CCISM e sintetização dos critérios de admissão nestas tipologias para adultos em Portugal

Tipologia	Residência de Treino de Autonomia (RTA)	Residência Autónoma de Saúde Mental (RA)	Residência de Apoio Moderado (RAMO)	Residência de Apoio Máximo (RAMa)	Unidade Socio-Ocupacional (USO)	Equipa de Apoio Domiciliário (EAD)
Localização	Comunidade	Comunidade	Comunidade	Comunidade	Comunidade	Domicílio próprio, familiar ou equiparado
Destinatários	Pessoas com reduzido ou moderado grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, que encontram clinicamente estabilizadas e conservam alguma funcionalidade	Pessoas com reduzido grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, clinicamente estabilizadas, sem suporte familiar ou social adequado	Pessoas com moderado grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, clinicamente estabilizadas, sem suporte familiar ou social adequado	Pessoas com elevado grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, clinicamente estabilizadas, sem suporte familiar ou social adequado	Pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, estabilizadas clinicamente, que apresentam incapacidades nas áreas relacional, ocupacional e de integração social	Pessoas com doença mental grave, estabilizadas clinicamente, que necessitam de programa adaptado ao grau de incapacidade psicossocial, para reabilitação de competências relacionais, de organização pessoal e doméstica e de acesso aos recursos na comunidade
Período máximo de permanência	12 meses consecutivos, com possibilidade de prorrogação de acordo com proposta da equipa técnica e parecer favorável da respetiva ECR	12 meses consecutivos, com possibilidade de prorrogação de acordo com proposta da equipa técnica e parecer favorável da respetiva ECR	12 meses consecutivos, com possibilidade de prorrogação de acordo com proposta da equipa técnica e parecer favorável da respetiva ECR	12 meses consecutivos, com possibilidade de prorrogação de acordo com proposta da equipa técnica e parecer favorável da respetiva ECR	12 meses consecutivos, com possibilidade de prorrogação de acordo com proposta da equipa técnica e parecer favorável da respetiva ECR	N/A
Capacidade máxima	12 utentes por residência	7 utentes por residência	16 utentes por residência	24 utentes por residência	30 utentes por dia	8 visitas domiciliárias por dia
Período de funcionamento	24 horas por dia, todos os dias do ano	24 horas por dia, todos os dias do ano	24 horas por dia, todos os dias do ano	24 horas por dia, todos os dias do ano	8 horas por dia, nos dias úteis	7 dias por semana
Critérios de admissão (cumulativos)	<ul style="list-style-type: none"> • Grau moderado ou reduzido de incapacidade psicossocial por doença mental grave • Estabilização clínica da fase aguda da doença ou necessidade de consolidação da estabilização clínica, desde que o seu comportamento não ponha em causa a convivência com os outros utentes • Funcionalidade básica conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nas áreas da orientação espaço-temporal, cuidados pessoais, mobilidade física e relação interpessoal, que viabilize a interação e vivência em grupo • Necessidade de supervisão nas atividades básicas de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária • Aceitação do programa de reabilitação • Aceitação do termo de pagamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Grau reduzido de incapacidade psicossocial por doença mental grave • Ausência de suporte familiar ou social adequado • Estabilização clínica da fase aguda da doença • Funcionalidade básica e instrumental conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nas áreas da orientação espaço-temporal, cuidados pessoais, mobilidade física e relação interpessoal, que viabilize interação e vivência em grupo e a autonomia na comunidade • Necessidade de supervisão regular nas atividades instrumentais de vida diária • Aceitação do programa de reabilitação • Aceitação do termo de pagamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Grau moderado de incapacidade psicossocial por doença mental grave • Ausência de suporte familiar ou social adequado • Estabilização clínica da fase aguda da doença • Funcionalidade instrumental conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nas áreas da orientação espaço-temporal, cuidados pessoais, mobilidade física, relação interpessoal, atividades de vida doméstica e mobilidade na comunidade • Dificuldades relacionais significativas, sem incapacidade a nível da mobilidade na comunidade e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros • Necessidade de supervisão regular nas atividades básicas de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária • Aceitação do programa de reabilitação • Aceitação do termo de pagamento • Necessidade de descanso do principal cuidador por períodos até 30 dias consecutivos, num máximo de 90 dias por ano, no que respeita a utentes com suporte familiar ou social adequado que reúnam os restantes critérios de admissão 	<ul style="list-style-type: none"> • Grau elevado de incapacidade psicossocial por doença mental grave • Ausência de suporte familiar ou social adequado • Estabilização clínica da fase aguda da doença • Graves limitações funcionais ou cognitivas, dificuldades relacionais acentuadas, incapacidade para reconhecer situações de perigo, incapacidade para desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e/ou de terceiros e reduzida mobilidade na comunidade • Necessidade de apoio na higiene, na alimentação e cuidados pessoais, na gestão do dinheiro e da medicação • Aceitação do programa de reabilitação • Aceitação do termo de pagamento • Necessidade de descanso do principal cuidador por períodos até 30 dias consecutivos, num máximo de 90 dias por ano, no que respeita a utentes com suporte familiar ou social adequado que reúnam os restantes critérios de admissão 	<ul style="list-style-type: none"> • Grau moderado ou reduzido de incapacidade psicossocial por doença mental grave • Estabilização clínica, tendo ultrapassado a fase aguda da doença • Comportamentos que não ponham em causa a convivência com os outros utentes ou impossibilitem o trabalho em grupo • Funcionalidade básica conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nomeadamente nas áreas da orientação espaço-temporal, mobilidade física e cuidados pessoais • Perturbação da funcionalidade nas áreas relacional, ocupacional e/ou profissional • Necessidade de apoio e supervisão nas atividades da vida diária, na alimentação e na gestão da medicação, apoio socio-ocupacional, sensibilização e treino de familiares e cuidadores informais, apoio a grupos de autoajuda, apoio e encaminhamento para serviços de formação e integração profissional • Aceitação do programa de reabilitação • Aceitação do termo de pagamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualquer grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave • Residência na comunidade em domicílio próprio ou familiar • Estabilização clínica, tendo ultrapassado a fase aguda da doença • Necessidade de programa adaptado ao grau de incapacidade psicossocial para promoção da autonomia nas atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais da vida diária, facilitação do acesso a atividades ocupacionais, de convívio ou lazer, sensibilização, envolvimento e treino dos familiares e cuidadores informais na prestação de cuidados, acesso a cuidados de saúde gerais e da especialidade de psiquiatria, supervisão e gestão da medicação • Aceitação do programa de reabilitação • Aceitação do termo de pagamento
Critério de admissão (facultativo)						

Fonte: Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸

Com o intuito de caracterizar a evolução e a distribuição das respostas de CCISM em Portugal durante os primeiros cinco anos da sua efetiva implementação no país, as tabelas seguintes fornecem informação sobre os lugares contratados, os contratos-programa celebrados na área da saúde mental, a atividade assistencial de CCISM e os utentes a aguardar vaga nestas respostas da RNCCI na área da saúde mental dirigidas à população adulta, desde o ano de 2017 que marcou o início das experiências-piloto de CCISM até 2021/2022, consoante os dados disponíveis para o período em análise.

Na Tabela 3 é possível constatar que o número de lugares contratados na área da saúde mental aumentou substancialmente de 189 lugares em 2017 para 502 lugares em 2021 no conjunto das tipologias de CCISM para adultos, crianças e adolescentes; tendo, no entanto, registado um ligeiro decréscimo de 1,6% entre 2021 e 2022 (totalizando 494 lugares no último ano em análise). Embora a evolução globalmente positiva reflita o necessário alargamento da oferta disponível de CCISM a nível nacional, importa referir que a capacidade instalada no país ainda se encontra aquém da meta estabelecida no Programa Nacional para a Saúde Mental referente à criação de 1.500 lugares para adultos em CCISM até 2020⁴³. É de salientar que, tal como sucedeu desde o início das experiências-piloto de CCISM, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) asseguraram 93,5% (462 lugares) do total de lugares contratados em CCISM no ano de 2022, enquanto as Santas Casas da Misericórdia (SCM) garantiram os demais lugares (6,5%; 32 lugares). Assim, na senda das recomendações emanadas do PNSM 2007-2016, importa reforçar a articulação dos serviços públicos de saúde mental com o setor social convencionado a nível nacional, nomeadamente com as ordens religiosas e misericórdias¹³. O reforço e a expansão desta cooperação assistencial justifica-se pelo peso significativo que as instituições do setor social convencionado têm ocupado no conjunto do sistema prestador de cuidados de saúde mental em Portugal, representando a totalidade das respostas de CCISM que já se encontram disponíveis no país.

Tabela 3: Evolução do número de lugares contratados no âmbito dos CCISM em Portugal entre 2017 e 2022, por titularidade da entidade prestadora

Titularidade (tipologias para adultos, infância e adolescência)	2017		2018		2019		2020		2021		2022		Variação 2022/2021 %
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
IPSS	189	100,0%	255	91,4%	254	91,4%	346	91,5%	470	93,6%	462	93,5%	-1,7%
SCM	0	0,0%	24	8,6%	24	8,6%	32	8,5%	32	6,4%	32	6,5%	0,0%
Outros (SNS, Privados)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	N/A
Total nacional	189	100,0%	279	100,0%	278	100,0%	378	100,0%	502	100,0%	494	100,0%	-1,6%

Fonte: Ministério da Saúde^{66(p.114),67(p.110),68(p.120),69(p.138),70(p.177),71(p.36)}

Particularmente no que respeita às tipologias de CCISM para adultos, a Tabela 4 revela uma evolução positiva no número de contratos-programa celebrados na área da saúde mental entre 2017 e 2021 (de 17 para 35 acordos, respetivamente) em Portugal, assim como um crescimento de 45,8% nos últimos dois anos do período em análise (de 24 acordos em 2020 para 35 acordos em 2021), que se refletiu equitativamente tanto no conjunto das unidades residenciais (45,5%, com destaque para as RTA) como no conjunto das unidades de ambulatório e das equipas de apoio domiciliário (46,2%, com destaque para as EAD). Do total de 35 contratos-programa celebrados no âmbito dos CCISM a nível nacional em 2021, assinala-se que 16 deles (45,7%) se reportaram a acordos especificamente efetuados para as unidades residenciais dirigidas à população adulta (dos quais, cinco acordos para RAMo e apenas três acordos para RAMa).

Tabela 4: Evolução do número de contratos-programa celebrados no âmbito dos CCISM entre 2017 e 2021 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos

Tipologias para adultos	2017		2018		2019		2020		2021		Variação 2021/2020
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
RTA	2	14,3%	2	11,8%	3	20,0%	2	8,3%	4	11,4%	100,0%
RA	4	28,6%	4	23,5%	3	20,0%	4	16,7%	4	11,4%	0,0%
RAMo	2	14,3%	3	17,6%	4	26,7%	3	12,5%	5	14,3%	66,7%
RAMa	1	7,1%	2	11,8%	2	13,3%	2	8,3%	3	8,6%	50,0%
Subtotal residências	9	64,3%	11	64,7%	12	80,0%	11	45,8%	16	45,7%	45,5%
USO	2	14,3%	3	17,6%	2	13,3%	6	25,0%	7	20,0%	16,7%
EAD	3	21,4%	3	17,6%	1	6,7%	7	29,2%	12	34,3%	71,4%
Subtotal ambulatório e domiciliário	5	35,7%	6	35,3%	3	20,0%	13	54,2%	19	54,3%	46,2%
Total nacional	14	100,0%	17	100,0%	15	100,0%	24	100,0%	35	100,0%	45,8%

Fonte: Ministério da Saúde^{66(p.114),67(p.110),68(p.120),69(p.138),70(p.177)}

Relativamente à capacidade instalada de unidades e equipas de CCISM para adultos no país, os dados constantes na Tabela 5 revelaram existir um total de 35 estruturas em 2022, das quais: 16 unidades residenciais, 12 EAD e sete USO em Portugal. É de realçar que, em 2022, 57,2% do total de 35 unidades e equipas de CCISM para adultos se encontravam localizadas nas regiões do Norte (28,6%) e do Centro (28,6%); sendo que as demais estruturas de CCISM estavam geograficamente dispersas pelas regiões de Lisboa e Vale do Tejo (LVT; 22,9%), do Algarve (11,4%) e do Alentejo (apenas 8,6%). Para além de existir uma grande dispersão geográfica destas estruturas da RNCCI pelo território nacional, importa salientar que, em 2022, nenhuma região do país dispunha de todas as tipologias de CCISM dirigidas à população adulta e, ainda, que não havia

nenhuma unidade residencial disponível na região do Algarve. Acresce que a maioria (75%) das 16 unidades residenciais de CCISM para adultos existentes no país se concentrou nas regiões do Centro (com seis unidades residenciais, nas tipologias RTA, RAMo e RAMa) e de LVT (também com seis unidades disponíveis nas quatro tipologias residenciais), seguindo-se as regiões do Norte (com três unidades residenciais, apenas nas tipologias RA e RAMa) e do Alentejo (somente com uma unidade residencial, na tipologia RAMo). Estes dados sugerem que o Algarve e o Alentejo são as duas regiões do país mais carenciadas em termos de unidades residenciais de CCISM para adultos.

Tabela 5: Distribuição do número de unidades e equipas de CCISM em 2022 em Portugal, por região e tipologia de resposta para adultos

Tipologias para adultos	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve		Portugal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
RTA	0	0,0%	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
RA	2	50,0%	0	0,0%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
RAMo	0	0,0%	2	50,0%	1	25,0%	1	25,0%	0	0,0%	4	100,0%
RAMa	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
Subtotal residências	3	18,8%	6	37,5%	6	37,5%	1	6,3%	0	0,0%	16	100,0%
USO	2	28,6%	3	42,9%	0	0,0%	0	0,0%	2	28,6%	7	100,0%
EAD	5	41,7%	1	8,3%	2	16,7%	2	16,7%	2	16,7%	12	100,0%
Subtotal ambulatório e domiciliário	7	36,8%	4	21,1%	2	10,5%	2	10,5%	4	21,1%	19	100,0%
Total nacional	10	28,6%	10	28,6%	8	22,9%	3	8,6%	4	11,4%	35	100,0%

Fonte: Website da Administração Central do Sistema de Saúde⁷²

A fim de analisar mais detalhadamente a capacidade instalada da RNCCI na área da saúde mental em Portugal, na Tabela 6 apresenta-se a distribuição regional do total de 457 lugares de CCISM existentes a 31 de dezembro de 2022 no território continental, por tipologia de resposta para adultos. No final de 2022, a maior parte (60,6%) dos 457 lugares existentes a nível nacional nas unidades e nas equipas de CCISM dirigidas à população adulta corresponderam a lugares de ambulatório e domiciliários (277 lugares no conjunto das USO e EAD), sendo que as unidades residenciais representaram 39,4% da oferta disponível com o total de 180 lugares de internamento nas várias tipologias. A 31 de dezembro de 2022, as duas regiões do país com o maior conjunto de unidades e equipas de CCISM para adultos foram o Centro (35%; 160 lugares) e o Norte (29,1%; 133 lugares), seguidas de LVT (17,9%; 82 lugares), do Algarve (12,3%; 56 lugares) e do Alentejo (5,7%; 26 lugares). No mesmo período, o subtotal de 277 lugares de

ambulatorio e domiciliários de CCISM para adultos existentes em Portugal também se concentrou nas regiões Norte (34,3%; 95 lugares) e Centro (33,9%; 94 lugares), seguindo-se o Algarve (20,2%; 56 lugares) e registando-se o menor peso relativo de 11,6% em ambas as regiões de LVT e do Alentejo (com cada uma delas a assegurar 16 lugares apenas na tipologia EAD e a não ter nenhum lugar na tipologia USO). A 31 de dezembro de 2022, a distribuição regional do subtotal de 180 lugares residenciais de CCISM para adultos existentes no país assumiu uma configuração distinta da verificada nos restantes lugares, na medida em que as regiões do Centro e de LVT representaram conjuntamente 73,4% do total de lugares residenciais (com cada uma delas a disponibilizar 66 lugares residenciais de CCISM), sendo sucedidas pelo Norte (21,1%; 38 lugares) e pelo Alentejo (5,6%; 10 lugares apenas na tipologia RAMo).

Tabela 6: Distribuição do número de lugares de CCISM existentes a 31 de dezembro de 2022 em Portugal, por região e tipologia de resposta para adultos

Tipologias para adultos	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve		Portugal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
RTA	0	0,0%	18	48,6%	19	51,4%	0	0,0%	0	0,0%	37	100,0%
RA	14	51,9%	0	0,0%	13	48,1%	0	0,0%	0	0,0%	27	100,0%
RAMo	0	0,0%	24	54,5%	10	22,7%	10	22,7%	0	0,0%	44	100,0%
RAMa	24	33,3%	24	33,3%	24	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	72	100,0%
Subtotal residências	38	21,1%	66	36,7%	66	36,7%	10	5,6%	0	0,0%	180	100,0%
USO	55	30,4%	86	47,5%	0	0,0%	0	0,0%	40	22,1%	181	100,0%
EAD	40	41,7%	8	8,3%	16	16,7%	16	16,7%	16	16,7%	96	100,0%
Subtotal ambulatório e domiciliário	95	34,3%	94	33,9%	16	5,8%	16	5,8%	56	20,2%	277	100,0%
Total nacional	133	29,1%	160	35,0%	82	17,9%	26	5,7%	56	12,3%	457	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde⁷¹(p.32)

No fim de 2022, importa salientar que a região do Algarve não dispunha de nenhum lugar em quaisquer tipologias residenciais para adultos. Além da ausência integral de cobertura das unidades residenciais de CCISM no Algarve, também importa assinalar a sua cobertura apenas parcial nas restantes regiões do país, com exceção da região de LVT onde existiam lugares em todas as tipologias de residências em dezembro de 2022. Com efeito, no fim de 2022, os lugares nas tipologias residenciais destinadas a pessoas com menores graus de incapacidade psicossocial eram inexistentes em três regiões do país (com as tipologias RTA e RA sem lugares no Alentejo e no Algarve, não havendo também lugares em RTA no Norte e em RA no Centro), sendo os lugares nas tipologias

residenciais destinadas a pessoas com maiores graus de incapacidade psicossocial inexistentes em duas regiões (com as tipologias RAMo e RAMa sem lugares no Algarve, não havendo também lugares em RAMo no Norte e em RAMa no Alentejo). No entanto, dados publicados recentemente pela ERS revelam que o total de lugares de CCISM para adultos existente no país registou um crescimento de 37% entre 2020 (com 333 lugares, dos quais 122 em unidades residenciais) e 2021-2022 (457 lugares mantidos nos últimos dois anos em análise)⁷³. Considerando que a prestação de CCISM ainda é bastante limitada e assimétrica em Portugal, a expansão dos lugares residenciais, de ambulatório e domiciliários precisa de ser agilizada e orientada pelos princípios da universalidade e da equidade no acesso dos utentes a estas respostas da RNCCI.

A Tabela 7 sintetiza a atividade assistencial de CCISM nas tipologias para adultos em Portugal entre 2021 e 2022, no que respeita ao número de utentes assistidos, à demora média e à taxa de ocupação nestas estruturas da RNCCI na área da saúde mental.

Tabela 7: Caracterização da atividade assistencial de CCISM em 2021 e 2022 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos

Tipologias para adultos	Utentes Assistidos					Demora Média			Taxa de Ocupação		
	2021		2022		Var. 2022 /2021	2021	2022	Var. 2022 /2021	2021	2022	Var. 2022/ 2021
	N	%	N	%	%	Dias	Dias	%	%	%	%
RTA	21	4,6%	45	7,7%	114,3%	209	367	75,6%	96,7%	70,3%	-27,3%
RA	32	7,1%	30	5,2%	-6,3%	406	954	135,0%	89,4%	82,3%	-7,9%
RAMo	25	5,5%	58	10,0%	132,0%	1061	430	-59,5%	90,2%	72,9%	-19,2%
RAMa	62	13,7%	74	12,7%	19,4%	698	1609	130,5%	96,3%	98,2%	2,0%
Subtotal residências	140	30,9%	207	35,6%	47,9%						
USO	188	41,5%	195	33,5%	3,7%	413	593	43,6%	68,3%	67,0%	-1,9%
EAD	125	27,6%	180	30,9%	44,0%	443	427	-3,6%	30,7%	34,3%	11,7%
Subtotal ambulatório e domiciliário	313	69,1%	375	64,4%	19,8%						
Total nacional	453	100,0%	582	100,0%	28,5%						

Fonte: Ministério da Saúde⁷⁰(p.186-187),⁷¹(p.63,104,107)

Os dados apresentados na Tabela 7 revelam que o número de utentes assistidos nas tipologias de CCISM para adultos aumentou 28,5% entre 2021 e 2022 em Portugal (de 453 para 582 utentes, respetivamente)⁷¹. Entre 2021 e 2022 houve um crescimento mais acentuado do número de utentes assistidos no conjunto das unidades residenciais (+47,9%; de 140 para 207 utentes, respetivamente) do que no conjunto das respostas

de ambulatório e domiciliare (+19,8%; de 313 para 375 utentes, respetivamente) para adultos no país. Saliente-se uma evolução positiva relativamente a este indicador em todas as tipologias de CCISM para adultos no período em análise a nível nacional, com exceção da tipologia RA (devido à diminuição de -6,3%; de 32 utentes em 2021 para 30 utentes em 2022). Em Portugal, entre 2021 e 2022, registou-se o maior crescimento do número de utentes assistidos nas tipologias RAMo (+132%; de 25 para 58 utentes, respetivamente) e RTA (+114,3%, de 21 para 45 utentes, respetivamente), seguindo-se as tipologias EAD (+44%; de 125 para 180 utentes, respetivamente), RAMa (+19,4%; de 62 para 74 utentes, respetivamente) e USO (+3,7%; de 188 para 195 utentes, respetivamente). Estes dados permitem, ainda, concluir que o maior número de utentes assistidos no conjunto das unidades residenciais para adultos se concentrou na tipologia RAMa em 2021 (62 utentes) e 2022 (74 utentes) e que, no ano mais recente do período em análise (2022), as demais unidades residenciais de CCISM que assistiram mais utentes foram sucessivamente as tipologias RAMo (58 utentes), RTA (45 utentes) e RA (30 utentes)⁷¹. Isto significa que, conjuntamente, as tipologias RAMa e RAMo, com capacidade para dar resposta a maiores graus de incapacidade psicossocial por DMG, foram as unidades residenciais de CCISM que assistiram mais utentes adultos no país.

Na Tabela 7 verifica-se que, com exceção das tipologias RAMo e EAD, a demora média aumentou em todas as demais unidades de CCISM para adultos entre 2021 e 2022 em Portugal; tendo sido compreensivelmente maior na tipologia RAMa destinada a pessoas com mais elevados graus de incapacidade psicossocial por DMG no ano 2022. A nível nacional, entre 2021 e 2022, o agravamento da demora média foi bastante mais vincado nas tipologias RA (+135%; de 406 para 954 dias, respetivamente) e RAMa (+130,5%; de 698 para 1.609 dias, respetivamente), tendo-se também acentuado nas tipologias RTA (+75,6%; de 209 para 367 dias, respetivamente) e USO (+43,6%; de 413 para 593 dias, respetivamente). Este expressivo aumento da demora média em três das quatro tipologias residenciais de CCISM para adultos no país resulta, em grande medida, do reduzido número de altas⁷¹, sendo um sinal indicativo da necessidade de: por um lado, diminuir o tempo de permanência dos utentes residentes nestas unidades (o qual, por exemplo na tipologia RAMa, ainda foi substancialmente superior ao período máximo de 12 meses estipulado na Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸) em prol do combate à indesejável “reinstucionalização”; e, por outro lado, criar mais lugares nas unidades residenciais de CCISM para os utentes referenciados que se encontram em lista de espera e que permanecem internados, para além do tempo clinicamente apropriado, em serviços hospitalares psiquiátricos a aguardar vaga nestas estruturas da RNCCI.

Não obstante a necessidade de incrementar o número de lugares de CCISM no território nacional, os dados constantes na Tabela 7 revelam, ainda, que a taxa de ocupação na maioria das estruturas da RNCCI na área da saúde mental para a população adulta registou, paradoxalmente, uma evolução negativa entre 2021 e 2022 em Portugal. Com exceção da tipologia RAMa, que obteve um ténue aumento de 2% na sua já elevada taxa de ocupação entre 2021 e 2022 (de 96,3% para 98,2%, respetivamente), nas demais unidades residenciais de CCISM para adultos a nível nacional observaram-se os seguintes decréscimos nas suas respetivas taxas de ocupação entre 2021 e 2022: -27,3% na tipologia RTA (de 96,7% para 70,3%, respetivamente), -19,2% na tipologia RAMo (de 90,2% para 72,9%, respetivamente) e -7,9% na tipologia RA (de 89,4% para 82,3%, respetivamente). Apesar deste decréscimo durante o período em análise, as taxas de ocupação das unidades residenciais para adultos em Portugal situaram-se acima de 70% nas tipologias RAMo e RTA, tendo sido superiores a 80% na tipologia RA e ultrapassado 95% na tipologia RAMa. Já no que respeita às estruturas de ambulatório e apoio domiciliário, entre 2021 e 2022, manteve-se a tendência de apresentarem taxas de ocupação inferiores às unidades residenciais para adultos, as quais se revelam mais evidentes na tipologia EAD (com taxas de ocupação de 30,7% e 34,3%, respetivamente) do que na tipologia USO (com taxas de ocupação de 68,3% e 67%, respetivamente). Por fim, importa referir que a diminuição das taxas de ocupação na maior parte das tipologias de CCISM entre 2021 e 2022 sugere uma subutilização destes escassos recursos já disponíveis no país, podendo explicar-se por constrangimentos prévios nos processos de referenciação e admissão de utentes adultos nestas respostas da RNCCI.

A Tabela 8 permite constatar que o número de utentes a aguardar vaga no conjunto das unidades e equipas de CCISM em Portugal tem vindo a aumentar paulatinamente desde 2018 até 2022, tendo crescido 2,9% entre 31 de dezembro de 2021 e 31 de dezembro de 2022. Tal crescimento deve-se exclusivamente ao aumento do número de utentes a aguardar vaga em unidades residenciais de CCISM no país (+4,4%; de 68 para 71 utentes entre o fim de 2021 e de 2022), visto que a tipologia de EAD não tinha nenhum utente em lista de espera e a tipologia de USO tinha apenas um utente nessa situação a 31 de dezembro de 2022. Neste último dia do período em análise, mais de metade dos utentes em lista de espera aguardavam vaga para a tipologia RAMa (59,7%), seguindo-se a necessidade de colocação em RAMo (29,2%) e, com pesos relativos muito inferiores, em RTA (6,9%) e em RA (2,8%). Estes dados sugerem que as unidades residenciais de CCISM mais necessárias no país são as tipologias RAMa e RAMo, que se destinam aos utentes adultos com maiores graus de incapacidade psicossocial.

Tabela 8: Evolução do número de utentes a aguardar vaga em CCISM entre 2017 e 2022 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos

Tipologias para adultos	2017 (31/12/2017)		2018 (31/12/2018)		2019 (31/12/2019)		2020 (31/12/2020)		2021 (31/12/2021)		2022 (31/12/2022)		Varição Dez 2022 /Dez 2021
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
RTA	0	0,0%	1	4,5%	2	3,8%	3	4,9%	4	5,7%	5	6,9%	25,0%
RA	0	0,0%	0	0,0%	1	1,9%	1	1,6%	2	2,9%	2	2,8%	0,0%
RAMo	0	0,0%	2	9,1%	17	32,1%	20	32,8%	19	27,1%	21	29,2%	10,5%
RAMa	0	0,0%	18	81,8%	33	62,3%	36	59,0%	43	61,4%	43	59,7%	0,0%
Subtotal residências	0	0,0%	21	95,5%	53	100,0%	60	98,4%	68	97,1%	71	98,6%	4,4%
USO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%	2	2,9%	1	1,4%	-50,0%
EAD	0	0,0%	1	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	N/A
Subtotal ambulatório e domiciliário	0	0,0%	1	4,5%	0	0,0%	1	1,6%	2	2,9%	1	1,4%	-50,0%
Total nacional	0	0,0%	22	100,0%	53	100,0%	61	100,0%	70	100,0%	72	100,0%	2,9%

Fonte: Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde⁷⁴

Apesar da expansão gradual da RNCCI na área da saúde mental durante os primeiros sete anos (2017-2024) da sua implementação em Portugal, ainda persiste uma enorme escassez de respostas de CCISM para os utentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG. A este propósito, o CNS (2019) também já havia advertido que:

“A reduzida dimensão da rede (...) é uma limitação importante para a prestação de respostas de reabilitação e de apoio às pessoas com doença mental. (...) Afigura-se como urgente a correção das assimetrias geográficas e a continuação de criação de novos lugares, sobretudo nas tipologias mais necessárias como as Residências de Apoio Moderado e as Residências de Apoio Máximo”² (p.91).

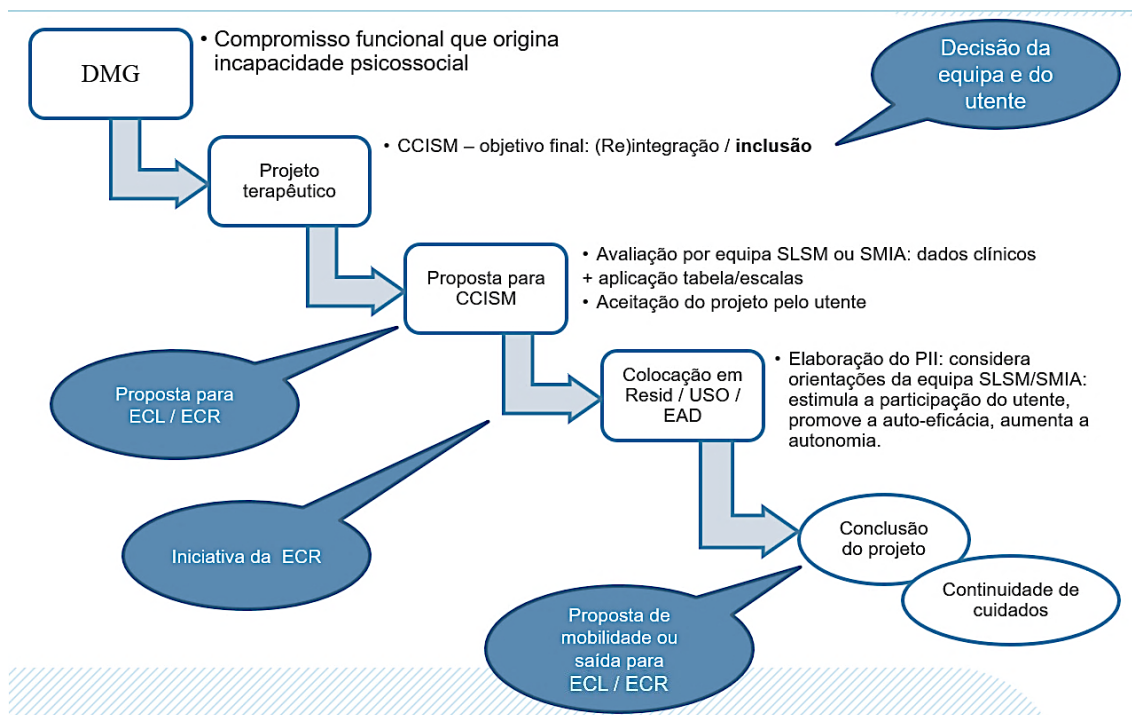
No momento presente urge, pois, ampliar as respostas de CCISM existentes no país e corrigir as acentuadas assimetrias regionais que ainda refletem o baixo nível de implementação da RNCCI na área da saúde mental no território nacional. A continuidade e o alargamento destas respostas está previsto a breve trecho com recurso a maiores dotações orçamentais, a um plano de investimento para reforçar o SNS e a apoios financeiros advenientes do PRR – Recuperar Portugal 2021-2026 para a criação, a instalação e o funcionamento regular das unidades e das equipas de CCISM no país⁷⁵.

1.3.3. Referenciação a cuidados continuados integrados de saúde mental

O processo de referenciação para CCISM encontra-se ilustrado na Figura 5, devendo cumprir as orientações emanadas do Guia de Referenciação para as unidades e as equipas de saúde mental da RNCCI⁶⁵, e integrar não só a informação de um médico psiquiatra e um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

(ESMP), mas também a informação complementar prevista na Circular Normativa Conjunta n.º 06/2022/ACSS/ISS, de 29 de junho, relativamente aos módulos de preenchimento obrigatório e à periodicidade das avaliações – realizadas por médico psiquiatra, por enfermeiro especialista em ESMP e por assistente social com intervenção em saúde mental – para as respostas de CCISM no sistema de informação (SI) da RNCCI⁷⁶.

Figura 5: Processo de referenciação para CCISM em Portugal



Fonte: Adaptado da Administração Central do Sistema de Saúde^{65(p.7)}

Quanto à elegibilidade da população adulta, podem ser referenciadas para CCISM as pessoas de 18 ou mais anos com diagnóstico psiquiátrico e incapacidade psicossocial resultante de DMG, clinicamente estabilizada e tendencialmente crónica, cujo projeto de reabilitação exija um acompanhamento programado em unidades (residenciais e sócio-ocupacionais) ou equipas (apoio domiciliário) da RNCCI na área da saúde mental⁶⁵. Os utentes com DMG podem ser sinalizados para CCISM por um profissional de saúde ou de apoio social; sendo que, após sinalização, os serviços (nomeadamente, os SLSM e os ACES) podem proceder à referenciação após a obtenção prévia do consentimento informado do próprio utente, a avaliação do seu grau de incapacidade psicossocial e o cumprimento dos critérios de admissão nas diferentes tipologias de CCISM (Tabela 2).

Segundo o articulado da Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro, as propostas de referenciação antecedem obrigatoriamente a admissão nas unidades e nas equipas de CCISM, sendo avaliadas pelas Equipas de Coordenação Local (ECL) da RNCCI quando a referenciação é oriunda dos SLSM e dos serviços regionais de saúde mental (no caso dos utentes da respetiva rede de programas e serviços), dos ACES (no caso dos utentes sinalizados pela comunidade, mediante validação prévia das propostas pelos respetivos SLSM) e das unidades psiquiátricas de internamento do setor social convencionado¹⁸.

As ECL são compostas por profissionais das áreas da Saúde e da Segurança Social, devendo integrar também um médico psiquiatra, um enfermeiro especialista em ESMP e um assistente social do SLSM. Por seu turno, as Equipas de Coordenação Regional (ECR) da RNCCI detêm o número de vagas existentes nas unidades e nas equipas de CCISM da sua área de atuação, possuindo competências na atribuição de vaga a cada utente (respeitando o princípio da proximidade ao domicílio e ao SLSM que lhe presta cuidados clínicos), bem como na formação e no planeamento das respostas de CCISM. À semelhança das ECL, as ECR são compostas por profissionais das áreas da Saúde e da Segurança Social, devendo integrar também um médico psiquiatra, um enfermeiro especialista em ESMP e um assistente social com experiência na área da saúde mental. As propostas de admissão em CCISM provêm das ECR, tendo as entidades promotoras o prazo de um dia útil para aceitar cada pedido e, se for preciso, solicitar-lhes informação adicional, conforme o disposto na Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸.

Especificamente no que concerne aos utentes adultos provenientes de SLSM, a sua referenciação para as unidades e as equipas de CCISM é assegurada pelas EGA ou, em alternativa, pelas Equipas Referenciadoras (ER) dos respetivos hospitais onde se encontram internados. As EGA e as ER são equipas multidisciplinares (integrando, pelo menos, um médico, um enfermeiro e um assistente social, de acordo com o disposto na Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro⁷⁷) sediadas em hospitais integrados no SNS, cuja principal atividade consiste tanto na avaliação como na confirmação das propostas de referenciação para a RNCCI, nomeadamente para as tipologias de saúde mental, englobando também o planeamento atempado das altas relativas a todos os doentes que necessitam de cuidados continuados integrados, em articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos e, ainda, com as ECL e as ECR da RNCCI.

As propostas de referenciação para as tipologias de adultos de CCISM englobam a seguinte informação constante no Guia de Referenciação para as unidades e as equipas de saúde mental da RNCCI⁶⁵: os aspetos clínicos e de personalidade relevantes para a reabilitação, incluindo a motivação de cada utente para se envolver no seu projeto de reabilitação, o seu potencial reabilitativo e os recursos disponíveis; os objetivos que se

pretendem alcançar com o processo de recuperação; os critérios de admissão (detalhados por tipologia de resposta na Tabela 2), que refletem os motivos subjacentes à referenciação; a proposta da tipologia mais adequada para o utente e do PII recomendado; o diagnóstico principal do utente, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID); e, ainda, o seu registo de comorbilidades.

Após a compilação desta informação, a entidade referenciadora envia à ECL a proposta de referenciação para CCISM caso os utentes (adultos) sejam provenientes dos ACES, serviços locais ou regionais de saúde mental ou unidades psiquiátricas de internamento do setor social convencionado. A proposta de referenciação só é enviada diretamente à ECR casos os utentes (crianças ou adolescentes) provenham de um Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência (SMIA). Em ambos os casos, a admissão em CCISM pressupõe a manutenção do acompanhamento dos utentes por parte de um médico psiquiatra ou da equipa do SLSM/SMIA (em termos de avaliação psicopatológica, prescrição terapêutica e outras ações terapêuticas), assim como a articulação entre estes e a respetiva unidade ou a equipa de CCISM, a fim de assegurar uma efetiva continuidade de cuidados, procurar a melhor solução reabilitativa em cada momento, atualizar o PII e promover a recuperação psicossocial dos utentes^{18,65,76}.

A admissão nas unidades e equipas de saúde mental da RNCCI decorre da verificação de incapacidade psicossocial resultante de DMG e da necessidade de CCISM; sendo a avaliação do grau de incapacidade realizada a todos os utentes pelas entidades que intervêm nos processos de referenciação e prestação de cuidados e, ainda, suportada por um conjunto de instrumentos e de procedimentos avaliativos (a destacar: a tabela CIFsm – Classificação Internacional de Funcionalidade e o respetivo módulo de saúde mental) disponibilizados no SI da RNCCI e complementados pelo parecer técnico dos profissionais integrantes das equipas multidisciplinares referenciadoras ou prestadoras de cuidados clínicos e apoio social que acompanham os utentes propostos para CCISM.

De acordo com a Circular Normativa Conjunta n.º 06/2022/ACSS/ISS, de 29 de junho, os módulos de preenchimento obrigatório no aplicativo informático de monitorização da RNCCI por parte dos profissionais referenciadores dos hospitais e ACES para CCISM incluem a avaliação médica, a avaliação de enfermagem, a avaliação social, avaliações efetuadas por demais profissionais, assim como a tabela de CIFsm e outras informações relevantes à definição dos projetos individuais dos utentes propostos para ingressar nas respostas da RNCCI na área da saúde mental⁷⁶. Acresce que tanto a tabela de CIFsm como a avaliação dos profissionais das unidades e das equipas de CCISM são utilizados para avaliar periodicamente a evolução dos utentes que ingressaram efetivamente em programas de reabilitação psicossocial no âmbito da RNCCI. A reabilitação psicossocial

almejada no contexto das intervenções de CCISM é, assim, entendida como “o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade”^{8(p.258)}.

Na sequência da descrição dos processos de referenciação para CCISM e de admissão nas unidades e nas equipas de saúde mental da RNCCI, importa caracterizar a atividade de referenciação em Portugal considerando os dados publicamente disponíveis desde o início das experiências-piloto de CCISM no país em 2017 até 2022, no que respeita à evolução das referenciações e dos utentes referenciados por tipologia de resposta e por origem de referenciação, aos motivos subjacentes às referenciações para as tipologias de adultos e, ainda, ao tempo de referenciação despendido até à identificação de vaga. A Tabela 9 reflete o apuramento efetuado recentemente por Martins et al.¹⁹ do número de referenciações para as tipologias de saúde mental da RNCCI durante o período inicial das experiências-piloto (2017-2020) e o período subsequente (2021-2022), no qual foi garantida a continuidade das unidades e equipas de CCISM em Portugal.

Tabela 9: Evolução do número de referenciações para CCISM entre 2017-2020 e 2021-2022 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos

Tipologias para adultos	2017-2020		2021-2022		Total nacional 2017-2022		Varição 2017-2020/2021-2022
	N	%	N	%	N	%	%
RTA	44	8,1%	71	12,8%	115	10,5%	61,4%
RA	39	7,2%	30	5,4%	69	6,3%	-23,1%
RAMo	60	11,1%	82	14,8%	142	13,0%	36,7%
RAMa	132	24,4%	98	17,7%	230	21,0%	-25,8%
Subtotal residências	275	50,9%	281	50,8%	556	50,9%	2,2%
USO	183	33,9%	111	20,1%	294	26,9%	-39,3%
EAD	82	15,2%	161	29,1%	243	22,2%	96,3%
Subtotal ambulatório e domiciliário	265	49,1%	272	49,2%	537	49,1%	2,6%
Total nacional	540	100,0%	553	100,0%	1093	100,0%	2,4%

Fonte: Martins et al.^{19(p.1611)}

Segundo o estudo elaborado por Martins et al.¹⁹, durante os primeiros cinco anos de implementação dos CCISM realizou-se um total de 1.093 referenciações para o conjunto das tipologias de adultos no país, sendo que as unidades residenciais (50,9%; 556 referenciações) congregaram o maior número de referenciações por comparação com as estruturas de ambulatório e domiciliárias (49,1%; 537 referenciações). Considerando

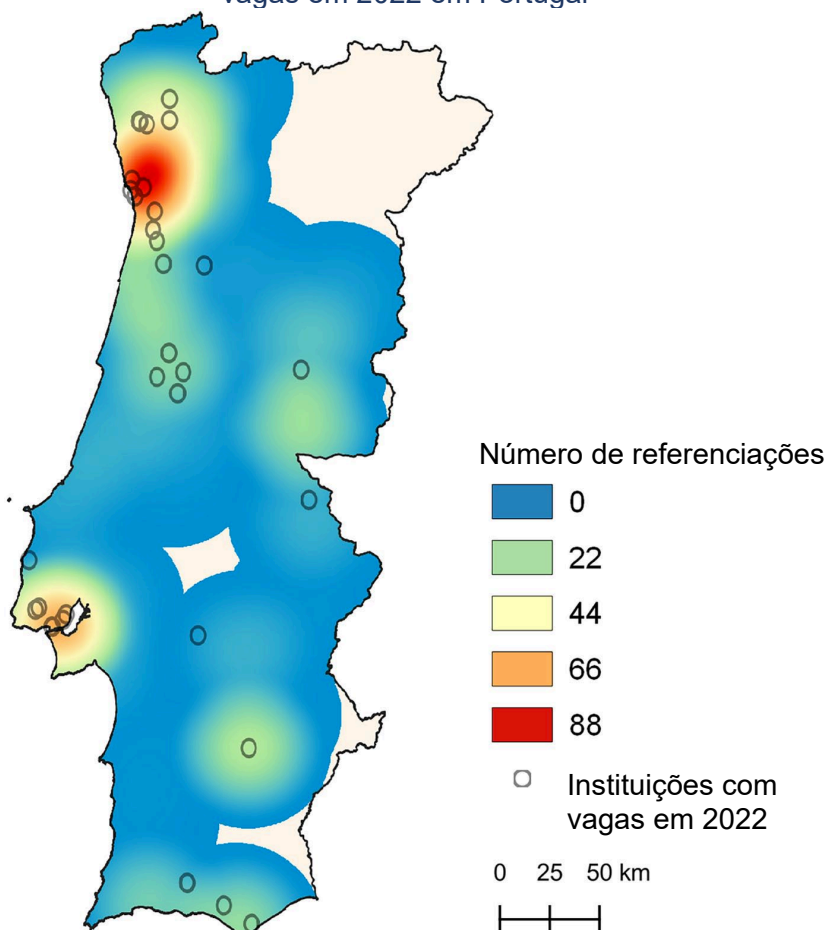
apenas as unidades residenciais, a RAMa (com 230 referências) foi a tipologia que registou o maior número de referências entre 2017 e 2022, seguindo-se a RAMo (com 142 referências), RTA (com 115 referências) e RA (com 69 referências). Estes dados indicam que as tipologias RAMa e RAMo, destinadas à população adulta com mais elevados e moderados graus de incapacidade psicossocial por DMG, são as unidades residenciais mais necessárias no âmbito das respostas de CCISM.

Em termos evolutivos, a Tabela 9 permite ainda concluir que, nos dois períodos em análise, o número de referências para as unidades e equipas de CCISM (adultos) aumentou 2,4% entre 2017-2020 (totalizando 540 referências) e 2021-2022 (totalizando 553 referências) no país, tendo o incremento de referências sido maior no conjunto das estruturas de ambulatório e de apoio domiciliário (+2,6%) do que no conjunto das unidades residenciais (+2,2%). Comparando a fase das experiências-piloto (2017-2020) com a fase ulterior (2021-2022) verificou-se, por um lado, um crescimento acentuado de referências para três tipologias de CCISM para adultos (+96,3% referências para EAD, +61,4% referências para RTA e +36,7% referências para RAMo) e, por outro lado, uma diminuição expressiva de referências para as três demais tipologias de saúde mental da RNCCI dirigidas à população adulta (-39,3% referências para USO, -25,8% referências para RAMa e -23,1% referências para RA). O baixo número de referências e a evolução negativa do número de referências para as três tipologias de CCISM supramencionadas, com particular destaque para a RAMa, entre 2017 e 2022 carecem de uma investigação aprofundada sobre as causas que lhes estão subjacentes, atendendo a que atualmente as respostas da RNCCI na área da saúde mental ainda se encontram incipientemente desenvolvidas no território nacional.

A Figura 6, que ilustra a distribuição do número de referências para os CCISM e as instituições com vagas em Portugal no ano de 2022, revela uma forte concentração das referências (com uma maior predominância na região Norte) em torno das estruturas com vagas nestas respostas da RNCCI na área da saúde mental e evidencia a menor oferta disponível de cuidados no interior do país. Especificamente no que concerne às tipologias para adultos, a ERS corroborou recentemente o facto de a oferta de CCISM ser residual no interior de Portugal continental⁷³. A este propósito, o estudo elaborado por Martins et al.¹⁹ apontou, ainda, para a existência de uma associação entre o número de referências e a zona adjacente onde estas instituições com vagas se encontram localizadas. Conforme ilustrado pela figura em apreço, o número de referências para as unidades e as equipas de CCISM assumiram uma forma concêntrica em torno das instituições com vagas em 2022, as quais estão heterogeneamente distribuídas no país.

Na senda do que referimos anteriormente, importa frisar que o padrão heterogéneo na distribuição das unidades e equipas de CCISM pelo território nacional é particularmente relevante e preocupante, atendendo a que a proximidade geográfica destas respostas da RNCCI ao domicílio dos utentes e aos SLSM que lhes prestam cuidados é deveras recomendável para promover o sucesso dos projetos de reabilitação psicossocial.

Figura 6: Distribuição do número de referências para CCISM e das instituições com vagas em 2022 em Portugal



Fonte: Martins et al.^{19(p.1610)}

Já a partir dos dados oficiais publicados nos relatórios de monitorização da RNCCI^{71,78}, na Tabela 10 verifica-se que o número de utentes referenciados para o conjunto das tipologias de CCISM dirigidas à população adulta em Portugal aumentou de 142 em 2017 para 327 em 2018, tendo registado um crescimento assinalável de 92,6% entre 2021 e 2022 (de 189 para 364 utentes referenciados, respetivamente). Com exceção da tipologia RAMa, entre 2021 e 2022, as demais tipologias de CCISM para adultos também tiveram um incremento substancial de utentes referenciados para RTA (+84%; de 25 para 46 utentes, respetivamente) e USO (+77,5%; de 40 para 71 utentes, respetivamente).

Tabela 10: Evolução do número de utentes referenciados para CCISM entre 2017 e 2022 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos

Tipologias para adultos	2017		2018		2019		2020		2021		2022		Varição 2022/2021
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
RTA	15	10,6%	31	9,5%	12	6,0%	13	7,0%	25	13,2%	46	12,6%	84,0%
RA	16	11,3%	13	4,0%	21	10,5%	17	9,1%	3	1,6%	27	7,4%	800,0%
RAMo	13	9,2%	34	10,4%	29	14,5%	10	5,3%	25	13,2%	57	15,7%	128,0%
RAMa	26	18,3%	136	41,6%	30	15,0%	20	10,7%	50	26,5%	48	13,2%	-4,0%
Subtotal residências	70	49,3%	214	65,4%	92	46,0%	60	32,1%	103	54,5%	178	48,9%	72,8%
USO	26	18,3%	66	20,2%	85	42,5%	85	45,5%	40	21,2%	71	19,5%	77,5%
EAD	46	32,4%	47	14,4%	23	11,5%	42	22,5%	46	24,3%	115	31,6%	150,0%
Subtotal ambulatório e domiciliário	72	50,7%	113	34,6%	108	54,0%	127	67,9%	86	45,5%	186	51,1%	116,3%
Total nacional	142	100,0%	327	100,0%	200	100,0%	187	100,0%	189	100,0%	364	100,0%	92,6%

Fonte: Ministério da Saúde^{71(p.42),78(p.80)}

Em sentido contrário, durante os últimos dois anos do período em análise na Tabela 10 observou-se um decréscimo de 4% no número de utentes adultos referenciados para a tipologia RAMa (de 50 utentes em 2021 para 48 utentes em 2022), que se destina às pessoas com um elevado grau de incapacidade psicossocial por DMG. Não obstante tal diminuição, importa assinalar que, em 2022, a tipologia RAMa registou o segundo maior peso relativo (13,2%) no total de 178 (48,9%) utentes referenciados para o conjunto das unidades residenciais existentes em Portugal, sendo só antecedida pela tipologia RAMo (15,7%; 57 utentes referenciados) e sucedida pelas tipologias RTA (12,6%; 46 utentes referenciados) e RA (7,4%; 27 utentes referenciados). Acresce que, por comparação com as restantes tipologias residenciais para adultos, a tipologia RAMa foi a unidade residencial que congregou o maior número de utentes referenciados entre 2017 e 2021 no país. Destaca-se, ainda, um aumento de 72,8% no número de utentes adultos referenciados para o conjunto das unidades residenciais entre 2021 e 2022 (de 103 para 178 utentes, respetivamente) em Portugal, as quais obtiveram um peso relativo maior do que o conjunto das unidades de ambulatório e apoio domiciliário nos anos de 2018 (65,4% e 34,6%, respetivamente) e de 2021 (54,5% e 45,5%, respetivamente). Estes dados revelam um aumento global do número de utentes referenciados para as unidades e equipas de CCISM dirigidas à população adulta entre 2017 e 2022 no país, fundamentando a necessidade de reforçar e expandir as respostas da RNCCI na área da saúde mental pelo território nacional.

Relativamente à origem de referência, a Tabela 11 permite aferir que os hospitais se mantiveram como sendo os principais referenciadores para o conjunto das tipologias de CCISM para adultos em Portugal entre 2017 e 2021, particularmente nos anos de 2020 (com as referências hospitalares a representarem 86,6% do total de 187 utentes referenciados) e de 2019 (com as referências hospitalares a representarem 82% do total de 200 utentes referenciados). Todavia, entre 2020 e 2021, houve um decréscimo de 9,9% no número de utentes referenciados pelos hospitais (de 162 para 146 utentes, respetivamente) para o conjunto das tipologias de CCISM no país, por contraste com o expressivo aumento de 141,7% nas referências provenientes dos centros de saúde (de 12 para 29 utentes, respetivamente) e com o aumento de 7,7% nas referências oriundas do setor social (de 13 para 14 utentes, respetivamente).

Tabela 11: Evolução do número de utentes referenciados para CCISM entre 2017 e 2021 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos e origem de referência

Origem referenciação	Tipologias para adultos	2017		2018		2019		2020		2021		Variação 2021/2020
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hospitais	RTA	12	8,5%	19	5,8%	9	4,5%	11	5,9%	19	10,1%	72,7%
	RA	11	7,7%	8	2,4%	13	6,5%	12	6,4%	2	1,1%	-83,3%
	RAMo	9	6,3%	13	4,0%	25	12,5%	5	2,7%	20	10,6%	300,0%
	RAMa	24	16,9%	60	18,3%	18	9,0%	15	8,0%	34	18,0%	126,7%
	USO	8	5,6%	38	11,6%	79	39,5%	84	44,9%	32	16,9%	-61,9%
	EAD	1	0,7%	36	11,0%	20	10,0%	35	18,7%	39	20,6%	11,4%
	Subtotal hospitais	65	45,8%	174	53,2%	164	82,0%	162	86,6%	146	77,2%	-9,9%
Centros de saúde	RTA	1	0,7%	8	2,4%	3	1,5%	1	0,5%	5	2,6%	400,0%
	RA	0	0,0%	1	0,3%	3	1,5%	0	0,0%	1	0,5%	N/A
	RAMo	4	2,8%	10	3,1%	1	0,5%	4	2,1%	2	1,1%	-50,0%
	RAMa	2	1,4%	13	4,0%	9	4,5%	4	2,1%	7	3,7%	75,0%
	USO	17	12,0%	28	8,6%	6	3,0%	1	0,5%	8	4,2%	700,0%
	EAD	1	0,7%	1	0,3%	0	0,0%	2	1,1%	6	3,2%	200,0%
	Subtotal centros saúde	25	17,6%	61	18,7%	22	11,0%	12	6,4%	29	15,3%	141,7%
Setor social	RTA	2	1,4%	4	1,2%	0	0,0%	1	0,5%	1	0,5%	0,0%
	RA	5	3,5%	4	1,2%	5	2,5%	5	2,7%	0	0,0%	-100,0%
	RAMo	0	0,0%	11	3,4%	3	1,5%	1	0,5%	3	1,6%	200,0%
	RAMa	0	0,0%	63	19,3%	3	1,5%	1	0,5%	9	4,8%	800,0%
	USO	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	N/A
	EAD	44	31,0%	10	3,1%	3	1,5%	5	2,7%	1	0,5%	-80,0%
	Subtotal setor social	52	36,6%	92	28,1%	14	7,0%	13	7,0%	14	7,4%	7,7%
Total nacional		142	100,0%	327	100,0%	200	100,0%	187	100,0%	189	100,0%	1,1%

Fonte: Ministério da Saúde^{61(p.75-76),68(p.124),69(p.142),70(p.181-182)}

No que concerne especificamente às referências hospitalares para as unidades residenciais de CCISM em Portugal, os dados apresentados na Tabela 11 permitiram ainda constatar que, nos últimos dois anos do período em análise, se verificou uma forte diminuição do número de utentes referenciados pelos hospitais apenas para a tipologia de RA (-83,3%; de 12 utentes em 2020 para somente 2 utentes em 2021); a qual contrasta com o crescimento acentuado do número de utentes referenciados pelos hospitais para as tipologias RAMo (+300%; de apenas 5 utentes em 2020 para 20 utentes em 2021), RAMa (+126,7%; de 15 utentes em 2020 para 34 utentes em 2021) e, ainda, RTA (+72,7%; de 11 utentes em 2020 para 19 utentes em 2021).

O próximo indicador escolhido com o intuito de caracterizar a atividade de referência para as respostas da RNCCI em saúde mental reporta-se aos motivos de referência para unidades e as equipas de CCISM em Portugal. Tal como explicitado pela ACSS⁷⁸, os motivos de referência advenientes do módulo de saúde mental do SI da RNCCI encontram-se agregados em motivos específicos de CCISM, que se relacionam com:

- Atividades instrumentais da vida diária (AIVD), entre as quais se destacam: a realização de tarefas domésticas, a preparação de refeições, a utilização de transportes e de comunicações, o cuidar da saúde, a aquisição de bens ou serviços e a gestão de dinheiro. Observa-se a necessidade de supervisão ou a necessidade de apoio no planeamento destas atividades.
- Atividades da vida diária (AVD) básicas, entre as quais se realçam: a alimentação, a higiene e o vestir-se. Observa-se a necessidade de supervisão, a necessidade de treino/apoio ou a dependência na realização destas atividades.
- Gestão de medicação com necessidade de supervisão/apoio, necessidade de treino/adesão terapêutica ou necessidade de administração da terapêutica.
- Reabilitação psicossocial em diversos domínios, entre os quais se destacam: a resolução de problemas e a tomada de decisões, a interação social, a vida em comunidade, a comunicação familiar, o desenvolvimento de planos de educação e formação profissional, a integração profissional e atividades psicopedagógicas de estimulação sociocognitiva, lúdica e cultural.
- Descanso do cuidador (motivo inespecífico).

Na tabela seguinte apresentam-se as percentagens de cada motivo de referência em relação ao total de cada tipologia de CCISM para adultos em Portugal no ano de 2021. Como se verifica na Tabela 12, os motivos de AIVD foram mais prevaletentes nas referências para as tipologias RAMa (94%), RAMo (93,3%) e EAD (93,3%) a nível nacional em 2021. Estas duas tipologias residenciais destinadas a pessoas com maiores graus de incapacidade psicossocial resultante de DMG também registaram as

percentagens mais elevadas no tocante aos motivos de referenciação relacionados com a realização de AVD básicas; os quais estiveram presentes em 92% das referenciações para RAMa e em 73,3% das referenciações para RAMo. Ademais, importa salientar que, em 2021, a gestão de medicação motivou todas as referenciações (100%) para as tipologias RAMo e RA, assim como a reabilitação psicossocial foi um motivo que incorporou a totalidade das referenciações (100%) para as tipologias RTA, RA e USO no país. Por contraste, o descanso do cuidador constituiu um motivo de referenciação residual para CCISM, que esteve exclusivamente presente em 6,7% das referenciações para RAMo e em apenas 1,7% das referenciações para EAD. Considerando apenas os motivos específicos de CCISM para o conjunto destas respostas da RNCCI na área da saúde mental destinadas à população adulta em Portugal, verificou-se a preponderância dos motivos alusivos à reabilitação psicossocial (97,4%), seguidos dos motivos relativos à gestão de medicação (89,1%), realização de AIVD (79,6%) e AVD (53,6%) em 2021.

Tabela 12: Motivos de referenciação para CCISM em 2021 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos

Tipologias para adultos	% de cada motivo em relação ao total de cada tipologia									
	AIVD apoio no planeamento	AIVD supervisão	AIVD agregado	AVD supervisão	AVD apoio	AVD dependência	AVD agregado	Gestão de medicação	Reabilitação psicossocial	Descanso do cuidador
RTA	77,8%	72,2%	88,9%	61,1%	44,4%	16,7%	66,7%	83,3%	100,0%	
RA	60,0%	60,0%	80,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100,0%	100,0%	
RAMo	80,0%	90,0%	93,3%	66,7%	50,0%	23,3%	73,3%	100,0%	93,3%	6,7%
RAMa	88,0%	82,0%	94,0%	82,0%	68,0%	42,0%	92,0%	96,0%	94,0%	
USO	61,3%	57,3%	66,7%	22,7%	20,0%	9,3%	26,7%	84,0%	100,0%	
EAD	90,0%	85,0%	93,3%	50,0%	45,0%	21,7%	60,0%	93,3%	98,3%	1,7%
Total	72,5%	70,9%	79,6%	47,2%	38,9%	20,4%	53,6%	89,1%	97,4%	1,1%

Fonte: Ministério da Saúde^{78(p.65)}

Por fim, a Tabela 13 revela que, em 2021, a mediana do tempo de referenciação até à identificação de vaga nas tipologias de CCISM para a população adulta em Portugal era mais elevada nas unidades residenciais (atingindo 166,7 dias em RTA e 136,9 dias em RAMa; decaindo para 43,3 dias em RAMo e 28 dias em RA) do que nas equipas domiciliárias (43,1 dias em EAD) e nas unidades de ambulatório (16,2 dias em USO). Contudo, o escrutínio do tempo de referenciação até à identificação de vaga nestas unidades e equipas de CCISM é dificultado tanto por limitações de comparação entre os anos de 2021 e 2022 devido à inexistência de dados nacionais para o último ano (2022) do período em análise, como pelo reduzido volume de referenciações para o conjunto das tipologias da RNCCI na área da saúde mental em Portugal.

Tabela 13: Mediana de dias no tempo de referenciação até à identificação de vaga em CCISM entre 2021 e 2022 em Portugal, por região e tipologia de resposta para adultos

Tipologias para adultos	2021						2022				
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Total nacional	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
RTA		6,8	201,2			166,7		20,0	28,9		
RA	44,0		28,0			28,0	27,6		28,8		
RAMo		107,2		27,6		43,3		29,9		34,5	
RAMa	1245,9	72,4				136,9	1386,5	67,0			
USO	16,1	7,1			23,9	16,2	19,0	34,9			36,6
EAD	14,3		70,9	10,2	51,1	43,1	17,7		28,5	43,3	53,0

Fonte: Ministério da Saúde^{71(p.52),78(p.89,92)}

Apesar de tais restrições comparativas, os dados disponíveis na Tabela 13 indicam que, entre os anos de 2021 e 2022: a mediana do tempo de referenciação para a identificação de vaga na tipologia RTA aumentou 194% na região Centro (de 6,8 para 20 dias) e diminuiu em -86% na região de LVT (de 201,2 para 28,9 dias); a mediana do tempo de referenciação para a identificação de vaga na tipologia RA teve um ligeiro aumento de 3% na região de LVT (de 28 para 28,8 dias) e um decréscimo de -37% na região Norte (de 44 para 27,6 dias); a mediana do tempo de referenciação para a identificação de vaga na tipologia RAMo aumentou 25% na região do Alentejo (de 27,6 para 34,5 dias) e reduziu-se em -72% na região Centro (de 107,2 para 29,9 dias); a mediana do tempo de referenciação para a identificação de vaga na tipologia RAMa cresceu ainda mais 11% na região Norte (de 1.245,9 para 1.386,5 dias) e decresceu em -7% na região Centro (de 72,4 para 67 dias). Estes dados revelam que todas as regiões do país registaram uma evolução negativa em pelo menos uma tipologia residencial de CCISM para adultos entre 2021 e 2022, tendo-se agravado o tempo de referenciação até à identificação de vaga em RTA na região Centro (+194%), em RAMo na região do Alentejo (+25%), em RAMa na região Norte (+11%) e em RA na região de LVT (+3%).

Acresce que, entre o conjunto das unidades residenciais, a tipologia RAMa foi a unidade residencial para adultos que apresentou o maior tempo de referenciação até à identificação de vaga no ano de 2022 em Portugal. Verificou-se, ainda, um expressivo aumento da mediana do tempo de referenciação até à identificação de vaga na tipologia USO em todas as regiões do país, o qual foi mais acentuado na região Centro (+392%, de 7,1 dias em 2021 para 34,9 dias em 2022). Com exceção da região de LVT (em que se registou uma melhoria neste indicador com a diminuição de -60% em 2022 face a 2021), nas demais regiões do país onde existe a tipologia EAD também se observou um

agravamento da mediana do tempo de referenciação para a identificação de vaga nas equipas de apoio domiciliário para adultos durante o período em análise, particularmente na região do Alentejo (+325%, de 10,2 para 43,3 dias). Tais agravamentos regionais na mediana dos tempos de referenciação para a identificação de vaga nas tipologias de CCISM para adultos entre 2021 e 2022 pioram o acesso dos utentes referenciados para estas respostas da RNCCI na área da saúde mental, sendo em parte explicados pela oferta limitada de lugares nas unidades e nas equipas de CCISM para satisfazer as necessidades terapêuticas e reabilitativas das pessoas com DMG.

Além de comprometer o acesso dos utentes com DMG aos CCISM, a escassez das respostas de CCISM em Portugal tem um impacto negativo na eficiência dos hospitais públicos onde os doentes permanecem internados, na medida em que comportam um consumo desnecessário de recursos mais diferenciados e elevados custos para o SNS. Para aumentar a eficiência da resposta hospitalar do SNS é fundamental melhorar a articulação e a integração de cuidados com o segmento especializado na área da saúde mental da RNCCI e com entidades prestadoras de apoio psicossocial na comunidade.

Na senda desta prévia caracterização da atividade referenciadora em Portugal desde o arranque das experiências-piloto de CCISM em 2017 até 2022, importa sublinhar a importância dos processos de referenciação para as estruturas da RNCCI na área da saúde mental ao nível da promoção da continuidade dos cuidados prestados aos utentes com DMG e ao nível da sua transição entre diferentes níveis de prestação no sistema de saúde nacional. Tal como foi evidenciado por Escoval, Lívio e Ribeiro²⁶, os processos de referenciação carecem de uma maior otimização que permita assegurar a continuidade assistencial, promover a complementaridade das respostas mais adequadas às necessidades dos utentes, garantir uma referenciação atempada para as estruturas de cuidados continuados e, ainda, reduzir os atrasos nas referenciações para cuidados continuados que tendem a prolongar os internamentos hospitalares.

Atestando esta necessidade de melhorar a gestão dos processos de referenciação e a articulação entre os serviços referenciadores e as unidades e equipas de CCISM da RNCCI, a equipa de acompanhamento das experiências-piloto de CCISM afirmou que, *“embora o conhecimento das respostas de CCISM e do processo de referenciação tenha vindo a melhorar, a referenciação continua a precisar de ser dinamizada nos serviços de saúde mental e psiquiatria, e envolver maior participação das EGA”*^{61(p.38)}.

O último relatório de acompanhamento e avaliação das experiências-piloto de CCISM⁶¹, publicado em 2020, identificou dez problemas prioritários que traduzem as principais dificuldades encontradas nos processos de referenciação para as respostas de CCISM:

- 1) O receio da sobrecarga de trabalho expectável com processos de referenciação para CCISM;
- 2) O conhecimento insuficiente dos profissionais referenciadores sobre os objetivos e serviços das tipologias de CCISM e sobre os procedimentos de referenciação;
- 3) A preferência dos técnicos dos SLSM por respostas residenciais para utentes de evolução prolongada e com uma menor funcionalidade (ocupando lugares nos serviços de internamento hospitalar), em detrimento de utentes mais jovens, com primeiros episódios de doença e com um menor compromisso da funcionalidade;
- 4) A adaptação dos profissionais ao sistema de informação da RNCCI;
- 5) A passividade dos técnicos face a obstáculos nos processos de referenciação e a relutância das EGA em envolver-se em processos na área da saúde mental;
- 6) O reduzido investimento de alguns SSM e psiquiatria na dinamização dos processos de referenciação para CCISM, nomeadamente ao nível da preparação dos profissionais referenciadores para gerir tais processos;
- 7) A baixa motivação dos utentes, sobretudo dos que vivenciam situações clínicas mais complexas, para aderir a projetos de reabilitação;
- 8) A participação dos utentes e familiares, que já apresentam tendencialmente uma maior vulnerabilidade económica, dificulta a aceitação do projeto por parte dos utentes e a possibilidade de perda de benefícios sociais (ex.: Rendimento Social de Inserção) mediante a aceitação de um lugar de CCISM na RNCCI;
- 9) A concorrência das respostas de CCISM com outras respostas do setor social menos onerosas para os utentes na mesma zona geográfica;
- 10) A falta de acesso a medicamentos por parte dos utentes durante a sua permanência nas tipologias de CCISM, impactando negativamente a sua adesão aos projetos reabilitativos e dificultando a sua prossecução.

Pelas dificuldades acima elencadas é possível constatar que a dinâmica dos processos de referenciação hospitalar para as unidades e equipas de CCISM é condicionada por elementos multifatoriais. Tais dificuldades precisam de ser escalpelizadas nesta fase ulterior às experiências-piloto em que a procura de recursos reabilitativos ainda é muito superior à oferta disponível no país e em que as respostas da RNCCI para as pessoas com incapacidade psicossocial por DMG ainda carecem de cobertura geográfica.

O estudo desenvolvido no âmbito do presente trabalho de campo incide, precisamente, numa exploração mais detalhada deste tema respeitante aos constrangimentos à referenciação de utentes portadores de DMG internados em instituições hospitalares para as tipologias residenciais (RTA, RA, RAMo e RAMa) de CCISM, assim como ao planeamento regional destas respostas específicas da RNCCI na área da saúde mental.

2. Metodologia

2.1. Objetivos e pergunta de investigação

O trabalho de campo visa explorar as dificuldades percecionadas, por um lado, por profissionais referenciadores na gestão dos processos de referenciação hospitalar de doentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG para as unidades residenciais de CCISM (tipologias para adultos) e, por outro lado, por coordenadores regionais da RNCCI no planeamento destas respostas de saúde mental.

Este estudo pretende cumprir um objetivo geral e quatro objetivos específicos, a saber:

Objetivo Geral:

- Identificar os constrangimentos inerentes aos processos de referenciação de utentes adultos com DMG internados em instituições hospitalares do SNS para as unidades residenciais de CCISM da RNCCI.

Objetivos Específicos:

- Analisar as perspetivas dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre as dificuldades existentes no planeamento de altas hospitalares e na gestão dos processos de referenciação de utentes adultos com DMG para as unidades residenciais de CCISM.
- Analisar as perspetivas dos profissionais com experiência na área da saúde mental que assumem funções de coordenação regional sobre as dificuldades existentes no planeamento das respostas necessárias de CCISM e na atribuição de vagas aos utentes adultos com DMG nas unidades residenciais de CCISM.
- Conhecer as medidas propostas por profissionais referenciadores dos hospitais para superar as dificuldades percecionadas no planeamento de altas hospitalares e na gestão dos processos de referenciação de utentes adultos com DMG para as unidades residenciais de CCISM.
- Conhecer as medidas propostas por profissionais com experiência na área da saúde mental que assumem funções de coordenação regional para superar as dificuldades percecionadas no planeamento das respostas necessárias de CCISM e na atribuição de vagas aos utentes adultos com DMG nas unidades residenciais de CCISM.

Alinhado com os objetivos, o estudo norteia-se pela seguinte pergunta de investigação:

- Como é que a gestão dos processos de referenciação e a atribuição de vagas interferem com a admissão de doentes psiquiátricos hospitalizados com incapacidade psicossocial resultante de DMG nas unidades residenciais de CCISM da RNCCI?

2.2. Desenho e método do estudo

O presente trabalho de campo adota uma abordagem qualitativa justificada pelo cariz exploratório deste estudo, que procura obter um entendimento aprofundado sobre os constrangimentos existentes na gestão dos processos de referenciação hospitalar de doentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG para as unidades residenciais (RTA, RA, RAMo e RAMa) de CCISM. A complexidade deste problema sobre o qual há reduzida a evidência científica disponível, conexo com demais problemas inerentes ao planeamento das altas hospitalares de doentes psiquiátricos com um grave compromisso da funcionalidade e ao planeamento das respostas necessárias de CCISM em Portugal, exige o seu maior aprofundamento com recurso à metodologia qualitativa utilizada no âmbito deste estudo exploratório.

Segundo Denzin e Lincoln⁷⁹, uma investigação de natureza qualitativa permite aplicar uma abordagem descritiva e interpretativa ao objeto de estudo (leia-se: aos constrangimentos existentes na gestão dos processos de referenciação hospitalar de utentes com DMG para as unidades residenciais de CCISM), revelando-o e tornando-o visível com o intuito de o explorar em profundidade, melhorar a sua compreensão e encontrar os seus núcleos de sentido diretamente a partir dos indivíduos que o experienciam. A este propósito, Magalhães e Paul enfatizaram que *“a força de uma investigação qualitativa reside na sua capacidade de fornecer descrições textuais complexas de como as pessoas vivenciam uma determinada questão de pesquisa”*^{80(p.75)}. Com efeito, a metodologia qualitativa permite descrever o modo como os profissionais referenciadores e os coordenadores regionais da RNCCI participantes neste estudo vivenciam as dificuldades com que se deparam a nível hospitalar e de uma ARS, respetivamente, na gestão dos processos de referenciação em saúde mental e na atribuição de vagas para as unidades residenciais de CCISM da sua área de influência.

O método aplicado neste trabalho para desenvolver a investigação qualitativa realizada refere-se ao estudo de caso múltiplo (ou coletivo), o qual se traduz simultaneamente num processo de questionamento sobre cada caso e num produto dessa indagação. De acordo com a definição proposta por Stake⁸¹, o método do estudo de caso múltiplo caracteriza-se por ser um estudo de caso instrumental alargado a vários casos; os quais são escolhidos em virtude de conduzirem a uma maior e melhor compreensão sobre um conjunto de casos mais amplo. Neste trabalho de campo em particular foi determinada a escolha de três casos que compõem o estudo de caso múltiplo na íntegra, a saber:

- Um caso referente a uma Equipa de Gestão de Altas (EGA) de um hospital psiquiátrico integrado no SNS;

- Um caso referente a uma Equipa Referenciadora (ER) aos CCISM de um hospital geral integrado no SNS;
- Um caso referente a uma Equipa de Coordenação Regional (ECR) da RNCCI integrada numa ARS.

Os dois primeiros casos (a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral, ambos integrados no SNS) foram escolhidos pelo facto de nos permitirem aceder às perspetivas dos próprios profissionais referenciadores de um hospital especializado em psiquiatria e saúde mental e de um hospital geral sobre as suas dificuldades no planeamento das altas hospitalares de doentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG e na gestão dos seus processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM. Complementarmente, a escolha do terceiro caso (a ECR da RNCCI, integrada numa ARS) justificou-se pelo facto de nos ter permitido aceder, ainda, às perspetivas dos coordenadores regionais da RNCCI com experiência na área da saúde mental sobre as suas dificuldades, tanto em termos da atribuição de vagas aos doentes psiquiátricos referenciados para as unidades residenciais de CCISM, como em termos do planeamento destas respostas na região de saúde correspondente. Os três casos que compõem o estudo de caso múltiplo deste trabalho de campo foram examinados na sua singularidade e em profundidade, com o intuito suplementar de nos proporcionarem uma visão holística sobre demais casos (leia-se: outras EGA, ER aos CCISM e ECR da RNCCI) a nível hospitalar e das ARS onde também se registam obstáculos tanto à referenciação hospitalar para CCISM como à admissão de doentes com incapacidade psicossocial por DMG nestas estruturas da RNCCI. A análise de tais problemas presentes nos três casos, que foram selecionados neste trabalho para serem investigados na sua unicidade e complexidade, possibilita-nos representar o objeto de estudo numa escala mais alargada e ampliar a oportunidade de aprendizagem face às dificuldades destas equipas multidisciplinares.

2.3. Amostra do estudo

Atendendo à aplicação da metodologia qualitativa e à escolha do método de estudo de caso múltiplo para alcançar os objetivos estabelecidos neste trabalho, definimos uma amostra intencional, de tipo não-probabilístico, composta por oito participantes. Em termos mais detalhados, os oito participantes neste trabalho de campo distribuem-se pelos três casos que compõem o estudo de caso múltiplo conforme segue:

- Três participantes (um médico psiquiatra, uma enfermeira especialista em ESMP e uma assistente social com experiência em saúde mental) constituem os elementos da EGA de um hospital psiquiátrico integrado no SNS;

- Três participantes (um médico psiquiatra, uma enfermeira especialista em ESMP e uma assistente social com experiência em saúde mental) constituem os elementos da ER aos CCISM de um hospital geral integrado no SNS;
- Dois participantes (uma enfermeira especialista em ESMP e uma assistente social com experiência em saúde mental) constituem os elementos de uma ECR da RNCCI integrada numa ARS.

A intencionalidade da seleção dos oito participantes traduz uma escolha deliberada por parte da investigadora em recrutar os indivíduos detentores de uma “*maior densidade de informações úteis aos propósitos da investigação*”^{82(p.33)}. Esta escolha foi orientada pelos critérios abaixo explicitados, que servem o objeto de estudo, e visou garantir uma “homogeneidade fundamental”^{82(p.33)}, ou seja, as características – leia-se: a experiência profissional na gestão de processos de referência de saúde mental e na atribuição de vagas a utentes adultos com incapacidade psicossocial resultante de DMG nas unidades residenciais de CCISM – que se pretendeu que estivessem presentes nos elementos que compõem a amostra deste estudo qualitativo. Tal como referiu Beaud⁸³, a amostra não-probabilística utilizada no estudo, apesar do inconveniente de não permitir determinar nem avaliar o erro de amostragem, tem a vantagem de ser pouco dispendiosa, menos morosa e mais cómoda do que as técnicas probabilísticas.

A técnica não-probabilística de amostragem aplicada neste estudo foi a amostra de voluntários, os quais foram selecionados em função de quotas com o intuito de: por um lado, garantir a representatividade das três áreas profissionais (Medicina, Enfermagem e Serviço Social) que compõem a EGA, a ER aos CCISM e a ECR da RNCCI; e, por outro lado, assegurar o número de um representante da sua respetiva área em cada equipa, segundo uma lógica de procura por saturação teórica atingida pela diversidade de perspetivas sobre o tema em estudo dos elementos que integram tais equipas multidisciplinares. Ademais, os oito participantes foram selecionados porque, tal como referiu Savoie-Zajc, “*eles são reputados por possuírem uma competência pertinente relativamente ao objeto de estudo e são capazes de a verbalizar*”^{84(p.290)}. No tocante ao tamanho da amostra, refira-se que o total de oito participantes resultou ainda do número pretendido de participantes que integram uma EGA (três profissionais de áreas distintas) de um hospital psiquiátrico e uma ER aos CCISM (três profissionais de áreas distintas) de um hospital geral, assim como do número disponível de participantes que integram uma ECR (dois profissionais de áreas distintas) da RNCCI.

A seleção do conjunto de profissionais de saúde mental e de apoio social integrados nestas três equipas multidisciplinares que se voluntariaram a participar no estudo com recurso à utilização de quotas encontra-se recomendada na literatura metodológica

consultada^{82,83}, quer seja para controlar as características dos participantes (tais como: vontade de agradar, desejo de conhecer, necessidade de resolver problemas, entre outras), quer seja para evitar generalizações prematuras. Em concordância com o desenho deste estudo e com a técnica não-probabilística de amostragem nele aplicada, Beaud afirmou, ainda, que uma amostra constituída por voluntários e subjugada à utilização de quotas, *“para estudos exploratórios, é muitas vezes a técnica mais económica. E além disso, muito utilizada”*⁸³(pp.211-212).

2.3.1. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Os oito participantes no estudo foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: a observância de experiência profissional dos três elementos pertencentes à EGA de um hospital psiquiátrico e dos três elementos pertencentes à ER aos CCISM de um hospital geral, ambos integrados no SNS, na gestão de processos de referenciação de doentes psiquiátricos para as unidades residenciais de CCISM e no planeamento das altas hospitalares de utentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG e com necessidade de CCISM; a observância de experiência profissional dos dois elementos pertencentes a uma ECR da RNCCI na atribuição de vagas para as unidades residenciais de CCISM e no planeamento destas respostas da RNCCI na área da saúde mental. Inversamente, foram excluídos do estudo os profissionais referenciadores de hospitais integrados no SNS sem experiência em processos de referenciação de saúde mental para as unidades residenciais de CCISM da RNCCI e, ainda, os coordenadores regionais da RNCCI sem experiência profissional com as unidades e equipas de CCISM.

2.3.2. Processo de recrutamento e seleção dos participantes

Os oito participantes neste estudo foram recrutados com o auxílio de informadores privilegiados (profissionais de saúde mental e apoio social posicionados em órgãos de gestão intermédia e com experiência consolidada na prestação de cuidados), mediante um convite direto que lhes foi endereçado pela investigadora. As três equipas (EGA de um hospital psiquiátrico, ER aos CCISM de um hospital geral e ECR da RNCCI) foram inicialmente convidadas a participar neste trabalho de campo por via eletrónica (email) e por via telefónica, tendo recebido informação sobre o seu enquadramento institucional no âmbito do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH), o tema e os objetivos do estudo, o modo de participação no estudo com as devidas salvaguardas de confidencialidade a respeito das informações disponibilizadas e de preservação da identidade tanto dos participantes como das instituições envolvidas, as técnicas de recolha, análise e tratamento dos dados obtidos, assim como sobre a importância destes dados para o estudo. No seguimento do convite formal endereçado pela autora do

estudo às três equipas, a investigadora encetou contactos presenciais individualizados com os elementos da EGA de um hospital psiquiátrico integrado no SNS para lhes dar a conhecer detalhadamente o estudo, realizou uma sessão de esclarecimento sobre o projeto de investigação com os profissionais da ER aos CCISM de um hospital geral integrado no SNS nas instalações do respetivo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (Anexo VII) e reuniu-se presencialmente com o elemento responsável por uma ECR da RNCCI nas instalações de uma ARS, no sentido de lhe explicitar os objetivos do trabalho e de aferir a disponibilidade de os membros participarem na investigação.

Com a exceção de um elemento não responsivo (profissional de Medicina com a especialidade em Psiquiatria) pertencente à ECR da RNCCI que integrou o estudo, os demais membros desta equipa e todos os membros da EGA de um hospital psiquiátrico e da ER aos CCISM de um hospital geral contactados manifestaram o seu interesse e a sua disponibilidade em participar neste trabalho. Consequentemente, procedeu-se à seleção de um total de oito participantes no estudo, sendo cada um deles representante de três áreas profissionais distintas (um profissional de Medicina com a especialidade em Psiquiatria, um profissional de Enfermagem com especialidade em ESMP e um profissional de Serviço Social com experiência em saúde mental) na sua respetiva equipa (excetuando-se a ECR da RNCCI, que obteve apenas dois participantes pelo motivo acima referido), mediante o cumprimento dos critérios de inclusão no estudo e a utilização de parâmetros adicionais relativos tanto à ocorrência de redundâncias de informações transmitidas como ao grau de saturação teórica atingido.

O processo de recrutamento e seleção dos oito participantes neste trabalho de campo decorreu no período entre 5 de setembro e 30 de novembro de 2022.

2.4. Técnica e instrumento de recolha de dados

A entrevista semiestruturada foi a técnica de recolha de dados utilizada no estudo. Esta técnica de recolha de dados usa-se frequentemente quando as investigações assentam em paradigmas interpretativos e construtivistas, alinhando-se com o trabalho de campo desenvolvido para procurar compreender o sentido do fenómeno em estudo tal como o mesmo é percebido pelos próprios participantes. Segundo a definição proposta por Savoie-Zajc, a entrevista semiestruturada:

“Consiste numa interação verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os termos gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo”⁸⁴(p.282).

Tal como evidenciado na definição supracitada, a entrevista semiestruturada privilegia o discurso oral para compreender a experiência humana e assenta no pressuposto de que a perspetiva dos respondentes tem sentido, sendo possível conhecê-la e torná-la explícita. Ao permitir captar a perspetiva individual dos participantes sobre o fenómeno em estudo, a entrevista semiestruturada enriquece a sua compreensão e viabiliza a sua exploração aprofundada. Trata-se, ainda, de uma técnica de recolha de dados que, de acordo com Fontana e Frey, pode ser entendida como um “texto negociado”⁸⁵ entre o investigador e os participantes, mediante o estabelecimento de uma interação pessoal direta que lhe permite recolher um vasto conjunto de informação (verbal e não-verbal) completa e detalhada sobre o objeto de estudo. Com efeito, também Flick corroborou que, *“quando o objetivo da coleta de dados são as afirmações concretas sobre um assunto, o meio mais eficiente é a entrevista semiestruturada”*^{86(p.95)}.

Além de permitir aceder diretamente às perspetivas diversificadas e complementares de seis profissionais referenciadores em hospitais integrados no SNS e dois profissionais que coordenam regionalmente as estruturas de CCISM da RNCCI relativamente ao tema deste trabalho de campo, a entrevista semiestruturada tem a vantagem de produzir dados ricos em detalhes e descrições e de otimizar a comparabilidade e a estruturação dos dados recolhidos, por via do uso coerente de um guião de entrevista⁸⁶. Todavia, esta técnica comporta a desvantagem de, tal como advertiram Magalhães e Paul⁸⁰, ser morosa na sua aplicação prática e limitar o tamanho da amostra (o qual tem um carácter reduzido devido tanto à limitação de profissionais disponíveis como à escassez de tempo por parte da investigadora para realizar as entrevistas). Não obstante tais inconvenientes, a entrevista semiestruturada revelou-se uma técnica de recolha de dados adequada e eficaz para obter informações imprescindíveis ao presente estudo.

O instrumento de recolha de informação aplicado aquando da realização das entrevistas reportou-se ao guião de entrevista, o qual foi elaborado com perguntas predefinidas que procuraram estruturar o principal problema em estudo. Com vista a alcançar os objetivos estipulados para este trabalho e a considerar as competências específicas de cada uma das três equipas que participaram no presente estudo foram desenvolvidos dois guiões de entrevista distintos entre si. Um guião destinou-se à ECR da RNCCI (Anexo I) e um guião destinou-se à EGA de um hospital psiquiátrico e à ER aos CCISM de um hospital geral (Anexo II). Ambos os guiões de entrevista foram construídos a partir da revisão da literatura consultada, tendo o guião dirigido aos profissionais referenciadores dos hospitais englobado oito questões semiabertas e o guião dirigido aos profissionais que coordenam regionalmente as unidades e as equipas de CCISM da RNCCI abrangido seis questões semiabertas sobre os tópicos listados sumariamente na Tabela 14.

Tabela 14: Tópicos dos guiões de entrevista

Tópicos do guião para a EGA e a ER aos CCISM	Tópicos do guião para a ECR da RNCCI
<ul style="list-style-type: none"> • Articulação da EGA e da ER aos CCISM com as equipas coordenadoras da RNCCI (ECL e ECR) • Critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM (tipologias para adultos) • Dificuldades e sugestões de melhoria no planeamento das altas hospitalares de utentes adultos com DMG e com necessidade de CCISM • Dificuldades e sugestões de melhoria na gestão interna (hospitalar) e externa (RNCCI) dos processos de referência para CCISM • Dificuldades e sugestões de melhoria na elaboração das propostas de referência para CCISM 	<ul style="list-style-type: none"> • Fase atual de desenvolvimento das respostas de CCISM para adultos em Portugal • Gestão dos processos de referência hospitalar de utentes adultos com DMG para as unidades residenciais de CCISM • Dificuldades e sugestões de melhoria no planeamento regional das respostas de CCISM (tipologias para adultos) • Dificuldades e sugestões de melhoria nos processos de atribuição de vagas e admissão de utentes adultos com DMG nas unidades residenciais de CCISM

Fonte: Elaboração própria

Importa referir ainda, a este respeito, que os dois guiões de entrevista foram sujeitos ao escrutínio de potenciais e de atuais participantes na investigação. Na fase preliminar do trabalho empírico, apresentámos os tópicos dos dois guiões de entrevista juntamente com o protocolo de investigação aos elementos das três equipas (a EGA de um hospital psiquiátrico, a ER aos CCISM de um hospital geral e a ECR da RNCCI) contactados presencialmente durante o período de recrutamento e seleção dos participantes, tendo os seus válidos contributos resultado na inalteração do guião dirigido aos profissionais referenciadores dos hospitais e na modificação do guião dirigido aos profissionais que coordenam regionalmente as estruturas de CCISM da RNCCI. Tal modificação consistiu na eliminação de duas perguntas que integravam o guião de entrevistas dirigido à ECR da RNCCI, pelo facto de extravasarem o âmbito do presente trabalho de campo.

2.5. Processo de recolha de dados

Os dados textuais foram recolhidos com recurso à áudio-gravação das oito entrevistas realizadas presencialmente entre 5 de dezembro de 2022 e 13 de janeiro de 2023, tendo cada uma tido a duração média de 57 minutos e 15 segundos. Todos os participantes autorizaram a áudio-gravação das entrevistas, após terem recebido, lido e preenchido o formulário de consentimento informado, livre e esclarecido para colaborar no estudo (Anexo III). As entrevistas aos seis profissionais que integram uma EGA e uma ER aos

CCISM foram, respetivamente, efetuadas em regime presencial nas instalações físicas de um hospital psiquiátrico e de um hospital geral, ambos integrados no SNS. Por seu turno, as entrevistas aos dois profissionais que integram uma ECR da RNCCI também foram realizadas em regime presencial nas instalações físicas de uma ARS.

2.6. Técnica de análise e tratamento de dados

As entrevistas foram parcialmente transcritas com o intuito de, como referiu Savoie-Zajc, “*depurar o texto das redundâncias, eliminar as digressões ou as partes que não têm ligação evidente com a investigação*”^{84(p.297)}. Privilegiou-se a transcrição parcial dos dados gravados em detrimento da transcrição integral por motivos relacionados com o tempo despendido pela investigadora na realização desta tarefa, a par da eliminação de todos os elementos potencialmente comprometedores do anonimato dos participantes. De acordo com Flick, também lhe parece “*mais sensato transcrever só o que é exigido (...) pela questão de investigação*”^{86(p.174)} para dar este passo prévio e necessário à transformação do discurso oral dos entrevistados em texto e à interpretação dos dados gravados. Após ter-se concluído a transcrição parcial das oito entrevistas realizadas, o texto depurado foi posteriormente organizado pela autora do estudo com o propósito de constituir uma narração estruturada a analisar tematicamente. Nesta fase também se adotaram critérios que visam assegurar a fidedignidade dos dados textuais transcritos sobre os obstáculos e as medidas propostas por profissionais referenciadores e por coordenadores regionais da RNCCI para ultrapassar as dificuldades experienciadas pelos oito participantes no estudo ao nível da gestão dos processos de referenciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM e do planeamento destas respostas da RNCCI em saúde mental. Os critérios usados nesta fase de análise das entrevistas reportam-se, conforme proposto por Magalhães e Paul⁸⁰, à pertinência dos dados textuais e ao seu respetivo alinhamento com os objetivos da investigação, assim como à validade e à fiabilidade dos dados para obter conclusões sólidas sobre este estudo de caso múltiplo e, de modo mais abrangente, fornecer uma melhor compreensão sobre as dificuldades experienciadas por membros que integram as EGA e as ER aos CCISM na gestão dos processos de referenciação em saúde mental e por membros que integram as ECR da RNCCI na atribuição de vagas a utentes adultos com incapacidade psicossocial resultante de DMG nas unidades residenciais de CCISM.

Como técnica de análise de dados privilegiámos a análise temática neste trabalho. A análise temática é uma técnica de análise de dados que evoluiu da análise de conteúdo e se diferencia desta última por tender a não quantificar os temas e por ter mais do que uma palavra ou frase como unidades típicas de análise. Esta técnica caracteriza-se pela análise de um conjunto de dados (leia-se: as oito entrevistas realizadas) com o intuito

de procurar padrões de significados repetidos no discurso dos participantes no estudo. Segundo Brandão, Ribeiro e Costa, a análise temática trata-se assim de “*uma ferramenta de investigação flexível e útil, permitindo representar os dados de uma forma rica, detalhada e complexa*”^{87(p.138)}. O processo de análise temática adotado no trabalho engloba as seis etapas concebidas por Braun e Clarke (cit. in Brandão, Ribeiro e Costa⁸⁷) que se aplicaram aos dados textuais das entrevistas efetuadas, a saber:

- 1) Familiarização com os dados (pré-análise): engloba a transcrição parcial das entrevistas, uma leitura flutuante e releituras exaustivas dos dados textuais, a par do registo de ideias iniciais para obter uma visão de conjunto e apreender as particularidades encontradas no discurso dos participantes;
- 2) Criação de códigos iniciais: inclui a sistematização dos dados numa folha de cálculo, a exploração do material com a identificação das unidades de registo, a seleção de citações e codificação sistemática de dados pertinentes (expressões, palavras e frases significativas para o conteúdo) em categorias (que traduzem os temas e os padrões relevantes identificados nos dados) definidas de forma indutiva, ou seja, emergindo das semelhanças de sentido do material discursivo;
- 3) Identificação de temas: envolve o agrupamento dos códigos criados em temas potenciais e a aglutinação de todos os dados relevantes no mesmo tema para obter uma visão mais aprofundada sobre os principais temas de investigação;
- 4) Revisão dos temas: implica verificar a relação entre os temas identificados, os dados dos discursos (expressões, palavras e frases significativas) codificados (leia-se: associados a categorias e às suas respetivas subcategorias) e o *corpus* de análise, assim como criar um primeiro mapa temático de análise;
- 5) Redefinição e nomeação dos temas: envolve a análise e a reconfiguração das especificidades de cada tema, a criação de definições e de designações claras sobre cada tema, com o intuito de completar o mapa temático e de melhorar a interpretação dos dados (o conteúdo dos núcleos de sentido) para responder à pergunta de investigação;
- 6) Produção do documento final (escrita): incorpora a seleção dos excertos das entrevistas que representam exemplos vívidos sobre os dados recolhidos, a par da integração dos dados textuais relacionados com a pergunta de investigação e com a literatura especializada.

A análise temática é uma técnica de análise de dados que se enquadra no método de estudo de caso múltiplo utilizado neste trabalho. O tratamento dos dados qualitativos obtidos com recurso a entrevistas semiestruturadas foi elaborado através de um procedimento alusivo à codificação temática. Flick referiu, a este propósito, que a

“codificação temática é aplicada como processo de múltiplos passos na interpretação do material”^{86(p.188)} recolhido, pretendendo garantir a comparabilidade das análises efetuadas aos dados textuais por via da identificação de temas e, simultaneamente, manter abertura suficiente para contemplar as perspetivas dos entrevistados que se encontram relacionadas com estes temas. Para analisar os textos, este procedimento consiste na codificação das afirmações e das narrativas em categorias definidas a partir do material empírico, sendo orientado pela descoberta de correspondências e de disparidades demonstradas por códigos e categorias aplicados aos casos estudados⁸⁶.

Neste trabalho de campo, a codificação temática iniciou-se, assim, com a análise dos três casos (os casos referentes a uma EGA, a uma ER aos CCISM e a uma ECR) que compõem o estudo de caso múltiplo e com a sua respetiva caracterização, evoluindo para a elaboração de uma estrutura temática enraizada no material empírico recolhido para analisar os casos selecionados e efetuar a distribuição nuclear das perspetivas dos profissionais que integram três equipas multidisciplinares sobre as dificuldades por si percebidas na gestão dos processos de referenciação hospitalar e na atribuição de vagas aos utentes com DMG nas unidades residenciais de CCISM.

Conforme sugerido por Flick⁸⁶, a codificação temática abrange a descrição e a interpretação dos estudos de caso, incluindo os temas essenciais relacionados com o principal tema de investigação. Trata-se de um procedimento que requer inicialmente uma codificação aberta (leia-se: a segmentação dos dados e a atribuição de códigos e de categorias ao texto) e, de seguida, uma codificação seletiva (leia-se: a formulação de categorias nucleares, nas quais são agrupadas e integradas outras categorias) para gerar domínios temáticos referentes aos três casos concretos analisados. A estrutura temática de cada caso foi usada como ponto de partida para analisar os demais casos, numa lógica de aumento da comparabilidade entre o conjunto de casos incluídos no estudo. A estrutura temática assente no primeiro caso foi sendo sistematicamente verificada e, mediante o surgimento de elementos novos ou contraditórios, modificada no decurso da análise dos casos subsequentes englobados na interpretação. Ademais, procedeu-se a uma análise pormenorizada de narrativas sobre situações específicas para melhorar a interpretação dos domínios temáticos essenciais à compreensão do principal tema desta investigação, o que resultou na apresentação do modo como os entrevistados o percebem e na identificação de temas constantes que emergiram das suas perspetivas individuais. Esta estrutura temática, elaborada a partir da aglutinação de codificações semelhantes e da formulação de temas específicos, permitiu-nos efetuar uma comparação sistemática dos três casos e delimitar o leque de temas, de acordo com o modo como os oito entrevistados os tratam. Como corolário, a estrutura

temática construída a partir do material empírico tem a vantagem de não somente aumentar a comparabilidade das interpretações sobre todos os casos analisados, mas também de assegurar que a codificação temática se mantém um procedimento de tratamento de dados qualitativos sensível e aberto aos conteúdos específicos de cada caso e dos membros que integram as equipas interdisciplinares participantes no estudo.

A técnica de análise de dados (análise temática) e o procedimento de tratamento dos dados textuais (codificação temática) utilizados no âmbito deste trabalho, apesar de serem morosos devido às etapas e aos passos intermédios que exigem respetivamente, tornaram possível comparar as perspetivas de três grupos profissionais (Medicina com a especialidade em Psiquiatria, Enfermagem com a especialidade em ESMP e Serviço Social com experiência em saúde mental) sobre o tema em estudo, identificando tanto as similaridades como as diferenças face aos conteúdos específicos de cada caso e ampliando as possibilidades comparativas da interpretação sobre demais casos em que também se verificam obstáculos à referenciação hospitalar e à admissão de adultos com incapacidade psicossocial resultante de DMG nas unidades residenciais de CCISM.

2.7. Considerações éticas do estudo

Neste trabalho de campo acautelaram-se três preocupações éticas fundamentais que foram identificadas por Fontana e Frey⁸⁵: o consentimento informado, o direito à privacidade e a proteção contra a maleficência. Com efeito, a investigadora obteve o consentimento informado escrito (Anexo III) dos oito participantes no estudo, após lhes ter explicitado os objetivos e o alcance desta investigação, assim como se comprometeu a prevenir eventuais danos e a anonimizar os dados recolhidos através de entrevistas semiestruturadas que foram objeto de análise e serão alvo de divulgação académica.

Ademais, o protocolo do trabalho de campo foi submetido à apreciação e aprovado pelo Conselho Diretivo de uma ARS (Anexo IV), pela Comissão Científica e Pedagógica de um hospital psiquiátrico (Anexo V) e pela Comissão de Ética para a Saúde de um hospital geral (Anexo VI) do SNS para a prossecução desta investigação e a realização das oito entrevistas semiestruturadas, respetivamente, a três membros de uma EGA, a três membros de uma ER aos CCISM e a dois membros de uma ECR da RNCCI.

3. Resultados

3.1. Caracterização dos participantes

No presente trabalho de campo participaram oito profissionais entrevistados, sendo que três participantes são membros da EGA de um hospital psiquiátrico (classificado no Grupo P do grupo de referência hospitalar da ACSS) integrado no SNS, três participantes são membros da ER aos CCISM de um hospital geral (classificado no Grupo C do grupo de referência hospitalar da ACSS) igualmente integrado no SNS e dois participantes são membros de uma ECR da RNCCI integrada numa ARS. Conforme consta dos dados apresentados na Tabela 15, procedemos à caracterização dos oito participantes no estudo em função do sexo, da idade, do grupo profissional a que pertencem e dos anos de experiência profissional na respetiva equipa.

Tabela 15: Caracterização socioprofissional dos participantes

Variáveis		Equipa de Gestão de Altas – Hospital Psiquiátrico do SNS		Equipa Referenciadora aos CCISM – Hospital Geral do SNS		Equipa de Coordenação Regional da RNCCI – ARS		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Homens	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	3	37,5%
	Mulheres	1	33,3%	2	66,7%	2	100,0%	5	62,5%
	Total	3	100,0%	3	100,0%	2	100,0%	8	100,0%
Idade	Dos 25 aos 34 anos	0	0,0%	2	66,7%	0	0,0%	2	25,0%
	Dos 35 aos 44 anos	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	25,0%
	Dos 45 aos 54 anos	1	33,3%	1	33,3%	1	50,0%	3	37,5%
	Dos 55 aos 64 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Dos 65 aos 74 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	12,5%
	Total	3	100,0%	3	100,0%	2	100,0%	8	100,0%
	Média de idades	40,7		36,3		59,5		45,5	
Grupo profissional	Medicina – Especialidade de Psiquiatria	1	33,3%	1	33,3%	0	0,0%	2	25,0%
	Enfermagem – Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica	1	33,3%	1	33,3%	1	50,0%	3	37,5%
	Serviço Social	1	33,3%	1	33,3%	1	50,0%	3	37,5%
	Total	3	100,0%	3	100,0%	2	100,0%	8	100,0%
Experiência profissional na equipa	Inferior ou igual a 1 ano	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	1	12,5%
	Superior a 1 ano e inferior ou igual a 3 anos	2	66,7%	2	66,7%	0	0,0%	4	50,0%
	Superior a 3 anos e inferior ou igual a 5 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	12,5%
	Superior a 5 anos	1	33,3%	0	0,0%	1	50,0%	2	25,0%
	Total	3	100,0%	3	100,0%	2	100,0%	8	100,0%
Média de anos na equipa	4,7		2,3		5,5		4,2		

Fonte: Elaboração própria

A análise por sexo revela que 62,5% dos participantes são mulheres (correspondendo a cinco dos oito entrevistados) e que, com exceção do que se verifica na EGA de um hospital psiquiátrico incluída no estudo, as mulheres constituem quer maioria (66,7%) dos entrevistados pertencentes à ER aos CCISM de um hospital geral quer a totalidade (100%) dos entrevistados que integram uma ECR da RNCCI. Em termos etários, 50% dos participantes no estudo (correspondendo a quatro dos oito entrevistados) possui idade inferior a 45 anos, 37,5% situa-se no escalão etário dos 45 aos 54 anos e apenas 12,5% tem 65 ou mais anos. A idade média dos oito profissionais que participaram no estudo é de 45,5 anos, a qual é superior à idade média dos três entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico (40,7 anos). Ainda a este propósito refira-se que os participantes mais jovens integram a ER aos CCISM de um hospital geral (três profissionais com uma idade média de 36,3 anos) e os participantes mais velhos integram uma ECR da RNCCI (dois profissionais com uma idade média de 59,5 anos).

No que respeita ao grupo profissional dos oito participantes no estudo, os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica (37,5%) e os assistentes sociais (37,5%) encontram-se equitativamente representados na amostra, enquanto os médicos psiquiatras assumem um menor peso relativo (25%). Tanto na EGA de um hospital psiquiátrico como na ER aos CCISM de um hospital geral foi entrevistado um representante de cada grupo profissional (com o peso relativo de 33,3% assumido igualmente nas áreas da psiquiatria, da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e do serviço social), contrariamente ao sucedido na ECR da RNCCI integrante do estudo em que só se tornou possível entrevistar um representante de dois grupos profissionais (com o peso relativo de 50% obtido de modo equitativo nas áreas da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e do serviço social). Não obstante a impossibilidade de entrevistar o representante médico de uma ECR da RNCCI, a amostra do estudo conseguiu refletir a multidisciplinariedade característica destas equipas ao assegurar a participação de um total de dois médicos psiquiatras, três enfermeiros especialistas em ESMP e três assistentes sociais com experiência em saúde mental.

Por fim, os dados constantes na Tabela 15 indicam que 50% dos participantes no estudo (correspondendo a quatro dos oito entrevistados) possui até três anos de experiência profissional na respetiva equipa, sendo que 25% tem cinco ou mais anos de experiência. A maioria (66,7%) dos entrevistados pertencentes à EGA de um hospital psiquiátrico e à ER aos CCISM de um hospital geral corrobora os resultados da amostra geral ao possuir experiência na respetiva equipa superior a um ano e inferior ou igual a três anos. Todavia, importa ressaltar que a experiência profissional do elemento coordenador da ER aos CCISM de um hospital geral na respetiva equipa é inferior ou igual a um ano,

por contraposição com a experiência profissional dos elementos coordenadores da EGA de um hospital psiquiátrico e de uma ECR da RNCCI, que é superior a cinco anos em ambas as equipas participantes no estudo. Ademais, os oito profissionais entrevistados possuem, em média, 4,2 anos de experiência profissional nas respetivas equipas. Os participantes no estudo que possuem maior experiência profissional na sua respetiva equipa encontram-se integrados numa ECR da RNCCI (com dois entrevistados a registar, em média, 5,5 anos de experiência), seguindo-se os profissionais inseridos na EGA de um hospital psiquiátrico (com três entrevistados a registar uma média de 4,7 anos de experiência). Assim sendo, os participantes neste estudo que possuem menor experiência profissional na sua respetiva equipa integram a ER aos CCISM de um hospital geral (com três entrevistados a registar, em média, 2,3 anos de experiência). Estes dados de caracterização socioprofissional dos entrevistados evidenciam, pois, a experiência profissional de todos os participantes no estudo ao nível da gestão de processos de referenciação hospitalar na área da saúde mental (no tocante à EGA de um hospital psiquiátrico e à ER aos CCISM de um hospital geral) e ao nível da atribuição de vagas a utentes com DMG para as unidades e equipas de CCISM (no tocante a uma ECR da RNCCI).

3.2. Apresentação de resultados

A análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos oito profissionais participantes no estudo permitiu mapear quatro temas principais ilustrados na Figura 7. O primeiro tema foi categorizado em função das dificuldades e das sugestões de melhoria ao nível do "Planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI" (Tema 1), as quais foram identificadas a partir da análise dos dados textuais primordialmente advenientes de dois profissionais entrevistados (uma enfermeira especialista em ESMP e uma assistente social) que integram uma ECR da RNCCI. Os demais temas mapeados neste estudo também foram categorizados em função das dificuldades e das sugestões de melhoria ao nível do "Planeamento das altas hospitalares de utentes adultos referenciados para as unidades residenciais de CCISM" (Tema 2), da "Gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM" (Tema 3) e da "Articulação interinstitucional na referenciação para as unidades residenciais de CCISM" (Tema 4); tendo esta categorização sido baseada na análise dos dados textuais principalmente provenientes de seis profissionais entrevistados (dois médicos psiquiatras, dois enfermeiros especialistas em ESMP e dois assistentes sociais) que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS. No conjunto dos quatro temas mapeados neste estudo contabilizou-se um total de oito categorias e de 64 subcategorias, a que correspondem 35 constrangimentos e 29 recomendações.

Figura 7: Síntese de temas e categorias das entrevistas realizadas à Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e às Equipas Referenciadoras dos Hospitais



Fonte: Elaboração própria

Nas Figuras 8 e 9 encontram-se representadas graficamente as subcategorias que caracterizam as dificuldades e as sugestões de melhoria (categorias) emergentes das entrevistas aos oito profissionais participantes no estudo para os quatro temas principais mapeados no decurso da análise temática que realizámos aos dados textuais recolhidos junto de três equipas multidisciplinares (uma ECR da RNCCI, uma EGA de um hospital psiquiátrico e uma ER aos CCISM de um hospital geral, ambos integrados no SNS).

O primeiro tema conglomerou nove constrangimentos e nove recomendações ao nível do "Planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI", havendo a destacar os seguintes resultados (Figura 8):

- Três principais dificuldades, que totalizam dez contagens de frequência e que representam 45,4% dos constrangimentos identificados no Tema 1, a saber: o "Incipiente desenvolvimento da RNCCI na área da saúde mental" (18,2%), a "Escassez e insuficiência das respostas de CCISM a nível regional" (13,6%) e a "Falta de recursos financeiros das entidades promotoras e gestoras de CCISM" (13,6%);

- Três principais sugestões de melhoria, que totalizam 11 contagens de frequência e que representam 57,9% das recomendações identificadas no Tema 1, a saber: a “Expansão territorial de CCISM e criação de novos lugares residenciais isentos de reconversões” (26,3%), a “Definição de critérios para o desenvolvimento de CCISM e apuramento de necessidades de lugares residenciais” (15,8%) e a “Sensibilização dos profissionais sinalizadores dos SSM e dos profissionais referenciadores dos hospitais para a referência e os critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM” (15,8%).

No segundo tema foram agrupados nove constrangimentos e quatro recomendações ao nível do “Planeamento das altas hospitalares de utentes adultos referenciados para as unidades residenciais de CCISM”, salientando-se os seguintes resultados (Figura 8):

- Três principais dificuldades, totalizando 16 contagens de frequência e representando 47% dos constrangimentos identificados no Tema 2: a “Ausência de vagas nas unidades residenciais de CCISM e escassez de tipologias adequadas às necessidades dos utentes” (17,6%), o “Tempo excessivo em que os utentes aguardam vaga para ingressar nas unidades residenciais de CCISM” (14,7%) e a “Permanência prolongada de utentes com necessidades de CCISM em regime de internamento hospitalar sem justificação clínica” (14,7%);
- Três principais sugestões de melhoria, totalizando oito contagens de frequência e representando 88,8% das recomendações identificadas no Tema 2, a saber: a “Redução do tempo em que os doentes aguardam vaga para ingressar nas unidades residenciais de CCISM” (44,4%), a “Reorganização do planeamento das altas hospitalares em torno do técnico de referência e/ou do gestor de caso” (22,2%) e a “Promoção do debate sobre a dificuldade de adesão dos utentes a projetos de reabilitação psicossocial devido à sua comparticipação em CCISM” (22,2%).

O terceiro tema reuniu dez constrangimentos e nove recomendações ao nível da “Gestão hospitalar dos processos de referência para as unidades residenciais de CCISM”, sendo de realçar os seguintes resultados (Figura 9):

- Três principais dificuldades, que totalizam 11 contagens de frequência e que representam 44% dos constrangimentos identificados no Tema 3, a saber: o “Conhecimento insuficiente dos profissionais sinalizadores dos SSM sobre os objetivos e serviços das tipologias da RNCCI-SM e sobre os critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM” (20%); a “Perceção desfavorável dos profissionais sinalizadores dos SSM e dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre a RNCCI-SM” (12%) e a

“Morosidade na comunicação entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais” (12%);

- Três principais sugestões de melhoria, que totalizam dez contagens de frequência e que representam 47,6% das recomendações identificadas no Tema 3, a saber: a “Articulação de maior proximidade e comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais” (19%), a “Formação e apoio aos profissionais sinalizadores dos SSM sobre a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI-SM” (14,3%) e a “Consensualização dos pareceres dos profissionais sinalizadores dos SSM e das avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sobre os utentes propostos para CCISM” (14,3%).

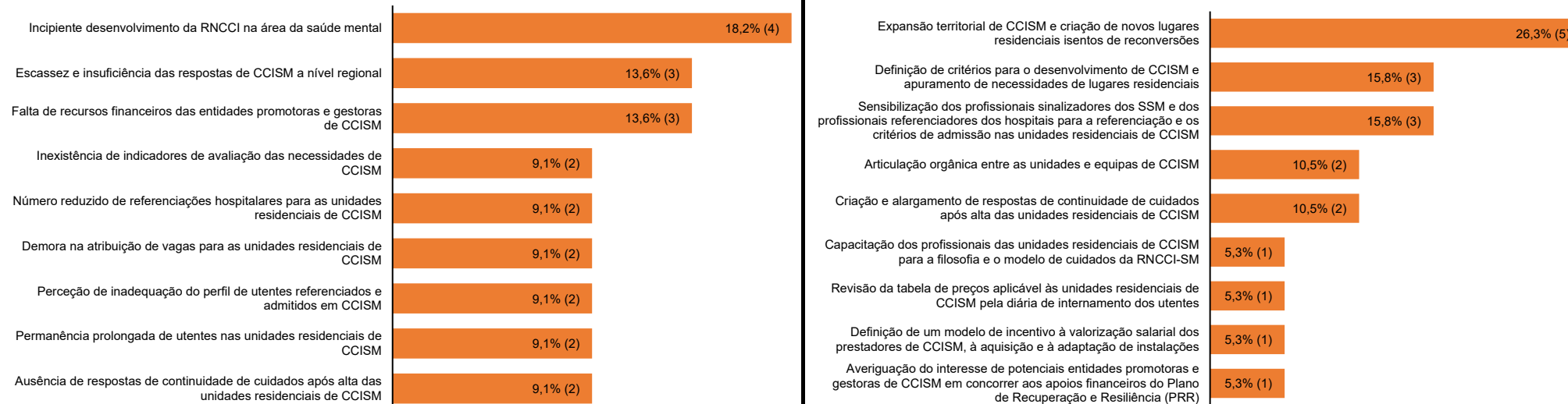
No quarto tema foram agregados sete constrangimentos e sete recomendações ao nível da “Articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM”, havendo a relevar os seguintes resultados (Figura 9):

- Três principais dificuldades, totalizando 11 contagens de frequência e representando 64,6% dos constrangimentos identificados no Tema 4, a saber: a “Excessiva burocratização dos processos de referência hospitalar na fase de validação das propostas para as unidades residenciais de CCISM por parte das ECL da RNCCI” (29,4%), a “Morosidade das ECL na comunicação com os profissionais referenciadores dos hospitais e na validação das propostas de referência para as unidades residenciais de CCISM” (17,6%) e a “Perceção de inadequação e falta de clareza na aplicação dos critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM” (17,6%);
- Três principais sugestões de melhoria, totalizando 13 contagens de frequência e representando 65% das recomendações identificadas no Tema 4, a saber: a “Articulação de maior proximidade e comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais referenciadores dos hospitais e as ECL da RNCCI” (25%), a “Revisão do modelo de organização e funcionamento da RNCCI-SM” (20%) e a “Revisão e consensualização dos critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM” (20%).

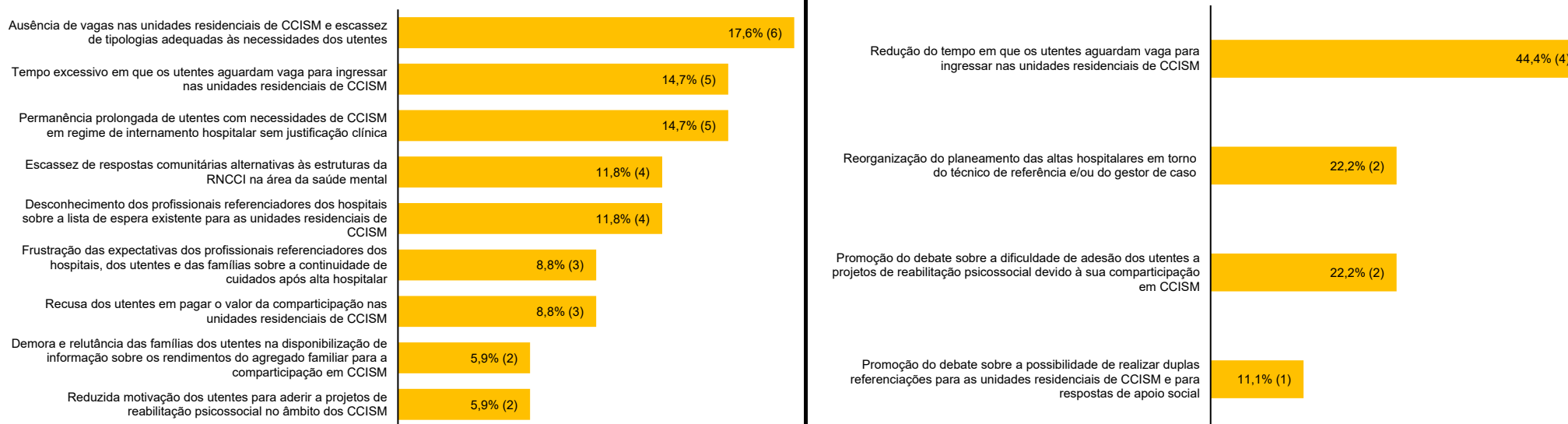
Após a descrição sucinta das subcategorias que caracterizam as principais dificuldades e sugestões de melhoria alusivas aos quatro temas do presente estudo, em seguida apresenta-se uma caracterização detalhada das 64 subcategorias (35 constrangimentos e 29 recomendações) identificadas a partir das entrevistas realizadas, que evidenciam mais pormenorizadamente as perspetivas dos oito profissionais pertencentes a uma equipa coordenadora regional da RNCCI e a duas equipas referenciadoras hospitalares.

Figura 8: Representação gráfica da frequência absoluta e relativa das subcategorias identificadas nos Temas 1 e 2 das entrevistas realizadas à Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e às Equipas Referenciadoras dos Hospitais

Tema 1: Planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI – dificuldades e melhorias



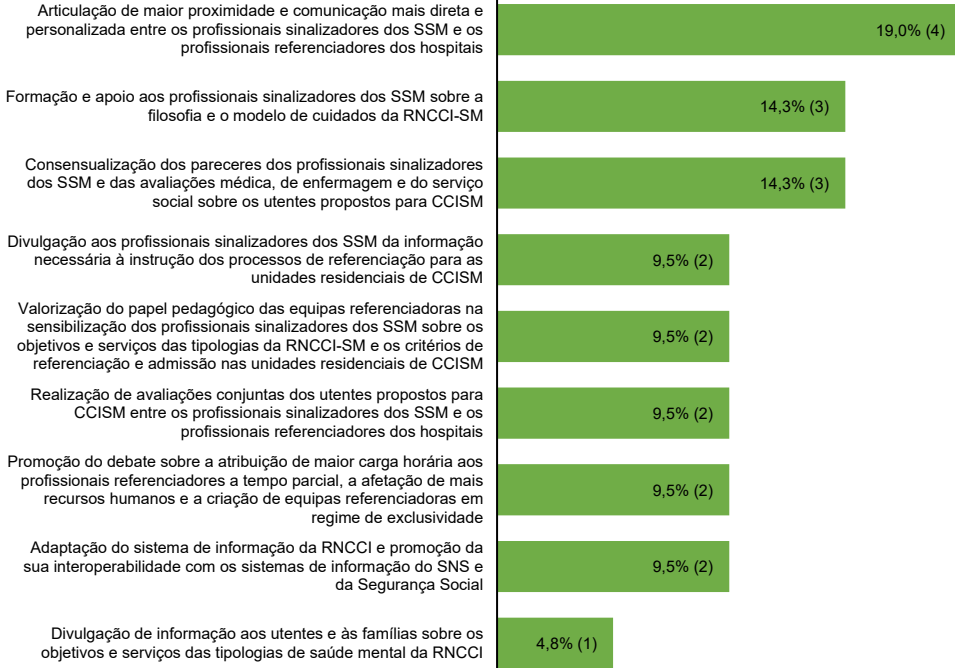
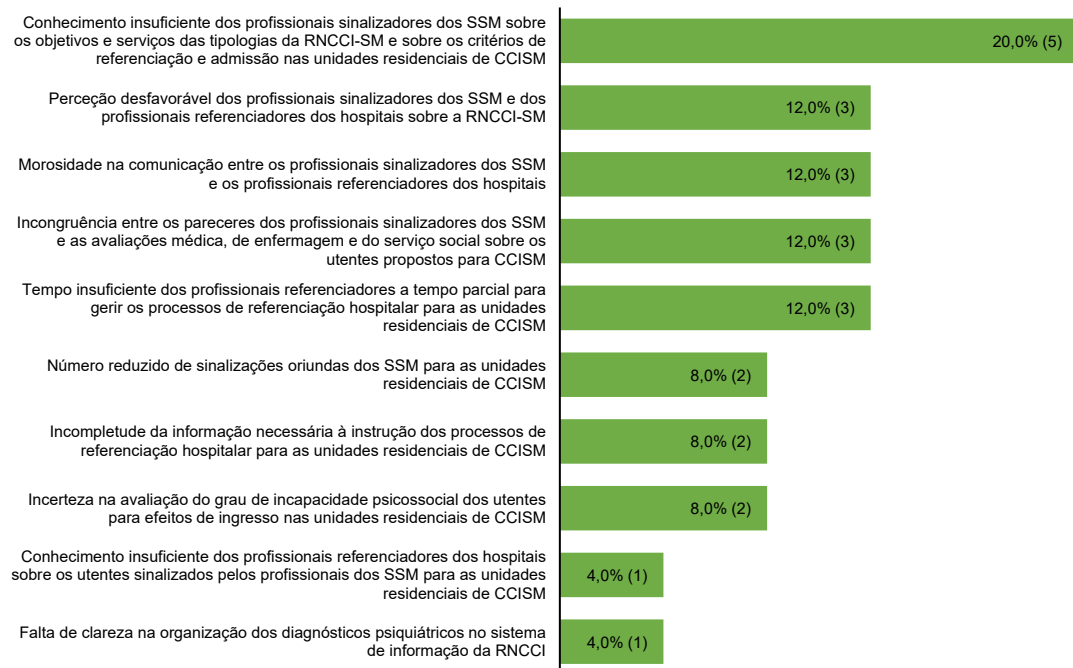
Tema 2: Planeamento das altas hospitalares de utentes adultos referenciados para as unidades residenciais de CCISM – dificuldades e melhorias



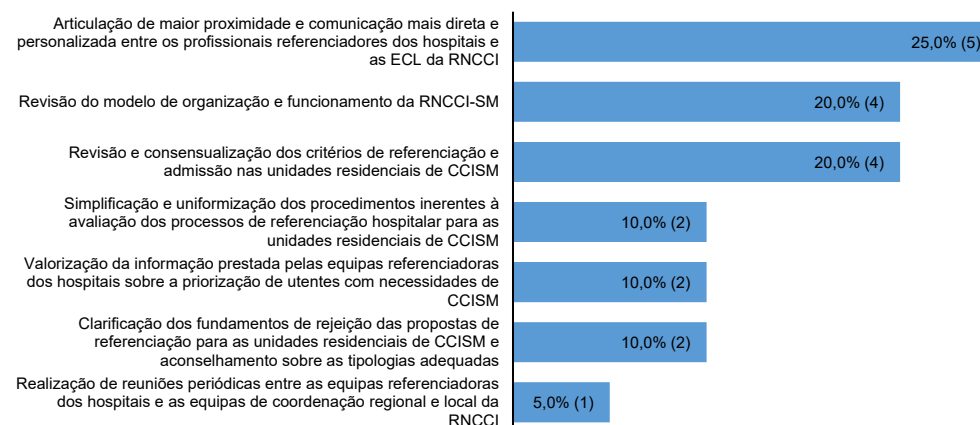
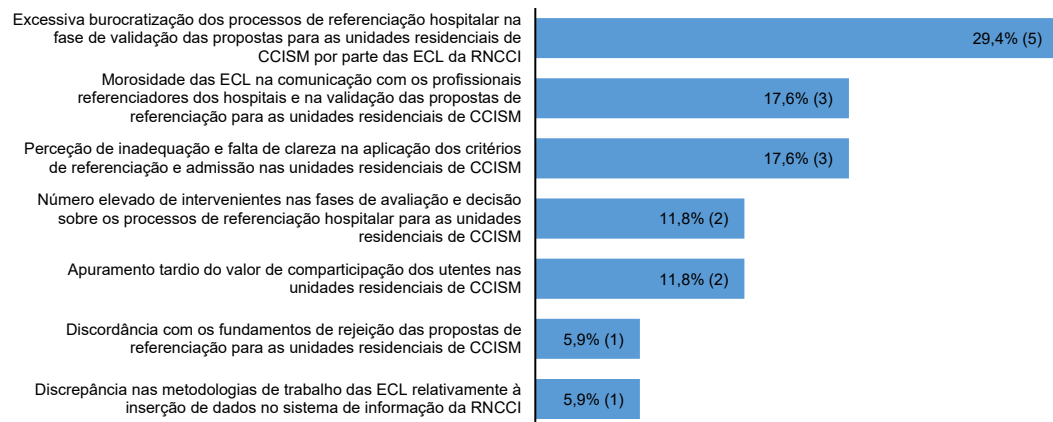
Fonte: Elaboração própria

Figura 9: Representação gráfica da frequência absoluta e relativa das subcategorias identificadas nos Temas 3 e 4 das entrevistas realizadas à Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e às Equipas Referenciadoras dos Hospitais

Tema 3: Gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM – dificuldades e melhorias



Tema 4: Articulação interinstitucional na referenciação para unidades residenciais de CCISM: dificuldades e melhorias



Fonte: Elaboração própria

3.2.1. Constrangimentos identificados pela Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e pelas Equipas Referenciadoras dos Hospitais

A análise temática do material discursivo produzido pelos oito profissionais participantes no estudo permitiu identificar um total de 35 constrangimentos codificados em quatro categorias consoante o tema principal a que se encontram associados, conforme explicitado na Tabela 16, detalhado de seguida e evidenciado nos excertos significativos das entrevistas (Anexo VIII) aos membros integrantes de uma ECR da RNCCI, uma EGA de um hospital psiquiátrico e uma ER aos CCISM de um hospital geral do SNS.

3.2.1.1. Dificuldades no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI

Esta categoria alusiva ao primeiro tema principal do estudo beneficiou primordialmente dos testemunhos de dois profissionais entrevistados (uma enfermeira especialista em ESMP representante de uma ARS e uma assistente social representante de um Centro Distrital da Segurança Social) que integram uma ECR da RNCCI. Nesta categoria relativa às “Dificuldades no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI” (classificada com o código 1.1.) foram agrupados nove constrangimentos identificados por ambos os profissionais da ECR da RNCCI participante no estudo, sendo que um dos entrevistados assume as funções de coordenação da respetiva equipa.

O “incipiente desenvolvimento da RNCCI na área da saúde mental” (código 1.1.1.) é um constrangimento referente ao funcionamento das unidades e das equipas de CCISM em regime de experiências-piloto entre 2017 e 2020, assim como à adaptação das unidades criadas ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, que integraram as já referidas experiências-piloto numa perspetiva de reconversão para novas tipologias⁵⁴. Este constrangimento denota o insuficiente conhecimento aportado pelas experiências-piloto de CCISM sobre a importância de tais respostas criadas recentemente, bem como a dificuldade de atribuir vagas e de admitir novos utentes nas unidades residenciais de CCISM que foram reconvertidas e nas quais residem utentes sem perspetivas de saída.

A “escassez e insuficiência das respostas de CCISM a nível regional” (código 1.1.2.) é um constrangimento relacionado com as assimetrias geográficas existentes ao nível das estruturas da RNCCI em saúde mental implantadas regionalmente e com a vigente falta de capacidade instalada em termos de lugares de internamento nas unidades residenciais de CCISM, nomeadamente nas tipologias mais necessárias (RAMa e RAMo) para os utentes com maiores graus de incapacidade psicossocial por DMG. Esta falta de respostas de proximidade no âmbito dos CCISM dificulta, ainda, a continuidade de cuidados dos utentes internados nos SSM em várias áreas geográficas da região.

Tabela 16: Grelha de análise das entrevistas sobre dificuldades da Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e das Equipas Referenciadoras dos Hospitais

Temas	Categorias	Subcategorias
1. Planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI	1.1. Dificuldades no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI	1.1.1. Incipiente desenvolvimento da RNCCI na área da saúde mental
		1.1.2. Escassez e insuficiência das respostas de CCISM a nível regional
		1.1.3. Falta de recursos financeiros das entidades promotoras e gestoras de CCISM
		1.1.4. Inexistência de indicadores de avaliação das necessidades de CCISM
		1.1.5. Número reduzido de referências hospitalares para as unidades residenciais de CCISM
		1.1.6. Demora na atribuição de vagas para as unidades residenciais de CCISM
		1.1.7. Perceção de inadequação do perfil de utentes referenciados e admitidos em CCISM
		1.1.8. Permanência prolongada de utentes nas unidades residenciais de CCISM
		1.1.9. Ausência de respostas de continuidade de cuidados após alta das unidades residenciais de CCISM
2. Planeamento das altas hospitalares de utentes adultos referenciados para as unidades residenciais de CCISM	2.1. Dificuldades no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM	2.1.1. Ausência de vagas nas unidades residenciais de CCISM e escassez de tipologias adequadas às necessidades dos utentes
		2.1.2. Tempo excessivo em que os utentes aguardam vaga para ingressar nas unidades residenciais de CCISM
		2.1.3. Permanência prolongada de utentes com necessidades de CCISM em regime de internamento hospitalar sem justificação clínica
		2.1.4. Escassez de respostas comunitárias alternativas às estruturas da RNCCI na área da saúde mental
		2.1.5. Desconhecimento dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre a lista de espera existente para as unidades residenciais de CCISM
		2.1.6. Frustração das expectativas dos profissionais referenciadores dos hospitais, dos utentes e das famílias sobre a continuidade de cuidados após alta hospitalar
		2.1.7. Recusa dos utentes em pagar o valor da comparticipação nas unidades residenciais de CCISM
		2.1.8. Demora e relutância das famílias dos utentes na disponibilização de informação sobre os rendimentos do agregado familiar para a comparticipação em CCISM
		2.1.9. Reduzida motivação dos utentes para aderir a projetos de reabilitação psicossocial no âmbito dos CCISM
3. Gestão hospitalar dos processos de referência para as unidades residenciais de CCISM	3.1. Dificuldades na gestão hospitalar dos processos de referência para as unidades residenciais de CCISM	3.1.1. Conhecimento insuficiente dos profissionais sinalizadores dos SSM sobre os objetivos e serviços das tipologias da RNCCI-SM e os critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM
		3.1.2. Perceção desfavorável dos profissionais sinalizadores dos SSM e dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre a RNCCI-SM
		3.1.3. Morosidade na comunicação entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais
		3.1.4. Incongruência entre os pareceres dos profissionais sinalizadores dos SSM e as avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sobre os utentes propostos para CCISM
		3.1.5. Tempo insuficiente dos profissionais referenciadores a tempo parcial para gerir os processos de referência hospitalar para as unidades residenciais de CCISM
		3.1.6. Número reduzido de sinalizações oriundas dos SSM para as unidades residenciais de CCISM
		3.1.7. Incompletude da informação necessária à instrução dos processos de referência hospitalar para as unidades residenciais de CCISM
		3.1.8. Incerteza na avaliação do grau de incapacidade psicossocial dos utentes para efeitos de ingresso nas unidades residenciais de CCISM
		3.1.9. Conhecimento insuficiente dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre os utentes sinalizados pelos profissionais dos SSM para as unidades residenciais de CCISM
		3.1.10. Falta de clareza na organização dos diagnósticos psiquiátricos no sistema de informação da RNCCI
4. Articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM	4.1. Dificuldades da articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM	4.1.1. Excessiva burocratização dos processos de referência hospitalar na fase de validação das propostas para as unidades residenciais de CCISM por parte das ECL da RNCCI
		4.1.2. Morosidade das ECL na comunicação com os profissionais referenciadores dos hospitais e na validação das propostas de referência para as unidades residenciais de CCISM
		4.1.3. Perceção de inadequação e falta de clareza na aplicação dos critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM
		4.1.4. Número elevado de intervenientes nas fases de avaliação e decisão sobre os processos de referência hospitalar para as unidades residenciais de CCISM
		4.1.5. Apuramento tardio do valor de comparticipação dos utentes nas unidades residenciais de CCISM
		4.1.6. Discordância com os fundamentos de rejeição das propostas de referência para as unidades residenciais de CCISM
		4.1.7. Discrepância nas metodologias de trabalho das ECL relativamente à inserção de dados no sistema de informação da RNCCI

Fonte: Elaboração própria

A “falta de recursos financeiros das entidades promotoras e gestoras de CCISM” (código 1.1.3.) é um constrangimento tanto ao nível do cumprimento dos requisitos técnicos especificados na Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro, para a edificação e a manutenção das instalações das unidades residenciais para a população adulta¹⁸ como ao nível do financiamento público dos serviços prestados pelas unidades residenciais; sendo os preços, atualizados recentemente na Portaria n.º 74/2024, de 29 de fevereiro, considerados ainda insuficientes para cobrir todos os encargos com cuidados de saúde, medicamentos e cuidados de apoio social prestados aos utentes⁸⁸, particularmente no tocante ao valor global pago pela diária de internamento na tipologia RA (19,24€/utente).

A “inexistência de indicadores de avaliação das necessidades de CCISM” (código 1.1.4.) trata-se de um constrangimento específico da RNCCI na área da saúde mental. No momento presente ainda não existe um rácio de necessidades que permita determinar a quantidade de recursos de CCISM indispensáveis no âmbito da região, considerando as características demográficas, socioeconómicas e de saúde da população. Este constrangimento obstaculiza o desenvolvimento de novas respostas de CCISM, assim como o planeamento regional das necessidades de lugares de internamento nas unidades residenciais de CCISM para adultos e o ajustamento da capacidade instalada.

O “número reduzido de referências hospitalares para as unidades residenciais de CCISM” (código 1.1.5.) é um constrangimento decorrente da ausência de vagas nestas estruturas da RNCCI e da escassez de respostas de CCISM que observem o princípio da proximidade ao local de domicílio dos utentes e ao SSM que lhes presta cuidados; sendo prejudicial tanto ao apuramento das necessidades de lugares de internamento nas unidades residenciais na região quanto à consolidação do modelo de CCISM.

A “demora na atribuição de vagas para as unidades residenciais de CCISM” (código 1.1.6.) reporta-se a um constrangimento decorrente da falta de capacidade de resposta da RNCCI na área da saúde mental. Tal escassez na oferta de recursos reabilitativos face à procura interfere diretamente com as competências da ECR, na medida em que retarda a colocação de utentes nas unidades residenciais de CCISM e incrementa a lista de espera existente devido à ausência de vagas disponíveis nestas tipologias de adultos (com ênfase na tipologia RAMa, onde se tem verificado a maior demora de colocação).

A “perceção de inadequação do perfil de utentes referenciados e admitidos em CCISM” (código 1.1.7.) é um constrangimento reportado pelos dois profissionais entrevistados que integram uma ECR, considerando a existência de diagnósticos psiquiátricos que configuram uma DMG não enquadrável na referência para as unidades residenciais e o incumprimento dos critérios de admissão nestas diferentes tipologias de CCISM.

A “permanência prolongada de utentes nas unidades residenciais de CCISM” (código 1.1.8.) trata-se de um constrangimento à rotatividade de utentes e à alocação vagas nas tipologias de CCISM mais necessárias (RAMa e RAMo), implicando o extravasamento do período máximo de permanência (12 meses) nestas estruturas da RNCCI e a solicitação de prorrogações sucessivas devido à ausência de respostas comunitárias de continuidade de cuidados e de reabilitação dirigidas às pessoas portadoras de DMG.

A “ausência de respostas de continuidade de cuidados após alta das unidades residenciais de CCISM” (código 1.1.9.) refere-se a um constrangimento que retarda a saída programada dos utentes destas estruturas da RNCCI e que traduz a incapacidade de encontrar soluções adequadas para a continuidade de cuidados de saúde mental e de apoio social e habitacional. Ambos os profissionais que integram uma ECR da RNCCI consideram não haver respostas em continuidade na área da saúde mental nem uma interligação de cuidados que consiga promover o progresso da reabilitação psicossocial.

3.2.1.2. Dificuldades no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM

Esta categoria alusiva ao segundo tema principal do estudo foi construída a partir dos testemunhos de seis profissionais (dois médicos psiquiatras, dois enfermeiros especialistas em ESMP e dois assistentes sociais) que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS. Nesta categoria relativa às “Dificuldades no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM” (classificada com o código 2.1.) foram agrupados nove constrangimentos identificados pelos seis profissionais participantes no estudo, sendo que dois entrevistados assumem as funções de coordenação das respetivas equipas.

A “ausência de vagas nas unidades residenciais de CCISM e escassez de tipologias adequadas às necessidades dos utentes” (código 2.1.1.) é um constrangimento identificado pelos seis profissionais que integram as duas equipas referenciadoras hospitalares participantes no estudo, influenciando o processo de decisão dos membros da EGA de um hospital psiquiátrico sobre as tipologias de CCISM mais ajustadas para as pessoas com DMG em função das suas necessidades de reabilitação psicossocial e, simultaneamente, dos lugares de internamento disponíveis nestas estruturas da RNCCI.

O “tempo excessivo em que os utentes aguardam vaga para ingressar nas unidades residenciais de CCISM” (código 2.1.2.) trata-se de um constrangimento assinalado por cinco dos seis profissionais referenciadores entrevistados, tornando evidente que o maior tempo de espera (superior a um ano) entre a referenciação e a identificação da vaga se verifica nas tipologias de RAMa e de RAMo, seguidas pela tipologia de RTA.

A “permanência prolongada de utentes com necessidades de CCISM em regime de internamento hospitalar sem justificação clínica” (código 2.1.3.) é um constrangimento identificado também por cinco dos seis profissionais referenciadores entrevistados. Para dois profissionais entrevistados que integram a ER aos CCISM de um hospital geral, este constrangimento evidencia o problema das altas hospitalares proteladas por falta de vagas nas unidades residenciais de CCISM, tal como o problema da sobreutilização dos cuidados hospitalares e da ocupação de camas necessárias ao internamento de doentes agudos por doentes clinicamente estabilizados que beneficiariam de cuidados continuados na área da saúde mental. Ademais, os três profissionais entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico referiram que a permanência prolongada de utentes com necessidades de CCISM nas residências psiquiátricas desta instituição hospitalar tem sido um obstáculo à desinstitucionalização e reinserção comunitária dos doentes de evolução prolongada que nelas residem devido à inexistência de respostas alternativas que promovam a continuidade de cuidados de saúde mental e apoio social.

A “escassez de respostas comunitárias alternativas às estruturas da RNCCI na área da saúde mental” (código 2.1.4.) trata-se de um constrangimento mencionado por quatro profissionais referenciadores hospitalares, o qual resulta na sinalização de utentes que não cumprem os critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM atendendo à necessidade urgente de encontrar uma resposta social e uma solução que garanta a continuidade da prestação de cuidados de saúde mental e de reabilitação psicossocial após alta hospitalar. Este constrangimento agrava-se com o estigma que as pessoas com DMG ainda vivenciam, sendo mitigado pela histórica assistência psiquiátrica que tem sido prestada pelos institutos religiosos, as IPSS e as misericórdias com intervenção na área da saúde mental. Segundo os profissionais referenciadores entrevistados, tais lugares de internamento psiquiátrico no setor social convencionado têm mitigado este constrangimento para doentes de evolução prolongada com critérios para ingressar nas tipologias de RAMa e de RAMo, não obstante a escassez de respostas comunitárias alternativas às unidades residenciais de CCISM seja um maior problema no que respeita aos utentes adultos com um grau moderado ou reduzido de incapacidade psicossocial por DMG que reúnem critérios para ingressar nas tipologias RTA e RA.

O “desconhecimento dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre a lista de espera existente para as unidades residenciais de CCISM” (código 2.1.5.) refere-se a um constrangimento percebido também por quatro participantes no estudo, os quais consideram que não saberem o número exato de vagas nem o tempo que medeia entre a referência e a alocação de vagas para os utentes internados descredibiliza estas respostas da RNCCI em saúde mental, as equipas sinalizadoras e referenciadoras.

A “frustração das expectativas dos profissionais referenciadores dos hospitais, dos utentes e das famílias sobre a continuidade de cuidados após alta hospitalar” (código 2.1.6.) é um constrangimento identificado por três participantes no estudo, aludindo à desilusão dos próprios profissionais referenciadores com o tempo excessivo em que os utentes adultos aguardam vaga para ingressar nas unidades residenciais de CCISM, ao desalento dos próprios utentes face à possibilidade virem a integrar estas respostas da RNCCI na área da saúde mental e ao descrédito das mesmas perante as famílias. Esta frustração das expectativas dos profissionais entrevistados revelou, ainda, ter um forte impacto negativo na decisão de referenciar para as unidades residenciais de CCISM.

A “recusa dos utentes em pagar o valor da comparticipação nas unidades residenciais de CCISM” (código 2.1.7.) trata-se de um constrangimento à progressão dos processos de referenciação já iniciados, na medida em que os utentes que rejeitam assinar o termo de pagamento não possuem rendimentos suficientes para se autonomizarem e reverterem a intenção de aderir a projetos de reabilitação no âmbito dos CCISM após alta hospitalar.

A “demora e relutância das famílias dos utentes na disponibilização de informação sobre os rendimentos do agregado familiar para a comparticipação em CCISM” (código 2.1.8.) é um constrangimento que também retarda o progresso dos processos de referenciação para estas respostas da RNCCI em saúde mental, manifestando-se na resistência das famílias em declararem a composição do agregado familiar dos utentes e os respetivos rendimentos para efeitos de apuramento da comparticipação da Segurança Social com os encargos decorrentes dos cuidados de apoio social nas unidades residenciais.

A “reduzida motivação dos utentes para aderir a projetos de reabilitação psicossocial no âmbito dos CCISM” (código 2.1.9.) reporta-se a um constrangimento decorrente do longo tempo de espera para a identificação de vaga e a admissão nestas tipologias da RNCCI na área da saúde mental, assim como da sua comparticipação pela utilização das respostas. Este constrangimento dificulta o envolvimento dos utentes no seu projeto terapêutico e a construção de uma decisão partilhada sobre o ingresso em CCISM.

3.2.1.3. Dificuldades na gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM

Esta categoria alusiva ao terceiro tema principal do estudo foi elaborada com base nos testemunhos dos seis profissionais referenciadores entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS. Nesta categoria alusiva às “Dificuldades na gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM” (classificada com o código 3.1.) reuniram-se dez constrangimentos identificados por seis profissionais referenciadores hospitalares.

O “conhecimento insuficiente dos profissionais sinalizadores dos SSM sobre os objetivos e serviços das tipologias da RNCCI-SM e os critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM” (código 3.1.1.) é um constrangimento mencionado por cinco profissionais que integram as duas equipas referenciadoras hospitalares participantes no estudo. Este constrangimento espelha a dificuldade de sensibilizar os profissionais sinalizadores dos SSM para a importância do modelo de CCISM e para os requisitos de admissão de utentes adultos com DMG nas diferentes tipologias da RNCCI na área da saúde mental. O desconhecimento dos profissionais de saúde e de apoio social, que acompanham os utentes nos SSM, sobre a finalidade das residências de CCISM e as atividades desenvolvidas nestas unidades da RNCCI traduz-se, ainda, na sinalização de casos não elegíveis para efeitos de referência à Rede.

A “perceção desfavorável dos profissionais sinalizadores dos SSM e dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre a RNCCI-SM” (código 3.1.2.) é um constrangimento decorrente da ausência de vagas nas unidades residenciais de CCISM (com particular destaque para as tipologias RAMa e RAMo) e dos longos tempos de espera para os utentes ingressarem nestas unidades, assim como do enraizamento de uma cultura hospitalar que ainda não é propícia à dinamização dos processos de referência para CCISM nem à implementação de procedimentos que permitiriam agilizar a sinalização.

A “morosidade na comunicação entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais” (código 3.1.3.) alude a um constrangimento intra-hospitalar que representa uma entropia nos processos de referência de utentes internados para as unidades residenciais de CCISM. Este constrangimento reporta-se à demora na comunicação escrita entre as equipas sinalizadoras e referenciadoras para o esclarecimento de dúvidas sobre os utentes propostos para CCISM, a recolha de documentação necessária e a concertação da informação (os pareceres técnicos dos profissionais que acompanham os utentes sinalizados) constante nas propostas de referência para CCISM. A demorada articulação entre as equipas sinalizadoras dos SSM e as equipas referenciadoras dos hospitais tende a incrementar a burocratização dos processos de referência hospitalar para CCISM e a atrasar a sua prossecução.

A “incongruência entre os pareceres dos profissionais sinalizadores dos SSM e as avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sobre os utentes propostos para CCISM” (código 3.1.4.) refere-se a um constrangimento mencionado exclusivamente pelos três profissionais entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico. Os pareceres técnicos dos profissionais sinalizadores (médicos psiquiatras, enfermeiros especialistas em saúde mental e assistentes sociais) revelam uma avaliação tripartida sobre o grau de incapacidade psicossocial dos utentes com DMG para efeitos do seu

ingresso nas unidades residenciais de CCISM. A falta de coerência entre as avaliações dos técnicos pertencentes a três grupos profissionais distintos que integram as equipas sinalizadoras multidisciplinares afigura-se num obstáculo à progressão dos processos de referenciação para CCISM, na medida em que evidencia a ausência de consenso entre os profissionais que acompanham os utentes propostos tais estruturas da RNCCI na área da saúde mental e que torna impercetível a recomendação sobre a tipologia de CCISM mais adequada e o plano de reabilitação pretendido para os utentes sinalizados.

O “tempo insuficiente dos profissionais referenciadores a tempo parcial para gerir os processos de referenciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM” (código 3.1.5.) é um constrangimento identificado por três profissionais entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS em regime de acumulação de funções. Este constrangimento decorre da limitada disponibilidade dos profissionais entrevistados para participar em reuniões das equipas referenciadoras, analisar as propostas de referenciação atempadamente, esclarecer dúvidas com os profissionais sinalizadores dos SSM, recolher a informação necessária à instrução dos processos de referenciação para CCISM e submetê-los no SI da RNCCI. O constrangimento temporal manifestou-se mais acentuado para os dois profissionais referenciadores entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico, visto que a equipa, cumulativamente, realiza entrevistas com os utentes propostos para CCISM e reuniões conjuntas com os profissionais sinalizadores que os acompanham para aferir a tipologia de CCISM mais adequada às suas necessidades de reabilitação psicossocial.

O “número reduzido de sinalizações oriundas dos SSM para as unidades residenciais de CCISM” (código 3.1.6.) trata-se de um constrangimento assinalado por apenas dois profissionais referenciadores hospitalares entrevistados, sendo apontado como uma consequência da ausência de vagas nestas tipologias da RNCCI na área da saúde mental e da relutância dos próprios profissionais sinalizadores em encaminhar os utentes internados nos SSM para outras equipas prestadoras de cuidados.

A “incompletude da informação necessária à instrução dos processos de referenciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM” (código 3.1.7.) refere-se a um constrangimento indicado também por dois entrevistados, aludindo à desconformidade da documentação apresentada (exemplo: Cartão de Cidadão caducado ou extraviado) e à insuficiência da informação descrita pelas equipas sinalizadoras sobre os utentes propostos para CCISM (incluindo os aspetos clínicos e os aspetos socioeconómicos relevantes para cada plano reabilitativo), os objetivos pretendidos com os projetos de recuperação e a tipologia mais adequada face às necessidades identificadas.

A “incerteza na avaliação do grau de incapacidade psicossocial dos utentes para efeitos de ingresso nas unidades residenciais de CCISM” (código 3.1.8.) é um constrangimento referente à classificação da funcionalidade nas pessoas com DMG propostas para estas estruturas da RNCCI na área da saúde mental. Tal constrangimento revela a dificuldade expressa por dois profissionais referenciadores em determinar a tipologia de CCISM mais adequada para os utentes em função do seu grau de incapacidade psicossocial, sendo atenuada pela aplicação de um instrumento de avaliação (a tabela CIFsm) que auxilia a tomada de decisão sobre a unidade residencial indicada para cada pessoa.

O “conhecimento insuficiente dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre os utentes sinalizados pelos profissionais dos SSM para as unidades residenciais de CCISM” (código 3.1.9.) é um constrangimento alusivo aos profissionais das ER aos CCISM que são exclusivamente responsáveis pela gestão administrativa dos processos de referência hospitalar para cuidados continuados de saúde mental, mas que não possuem as competências atribuídas aos profissionais das EGA em termos da avaliação dos utentes adultos com necessidades de CCISM a propor à RNCCI.

A “falta de clareza na organização dos diagnósticos psiquiátricos no sistema de informação da RNCCI” (código 3.1.10.) é um constrangimento identificado apenas por um participante no estudo, considerando existir confusão no modo de apresentação dos diagnósticos que devem constar nas propostas de referência, dificuldade de localizá-los e uma desatualização da extensa lista de diagnósticos disponibilizada na plataforma informática face à CID atualmente em vigor (ICD-10-CM/PCS⁸⁹).

3.2.1.4. Dificuldades da articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM

Esta categoria alusiva ao quarto tema principal do estudo foi construída a partir dos testemunhos de seis profissionais referenciadores (dois médicos psiquiatras, dois enfermeiros especialistas em ESMP e dois assistentes sociais) que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS. Nesta categoria relativa às “Dificuldades da articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM” (classificada com o código 4.1.) foram agrupados os últimos sete constrangimentos identificados pelos seis profissionais entrevistados.

A “excessiva burocratização dos processos de referência hospitalar na fase de validação das propostas para as unidades residenciais de CCISM por parte das ECL da RNCCI” (código 4.1.1.) trata-se de um constrangimento reportado por cinco profissionais referenciadores entrevistados. Este constrangimento evidencia a perceção das equipas referenciadoras participantes no estudo sobre o facto de os processos de referência

hospitalar para as unidades residenciais de CCISM serem processos lentos, pesados e burocráticos, envolvendo inclusivamente: a recolha, o preenchimento e a retificação de documentos (o Consentimento Informado, a título de exemplo); a análise e a discussão sobre um grande volume de informação relevante para a definição dos projetos individuais dos utentes; o registo dessa mesma informação na plataforma informática da RNCCI; e, ainda, a comunicação escrita por email entre as equipas referenciadoras hospitalares e as ECL da RNCCI. No circuito de referenciação para as unidades residenciais de CCISM, o retrocesso dos processos avaliados pelos técnicos que integram as ECL é considerado um fardo administrativo e processual que recai sobre os profissionais das equipas referenciadoras hospitalares; sendo motivado pela solicitação de esclarecimentos adicionais sobre os utentes referenciados para CCISM e pela devolução de documentação incompleta ou insuficiente que precisa de voltar a ser submetida à apreciação da ECL para a prossecução dos processos de referenciação.

A “morosidade das ECL na comunicação com os profissionais referenciadores dos hospitais e na validação das propostas de referenciação para as unidades residenciais de CCISM” (código 4.1.2.) é um constrangimento mencionado exclusivamente pelos três profissionais entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico. Este constrangimento prejudica a celeridade dos processos de referenciação hospitalar devido à demora dos técnicos das ECL na resposta aos profissionais referenciadores, na verificação do cumprimento dos critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM e na validação da tipologia adequada para a qual os utentes foram propostos.

A “perceção de inadequação e falta de clareza na aplicação dos critérios de referenciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM” (código 4.1.3.) trata-se de um constrangimento identificado unicamente pelos três profissionais referenciadores entrevistados que integram a ER aos CCISM de um hospital geral. Este constrangimento espelha a incerteza dos profissionais referenciadores sobre a tipologia de CCISM mais adequada para as necessidades dos utentes cujos processos de referenciação foram rejeitados pelas ECL por não reunirem critérios de admissão nas unidades residenciais da RNCCI em saúde mental. O desconhecimento dos profissionais referenciadores sobre os critérios de admissão em vigor e os diagnósticos psiquiátricos que configuram uma DMG não enquadrável no âmbito dos CCISM suscita dúvidas aos entrevistados sobre a transparência dos processos de referenciação e a recusa das suas propostas.

O “número elevado de intervenientes nas fases de avaliação e decisão sobre os processos de referenciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM” (código 4.1.4.) é um constrangimento assinalado por dois profissionais referenciadores que integram a EGA de um hospital psiquiátrico. Ambos os entrevistados consideram que

as equipas referenciadoras hospitalares e as equipas de coordenação local e regional da RNCCI incorporam um vasto conjunto de profissionais, dificultando assim a comunicação entre os vários intervenientes com posições hierárquicas distintas e com competências específicas na gestão dos processos de referência para CCISM, na validação das propostas e na atribuição de vaga para as unidades residenciais aos utentes adultos com incapacidade psicossocial resultante de DMG.

O “apuramento tardio do valor de participação dos utentes nas unidades residenciais de CCISM” (código 4.1.5.) é um constrangimento mencionado também por dois profissionais referenciadores que integram a EGA de um hospital psiquiátrico, na medida em que implica o preenchimento do Modelo CCI 1/2023 - DGSS⁹⁰ e em que os custos referentes ao apoio social a pagar pelos utentes são calculados numa fase já avançada do processo de referência, comprometendo a adesão dos próprios ao seu projeto reabilitativo no âmbito dos CCISM. Mediante a participação da Segurança Social em função da respetiva condição de recursos, tais encargos a suportar pelos utentes internados têm motivado a recusa dos mesmos em assinar o termo de aceitação referente ao valor que terão de pagar por cada dia de prestação de cuidados de apoio social nas unidades residenciais de CCISM para onde foram previamente referenciados.

A “discordância com os fundamentos de rejeição das propostas de referência para as unidades residenciais de CCISM” (código 4.1.6.) trata-se de um constrangimento que decorre da incompreensão de um profissional referenciador entrevistado pertencente à ER aos CCISM de um hospital geral sobre as razões que motivaram a recusa de tais propostas por parte das ECL da RNCCI, nomeadamente ao nível do incumprimento dos critérios de admissão nestas tipologias para adultos e da exclusão de casos sociais. Tal constrangimento evidencia a ausência de um diálogo aprofundado entre os profissionais referenciadores hospitalares e os coordenadores locais e regionais da RNCCI a respeito das divergências existentes sobre o perfil de utentes com incapacidade psicossocial por DMG que beneficiariam de acompanhamento nas unidades residenciais de CCISM.

A “discrepância nas metodologias de trabalho das ECL relativamente à inserção de dados no sistema de informação da RNCCI” (código 4.1.7.) trata-se de um constrangimento identificado por um profissional referenciador entrevistado que integra a EGA de um hospital psiquiátrico. Este constrangimento revela diferenças no modo de funcionamento das ECL da RNCCI e na sua articulação com as equipas referenciadoras dos hospitais, que se traduzem em procedimentos díspares entre as ECL relativamente ao preenchimento de informação (por exemplo: as datas do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação do programa de reabilitação) na plataforma informática da RNCCI e em atrasos na validação das propostas de referência para CCISM.

3.2.2. Recomendações propostas pela Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e pelas Equipas Referenciadoras dos Hospitais

Com base na análise temática do material discursivo produzido pelos oito profissionais entrevistados identificou-se um total de 29 recomendações, as quais foram codificadas em quatro categorias adstritas aos principais temas do estudo. As medidas propostas pelos entrevistados para a resolução dos constrangimentos identificados anteriormente são detalhadas em seguida, encontram-se sumarizadas na Tabela 17 e evidenciadas nos excertos significativos das entrevistas (Anexo VIII) aos profissionais participantes no estudo que integram uma ECR da RNCCI, a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS.

3.2.2.1. Sugestões de melhoria no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI

Esta categoria referente ao primeiro tema principal do presente estudo estruturou-se maioritariamente a partir dos testemunhos de dois profissionais entrevistados que integram uma ECR da RNCCI. Nesta categoria sobre as sugestões de “Melhorias no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI” (classificada com o código 1.2.) foram agrupadas nove recomendações propostas por ambos os profissionais da ECR da RNCCI participante no estudo, tendo também em consideração os contributos complementares fornecidos por profissionais entrevistados das equipas referenciadoras hospitalares a respeito da categoria em análise.

A “expansão territorial de CCISM e criação de novos lugares residenciais isentos de reconversões” (código 1.2.1.) é uma recomendação essencial ao desenvolvimento da RNCCI na área da saúde mental. Esta recomendação centra-se na necessidade urgente de alargar as respostas de CCISM ao nível das unidades residenciais e de aumentar os lugares de internamento nas diferentes tipologias de CCISM para a população adulta no âmbito da região. Recomenda-se, pois, que o alargamento destas respostas de CCISM pelo território regional seja isento de reconversões para permitir a abertura de novas vagas nas unidades residenciais e que o aumento da capacidade instalada de CCISM seja impulsionado pela atribuição de apoios financeiros para executar os investimentos na RNCCI previstos na Componente 01: SNS do PRR⁷⁵. Com a implementação desta medida pretende-se, ainda, que a ampliação das respostas de CCISM a nível regional promova uma maior referenciação hospitalar, mediante a observância do princípio da proximidade das unidades residenciais aos locais de domicílio dos utentes propostos para tais estruturas da RNCCI e aos SSM que lhes prestam cuidados de saúde e apoio social.

Tabela 17: Grelha de análise das entrevistas sobre sugestões de melhoria da Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e das Equipas Referenciadoras dos Hospitais

Temas	Categorias	Subcategorias
1. Planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI	1.2. Melhorias no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI	1.2.1. Expansão territorial de CCISM e criação de novos lugares residenciais isentos de reconversões
		1.2.2. Definição de critérios para o desenvolvimento de CCISM e apuramento de necessidades de lugares residenciais
		1.2.3. Sensibilização dos profissionais sinalizadores dos SSM e dos profissionais referenciadores dos hospitais para a referênciação e os critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM
		1.2.4. Articulação orgânica entre as unidades e equipas de CCISM
		1.2.5. Criação e alargamento de respostas de continuidade de cuidados após alta das unidades residenciais de CCISM
		1.2.6. Capacitação dos profissionais das unidades residenciais de CCISM para a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI-SM
		1.2.7. Revisão da tabela de preços aplicável às unidades residenciais de CCISM pela diária de internamento dos utentes
		1.2.8. Definição de um modelo de incentivo à valorização salarial dos prestadores de CCISM, à aquisição e à adaptação de instalações
		1.2.9. Averiguação do interesse de potenciais entidades promotoras e gestoras de CCISM em concorrer aos apoios financeiros do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)
2. Planeamento das altas hospitalares de utentes adultos referenciados para as unidades residenciais de CCISM	2.2. Melhorias no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM	2.2.1. Redução do tempo em que os utentes aguardam vaga para ingressar nas unidades residenciais de CCISM
		2.2.2. Reorganização do planeamento das altas hospitalares em torno do técnico de referência e/ou do gestor de caso
		2.2.3. Promoção do debate sobre a dificuldade de adesão dos utentes a projetos de reabilitação psicossocial devido à sua participação em CCISM
		2.2.4. Promoção do debate sobre a possibilidade de realizar duplas referenciações para as unidades residenciais de CCISM e para respostas de apoio social
3. Gestão hospitalar dos processos de referênciação para as unidades residenciais de CCISM	3.2. Melhorias na gestão hospitalar dos processos de referênciação para as unidades residenciais de CCISM	3.2.1. Articulação de maior proximidade e comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais
		3.2.2. Formação e apoio aos profissionais sinalizadores dos SSM sobre a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI-SM
		3.2.3. Consensualização dos pareceres dos profissionais sinalizadores dos SSM e das avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sobre os utentes propostos para CCISM
		3.2.4. Divulgação aos profissionais dos SSM da informação necessária à instrução dos processos de referênciação para as unidades residenciais de CCISM
		3.2.5. Valorização do papel pedagógico das equipas referenciadoras na sensibilização dos profissionais sinalizadores dos SSM sobre os objetivos e serviços das tipologias da RNCCI-SM e os critérios de referênciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM
		3.2.6. Realização de avaliações conjuntas dos utentes propostos para CCISM entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais
		3.2.7. Promoção do debate sobre a atribuição de maior carga horária aos profissionais referenciadores a tempo parcial, a afetação de mais recursos humanos e a criação de equipas referenciadoras em regime de exclusividade
		3.2.8. Adaptação do sistema de informação da RNCCI e promoção da sua interoperabilidade com os sistemas de informação do SNS e da Segurança Social
		3.2.9. Divulgação de informação aos utentes e às famílias sobre os objetivos e serviços das tipologias de saúde mental da RNCCI
4. Articulação interinstitucional na referênciação para as unidades residenciais de CCISM	4.2. Melhorias da articulação interinstitucional na referênciação para as unidades residenciais de CCISM	4.2.1. Articulação de maior proximidade e comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais referenciadores dos hospitais e as ECL da RNCCI
		4.2.2. Revisão do modelo de organização e funcionamento da RNCCI-SM
		4.2.3. Revisão e consensualização dos critérios de referênciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM
		4.2.4. Simplificação e uniformização dos procedimentos inerentes à avaliação dos processos de referênciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM
		4.2.5. Valorização da informação prestada pelas equipas referenciadoras dos hospitais sobre a priorização de utentes com necessidades de CCISM
		4.2.6. Clarificação dos fundamentos de rejeição das propostas de referênciação para as unidades residenciais de CCISM e aconselhamento sobre as tipologias adequadas
		4.2.7. Realização de reuniões periódicas entre as equipas referenciadoras dos hospitais e as equipas de coordenação regional e local da RNCCI

Fonte: Elaboração própria

A “definição de critérios para o desenvolvimento de CCISM e apuramento de necessidades de lugares residenciais” (código 1.2.2.) é uma recomendação decorrente da importância de identificar as respostas da RNCCI na área da saúde mental que precisam de ser criadas nas áreas de influência da região. A definição de um rácio para aferir as necessidades de CCISM é uma medida que visa melhorar o planeamento regional destas respostas e informar a decisão sobre as diferentes tipologias de CCISM para adultos que urge desenvolver. A partir das necessidades de CCISM apuradas pelos dois profissionais entrevistados que pertencem à ECR da RNCCI, recomenda-se a criação de, pelo menos, uma RTA ou uma RAMo nas áreas geográficas circundantes aos SLSM da região, assim com se identifica a RAMa como sendo a tipologia de CCISM mais procurada por registar o maior número de referências e se tratar da resposta para a qual há mais utentes que se encontram em lista de espera e a aguardar vaga.

A “sensibilização dos profissionais sinalizadores dos SSM e dos profissionais referenciadores dos hospitais para a referência e os critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM” (código 1.2.3.) trata-se de uma recomendação que visa, por um lado, fundamentar a necessidade de alargar tais respostas da RNCCI na área da saúde mental através do aumento do volume de referências e, por outro lado, adequar o perfil de utentes referenciados para CCISM aos requisitos de ingresso nas unidades residenciais para adultos através da disseminação da filosofia e do modelo de CCISM junto das equipas multidisciplinares que participam nestes processos de sinalização e de referência hospitalar para as diferentes tipologias de CCISM. Esta medida visa melhorar a qualidade da referência hospitalar com base no cumprimento dos critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM.

A “articulação orgânica entre as unidades e equipas de CCISM” (código 1.2.4.) é uma recomendação que prevê a realização de avaliações trimestrais aos utentes admitidos nas unidades residenciais de CCISM, a preparação atempada da sua saída programada das residências e a sua transição para outras unidades (em regime de internamento ou ambulatório) ou equipas (no domicílio) que assegurem a continuidade da prestação de cuidados e o acompanhamento adequado das pessoas com DMG na recuperação, na manutenção e no reforço das suas competências psicossociais e na sua reintegração social e familiar. Tal medida pretende, assim, promover a mobilidade dos utentes dentro da RNCCI na área da saúde mental, a qual se perspetiva como uma porta giratória e preconiza uma integração de cuidados entre as diferentes tipologias de CCISM para adultos. Ao promover a circulação de utentes dentro da própria RNCCI nas valências de saúde mental, esta medida visa, ainda, evitar a reinstitucionalização das pessoas com DMG e agilizar o circuito de novas entradas nas unidades residenciais de CCISM.

A “criação e alargamento de respostas de continuidade de cuidados após alta das unidades residenciais de CCISM” (código 1.2.5.) é uma recomendação que pretende garantir o acompanhamento necessário aos utentes com incapacidade psicossocial por DMG a jusante da RNCCI na região. Esta recomendação contempla a expansão das respostas integradas de cuidados de saúde e apoio social dirigidas às pessoas com incapacidade psicossocial resultante de DMG, designadamente as unidades de vida apoiada, as unidades de vida protegida e as unidades de vida autónoma, previstas no Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho⁵⁴. A medida relativa à criação e expansão destas respostas comunitárias promotoras de uma intervenção articulada entre a saúde e a ação social para pessoas com DMG que se encontram em situação de dependência transitória ou permanente é considerada necessária para permitir a saída programada das unidades residenciais de CCISM, assegurar a continuidade do percurso reabilitativo em função das necessidades dos utentes, promover a sua autonomia e a sua integração sociofamiliar e profissional. Esta medida pressupõe, ainda, a necessidade de assegurar um planeamento mais estruturado, integrado e contínuo para os utentes com DMG que, tendo concluído o seu projeto terapêutico no âmbito da RNCCI, precisam de se manter acompanhados e receber apoio técnico em instituições do setor social convencionado.

A “capacitação dos profissionais das unidades residenciais de CCISM para a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI-SM” (código 1.2.6.) é uma recomendação que visa dar continuidade ao trabalho já iniciado pela ECR da RNCCI participante no estudo ao nível da formação dos profissionais que integram as equipas multidisciplinares prestadoras de cuidados continuados integrados na valência de saúde mental. Esta medida procura combater a permanência prolongada de utentes nas unidades residenciais de CCISM, na medida em que sensibiliza os prestadores de cuidados para o tempo de permanência dos utentes admitidos nas diferentes tipologias (com a duração máxima de 12 meses consecutivos) e para as condições (a proposta da equipa técnica e o parecer favorável da respetiva ECR) que permitem a prorrogação do internamento nas residências.

A “revisão da tabela de preços aplicável às unidades residenciais de CCISM pela diária de internamento dos utentes” (código 1.2.7.) trata-se de uma recomendação que visa colmatar a falta de recursos financeiros das entidades promotoras e gestoras de CCISM. Esta medida refere-se ao ajustamento do valor global a pagar, por dia de internamento e por utente, nas unidades residenciais de CCISM dirigidas à população adulta; o qual se encontra atualmente definido pela Portaria n.º 74/2024, de 29 de fevereiro, para as diferentes tipologias⁸⁸. Sugere-se o estabelecimento de um preço compreensivo por utente admitido nas unidades residenciais de CCISM, à semelhança da utilização de um preço base para a atividade de internamento hospitalar, ainda que a cada utente da

RNCCI na área da saúde mental não seja atribuído um GDH específico que determine o preço contratualizado para o internamento residencial. O modelo de pagamento por preço compreensivo pretende aliviar a pressão financeira das entidades promotoras e gestoras de CCISM e a atingir um equilíbrio entre os custos de funcionamento destas entidades e os preços aplicáveis às unidades residenciais de CCISM para adultos.

A “definição de um modelo de incentivo à valorização salarial dos prestadores de CCISM, à aquisição e à adaptação de instalações” (código 1.2.8.) é uma medida que visa melhorar as condições remuneratórias dos profissionais que prestam cuidados diferenciados nas unidades residenciais e dotar as entidades promotoras e gestoras de CCISM dos recursos financeiros necessários para assegurar: por um lado, a prestação de serviços de saúde e apoio social contratualizados com o Estado e o desenvolvimento das atividades das residências; e, por outro lado, a aquisição de espaços e a adaptação dos equipamentos ao programa funcional das unidades residenciais para a população adulta, previstos no Anexo II da Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸.

A “averiguação do interesse de potenciais entidades promotoras e gestoras de CCISM em concorrer aos apoios financeiros do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)” (código 1.2.9.) é uma recomendação que procura constituir um barómetro da confiança depositada pelas instituições do setor social e solitário nos concursos deste programa, tendo em vista a concretização dos investimentos previstos no PRR para o alargamento da RNCCI em lugares de CCISM nas diferentes tipologias de resposta. Esta medida visa contribuir para melhorar o planeamento regional das respostas da RNCCI em saúde mental e adequar as necessidades de CCISM aos recursos reabilitativos disponíveis.

3.2.2.2. Sugestões de melhoria no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM

Esta categoria referente ao segundo tema principal do estudo foi elaborada com base nos testemunhos de quatro profissionais entrevistados (dois enfermeiros especialistas em ESMP, um médico psiquiatra e um assistente social) que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS. Nesta categoria relativa às sugestões de “Melhorias no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM” (classificada com o código 2.2.) reuniram-se quatro recomendações propostas por quatro profissionais referenciadores hospitalares, tendo também em consideração os contributos complementares de um profissional da ECR da RNCCI (enfermeiro especialista em ESMP) sobre a categoria em análise.

A “redução do tempo em que os utentes aguardam vaga para ingressar nas unidades residenciais de CCISM” (código 2.2.1.) é uma recomendação assinalada por quatro

entrevistados, atendendo ao longo período que decorre entre a referenciação hospitalar e a admissão nestas estruturas da RNCCI na área da saúde mental. Esta medida visa promover o acesso aos CCISM dos utentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG, que permanecem internados por períodos prolongados em contexto hospitalar devido à ausência de vagas nas residências e à escassez de respostas comunitárias alternativas às estruturas da RNCCI que assegurem a continuidade de cuidados.

A “reorganização do planeamento das altas hospitalares em torno do técnico de referência e/ou do gestor de caso” (código 2.2.2.) é uma recomendação decorrente dos contributos de dois profissionais referenciadores entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico. Esta abordagem de trabalho sugerida tem, por objetivo, facilitar a proximidade com os utentes propostos para CCISM, permitir uma gestão integrada dos processos de referenciação à Rede entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais das equipas referenciadoras que avaliam os casos sinalizados, bem como agilizar a comunicação entre os intervenientes que participam nestes processos.

A “promoção do debate sobre a dificuldade de adesão dos utentes a projetos de reabilitação psicossocial devido à sua comparticipação em CCISM” (código 2.2.3.) é uma recomendação assente nos contributos distintos de dois profissionais entrevistados sobre os encargos suportados pelos próprios utentes, quando há lugar aos mesmos, com os cuidados de apoio social prestados nas unidades residenciais. Esta medida visa promover a discussão sobre o impacto da compartição dos utentes na sua adesão aos projetos de reabilitação psicossocial no âmbito dos CCISM, nomeadamente em termos das recusas na assinatura do termo de pagamento para efeitos de ingresso na Rede. Nesta discussão propõe-se a consideração de aspetos relacionados não apenas com papel da comparticipação ou da isenção de pagamento nos projetos de reabilitação, mas também com a insuficiência de rendimentos dos utentes e seus familiares, com a equidade das respostas de CCISM para a população adulta face às demais respostas da RNCCI e, ainda, com o compromisso e a responsabilização dos utentes nos seus processos de recuperação contínua ou manutenção da sua funcionalidade e autonomia.

A “promoção do debate sobre a possibilidade de realizar duplas referenciações para as unidades residenciais de CCISM e para respostas de apoio social” (código 2.2.4.) é uma recomendação assente no contributo de um profissional entrevistado que integra a EGA de um hospital psiquiátrico. A proposta sugere a possibilidade de efetuar referenciações paralelas para as unidades residenciais de CCISM e as respostas sociais, tais como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Tal hipótese, a debater, assenta no pressuposto de que os utentes com incapacidade social por DMG serão beneficiários da resposta mais célere enquanto decorre a referenciação para a resposta subsequente.

3.2.2.3. Sugestões de melhoria na gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM

Esta categoria referente ao terceiro tema principal do presente estudo foi estruturada a partir dos contributos dos seis profissionais referenciadores entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS. Na categoria sobre as sugestões de “Melhorias na gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM” (classificada com o código 3.2.) agruparam-se nove recomendações propostas pelos seis profissionais referenciadores hospitalares que participaram no estudo a respeito desta categoria em análise.

A “articulação de maior proximidade e comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais” (código 3.2.1.) é uma recomendação efetuada por quatro membros de ambas as equipas referenciadoras participantes no estudo. Esta medida propõe a utilização de canais de comunicação interna mais fluídos, rápidos e eficazes entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais sobre os utentes propostos para CCISM, designadamente através do reforço dos contactos presenciais e telefónicos entre as equipas numa lógica complementar à comunicação escrita via email. Com uma articulação de maior proximidade entre os profissionais dos SSM que sinalizam os utentes internados para as unidades residenciais de CCISM e os profissionais referenciadores hospitalares pretende-se melhorar a comunicação e a partilha de informação entre as equipas multidisciplinares, facilitar o esclarecimento de dúvidas sobre a tipologia de CCISM mais adequada para cada pessoa e desburocratizar os processos de referenciação para estas unidades de saúde mental da RNCCI.

A “formação e apoio aos profissionais sinalizadores dos SSM sobre a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI-SM” (código 3.2.2.) é uma recomendação decorrente dos contributos de três profissionais entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral. Esta recomendação assenta na necessidade de capacitar e dotar os profissionais dos SSM que acompanham os utentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG do conhecimento técnico e especializado sobre a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI na valência de saúde mental, os critérios de referenciação e admissão nas diferentes tipologias de CCISM para a população adulta, os objetivos a atingir face às necessidades identificadas e os serviços assegurados pelas unidades residenciais da Rede. Atendendo ao facto de as duas equipas referenciadoras participantes no estudo reportarem uma baixa adesão dos profissionais sinalizadores dos SSM às iniciativas formativas que já foram promovidas em contexto hospitalar, recomenda-se a realização de ações de formação contínua e a

disponibilização de recursos (ex.: manuais de apoio) ao corpo clínico para incentivar e melhorar a qualidade da referenciação para as unidades residenciais de CCISM.

A “consensualização dos pareceres dos profissionais sinalizadores dos SSM e das avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sobre os utentes propostos para CCISM” (código 3.2.3.) refere-se a uma recomendação proposta pelos três profissionais referenciadores entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico. Devido à incoerência dos pareceres técnicos multidisciplinares sobre os utentes sinalizados para CCISM, os profissionais referenciadores entrevistados recomendam que: por um lado, as avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sejam concordantes entre si; por outro lado, as propostas de referenciação para as unidades residenciais de CCISM espelhem a construção de uma decisão partilhada em equipa e reflitam, ainda, a obtenção de consenso entre os profissionais dos serviços de internamento hospitalar responsáveis pela sinalização de caso sobre os objetivos pretendidos com o projeto de reabilitação, a causa de solicitação e a tipologia de CCISM mais adequada para cada pessoa. Esta recomendação visa, assim, melhorar a fundamentação das propostas de referenciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM e adequá-las às necessidades de reabilitação psicossocial do perfil de utentes internados com DMG.

A “divulgação aos profissionais dos SSM da informação necessária à instrução dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM” (código 3.2.4.) é uma recomendação que decorre dos contributos de dois profissionais referenciadores que integram a EGA do hospital psiquiátrico participante no estudo. Esta medida traduz-se numa iniciativa da equipa referenciadora já implementada no hospital em causa referente à criação de uma área específica na intranet que permite aos profissionais sinalizadores dos serviços de internamento aceder a uma lista completa de documentos necessários à instrução dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM. Não obstante a relutância de alguns profissionais sinalizadores em aderir à iniciativa, a divulgação interna desta informação e a sua respetiva publicação na intranet do hospital psiquiátrico visa não apenas desburocratizar os processos de referenciação para estas unidades de saúde mental da RNCCI, mas também capacitar os próprios profissionais dos serviços de internamento responsáveis pela sinalização de casos.

A “valorização do papel pedagógico das equipas referenciadoras na sensibilização dos profissionais sinalizadores dos SSM sobre os objetivos e serviços das tipologias da RNCCI-SM e os critérios de referenciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM” (código 3.2.5.) também é uma recomendação decorrente dos contributos de dois entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico. Ambos os técnicos realçaram a importância de os profissionais referenciadores se disponibilizarem a criar

momentos de reflexão e de diálogo com os profissionais sinalizadores sobre a tipologia adequada às necessidades de CCISM dos utentes, a par de sensibilizarem as equipas multidisciplinares dos serviços de internamento responsáveis pela sinalização de casos para o cumprimento dos critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM.

A “realização de avaliações conjuntas dos utentes propostos para CCISM entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais” (código 3.2.6.) é uma recomendação proposta por dois entrevistados que integram a EGA do hospital psiquiátrico participante no estudo. Esta recomendação refere-se a uma metodologia de trabalho já implementada pela equipa referenciadora em apreço para avaliar os utentes sinalizados às diferentes tipologias da RNCCI na área da saúde mental e para verificar o seu grau de incapacidade psicossocial resultante de DMG e a sua necessidade de CCISM, juntamente com os próprios utentes e com as equipas multidisciplinares dos serviços de internamento hospitalar que sinalizaram os casos e elaboraram as propostas de referência para as unidades residenciais de CCISM. Tal medida requer, assim, a presença de sete intervenientes (o utente sinalizado, os três profissionais sinalizadores do SSM e os três profissionais da equipa referenciadora) no processo de avaliação médica, de avaliação de enfermagem e de avaliação social da pessoa com DMG, de modo a reforçar a importância de haver coesão no parecer técnico multidisciplinar, a apurar se a exigência de cuidados se adequa à utilização de um recurso diferenciado no âmbito dos CCISM e a identificar a tipologia mais adequada.

A “promoção do debate sobre a atribuição de maior carga horária aos profissionais referenciadores a tempo parcial, a afetação de mais recursos humanos e a criação de equipas referenciadoras em regime de exclusividade” (código 3.2.7.) é uma medida que decorre dos contributos de dois profissionais entrevistados pertencentes à EGA de um hospital psiquiátrico e à ER aos CCISM de um hospital geral. Esta medida visa melhorar as condições de organização e funcionamento das equipas referenciadoras hospitalares e dotá-las dos recursos humanos e do tempo disponível necessários para o exercício das funções atribuídas aos profissionais que integram estas equipas multidisciplinares, designadamente ao nível da articulação com as equipas dos serviços hospitalares responsáveis pela sinalização de casos e ao nível da preparação e gestão das altas de utentes com necessidade de CCISM imediatamente após os episódios de internamento psiquiátrico. Para atingir tais objetivos, esta recomendação propõe que se realize um debate centrado na importância de: atribuir maior carga horária semanal para a atividade referenciadora aos profissionais com dedicação parcial a esta atividade; alocar mais recursos humanos de três grupos profissionais distintos (psiquiatria, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, serviço social) às equipas referenciadoras hospitalares,

com conhecimento e experiência em processos de referênciação para as tipologias de saúde mental da RNCCI; e, ainda, constituir equipas compostas por profissionais que exerçam a atividade referenciadora em regime de dedicação exclusiva nos hospitais cujo o volume de referenciações para a RNCCI (ainda por definir) as justifique.

A “adaptação do sistema de informação da RNCCI e promoção da sua interoperabilidade com os sistemas de informação do SNS e da Segurança Social” (código 3.2.8.) é uma recomendação que também advém dos contributos fornecidos por dois profissionais entrevistados pertencentes à EGA de um hospital psiquiátrico e à ER aos CCISM de um hospital geral. Esta recomendação visa agilizar a elaboração das propostas de referenciação para as unidades residenciais de CCISM e automatizar o cálculo do valor da comparticipação dos utentes pelos encargos decorrentes dos cuidados de apoio social prestados nestas unidades de saúde mental da RNCCI. Para os devidos efeitos, esta medida propõe modificações ao sistema de informação da RNCCI, no sentido de nele ser incorporado um conjunto de questões com o formato de resposta dicotómica para avaliar o grau de incapacidade psicossocial dos utentes com DMG e de nele ser criado e integrado um algoritmo clínico de apoio à tomada de decisão dos profissionais referenciadores sobre a tipologia mais adequada para cada pessoa com necessidade de CCISM. Acresce, a esta alteração proposta, a promoção de uma maior interoperabilidade entre o sistema de informação da RNCCI e os sistemas de informação do SNS (SClínico Hospitalar) e da Segurança Social para, respetivamente, evitar a duplicação de registos e automatizar o cálculo do valor a pagar pelos utentes.

A “divulgação de informação aos utentes e às famílias sobre os objetivos e serviços das tipologias de saúde mental da RNCCI” (código 3.2.9.) é uma recomendação proposta por um profissional referenciador que integra a ER aos CCISM de um hospital geral. Tal medida visa dar a conhecer aos utentes e aos seus familiares a existência de estruturas reabilitativas para pessoas com incapacidade psicossocial resultante de DMG e, ainda, aumentar a literacia em saúde mental relativamente às unidades e equipas de CCISM.

3.2.2.4. Sugestões de melhoria da articulação interinstitucional na referenciação para as unidades residenciais de CCISM

Esta categoria referente ao quarto tema principal do estudo foi elaborada com base nos contributos dos seis profissionais referenciadores entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS. Na categoria sobre as sugestões de “Melhorias da articulação interinstitucional na referenciação para as unidades residenciais de CCISM” (classificada com o código 4.2.) constam as últimas sete recomendações propostas pelos seis profissionais referenciadores hospitalares.

A “articulação de maior proximidade e comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais referenciadores dos hospitais e as ECL da RNCCI” (código 4.2.1.) trata-se de uma recomendação proposta por cinco entrevistados pertencentes à EGA de um hospital psiquiátrico e à ER aos CCISM de um hospital geral participante no estudo. Tal medida sugere que se promova uma articulação mais próxima e um maior diálogo entre os profissionais das equipas referenciadoras hospitalares e os profissionais das ECL, incluindo não somente o registo de dados no sistema de informação da RNCCI e a comunicação escrita via email, mas também o contacto telefónico e presencial (com a realização de reuniões de trabalho conjuntas) para esclarecimento de dúvidas, análise e discussão de casos clínicos, clarificação dos objetivos pretendidos com os projetos de reabilitação psicossocial e a identificação da tipologia de CCISM mais adequada às necessidades dos utentes com DMG referenciados para as unidades de saúde mental da Rede. A constituição de canais de comunicação externa mais fluídos entre ambas as equipas multidisciplinares tem, assim, por objetivo agilizar, desburocratizar e simplificar os processos de referência hospitalar para as unidades residenciais de CCISM.

A “revisão do modelo de organização e funcionamento da RNCCI-SM” (código 4.2.2.) é uma recomendação resultante das diversas propostas de alteração ao modelo vigente sugeridas por quatro entrevistados pertencentes à EGA de um hospital psiquiátrico e à ER aos CCISM de um hospital geral. Tais alterações ao atual modelo de organização e funcionamento da RNCCI-SM englobam diferentes propostas, a saber: (1) a redução do número de intervenientes nos processos de referência para as unidades residenciais de CCISM, num contexto de maior responsabilização dos profissionais envolvidos na sinalização, referência e admissão dos utentes nestas valências de saúde mental da RNCCI; (2) a extinção das ECL e a conseqüente transferência das suas competências para as ECR, dotadas de recursos humanos em regime de exclusividade, no sentido de promover uma maior agilidade organizacional e uma comunicação mais direta e eficaz entre as equipas referenciadoras hospitalares e as equipas coordenadoras da Rede; por contraste, (3) a constituição de ECL compostas por técnicos com dedicação exclusiva às atividades de coordenação local da Rede na sua respetiva área de abrangência, no sentido de agilizar o processo de verificação do cumprimento dos critérios de admissão e validação das propostas de referência para as unidades residenciais de CCISM; e, por fim, (4) a separação entre os CCISM e a RNCCI a fim de melhorar a compreensão sobre os utentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG e com necessidade de CCISM, à semelhança do sucedido com a RNCP na qual se inserem unidades e equipas de cuidados paliativos que deixaram de estar integradas na RNCCI ao abrigo do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho¹⁷.

A “revisão e consensualização dos critérios de referenciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM” (código 4.2.3.) é uma recomendação proposta também por quatro entrevistados pertencentes à EGA de um hospital psiquiátrico e à ER aos CCISM de um hospital geral. Esta recomendação visa ultrapassar a dificuldade dos profissionais referenciadores hospitalares tanto ao nível do cumprimento dos critérios de admissão nas unidades residenciais para adultos como ao nível da tomada de decisão sobre a tipologia de CCISM mais adequada às necessidades dos utentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG. Sugere-se, assim, que os critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM sejam mais claros, objetivos e inclusivos para ajudar a balizar o sentido da referenciação por parte dos profissionais referenciadores, evitar a recusa das propostas de referenciação por parte das ECL da RNCCI e contrariar a reduzida perspetiva de saída dos utentes destas unidades devido à incapacidade de encontrar uma solução adequada para a continuidade dos cuidados de saúde mental.

A “simplificação e uniformização dos procedimentos inerentes à avaliação dos processos de referenciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM” (código 4.2.4.) refere-se a uma recomendação sugerida por dois entrevistados que integram a EGA de um hospital psiquiátrico. Esta medida reporta-se à necessidade de tornar mais ágeis os processos de referenciação para as unidades residenciais e de simplificar os procedimentos de articulação entre as equipas referenciadoras hospitalares e as ECL da RNCCI sobre os casos referenciados para as diferentes tipologias de CCISM. Para os devidos efeitos, propõe-se a clarificação e a harmonização das funções atribuídas a cada uma destas equipas, nomeadamente no tocante ao preenchimento do conjunto de informação necessária à instrução e avaliação dos processos de referenciação para as unidades residenciais CCISM a fim de evitar o retrocesso dos mesmos (em resultado da devolução de documentos incompletos), desburocratizá-los e torná-los mais lineares.

A “valorização da informação prestada pelas equipas referenciadoras dos hospitais sobre a priorização de utentes com necessidades de CCISM” (código 4.2.5.) é uma recomendação que decorre dos contributos fornecidos por dois entrevistados. Sugere-se que a informação disponibilizada pelas equipas referenciadoras hospitalares sobre os utentes prioritários com incapacidade psicossocial por DMG seja reconhecida e mais valorizada por parte das equipas da RNCCI (ECL e ECR, respetivamente) intervenientes nos processos de referenciação e de atribuição de vaga nas unidades residenciais de CCISM. Esta medida visa encurtar o tempo de espera para casos urgentes identificados pelos profissionais sinalizadores e validados pelas equipas referenciadoras, mediante a priorização dos utentes com maior necessidade de ingresso nestas tipologias de CCISM em função do seu grau de incapacidade e da sua rede de apoio familiar e social.

A “clarificação dos fundamentos de rejeição das propostas de referenciação para as unidades residenciais de CCISM e aconselhamento sobre as tipologias adequadas” (código 4.2.6.) é uma recomendação sugerida por dois entrevistados que integram a ER aos CCISM de um hospital geral. Esta medida visa ultrapassar os constrangimentos dos profissionais referenciadores hospitalares relacionados com a recusa das propostas de referenciação para CCISM, por parte das ECL, devido ao incumprimento dos critérios de admissão nas unidades residenciais para adultos. Na sequência da rejeição de tais propostas, sugere-se a promoção de uma comunicação mais eficaz e colaborativa entre ambas as equipas para tornar perceptível aos profissionais referenciadores os motivos das recusas, explicitar os seus respetivos fundamentos de forma mais clara e detalhada, assim como para obter aconselhamento específico, por parte dos membros das ECL da RNCCI, sobre as alternativas disponíveis e a tipologia de CCISM mais adequada às necessidades dos utentes internados com DMG que não reúnem critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM para onde foram inicialmente referenciados. Com esta recomendação pretende-se melhorar a qualidade da referenciação hospitalar para as unidades de saúde mental da RNCCI e garantir, ainda, a continuidade da prestação de cuidados de saúde mental na comunidade aos utentes adultos com incapacidade psicossocial resultante de DMG após alta dos serviços de internamento psiquiátrico.

A “realização de reuniões periódicas entre as equipas referenciadoras dos hospitais e as equipas de coordenação regional e local da RNCCI” (código 4.2.7.) trata-se de uma recomendação proposta por um entrevistado pertencente à EGA do hospital psiquiátrico participante no estudo. Esta última recomendação pretende reforçar a articulação entre os profissionais referenciadores hospitalares e os coordenadores regionais e locais da RNCCI na área específica da saúde mental através da realização de reuniões periódicas com todos os intervenientes nos processos de referenciação e admissão de utentes nas tipologias de CCISM. Estas reuniões conjuntas entre as equipas referenciadoras dos hospitais e as equipas de coordenação regional e local das unidades e das equipas de CCISM visam cumprir os seguintes objetivos estratégicos: avaliar, periodicamente, as situações problemáticas identificadas pelos técnicos referenciadores na articulação com os coordenadores da RNCCI; utilizar a técnica de *brainstorming* para refletir e decidir em grupo sobre a adequação das respostas de CCISM e a averiguação das respostas alternativas de reabilitação na comunidade mais ajustadas ao perfil dos utentes; analisar a evolução dos utentes referenciados para as tipologias de CCISM e discutir as causas subjacentes aos episódios cancelados; e ainda, por fim, criar metodologias de trabalho com as unidades de CCISM que permitam alcançar a rotatividade de utentes esperada e encontrar soluções adequadas para a continuidade dos cuidados de saúde mental.

4. Discussão

4.1. Discussão metodológica

A abordagem de investigação qualitativa do presente trabalho de campo assentou no método de estudo de caso múltiplo composto por três equipas multidisciplinares (uma ECR da RNCCI integrada numa ARS, uma EGA de um hospital psiquiátrico e uma ER aos CCISM de um hospital geral, ambos integrados no SNS), tendo sido orientada pelo paradigma construtivista (interpretativo) e pelo pensamento indutivo no decurso da análise de dados. Conforme evidenciaram Dias e Gama, *“na investigação qualitativa, o objetivo não é generalizar em termos estatísticos, mas sim conhecer em pormenor um determinado fenómeno, caracterizando-o através da análise de casos concretos e da sua contextualização”*^{91(p.37)}. A partir dos três casos incluídos neste estudo pretende-se extrapolar os resultados já apresentados para situações em contextos similares ao invés de generalizar os constrangimentos identificados e as recomendações propostas por duas equipas referenciadoras hospitalares e por uma equipa coordenadora regional da RNCCI sobre os processos de referenciação e admissão de utentes nas tipologias de CCISM para a população adulta. Atendendo a que, tal como referido por Dias e Gama, *“a investigação qualitativa procura descrever e compreender um fenómeno, e não explicá-lo ou fazer previsões”*^{91(p.141)}, a aplicação desta abordagem metodológica no trabalho de campo permitiu-nos, assim, conhecer as perspetivas de um total de oito participantes (seis profissionais referenciadores e dois coordenadores regionais da RNCCI) sobre as dificuldades por si identificadas e as sugestões de melhoria propostas para debelá-las no tocante, respetivamente, à referenciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM e à atribuição de vaga e admissão de utentes com incapacidade psicossocial por DMG nestas tipologias da RNCCI na área da saúde mental.

Considerando o reduzido tamanho da amostra, importa relevar que os oito participantes foram selecionados intencionalmente pela sua experiência profissional com o fenómeno em estudo e por representarem as três áreas profissionais (psiquiatria, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e serviço social) que garantem o funcionamento das equipas referenciadoras e das equipas coordenadoras da RNCCI. A este respeito, Dias e Gama explicitaram que *“o mais significativo das amostras intencionais não é a quantidade e o número final dos seus elementos, mas a representatividade dos mesmos e a qualidade das informações que revelam”*^{91(p.39)}. Exclusivamente na ECR participante no estudo, não se tornou possível recrutar o representante de uma área profissional (um médico psiquiatra) devido à ausência de resposta ao convite que lhe foi endereçado e reforçado pela investigadora. Não obstante tal limitação metodológica, o critério de saturação dos

dados foi usado para determinar o tamanho final da amostra em estudo, após a inclusão de dois participantes que integram uma ECR da RNCCI, três participantes que integram a EGA de um hospital psiquiátrico (classificado no Grupo P dos hospitais do SNS) e três participantes que integram a ER aos CCISM de um hospital geral (classificado no Grupo C dos hospitais do SNS). Em virtude do importante papel desempenhado pelas ECL da RNCCI, quer ao nível da verificação do cumprimento dos critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM, quer ao nível da validação das propostas de referenciação para estas unidades da RNCCI na área da saúde mental e da tipologia mais adequada aos utentes provenientes dos SSM, também teria sido benéfico para o estudo obter os contributos dos técnicos que integram tais equipas multidisciplinares. A escassez de tempo disponível para a fase de recolha de dados e a necessidade de concentrar esforços no moroso processo de recrutamento dos oito participantes que foram entrevistados impossibilitou a inclusão de uma ECL no estudo. Para investigações futuras, identificam-se os profissionais das ECL como sendo potenciais participantes na amostra de estudos similares que se venham a realizar, devido à relevância destes intervenientes nos processos de referenciação para CCISM. Todavia, sublinhe-se que, durante a recolha dos dados, foi-nos ainda assim possível proceder ao alargamento da amostra, que inicialmente só previa a inclusão de uma equipa referenciadora hospitalar, a par de uma ECR da RNCCI. No decurso deste trabalho alargámos a amostra mediante a inclusão de uma equipa referenciadora integrada num hospital geral e de uma equipa referenciadora integrada num hospital psiquiátrico, com o intuito de aprofundar o estudo e abranger dois contextos hospitalares distintos ao nível da referenciação para CCISM.

A entrevista semiestruturada revelou-se numa técnica de recolha de dados adequada para o presente estudo, tendo permitido conhecer as perspetivas de seis profissionais referenciadores hospitalares e dois coordenadores regionais da RNCCI, compreender as suas dificuldades e explorar as medidas propostas pelos oito participantes para melhorar a gestão dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM e o planeamento destas respostas necessárias na área da saúde mental. Tal como reconheceram Dias e Gama, *“uma das vantagens da entrevista semiestruturada é o equilíbrio entre estrutura e flexibilidade”*^{91(p.68)} alcançado pelo recurso a dois guiões de entrevistas (um guião dirigido à equipa coordenadora regional da RNCCI e disponível no Anexo I, bem como um guião dirigido às duas equipas referenciadoras hospitalares e disponível no Anexo II). Ambos os guiões foram previamente elaborados com vista a assegurar a equivalência de tópicos abordados por parte dos profissionais entrevistados e a apresentação das questões colocadas pela investigadora de um modo aberto para conceder espaço a áreas de discussão não programadas e para descobrir novas

informações que foram incorporadas no trabalho. A entrevista semiestruturada é, pois, uma técnica que proporcionou ao estudo dados qualitativos comparáveis e confiáveis.

Relativamente à análise e ao tratamento dos dados qualitativos, este processo iniciou-se com a transcrição parcial das oito entrevistas conduzidas por parte da investigadora e com a subsequente anonimização dos dados recolhidos em três locais distintos (nas instalações físicas de uma ARS, de um hospital geral e de um hospital psiquiátrico do SNS). Embora a transcrição tenha sido um trabalho demorado, também se revelou num momento propício para a autora do estudo retornar ao material discursivo, que englobou ouvir e reler as gravações na íntegra para elucidar, ajudar a refletir sobre a pergunta de investigação formulada inicialmente e para delinear as categorias de análise que vieram a ser construídas. Nesta fase procedeu-se também à triangulação dos dados recolhidos sobre o fenómeno em estudo, tendo incorporado as informações fornecidas pelos entrevistados pertencentes a três diferentes áreas profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) que integram as três equipas multidisciplinares participantes no trabalho. Sendo a análise de dados um processo complexo e contínuo, nele procurámos identificar temas e criar categorias que traduzam as tendências e os padrões relevantes para caracterizar os obstáculos e os facilitadores à referenciação hospitalar para CCISM e à admissão de utentes com perturbações mentais graves nas unidades residenciais.

Corroborando a afirmação de Dias e Gama, a descoberta dos núcleos de sentido que advieram do material discursivo obtido a partir das entrevistas realizadas possibilitou-nos confirmar que, *“na investigação qualitativa em saúde, o processo de análise de dados possui geralmente um carácter emergente e predominantemente indutivo, permitindo que o investigador reflita continuamente sobre os dados recolhidos”*^{91(p.123)}. Este processo foi operacionalizado com recurso à análise temática usada como técnica de análise de dados, seguindo o modelo proposto por Braun e Clarke (cit. in Brandão, Ribeiro e Costa⁸⁷) que implicou: a familiarização com os dados recolhidos (pré-análise), mediante a realização de leituras flutuantes do material discursivo para apreender o sentido global de um vasto conjunto de informação e captar particularidades no discurso dos oito entrevistados; a criação de códigos iniciais, mediante uma exploração longa e exaustiva do material discursivo e a subsequente categorização dos dados qualitativos, quer através da organização do material em segmentos de texto (reduzido a expressões e frases significativas), quer através do seu posterior agrupamento em oito categorias e 64 subcategorias, que foram empiricamente construídas a partir das características que aproximam os conteúdos reunidos no mesmo núcleo de sentido; a identificação, revisão, redefinição e nomeação dos quatro temas principais deste trabalho, mediante a prévia elaboração de um mapa temático que foi sendo criado em torno dos objetivos do estudo.

Ainda a respeito da análise e do tratamento de dados, acresce que o procedimento de codificação temática do material discursivo produzido pelos oito entrevistados teve por referência o tema como unidade de significação e foi orientado por quatro critérios (a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência da informação) que auxiliaram a categorização de dados. Devido à elevada quantidade de dados pouco estruturados produzidos no âmbito desta investigação qualitativa e ao lento processo de categorização e codificação dos segmentos de texto, importa reconhecer que teríamos potenciado o rigor metodológico do trabalho através do uso de um *software* de apoio à análise de dados qualitativos. Não tendo acedido a tal recurso por motivos relacionados com o reduzido tamanho da amostra, procedemos então manualmente à organização, sistematização e análise dos dados obtidos a partir das entrevistas aos profissionais das três equipas multidisciplinares participantes no estudo. Apesar do tempo demorado pela investigadora a codificar, categorizar e interpretar um grande volume de dados textuais, esta opção metodológica teve a vantagem de não incorrer no risco de mecanização do processo interpretativo subjacente ao uso de *softwares* de análise de dados qualitativos.

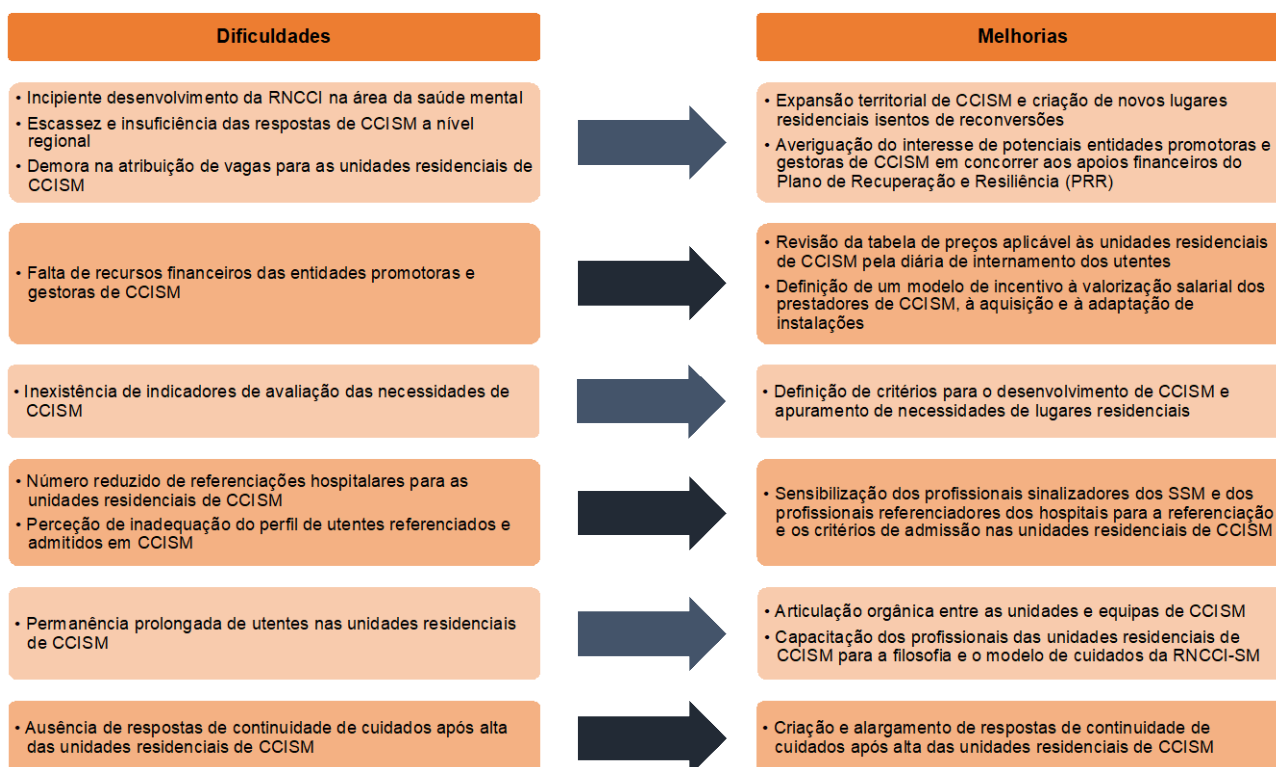
Os resultados desta investigação, que já foram anteriormente apresentados e que serão discutidos em seguida, encontram-se alicerçados nos excertos das entrevistas coligidos no Anexo VIII. Para assegurar a qualidade dos resultados do estudo, adotámos duas estratégias metodológicas recomendadas por Dias e Gama⁹¹: em primeiro lugar, efetuámos uma descrição detalhada para transmitir os resultados, possibilitar a sua contextualização – no âmbito de uma equipa coordenadora regional da RNCCI e de duas equipas referenciadoras hospitalares – e disponibilizar um vasto conjunto de experiências partilhadas que se revelaram úteis à discussão; e, em segundo lugar, apresentámos informações discrepantes que evidenciam diferentes perspetivas entre os entrevistados das três equipas multidisciplinares sobre o fenómeno em estudo e que demonstram o pluralismo e a complexidade dos processos de referenciação hospitalar para CCISM. A par destas estratégias, teria sido útil recorrer a três peritos (especialistas em gestão de SSM e em administração hospitalar com conhecimento consolidado na problemática da referenciação para CCISM) com o propósito de rever o mapa temático construído e os resultados alcançados face aos objetivos definidos nesta investigação qualitativa. Também teria sido benéfico para este estudo validar os resultados obtidos e aferir a sua precisão junto dos oito profissionais entrevistados, o que não se revelou possível devido ao escasso tempo disponível para implementar tais medidas. Contudo, a adoção das duas estratégias acima referidas permitiu garantir a confiabilidade deste estudo de caso múltiplo, assegurar a credibilidade (validade interna) e a transferibilidade (validade externa) cautelosa dos resultados obtidos para demais contextos similares.

4.2. Discussão de resultados

4.2.1. Dificuldades e sugestões de melhoria no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI

No primeiro tema foram identificados nove constrangimentos e nove recomendações ao nível do "Planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI", primordialmente a partir das entrevistas realizadas a dois profissionais que integram uma ECR da RNCCI e beneficiando, ainda, dos contributos complementares fornecidos pelos profissionais das equipas referenciadoras de um hospital psiquiátrico e de um hospital geral do SNS que participaram neste trabalho de campo. Na Figura 10 encontram-se agrupadas e relacionadas entre si todas as dificuldades e sugestões de melhoria identificadas pelos profissionais (nas áreas da psiquiatria, da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e do serviço social) das três equipas multidisciplinares participantes no estudo a respeito do planeamento regional das respostas de CCISM.

Figura 10: Síntese das entrevistas sobre dificuldades e melhorias no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI (Tema 1)



Fonte: Elaboração própria

Os dois principais constrangimentos ao planeamento regional das respostas de CCISM identificados no âmbito desta investigação referem-se ao incipiente desenvolvimento da RNCCI na área da saúde mental e à escassez e insuficiência destas respostas a nível

regional. Tais dificuldades retardam a atribuição de vagas aos utentes nas unidades residenciais de CCISM para adultos, afetando assim o próprio trabalho dos profissionais integrados nas ECR, que *“articulam com a coordenação, a nível nacional e local, e asseguram o planeamento, a gestão, o acompanhamento, a monitorização e a avaliação da RNCCI”*^{90(p.5)}. A débil implementação da RNCCI na área da saúde mental trata-se de um problema reconhecido pelo CNS² e pela CTARSM¹⁴ no Relatório de Avaliação do PNSM 2007-2016, estendido até 2020. Devido à fraca implementação da RNCCI na área da saúde mental, a oferta disponível de unidades e equipas de CCISM para adultos não satisfaz a procura e ainda é muito insuficiente face às necessidades existentes no país, evidenciando uma carência efetiva destas estruturas de reabilitação para os utentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG. Para além da escassez de respostas, vários autores^{2,19,20} alteraram para a existência de uma grande dispersão geográfica e de uma enorme assimetria na distribuição dos lugares de CCISM, que se concentram nas regiões do Norte e do Centro, por contraposição com o Alentejo e com o Algarve que permanecem as regiões mais carenciadas em termos de vagas. A este propósito, o CNS advertiu que *“a prestação de cuidados continuados em saúde mental ainda é muito limitada e assimétrica, sendo necessário expandir rapidamente as respostas nesta área, orientadas pelos princípios da universalidade e equidade”*^{2(p.2)}.

Com vista a superar as dificuldades identificadas anteriormente, a expansão territorial dos CCISM e a criação de novos lugares residenciais isentos de reconversões similares às efetuadas nas unidades desenvolvidas ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho⁵⁴, também foram as principais sugestões propostas pelos profissionais entrevistados para melhorar o planeamento regional destas respostas da RNCCI. É de recordar que, em 2017, o Programa Nacional para a Saúde Mental⁴³ já considerava imperativo aumentar a oferta de CCISM no país e reforçar a implementação da RNCCI na área da saúde mental, tendo estabelecido a criação de 1.500 lugares para adultos em CCISM como meta de saúde para 2020. Todavia, os dados oficiais constantes no relatório de monitorização da RNCCI revelaram a existência de apenas 457 lugares no conjunto das unidades e das equipas de CCISM para adultos em Portugal no ano de 2022, os quais se encontram distribuídos por 181 lugares de ambulatório (USO), 180 lugares residenciais (72 em RAMa, 44 em RAMo, 37 em RTA e 27 em RA) e 96 lugares domiciliários (EAD)⁷¹. Atendendo aos enormes benefícios das estruturas de reabilitação psicossocial na melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença mental, urge expandir o número de lugares disponíveis nas várias tipologias de CCISM para adultos e reforçar o seu investimento para responder às necessidades dos utentes e promover a acessibilidade, a equidade e a proximidade na prestação destes cuidados^{2,20}.

Tendo em consideração a necessidade de aumentar a cobertura da RNCCI na vertente da saúde mental, o alargamento das unidades e equipas de CCISM no país integra uma das linhas de investimentos (RE-C01-i02: RNCCI e RNCP) previstos na Componente 01: SNS do PRR. No âmbito do PRR foram definidas duas metas que visam alargar a RNCCI na área da saúde mental, a saber: a meta i2.4, que se destina a criar 1.000 lugares em CCISM até 31 de dezembro de 2025 e abrange a dotação indicativa de 25.000.000,00€ para apoiar a construção de novas respostas e o alargamento das já existentes; e a meta i2.5, que se destinou à criação de 100 lugares em EAD até 31 de dezembro de 2023 e obteve uma dotação indicativa de 1.000.000,00€ para apoiar a aquisição de recursos materiais e viaturas elétricas necessárias à atividade destas equipas⁹². Na Tabela 18 é possível verificar que os apoios financeiros para concretizar os investimentos previstos na meta i2.4 do PRR se concentram nas regiões do Norte (31,8%) e de LVT (31,2%), em detrimento do Alentejo (10%) e do Algarve (10,6%) que já são as duas regiões do país mais carenciadas em termos de lugares em CCISM.

Tabela 18: Distribuição regional da dotação de apoios financeiros para a concretização dos investimentos em lugares de CCISM da RNCCI previstos na meta i2.4 do PRR

Meta do PRR	Objetivo	Data limite	Dotação indicativa	
			Valores em €	%
Meta i2.4: Alargar a RNCCI em lugares de CCISM	criação de 1.000 lugares/camas	31 de dezembro de 2025	25.000.000,00 €	100,0%
Norte			7.950.000,00 €	31,8%
Centro			4.100.000,00 €	16,4%
Lisboa e Vale do Tejo			7.800.000,00 €	31,2%
Alentejo			2.500.000,00 €	10,0%
Algarve			2.650.000,00 €	10,6%

Fonte: Ministério da Saúde^{93(pp.33-34)}

A dotação total de 25.000.000,00€ alocada à meta i2.4 do PRR destina-se a apoiar financeiramente as entidades (as pessoas coletivas de direito público e direito privado, com ou sem fins lucrativos, e as instituições de economia solidária e social) que pretendam desenvolver projetos para a prestação de CCISM, ao abrigo do regulamento aprovado pela Portaria n.º 134-A/2022, de 30 de março⁷⁵. O alargamento da oferta de CCISM no país está, assim, dependente da existência de entidades disponíveis (em número suficiente e nos locais necessários em cada região) para se candidatarem aos apoios financeiros previstos no programa de financiamento do PRR. Sendo as ARS responsáveis pela apreciação e seleção das candidaturas a este programa, conforme o disposto no Decreto-Lei n.º 116/2021, de 15 de dezembro⁹⁴, realça-se a recomendação efetuada por um dos profissionais entrevistados que coordena uma ECR da RNCCI

relativamente à importância de se averiguar, tão cedo quanto seja possível, o interesse de potenciais entidades promotoras de CCISM em concorrer aos apoios financeiros do PRR para mitigar os riscos associados à concretização destes avultados investimentos.

A falta de recursos financeiros das entidades promotoras e gestoras de CCISM constitui o terceiro principal constrangimento ao planeamento regional destas respostas da RNCCI, de acordo com os resultados da presente investigação. Se, por um lado, a linha de investimentos RE-C01-i02 do PRR constitui uma oportunidade única para alargar a RNCCI na área da saúde mental, por outro lado, os projetos suscetíveis de beneficiarem dos apoios financeiros previstos no regulamento aprovado pela Portaria n.º 134-A/2022, de 30 de março⁷⁵, pressupõem a construção de raiz de infraestruturas com um patamar 20% mais exigente do que o previsto no Decreto-Lei n.º 101-D/2020, de 7 de dezembro⁹⁵, nomeadamente em termos de necessidades quase nulas de energia e de obras de ampliação ou remodelação de infraestruturas para criar novas respostas de CCISM. Embora tal linha de investimentos do PRR contemple apoios financeiros que estimulam o desenvolvimento deste segmento especializado da RNCCI, os profissionais entrevistados neste estudo alertaram para o facto de as entidades promotoras e gestoras de CCISM já enfrentarem, atualmente, um programa funcional com requisitos técnicos demasiado exigentes que comprometem o sucesso dos seus projetos. Tal constrangimento já foi anteriormente assinalado pela equipa de acompanhamento das experiências-piloto de CCISM⁶¹, podendo ser obviado pelos ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social responsáveis pelo financiamento destas estruturas de reabilitação psicossocial, designadamente através da atribuição de incentivos à aquisição e à adaptação dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades e equipas de CCISM que cumpram as condições de instalação previstas no programa funcional anexado à Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸.

Ademais, a revisão da tabela de preços aplicável às unidades residenciais de CCISM para adultos também surgiu como uma medida recomendável para colmatar a falta de recursos financeiros das entidades que prestam cuidados a pessoas com doença mental no âmbito da RNCCI. À semelhança do problema identificado pela coordenadora de uma ECR da RNCCI participante neste trabalho de campo relativamente a uma unidade residencial específica, a equipa de acompanhamento das experiências-piloto de CCISM já havia constatado que, *“na RA, foi evidente que o valor pago por utente é insuficiente para assegurar todos os serviços que a tipologia enquadra”*^{61(p.19)}. Segundo a Portaria n.º 74/2024, de 29 de fevereiro⁸⁸, que procedeu à mais recente atualização da tabela de preços a praticar nas unidades e equipas de CCISM, a diária global de internamento na tipologia RA situa-se em 19,24€ por utente. Conforme consta da Tabela 19, já em 2024,

o preço dos cuidados de saúde e de apoio social prestados na tipologia RA é bastante inferior à diária global de internamento nas demais unidades residenciais de CCISM para adultos, que atinge o valor de 59,05€ por utente admitido na tipologia RAMa. Em virtude da necessidade de assegurar a sustentabilidade das unidades residenciais de CCISM, recomenda-se o ajustamento dos preços face aos custos de funcionamento destas estruturas da RNCCI, com particular destaque para o preço da tipologia RA.

Tabela 19: Preços aplicáveis às unidades residenciais de CCISM para adultos

Tipologias para adultos	Encargos com cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Diária global (utente/dia)
RTA	31,03 €	1,12 €	22,12 €	54,27 €
RA	9,15 €	-	10,09 €	19,24 €
RAMo	20,99 €	-	23,07 €	44,06 €
RAMa	31,66 €	5,64 €	21,75 €	59,05 €

Fonte: Portaria n.º 74/2024, de 29 de fevereiro^{88(p.18)}

A inexistência de indicadores de avaliação de necessidades de CCISM afigura-se noutra constrangimento ao planeamento regional destas respostas. Perante tal lacuna, ambos os profissionais entrevistados que integram uma ECR da RNCCI recomendaram que se proceda à definição de critérios para o desenvolvimento de novas respostas de CCISM, na senda de uma sugestão anteriormente efetuada pela equipa de acompanhamento das experiências-piloto de CCISM sobre a necessidade de sustentar a expansão destas respostas no apuramento de necessidades de lugares de ambulatório, residenciais e domiciliários de CCISM em cada SLSM⁶¹. Enquanto na Rede Geral da RNCCI já se aplicam rácios de lugares por tipologia e região de saúde para servir a população com 65 ou mais anos de idade, na vertente de saúde mental da RNCCI ainda não existem rácios definidos que permitam determinar a necessidade de CCISM, colmatar os défices de cobertura ou diminuir as assimetrias geográficas existentes no país. Todavia, a ERS efetuou, já em 2024, uma estimativa da cobertura das tipologias de CCISM para adultos em Portugal, tendo concluído que “69,2% da população possui acesso a (...) uma RAMa considerando 60 minutos de viagem, sendo esta a tipologia com maior abrangência populacional, o que contrasta com 38,3% da população com cobertura por uma RTA a menos de 60 minutos”^{73(p.24)}. As proporções de cobertura estimadas para as tipologias RA e RAMo abrangem, respetivamente, 55,9% e 40,7% da população portuguesa, tendo em consideração um tempo de viagem de 60 minutos⁷³. Ademais, ao abrigo da linha de investimentos (RE-C01-i02: RNCCI e RNCP) do PRR previstos para reforçar os serviços

do SNS, a ACSS procedeu ao levantamento das necessidades regionais de CCISM⁹³; o qual foi apreciado pela Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI e validado pela DE-SNS, a quem compete analisar as respostas da RNCCI na área da saúde mental com vista à sua expansão e revisão, conforme o disposto na Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro⁹⁶. Este levantamento permitiu apurar, no ano de 2023, a necessidade de criar um total de 614 lugares residenciais, 210 lugares de ambulatório (USO) e 6 EAD para adultos em Portugal⁹³. Nos dados da Tabela 20 é possível verificar a distribuição regional dos 614 lugares necessários no conjunto das unidades residenciais de CCISM para a população adulta, os quais se concentram sobretudo nas regiões de LVT (39,1%) e do Norte (23,1%). Com exceção da região Centro, onde se apurou uma maior falta de lugares na tipologia RTA, nas demais regiões do país registou-se a existência de uma maior necessidade de lugares nas tipologias RAMa e RAMo. A nível nacional, a maioria dos lugares de CCISM encontra-se, assim, em falta nas tipologias RAMa (288 lugares) e RAMo (176 lugares), seguidas das tipologias RTA (108 lugares) e RA (42 lugares). É de salientar que tal apuramento corrobora tanto dados oficiais previamente analisados como a perceção dos próprios profissionais entrevistados no âmbito desta investigação sobre o facto de as tipologias RAMa e RAMo, destinadas às pessoas com maiores graus de incapacidade psicossocial por DMG, serem as duas unidades residenciais de CCISM para adultos mais necessárias no país e onde se regista o maior número de utentes em lista de espera a aguardar vaga para internamento nestas estruturas da RNCCI.

Tabela 20: Distribuição do número de lugares necessários em unidades residenciais de CCISM em 2023 em Portugal, por região e tipologia de resposta para adultos

Tipologias para adultos	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve		Portugal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
RTA	24	22,2%	36	33,3%	36	33,3%	0	0,0%	12	11,1%	108	100,0%
RA	14	33,3%	0	0,0%	28	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	42	100,0%
RAMo	32	18,2%	32	18,2%	80	45,5%	16	9,1%	16	9,1%	176	100,0%
RAMa	72	25,0%	24	8,3%	96	33,3%	72	25,0%	24	8,3%	288	100,0%
Total nacional	142	23,1%	92	15,0%	240	39,1%	88	14,3%	52	8,5%	614	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde^{93(pp.18-19)}

Segundo os profissionais de uma ECR que participaram no presente trabalho de campo, o planeamento regional destas respostas da RNCCI também é dificultado pelo número reduzido de referências hospitalares para as unidades residenciais de CCISM e pela inadequação do perfil de utentes referenciados e admitidos nas tipologias residenciais dirigidas à população adulta. Atendendo a que tanto a perda de qualidade assistencial

como o aumento evitável de custos podem resultar de processos de (sub ou sobre) referenciação desadequados entre níveis de prestação de cuidados^{24,26}, importa refletir sobre as causas subjacentes ao limitado número de referenciações hospitalares para as unidades residenciais de CCISM e a inadequação percecionada pelos profissionais entrevistados relativamente ao perfil de doentes que integram tais respostas da RNCCI. No que respeita à baixa referenciação para CCISM, o último relatório das experiências-piloto já apontava a localização das unidades e a sua distância face aos SLSM e/ou ao domicílio dos utentes como sendo as variáveis com maior influência no acesso a estes recursos reabilitativos⁶¹. Mais recentemente, Martins et al.¹⁹ corroboraram a existência de uma conexão entre o local das estruturas de CCISM e as referenciações efetuadas, que tenderam a concentrar-se nas áreas geográficas onde há maior acessibilidade a tais recursos durante os primeiros cinco anos (2017-2022) de implementação da RNCCI na vertente de saúde mental. O reduzido número de referenciações para CCISM pode, ainda, ser explicado pela *“maior pressão nos serviços referenciadores para dar alta a utentes com internamentos mais prolongados, menor funcionalidade ou carência de condições habitacionais e familiares”*^{61(p.50)}. Por seu turno, o desajustamento do grau de incapacidade psicossocial face aos objetivos de reabilitação pretendidos com o ingresso de utentes na respetiva tipologia residencial de CCISM para a qual foram referenciados constitui um obstáculo adicional ao planeamento regional destas respostas da RNCCI, na medida em que propicia colocações indevidas devido ao incumprimento dos critérios de admissão e à existência de necessidades sociais suplementares que precisam de ser primordialmente satisfeitas com recurso a outras respostas na comunidade²⁶.

A sugestão proposta pelos participantes nesta investigação para mitigar as dificuldades acima analisadas refere-se à sensibilização dos profissionais sinalizadores dos SSM e dos profissionais referenciadores dos hospitais para a importância da referenciação e do cumprimento dos critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM. A par das ECL, as ECR desempenham um papel fundamental na formação dos profissionais e no desenvolvimento de procedimentos que facilitem a articulação formal entre os SSM e as unidades de CCISM, incrementando assim a qualidade da referenciação dos utentes que reúnem critérios para ingressar na tipologia mais adequada ao seu grau de incapacidade⁶¹. Para além da necessidade de fortalecer os processos de referenciação hospitalar para CCISM por via do cumprimento dos critérios de admissão, é igualmente pertinente consciencializar os profissionais dos SSM para a relevância da referenciação enquanto instrumento de apoio ao desenvolvimento da RNCCI na área da saúde mental. Tal como defenderam ambos os profissionais entrevistados de uma ECR da RNCCI, Martins et al.¹⁹ também arguíram que o aumento da referenciação pode estimular o

crescimento dos CCISM em Portugal e fundamentar a necessidade de criar mais vagas nas tipologias e nas regiões do país que registam uma maior procura face à escassa oferta disponível. Neste sentido, a referenciação pode configurar uma opção estratégica para motivar a expansão das respostas de CCISM a nível nacional, melhorar os padrões de utilização destes recursos reabilitativos e, conseqüentemente, responder mais célere e eficazmente às necessidades dos utentes com incapacidade psicossocial por DMG.

O penúltimo constrangimento ao planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI identificado neste trabalho reporta-se à permanência prolongada de utentes nas tipologias residenciais para adultos. Recorde-se que, em 2022, a demora média de internamento nas unidades residenciais de CCISM em Portugal apenas se aproximou dos 12 meses previstos na tipologia RTA (367 dias), tendo sido substancialmente ultrapassada na tipologia RAMo (430 dias), correspondido a mais do dobro do tempo expectável na tipologia RA (954 dias) e atingido mais do quádruplo do período máximo na tipologia RAMa (1.609 dias)^{71,73}. Embora a Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro, determine que o acompanhamento nas unidades residenciais de CCISM para adultos tem a duração máxima de 12 meses consecutivos¹⁸ em cada tipologia, a permanência dos utentes tem sido significativamente superior ao tempo legalmente previsto, sendo a prorrogação concedida mediante a proposta da equipa técnica da respetiva unidade e a obtenção do parecer favorável por parte da ECR competente. Ambos os profissionais entrevistados que integram uma ECR da RNCCI manifestaram enorme preocupação com os internamentos prolongados nas residências de CCISM, particularmente nas tipologias RAMa e RAMo que acolhem os utentes com maiores graus de incapacidade psicossocial. Em ambas as entrevistas realizadas tornou-se evidente que a prorrogação da permanência em CCISM resulta, sobretudo, da complexidade da situação clínica dos utentes e da dificuldade em mobilizar recursos reabilitativos na comunidade que prestem apoio psicossocial e assegurem a sua transição para o domicílio ou para outra estrutura de cuidados após a saída da RNCCI. A par desta escassez de recursos reabilitativos e habitacionais, subsistem problemas relacionados com a inadequação do perfil de utentes internados nas unidades residenciais de CCISM que foram reconvertidas, com destaque para os residentes na tipologia RAMa. O último relatório das experiências-piloto de CCISM⁶¹ já alertava para o facto de a tipologia RAMa receber utentes mais idosos (tendo assistido, aliás, todos os utentes com idade igual ou superior a 80 anos em 2022⁷¹) que ultrapassam os 12 meses de permanência na unidade, apresentando défices cognitivos e funcionais acentuados que são passíveis de se traduzir numa baixa expectativa de recuperação. Sendo a RAMa “a tipologia que pode responder ao desafio da desinstitucionalização dos utentes com longos períodos de internamento”^{61(p.46)} em

instituições hospitalares do SNS, torna-se imprescindível garantir que este recurso reabilitativo é utilizado por pessoas que reúnem as condições de legibilidade para dele usufruírem ao invés de ser perspectivado como uma resposta definitiva que inviabiliza a saída e compromete a atribuição de vaga a outros utentes que permanecem em lista de espera. Com efeito, em jeito de balanço da situação vigente, recupera-se de seguida a orientação advinda da equipa de acompanhamento das experiências-piloto de CCISM:

“A possibilidade desta resposta ser dirigida a pessoas com doença mental grave passará por critérios de referenciação mais claros, incluindo a avaliação psiquiátrica da pessoa de modo a apurar se a exigência de cuidados se adequa à utilização de um recurso diferenciado, como se pretende que as residências de CCISM sejam, ou a respostas sociais tipo ERPI. Mantendo a situação atual, não existirá capacidade para responder ao número de utentes “residentes” que atualmente existem nos serviços do SNS e setor convencionado”^{61(p.47)}.

Perante a necessidade de evitar a permanência prolongada de utentes nas unidades residenciais de CCISM, os participantes nesta investigação recomendaram, por um lado, o reforço da articulação orgânica entre as unidades e as equipas de CCISM e, por outro lado, a capacitação dos profissionais destas estruturas para a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI. Quanto a esta última recomendação, refira-se que, a par das ECL, as ECR desempenham um papel fundamental tanto na formação (inicial e contínua) dos profissionais das unidades e das equipas de CCISM, como na avaliação do desempenho destas estruturas da RNCCI. Conforme o articulado da Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸, a ECR territorialmente competente tem a incumbência de aprovar o plano anual formativo das unidades e das equipas de CCISM, no qual se considera útil integrar ações de capacitação dos profissionais para a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI na área da saúde mental, com o intuito de aumentar a qualidade das suas intervenções, combater o fenómeno da reinstitucionalização de pessoas com DMG e agilizar o circuito de novas entradas nas tipologias residenciais para adultos.

Quanto ao reforço da articulação orgânica entre as unidades e equipas de CCISM, esta sugestão pretende fomentar uma maior mobilidade dentro da RNCCI e pressupõe a realização de avaliações periódicas à evolução dos utentes integrados em programas de reabilitação psicossocial com recurso à tabela CIFsm e à avaliação dos próprios técnicos que lhes prestam cuidados^{26,65}. De acordo com a Circular Normativa Conjunta n.º 06/2022, o acompanhamento de utentes durante a sua permanência nas unidades residenciais de CCISM engloba a realização de avaliações consonantes com o PII, mantendo uma periodicidade não superior a 30 dias na tipologia RTA, não superior a 60 dias nas tipologias RA e RAMo e não superior a 90 dias na tipologia RAMa⁷⁶. Todavia,

o último relatório das experiências-piloto de CCISM revelou que as equipas prestadoras de cuidados nestas tipologias da RNCCI manifestam dificuldade em estabelecer uma meta temporal para a conclusão dos projetos reabilitativos e em prever uma data de saída dos utentes, nomeadamente devido à reduzida carga horária de que dispõem para cumprir os prazos definidos para as (re)avaliações e à falta de familiaridade com a tabela de funcionalidade na área da saúde mental⁶¹. Considerando que a avaliação periódica de utentes admitidos nas unidades residenciais de CCISM para adultos é uma condição fundamental para monitorizar a evolução dos seus projetos reabilitativos e para preparar a sua mobilidade ou saída programada da RNCCI, importa garantir o cumprimento dos prazos e assegurar o seu alinhamento com o PII, que é elaborado e atualizado pela equipa técnica da unidade em colaboração com a equipa técnica do SSM responsável pela referenciação e, ainda, com a participação do próprio utente. Segundo o disposto na Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸, o PII permite definir um conjunto de objetivos a alcançar face às necessidades identificadas e às intervenções estabelecidas para cada utente, visando a sua recuperação global ou a manutenção das suas competências psicossociais e, em última instância, a sua reintegração sociofamiliar. Pese embora o PII seja um instrumento que procura facilitar o planeamento dos projetos reabilitativos e melhorar o acompanhamento dos utentes admitidos em CCISM, o último relatório das experiências-piloto de CCISM também evidenciou que a *“maior parte dos registos efetuados pelos técnicos não são explícitos sobre os objetivos de reabilitação, as atividades relacionadas com esses objetivos, a evolução dos resultados e os motivos de alteração do PII quando tal ocorre”*^{61(p.68)}. É, pois, necessário melhorar a utilização deste instrumento para promover a recuperação psicossocial dos utentes e garantir a atualização do PII por parte das equipas das residências de CCISM em articulação com as equipas dos SSM responsáveis pelo acompanhamento clínico (ao nível da avaliação psicopatológica, da prescrição terapêutica e de outras ações terapêuticas), de modo a encontrar a solução reabilitativa mais adequada em cada momento, a assegurar a continuidade de cuidados e a preparar antecipadamente a mobilidade ou a saída programada da RNCCI^{11,18,65}. A este respeito, no Relatório de Avaliação do PNSM 2007-2016, estendido até 2020, a CTARSM já havia advertido para a necessidade de garantir:

“Uma efetiva continuidade de cuidados para todas as pessoas com perturbações psiquiátricas mais graves e incapacitantes ao longo da cadeia de serviços (desde as unidades de internamento, nos episódios agudos, até ao acompanhamento ambulatorio e à reabilitação), baseada na articulação funcional entre os SLSM e as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental e apoio social”^{14(p.7)}.

O último constrangimento ao planeamento regional das estruturas da RNCCI na área da saúde mental identificado no âmbito desta investigação refere-se à ausência de respostas de continuidade de cuidados após alta das unidades residenciais de CCISM. A carência de tais respostas dirigidas a utentes com necessidades mais complexas e com maiores graus de incapacidade psicossocial implica frequentemente prorrogações sucessivas da permanência nas unidades residenciais de CCISM e, conseqüentemente, impossibilita o ingresso de novos utentes nestas estruturas da RNCCI. Ambos os profissionais entrevistados que integram uma ECR da RNCCI corroboraram que a falta de recursos reabilitativos na comunidade obstaculiza a saída das unidades residenciais de CCISM e compromete o sucesso dos projetos de reabilitação psicossocial para os utentes de evolução prolongada. Este problema já tinha sido anteriormente evidenciado pela equipa de acompanhamento das experiências-piloto de CCISM, considerando que:

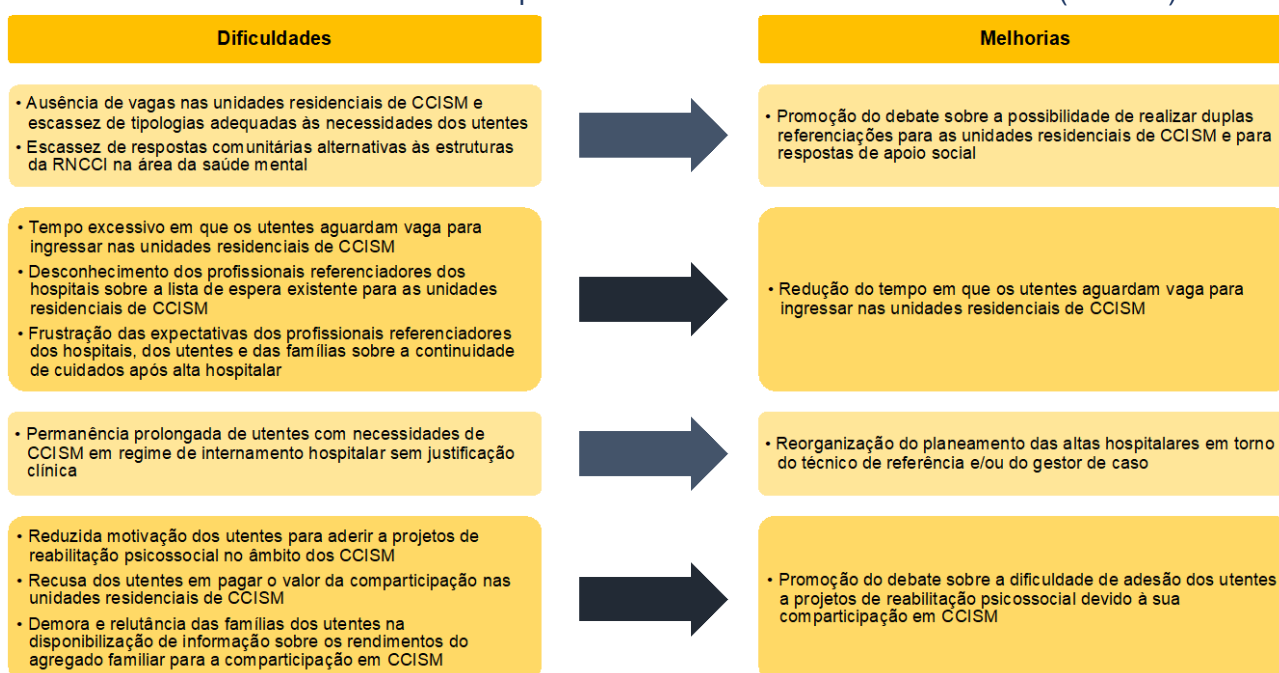
“A dificuldade em mobilizar recursos reabilitativos, principalmente na recuperação ou acesso à habitação, mas também na área do emprego e formação profissional, a mobilização de outras respostas sociais, por vezes inexistentes para o perfil do utente de CCISM, principalmente na RAMa e RAMo, e o reduzido rendimento disponível de alguns utentes, representam barreiras ao processo reabilitativo”^{61(p.19)}.

A escassez de estruturas comunitárias que garantam o acompanhamento clínico e a reintegração socioprofissional dos utentes após a saída das unidades residenciais de CCISM impede a prossecução do trabalho reabilitativo realizado no âmbito da RNCCI. Não surpreende, por isso, que a saída para o domicílio tenha sido o principal destino após alta das tipologias de CCISM em 2022⁷¹. Acresce o exíguo rendimento disponível de alguns utentes e a ausência de retaguarda familiar, que torna difícil o envolvimento das figuras de referência nos projetos reabilitativos. Ademais, o tempo prolongado de permanência nas respostas de CCISM tende a agravar o afastamento entre os utentes e os familiares, havendo necessidade de investir numa maior participação das pessoas significativas. O último relatório das experiências-piloto de CCISM revelou o facto de haver *“algumas unidades que referem atividades programadas de psicoeducação, mas, na maior parte das unidades, parece existir espaço para realizar mais trabalho com as famílias”^{61(p.68)}*. A disponibilidade de recursos reabilitativos e respostas sociais comunitárias (com enfoque no emprego apoiado, na formação profissional e habitação) também são determinantes para concretizar os projetos de reabilitação e manter a capacidade de resposta da RNCCI^{61,65}. Importa, por isso, criar e alargar as respostas de continuidade de cuidados após alta das unidades residenciais de CCISM, tendo em vista prosseguir os objetivos de reabilitação das pessoas com DMG, de recuperação das suas competências e de preservação da sua funcionalidade e autonomia.

4.2.2. Dificuldades e sugestões de melhoria no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM

No segundo tema identificaram-se nove constrangimentos e quatro recomendações ao nível do "Planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM", tendo por base as entrevistas realizadas a seis profissionais (nas áreas da psiquiatria, da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e do serviço social) que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS. Na Figura 11 encontram-se reunidas e associadas entre si todas as dificuldades e sugestões de melhoria propostas pelos membros das duas equipas referenciadoras hospitalares participantes neste estudo a respeito do planeamento das altas de utentes propostos para as unidades residenciais de CCISM da RNCCI.

Figura 11: Síntese das entrevistas sobre dificuldades e melhorias no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM (Tema 2)



Fonte: Elaboração própria

Ambas as equipas referenciadoras hospitalares que participaram no trabalho de campo consideraram unanimemente que o principal constrangimento ao planeamento das altas de utentes propostos para as unidades residenciais de CCISM se refere à ausência de vagas nestas estruturas da RNCCI para adultos e à escassez de tipologias adequadas às suas necessidades de reabilitação psicossocial. Tal como analisámos anteriormente, no ano de 2022, a taxa de ocupação das unidades residenciais de CCISM em Portugal excedeu os 70% nas tipologias RAMo e RTA, situou-se acima dos 80% na tipologia RA

e ultrapassou os 95% na tipologia RAMa⁷¹. Em consonância com todos os profissionais entrevistados no âmbito desta investigação, Martins et al.¹⁹ defenderam o aumento do número de vagas nas unidades residenciais de CCISM, particularmente na tipologia RAMa onde se regista a maior taxa de ocupação em território nacional, para responder às novas referenciações de doentes com perturbações psiquiátricas.

Para além da escassez de vagas nas unidades residenciais de CCISM, os profissionais referenciadores entrevistados advertiram, ainda, para a falta de respostas comunitárias alternativas a estas estruturas da RNCCI que permitam desocupar lugares nos serviços de internamento hospitalar e assegurem a necessária continuidade de cuidados. O difícil acesso a estruturas de apoio psicossocial que proporcionem respostas residenciais para utentes de evolução prolongada e com menor funcionalidade atrasa o planeamento das altas e, por consequência, afeta a eficiência hospitalar⁹⁷. Atendendo a esta dificuldade, vários autores^{51,92} têm manifestado a necessidade de criar mais respostas residenciais na comunidade que tornem possível combater a institucionalização dos doentes não beneficiários da oferta de cuidados da RNCCI na área da saúde mental. O planeamento atempado da alta de utentes que não usufruem da prestação de CCISM está, assim, dependente da articulação dos SSM com demais serviços e com respostas sociais comunitárias⁹⁸. O Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, prevê, justamente, que os SSM se articulem não apenas com os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados integrados, mas também com outros serviços envolvidos na reabilitação psicossocial, nomeadamente em termos de apoio social, de educação, de emprego e de habitação¹¹. O CNS² e a Coordenação Nacional para a Saúde Mental¹³ advertiram, a este propósito, para a importância de reforçar a articulação entre o setor da saúde (os estabelecimentos e serviços do SNS) e o setor social (realçando-se as ordens religiosas e as misericórdias) com o intuito de melhorar a cooperação assistencial e satisfazer as necessidades de um elevado número de utentes com DMG que carecem de apoios. A título exemplificativo, atualmente vigora um contrato de prestação de serviços, que foi estabelecido em 1983 e que precisa de ser revisto e atualizado à luz do novo paradigma de prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, entre o Estado Português e duas ordens religiosas (o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e o Instituto São João de Deus) integradas no setor social convencionado e responsáveis por uma parte muito significativa das respostas disponíveis no país para o tratamento de doenças crónicas (abrangendo cerca de 4.000 utentes por ano)⁹².

Atendendo à ausência de vagas nas unidades residenciais de CCISM e à escassez de respostas comunitárias alternativas a estas tipologias da RNCCI, um membro da EGA do hospital psiquiátrico participante no estudo propôs a realização de referenciações

paralelas para ambas as estruturas com o intuito de diminuir o tempo de espera para os utentes beneficiarem dos cuidados que melhor se adequam às suas necessidades de reabilitação e apoio social. Sugere-se, pois, a promoção do debate sobre a possibilidade de os profissionais referenciadores hospitalares efetuarem duplas referências para uma unidade residencial de CCISM e uma estrutura de apoio social (por exemplo, para a tipologia RAMa e, paralelamente, para ERPI), no sentido de permitir que os utentes ingressem na resposta mais célere enquanto aguardam vaga para usufruir da resposta subsequente na comunidade. Tal sugestão afigura-se, assim, num possível mecanismo facilitador à migração entre respostas e à transição de utentes com necessidades de reabilitação psicossocial por DMG dos serviços hospitalares para serviços comunitários que assegurem a continuidade de cuidados e melhorem a qualidade da sua prestação. A evidência científica disponível^{28,30-32} tem demonstrado que o desenvolvimento de uma rede de serviços baseados na comunidade permite melhorar a qualidade dos cuidados de saúde mental prestados às pessoas com DMG e tende a promover ambientes mais acolhedores e terapêuticos do que os serviços hospitalares. Em Portugal, os resultados do estudo publicado por Cardoso et al.³² em 2016 corroboraram, a este propósito, que a qualidade dos cuidados de saúde mental, avaliada pelo instrumento QuIRC (*Quality Indicator for Rehabilitative Care*), era superior nas unidades residenciais comunitárias por comparação com as unidades residenciais hospitalares dedicadas à prestação de apoio máximo ou moderado a utentes de evolução prolongada (278 doentes incluídos na amostra, 73,7% dos quais com diagnóstico de esquizofrenia). Considerando o total de 42 unidades residenciais (54,8% das quais situadas na comunidade) abrangidas por este estudo nacional, importa relevar que tal diferença de resultados mais favoráveis às unidades residenciais comunitárias nos indicadores de qualidade obteve significância estatística em três domínios do instrumento QuIRC, a saber: a Autogestão e Autonomia ($p=0.019$), o Ambiente de Vida ($p=0.030$), os Tratamentos e Intervenções ($p=0.035$)³². Acresce que, para além de registarem indicadores de qualidade mais positivos do que as unidades residenciais localizadas em contexto hospitalar, as unidades residenciais baseadas na comunidade também têm obtido um maior nível de satisfação das pessoas com doença mental enquanto os seus custos se mantêm relativamente estáveis⁹⁹.

No que respeita ao segundo principal constrangimento ao planeamento das altas de utentes propostos para as unidades residenciais de CCISM, a maioria dos profissionais referenciadores hospitalares participantes no trabalho de campo considerou excessivo o tempo em que os utentes aguardam vaga para ingressar nestas estruturas da RNCCI. Acrescem, a este problema relativo ao longo período que medeia a referência e a admissão nas unidades residenciais de CCISM, dois constrangimentos conexos com o

desconhecimento dos profissionais referenciadores sobre a lista de espera existente nas diferentes tipologias para adultos e, conseqüentemente, com a frustração das suas expectativas, bem como das expectativas dos utentes e familiares, sobre a continuidade de cuidados após alta hospitalar. A enorme demora na atribuição de vaga aos utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM, particularmente nas tipologias RAMa e RAMo onde se verificam as maiores listas de espera, persiste desde o início das experiências-piloto até à atualidade^{61,74}. É, pois, compreensível que os profissionais referenciadores hospitalares advirtam para a necessidade de obter uma resposta mais célere por parte da RNCCI e de reduzir o tempo em que os utentes a aguardam vaga para ingressar numa tipologia residencial de CCISM. Tal recomendação encontra-se consubstanciada nos fundamentos da nova LSM (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho), que prevê o “*acesso de todas as pessoas, em condições de igualdade e de não discriminação, a cuidados de saúde mental de qualidade e no tempo considerado clinicamente aceitável*”^{4(p.3)}. Ademais, conforme o disposto na Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸, sendo a ECR detentora do número de vagas existentes nas unidades e equipas de CCISM da sua área de atuação, seria desejável que disponibilizasse essa informação às equipas referenciadoras hospitalares responsáveis pelo planeamento atempado da alta dos utentes referenciados às valências de saúde mental da RNCCI.

O terceiro principal constrangimento ao planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM reporta-se à sua permanência prolongada em regime de internamento hospitalar sem justificação clínica. Segundo o último relatório da ERS sobre o acesso a cuidados de saúde mental nos hospitais do SNS¹⁰⁰, o número de internamentos em saúde mental apresentou uma redução média de 2% entre 2018 e 2022 em Portugal, isto apesar de a demora média dos episódios de internamento em saúde mental (21,9 dias em 2022) ser significativamente superior à demora média dos episódios de internamento de todas as especialidades médicas (8,8 dias em 2022). Os hospitais psiquiátricos, em particular, ainda concentram um número muito significativo de doentes “residentes” (cerca de 600 no país) com uma fraca rede de suporte familiar, que permanecem internados após alta clínica à espera de respostas de CCISM e outras respostas de apoio psicossocial na comunidade para prosseguirem com o seu processo de desinstitucionalização⁹². A escassez de estruturas da RNCCI na valência de saúde mental e a falta de respostas sociais comunitárias que satisfaçam as necessidades de reabilitação e garantam a continuidade da prestação de cuidados aos utentes com DMG têm sido responsáveis por prolongar o tempo de internamento e por colocar uma enorme pressão sobre os SSM, afetando a eficiência hospitalar e motivando o atraso das altas. Este problema foi amplamente reconhecido por ambas as equipas referenciadoras de

um hospital psiquiátrico e de um hospital geral do SNS que participaram no presente trabalho de campo, confirmando a persistência de um fenómeno de sobreutilização dos cuidados hospitalares (*bed blocking*) que exige um consumo desnecessário de recursos diferenciados por parte de doentes com maior benefício em usufruírem de CCISM.

Embora o incipiente desenvolvimento dos CCISM no país ainda não permita medir o efeito da referenciação para este segmento especializado da RNCCI na duração dos internamentos psiquiátricos, já existe robusta evidência científica sobre o impacto negativo da Rede Geral da RNCCI na duração dos episódios de internamento hospitalar em Portugal^{51,97,101–103}. A título exemplificativo destacam-se dois estudos, que distam uma década entre si, tendo sido elaborados por Ferreira¹⁰² em 2012 e por Santos et al.¹⁰³ em 2022 com resultados coincidentes sobre o prolongamento dos tempos de internamento e o aumento dos custos hospitalares em virtude da referenciação e da alta de utentes propostos para respostas da Rede Geral da RNCCI. O trabalho académico de Ferreira¹⁰² revelou que, no Centro Hospitalar do Porto, cada utente referenciado para a RNCCI apresentou uma demora média de internamento de 36,28 e 24,02 dias superior a um utente não referenciado, respetivamente em 2010 e em 2011. Neste estudo verificou-se uma diferença mais acentuada dos utentes referenciados e com alta para a RNCCI face aos utentes não referenciados, na medida em que o primeiro grupo de utentes registou uma demora média de internamento de 39,25 e 25,55 dias superior ao segundo grupo de utentes nos dois anos do período em análise¹⁰². O estudo efetuado por Santos et al.¹⁰³ corroborou o facto de os doentes referenciados para a RNCCI terem internamentos prolongados, mediante a avaliação do tempo de internamento de 205 utentes propostos para a Rede Geral no Hospital Pedro Hispano em quatro anos distintos (2010, 2012, 2016 e 2019). Durante este horizonte temporal de nove anos registou-se uma mediana de 29 dias de internamento hospitalar e de oito dias de espera para os utentes integrarem a RNCCI após alta clínica. Os resultados deste estudo revelaram não só um incremento da duração total do internamento hospitalar (de uma mediana de 22 dias em 2010 e 19 dias em 2012 para uma mediana de 39 dias em 2016 e 34 dias em 2019), mas também um aumento do número de dias desde a alta clínica até à integração numa unidade da RNCCI (de dois dias em 2010 e cinco dias em 2012 para 13 dias em 2016, diminuindo posteriormente para nove dias em 2019)¹⁰³.

A evidência científica disponível exige, assim, uma reflexão sobre as consequências da referenciação à RNCCI para a gestão e sustentabilidade do SNS. Nesta reflexão importa considerar que, para *“além dos recursos humanos e económicos que a própria RNCCI consome, a referenciação a partir do internamento acarreta um aumento nas demoras hospitalares com consequências clínicas e aumento de encargos hospitalares”*^{103(p.100)}.

Perante os constrangimentos que a RNCCI enfrenta atualmente, especialmente no que concerne à insuficiente oferta de CCISM e à saturação da capacidade instalada nas distintas tipologias residenciais para adultos (com maior expressão nas tipologias RAMA e RAMo), reitera-se a imprescindibilidade de expandir estas respostas comunitárias no país para diminuir o tempo de espera pelo ingresso numa residência de CCISM e, por inerência, aliviar a sobrecarga hospitalar e reduzir a duração do internamento de utentes referenciados pelos hospitais do SNS às valências de saúde mental da RNCCI. A par de tais medidas estruturais, um profissional entrevistado no âmbito desta investigação sugeriu a reorganização do planeamento das altas de utentes referenciados às unidades residenciais de CCISM em torno da figura do técnico de referência e/ou do gestor de caso com o intuito de aumentar a qualidade assistencial e melhorar o acompanhamento psicossocial durante a sua permanência prolongada em contexto hospitalar. A gestão de caso é um modelo de integração de cuidados que facilita a prestação dos mesmos com valor para os utentes e que contribui para mitigar a fragmentação entre prestadores, alcançar ganhos de eficiência e reduzir custos^{24,25}. Santana et al. explicitaram que:

“O princípio do modelo de gestão de caso é garantir a coordenação dos cuidados, através da atribuição de um gestor de caso (que poderá ter ou não experiência clínica) ou de uma pequena equipa que avalia as necessidades, desenvolve planos individuais de cuidados, organiza os cuidados necessários, monitoriza a qualidade dos cuidados e mantém o contacto de proximidade com o doente e a sua família”^{25(p.27)}.

A figura do gestor de caso recomendada por um profissional referenciador participante no trabalho de campo encontra-se alinhada com o princípio deste modelo colaborativo e articulado em torno de participações técnicas individualizadas, que se organiza a partir de equipas multidisciplinares para responder a necessidades complexas (as quais se podem refletir, por exemplo, num padrão de elevada utilização dos serviços) de doentes com perturbações psiquiátricas graves e incapacitantes. De acordo com Martins et al.⁹⁹ e Mateus et al.¹⁰⁴, a gestão de caso consiste num pacote de cuidados especializados e numa intervenção que utiliza a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade assistencial, exigindo a colaboração entre utentes e profissionais para obter o melhor tratamento possível numa perspetiva de recuperação e prevenção de recaídas. Especificamente no que se refere ao uso desta abordagem com pessoas portadoras de doença mental de evolução prolongada, Thornicroft¹⁰⁵ defendeu que a gestão de caso pressupõe a *“coordenação, integração e alocação de cuidados individualizados”*^{105(p.125)}, tendo em consideração a existência de recursos limitados e a pertinência de assegurar um contacto regular dos utentes com os SSM, de proporcionar intervenções ajustadas

às suas necessidades de apoio psicossocial (mediante a revisão contínua dos serviços que precisam de ser alterados ou suspensos) e, ainda, de evitar hiatos ou redundâncias na prestação de cuidados. A meta-análise realizada por Ziguras e Stuart¹⁰⁶ sobre a efetividade da gestão de caso no tratamento de utentes com DMG veio demonstrar as vantagens deste modelo face ao tratamento usual, particularmente na redução do tempo de internamento hospitalar e na melhoria de resultados em saúde. Nesta meta-análise foram incluídos 44 estudos internacionais, publicados entre 1980 e 1998, abrangendo aproximadamente 20 anos de prática da gestão de caso em SSM. Os resultados desta meta-análise atestaram os benefícios da implementação de programas de gestão de casos clínicos nos SSM, havendo a destacar particularmente a diminuição da duração dos internamentos hospitalares, a redução do abandono de tratamento psiquiátrico, a melhoria do nível de funcionamento social dos utentes, dos seus sintomas e do seu grau de satisfação com os cuidados prestados, a par do alívio da sobrecarga familiar¹⁰⁶. Embora os resultados desta meta-análise também confirmem que os doentes mentais integrados em programas de gestão de casos clínicos registaram mais admissões hospitalares do que os doentes mentais que receberam tratamento usual, importa frisar o impacto globalmente positivo de tais programas no encurtamento do tempo total de hospitalização e, conseqüentemente, no evitamento de internamentos prolongados¹⁰⁶.

Em Portugal, a implementação da gestão de cuidados nos SSM foi documentada por Mateus et al.¹⁰⁴ em 2017, tendo o modelo da gestão de caso sido previamente definido como um dos objetivos do PNSM 2007-2016 para melhorar e desenvolver a rede nacional de SLSM. Em consonância com a recomendação feita por um profissional referenciador participante no trabalho de campo, no PNSM 2007-2016 já se propunha criar um programa integrado para utentes com DMG, assente no modelo de gestão de casos por terapeutas de referência¹³. Conforme explicitado por Mateus et al., os terapeutas de referência na área da saúde mental devem possuir formação prévia e competências específicas que lhes permitam identificar as principais psicopatologias que afetam pessoas com DMG, tendo em vista o desempenho das seguintes funções:

- *“Servir de interface entre a Equipa de Saúde Mental (...), o doente e a família/amigos;*
- *Centralizar a informação (sempre vertida num processo clínico único);*
- *Desenhar, em conjunto com os doentes e sempre que possível com a família, um plano de cuidados, que será discutido em reunião de equipa;*
- *Monitorizar o percurso e a evolução dos doentes ao longo do tempo;*
- *Identificar, em cada momento, os problemas e as necessidades;*

- *Referenciar os doentes, em reunião de Equipa, ao(s) técnico(s) cuja competência específica mais se adegue a uma intervenção que responda aos problemas e/ou necessidades identificadas*^{104(pp.26-27)}.

De acordo com a Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸, também é expectável que os terapeutas de referência integrados nas equipas de saúde mental dos SLSM colaborem na elaboração do PII dos utentes admitidos nas unidades residenciais de CCISM, juntamente com as equipas técnicas destas tipologias da RNCCI para adultos, os próprios utentes e/ou os prestadores diretos de cuidados em contexto comunitário. Reconhecendo a especificidade das funções a desempenhar, vários autores defendem que os enfermeiros especialistas em ESMP são os profissionais de saúde com maior capacidade formativa para assumir o papel de gestor de caso. Segundo Martins et al.⁹⁹, este argumento alicerça-se no facto de os enfermeiros especialistas em ESMP estarem habilitados nas áreas da psicoeducação e da relação de ajuda para criar uma atmosfera de confiança mútua com os doentes psiquiátricos de evolução prolongada, deterem um amplo conhecimento sobre os papéis desempenhados pelos demais profissionais de saúde, terem uma visão holística sobre o cuidar e possuem conhecimentos clínicos que lhes permitem compreender as necessidades individuais de cada utente e mapear os recursos favoráveis ao seu autocuidado. Por todos estes motivos, entende-se que a sugestão de reorganizar o planeamento das altas hospitalares de utentes referenciados às unidades residenciais de CCISM em torno da figura do técnico de referência e/ou do gestor de caso tenha partido de um enfermeiro especialista em ESMP que integra a EGA de um hospital psiquiátrico do SNS participante no trabalho de campo.

Os três últimos constrangimentos ao planeamento das altas de utentes propostos para as unidades residenciais de CCISM identificados pelos profissionais referenciadores hospitalares entrevistados no âmbito da presente investigação reportam-se à reduzida motivação dos próprios utentes para aderir a projetos de reabilitação psicossocial, à sua recusa em pagar os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nestas estruturas da RNCCI e à demora e relutância dos familiares em disponibilizarem informação sobre os rendimentos do agregado familiar para apurar o valor da respetiva participação em CCISM. A baixa motivação dos utentes hospitalizados, sobretudo com quadros clínicos mais complexos, para aderir a projetos reabilitativos já tinha sido assinalada no último relatório das experiências-piloto de CCISM⁶¹, devendo-se em parte ao tempo excessivo que os utentes se encontram em lista de espera a aguardar vaga para integrar a unidade residencial mais adequada ao seu grau de incapacidade. Sendo o envolvimento dos utentes e seus familiares um aspeto fundamental nos processos de referenciação aos CCISM, importa obviar tal dificuldade para evitar o atraso das altas.

Quanto ao pagamento dos encargos com a prestação de cuidados de apoio social nas unidades residenciais de CCISM, note-se que a comparticipação dos utentes tem sido percecionada por diversos intervenientes como um obstáculo à aceitação deste recurso reabilitativo. A este respeito, importa advertir que a comparticipação dos encargos com serviços prestados no âmbito da reabilitação psicossocial já se encontrava prevista na anterior LSM (Lei n.º 36/98, de 24 de julho⁴²). Conforme o disposto na Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro¹⁰⁷, o MS é responsável pelos encargos com a prestação de cuidados de saúde, enquanto o utente suporta os encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social nas unidades e equipas de CCISM, mediante a comparticipação da Segurança Social a que houver lugar, em função da sua condição de recursos. O Despacho n.º 12678/2023, de 12 de dezembro, explicita que *“o valor da comparticipação da segurança social corresponde ao diferencial entre os encargos com a prestação dos cuidados de apoio social e o valor a pagar pelo utente”*^{108(p.135)}. Isto significa que comparticipação da Segurança Social ocorre caso o utente não consiga assegurar a totalidade desses encargos, os quais estão definidos na tabela de preços publicada em anexo à Portaria n.º 74/2024, de 29 de fevereiro⁸⁸. Prevê-se, assim, que as pessoas com incapacidade psicossocial resultante de DMG participem nas tipologias de saúde mental da RNCCI, de acordo com o seu rendimento disponível e/ou com o rendimento do seu agregado familiar. Todavia, a experiência empírica demonstra que o valor a pagar pelos utentes por encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social nas unidades residenciais de CCISM e a obrigatoriedade de prestarem concordância com o termo de aceitação relativo à sua comparticipação de tais encargos condicionam o avanço dos processos de referenciação para estas respostas da RNCCI.

O membro de uma ECR e dois profissionais referenciadores de um hospital psiquiátrico que integraram o trabalho de campo reiteraram as dificuldades expressas anteriormente pela equipa de acompanhamento das experiências-piloto de CCISM, quanto ao facto de o valor da comparticipação dos utentes estar associado à sua não-adesão aos projetos reabilitativos preconizados por estas respostas da RNCCI na área da saúde mental⁶¹. Além do impacto negativo da comparticipação dos utentes na adesão aos projetos de reabilitação psicossocial, o pagamento tende a reduzir a sua motivação para a utilização deste recurso⁶¹. Contudo, sublinhe-se que, durante as experiências-piloto de CCISM, a maioria dos encargos de apoio social nas unidades residenciais foi comparticipada pelo ISS, justamente devido à vulnerabilidade económica e à insuficiência de rendimentos da globalidade das pessoas com necessidade de CCISM. Os dados do ISS referentes a janeiro de 2020 revelaram que o ISS garantiu apoio a 91% do total de 216 utentes integrados nas unidades e equipas de CCISM em Portugal, havendo apenas 19 utentes

com capacidade financeira para assegurarem integralmente a sua permanência nestas estruturas da RNCCI⁶¹. A partir dos dados recolhidos pelo ISS em janeiro de 2020, na Tabela 21 constata-se que o valor pago pelos utentes (117,08€ por mês, em média) foi substancialmente inferior à comparticipação da Segurança Social (377,84€ por mês, em média) por encargos com a prestação de cuidados de apoio social no conjunto das residências de CCISM. Acresce que o maior valor mensal pago por utentes integrados em CCISM se verificou na tipologia RAMa (152,13€ em média), tendo a tipologia RTA obtido o maior valor mensal comparticipado pelo ISS (485,60€ em média) no país⁶¹.

Tabela 21: Média dos valores mensais e diários pagos pelos utentes e pela Segurança Social com os encargos dos cuidados de apoio social nas unidades residenciais de CCISM em janeiro de 2020 em Portugal, por tipologia de resposta para adultos

Tipologias para adultos	Média de valor a pagar pelo utente/mês	Média de valor comparticipação da Segurança Social/mês	Média de valor a pagar pelo utente/dia	Média de valor comparticipação da Segurança Social/dia
RTA	101,40 €	485,60 €	3,27 €	15,66 €
RA	68,41 €	129,21 €	2,21 €	4,17 €
RAMo	146,38 €	470,83 €	4,72 €	15,19 €
RAMa	152,13 €	425,70 €	4,91 €	13,73 €
Total	117,08 €	377,84 €	3,78 €	12,19 €

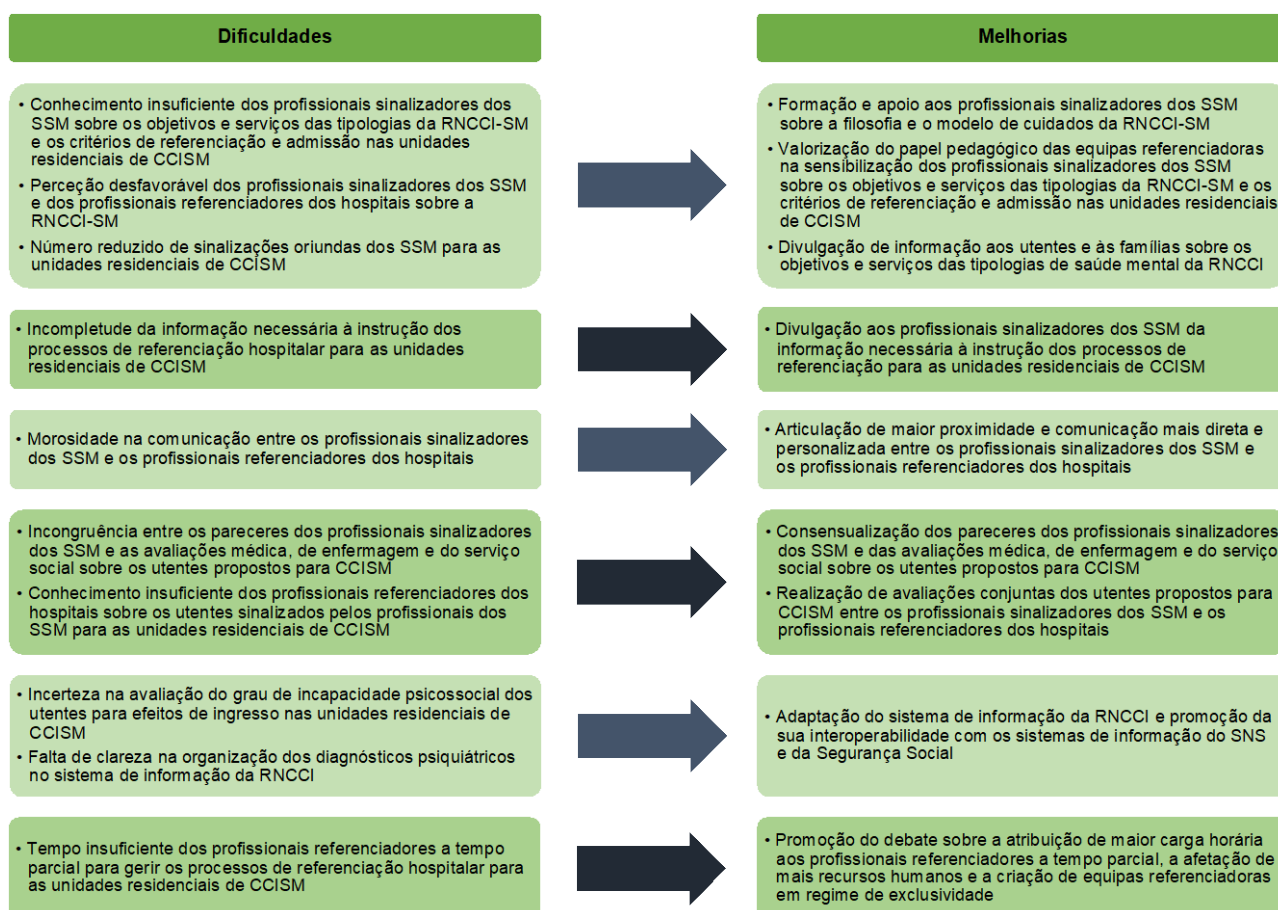
Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde^{61(p.60)}

Com o intuito de mitigar os obstáculos na prossecução dos processos de referenciação para CCISM suscitados tanto pela relutância dos familiares em disponibilizar informação sobre os rendimentos do agregado familiar como pela recusa dos utentes em pagar o valor dos encargos de apoio social prestado nas unidades residenciais, propõe-se a promoção de um debate em torno da dificuldade de adesão dos próprios utentes aos projetos de reabilitação que os CCISM preconizam em virtude da sua comparticipação nestas respostas da RNCCI. Tal sugestão adveio de um profissional integrado na EGA do hospital psiquiátrico participante no trabalho de campo, devendo contemplar outros aspetos salientados por um membro da ECR que também integrou o estudo, tais como o compromisso das pessoas com incapacidade psicossocial em relação ao seu próprio processo de recuperação de competências, reabilitação e autonomização. A par desta recomendação, no último relatório das experiências-piloto de CCISM foi sugerido o ajustamento do cálculo da comparticipação dos utentes e das famílias nas tipologias de saúde mental da RNCCI⁶¹. A revisão do modelo de comparticipação dos utentes nas estruturas da RNCCI na área da saúde mental constitui, assim, uma proposta adicional para minimizar os constrangimentos financeiros identificados no planeamento das altas hospitalares de alguns doentes referenciados às unidades residenciais de CCISM.

4.2.3. Dificuldades e sugestões de melhoria na gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM

No terceiro tema identificaram-se dez constrangimentos e nove recomendações ao nível da “Gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM”, a partir das entrevistas realizadas a seis profissionais que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS. A Figura 12 esquematiza e relaciona todas as dificuldades e sugestões de melhoria que emergiram das entrevistas aos seis profissionais referenciadores de ambos os hospitais públicos participantes no trabalho de campo relativamente à gestão hospitalar dos processos de referenciação para estas estruturas da RNCCI na área da saúde mental.

Figura 12: Síntese das entrevistas sobre dificuldades e melhorias na gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM (Tema 3)



Fonte: Elaboração própria

O principal constrangimento à gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM, identificado pela maioria dos entrevistados, refere-se ao conhecimento insuficiente dos profissionais sinalizadores integrados nos serviços

de internamento psiquiátrico sobre os principais objetivos, os serviços e os critérios de referenciação e admissão nestas estruturas da RNCCI. A insuficiência de conhecimento por parte dos profissionais que efetuam a sinalização de utentes com necessidade de CCISM já tinha sido reconhecida como uma dificuldade existente nos processos de referenciação hospitalar para a área de saúde mental da RNCCI aquando da publicação do último relatório das experiências-piloto de CCISM⁶¹. O problema não aparenta circunscrever-se aos CCISM, na medida em que a investigação realizado por Cunha⁹⁷ em 2017 também revelou haver um desconhecimento por parte dos profissionais do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), EPE, envolvidos nos processos de sinalização e referenciação às Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) sobre o modo de funcionamento das ECCI, as suas características e os critérios de inclusão e exclusão nestas estruturas da Rede Geral da RNCCI. Acresce, ao desconhecimento e ao desinteresse de alguns técnicos, a perceção desfavorável dos profissionais sinalizadores e dos profissionais referenciadores em contexto hospitalar (psiquiátrico e geral) sobre a RNCCI, designadamente por causa da escassez de unidades residenciais de CCISM e da demora na atribuição de vaga aos utentes com incapacidade psicossocial por DMG (com maior tempo de espera observado nas tipologias RAMo e RAMa, que se destinam a pessoas com moderado e elevado grau de incapacidade, respetivamente). Tanto o desconhecimento acentuado como a perceção desfavorável dos profissionais sinalizadores dos serviços de internamento psiquiátrico face a este segmento especializado da RNCCI contribuem para explicar o reduzido número de utentes sinalizados para as unidades residenciais de CCISM, o qual foi ainda imputado à cultura organizacional de ambos os hospitais públicos que participaram no trabalho de campo.

No sentido de ultrapassar os constrangimentos acima identificados, os profissionais referenciadores entrevistados no âmbito desta investigação recomendaram reforçar a formação e o apoio aos profissionais sinalizadores dos serviços de internamento sobre a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI na área da saúde mental. Ademais, dois membros da EGA de um hospital psiquiátrico que integrou o presente trabalho de campo também valorizaram o papel pedagógico das equipas referenciadoras na sensibilização dos profissionais sinalizadores em torno dos objetivos, dos serviços e dos critérios de referenciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM. Ambas as medidas propostas por cinco entrevistados acompanham as sugestões elaboradas previamente pela equipa de acompanhamento das experiências-piloto de CCISM⁶¹, bem como por Escoval, Lívio e Ribeiro²⁶ e por Cunha⁹⁷ no que concerne à Rede Geral, quanto à pertinência de formar, disponibilizar informação e prestar esclarecimentos regulares aos

profissionais implicados nos processos de sinalização e de referência para CCISM, assim como aos próprios utentes, sobre o modelo de cuidados da RNCCI (englobando os seus princípios fundamentais, o modo de funcionamento, os objetivos, os serviços, os critérios e os procedimentos de referência para as tipologias de CCISM, a par da utilização do SI da RNCCI). Estas propostas formativas e de sensibilização credibilizam a RNCCI perante os profissionais e os utentes, contribuindo ainda para os capacitar e, em última instância, para melhorar a gestão dos processos de referência hospitalar para as unidades residenciais de CCISM.

Especificamente no que respeita à aquisição de conhecimento por parte dos prestadores de cuidados de saúde mental e ao potencial da aprendizagem para modificar os comportamentos e as práticas a nível individual e institucional, em 2010, o Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (GTROIH)¹⁰⁹ já havia sublinhado o papel crucial da formação dos profissionais de saúde para garantir a qualidade dos cuidados, introduzir mudanças e atualizações, quer nos contextos de trabalho quer no funcionamento dos serviços hospitalares. Com a reorganização do modelo de prestação de cuidados de saúde mental a assentar primordialmente na comunidade, a partir das entrevistas realizadas no âmbito desta investigação tornou-se evidente que a nova realidade integrada ainda contempla um vasto conjunto de culturas e de valores provenientes de uma estrutura organizacional tradicionalmente hospitalocêntrica. É sabido, tal como frisaram Santana e Costa, que *“os aspetos culturais são os mais difíceis de transformar e alterar, pelo que as diferenças existentes nem sempre conviveram de forma pacífica e conciliadora”*^{24(p.51)}. Atendendo à dificuldade de alterar os aspetos culturais em organizações de saúde tão complexas quanto os hospitais, a formação dos seus profissionais sinalizadores e referenciadores para as tipologias de CCISM pode constituir-se num instrumento gerador de mudança de atitudes, comportamentos e práticas face a este segmento especializado da RNCCI. O investimento na formação profissional contínua dos recursos humanos é, aliás, um dos múltiplos domínios abrangidos pela governação clínica nos hospitais. Sobre este importante instrumento de gestão hospitalar, o GTROIH defendeu que:

“[O] exercício efetivo da governação clínica (...) exige à partida genuína vontade de mudança e abertura para novos modos de pensar, gerir e prestar cuidados de saúde. Que envolve profunda remodelação das políticas, das organizações e dos processos, mas que, se bem conduzida, produzirá as alterações de cultura, mentalidade e postura indispensáveis a uma reforma autêntica do SNS, capaz de assegurar a sua sobrevivência e sustentabilidade”^{109(p.19)}.

A dinamização dos CCISM nos serviços de internamento hospitalar requer, pois, abertura para melhorar o conhecimento dos profissionais que acompanham as pessoas com incapacidade psicossocial por DMG sobre este recurso reabilitativo. Considerando que os profissionais sinalizadores precisam de conhecer melhor as tipologias de CCISM, os serviços de internamento psiquiátrico beneficiam em reorganizar-se tendo em conta este objetivo, nomeadamente através da preparação dos seus profissionais para reunir a informação necessária à instrução dos processos de referenciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM. Todavia, no âmbito desta investigação foi reportada uma dificuldade relativa à incompletude e escassez da informação disponibilizada por parte dos profissionais sinalizadores dos serviços de internamento psiquiátrico às equipas referenciadoras hospitalares sobre os utentes sinalizados para as diferentes tipologias de CCISM. A fim de diminuir os atrasos na recolha documental e de minimizar o problema da insuficiência de registos escritos, que também se confirma pela evidência científica disponível^{61,97}, a EGA de um hospital psiquiátrico participante neste trabalho de campo considerou útil divulgar aos profissionais sinalizadores toda a informação necessária à instrução dos processos de referenciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM. A título de exemplo, a intranet pode ser usada para disseminar a informação requerida e a documentação instrutória da referenciação aos CCISM junto dos profissionais sinalizadores integrados nos serviços de internamento hospitalar que acompanham os utentes com incapacidade psicossocial resultante de DMG.

Para além dos obstáculos que foram previamente mencionados, um dos principais constrangimentos identificados na gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM reporta-se à morosidade na comunicação entre os profissionais sinalizadores dos serviços de internamento psiquiátrico e as equipas referenciadoras, designadamente para efeitos de esclarecimento de dúvidas sobre a tipologia de CCISM mais adequada e da partilha de conhecimento sobre os utentes com necessidade de intervenção reabilitativa. Em ambos os hospitais (psiquiátrico e geral) do SNS que integraram o trabalho de campo foi valorizada uma articulação de maior proximidade e uma comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais envolvidos nos processos de sinalização e referenciação para as unidades residenciais de CCISM. É, pois, recomendável que os hospitais estabeleçam um modelo eficaz de comunicação interna que promova o envolvimento dos prestadores de cuidados e que permita aos profissionais das equipas referenciadoras aceder, de uma forma rápida e transparente, a toda a informação relevante sobre os utentes sinalizados para CCISM. A este propósito, o GTROIH já havia referido que *“o conjunto da rede hospitalar deve ser suportado por um sistema de comunicações ágil, eficiente, facilmente acessível,*

desburocratizado, que permita a transmissão de informações e responsabilidades com procedimentos simplificados^{109(p.13)}.

Outros importantes obstáculos à gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM dizem respeito, por um lado, ao conhecimento insuficiente da equipa referenciadora de um hospital geral participante no estudo sobre os utentes sinalizados e, por outro lado, à incongruência dos pareceres técnicos dos profissionais sinalizadores de um hospital psiquiátrico que também integrou o trabalho de campo – a qual traduz inconsistência entre as avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sobre os utentes propostos para tais estruturas da RNCCI na área da saúde mental. O facto de uma ER aos CCISM não possuir as competências de uma EGA (quer ao nível do planeamento das altas, quer ao nível da avaliação dos doentes) torna difícil aprofundar o conhecimento dessa equipa referenciadora sobre os utentes sinalizados e apreciar a fundamentação das propostas de referenciação hospitalar para as diferentes tipologias residenciais de CCISM. Acresce que uma incoerente avaliação multidisciplinar sobre a necessidade de cuidados continuados dos utentes após alta hospitalar reduz substancialmente a qualidade dessas propostas e, em última instância, pode inviabilizar a progressão dos processos de referenciação aos CCISM. Para lidar com tais problemas é necessário garantir que os profissionais envolvidos nos processos de sinalização e referenciação para as unidades residenciais de CCISM partilham entre si conhecimento sobre os utentes sinalizados e que as equipas de cariz multidisciplinar nas quais se inserem funcionam numa lógica de complementaridade. Tal como referiram Santana e Costa²⁴, Escoval, Lívio e Ribeiro²⁶, os processos de referenciação eficientes e bem-sucedidos envolvem não somente a colaboração de equipas multidisciplinares, mas também a transferência de informação clínica entre prestadores e diferentes níveis de prestação de cuidados, com recurso a tecnologias de informação e comunicação que atualmente assumem uma enorme importância na organização do sistema de saúde.

Valorizando a adoção de uma metodologia de trabalho em equipa, a EGA de um hospital psiquiátrico participante no trabalho de campo recomendou a realização de avaliações conjuntas dos utentes propostos para CCISM entre os profissionais sinalizadores e os profissionais referenciadores hospitalares a este segmento especializado da RNCCI, a par da consensualização do parecer técnico dos profissionais que acompanham os utentes e da convergência entre as avaliações médica, de enfermagem e do serviço social realizadas para efeito de ingresso nas unidades residenciais de CCISM. Estas medidas visam aferir a adequação das propostas de referenciação à necessidade de CCISM, consensualizar o parecer técnico dos profissionais que acompanham os utentes sinalizados e alcançar um elevado nível de concordância nas avaliações efetuadas

pelos técnicos (um médico psiquiatra, um enfermeiro com especialização em saúde mental e um assistente social com intervenção na área da saúde mental) de três grupos profissionais distintos sobre o grau de incapacidade psicossocial dos utentes propostos para CCISM. Sendo a multidisciplinaridade uma característica identitária das equipas referenciadoras hospitalares, compreende-se que a mesma tenha sido considerada um aspeto muito importante para o processo de referência à Rede Geral da RNCCI no estudo elaborado por Escoval, Lívio e Ribeiro⁵¹, no qual também foram aconselhadas as visitas e as reuniões multidisciplinares. A pertinência destas recomendações torna-se ainda mais evidente à luz do disposto na Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸, onde se declara que a admissão de utentes nas unidades e equipas de CCISM decorre, precisamente, da prévia verificação de incapacidade psicossocial resultante de DMG e da confirmação da necessidade de CCISM.

Além da dificuldade em consensualizar o parecer técnico dos diferentes profissionais que prestam cuidados num hospital psiquiátrico do SNS, as entrevistas realizadas à ER aos CCISM de um hospital geral participante na investigação também revelaram existir incerteza na avaliação do grau de incapacidade psicossocial dos utentes propostos para as unidades residenciais de CCISM e falta de clareza na organização dos diagnósticos psiquiátricos no SI da RNCCI. Quanto à incerteza na avaliação do grau de incapacidade, este problema encontra-se relacionado com a classificação da funcionalidade através da tabela CIFsm aplicada aos utentes referenciados para CCISM. Tal como indicado no Guia de Referência para as unidades e as equipas de saúde mental da RNCCI⁶⁵ e detalhado no Manual de Aplicação da tabela CIFsm¹¹⁰, a classificação da funcionalidade é registada no respetivo módulo do SI da RNCCI e inclui não só 11 códigos de funções mentais mas também 24 códigos de atividades e participação, sendo que apenas os códigos de atividades e participação são considerados na cotação da funcionalidade. Embora haja um manual orientador de aplicação da tabela CIFsm¹¹⁰, a funcionalidade revelou-se difícil de classificar e de mensurar com recurso a tal instrumento auxiliar à tomada de decisão da equipa referenciadora de um hospital geral participante no estudo sobre a tipologia de CCISM mais apropriada para os utentes. Este constrangimento já tinha sido identificado no último relatório das experiências-piloto de CCISM a respeito da distinção entre as tipologias RAMa e RAMo, a qual exige um processo de avaliação da funcionalidade e uma apreciação técnica da perspetiva de evolução das pessoas com incapacidade psicossocial “*que levanta algumas dificuldades na decisão sobre a melhor resposta para alguns utentes*”^{61(p.46)}. Na Rede Geral da RNCCI também existe evidência científica^{51,97} a advertir para a abrangência da avaliação dos utentes e para a necessidade apetrechar o SI da RNCCI com ferramentas de apoio à tomada de decisão

dos profissionais de saúde e apoio social envolvidos nos processos de referenciação hospitalar para os cuidados continuados integrados.

A adaptação do SI da RNCCI e a promoção da sua interoperabilidade com os sistemas de informação do SNS e da Segurança Social é uma medida proposta no âmbito deste estudo para ultrapassar os problemas identificados anteriormente e para automatizar, ainda, o cálculo da comparticipação nas unidades residenciais de CCISM. Esta medida engloba a criação de um algoritmo de referenciação que permita identificar a tipologia mais adequada para cada pessoa com incapacidade psicossocial por DMG, a par da interoperabilidade dos sistemas de informação para evitar a redundância de registos e para reduzir o tempo despendido na recolha e no preenchimento de informação clínica (o diagnóstico principal do utente, por exemplo), social e financeira (o valor a pagar pelo utente e o valor da comparticipação da Segurança Social, a título exemplificativo) sobre os utentes propostos para as tipologias de CCISM. Importa destacar que o Roteiro de Intervenção em Cuidados Continuados Integrados, coordenado por Escova²⁶ em 2014, já fazia menção ao fortalecimento da referenciação à Rede Geral da RNCCI através da interoperabilidade dos sistemas de informação e da criação de um algoritmo de referenciação que identificasse as necessidades de saúde e sociais dos utentes, de um modo mais efetivo e em tempo útil. Acresce que, em 2020, no último relatório das experiências-piloto de CCISM⁶¹ a interoperabilidade entre o S-Clínico e o SI da RNCCI também foi considerada uma mais-valia tanto para os profissionais do SNS como para os profissionais da RNCCI, na medida em que suporta os seus métodos de trabalho e que reforça a partilha e a agregação de informação entre sistemas sobre o processo clínico dos utentes referenciados à Rede.

Particularmente no que diz respeito aos sistemas de informação do SNS, o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, instituiu que tais sistemas devem: contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente através da melhoria da equidade no acesso aos cuidados de saúde, do reforço da eficiência dos serviços e estabelecimentos do SNS e da transparência da sua gestão; agilizar o acesso à informação clínica para conhecer o percurso de saúde dos utentes, independentemente do local da prestação de cuidados; apoiar a tomada de decisão dos profissionais e simplificar o desempenho das suas funções; possibilitar a interoperabilidade dos sistemas, designadamente tendo em vista a consolidação do Registo de Saúde Eletrónico⁴¹. Recentemente, a Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro, detalhou as competências do Departamento de Gestão da Transformação Digital da DE-SNS, I.P., entre as quais se destaca a definição da arquitetura dos sistemas de informação e da sua governação, tendo precisamente em consideração a importância de estes sistemas serem interoperáveis entre si e de se

constituírem em instrumentos adequados para os diferentes níveis de prestação de cuidados (primários, hospitalares, continuados e paliativos)⁹⁶. A conceção de sistemas de informação passíveis de apoiar a continuidade de cuidados foi também inscrita como um dos objetivos propostos pelo GTROIH¹⁰⁹ há mais de uma década atrás, havendo atualmente a preocupação de criar, no âmbito de um investimento do PRR dedicado à Transição Digital da Saúde⁹², um sistema transversal, único e integrado, dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados para otimizar a mobilidade entre locais e instituições, inovar os processos de trabalho dos profissionais e, conseqüentemente, incrementar a qualidade dos serviços prestados. Santana e Costa²⁴ defenderam, a este propósito, que um sistema de informação integrado é fundamental para assegurar uma gestão clínica eficiente e para permitir a tomada de decisões informadas. Os autores especificaram que a integração de cuidados de saúde na dimensão da informação:

“Trata-se do suporte tecnológico que conectado com o doente permite a incorporação dos dados clínicos (processo clínico), financeiros (custos e proveitos) e administrativos, garantindo que independentemente do local onde seja realizada a prestação de cuidados de saúde a informação se encontre disponível”^{24(p.41)}.

Devido à imprescindibilidade do SI da RNCCI para garantir a qualidade da referenciação e a monitorização do fluxo de registos e de indicadores associados ao desempenho da própria RNCCI, considera-se importante melhorar a experiência da sua utilização (mais simples, uniforme e intuitiva) com um potencial catalisador de modernização dos processos de trabalho dos profissionais de saúde e apoio social em contexto hospitalar, assim como implementar algoritmos de apoio à decisão clínica e adotar mecanismos de interoperabilidade (técnica e semântica) favoráveis à mobilidade de acesso e ao registo de informação em todas as fases do circuito de referenciação e admissão de utentes nas diferentes tipologias de CCISM dirigidas à população adulta.

Por fim, o tempo insuficiente dos profissionais referenciadores a tempo parcial para gerir os processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM trata-se do último constrangimento identificado neste trabalho de campo à gestão hospitalar de tais processos. As equipas referenciadoras de ambos os hospitais (psiquiátrico e geral) que integraram o estudo manifestaram falta de tempo e carência de recursos humanos para efetuar a gestão dos processos de referenciação aos CCISM em regime de acumulação de funções nos serviços onde prestam cuidados de saúde mental e apoio social. Estes problemas confirmam o receio de sobrecarga de trabalho assinalado como um dos obstáculos à referenciação no último relatório das experiências-piloto de CCISM⁶¹. A par da confirmação do receio de sobrecarga, que se encontra relacionado com a expectativa de trabalho exigido para os processos de referenciação aos CCISM, nesta investigação

a carga horária atribuída aos profissionais referenciadores hospitalares entrevistados foi percebida como sendo manifestamente insuficiente para realizar todas as atividades que lhes são solicitadas. Os resultados do trabalho académico elaborado por Cunha⁹⁷ no HFF também corroboraram que, já em relação a uma tipologia da Rede Geral, a carência de recursos humanos afeta a eficiência hospitalar e condiciona os processos de sinalização e referência às ECCI da RNCCI.

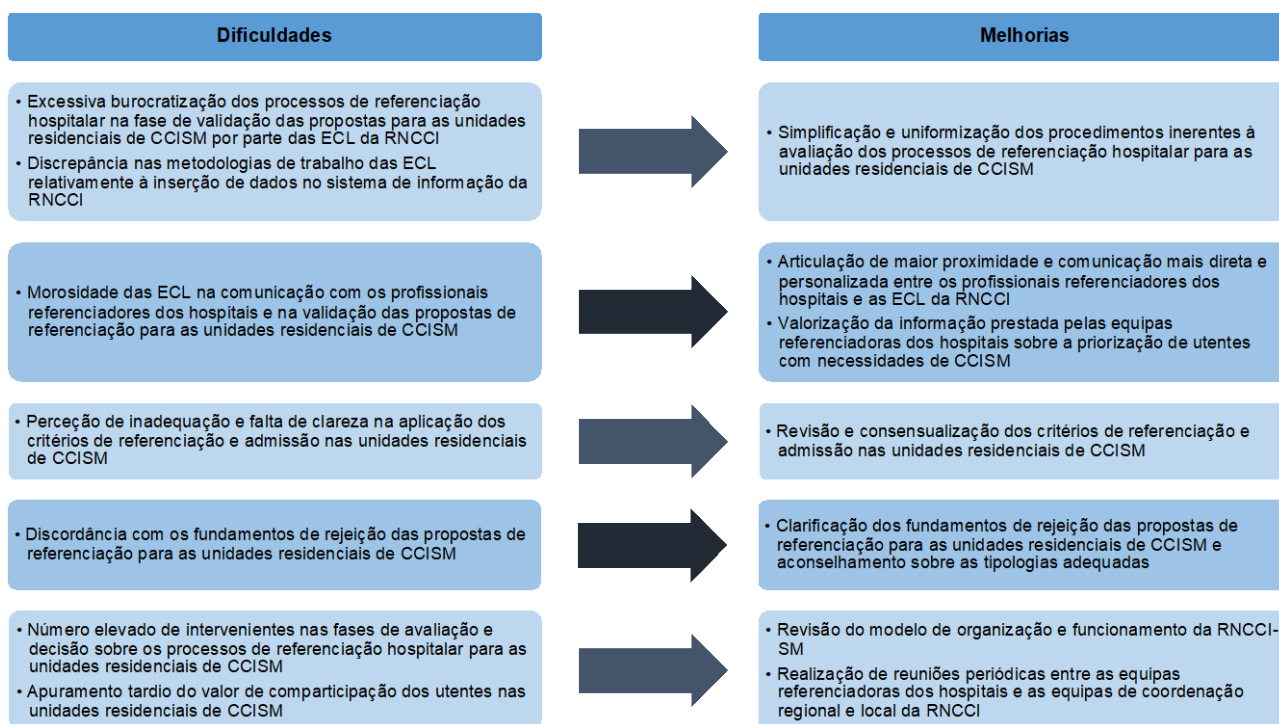
Considerando as sugestões de dois entrevistados no âmbito da presente investigação, a medida proposta para superar este constrangimento refere-se à promoção de um debate sobre a atribuição de maior carga horária aos profissionais referenciadores a tempo parcial, a afetação de mais recursos humanos e a criação de equipas referenciadoras em regime de exclusividade nos hospitais do SNS. Trata-se de um debate que pretende melhorar a gestão dos processos de referência hospitalar, assegurar o acompanhamento dos utentes referenciados e facilitar a articulação com as equipas de coordenação da RNCCI e as entidades promotoras e gestoras das unidades residenciais de CCISM. É, pois, relevante discutir a possibilidade de reajustar a carga horária dos técnicos que integram estas equipas hospitalares de cariz multidisciplinar, no sentido de atribuir mais tempo aos profissionais referenciadores para exercerem as funções da EGA e de outras equipas referenciadoras incumbidas de gerir o processo administrativo da referência aos CCISM. Acresce que a afetação de mais recursos humanos também deve ser discutida para contemplar a possível integração de técnicos que prestem o necessário apoio administrativo atualmente assegurado por profissionais referenciadores das equipas que não dispõem de tais recursos. Na eventualidade de o volume e a complexidade da atividade o justificar, importa ainda debater a possibilidade de criar equipas referenciadoras hospitalares em regime de exclusividade, que integrem técnicos experientes (pelo menos um médico, um enfermeiro e um assistente social) dos três grupos profissionais previstos na Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro⁷⁷.

Em última instância, esta medida visa garantir que os profissionais conseguem cumprir cabalmente as suas funções enquanto membros da EGA, designadamente ao nível do planeamento atempado da alta de todos os utentes com DMG que precisam de cuidados continuados integrados imediatamente após o internamento hospitalar, da realização de uma avaliação precisa dos utentes a propor às estruturas de saúde mental da RNCCI, da apreciação e da confirmação das propostas de referência elaboradas pelos profissionais de saúde e de apoio social pertencentes aos serviços de internamento que sinalizaram os utentes com necessidade de CCISM e, ainda, da articulação do elemento coordenador destas equipas (designado pelo Conselho de Administração dos respetivos hospitais) com as ECL e com a ECR territorialmente competente da RNCCI.

4.2.4. Dificuldades e sugestões de melhoria da articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM

No quarto tema identificaram-se sete constrangimentos e sete recomendações ao nível da "Articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM", a partir das entrevistas realizadas a seis profissionais que integram a EGA de um hospital psiquiátrico e a ER aos CCISM de um hospital geral do SNS. Na Figura 13 foram agrupadas e relacionadas entre si todas as dificuldades e sugestões de melhoria propostas por ambas as equipas referenciadoras hospitalares que integraram o estudo a respeito da articulação interinstitucional nos processos de referência para CCISM.

Figura 13: Síntese das entrevistas sobre dificuldades e melhorias da articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM (Tema 4)



Fonte: Elaboração própria

O principal constrangimento à articulação interinstitucional identificado pela maioria dos entrevistados refere-se à excessiva burocratização dos processos de referência hospitalar na fase de validação das propostas para as unidades residenciais de CCISM por parte das ECL da RNCCI. As duas equipas referenciadoras de ambos os hospitais que participaram no trabalho de campo percecionaram estes processos como sendo demasiado burocráticos, pesados e morosos, designadamente porque envolvem a recolha de um vasto conjunto de informação, o registo exaustivo dessa informação nos respetivos módulos do SI da RNCCI e a reapreciação das propostas de referência

devolvidas pelas ECL por causa de documentação em falta ou incompleta. As ECL são equipas multidisciplinares constituídas por representantes da Segurança Social e da Saúde incumbidos de validar as propostas de referenciação oriundas dos serviços locais e regionais de saúde mental, de verificar o cumprimento dos critérios de referenciação e de efetuar as diligências necessárias para que os utentes fiquem a aguardar vaga com vista à sua admissão numa unidade ou equipa de CCISM. Com efeito, as ECL articulam com as equipas referenciadoras hospitalares para garantir a qualidade dos processos de referenciação e admissão nas diferentes tipologias de CCISM dirigidas à população adulta, para além de se articularem com a ECR territorialmente competente e com as unidades e equipas de CCISM da sua respetiva região⁹⁰. Todavia, esta articulação entre as ECL e as equipas referenciadoras hospitalares tende a ser afetada pela demasiada burocratização e pela elevada carga processual da referenciação aos CCISM, tal como já tinha sido referido pelas EGA na investigação realizada por Escoval, Lívio e Ribeiro⁵¹ a respeito dos processos de referenciação para Rede Geral da RNCCI. Para além de atrasarem os processos de referenciação às unidades residenciais de CCISM na ótica das duas equipas referenciadoras hospitalares entrevistadas, tais problemas também contribuem para dissuadir os profissionais que acompanham os utentes de proceder à sua sinalização para CCISM. Acresce que a discrepância nas metodologias de trabalho das ECL face à inserção de dados no SI da RNCCI foi igualmente percecionada pela EGA de um hospital psiquiátrico que integrou o trabalho de campo como sendo um obstáculo à prossecução dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM, na medida em que traduz a existência de modos de funcionamento distintos e de procedimentos administrativos díspares entre tais equipas coordenadoras da Rede. Com a finalidade de diminuir a excessiva burocratização e de reduzir a discrepância nas metodologias de trabalho das ECL, a EGA de um hospital psiquiátrico participante no estudo recomendou que as funções destas equipas coordenadoras sejam clarificadas e que os procedimentos inerentes à avaliação dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM sejam simplificados e uniformizados. Embora o registo estruturado de informação no SI da RNCCI já represente um passo importante para desburocratizar os processos de referenciação hospitalar para os CCISM, importa considerar, ainda, a simplificação dos instrumentos de registo e a uniformização dos procedimentos e atos administrativos para, simultaneamente, facilitar e controlar estes processos. Santana e Costa²⁴ defenderam, precisamente, que a uniformização dos procedimentos administrativos favorece a consolidação de uma cultura organizacional orientada para alcançar metas comuns. Ademais, esta recomendação encontra-se alinhada com o argumentário do Roteiro de Intervenção em Cuidados Continuados

Integrados²⁶, segundo o qual a desburocratização e a simplificação se afiguram como elementos que permitem fortalecer os processos de referenciação hospitalar à RNCCI.

Ao nível da articulação interinstitucional, a morosidade das ECL tanto na comunicação com os profissionais referenciadores hospitalares como na validação das propostas de referenciação para as unidades residenciais de CCISM trata-se de um constrangimento identificado exclusivamente pela EGA de um hospital psiquiátrico que integrou o estudo. Na investigação realizada por Escoval, Lívio e Ribeiro⁵¹, a lentidão dos processos de referenciação para a Rede Geral da RNCCI já tinha sido considerada um fator que torna os próprios processos mais complexos. Para lidar com este problema foi recomendada, em ambos os hospitais públicos que integraram o trabalho de campo, uma articulação de maior proximidade e uma comunicação mais direta e personalizada entre as equipas referenciadoras hospitalares e as ECL da RNCCI. Escoval, Lívio e Ribeiro⁵¹ propuseram igualmente a melhoria dos canais de comunicação utilizados pelos diferentes níveis de gestão da RNCCI para fortalecer os processos de referenciação hospitalar para a Rede Geral. No Roteiro de Intervenção em Cuidados Continuados Integrados²⁶ foi salientada, da mesma forma, a necessidade de implementar estratégias de comunicação dirigidas aos técnicos de diferentes níveis de prestação de cuidados. A maioria dos profissionais referenciadores hospitalares entrevistados considerou útil estabelecer uma articulação mais fluída com as ECL para melhorar o processo de referenciação aos CCISM, tendo também realçado a importância de promover um maior diálogo com as ECL para esclarecer dúvidas, discutir casos e determinar a tipologia de CCISM mais adequada para cada pessoa com incapacidade psicossocial resultante de DMG. Em complemento com os registos escritos no SI da RNCCI, os contactos telefónicos e presenciais (através de reuniões conjuntas, por exemplo) entre as equipas referenciadoras hospitalares e as ECL foram recomendados para esse efeito. Ademais, a valorização, por parte das ECL, da informação prestada pelos profissionais referenciadores hospitalares em relação aos utentes prioritários com necessidade de CCISM também foi sugerida neste estudo com o intuito de agilizar a conclusão dos processos de referenciação e de diminuir o tempo de espera para identificação de vaga e admissão numa unidade residencial de CCISM.

A inadequação e falta de clareza na aplicação dos critérios de referenciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM foi percecionada como um constrangimento à articulação interinstitucional exclusivamente por parte da ER aos CCISM de um hospital geral do SNS que participou no trabalho de campo. Os profissionais referenciadores entrevistados que integram esta equipa afirmaram desconhecer os reais critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM para adultos, consideraram haver falta de transparência sobre esses mesmos critérios aquando da rejeição das suas propostas

de referenciação para as residências de CCISM por parte das ECL e manifestaram ter dúvidas sobre a tipologia de CCISM mais adequada para cada pessoa com DMG. Na investigação de Escoval, Lívio e Ribeiro⁵¹, as EGA também reportaram, pontualmente, algumas dificuldades relacionadas com o facto de os critérios de referenciação para a Rede Geral da RNCCI serem generalistas e pouco explícitos. Tendo em consideração estes problemas, compreende-se que os fundamentos com base nos quais as ECL da RNCCI recusaram propostas de referenciação para as unidades residenciais de CCISM (a saber: casos sociais e determinados diagnósticos psiquiátricos que configuram uma DMG) tenham sido objeto de discórdia por parte da ER aos CCISM de um hospital geral participante no presente estudo. A este propósito, importa referir que os diagnósticos psiquiátricos que caracterizam uma DMG não se encontram especificados no Guia de Referenciação para as unidades e as equipas de saúde mental da RNCCI⁶⁵. Neste guia orientador dos processos de referenciação para tais estruturas da RNCCI é referido que podem ser referenciadas para as tipologias de CCISM dirigidas à população adulta:

“Entre as pessoas maiores de 18 anos, as que tenham diagnóstico psiquiátrico que configure uma doença mental grave (DMG) clinicamente estabilizada e tendencialmente crónica, da qual resulte incapacidade psicossocial, cujo projeto de reabilitação determine o acompanhamento por período programado, em residência, unidade socio-ocupacional ou equipa de apoio domiciliário da RNCCI”^{65(p.2)}.

Em virtude da necessidade de melhorar a articulação interinstitucional nos processos de referenciação aos CCISM, as duas equipas referenciadoras de ambos os hospitais públicos do SNS que participaram no trabalho de campo sugeriram mitigar os problemas acima descritos através da revisão e da consensualização dos critérios de referenciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM para adultos, assim como através da clarificação dos fundamentos de rejeição das propostas de referenciação aos CCISM e do aconselhamento sobre a tipologia mais adequada por parte das ECL. Tais medidas visam garantir que os profissionais referenciadores em contexto hospitalar se encontram devidamente esclarecidos quanto às respostas de CCISM da RNCCI e assegurar que, relativamente a este segmento especializado da RNCCI, os critérios de referenciação e admissão em CCISM – detalhados na Portaria n.º 311/2021, de 20 de dezembro¹⁸, e no Guia de Referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da RNCCI⁶⁵ – são revistos, bem definidos e consensualizados entre si e as equipas coordenadoras da RNCCI para eliminar eventuais interpretações subjetivas sobre o seu (in)cumprimento e para proporcionar um entendimento comum e inequívoco sobre os requisitos de admissão nas diferentes tipologias de CCISM dirigidas à população adulta. Vários autores^{26,51,97} já efetuaram propostas similares a respeito da Rede Geral da RNCCI.

Os dois últimos constrangimentos à articulação interinstitucional na referenciação para os CCISM foram identificados apenas pela EGA de um hospital psiquiátrico que integrou o trabalho de campo, aludindo à existência de um elevado número de intervenientes (as equipas referenciadoras hospitalares e as equipas de coordenação local e regional da RNCCI) nas fases de avaliação e decisão sobre os processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM e, ainda, ao apuramento tardio (com o auxílio dos representantes da Segurança Social integrados nas ECL) do valor a pagar pelos utentes por encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nestas estruturas da RNCCI. A existência de demasiados intervenientes nos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM foi considerada problemática pelo facto de tender a criar entropia e a dificultar a comunicação entre os profissionais das equipas referenciadoras e das equipas coordenadoras da RNCCI. Na investigação efetuada por Escoval, Lívio e Ribeiro⁵¹, as EGA também referiram que a existência de demasiados intervenientes se trata de um fator que complexifica os processos de referenciação para a Rede Geral da RNCCI. Acresce, a este problema, a demora da Segurança Social no apuramento do valor da comparticipação dos utentes nas residências de CCISM, que por vezes compromete a sua aceitação deste recurso reabilitativo numa fase avançada dos processos de referenciação para tais tipologias de saúde mental da RNCCI.

A fim de ultrapassar os últimos obstáculos assinalados anteriormente, os profissionais entrevistados no âmbito do presente estudo sugeriram rever o modelo de organização e funcionamento da RNCCI, assim como realizar reuniões periódicas entre as equipas referenciadoras dos hospitais e as equipas de coordenação regional e local da RNCCI. Tal revisão organizativa da RNCCI pode incluir medidas tais como a redução do número de intervenientes nos processos de referenciação aos CCISM ou a constituição de equipas que desenvolvam a sua atividade de coordenação da Rede com profissionais em regime de exclusividade para agilizar estes processos e promover uma comunicação mais eficaz e personalizada com as equipas referenciadoras hospitalares. Em sintonia com estas medidas, no relatório das experiências-piloto de CCISM já se recomendava a nomeação de profissionais e a afetação de técnicos de saúde mental para as equipas coordenadoras, além de se ter priorizado a atribuição de tempo para desempenharem as suas atividades enquanto membros das equipas de coordenação local e regional da RNCCI⁶¹. Finalmente, recomenda-se ainda a realização de reuniões conjuntas entre as equipas coordenadoras da Rede e as equipas referenciadoras hospitalares com o intuito de reforçar a articulação interinstitucional e de criar um espaço de reflexão, discussão e apoio mútuo para melhorar a gestão compartilhada dos processos de referenciação aos CCISM e para analisar o desenvolvimento e a evolução deste modelo de cuidados.

Conclusão

Os processos de sinalização e de referenciação aos CCISM desempenham um papel importante para retirar atempadamente os utentes com DMG dos hospitais e para lhes proporcionar cuidados adequados às suas necessidades de reabilitação psicossocial na comunidade. Neste estudo procurámos conhecer os principais constrangimentos de tais processos através de profissionais diretamente envolvidos na referenciação hospitalar para CCISM e na coordenação regional da RNCCI, no sentido de vir a torná-los mais eficientes para aumentar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde mental, otimizar a gestão dos recursos disponíveis, melhorar a integração entre diferentes níveis de cuidados e fortalecer o planeamento destas respostas, particularmente das tipologias residenciais de CCISM dirigidas à população adulta. Em mote conclusivo, importa reter as principais dificuldades e sugestões de melhoria advenientes do trabalho de campo.

Em primeiro lugar, o planeamento regional das respostas de CCISM é primordialmente dificultado pelo incipiente desenvolvimento da RNCCI na vertente de saúde mental, bem como pela escassez destas respostas e pela insuficiência de recursos financeiros das entidades promotoras e gestoras de CCISM. No sentido de melhorar o planeamento regional das respostas de CCISM, recomenda-se, sobretudo, expandir territorialmente os CCISM e criar novos lugares residenciais isentos de reconversões, definir critérios para desenvolver este segmento especializado da RNCCI e apurar as necessidades de tais lugares residenciais, tal como sensibilizar os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais para a importância da referenciação e do cumprimento dos critérios de admissão nas residências de CCISM para adultos.

Em segundo lugar, o planeamento das altas de utentes adultos referenciados para as valências de saúde mental da RNCCI é principalmente obstaculizado pela ausência de vagas e escassez de tipologias residenciais adequadas à necessidade de CCISM, pelo tempo excessivo em que os utentes se encontram em lista de espera para ingressar nas residências, assim como pela sua permanência prolongada em regime de internamento hospitalar sem justificação clínica. Para melhorar o planeamento das altas, considera-se prioritário reduzir o tempo em que os utentes aguardam vaga para ingressar nas residências de CCISM, reorganizar o planeamento das altas hospitalares em torno do técnico de referência/gestor de caso e, ainda, promover o debate sobre a dificuldade de adesão dos utentes a projetos de reabilitação devido à sua participação em CCISM.

Em terceiro lugar, a gestão hospitalar dos processos de referenciação para as unidades residenciais de CCISM é primordialmente dificultada pelo conhecimento insuficiente dos profissionais sinalizadores dos SSM sobre os objetivos, os serviços e os requisitos de

admissão nestas tipologias para adultos, pela perceção desfavorável destes técnicos e dos elementos referenciadores hospitalares sobre tais respostas comunitárias de saúde mental, assim como pela morosidade na comunicação interna entre os prestadores de cuidados e os elementos referenciadores à Rede. A fim de melhorar a gestão hospitalar destes processos, recomenda-se, sobretudo, estabelecer uma articulação de maior proximidade e uma comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais, formar e apoiar os técnicos envolvidos na sinalização para CCISM sobre a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI na área da saúde mental, tal como consensualizar o parecer técnico multidisciplinar e as avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sobre os utentes propostos para tais estruturas comunitárias de reabilitação psicossocial.

Em quarto, e último, lugar, a articulação interinstitucional na referenciação para as residências de CCISM é principalmente obstruída por uma excessiva burocratização na fase de validação das propostas por parte das ECL da RNCCI, pela morosidade destas equipas tanto na comunicação com os elementos referenciadores hospitalares como na apreciação de tais propostas, assim como pela perceção de inadequação e de falta de clareza na aplicação dos critérios de admissão em CCISM. Com o intuito de melhorar a articulação interinstitucional na referenciação para as residências de CCISM, considera-se prioritário estabelecer uma articulação de maior proximidade e uma comunicação mais direta e personalizada entre as equipas referenciadoras hospitalares e as ECL, tal como alterar o modelo de organização e funcionamento da RNCCI na vertente de saúde mental, rever e consensualizar os critérios de admissão nestas tipologias para adultos.

Findo o presente trabalho de campo, em futuros projetos de investigação será, deveras, enriquecedor conhecer as perspetivas dos doentes e dos profissionais que integram as ECL, bem como de demais ECR e de outras ER hospitalares, sobre o modelo de CCISM. Concomitantemente é preciso avaliar o impacto das respostas de CCISM nos cuidados hospitalares, nomeadamente na demora média de internamentos psiquiátricos, na taxa de ocupação de camas hospitalares e na taxa de readmissões hospitalares. Apesar da escassa evidência científica disponível sobre o efeito da referenciação para CCISM na duração dos internamentos, as investigações já realizadas no âmbito da Rede Geral interpelam a nossa reflexão sobre as consequências da referenciação à RNCCI para a gestão dos hospitais e a sustentabilidade do SNS, devido ao incremento dos encargos financeiros e ao aumento das demoras hospitalares com consequências clínicas. Para além da necessidade de estabelecer medidas que melhorem o funcionamento destes estabelecimentos de saúde públicos, importa, ainda, desenvolver estudos que avaliem o acesso e a qualidade das diferentes tipologias de CCISM para adultos em Portugal.

Bibliografia

1. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021.
2. Conselho Nacional de Saúde. Sem mais tempo a perder: saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde (CNS); 2019.
3. Lei n.º 95/2019. D.R. Iª Série. 169 (2019-09-04) 55-66. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.
4. Lei n.º 35/2023. D.R. Iª Série. 141 (2023-07-21) 2-23. Aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexas, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho.
5. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137–50.
6. Caldas de Almeida JM, Xavier M. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa; 2013.
7. Caldas de Almeida T, Heitor MJ, Santos O, Costa A, Virgolino A, Rasga C, et al. Relatório final: SM-COVID19: saúde mental em tempos de pandemia. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2020.
8. Decreto-Lei n.º 8/2010. D.R. Iª Série. 19 (2010-01-28) 257-263. Cria um conjunto de unidades e equipas de CCISM, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência.
9. Gouveia M, Ascensão R, Fiorentino F, Pascoal J, Costa J, Borges M. O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. *Int J Clin Neurosci Ment Heal*. 2017;4(Suppl. 3):S13.
10. Organisation for Economic Co-operation and Development. A new benchmark for mental health systems: tackling the social and economic costs of mental ill-health. *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing; 2021.
11. Decreto-Lei n.º 113/2021. D.R. Iª Série. 240 (2021-12-14) 104-118. Estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental.
12. Xavier M, Barreto H, Cruz M, Domingos P, Gago J, Maia Correia T, et al. A reforma da saúde mental em Portugal: três anos de transformação. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde; 2024.
13. Portugal. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: resumo executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2008.
14. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. Relatório da avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007–2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2017.
15. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso e qualidade nos cuidados de saúde mental. Porto: Entidade Reguladora da Saúde (ERS); 2015.

16. Decreto-Lei n.º 101/2006. D.R. 1ª Série-A. 109 (2006-06-06) 3856-3865. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
17. Decreto-Lei n.º 136/2015. D.R. 1ª Série. 145 (2015-07-28) 5081-5091. Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, que cria a RNCCI, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, que cria um conjunto de unidades e equipas de CCISM.
18. Portaria n.º 311/2021. D.R. 1ª Série. 244 (2021-12-20) 60-98. Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas de CCISM.
19. Santos Martins F, Feldens T, Guerra C, Santos JV. Long-term mental health care in Portugal: a portrait of the first years of activity. *Int J Soc Psychiatry*. 2023;69(7):1605–16.
20. Martins JB, Viseu MTD, Pinto MB. Reabilitação psicossocial nos cuidados continuados integrados em saúde mental: ponto de situação em Portugal. *Acta Med Port*. 2023;36(6):442–3.
21. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700–12.
22. Organisation for Economic Co-operation and Development. Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: an integrated, whole-of-society response. Paris: OECD Publishing; 2021.
23. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Portugal: Saúde Mental em Números 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016.
24. Santana R, Costa C. A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Rev Port Saúde Pública [Internet]*. 2008;7:29–56. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/19698>
25. Santana R, Belo A, Gaspar C, Almeida C, Seringa J, Papança M. Handbook de integração de cuidados. Coimbra: Edições Almedina; 2021.
26. Escoval A, Lívio A, Ribeiro R. Plano Nacional de Saúde 2012-2016: roteiro de intervenção em cuidados continuados integrados. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014.
27. World Health Organization. Improving health systems and services for mental health. Geneva: World Health Organization (WHO); 2009.
28. Caldas de Almeida JM, Killaspy H. Long-term mental health care for people with severe mental disorders. Brussels: European Commission; 2011.
29. Masters GA, Baldessarini RJ, Öngür D, Centorrino F. Factors associated with length of psychiatric hospitalization. *Compr Psychiatry*. 2014;55(3):681–7.
30. Salisbury T, Killaspy H, King M. An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit). *BMC Psychiatry*. 2016;16:54.
31. Killaspy H, Cardoso G, White S, Wright C, Caldas de Almeida JM, Turton P, et al. Quality of care and its determinants in longer-term mental health facilities across Europe: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*. 2016;16:31.
32. Cardoso G, Papoila A, Tomé G, Killaspy H, King M, Caldas-de-Almeida JM. Living conditions and quality of care in residential units for people with long-term mental illness in Portugal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2016;16:34.
33. Gandré C, Gervais J, Thillard J, Macé JM, Roelandt JL, Chevreul K. The development of psychiatric services providing an alternative to full-time

- hospitalization is associated with shorter length of stay in French public psychiatry. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(3).
34. Decreto-Lei n.º 54/2024. D.R. Iª Série. 173 (2024-09-06) 1-22. Extingue as Administrações Regionais de Saúde, I. P.
 35. Portugal. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. Newsletter n.º 5/2022. Princípios de política, órgãos e serviços [Internet]. [cited 2023 Nov 18]. Available from: https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/07/SAUDE-MENTAL_Newsletter_5_2022.pdf
 36. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Rede de referência de psiquiatria e saúde mental. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2004.
 37. Portugal. Ministério da Saúde. Proposta de Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa: Ministério da Saúde; 2015.
 38. Decreto-Lei n.º 7-A/2023. D.R. Iª Série. 21 (2023-01-30) 2-5. Cria o Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E. P. E., por fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P. E., e do Hospital de Magalhães Lemos, E. P. E.
 39. Despacho n.º 4/2023. Secretário de Estado da Saúde (2023-10-17). 1-6. Planeamento e contratualização de cuidados no Serviço Nacional de Saúde. Orientações para o ano de 2024.
 40. Decreto-Lei n.º 102/2023. D.R. Iª Série. 215 (2023-11-07) 4-20. Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde.
 41. Decreto-Lei n.º 52/2022. D.R. Iª Série. 150 (2022-08-04) 5-52. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
 42. Lei n.º 36/98. D.R. Iª Série-A. 169 (1998-07-24) 3544-3550. Lei de Saúde Mental.
 43. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.
 44. Glasby J, Lester H. Delayed hospital discharge and mental health: the policy implications of recent research. *Soc Policy Adm*. 2004;38(7):744–57.
 45. Storm M, Husebø AML, Thomas EC, Elwyn G, Zisman-Ilani Y. Coordinating mental health services for people with serious mental illness: a scoping review of transitions from psychiatric hospital to community. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res*. 2019;46(3):352–67.
 46. Silva M, Antunes A, Loureiro A, Azeredo-Lopes S, Saraceno B, Caldas de Almeida JM, et al. Factors associated with length of stay and readmission in acute psychiatric inpatient services in Portugal. *Psychiatry Res*. 2020;293:e113420.
 47. Babalola O, Gormez V, Alwan NA, Johnstone P, Sampson S. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;1(1):CD000384.
 48. Crossley N, Sweeney B. Patient and service-level factors affecting length of inpatient stay in an acute mental health service: a retrospective case-cohort study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):438.
 49. Pauselli L, Verdolini N, Bernardini F, Compton MT, Quartesan R. Predictors of length of stay in an inpatient psychiatric unit of a general hospital in Perugia, Italy. *Psychiatr Q*. 2017;88(1):129–40.
 50. Dimitri G, Giacco D, Bauer M, Bird VJ, Greenberg L, Lasalvia A, et al. Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units: does their effect vary across countries? *Eur Psychiatry*. 2018;48:6–12.
 51. Escoval A, Lívio AT, Ribeiro RS. Monitorização, identificação de

- constrangimentos e análise do impacto da RNCCI na eficiência hospitalar: relatório final. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2013.
52. Tyler N, Wright N, Waring J. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:883.
 53. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2022.
 54. Despacho Conjunto n.º 407/98. D.R. IIª Série. 138 (1998-06-18) 8328-8332. Aprova as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência.
 55. Decreto-Lei n.º 22/2011. D.R. Iª Série. 29 (2011-02-10) 716-723. Clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de CCISM, procedendo à primeira alteração e à republicação do Decreto-Lei nº8/2010.
 56. Portaria n.º 149/2011. D.R. Iª Série. 70 (2011-04-08) 2085-2096. Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de CCISM.
 57. Decreto-Lei n.º 61/2022. D.R. Iª Série. 185 (2022-09-23) 2-21. Aprova a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde.
 58. Despacho n.º 8677/2011. D.R. IIª Série. 122 (2011-06-28) 27049-27050. Define as experiências piloto de CCISM, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a iniciar em 2011.
 59. Despacho n.º 1269/2017. D.R. IIª Série. 26 (2017-02-06) 2443-2444. Autoriza as ARS, I.P. a assumir os compromissos plurianuais no âmbito dos contratos-programa celebrados com as entidades integradas ou a integrar a RNCCI na área específica da saúde mental.
 60. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Equipa de Acompanhamento das Experiências-Piloto de CCISM. Relatório das experiências-piloto de cuidados continuados integrados de saúde mental. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); 2019.
 61. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Equipa de Acompanhamento das Experiências-Piloto de CCISM. Relatório das experiências-piloto de cuidados continuados integrados de saúde mental. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); 2020.
 62. Despacho n.º 2082-A/2021. D.R. IIª Série. 38 1º Suplemento (2021-02-24) 4-5. Autoriza o Instituto da Segurança Social, I. P., e as Administrações Regionais de Saúde, I. P., a assumir os compromissos plurianuais no âmbito da RNCCI.
 63. Despacho n.º 9849/2024. D.R. IIª Série. 164 (2024-08-26) 48-59. Autoriza o ISS e a ACSS a assumir os compromissos plurianuais decorrentes dos contratos-programa para o triénio de 2024-2026, com as unidades e equipas integradas na RNCCI.
 64. Portaria n.º 68/2017. D.R. Iª Série. 34 (2017-02-16) 824-882. Altera a Portaria n.º 149/2011, que estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de CCISM.
 65. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Guia de referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa: Administração Central do Sistema

- de Saúde (ACSS); 2022.
66. Portugal. Ministério da Saúde. Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017.
 67. Portugal. Ministério da Saúde. Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018.
 68. Portugal. Ministério da Saúde. Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Lisboa: Ministério da Saúde; 2019.
 69. Portugal. Ministério da Saúde. Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Lisboa: Ministério da Saúde; 2020.
 70. Portugal. Ministério da Saúde. Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Lisboa: Ministério da Saúde; 2021.
 71. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 2022. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); 2022.
 72. Administração Central do Sistema de Saúde. Listagem das unidades da RNCCI. [Internet]. [cited 2023 May 20]. Available from: <https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/?lang=pt>
 73. Entidade Reguladora da Saúde. Informação de monitorização sobre acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Porto: Entidade Reguladora da Saúde (ERS); 2024.
 74. Portugal. Ministério da Saúde. Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde. Utentes a aguardar vaga de cuidados continuados. [Internet]. [cited 2023 May 27]. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/rncci-episodios/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.tipologia&sort=data>
 75. Portaria n.º 134-A/2022. D.R. Iª Série. 63 1º Suplemento (2022-03-30) 2-15. Aprova o regulamento de atribuição de apoios financeiros para a concretização dos investimentos na RNCCI e na RNCP previstos no Plano de Recuperação e Resiliência.
 76. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Circular Normativa Conjunta n.º06/2022/ACSS/ISS: módulos de preenchimento obrigatório e periodicidade de avaliações para as unidades de saúde mental de adultos e da infância e adolescência no sistema de informação da RNCCI (SI RNCCI). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); 2022.
 77. Portaria n.º 174/2014. D.R. Iª Série. 174 (2014-09-10) 4865-4882. Define as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da RNCCI.
 78. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 2021. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); 2021.
 79. Denzin NK, Lincoln YS. Introduction: the discipline and practice of qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 3rd ed. San Francisco, CA: Sage Publications; 2005. p. 1–32.

80. Magalhães J, Paul V. Entrevista. In: Gonçalves SP, Gonçalves JP, Marques CG, editors. Manual de investigação qualitativa: conceção, análise e aplicações. Lisboa: PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação; 2021. p. 63–85.
81. Stake RE. Qualitative case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 3rd ed. San Francisco, CA: Sage Publications; 2005. p. 443–66.
82. Fontanella B. Participantes em investigação qualitativa. In: Gonçalves SP, Gonçalves JP, Marques CG, editors. Manual de investigação qualitativa: conceção, análise e aplicações. Lisboa: PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação; 2021. p. 25–40.
83. Beaud JP. A amostragem. In: Gauthier B, editor. Investigação social: da problemática à colheita de dados. 3ªed. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2003. p. 201–32.
84. Savoie-Zajc L. A entrevista semidirigida. In: Gauthier B, editor. Investigação social: da problemática à colheita de dados. 3ªed. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas; 2003. p. 279–301.
85. Fontana A, Frey JH. The interview: from neutral stance to political involvement. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 3rd ed. San Francisco, CA: Sage Publications; 2005. p. 695–727.
86. Flick U. Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa: Monitor - Projetos e Edições; 2005.
87. Brandão C, Ribeiro J, Costa AP. Análise de dados. In: Manual de investigação qualitativa: conceção, análise e aplicações. Lisboa: PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação; 2021. p. 127–58.
88. Portaria n.º 74/2024. D.R. Iª Série. 43 (2024-02-29) 16-19. Define os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
89. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Circular Normativa n.º 7/2022/ACSS: ICD-10-CM/PCS – versão 2023. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); 2022.
90. Portugal. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Instituto da Segurança Social. Guia prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa: Instituto da Segurança Social; 2023.
91. Dias S, Gama A. Introdução à investigação qualitativa em saúde pública. Coimbra: Edições Almedina; 2019.
92. Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. Descrição das reformas e dos investimentos do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) na Componente 1. [Internet]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2021 [cited 2023 Jul 18]. Available from: <https://dados.gov.pt/s/resources/documentacao-do-prr/20210502-190340/27-20210421-componentec01vf.pdf>
93. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Orientação técnica. Investimento RE-C01-i02 - Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional dos Cuidados Paliativos. N.º 1/C01-i02/2022. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); 2023.
94. Decreto-Lei n.º 116/2021. D.R. Iª Série. 241 (2021-12-15) 41-43. Estabelece as condições necessárias à concretização dos investimentos previstos no PRR para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

95. Decreto-Lei n.º 101-D/2020. D.R. Iª Série. 237 1º Suplemento (2020-12-17) 21-45. Estabelece os requisitos aplicáveis a edifícios para a melhoria do seu desempenho energético e regula o Sistema de Certificação Energética de Edifícios.
96. Portaria n.º 306-A/2023. D.R. Iª Série. 198 1º Suplemento (2023-10-12) 2-16. Aprova os Estatutos da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P.
97. Cunha A. Constrangimentos no processo de sinalização e referenciação às Equipas de Cuidados Continuados Integrados no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE [Mestrado em Gestão da Saúde]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2017.
98. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social. Instituto da Segurança Social. Manual de articulação - saúde e segurança social - para o planeamento das altas hospitalares. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Instituto da Segurança Social (ISS); 2015.
99. Martins MGA, Machado APM, Gouveia MCS, Carvalho PSCP, Renca PFN. Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2021.
100. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso a cuidados de saúde mental nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Porto: Entidade Reguladora da Saúde (ERS); 2023.
101. Moura BP. O Impacto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na demora média hospitalar [Mestrado em Gestão da Saúde]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2014.
102. Ferreira L. O efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto [Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde]. Porto: Faculdade de Economia. Universidade do Porto; 2012.
103. Santos R, Ferro AP, Camões JF, Lopes CS, Rocha C, Morais SA. Desafios da referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: a experiência num hospital. *Rev Med Interna*. 2022;29(2):95–102.
104. Mateus P, Caldas de Almeida JM, Carvalho A. Implementing case management in Portuguese mental health services: conceptual background. *Port J Public Heal*. 2017;35(1):19–29.
105. Thornicroft G. The concept of case management for long-term mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 1991;3(1):125–32.
106. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv*. 2000;51(11):1410–21.
107. Portaria n.º 45/2021. D.R. Iª Série. 38 (2021-02-24) 16-22. Estabelece o regime de definição de preços e de responsabilidade na repartição e assunção dos encargos pelas diferentes entidades envolvidas.
108. Despacho n.º 12678/2023. D.R. IIª Série. 238 (2023-12-12) 133-141. Define os termos e as condições em que a segurança social comparticipa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nas unidades e equipas da RNCCI.
109. Portugal. Ministério da Saúde. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. A organização interna e a governação dos hospitais. Lisboa: Ministério da Saúde; 2010.

110. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para a saúde mental. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); 2017.

Anexos

Anexo I: Guião de entrevista à Equipa de Coordenação Regional da RNCCI

Esta entrevista insere-se no trabalho de campo que estou a realizar para o Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional da Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

O estudo visa identificar os constrangimentos à referência de utentes adultos com doença mental grave (DMG) internados em hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e à sua admissão nas unidades residenciais de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assim como visa conhecer os ajustamentos recomendáveis para ultrapassar tais constrangimentos sinalizados pelos profissionais entrevistados.

Enquanto membro de uma Equipa de Coordenação Regional (ECR) da RNCCI, os seus conhecimentos e a sua experiência na área da saúde mental revestem-se de enorme importância para cumprir os objetivos deste estudo.

A entrevista obteve o seu consentimento, está a ser áudio-gravada e as respostas serão anonimizadas para salvaguardar o seu anonimato e preservar a confidencialidade das informações por si partilhadas, que serão exclusivamente utilizadas no âmbito deste trabalho.

Reitero o meu agradecimento pela sua participação neste estudo.

- Considera que a atual fase de desenvolvimento das respostas de CCISM permite responder às necessidades dos utentes adultos com DMG internados em hospitais de agudos com indicação de referência para as tipologias residenciais? Porquê?
- Considera que a gestão dos processos de referência hospitalar influencia a atribuição de vagas e/ou a admissão dos utentes adultos com DMG nas unidades residenciais de CCISM? Como?
- Quais são as principais dificuldades no planeamento das respostas de CCISM, nomeadamente das unidades residenciais destinadas à população adulta com DMG?
 - Quais são as medidas recomendáveis para melhorar o planeamento das respostas de CCISM, nomeadamente destas unidades residenciais?
- Quais são as principais dificuldades na atribuição de vagas aos utentes adultos com DMG provenientes dos serviços de internamento hospitalar nas unidades residenciais de CCISM?
 - Quais são as medidas recomendáveis para melhorar a atribuição de vagas a estes utentes nas unidades residenciais de CCISM?

Anexo II: Guião de entrevista às Equipas Referenciadoras dos Hospitais

Esta entrevista insere-se no trabalho de campo que estou a realizar para o Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional da Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

O estudo visa identificar os constrangimentos à referenciação de utentes adultos com doença mental grave (DMG) internados em hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e à sua admissão nas unidades residenciais de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assim como visa conhecer os ajustamentos recomendáveis para ultrapassar tais constrangimentos sinalizados pelos profissionais entrevistados.

Enquanto membro de uma Equipa de Gestão de Altas (EGA) / Equipa Referenciadora (ER) aos CCISM num hospital do SNS, os seus conhecimentos e a sua experiência na área da saúde mental revestem-se de enorme importância para cumprir os objetivos deste estudo.

A entrevista obteve o seu consentimento, está a ser áudio-gravada e as respostas serão anonimizadas para salvaguardar o seu anonimato e preservar a confidencialidade das informações por si partilhadas, que serão exclusivamente utilizadas no âmbito deste trabalho.

Reitero o meu agradecimento pela sua participação neste estudo.

- Considera que a articulação da EGA/ER aos CCISM com as equipas coordenadoras da RNCCI (ECR e ECL) influencia o processo de referenciação de utentes com DMG para as unidades residenciais de CCISM? Como?
- Considera que os critérios de referenciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM influenciam a duração dos internamentos e/ou o planeamento das altas hospitalares de utentes com indicação para estas respostas? Porquê?
- Quais são as principais dificuldades no planeamento das altas hospitalares de utentes adultos com incapacidade psicossocial resultante de DMG e com necessidade de CCISM, nomeadamente ao nível das tipologias residenciais?
 - Quais são as medidas recomendáveis para melhorar o planeamento das altas hospitalares destes doentes com indicação de referenciação para as unidades residenciais de CCISM?
- Quais são principais dificuldades na gestão interna (hospitalar) e externa (RNCCI) dos processos de referenciação de utentes adultos com DMG para as unidades residenciais de CCISM?
 - Quais são as medidas recomendáveis para melhorar a gestão interna e externa dos processos de referenciação destes utentes para as unidades residenciais de CCISM?
- Quais são as principais dificuldades na elaboração das propostas de referenciação de utentes adultos com DMG para as unidades residenciais de CCISM?
 - Quais são as medidas recomendáveis para melhorar a elaboração das propostas de referenciação destes utentes para as unidades residenciais de CCISM?

Anexo IV: Aprovação da participação da Equipa de Coordenação Regional da RNCCI no estudo por parte do Conselho Diretivo de uma ARS

RE: Convite à Participação em Trabalho de Campo - Administração Hospitalar

[REDACTED] | Cuidados Continuados <[REDACTED]@min-saude.pt>

Mon 1/2/2023 7:01 PM

To: Tatiana Dos Santos Marques <tsm.marques@ensp.unl.pt>;

Cc: Ana Escoval <anaescoval@ensp.unl.pt>; [REDACTED] Cuidados Continuados <[REDACTED]@min-saude.pt>; [REDACTED]@seg-social.pt; [REDACTED]@min-saude.pt;

[**ATENÇÃO:** Este email é proveniente de um remetente externo. Não carregue em links ou abra anexos a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro]

[**CAUTION:** This is an incoming mail from outside of the organization. Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe]

Exma. Senhora Dr.ª Tatiana Marques,
Boa tarde

Em primeiro lugar votos de um excelente Ano de 2023, com muita saúde e a concretização dos seus projetos pessoais e profissionais.

No âmbito do email infra para participação no seu Trabalho de Campo, vimos por este meio confirmar a disponibilidade da Senhora Enfermeira [REDACTED] e da Senhora Dr.ª [REDACTED], para dia 12 de janeiro, com a primeira entrevista a realizar-se a partir das 14 horas, na ARS [REDACTED] tal como combinado telefonicamente.

Votos de continuação de uma boa semana

Atenciosamente

Com os meus melhores cumprimentos,

[REDACTED]

Coordenadora da Equipa Coordenadora Regional da ARS [REDACTED] - Cuidados Continuados Integrados



From: Tatiana Dos Santos Marques
Sent: Wednesday, December 28, 2022 8:36 AM
To: [REDACTED]@min-saude.pt
Cc: [REDACTED]@min-saude.pt
Subject: Convite à Participação em Trabalho de Campo - Administração Hospitalar

Bom dia Dr.ª [REDACTED],

Espero que o meu email a encontre bem.

Sou aluna do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH) na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa. Nesta fase final do CEAH, terminei recentemente o meu estágio de exercício profissional no [REDACTED] e encontro-me a realizar um trabalho de campo sobre os "Constrangimentos à Referenciação de Doentes Psiquiátricos dos Cuidados Hospitalares para os Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental", sob orientação do Professor Doutor Carlos Costa e coorientação da Professora Doutora Ana Escoval.

Tomo a liberdade de lhe escrever a respeito do meu trabalho de campo para o qual gostaria imenso de contar com a sua colaboração, assim como com a colaboração de dois elementos (Enf.ª [REDACTED] e Dr.ª [REDACTED]) que integram a Equipa Coordenadora Regional de [REDACTED] da RNCCI dedicada aos CCISM. Conforme email abaixo, que partilho consigo, já tive a oportunidade de apresentar presencialmente à Dr.ª [REDACTED] o protocolo do meu trabalho de campo (em ficheiros anexos), aprovado pela ENSP e submetido à consideração superior do Conselho Diretivo da ARS [REDACTED] IP.

No momento presente, em que aguardo a apreciação do Conselho Diretivo da ARS [REDACTED] sobre o trabalho de campo, escrevo-lhe no sentido de lhe endereçar diretamente o meu convite para participar neste trabalho, cujo principal objetivo é identificar os constrangimentos inerentes à referenciação hospitalar de utentes adultos com doença mental grave para as unidades residenciais de CCISM (RAMA, RAMo, RTA e RA).

A participação no trabalho em curso materializa-se com a realização de uma entrevista áudio-gravada sobre as dificuldades existentes, a par de medidas propostas para superá-las, ao nível do planeamento das respostas necessárias de CCISM e da atribuição de vagas nas tipologias residenciais dirigidas à população adulta com indicação para integrar estas respostas. A entrevista tem uma duração estimada de 45 minutos e gostaria, ainda, de relevar que a anonimização das informações relativas aos participantes neste trabalho é salvaguardada.

Fico muito grata pela atenção dispensada e encontro-me à disposição para reunir consigo se considerar oportuno.

Na expectativa de uma resposta positiva, subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

Votos de boas festas e feliz ano novo.

Atenciosamente,
Tatiana Marques
Socióloga e aluna do CEAH/ENSP-UNL

De: [REDACTED] Cuidados Continuados <[REDACTED].min-saude.pt>
Enviado: 16 de dezembro de 2022 18:06
Para: Tatiana Dos Santos Marques <tsm.marques@ensp.unl.pt>
Cc: Ana Escoval <anaescoval@ensp.unl.pt>; ARS [REDACTED] - Cuidados Continuados <[REDACTED].min-saude.pt>
Assunto: RE: Convite à Participação em Trabalho de Campo - Administração Hospitalar

Exma. Senhora Dr.ª Tatiana Marques,
Boa tarde

Acusamos a melhor receção do email infra.
Na sequência do contacto telefónico de hoje, informamos que o Convite que endereçou a esta ECR para participação no seu trabalho de campo, foi enviado ao Conselho Diretivo da ARS [REDACTED], I.P., aguardando-se a respetiva orientação.

Logo que tenhamos orientação do Conselho Diretivo, daremos conhecimento a V.Ex.ª.

Atenciosamente

Com os meus melhores cumprimentos,

[REDACTED]
Coordenadora da Equipa Coordenadora Regional da ARS [REDACTED] - Cuidados Continuados Integrados



De: Tatiana Dos Santos Marques <tsm.marques@ensp.unl.pt>
Enviado: 15 de dezembro de 2022 23:35
Para: [REDACTED] Cuidados Continuados <[REDACTED].min-saude.pt>
Cc: Ana Escoval <anaescoval@ensp.unl.pt>
Assunto: Convite à Participação em Trabalho de Campo - Administração Hospitalar

Exma. [REDACTED].

Na sequência da nossa reunião de hoje ao final da tarde, que muito agradeço, venho por este meio formalizar um convite à participação da ECR [REDACTED] da RNCCI no trabalho de campo que estou a desenvolver, enquanto aluna do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH) da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL).

O meu trabalho de campo no âmbito do CEAH intitula-se "Constrangimentos à Referenciação de Doentes Psiquiátricos dos Cuidados Hospitalares para os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental", sendo realizado sob a orientação científica do Prof.º Doutor Carlos Costa e a coorientação científica da Prof.ª Doutora Ana Escoval.

Conforme o Protocolo de Investigação detalhado, que foi aprovado pela ENSP-UNL e que partilho consigo em ficheiro anexo juntamente com uma apresentação sumária do mesmo, este estudo visa identificar os constrangimentos inerentes aos processos de referenciação de utentes adultos com doença mental grave internados em instituições hospitalares do SNS para as unidades residenciais (RTA, RA, RAMo e RAMa) de CCISM da RNCCI.

No âmbito deste trabalho de campo está prevista a realização de seis entrevistas a:

- Três profissionais (1 Médico/a Psiquiatra, 1 Enfermeiro/a e 1 Assistente Social) que integram uma Equipa de Gestão de Altas e possuem experiência na referenciação de utentes adultos com doença mental grave para as unidades residenciais de CCISM;
- Três profissionais (1 Médico/a Psiquiatra, 1 Enfermeiro/a e 1 Assistente Social) que integram uma Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e possuem experiência no planeamento das respostas de CCISM.

Enquanto Coordenadora da ECR [REDACTED] da RNCCI, gostaria de endereçar a dois membros da Equipa (Enfermeira [REDACTED] e Assistente Social [REDACTED]) um convite para participar em entrevistas individuais que pretendem explorar os seguintes temas: por um lado, as dificuldades existentes no planeamento das respostas necessárias de CCISM na área da saúde mental e na atribuição de vagas para as unidades residenciais; por outro lado, as medidas propostas para superar tais dificuldades percepcionadas.

Cada entrevista está dependente do consentimento prévio das participantes e será áudio-gravada, tendo uma duração estimada de 45 minutos em data (possivelmente 26 de dezembro de 2022 ou 2 de janeiro de 2023) e hora a agendar individual e oportunamente. A anonimização das respostas será escrupulosamente assegurada para salvaguardar o anonimato e preservar a confidencialidade das informações partilhadas, que irão ser exclusivamente utilizadas no âmbito do trabalho de campo.

Os resultados advenientes deste trabalho pretendem contribuir para melhorar o acesso dos utentes aos CCISM, promover a continuidade entre diferentes níveis de prestação de cuidados (hospitalares e continuados) e a adequação dos serviços de saúde mental e reabilitação psicossocial.

Agradeço antecipadamente o interesse da ECR [REDACTED] da RNCCI em participar no trabalho de campo.

Fico muito grata pela atenção dispensada e encontro-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,
Tatiana Marques
Socióloga e aluna do CEAH/ENSP-UNL

Anexo V: Aprovação da participação da Equipa de Gestão de Altas no estudo por parte da Comissão Científica e Pedagógica de um hospital psiquiátrico do SNS

De: [REDACTED]
Enviada: quarta-feira, 23 de novembro de 2022 17:02
Para: [REDACTED] <[REDACTED]@min-saude.pt>
Cc: Equipe Gestao Altas [REDACTED] <[REDACTED]@min-saude.pt>
Assunto: RE: Convite à Participação em Trabalho de Campo - Administração Hospitalar

Cara Dra. [REDACTED]

A aluna pretende aplicar um questionário à EGA do [REDACTED] a ser respondido por Médico Psiquiatra, Enfermeiro e Assistente Social. Não incide sobre utentes nem dados pessoais. Assim, não necessita de ir à Comissão de Ética e pode ser respondido pela EGA, se assim entender.

No entanto, se a aluna necessitar (para efeitos de trabalho) de uma autorização do [REDACTED] deverá enviar o pedido através de mail dirigido ao [REDACTED] <[REDACTED]@min-saude.pt>. Depois o [REDACTED] reencaminha o pedido para a Comissão Científica e Pedagógica, sendo que a próxima reunião terá lugar no próximo dia 6 de dezembro.

Mas, no caso em concreto, trata-se de uma aluna da Escola Nacional de Saúde Pública, que pretende recolher dados, através de questionário, que não incidem sobre dados pessoais de utentes e profissionais, pelo que a EGA poderá desde já colaborar.

Fico ao dispor para eventuais esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]
Administradora Hospitalar

CEITRO HOSPITALAR [REDACTED]

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



De: [REDACTED] <[REDACTED]@min-saude.pt>
Enviada: quarta-feira, 23 de novembro de 2022 12:54
Para: [REDACTED] <[REDACTED]@min-saude.pt>
Cc: Equipe Gestao Altas [REDACTED] <[REDACTED]@min-saude.pt>
Assunto: FW: Convite à Participação em Trabalho de Campo - Administração Hospitalar

Boa tarde

Dr.ª [REDACTED]

Conforme conversa telefónica envio email para apreciação e parecer.

Grata
[REDACTED]

De: Tatiana Dos Santos Marques <tism.marques@ensp.unl.pt>
Enviado: 17 de novembro de 2022 22:18
Para: <[REDACTED]@min-saude.pt>
Assunto: Convite à Participação em Trabalho de Campo - Administração Hospitalar

Exma. Dra. [REDACTED]

Espero que o meu email a encontre bem.

Na sequência do contacto telefónico de hoje à tarde, que muito agradeço, venho por este meio endereçar-lhe e aos membros da Equipa de Gestão de Altas [REDACTED] do Centro Hospitalar [REDACTED] um convite à participação no trabalho de campo que estou a desenvolver enquanto aluna do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH) da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL).

O meu trabalho de campo no âmbito do CEAH intitula-se "**Constrangimentos à Referenciação de Doentes Psiquiátricos dos Cuidados Hospitalares para os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental**", sendo realizado sob a orientação científica do Prof.º Doutor Carlos Costa e a coorientação científica da Prof.ª Doutora Ana Escoval.

Conforme o **Protocolo de Investigação** detalhado, que foi aprovado pela ENSP-UNL e que partilho consigo em ficheiro anexo, este estudo visa identificar os constrangimentos inerentes aos processos de referenciação de utentes adultos com doença mental grave internados em instituições hospitalares do SNS para as unidades residenciais (RTA, RA, RAMo e RAMa) de CCISM da RNCCI.

No âmbito deste trabalho de campo está prevista a realização de seis entrevistas a:

- Três profissionais (1 Médico/a Psiquiatra, 1 Enfermeiro/a e 1 Assistente Social) que integram uma Equipa de Gestão de Altas e possuem experiência na referenciação de utentes adultos com doença mental grave para as unidades residenciais de CCISM;
- Três profissionais (1 Médico/a Psiquiatra, 1 Enfermeiro/a e 1 Assistente Social) que integram uma Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e possuem experiência no planeamento das respostas de CCISM.

Enquanto Coordenadora da EGA [REDACTED] gostaria de lhe endereçar a si e à Equipa um convite para participar em entrevistas individuais que pretendem explorar os seguintes temas: por um lado, as dificuldades existentes no planeamento de altas hospitalares e na gestão dos processos de referenciação na área da saúde mental, por outro lado, as medidas propostas para superar as dificuldades percecionadas tanto no planeamento das altas hospitalares como na gestão destes processos de referenciação hospitalar para os cuidados continuados.

Cada entrevista está dependente do consentimento prévio dos participantes e será áudio-gravada, tendo uma duração estimada de 45 minutos em data e hora a agendar individual e oportunamente. A anonimização das respostas será escrupulosamente assegurada para salvaguardar o anonimato e preservar a confidencialidade das informações partilhadas, que irão ser exclusivamente utilizadas no âmbito do trabalho de campo.

Os resultados advinentes deste trabalho pretendem contribuir para melhorar o acesso dos utentes aos CCISM, promover a continuidade entre diferentes níveis de prestação de cuidados (hospitalares e continuados) e a adequação dos serviços de saúde mental e reabilitação psicossocial.

Agradeço antecipadamente o interesse [REDACTED] em participar no trabalho de campo que me encontro a desenvolver. Aproveito ainda para partilhar consigo o meu agradecimento ao Senhor Enfermeiro [REDACTED] que [REDACTED] teve a imensa generosidade de me dar a conhecer o vosso trabalho.

Fico grata pela atenção dispensada e encontro-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

Tatiana Marques (telemóvel: [REDACTED])

Socióloga da saúde e aluna do CEAH/ENSP-UNL

Anexo VI: Aprovação da participação da Equipa Referenciadora aos CCISM no estudo por parte da Comissão de Ética para a Saúde de um hospital geral do SNS



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

não paramos
ESTAMOS ON
ON



Exma. Senhora

Dra. Tatiana dos Santos Marques



20 de dezembro de 2022

N/Ref.ª 0814 / 2022_

Estudo n.º 662

Correio eletrónico

Assunto: “Constrangimentos à Referenciação de Doentes Psiquiátricos dos Cuidados Hospitalares para os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.”

Exma. Senhora Dra. Tatiana dos Santos Marques,

No seguimento da submissão a este Hospital do estudo melhor identificado em epígrafe, no qual V. Exa. participa na qualidade de Investigador Principal, temos o prazer de informar que a Comissão de Ética para a Saúde (CES) do [redacted] considera asseguradas as questões éticas relacionadas com a realização do estudo, pelo que deliberou a sua aprovação em reunião ordinária do dia 16 de dezembro do corrente ano.

Com os nossos melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do [redacted]



Hospital [redacted]



Anexo VII: Sessão de esclarecimento sobre o estudo à Equipa Referenciadora aos CCISM de um hospital geral do SNS

SESSÃO DE ESCLARECIMENTO
DEP. PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
HOSPITAL ██████████

Trabalho de Campo CEAH
Constrangimentos à Referenciação de Doentes Psiquiátricos dos Cuidados Hospitalares para os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
(Orientação científica: Prof.ª Doutor Carlos Costa | Coorientação científica: Prof.ª Doutora Ana Escorial)

Tatiana Marques | ██████████ | tatiana.marques@ensp.unl.pt
Aluno do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH)
Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL) 28 de outubro de 2022

1

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

ENQUADRAMENTO

❖ A persistente **escassez de respostas de CCISM em Portugal** compromete o acesso dos utentes com DMG aos cuidados mais adequados para a sua situação clínica, além de ter um elevado impacto na eficiência dos hospitais públicos onde permanecem internados, na medida em que comportam um consumo desnecessário de recursos mais diferenciados e elevados custos para o SNS

“ A escassez de alternativas residenciais de longo prazo, vocacionadas para a reabilitação psicossocial, tem imobilizado um progresso mais significativo no âmbito das respostas de internamento de longa duração em instituições hospitalares, por vezes com ocupação prolongada de camas destinadas a situações agudas. (Conselho Técnico de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017: 49)

“ A reduzida dimensão da rede de CCISM é uma limitação importante para a prestação de respostas de reabilitação e de apoio às pessoas com doença mental, sendo importante corrigir assimetrias regionais e continuar a criar novos lugares. (Comissão Nacional de Saúde, 2019: 92)

“ Embora o conhecimento das respostas de CCISM e do processo de referenciação tenha vindo a melhorar, a referenciação continua a precisar de ser dinamizada nos serviços de saúde mental e psiquiatria, e envolver maior participação das EGA. Equipa de Acompanhamento das Experiências-Rotas de CCISM, 2020: 36)

2

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

DOMÍNIOS TEMÁTICOS

- I. Fatores sociodemográficos, clínicos e organizacionais preditores de internamentos prolongados e de atrasos nas altas hospitalares de doentes psiquiátricos adultos
- II. Desenvolvimento de CCISM no contexto português em perspetiva internacional comparada e o seu impacto na eficiência hospitalar
- III. Dificuldades percebidas por **profissionais referenciadores** e coordenadores regionais de saúde mental da RNCCI na gestão dos processos de referenciação hospitalar para as respostas de CCISM (tipologias residenciais) e no planeamento destas respostas

OBJETIVO GERAL

❖ Identificar os constrangimentos inerentes aos **processos de referenciação** de utentes adultos com DMG internados em instituições hospitalares do SNS para as **unidades residenciais de CCISM da RNCCI**

RTA – Residência de Treino de Autonomia | RA – Residência Autónoma de Saúde Mental
RAMo – Residência de Apoio Moderado | RAMa – Residência de Apoio Máximo

3

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Analisar as perspetivas dos **profissionais referenciadores dos hospitais** sobre as dificuldades existentes no **planeamento de altas hospitalares** e no **gestão dos processos de referenciação** de utentes adultos com DMG para as unidades residenciais de CCISM
- ❖ Analisar as perspetivas dos profissionais com experiência na área da saúde mental e que assumem funções de coordenação regional sobre as dificuldades existentes no **planeamento das respostas necessitadas de CCISM** e na **atribuição de vagas** aos utentes adultos com DMG nas unidades residenciais de CCISM
- ❖ Conhecer as medidas propostas por **profissionais referenciadores dos hospitais** para superar as dificuldades percebidas
- ❖ Conhecer as medidas propostas por profissionais com experiência na área da saúde mental e que assumem funções de coordenação regional para superar as dificuldades percebidas

4

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

❖ Como é que a **gestão dos processos de referenciação e atribuição de vagas** interfere com a admissão de doentes psiquiátricos hospitalizados nas unidades residenciais de CCISM da RNCCR

REFERENCIAÇÃO – ADMISSÃO, MOBILIDADE E SAÍDA
(Póster nº 1410201, de 20 de dezembro)

5

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

METODOLOGIA E MÉTODO

- ❖ Metodologia qualitativa e método do estudo de caso múltiplo:
 - ❖ Equipa Referenciadora aos CCISM integrada em hospital do SNS
 - ❖ Equipa de Coordenação Regional da RNCCI integrada numa ARS

TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

- ❖ Entrevista semiestruturada com recurso a guião de entrevistas ► Total: 6 entrevistas áudio-gravadas
- ❖ 2 guiões de entrevista ► 1 guião para a Equipa Referenciadora aos CCISM + 1 guião para a ECR
- ❖ Duração estimada de cada entrevista individual: 45 minutos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

- ❖ 3 elementos de 1 Equipa Referenciadora aos CCISM em contexto hospitalar, constituída de modo multidisciplinar (Medicina, Enfermagem e Serviço Social) e com experiência na referenciação de utentes com DMG para as unidades residenciais de CCISM
- ❖ 3 elementos de 1 Equipa de Coordenação Regional da RNCCI, constituída de modo multidisciplinar (Medicina, Enfermagem e Serviço Social) e com experiência no planeamento das respostas de CCISM

6

RE: Convite à Participação em Trabalho de Investigação – Administração Hospitalar

[REDACTED]
Fri 10/14/2022 1:21 PM

To: Tatiana Dos Santos Marques <tsm.marques@ensp.unl.pt>; [REDACTED]

CCISM@[REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Bom dia Dra. Tatiana Marques,

A Dra. [REDACTED] neste momento já não se encontra a trabalhar por se encontrar de licença.

Depois de discutido em reunião de equipa sugerimos como data para a sessão de esclarecimento dia 28 de Outubro às 12h aqui no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do [REDACTED].

Melhores cumprimentos,
[REDACTED]

From: Tatiana Dos Santos Marques [mailto:tsm.marques@ensp.unl.pt]

Sent: terça-feira, 4 de outubro de 2022 08:51

To: [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Subject: Re: Convite à Participação em Trabalho de Investigação – Administração Hospitalar

[REMETENTE EXTERNO]

Abra apenas links ou anexos de pessoas conhecidas, nunca forneça o seu utilizador/password de rede. Em caso de dúvida contacte o Centro de Assistência Técnica.

Bom dia Dra. [REDACTED],

Espero que o meu email a encontre bem.

Agradeço imenso a disponibilidade e o interesse da Equipa referenciadora do [REDACTED] dedicada aos CCISM em participar no trabalho de campo que me encontro a desenvolver.

Confirmando a possibilidade de agendar uma sessão de esclarecimento e gostaria de propor uma das seguintes datas para a realização desta sessão no hospital: dia 18 de outubro (terça-feira), dia 28 de outubro (sexta-feira) ou, em alternativa, uma data posterior que seja mais conveniente à Equipa. Coloco à sua consideração as datas propostas e a determinação do horário que a Equipa considerar mais oportuno para realizarmos a sessão de esclarecimento. No âmbito desta sessão considero ser útil efetuar uma breve apresentação inicial do trabalho de campo à Equipa, atendendo a que o respetivo protocolo será submetido à apreciação da Comissão de Ética para a Saúde do [REDACTED].

Fico-lhe grata pelo enquadramento funcional da Equipa, por me dar conhecimento da sua ausência do hospital e da sua substituição por parte do Dr. [REDACTED]. Não antevejo que isso venha a ser um constrangimento, desde que se confirme a experiência prévia do/a representante médico/a que vier a participar na entrevista em processos de referência hospitalar para as unidades residenciais de CCISM dirigidas à população adulta.

Fico a aguardar a sua resposta e reitero o meu enorme agradecimento pela disponibilidade da Equipa referenciadora aos CCISM do [REDACTED] para participar neste trabalho.

Atenciosamente,

Tatiana Marques

Aluna do Curso de Especialização em Administração Hospitalar
Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

From: [REDACTED]
Sent: Friday, September 30, 2022 3:56 PM
To: Tatiana Dos Santos Marques; CCISM@[REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Subject: RE: Convite à Participação em Trabalho de Investigação – Administração Hospitalar

Cara Dra. Tatiana Marques,

Agradecemos desde já o contacto e iniciativa de realizar este trabalho.

A equipa referenciadora aos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental deste hospital encontra-se disponível para participar, porém gostaríamos de saber se é possível agendar uma sessão de esclarecimento sobre os moldes da participação e outras questões que possam surgir.

Gostaríamos também de sublinhar que a equipa referenciadora encontra-se a funcionar desde *circa* [REDACTED], comigo como elemento coordenador e representante médico. Porém, atendendo a ausência previsível minha do hospital, por motivos relacionados com licença parental, irá ficar a substituir-me o Dr. [REDACTED] que apenas recentemente integrou a equipa. Não sabemos se isto poderá vir a ser um constrangimento ou não, deixando também essa questão à sua apreciação.

Desde já obrigada,

Com os melhores cumprimentos,



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

From: Tatiana Dos Santos Marques [mailto:tsm.marques@ensp.unl.pt]
Sent: quarta-feira, 28 de setembro de 2022 08:12
To: CCISM@[REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Subject: Convite à Participação em Trabalho de Investigação – Administração Hospitalar

[REMETENTE EXTERNO]

Abra apenas links ou anexos de pessoas conhecidas, nunca forneça o seu utilizador/password de rede. Em caso de dúvida contacte o Centro de Assistência Técnica.

Ao Cuidado d [REDACTED]

Na sequência de contactos prévios com a Dr.ª [REDACTED] e com a [REDACTED], a quem muito agradeço a disponibilidade e o auxílio, venho por este meio endereçar à Equipa Local do [REDACTED] dedicada aos CCISM um convite à participação no trabalho de campo que estou a desenvolver enquanto aluna do Curso de Especialização em Administração Hospitalar ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

O trabalho de campo intitula-se “Constrangimentos à Referenciação de Doentes Psiquiátricos dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental”, sendo realizado sob a orientação científica do Prof.º Doutor Carlos Costa e a coorientação científica da Prof.ª Doutora Ana Escoval. Este estudo visa identificar os constrangimentos inerentes aos processos de referenciação de utentes adultos com doença mental grave internados em instituições hospitalares do SNS para as unidades residenciais (RTA, RA, RAMo e RAMa) de CCISM da RNCCI.

No âmbito deste trabalho está prevista a realização de seis entrevistas a:

- Três profissionais (1 Médico/a Psiquiatra, 1 Enfermeiro/a e 1 Assistente Social) que integram uma Equipa de Gestão de Altas e possuem experiência na referenciação de utentes adultos com doença mental grave para as unidades residenciais de CCISM;
- Três profissionais (1 Médico/a Psiquiatra, 1 Enfermeiro/a e 1 Assistente Social) que integram uma Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e possuem experiência no planeamento das respostas de CCISM.

Enquanto membros integrantes da Equipa Local do [REDACTED] dedicada aos CCISM, gostaria de vos endereçar o convite para participar numa entrevista que pretende explorar os seguintes temas: as dificuldades existentes no planeamento de altas hospitalares e na gestão dos processos de referenciação na área da saúde mental; as medidas propostas para superar as dificuldades percebidas tanto no planeamento das altas hospitalares como na gestão destes processos de referenciação hospitalar para os cuidados continuados.

Mediante aprovação da Comissão de Ética do [REDACTED], cada entrevista está sujeita ao consentimento prévio do/a participante e será áudio-gravada, tendo uma duração estimada de 45 minutos em data e hora a agendar individual e oportunamente com cada profissional. A anonimização das respostas será assegurada para salvaguardar o anonimato e preservar a confidencialidade das informações partilhadas, que irão ser exclusivamente utilizadas no âmbito do trabalho de campo.

Os resultados advenientes deste trabalho pretendem contribuir para melhorar o acesso dos doentes aos CCISM, promover a continuidade entre diferentes níveis de prestação de cuidados (hospitalares e continuados) e a adequação dos serviços de saúde mental e reabilitação psicossocial.

Agradeço antecipadamente a manifestação de interesse para participar no trabalho em curso, que se materializa com a realização de uma entrevista a cada profissional, através de resposta individual a este email, se possível, até à próxima terça-feira (4 de outubro).

Fico muito grata pela atenção dispensada e encontro-me à disposição para qualquer esclarecimento adicional.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,
Tatiana Marques
Aluna CEAH/ENSP-UNL

Anexo VIII: Unidades de registo das entrevistas realizadas à Equipa de Coordenação Regional da RNCCI e às Equipas Referenciadoras dos Hospitais

Unidades de registo do Tema 1

Tema 1:	
Planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI	
1.1.	1.2.
Dificuldades no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI	Melhorias no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI
1.1.1. Incipiente desenvolvimento da RNCCI na área da saúde mental	1.2.1. Expansão territorial de CCISM e criação de novos lugares residenciais isentos de reconversões
1.1.2. Escassez e insuficiência das respostas de CCISM a nível regional	1.2.2. Definição de critérios para o desenvolvimento de CCISM e apuramento de necessidades de lugares residenciais
1.1.3. Falta de recursos financeiros das entidades promotoras e gestoras de CCISM	1.2.3. Sensibilização dos profissionais sinalizadores dos SSM e dos profissionais referenciadores dos hospitais para a referência e os critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM
1.1.4. Inexistência de indicadores de avaliação das necessidades de CCISM	1.2.4. Articulação orgânica entre as unidades e equipas de CCISM
1.1.5. Número reduzido de referências hospitalares para as unidades residenciais de CCISM	1.2.5. Criação e alargamento de respostas de continuidade de cuidados após alta das unidades residenciais de CCISM
1.1.6. Demora na atribuição de vagas para as unidades residenciais de CCISM	1.2.6. Capacitação dos profissionais das unidades residenciais de CCISM para a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI-SM
1.1.7. Perceção de inadequação do perfil de utentes referenciados e admitidos em CCISM	1.2.7. Revisão da tabela de preços aplicável às unidades residenciais de CCISM pela diária de internamento dos utentes
1.1.8. Permanência prolongada de utentes nas unidades residenciais de CCISM	1.2.8. Definição de um modelo de incentivo à valorização salarial dos prestadores de CCISM, à aquisição e à adaptação de instalações
1.1.9. Ausência de respostas de continuidade de cuidados após alta das unidades residenciais de CCISM	1.2.9. Averiguação do interesse de potenciais entidades promotoras e gestoras de CCISM em concorrer aos apoios financeiros do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)

Tema	1. Planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI
Categoria	1.1. Dificuldades no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI

Subcategoria	1.1.1. Incipiente desenvolvimento da RNCCI na área da saúde mental
---------------------	---

Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “A experiência-piloto não nos trouxe o conhecimento, se calhar, que se esperava. (...) Não foi possível (...) perceber a importância desta resposta.” • “A saúde mental acaba por ser uma resposta muito recente. A primeira unidade de saúde mental [RAMa] abriu em 2017 (...). Portanto, é todo um processo muito recente, além de que algumas das vagas da saúde mental foram ocupadas por utentes que já se encontravam em muitas destas unidades residenciais. Construído de raiz e ter o início como uma nova unidade, sem utentes que já lá vivessem em regime residencial, só existem duas unidades [RTA e RA].” [Enfermeira – ECR da RNCCI]
	<ul style="list-style-type: none"> • “Ao nível da região, (...) essa resposta [RAMa] foi uma reconversão, não foi uma resposta nova, não foram camas novas que se criaram. Pronto, muitas das pessoas que lá estão não têm propriamente critérios para a Rede. (...) Vai aqui inviabilizar e vai ser um constrangimento à intervenção e à promoção da alta da resposta para que possa rodar e que entrem outros utentes.” • “Em termos de respostas efetivamente novas no âmbito da Rede de Saúde Mental, nós não tivemos a não ser as EADs. Todas as outras acabaram por ser reconversões.” [Assistente Social – ECR da RNCCI]
	<ul style="list-style-type: none"> • “As respostas da Rede que foram criadas não foram isentas de reconversões. Elas [vagas] foram todas assimiladas e as propostas que vieram foram no sentido de darmos lugar a pessoas que já existiam dentro das unidades. (...) Nós não deixámos espaço para novos casos entrarem e haver uma circulação de doentes e de utentes que beneficiem dessas respostas para termos uma real noção da necessidade... de que tipo de respostas é que precisamos à Rede.” • “Uma vez que as reconversões não deram lugar a novos casos, nunca poderás tirar daí uma mais-valia das experiências-piloto que se criaram. Experiência-piloto, para mim, é uma coisa começada do zero. (...) Mesmo que tu quisesses fazer uma experiência com pessoas que lá estavam e com pessoas novas, teria que ter uma equidade em termos das vagas existentes para que, assim, pudesses avaliar e haver um termo de comparação. (...) Não há forma de comparação!” [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]
	<ul style="list-style-type: none"> • “Em tudo o que é RAMo ou RAMa, aqui o que aconteceu foi: as instituições fizeram candidaturas, as instituições já tinham pessoas – residentes. Essas pessoas ficaram com as vagas. Quando algum desses morrer surge a vaga. Mas não nasceram vagas novas, as vagas foram utilizadas para os residentes que lá estavam. (...) Se calhar não foi correto. (...) Ninguém está a utilizar daquela instituição a nível da Rede, só os que já lá estavam. Não há pessoas a utilizar daquelas vagas da Rede. (...) As reconversões não ajudaram ninguém, porque não nasceram vagas. (...) Promoveram umas vagas já ocupadas à priori. Não faz sentido.” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Subcategoria	1.1.2. Escassez e insuficiência das respostas de CCISM a nível regional
---------------------	--

Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “À data atual, com as respostas que temos, não conseguimos dar resposta a todos os doentes.” • “Existem doentes internados (...) em hospitais que não têm respostas na sua área de referência, pelo que o princípio da referenciação para os cuidados de saúde mental é manter os doentes no seu contexto social e próximos da zona onde eles estão habituados a viver, a não perderem a sua referência e estarem sempre perto do serviço local de saúde mental que os acompanha, que lhes dá apoio e que são sempre a referência para estes doentes.” • “Nós identificamos, em termos de planeamento, respostas que não existem. Porque, se houvesse algumas, nós iríamos pensar quantas mais são necessárias, mas [na região] existem muito poucas. E, portanto, há áreas [geográficas] que (...) não têm nenhuma resposta de cuidados continuados integrados de saúde mental.” [Enfermeira – ECR da RNCCI]
	<ul style="list-style-type: none"> • “As [respostas] que existem são muito poucas. (...) Na região (...) temos duas RTAs e temos duas RAs, uma RAMo e uma RAMa, que estão com a sua lotação preenchida. (...) Nós, neste momento, ao nível mesmo da região, temos única e exclusivamente uma resposta de Residência de Apoio Máximo. (...) E é a resposta que temos com mais doentes a aguardar vaga.” [Assistente Social – ECR da RNCCI]
	<ul style="list-style-type: none"> • “Não é uma realidade disponível na região. (...) Eu só tenho respostas alternativas à Rede.” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Subcategoria	1.1.3. Falta de recursos financeiros das entidades promotoras e gestoras de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Como são unidades pequenas, a margem para manter uma residência com os requisitos, o valor que é pago... é verdade que não é atrativo. (...) Tem que haver dinheiro, o que nem sempre há. (...) Um doente da Residência Autônoma são treze euros por dia: pequeno-almoço, almoço e jantar, o espaço, água, luz... para uma residência de sete pessoas. (...) É tudo isto... (...) Na realidade, se for ver a Portaria 272 (...) de preços, o valor...” • “As entidades que se encontram na Rede, na prestação de cuidados, aquilo que consideram é que a diária destes doentes... (...), o valor que é pago não corresponde ao custo que estes doentes têm... à prestação de cuidados aos doentes.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • “Ao nível da ECR, (...) nós é que recebemos aqui as candidaturas das entidades que se propõem a desenvolver estas respostas. Também tem muito a ver com aquilo que é os requisitos da portaria para a edificação da resposta. (...) A portaria, embora tenha sido revista sobre os requisitos funcionais, ainda mantém aqui algumas situações que é difícil. (...) Se não for uma construção de raiz dificilmente se consegue que um apartamento ou que aquilo que é o que nós temos em termos habitacional responda àquilo que é as exigências da portaria. Muitas vezes, mesmo entidades da área da saúde mental, que já desenvolvem respostas até no âmbito da Rede ou outras que desenvolvem respostas de âmbito social, mas que até teriam intenção de desenvolver uma resposta no âmbito da Rede, têm-nos apresentado (...) alguns projetos, mas que nós vamos ver e depois não tem viabilidade no âmbito da Rede para podermos contratualizar. Porque os rácios das áreas não correspondem, porque aquilo que é necessário em termos funcionais também o espaço físico não tem, porque em termos de barreiras arquitetónicas existem e não devem existir. (...) A maior parte delas [entidades] não tem essa possibilidade de construir de raiz. Até têm o espaço, mas esse espaço depois não é viável para o desenvolvimento daquela resposta. Porque, se formos ver à legislação aquilo que é os requisitos para uma RTA, na nossa habitação, no comum, não se encontra. E aí (...) é difícil definir esse planeamento por essa via.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – ECR da RNCCI]</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • “Nem se pode dar credibilidade a uma resposta diferenciada em saúde mental com recursos infimos e mal pagos. E a nossa realidade, em Portugal, é esta.” <p style="text-align: right;">[Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p>
Subcategoria	1.1.4. Inexistência de indicadores de avaliação das necessidades de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Não há ainda a identificação de rácios de necessidade de respostas. (...) Para a Rede de cuidados gerais, já existe um rácio de acordo com a idade da população, com o número de pessoas com mais de 65 anos... É atribuído um valor que multiplica por cada concelho e vê-se qual é a necessidade em cada concelho. Este trabalho na saúde mental não existe ainda. (...) Penso eu que, em 2010 (...), começou a ser trabalhado um rácio tendo em conta o número de doentes que eram atendidos em urgência com esquizofrenia. Só que isso não avançou. Portanto, não existem rácios definidos. (...) A ACSS e a Coordenação do Plano Nacional de Saúde Mental não têm a identificação de um rácio para cada uma das tipologias de cuidados continuados (...) no âmbito da região [—].” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • “Na saúde mental não temos um rácio, enquanto na Rede Geral temos um rácio das necessidades e podemos dizer que esta resposta é mais necessária do que a outra. Na saúde mental nós não temos um rácio definido exatamente por não haver referências em número que nos permita definir esse mesmo rácio.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – ECR da RNCCI]</p>
Subcategoria	1.1.5. Número reduzido de referências hospitalares para as unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Os psiquiatras (...) referenciam pouco. (...) A evidência que nós temos é que há pouca referência.” • “Estamos a falar de baixa referência porque nem todos os doentes se integram nos requisitos da Rede, porque a resposta da Rede não é uma resposta rápida. Temos doentes a aguardar vaga há um ano. Porque não há resposta... E também pela ausência de respostas de maior proximidade.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • “Em termos das respostas que estão preconizadas em termos da Rede, (...), há necessidade destas respostas. Isto parece um contrassenso, porque eu digo que há a necessidade, mas depois também não há referências. Portanto, parece (...) contraproducente aquilo que eu estou a dizer, no sentido de achar que as respostas existentes são insuficientes, mas depois também não tenho o número de referências que me permita dizer que há a necessidade da resposta.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – ECR da RNCCI]</p>

Subcategoria	1.1.6. Demora na atribuição de vagas para as unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “A ausência de vagas. Nós não temos (...) vagas, por isso não conseguimos alocar estes doentes. Não há vagas disponíveis. Na Rede, (...) nós temos uma lista de doentes que aguardam colocação.” • “Existem doentes a aguardar vaga. (...) Os números de vagas disponíveis são insuficientes.” • “Se falar com elementos da equipa referenciadora, o que eles dizem é: ‘Referenciar um doente é um processo pesado, é muito burocrático, perdemos imenso tempo e, depois, o doente fica parado, a aguardar uma resposta de Rede.’ (...) Como não há estes recursos, o tempo em que eles ficam a aguardar vaga é superior àquilo que seria o desejável.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • “A principal dificuldade é a ausência de vagas. Nós não temos vagas na Rede. (...) Onde se verifica mais a lista de espera maior é na RAMa, porque são aqueles, efetivamente, para onde há mais referências.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – ECR da RNCCI]</p>

Subcategoria	1.1.7. Perceção de inadequação do perfil de utentes referenciados e admitidos em CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Há requisitos muito específicos para a referência à Rede. E, muitas vezes, o que os doentes têm é uma patologia grave que não se enquadra no âmbito da referência à Rede. E terão que recorrer a outras respostas no âmbito da Psiquiatria, não no âmbito da saúde mental, de cuidados continuados integrados. Não quer dizer que eles não necessitem de uma resposta, mas, de acordo com os requisitos da Rede, eles não integram nenhuma destas respostas. Os requisitos que eles apresentam em termos da evidência da sua necessidade de cuidados não está refletida no âmbito da Rede. Será para um outro tipo de resposta.” • “Temos um doente que, neste momento, está integrado numa resposta de uma Residência Autônoma, que está a fazer um curso de comércio (...). Se calhar ele não necessitava de estar na residência (...) que tem um período de internamento de um ano. Ele poderia estar num outro tipo de resposta.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • “As unidades hospitalares fazem a referência em função do diagnóstico do doente e da tipologia que se adequa. (...) Não é porque se tem vaga ali ou, pelo menos, não é isso que deve acontecer. Se o doente tem critério para ir para uma RAMa, acho que não deve ser referenciado para uma RTA. (...) Agora, esta gestão na referência, (...) se o hospital tem a pessoa e se considera que a resposta é aquela, mas não existindo, se calhar vai influenciar: ‘Eu sei que não existe ali, se calhar, se entrar por outra via poderá...’ Da minha perceção (...) é capaz de influenciar.” • “Por vezes, [o doente] até vai referenciado para a Rede porque não há outra resposta. (...) Se eu não tenho respostas e, de facto, no âmbito da saúde mental não há... ou há fraca resposta àquilo que é as necessidades, acabam se calhar por integrar estas respostas da Rede utentes que talvez não seja aquele o perfil, em termos de diagnóstico, para aquela resposta.” • “A Rede não pode ser aqui a resposta para tudo nem a salvação de tudo, porque a Rede (...) tem critérios muito específicos e definidos para as diferentes tipologias. E há doentes para os quais não pode ser uma resposta transitória. Tem que ser uma resposta mais pensada para ao longo da sua vida. E se se referencia e se integra uma resposta da Rede (...) é mais uma vaga que vai ser ocupada e que nós não temos, depois, resposta para poder desocupar esta vaga que foi ocupada.” • “Há muitas situações que estão na Rede, mas que se calhar não era a resposta adequada. Porque, se fosse a resposta adequada, se calhar ao fim dos doze meses saíam. (...) Por vezes, os doentes que temos nas RTAs (...) necessitam de algo mais que (...) a RTA possa-lhe proporcionar. Fora da Rede.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – ECR da RNCCI]</p>

Subcategoria	1.1.8. Permanência prolongada de utentes nas unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Nós sabemos que as equipas dizem que os prazos são irreais para estes doentes.” • “Os doentes permanecem mais (...) do que um ano na Rede e muitos estão desde o início da Rede. Exatamente (...) por serem unidades (...) ao abrigo do 470 de 99 ou 98, que são as reconversões. Portanto, (...) as entidades aceitaram integrar a Rede numa perspetiva de experiência-piloto, mas aqueles doentes tinham que se manter. Alguns com requisitos, outros sem requisitos, mas não se encontrou para todos estes doentes a resposta adequada, e por isso eles mantiveram-se. Foram-se mantendo, até porque (...) aquilo que lhes foi oferecido de início foi uma residência, não foi uma resposta de Rede. (...) Aquela unidade era a casa deles. Depois é que a unidade, ao integrar uma resposta de Rede, viu-se na contingência de ter estes doentes lá, solicitando prorrogações anuais de acordo com a legislação. (...) Porque, depois, retirar estes doentes dali e encontrar uma alternativa, não houve. Portanto, sai um doente... saem dois... (...), mas a verdade é que são muito poucos. A maioria permanece.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p>

Subcategoria	<ul style="list-style-type: none"> • “Mesmo numa RAMa, o tempo preconizado é um ano. Perspetiva-se (...) que a pessoa que vai para aquela resposta ao fim de um ano esteja habilitada para sair e para integrar outra resposta, se for necessário, ou regresso à família, o que (...) não é muito comum.” • “Na RAMa e até mesmo na RAMo são pessoas que já estavam lá há anos. Portanto, ali é a casa deles. (...) Aquilo é o espaço deles, onde eles sempre viveram. (...) Estas respostas já existiam ao abrigo do despacho conjunto entre a Saúde e a Segurança Social, de 98, o 407, em que não havia tempos. Portanto, estas pessoas estão lá há anos. Portanto, em 2017, quando foi o projeto-piloto, estas pessoas já lá estavam. Portanto é difícil agora definir que (...) daqui a doze meses tem que sair. (...) Quem entra agora, o percurso é diferente, porque sabe que vai para uma resposta em que, no máximo, só pode lá estar doze meses. (...) Agora quem está lá numa RAMo foram utentes que saíram do [hospital psiquiátrico], que são pessoas idosas, velhinhas, com oitentas e tais anos. As vagas que têm surgido são por óbitos. (...) Pronto, fica difícil aqui também haver uma rotatividade em termos daquilo que é o preconizado na Rede.” • “As pessoas ficam muito tempo para além daquilo que é o preconizado, porque não há respostas depois em continuidade ou porque aquelas pessoas, umas acabam por ter critérios para continuar, outras já não têm critérios, mas como não existe outra resposta, vão ter que permanecer naquela. Acaba por haver ali uma estagnação e não há uma rotatividade nas saídas.” • “Ou tem, em termos de projeto de alta, uma resposta em continuidade e sai ou então, se não houver resposta, vai permanecendo, que é aquilo que tem acontecido.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – ECR da RNCCI]</p>
--------------	--

Subcategoria	<p>1.1.9. Ausência de respostas de continuidade de cuidados após alta das unidades residenciais de CCISM</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Não se pode olhar para estas unidades [da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental] desenquadradas de todo o contexto. Porque se, a jusante do processo de cuidados continuados, não houver uma resposta social, estes doentes não têm como manter a sua continuidade de cuidados.” • “A dificuldade de responder a estes doentes (...), na área da saúde mental, é não haver esta interligação de cuidados. Existem muitas respostas que não são interligadas e que não permitem a continuidade.” • “As respostas atuais estão ocupadas por estes doentes, porque não têm saída, não têm alternativa fora dos cuidados continuados.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p>
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Não temos aqui respostas (...) em continuidade. Será que estas pessoas, no âmbito da saúde mental e da sua patologia, precisam efetivamente de um internamento, de um espaço e de uma resposta que seja para a vida? (...) Podem ter critérios para passar para respostas da Rede, (...) mas depois não se esgota. Tem que haver uma resposta em continuidade, de seguida. Fora da Rede. (...) Como a maioria ou não pode voltar à família ou não tem essa mesma família ou não tem habitação, ela tem que ter uma resposta em continuidade. E, depois, também falha aí um bocadinho estas respostas. (...) É difícil depois haver uma resposta em continuidade fora da Rede. Lá vamos tendo algumas situações de casos de sucesso, que até eram pessoas que inicialmente tinham casa e que agora é possível ajudar na reabilitação e que conseguem voltar novamente à sua habitação, mas a maioria não a tem. (...) Falta aqui um fio condutor que nos leve em frente e ir ultrapassando diferentes níveis de intervenção, de acordo com aquilo que é as necessidades.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – ECR da RNCCI]</p>

Tema Categoria	1. Planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI
	1.2. Melhorias no planeamento regional das respostas de CCISM da RNCCI
Subcategoria	1.2.1. Expansão territorial de CCISM e criação de novos lugares residenciais isentos de reconversões
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Pretendemos (...) que, com a implementação do PRR, que existe também para novas respostas de saúde mental, se possam criar respostas em todas as tipologias: Residência de Treino de Autonomia, Residência Autónoma, Residência de Apoio Moderado, Residência de Apoio Máximo.”</i> • <i>“Nós o que precisamos é de mais respostas! E podem surgir outras respostas!”</i> • <i>“A haver novas respostas, têm que ser novas respostas, não respostas de reconversão.”</i> • <i>“Ao haver mais respostas, mais dispersas, se calhar vamos promover uma maior referênciação. (...) Na verdade, se houver mais recursos, mais respostas, se calhar até vai haver mais referênciação. Porque, neste momento, referenciam os hospitais e os serviços locais de saúde mental que sabem que têm uma resposta de proximidade, ao virar da esquina, da área onde o doente vive. (...) Não tenho resposta, não posso ser referenciado. Em princípio pode, mas não é porque as respostas acabam por estar muito localizadas. (...) Na referênciação, a resposta da saúde mental é uma resposta de proximidade e de integração.”</i> [Enfermeira – ECR da RNCCI] • <i>“Constituição de respostas, a haver, deveriam ser isentas de reconversões. (...) Se elas forem reconversões iguais, o que é que me adianta a mim existirem mais instituições a candidatarem-se com reconversões, sem qualquer tipo de resposta para novos? Lamento, mas não me faz sentido. Não me traz benefícios.”</i> • <i>“A existência das vagas que vão abrir para a saúde mental já têm reconversões para ser feitas. Portanto, para mim, não deveria ser. Isso é uma melhoria.”</i> [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico] • <i>“Criarem-se mais estruturas era fundamental.”</i> • <i>“Se realmente funcionasse mais e melhor, haveria muito mais a gente a referenciar, sem dúvida!”</i> [Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral] • <i>“Se houvesse mais unidades, isso sim, seria uma resposta bastante mais adequada e, portanto, conseguiríamos encaixar os nossos doentes muito mais rapidamente, com outro tipo de respostas e dar-lhes um tipo de vida social e até desenvolver competências com estes doentes que, assim, ficam um bocadinho proteladas.”</i> • <i>“Se houvesse mais residências de cada tipologia, se calhar conseguíamos dar aqui respostas à nossa população muito mais eficazes até (...) para cada tipo de doente.”</i> [Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral] • <i>“Vagas! Vagas! (...) Digam-me que há vagas! (...) Se houvesse vagas eu promovia a Rede aqui [no hospital]. Se houvesse vagas havia referênciações!”</i> [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]
Subcategoria	1.2.2. Definição de critérios para o desenvolvimento de CCISM e apuramento de necessidades de lugares residenciais
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Faria sentido, junto dos serviços locais de saúde mental, existir, pelo menos, uma Residência de Treino de Autonomia ou uma (...) Residência de Apoio Moderado. Residências autónomas (...), segundo os psiquiatras, já são mais uma resposta talvez não tão necessária quanto a outra, porque eles consideram que os doentes necessitam aqui de algum treino de competências e, na Residência Autónoma, eles são autónomos.”</i> • <i>“As tipologias mais procuradas ainda acabam por ser (...), por esta ordem: RAMa, RAMo e RTA, depois vem a RA.”</i> [Enfermeira – ECR da RNCCI] • <i>“A Residência de Apoio Máximo (...) efetivamente é uma resposta muito necessária, (...) porque (...) acaba por ser uma resposta no fim da linha (...) pelo percurso feito por estes doentes, pelas questões de ausência de rede de suporte familiar também que já se quebraram ao longo do tempo, pelos efeitos da própria doença e outros constrangimentos.”</i> • <i>“Em termos das necessidades: as RAMo são necessárias, as RTAs (...) porque é aquela resposta que poderá aqui criar potencialidades e a intervenção que ainda possibilite aqui uma mudança na vida da pessoa, quer seja ela profissional, habitacional, escolar... (...) As RAMa, porque são de apoio máximo e tendo em conta (...) as características da nossa população adulta com doença mental (...), quase que em fim de linha daquilo que é a intervenção.”</i> [Assistente Social – ECR da RNCCI] • <i>“As RTAs (...) e as RAs eram espetaculares. Quanto mais houvesse, melhor (...). Muito melhor!”</i> • <i>“Eu adorava que a Rede funcionasse a nível de RA e RTA. (...) Eu não precisava de RAMa nem RAMo para nada, porque isso aí eu safo-me com as respostas alternativas. RA e RTA, quantas mais existissem, mais eu usava.”</i> [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Subcategoria	1.2.3. Sensibilização dos profissionais sinalizadores dos SSM e dos profissionais referenciadores dos hospitais para a referência e os critérios de admissão nas unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Talvez haja necessidade, quando houver mais respostas e houver uma maior oferta no caso da saúde mental, de voltar, no fundo, a fazer quase que esta via-sacra. Começar do início, explicar o que é que é a Rede, a importância da Rede, quais as situações que vão para a Rede e explicar que a Rede é uma resposta temporária e transitória, que não é uma resposta definitiva, que tem um prazo.”</i> [Enfermeira – ECR da RNCCI] • <i>“Muitas das vezes nos dizem: ‘Então, mas nós vamos referenciar para quê se não há resposta?’ (...) Nós, enquanto ECR, quando devolvemos a questão às EGAs e às equipas... (...) Isto tem que ser muito um trabalho continuado e um trabalho conjunto. Porque (...), se não houver referências, nós também como é que vamos justificar a necessidade em termos de números? Não temos. (...) Nós não temos forma também de dizer: ‘Não, é necessário criar mais porque temos estas referências e não conseguimos dar resposta.’ Portanto, o referenciar é sempre bom, em meu entender.”</i> • <i>“Aquilo que ajudava a melhorar a atribuição das vagas era exatamente se o perfil do doente de saúde mental (...) referenciado cumprisse aquilo que é os critérios daquela resposta. Se eu vou referenciar aquele doente porque é a resposta que eu tenho, ela não vai servir a 100%, mas pronto vai atenuar ou vai colmatar... (...) Acaba-se por também estar (...) a inviabilizar aquilo que é a resposta. E, depois, eu não vou conseguir trabalhar aquela alta, porque efetivamente aquela pessoa precisava de algo mais do que aquilo que foi aquela resposta naquele momento.”</i> [Assistente Social – ECR da RNCCI] • <i>“Quantas mais referências houver, mais há a necessidade de criação de novas respostas.”</i> [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico] • <i>“Acho que poderia ser benéfico, da parte (...) das instituições que pertencem à Rede, realmente fazerem uma apresentação a nível nacional, irem aos serviços, nomearem alguém no hospital para poder apresentar o que é que existe na Rede e isso ser uma coisa recorrente ou atualizada, pelo menos, de seis em seis meses ou de ano a ano. Falar sobre o que é que se faz na Rede, o que é que existe na Rede, quais são as vagas, qual é o tempo que é suposto para determinada tipologia o doente estar, não estar, fazer... Acho que informar, sensibilizar os profissionais era fundamental.”</i> [Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral]
Subcategoria	1.2.4. Articulação orgânica entre as unidades e equipas de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Os cuidados continuados não devem ser a porta final. (...) A Rede deve ser uma porta giratória, não é uma porta para entrar e ficar... para isso existem os lares.”</i> • <i>“Seria importante, quando eles passam para uma Residência Autónoma, (...) tentar integrá-los no seu ambiente familiar e ter uma Equipa de Apoio Domiciliário que treinasse as competências e que os acompanhasse na adesão à terapêutica, nalgumas atividades de vida diária para as quais eles ainda possam ter alguma inibição: andar de autocarro, ir fazer umas compras, ir a uma consulta. Talvez haver (...) esta integração de cuidados entre as várias tipologias.”</i> [Enfermeira – ECR da RNCCI]

Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Era termos novos casos a sair dos hospitais, sem vícios, sem qualquer tipo de ligação às estruturas para que possamos ter uma maior rotatividade, de circulação de doentes, dentro da própria Rede da Saúde Mental. Uma vez que é tão específica e nós sabemos que não podemos largar os doentes de forma rápida. Eles poderem circular, transitarem por etapas, para que possa haver um circuito de entradas novas, mas a pessoa beneficiar de todas as unidades que existem para haver uma saída mais adequada, mais estruturada. Sair de uma RAMo para uma RTA, de uma RTA para uma RA... Pronto, e depois, se houvesse a necessidade, manter uma EAD... um apoio domiciliário já adaptado, já concertado com tudo aquilo que foi trabalhado ao longo do tempo. (...) Deveria ser possível, sim, todos os novos casos que entrassem (...) serem novos casos para que pudessem, na vigência de um ano, serem trabalhados para poderem passar para uma RTA, de uma RTA passarem para uma RA. Haver circulação de doentes... sempre!” • “As unidades deviam fazer avaliações trimestrais. Ao fim dos três meses, o doente tem possibilidade de subir a outro patamar, que não este, podemos fazer uma avaliação. (...) A cada três meses os doentes têm que ser avaliados. (...) Para tentar perceber se os doentes se mantêm no mesmo estadio, se podemos progredir para outra etapa e se é a outra etapa que pode já trabalhar a autonomia. (...) Uma vez que estamos a trabalhar com pessoas que foram reconvertidas, isso torna-se um bocadinho mais lentificado, mas não é impossível! Desde que aquilo que se vai planificar seja estruturado e que preserve, pelo menos, as necessidades que estes doentes requerem. Porque a saúde mental requer também muita supervisão em alguns doentes que já têm doença residual há muito tempo. Efetivamente, se isso ficar salvaguardado, nós temos doentes que são válidos, que possam transitar e beneficiar de outras respostas, e deixam lugar à entrada de novos.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p>
---------------------	---

Subcategoria	<p>1.2.5. Criação e alargamento de respostas de continuidade de cuidados após alta das unidades residenciais de CCISM</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Muitos destes doentes (...) poderão, depois do período e da intervenção adequada a cada uma das tipologias, (...) ser integrados noutra tipo de resposta. As respostas sociais que havia antes: respostas de vida protegida, respostas até de vida autónoma, porque eram respostas, ao abrigo dos protocolos com a Segurança Social, que existiam e que, se calhar, fazem falta.” • “Os cuidados continuados são uma fase. O que é preciso é que, terminando a integração nos cuidados continuados, haja uma resposta de continuidade para estes doentes (...), porque a intervenção não termina ao final de um ano. (...) Eles necessitam, depois, de ter um outro tipo de acompanhamento e vigilância.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p>
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Em termos de planeamento eu acho que ajudaria se estas respostas fossem integradas. Entidades que tivessem um conjunto de respostas integradas, que possibilitassem (...) uma continuidade da intervenção, um planeamento mais estruturado e mais em continuidade do que, às vezes, se calhar respostas mais espartilhadas ou distantes em termos de recursos. (...) Por exemplo, um utente que está numa RTA, (...) se tiver aqui uma necessidade de uma formação ou de uma transição para outra resposta, se calhar é mais fácil tendo em conta que tem ali, que não está espartilhada.” • “No âmbito da saúde mental, (...) não pode ser uma coisa só vista a curto prazo. Infelizmente são situações em que os utentes vão estar sempre dependentes de uma estrutura, seja ela de que natureza for: mais protetora, menos protetora, mais fechada, menos fechada. (...) São (...) pessoas que, nos seus diferentes níveis, ou da doença ou da idade, vão estar sempre sujeitos e com necessidade de ter aqui um acompanhamento. Portanto, em termos de planeamento, eu penso que também tinha que ser um planeamento integrado e de continuidade para as necessidades destes utentes.” • “Na parte da saúde mental (...), as respostas que temos é mais a nível das ordens hospitaleiras, que são quem dá aqui um suporte mais de continuidade. Uma resposta mais para a vida, porque não têm tempos de permanência.” • “Têm sido as ordens religiosas que dão resposta. Aquelas situações mais de continuidade, que não é o hospital seguramente. (...) O contexto hospitalar (...) não é de todo o contexto ideal nem o que se perspectiva para o doente. Mas, depois, a Rede também não, porque aquela pessoa vai precisar sempre daquele acompanhamento e daquela supervisão e daquele treino, não só durante doze meses, mas durante vinte e quatro, durante a sua vida toda. (...) E, de facto, (...) as Irmãs Hospitaleiras é quem dá esse suporte. Porque acaba por ser um internamento para a vida com o acompanhamento e com a intervenção que é a adequada àquele caso.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – ECR da RNCCI]</p>

Subcategoria	1.2.6. Capacitação dos profissionais das unidades residenciais de CCISM para a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI-SM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Aqui houve também um trabalho de capacitação dos profissionais que prestam cuidados nestas unidades, no sentido de os enquadrar na filosofia e nos objetivos que a Rede de Cuidados Continuados de Saúde Mental pretende.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p>
Subcategoria	1.2.7. Revisão da tabela de preços aplicável às unidades residenciais de CCISM pela diária de internamento dos utentes
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Tal como há os valores dos hospitais, não indexado a um GDH, mas que haja um valor compreensivo, (...) porque nós temos aqui um preço, não é um custo. Está fixado um preço. Pode haver um doente que custe mais e um doente que custe menos, ambos têm o mesmo preço. Portanto, procura-se aqui algum equilíbrio. (...) O futuro passará por reavaliar essa... penso que a pressão das entidades irá nesse sentido. (...) Senão acabamos por ficar aqui com um vazio.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p>
Subcategoria	1.2.8. Definição de um modelo de incentivo à valorização salarial dos prestadores de CCISM, à aquisição e à adaptação de instalações
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Sabemos que o valor dos profissionais... Há aqui respostas que exigem um enfermeiro especialista, (...) [que] não se paga a cinco euros à hora! (...) Não é pagar vinte euros à hora, mas tem que ser encontrado (...) um valor compreensivo.” • “Ninguém investe em cuidados continuados para lucro, mas estas entidades, além do dia a dia destes doentes, necessitam sempre de ter alguma margem para reabilitar o edifício, recuperar algumas áreas, promover até algumas atividades.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p>
Subcategoria	1.2.9. Averiguação do interesse de potenciais entidades promotoras e gestoras de CCISM em concorrer aos apoios financeiros do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “As respostas de cuidados continuados de saúde mental são respostas de entidades que não são o Estado. São IPSSs, são Santas Casas... (...) E, depois, temos os Irmãos de São João de Deus, que são as respostas hospitaleiras, que sempre existiram, no âmbito das ordens religiosas. (...) Uma das medidas era, mesmo agora, tentar perceber, da parte das entidades que podem ser promotoras da prestação destes cuidados, qual é o interesse que eles têm na candidatura ao PRR. (...) Esse será o melhor barómetro que nós vamos ter.” • “Para existir mais resposta terá que haver mais entidades (...) a se proporem a apresentar uma unidade que reúna os requisitos da Portaria 311, que tenha ‘x’ metros quadrados disto, mais um espaço para aquilo, (...) mais aquela localização. Portanto, tem que haver uma (...) candidatura para que haja mais respostas. (...) As entidades têm que se candidatar. (...) Nós, ECR, (...) da nossa parte, (...) a intervenção será posterior e será no âmbito da candidatura ao PRR. E, portanto, as entidades candidatam-se, cumprem os requisitos e, (...) depois de serem validados os requisitos funcionais de acordo com a portaria, é feita uma proposta para que o Ministério da Saúde, do Trabalho e Segurança Social e das Finanças autorizem a despesa para que a unidade possa abrir e possa haver a referenciação destes doentes.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ECR da RNCCI]</p>

Unidades de registo do Tema 2

Tema 2: Planeamento das altas hospitalares de utentes adultos referenciados para as unidades residenciais de CCISM	
2.1. Dificuldades no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM	2.2. Melhorias no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM
2.1.1. Ausência de vagas nas unidades residenciais de CCISM e escassez de tipologias adequadas às necessidades dos utentes	2.2.1. Redução do tempo em que os utentes aguardam vaga para ingressar nas unidades residenciais de CCISM
2.1.2. Tempo excessivo em que os utentes aguardam vaga para ingressar nas unidades residenciais de CCISM	2.2.2. Reorganização do planeamento das altas hospitalares em torno do técnico de referência e/ou do gestor de caso
2.1.3. Permanência prolongada de utentes com necessidades de CCISM em regime de internamento hospitalar sem justificação clínica	2.2.3. Promoção do debate sobre a dificuldade de adesão dos utentes a projetos de reabilitação psicossocial devido à sua comparticipação em CCISM
2.1.4. Escassez de respostas comunitárias alternativas às estruturas da RNCCI na área da saúde mental	2.2.4. Promoção do debate sobre a possibilidade de realizar duplas referências para as unidades residenciais de CCISM e para respostas de apoio social
2.1.5. Desconhecimento dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre a lista de espera existente para as unidades residenciais de CCISM	
2.1.6. Frustração das expectativas dos profissionais referenciadores dos hospitais, dos utentes e das famílias sobre a continuidade de cuidados após alta hospitalar	
2.1.7. Recusa dos utentes em pagar o valor da comparticipação nas unidades residenciais de CCISM	
2.1.8. Demora e relutância das famílias dos utentes na disponibilização de informação sobre os rendimentos do agregado familiar para a comparticipação em CCISM	
2.1.9. Reduzida motivação dos utentes para aderir a projetos de reabilitação psicossocial no âmbito dos CCISM	

Tema	2. Planeamento das altas hospitalares de utentes adultos referenciados para as unidades residenciais de CCISM
Categoria	2.1. Dificuldades no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM

Subcategoria	2.1.1. Ausência de vagas nas unidades residenciais de CCISM e escassez de tipologias adequadas às necessidades dos utentes
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Não há vagas! Se não há vagas, não vamos poder planear que elas existem!” • “Fazemos a avaliação dos doentes. Também um bocadinho para tentar perceber se eles entram de acordo com o que existe. E, às vezes, é verdade que temos de (...) tentar adequar a procura à oferta. Ou seja, um doente pode ter indicação para RAMo, mas eu sei que tem três anos de espera. Mas sei que tenho uma vaga ou duas numa RTA e, se o doente até está um bocadinho funcional, se calhar vamos ser otimistas e tentar ver se pode entrar numa RTA.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Isto, muitas vezes, coloca a própria EGA numa situação um bocadinho ambivalente, que é: ‘O que é que está mais indicado para determinado utente? Que tipologia? É RAMo? Mas RAMo a pessoa vai ficar à espera um, dois, três anos! É RTA? (...) Às vezes há ali situações que não se conseguem bem definir se é para RTA, se é para RAMo... Nós temos vivido isto! ‘Podemos considerar apostar, salvo seja, para uma RTA? Sabendo que, em RAMo, não vai haver uma resposta tão a curto prazo...’ Isto é uma dimensão que pesa no processo decisório.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “A falta de vagas nas tipologias e por serem tão escassas. (...) Não tens unidades com vagas para receber os utentes.” • “Os constrangimentos da planificação de alta para a qual também foi criada a Rede é não haver, de retaguarda, nenhuma vaga que possa receber estas pessoas. Estas pessoas ficam a aguardar. (...) Neste hospital, o planeamento de alta destes doentes nunca pode ficar preso pela Rede, porque não sabemos quando é que há essa possibilidade de entrar.” • “Se estás à espera de referenciar só porque (...) há vaga, não se adequa é à necessidade. (...) Tu até podes dizer assim: ‘Ah, há vagas na RTA, este está proposto para RAMo, tento em RTA.’ Não é o caso. (...) Quando nós avaliamos já temos de ter a pré-noção de que, existindo ou não existindo vaga, é aquela a tipologia adequada para as necessidades daquela pessoa. E, quando é colocado na plataforma, é de acordo com aquilo que é a necessidade e não daquilo que há de vagas existentes. Mas se, efetivamente, nós olharmos para o doente e, na avaliação prévia que fazemos com as equipas e com o próprio doente, achamos que ele até tem benefícios de outra resposta que não aquela há um repensar no processo para que isso seja possível. Mas sempre adequando às necessidades! Nós não fazemos aquilo de ânimo leve. Não dizemos: ‘Ah, vamos preencher... porque há vagas na RTA, vamos lá...’ Não! Não é esse o caso. Eu sou contra isso. Porque isso é estarmos a..., para além de enganarmos o sistema, enganar o próprio doente. Ele vai para lá, não tem benefício nenhum.” [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Não existem vagas para o número de doentes que nós achamos que necessitavam deste tipo de apoios. (...) Existem poucas vagas e poucas estruturas.” [Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral] • “Normalmente não há vagas. (...) As unidades (...) têm vagas limitadas e, portanto, vai depender sempre da rotatividade de doentes.” [Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral] • “Não tivemos nunca nenhuma admissão em unidade residencial até ao momento. Nenhuma! Só tivemos duas que passaram para aguarda vaga. Uma, entretanto, foi institucionalizada numa resposta fora da Rede e a outra foi institucionalizada também numa resposta fora da Rede. Uma quis-se manter a aguardar a resposta da Rede, portanto esse processo não foi cancelado, mas arranjei respostas às pessoas, de acordo com as suas necessidades, fora da Rede, porque a Rede não é uma resposta!” • “A Rede não é uma resposta de planeamento de alta hospitalar neste hospital até à data. (...) A nível de unidade residencial nunca foi nenhum plano. (...) Tendencialmente não se coloca como plano exatamente pela ausência de resposta.” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Subcategoria	2.1.2. Tempo excessivo em que os utentes aguardam vaga para ingressar nas unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Se para a RAMo já há três anos de espera, quanto mais para uma RAMa. Nós tivemos um doente que estava há três anos à espera, cancelámos porque, entretanto, piorou.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] <hr/> • “Não é esse tempo entre a sinalização ou a referência (...) que se leva o maior tempo. A perceção que eu tenho é que o maior tempo se leva depois, enquanto a pessoa aguarda vaga e a pessoa é realmente colocada. (...) Nós (...) temos uma certa casuística que me leva a dizer isto! (...) Utentes referenciados para RAMa ficam a aguardar anos por vaga. Utentes referenciados para RAMo ficam a aguardar anos por vaga. Utentes referenciados para RTA têm tido uma resposta mais célere.” • “Nós temos aqui um utente que está referenciado para RAMo desde 2019 ou 2020. Está a aguardar vaga... Ele foi fazendo o percurso dele! Ele (...) até está num momento bastante bom. Se eu agora (...) o fosse referenciar, possivelmente até o referenciava para RTA... (...) Mas ele está [referenciado] para RAMo. Está à espera há imenso tempo! Portanto é uma resposta que foi perdendo credibilidade para o próprio e na própria equipa. Nós fizemos o nosso trabalho! A equipa prestadora, assistencial, sinalizou-o para a EGA, a EGA referenciou, (...) toda a gente da ECR e da ECL fez o seu trabalho... está a aguardar vaga há três anos praticamente.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] <hr/> • “Eu tinha vários doentes que estavam à espera há quase dois anos para RAMo e que, aqui, as colegas conseguiram-lhes arranjar solução. Com tanto tempo de espera deu para criar essa forma de procura.” • “Temos sempre a tendência de procurar uma alternativa com as equipas, uma vez que o tempo de espera para a Rede é tão grande. A necessidade de procurar uma alternativa àquilo que não existe. (...) Infelizmente tens um tempo de espera brutal na Rede. Temos doentes à espera quase há dois anos e tal para entrar para uma RAMo. E (...) acabamos por... as equipas trabalharem noutro sentido paralelamente e integram outras respostas.” [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico] <hr/> • “Na maior parte dos casos que temos referenciado são sempre longos os tempos de espera. (...) O tempo de espera vai sempre de seis meses a um ano. É com o que nos temos deparado com os casos que temos referenciado.” • “Se ele tiver alta hoje e entrar daqui a um ano, (...) este intervalo de tempo não vai ser propriamente benéfico até porque pode haver um reinternamento nesse intervalo.” [Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral] <hr/> • “Tenho uma pessoa à espera há um ano e meio, sem qualquer tipo de perspetiva. (...) Eu não posso ter uma Residência de Treino de Autonomia com um ano e meio de espera. Onde é que eu meto a pessoa a treinar a sua autonomia até lá? Já não estou falando nas de apoio moderado ou apoio máximo, porque isso aí nem existe. Isso não existe (...)! De todo.” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]
Subcategoria	2.1.3. Permanência prolongada de utentes com necessidades de CCISM em regime de internamento hospitalar sem justificação clínica
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Claro que [o doente] não está há três anos nos agudos à espera. Estava nos residentes. Ou seja, mais depressa o [hospital] se resolve a ele próprio. E mais depressa as outras instituições pedem ao [hospital] para ficar com os doentes. (...) Ficam no [hospital], não há outro sítio! (...) O [hospital] funciona como uma rede de cuidados continuados na parte dos crónicos. (...) São RAMas. São RAMos.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] <hr/> • “Nós, quando começamos a pensar: ‘Como é que a gente oferece uma continuidade a esta pessoa que está aqui? E que, realmente, nós não queremos institucionalizar!’ (...) E, depois, a pessoa diz assim: ‘Ah, mas se eu for para um quarto, ou voltar para a casa da minha mãe, (...) eu saio do hospital, eu já não vou tomar mais a medicação.’ (...) Portanto, (...) um indivíduo que, nos seus últimos três ou quatro anos, tem feito um percurso aqui no hospital: passagem por uma clínica psiquiátrica, agudos, estabilização, e está num serviço de reabilitação, está numa estrutura não tão autónoma, com mais supervisão, (...) depois passar para uma estrutura do serviço de reabilitação mais autónoma, já estar a funcionar num bom nível de autonomia... Nós dizemos assim: ‘Dás mais um passo menos acompanhado e tu próprio estás a dizer que não vais cumprir a terapêutica.’ (...) Isto coloca-nos sempre em situação de difícil decisão, de dilemas. (...) Nós não queremos que estas pessoas fiquem institucionalizadas!” • “Então, como é que nós vamos promover a continuidade de cuidados desta pessoa? Não é para a Rede, é para onde? Vai ficar no hospital? Vai ficar institucionalizado? Ou vai voltar para a sua casa sem apoio, sem o suporte que merece, que lhe é digno, que devia ter? Como é que se resolve?” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]

- “Trabalha-se, aqui, os processos com a tendência de haver uma resposta paralela ou uma alternativa temporária, de forma a colmatar as necessidades eminentes na alta. (...) Temos a possibilidade, porque temos unidades de reabilitação internas no hospital e porque temos algumas respostas aqui... Fazemos a transição dos doentes a aguardar vaga em Rede para unidades de residentes, mas essas transições têm que ser temporárias, transitórias e não definitivas, porque senão acabamos por criar novos crónicos. E esta não é a intenção de um hospital. A intenção é (...) tal e qual como a passagem deveria ser nas unidades da Rede. É passar, transferir, para aquela que vem... seguinte. Para que haja uma movimentação e uma circulação de doentes que possam possibilitar outras respostas para que, assim, a gente perceba, efetivamente, quais são aquelas que nós devemos criar mais. Mas isso não acontece!”
- “Arranjámos uma vaga para o meter aqui num crónico. Não faz sentido! (...) Uma vaga de hospital para depois vir ocupar. Isto é um mau princípio! (...) O hospital acabou por ser um depósito, porque já se percebeu que é uma porta aberta, (...) um depósito daquilo que os outros não querem resolver. (...) Um doente, que vem de um agudo, passa para um crónico porque não há respostas lá fora...”

[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]

- “Para além dos doentes mentais graves que estão internados pela parte clínica, (...) temos os doentes que estão estabilizados clinicamente e que têm uma situação social desfavorável. Aí temos internamentos longos, em que eles já têm alta clínica e em que, depois, estão cá por causa da situação social.”
- “Existe sempre a limitação de vagas em qualquer estrutura que seja. (...) E que faz com que muitos doentes fiquem cá muito tempo e, depois, se tente uma solução... às vezes não a ideal, mas que seja só para tirar o doente daqui. Comunidades terapêuticas, albergues, às vezes coisas que não era o desejável para aquele doente, mas que, com a pressão que temos de estar num internamento de agudos e não termos vagas, que se opta por outras opções que, se calhar, não seriam a ideal, mas a possível.”
- “Aqui no hospital sentimos a pressão de dar altas por ter outros doentes à espera para ser internados. (...) Temos sempre alguma pressão, porque temos mais doentes para ser internados e um doente que está clinicamente estabilizado, que está cá a aguardar para ir para Rede (...) é uma limitação, porque está a ocupar uma cama de um doente que está na urgência à espera. E as urgências têm estado caóticas. E é uma limitação: a relativa pressão que sentimos em dar alta aos doentes por necessitar de vagas para outros doentes.”
- “Para além de haver poucas vagas, (...) não haver vaga naquele momento e o doente ter que ficar aqui dois meses a aguardar ou três meses a aguardar.”

[Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral]

- “Muitas vezes são doentes que já têm alta clínica há muito tempo, mas que ficam internados em espera. (...) Dependendo do tipo de família e do suporte social que tiverem.”
- “A equipa clínica tenta sempre protelar ao máximo esta alta.”

[Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Subcategoria	2.1.4. Escassez de respostas comunitárias alternativas às estruturas da RNCCI na área da saúde mental
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “A verdade é que (...) não há respostas e aponta-se para todo o lado.”
	<p>[Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • “Há equipas que sinalizam para a EGA (...) como se houvesse um desespero. A pessoa não tem mais sítio para onde ir. (...) O utente... ‘Vamos tentar que seja referenciado para a Rede.’ Depois, a gente, quando vai a ver e a ler: ‘Eh pá... calma lá, isto não faz muito sentido. (...) Há critérios que não se cumprem.’ (...) E começamos a perceber isto, que é: uma medida evacuatória para as equipas também solucionarem o problema que têm em mãos. (...) E, quando começamos a ver o utente na lógica do problema que a equipa tem em mãos, então temos que parar e temos que pensar todos um bocadinho. E, em vez de ver o utente como uma pessoa com necessidades de saúde sobre as quais tem que haver respostas mais institucionais ou menos institucionais, mais de saúde, mais sociais, umas e outras, que se articulem entre si para dar (...) solução.” • “Há poucas respostas, há pouca articulação entre as respostas comunitárias e (...) há muitos poucos profissionais diferenciados que consigam pensar e acompanhar estas pessoas convenientemente.”
<p>[Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • “Um doente que tenha (...) aqui um desajuste ou uma alteração de comportamento e até provoca-lhe um surto psicótico e tem um descontrolo dos impulsos. Se, no momento em que é internado, e tem a sua associação ao seu internamento a uma patologia de saúde mental, a grande dificuldade de encontrares uma resposta é enorme... por ser o estigma que nós continuamos a ter envolto da saúde mental.” 	
<p>[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nós temos que arranjar alternativas quer em contexto de internamento quer em contexto de ambulatório (...) para os doentes. (...) Irmãs Hospitaleiras, Instituto São João de Deus, Cercis, Santas Casas, ONGs... (...) Institutos religiosos, muito forte. (...) Eu não lhes posso dizer que a Rede, do ponto de vista de unidade residencial, seja um plano para ninguém. (...) O que poderia a Rede, se tivesse resposta, era evitar reinternamentos por ausência de respostas na comunidade, porque nem sempre (...) tenho estruturas de reabilitação para toda a gente. Se eu tivesse respostas da RTA ou da RA com mais facilidade, as pessoas se calhar não tinham que voltar para as suas casas já, podiam ir fazer um processo reabilitativo a outro sítio. Se calhar, depois, até nem reinternavam tão facilmente, porque iam para um sítio em que era tudo acautelado. Agora, estou a mandar pessoas que podiam beneficiar de um processo de reabilitação para as suas casas.”</i> • <i>“Há pouco para oferecer. (...) Às vezes o que tenho é uma mão cheia de nada para oferecer às pessoas. Então se for senhora...”</i> • <i>“A realidade é que a Rede, para nós, não existe. Gostaríamos imenso que existisse, principalmente ao nível de algumas tipologias em que a comunidade, em si, não tem resposta, de todo, para a quantidade de situações que eu tenho. E, portanto, RAs e RTAs eram fundamentais para a melhoria da qualidade de vida destes doentes, porque são os que mais saem daqui com uma mão cheia de nada! Às vezes tenho de mandar pessoas para a rua, conforme vieram conforme vão! Realmente não tenho muito melhor para lhes oferecer.”</i> • <i>“Eu tenho todo o suporte dos institutos religiosos. Gostava de ter mais das Cercis. (...) Sei que não há capacidade... Não há ONGs também com essa capacidade. Os institutos religiosos são uma grande, grande ajuda.”</i>
	[Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Subcategoria	2.1.5. Desconhecimento dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre a lista de espera existente para as unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Nem sabemos qual é a lista de espera que existe.”</i> [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • <i>“Nós vamos oferecer, muitas vezes, uma proposta de uma coisa que nós nem sabemos o tempo de resposta. Isto é (...) um fator com o qual é difícil de lidar. (...) É um fator que não credibiliza a própria Rede nem a equipa referenciadora ou a própria equipa sinalizadora.”</i> [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] • <i>“Na realidade nós nunca sabemos o número exato de vagas que existem.”</i> [Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral] • <i>“Há vagas? Se calhar até há! Sabemos delas? Não!”</i> [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Subcategoria	2.1.6. Frustração das expectativas dos profissionais referenciadores dos hospitais, dos utentes e das famílias sobre a continuidade de cuidados após alta hospitalar
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“É aquela velha rábula em que se diz que: ‘Ai, tem que se referenciar muito para se criar a necessidade.’ Mas não é assim! Porque nós estamos a falar de doentes que já, por si só, têm uma baixa autoestima e uma baixa perceção do que é as respostas à saúde mental por causa do estigma. E estares a dar esta expectativa de que vais encontrar uma resposta em tempo útil, que não existe, os doentes acabam por desistir ou deixar de ter muita credibilidade neste tipo de respostas. E as famílias também. E acabamos por estar a investir numa coisa que, efetivamente, foi criada para dar uma resposta de continuidade de cuidados de saúde... Até porque muitos destes doentes precisam de passar para outra fase, para outro patamar, que não este, que é um regime hospitalar, que é mais fechado, onde toda a sua doença é trabalhada, estabilizada, para que depois possa evoluir para outro espaço, onde já são trabalhados outros aspetos mais integrados na comunidade.”</i> • <i>“Quem está no terreno, efetivamente, está em contacto com os doentes, em contacto com as famílias, em contacto com as unidades. (...) A unidade e nós [EGA], efetivamente, somos quem temos mais contacto direto com o utente e a família. (...) A ECL (...), quando avalia, desconhece a necessidade de haver uma devolução à família e ao doente de uma perspetiva de timings. Muito mais a ECR, que faz a alocação de vagas. (...) Por isso é que, às vezes, os doentes quando nos vêm dizer assim: ‘Mas a minha familiar está proposta já há um ano!’ ‘Pois, mas não há vagas!’ ‘Então para que é que isto existe?’ (...) Foram criadas não sei quantas coisas e agora não há vagas? Nunca há vagas!’ (...) E as pessoas têm razão! Porque não há rotatividade...”</i> • <i>“Que me interessa a mim eu referenciar, referenciar, referenciar, referenciar, se eu estou a criar uma expectativa nas famílias e nos doentes que passa a ser uma utopia...? Não é real! Não é verídico! Não sabes quando é que tem vaga!”</i> • <i>“A expectativa de as referençiações serem uma resposta à planificação da alta está fora de questão. Para mim, não existe!”</i> [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]

	<ul style="list-style-type: none"> • “O mais difícil é a expectativa que nós criamos um bocadinho à volta desta resposta, porque a equipa tem sempre a esperança de que a resposta seja o mais rápida possível e normalmente não é. Portanto ficamos, às vezes, um bocadinho desiludidos com aquilo que podíamos dar e não conseguimos, mas não depende muito de nós na verdade. Nós fazemos a referenciação o mais rápido possível para ter uma resposta também o mais rápida possível.” • “Criamos sempre a expectativa de que pode ser que haja [vagas]. Pode ser que até seja rápido! Pode ser que... (...) Não é fácil e, às vezes, fica aquém das nossas expectativas...” [Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral] • “No que me toca a mim, (...) pessoa que tem autonomia e autoridade para propor uma referenciação à Rede em contexto de internamento, se não há resposta vou propor para quê? Vou criar uma expectativa para quê? Para mostrar trabalho? Não fazia sentido. Tenho uma resposta alternativa, porque é que eu vou fazer a pessoa esperar por uma resposta que não vem se posso avançar com uma resposta alternativa igualmente boa?” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]
--	---

Subcategoria	2.1.7. Recusa dos utentes em pagar o valor da comparticipação nas unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “O termo de pagamento (...) é uma condicionante não só na Rede Geral, mas também na Rede de Saúde Mental.” [Assistente Social – ECR da RNCCI] • “Há ‘x’ coisas a pagar, já tivemos o trabalho todo de referenciar, já foi aceite (...), e depois no final: ‘ah, não, não quero, porque tenho de pagar’. Que um doente esquizofrênico nunca vai querer! (...) Dentro da sua onnipotência, dentro da sua capacidade cognitiva, não tem capacidade muitas vezes para perceber que precisa de apoios. E nós pedimos aos mais difíceis, não pedimos às pessoas que funcionam bem. E, portanto, não têm crítica para (...) gerir esta quantidade de coisas todas. E isso atrasa! Temos dois ou três doentes pendentes há quase um mês para colocar na lista de espera, porque eles não querem assinar o papel.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Ocorre muito aos utentes fazer-lhes sentido uma proposta (...), mas depois, numa fase do processo mais adiantada, quando vem (...) o que fica alocado como pagamento para o utente... (...) Tivemos agora um caso para RTA. (...) Quando vem o valor em função dos rendimentos da pessoa e em função do que terá que pagar de diária, o utente disse: ‘Ah, mas eu, para isto, não quero! Se é para pagar, eu não quero. Eu não vou pagar. Eu não aceito ir.’ (...) O utente diz: ‘Não! Para pagar muito ou pouco ou o que seja, não quero! Não vou!’ (...) Portanto há esse encargo para o próprio utente. (...) Muitos destes utentes já têm condições de vida económica muito precárias. (...) Há uma prevalência muito elevada de utentes que têm uma pensão muito baixa. Têm muitas dificuldades económicas. E este aspeto também é determinante: ‘Se me oferecem um serviço, mas se eu tenho que pagar, e até posso não estar suficientemente confiante que vai ser um bom serviço para mim, mais depressa eu vou dizer que não!’ E ocorre. Temos vivido algumas situações assim. (...) Muitas vezes andamos em zonas de impanse. Porque, entre os profissionais e os utentes e as suas famílias, é importante que se construa uma decisão que seja relativamente partilhada. Às vezes é difícil.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]

Subcategoria	2.1.8. Demora e relutância das famílias dos utentes na disponibilização de informação sobre os rendimentos do agregado familiar para a comparticipação em CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Costumam ser os problemas do dinheiro, porque (...) há famílias que não querem dar o seu agregado familiar e depois anda-se para trás e para a frente. (...) A nossa referenciação, quando vai para a ECL, vai também para alguém da Segurança Social que repara se os documentos estão bem escritos. Se falta lá uma mãezinha ou um paizinho ou uma renda que não está lá discriminada, devolvem para trás. Porque aí os pagamentos são completamente diferentes! São essas coisas que, às vezes, são difíceis.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “A parte social (...) é muito mais densa! (...) Há muitos constrangimentos [no seguimento da referenciação] nessa parte também, que ocorrem... (...) Os documentos que têm que seguir com a informação social. Às vezes é necessário clarificar, acrescentar mais alguma coisa. Há informação que só se vai recolher à família e que a família, às vezes, não disponibiliza logo em tempo útil. Para calcular, por exemplo, o cálculo de comparticipação... a família tem que declarar os rendimentos do agregado familiar. Há pessoas que disponibilizam logo, há pessoas que levam mais tempo, há pessoas que têm menos vontade...” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]

Subcategoria	2.1.9. Reduzida motivação dos utentes para aderir a projetos de reabilitação psicossocial no âmbito dos CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Todo este processo tem que ser realizado com o consentimento do utente e com o envolvimento do próprio. (...) Numa estrutura que oferece estas debilidades, muito processual e, depois, com muita demora de colocação... Como é que se consegue envolver a pessoa e (...) convocá-la para o seu próprio projeto terapêutico, dizendo que isto é uma mais-valia, se nunca mais acontece? É muito difícil, às vezes, conseguirmos mostrar as mais-valias de a pessoa ter uma continuidade de cuidados numa tipologia da Rede (...) de Saúde Mental. (...) E, depois, mostrar isto de forma contínua. Porque o processo demora tanto tempo... (...) Se o processo é muito longo, se isto demora meses ou anos, naturalmente que é mais difícil nós vermos isto como uma realidade. E eu acho que nós precisamos muito de realidade! E de oferecer realidade (...) a estes utentes!”</i> • <i>“A adesão ao seu próprio projeto de vida (...) é uma dificuldade fundamental. (...) Muitas vezes, as pessoas não sabem o que é que é. Nós não lhes conseguimos (...) dar respostas muito concretas: ‘É (...) para uma estrutura assim, para entrar dia tal, vai ser assim, vai ser ali...’ E (...) do ponto de vista do seu funcionamento interno, muitas vezes as pessoas têm dificuldades grandes nesta própria percepção de si (...) e da construção da decisão. (...) Há pessoas que têm limitações grandes no seu próprio insight, por isso naturalmente que é (...) uma dificuldade acrescida para se conseguir envolver o próprio (...) nestas decisões.”</i> [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] • <i>“Este tempo de intervalo faz com que até os próprios doentes desmotivem. Porque, quando eles estão motivados e com incentivo para ingressar nestas unidades, estes tempos de espera muitas vezes são motivo de desmotivação e de desalento.”</i> [Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Tema	2. Planeamento das altas hospitalares de utentes adultos referenciados para as unidades residenciais de CCISM
Categoria	2.2. Melhorias no planeamento das altas de utentes referenciados para as unidades residenciais de CCISM

Subcategoria	2.2.1. Redução do tempo em que os utentes aguardam vaga para ingressar nas unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> “Não é uma entrada direta, nunca irá haver! (...) Não é uma resposta de internamento imediata. Deveria haver, sim, uma resposta com menos tempo a aguardar vaga.” [Enfermeira – ECR da RNCCI] “O principal seria o doente ter uma alocação quase automática. Isso não vai acontecer. E isso transcende o hospital.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] “Os aspetos concretos têm que ser mais agilizados: estas demoras, estas esperas (...) deviam ser mais encurtadas.” “A Rede só terá uma boa imagem se for uma boa Rede. E as coisas vendem-se por elas mesmas. (...) Se for uma boa Rede, que oferece resposta perante as necessidades desta instituição ou das outras instituições que necessitam, a Rede ganha o seu espaço naturalmente. Portanto, aqui, faz-me sentido (...) que a acessibilidade à Rede seja mais facilitada. (...) E, depois, claro, que a gente consegue dizer que isto é uma resposta que dá resposta em tempo útil. Porque, senão, é muito difícil... Os profissionais que não acreditam continuam a não acreditar, os utentes que não querem continuam a não querer, o processo que é pesado continua a ser pesado... (...) A gente até o pode agilizar muito, (...) mas depois a pessoa fica à espera de vaga não sei quanto tempo. Isso é (...) paradoxal! Vamos todos fazer uma referenciação muito rápida... (...) E depois? A pessoa fica à espera meses... anos...?” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] “O ideal era que este intervalo entre a alta e a ida para a unidade seja o mínimo possível. (...) Portanto, o ideal era que fosse uma coisa um bocadinho mais rápida, mas não depende de nós. Depende sempre das vagas que existem.” [Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Subcategoria	2.2.2. Reorganização do planeamento das altas hospitalares em torno do técnico de referência e/ou do gestor de caso
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> “O enfermeiro é aquele que gere o caso e que está em proximidade com o doente a ver o que é que o doente é capaz, ou não, e a (...) fazer esta gestão dos processos... que, no nosso hospital, não é tanto feito. (...) Às vezes, aqui, os enfermeiros podiam ser um bocadinho mais diligentes internamente. E, também, depois na comunicação, porque (...) falam a mesma linguagem que os outros enfermeiros.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] “Há um conceito de que me lembrei: o conceito do técnico de referência ou um profissional com quem o utente tenha uma ligação mais próxima para acompanhar este processo, para que as coisas não sejam ou da equipa que sinaliza ou da EGA que referencia... Num mundo ou noutro mundo, em que o utente está noutro mundo ainda. Tem que haver mais pontes, mais ligações... Mas como é que isso haverá? Se, depois, a resposta é muito incerta. É difícil criar confiança, criar pontes, quando depois a resposta é incerta. E eu creio que isso compromete, do ponto de vista do seguimento.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]

Subcategoria	2.2.3. Promoção do debate sobre a dificuldade de adesão dos utentes a projetos reabilitação psicossocial devido à sua comparticipação em CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> “Todos estes doentes participam na Rede e (...) a Segurança Social paga o que estes doentes não podem pagar. O que também é bom, (...) porque em termos de compromisso no seu processo de reabilitação, (...) eles sabem que estão a pagar uma coisa para a qual eles querem. Porque, se eles não quiserem assinar, não vão. Eu acho que (...) é muito importante (...) implicá-los neste compromisso. (...) O compromisso não é só com as entidades que os referenciam. O compromisso tem que ser com estes doentes. Eles têm que saber o que é que se espera, de forma a que eles também possam trabalhar as suas competências. (...) O que se pretende é que estes doentes compreendam a sua necessidade de gerirem as competências que ainda têm, no âmbito do plano individual de intervenção que lhes é proposto pela equipa, de forma a que possam atingir algum potencial de reabilitação e de autonomia.” [Enfermeira – ECR da RNCCI]

	<ul style="list-style-type: none"> • “O utente (...) foi proposto para RTA e (...) veio (...) agora, na fase mais avançada, a diária que ele tem que pagar. (...) Que ele se recusou a pagar, ele não quer. (...) Podemos pensar: ‘E se ele não pagasse... ele continuaria a querer?’ Possivelmente, sim. Então podemos pensar assim: ‘(...) Qual é a possibilidade de estas estruturas não serem pagas? É uma mais-valia se não forem pagas? Ou é uma questão de justiça serem pagas também?’ (...) Estas questões têm que se fazer! (...) Se o pagamento compromete grandemente a adesão, e se a adesão é um fator muito sensível nestas áreas, então temos que discutir a questão do pagamento de uma forma mais aprofundada, sob pena de as pessoas se recusarem, porque (...) não querem pagar. (...) Estas respostas deveriam ser tendencialmente gratuitas?” <p style="text-align: right;">[Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p>
--	--

Subcategoria	2.2.4. Promoção do debate sobre a possibilidade de realizar duplas referências para as unidades residenciais de CCISM e para respostas de apoio social
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Porque é que um doente não pode ser referenciado à Rede (...) e ser, paralelamente, proposto a ERPI, por exemplo? (...) Uma vez que o doente não está a beneficiar de nenhum dos apoios, o que vier primeiro é aquele que prevalece e é aquilo que lhe vai dar a resposta. Mesmo que ele entre na Rede, ele não vai deixar de ser idoso, não vai deixar de precisar de passar para esse patamar. Portanto, não faz sentido nenhum isso não ser possível.” • “Não havendo critérios tão específicos quanto às referências paralelas uma vez que eles não vão beneficiar delas logo. Elas não são paralelas porque acabam por não serem usufruídas no mesmo tempo. Por mim, o doente poderá entrar numa unidade e estar a correr um processo de integração em lar que futuramente há de existir, mas que sabemos que também há um grande volume de pedidos e a espera é muito longa.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p>

Unidades de registo do Tema 3

Tema 3:	
Gestão hospitalar dos processos de referênciação para as unidades residenciais de CCISM	
3.1.	3.2.
Dificuldades na gestão hospitalar dos processos de referênciação para as unidades residenciais de CCISM	Melhorias na gestão hospitalar dos processos de referênciação para as unidades residenciais de CCISM
3.1.1. Conhecimento insuficiente dos profissionais sinalizadores dos SSM sobre os objetivos e serviços das tipologias da RNCCI-SM e os critérios de referênciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM	3.2.1. Articulação de maior proximidade e comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais
3.1.2. Perceção desfavorável dos profissionais sinalizadores dos SSM e dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre a RNCCI-SM	3.2.2. Formação e apoio aos profissionais sinalizadores dos SSM sobre a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI-SM
3.1.3. Morosidade na comunicação entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais	3.2.3. Consensualização dos pareceres dos profissionais sinalizadores dos SSM e das avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sobre os utentes propostos para CCISM
3.1.4. Incongruência entre os pareceres dos profissionais sinalizadores dos SSM e as avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sobre os utentes propostos para CCISM	3.2.4. Divulgação aos profissionais dos SSM da informação necessária à instrução dos processos de referênciação para as unidades residenciais de CCISM
3.1.5. Tempo insuficiente dos profissionais referenciadores a tempo parcial para gerir os processos de referênciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM	3.2.5. Valorização do papel pedagógico das equipas referenciadoras na sensibilização dos profissionais sinalizadores dos SSM sobre os objetivos e serviços das tipologias da RNCCI-SM e os critérios de referênciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM
3.1.6. Número reduzido de sinalizações oriundas dos SSM para as unidades residenciais de CCISM	3.2.6. Realização de avaliações conjuntas dos utentes propostos para CCISM entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais
3.1.7. Incompletude da informação necessária à instrução dos processos de referênciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM	3.2.7. Promoção do debate sobre a atribuição de maior carga horária aos profissionais referenciadores a tempo parcial, a afetação de mais recursos humanos e a criação de equipas referenciadoras em regime de exclusividade
3.1.8. Incerteza na avaliação do grau de incapacidade psicossocial dos utentes para efeitos de ingresso nas unidades residenciais de CCISM	3.2.8. Adaptação do sistema de informação da RNCCI e promoção da sua interoperabilidade com os sistemas de informação do SNS e da Segurança Social
3.1.9. Conhecimento insuficiente dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre os utentes sinalizados pelos profissionais dos SSM para as unidades residenciais de CCISM	3.2.9. Divulgação de informação aos utentes e às famílias sobre os objetivos e serviços das tipologias de saúde mental da RNCCI
3.1.10. Falta de clareza na organização dos diagnósticos psiquiátricos no sistema de informação da RNCCI	

Tema	3. Gestão hospitalar dos processos de referência para as unidades residenciais de CCISM
Categoria	3.1. Dificuldades na gestão hospitalar dos processos de referência para as unidades residenciais de CCISM

Subcategoria	3.1.1. Conhecimento insuficiente dos profissionais sinalizadores dos SSM sobre os objetivos e serviços das tipologias da RNCCI-SM e sobre os critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Às vezes as equipas ainda não têm bem claro o que é que existe. (...) As tipologias. (...) De facto, é difícil ainda sensibilizar as equipas."</i> [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • <i>"As equipas (...) têm que ter uma sensibilidade para perceber o que é que existe, que respostas é que existem dentro da Rede para que os próprios serviços possam propor um determinado utente, que tem determinadas necessidades de continuidade de cuidados, a ter este tipo de acompanhamento. (...) Portanto, tem que haver esta sensibilidade, este conhecimento, esta competência das equipas multidisciplinares (na figura dos médicos, dos enfermeiros, dos assistentes sociais, dos psicólogos também... não sendo propriamente sinalizadores ou referenciadores, mas também são intervenientes) para fazerem chegar um pedido de referência à EGA. E (...) esta primeira etapa é logo uma etapa difícil."</i> • <i>"As dificuldades que os elementos das várias equipas dos serviços aqui do [hospital psiquiátrico] têm em perceber quais são as tipologias e quem é que pode ficar alocado a determinado tipo de tipologias."</i> [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] • <i>"É os serviços e as pessoas que trabalham neste hospital desconhecem, por vontade própria (...), o que é a Rede, o que é os critérios da Rede e para que é que serve a Rede. (...) E, depois, (...) quando estão a referenciar, como não têm conhecimento de base porque não querem – os critérios, para que servem, onde é, o que há – acabam por fazer sinalizações de casos que não são previamente analisados à luz daquilo que está preconizado para uma referência à Rede."</i> • <i>"As pessoas (...) desconhecem mesmo para que é que serve a Rede. E isso é que é grave!"</i> [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico] • <i>"Nós, os médicos, não temos bem noção do que é que existe na Rede, de quais é que são as hipóteses que há para os nossos doentes na Rede. Depois, sabendo os sítios, o que é que nesses sítios fazem e que tratamentos diferentes é que fazem ou que outras opções é que há. E acho que era importante haver alguma formação sobre isso, que é uma coisa que nós não temos, claramente, para perceber quais são os sítios, o que é que fazem nesses sítios, quais é que são os doentes mais indicados para determinados sítios... para um treino de autonomia..."</i> • <i>"Uma das limitações (...) é (...) a falta de informação (...) dos técnicos de saúde e, principalmente, dos médicos que acabam por ser as pessoas que, depois, decidem se é para referenciar ou não. Muitos desconhecem, sequer, a existência da Rede. E outros conhecem a Rede, mas não fazem a menor ideia de como é que funciona, o que é que não funciona, o que é que existe ou o que é que não existe."</i> • <i>"Existe (...) muita desinformação da nossa parte – médicos – de saber quais é que são os sítios para onde se pode referenciar ou não. Existe muita desinformação em relação à Rede."</i> • <i>"[Os colegas] não percebem o que é que fazem na Rede ou o que é que há na Rede que possa ajudar o doente."</i> • <i>"O desconhecimento, tanto da minha parte como dos colegas, em relação ao que é que existe em Portugal para oferecer a estes doentes. O que acho que é uma limitação muito grande... Infelizmente é culpa nossa, porque não nos informamos ou porque não sabemos o que é que há."</i> [Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral] • <i>"A verdade é que não está ainda colocada, no raciocínio de todos, a existência da Rede."</i> • <i>"Há um desconhecimento ainda grande do corpo clínico em que é que consiste a Rede."</i> [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Subcategoria	3.1.2. Perceção desfavorável dos profissionais sinalizadores dos SSM e dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre a RNCCI-SM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu sinto que a rede de cuidados continuados neste momento (...), devido à falta de vagas, não é considerada quase uma variável. (...) Se houver vaga, há. Se não há, não há. Procuram-se outras. (...) Manda-se o barro a quatro paredes, a ver em qual delas é que fica. Não há uma perspetiva de ‘isto pode influenciar...’, principalmente em estruturas mais prolongadas, de apoio máximo ou apoio moderado.” • “A rede acaba por (...) ser usada para esta perversão. Em vez de ser uma estrutura claramente reabilitativa, acaba por ser uma resposta institucional. (...) A rede é vista como os crónicos fora do [hospital psiquiátrico].” • “São preferidas transferências inter-estruturas da rede, não entradas de novo. Portanto um doente pode ir de uma estrutura de maior autonomia para menor autonomia, passa à frente de um doente institucionalizado que nós queremos que comece o seu trabalho. (...) É muito (...) perverso! (...) O doente entra mais depressa numa RAMo, de apoio moderado, se entrar numa de treino de autonomia, perceber que ao fim de um ano está pior e pedir transferência para a RAMo do que se fizermos o pedido diretamente para a RAMo. Porque uma transferência é prioritária. Então (...) seria mais fácil pedir à ECL (...) para colocar na RTA de lá. O doente é colocado, depois a instituição e a ECL decidem que é uma transferência (...) e ele passa à frente dos doentes que estão cá à espera há anos.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Há uma prevalência grande de profissionais que não acreditam na Rede, (...) na eficácia, numa resposta célere. E a realidade fundamenta a opinião destas pessoas, em certa medida.” • “Há forças de resistência que, verdadeiramente, também não acreditam na Rede, porque a Rede não é uma resposta cabal que diz assim: ‘Nós damos-lhe uma resposta efetiva, em tempo útil, para as situações-problema.’” • “A Rede representou e representa uma das grandes dimensões da mudança de paradigma em saúde mental em Portugal: (...) de um modelo muito hospitalocêntrico para a transição para a comunidade. (...) É um vetor importante! Só que está um bocadinho atrofiado e descredibilizado. (...) Não faz sentido a gente estar aqui a fazer a tal corrida de cem metros, se depois vamos ficar todos à espera... não se sabe bem quanto tempo. Ou seja, não há resposta em tempo útil.” • “A implementação [da RNCCI na área da saúde mental] já é uma mudança a um nível, mas a mudança, depois, de pensamento dos profissionais, de entenderem que é uma resposta que é confiável... leva muito tempo. (...) Se o que as pessoas sentem é que, quando há um caso, a coisa não corre bem, isso reverte... não há hipótese. Não há hipótese!” • “Qual é a credibilidade que a Rede tem e que foi construindo? Qual foi a imagem que a Rede particular de Saúde Mental foi construindo? Porque nós, quando estamos anos à espera de uma resposta, isso pesa muito na perceção que as pessoas, utentes e profissionais, têm sobre a Rede. (...) Não há uma convicção de que as coisas sejam resolúveis num tempo útil... num tempo esperado. (...) Pode demorar mais uma semana, menos uma semana até a pessoa ficar a aguardar vaga, (...) mas, depois, quando a pessoa está a aguardar vaga, fica a aguardar e até ad aeternum... e realmente isso não faz sentido.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Nós, equipas de referência (...) também não andamos para aí a vender a Rede, porque não temos nada para vender. (...) Eu teria todo o gosto em vender a Rede e até venderia! Mas vendo (...) o quê? Mando as pessoas todas para [outras regiões] do país? Vou desenraizá-las da sua família. (...) A minha ideia nunca é desenraizar, é que as pessoas não vivam num hospital, porque mesmo estarem numa instituição fora do hospital, eu acho que estão melhores do que cá dentro. Aqui são cinco portas corta-fogo e um corredor a direito.” • “A Rede não é vista como uma resposta, portanto não é considerada. (...) Não está enraizada na cultura do hospital. Em certa medida sabem que existe. Tem uma componente burocrática para os próprios, porque têm que enviar informação para nós avaliarmos. E não está a rolar nos procedimentos do hospital ainda. E, como é de conhecimento que não é uma resposta, as pessoas também já não vão por aí.” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]
Subcategoria	3.1.3. Morosidade na comunicação entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Uma ou duas semanas... que é a comunicação dentro do hospital. Em vez de: eles mandam o processo, nós temos dúvidas, (...) a seguir respondemos com questões, ao qual eles não-de responder algures nesta semana e ao qual nós vemos na semana a seguir. Nós recebemos o pedido, marcamos entrevista para essa semana, vemos o doente, tomamos uma decisão. Há toda aqui uma entropia dentro do hospital, uma certa burocratização, que é cortada ao irmos lidar diretamente com as equipas e não ser só mails escritos. (...) Quanto mais depressa formos e quanto mais depressa for a comunicação, melhor é.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico]

	<ul style="list-style-type: none"> • “O trabalho da EGA é este: é ler, reler, dúvidas... voltamos para trás com o processo. E isso atrasa o processo. O processo vai para trás para a equipa sinalizadora, para os serviços que estão a acompanhar os doentes, para esclarecimento das questões e concertação entre as informações prestadas. Às vezes aquilo não bate a bota com a perdigota. E, quando volta para trás, nisso perde-se tempo. (...) Mais que uma semana... As equipas, às vezes, retardam o regresso da resposta.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Se houver dúvidas da parte do Dr. [médico], articula com o colega. (...) Isso vai fazer (...) com que demore muito mais tempo a referênciação, (...) porque o médico da Rede vai ter que articular com o colega (...), eu vou ter que articular com o enfermeiro (...) e, enquanto articulamos e não articulamos é tempo que se perde. A assistente social, (...) se conhecer o doente... (...) Se for um doente reinternado várias vezes, ela conhece a história toda do doente. Se for um doente (...) que ela nunca viu... Ela (...) vai ter que chamar cá a família, vai ter que falar com o doente, fazer mais uma entrevista, para além das outras que já tem que fazer, por causa da documentação necessária. Portanto, tudo isto é tempo! Se calhar, o que eu podia referenciar no espaço de uma semana, pode demorar um mês ou dois.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p>
Subcategoria	<p>3.1.4. Incongruência entre os pareceres dos profissionais sinalizadores dos SSM e as avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sobre os utentes propostos para CCISM</p>
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Alguma incoerência entre as três equipas. Às vezes o que o médico está a dizer não é o que o enfermeiro está a dizer e não é o que o assistente social está a dizer (...) na mesma sinalização. O médico diz uma coisa, o enfermeiro diz que o doente não é capaz de tomar banho sozinho e a assistente social está a dizer que o doente (...) faz tudo bem. Então é um bocadinho: ‘Onde é que querem que eu pegue?’ Ou então é tipo: ‘Quer é só fazer fisioterapia.’ E depois os enfermeiros dizem que é preciso cuidados a fazer todas as atividades. É preciso estar supervisionado com tudo. Isto é que não pode acontecer! (...) É a principal dificuldade nas referênciações que nós vemos. (...) É as equipas não funcionarem como equipas e dizerem coisas disparatadas.” <p style="text-align: right;">[Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Há uma avaliação médica, há uma avaliação de enfermagem e uma avaliação do serviço social. Portanto, há esta avaliação tripartida. (...) Nós, por exemplo, temos uma proposta para um utente ser encaminhado para Residência de Apoio Moderado e a avaliação médica vai num sentido, a avaliação de enfermagem vai noutra dimensão e a avaliação do serviço social vai noutra. Ou seja, num profissional está mais explícito que a pessoa tem uma boa funcionalidade e que precisa de um treino de autonomia, noutra isso é mais ambíguo e noutra está mais explícito que a pessoa precisa de um suporte para manter competências. Nós temos aqui níveis de informação diferentes. E as equipas, às vezes, têm dificuldade em consensualizar qual é o objetivo e qual é o nível de informação e o nível de transmissão do pedido. Portanto, nós lidamos com isso. Essa é uma dificuldade.” <p style="text-align: right;">[Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p>

- “A falta de coerência entre os três perfis profissionais que escrevem nas sinalizações, que depois têm que ser reportados para a plataforma. (...) Se um médico não estiver em consenso com o enfermeiro e com o assistente social, parece que estamos todos a trabalhar para não sei o quê, sem qualquer tipo denexo, e parece que, às vezes, não conhecem o próprio doente. O que é mais grave! Ou seja, (...) se o assistente social me diz: ‘Tem benefício para o doente integrar esta unidade por isto... por isto... por isto...’ Mas, depois, diz o enfermeiro: ‘Ah, mas ele é autónomo, não precisa de nada disto.’ Depois vem o médico: ‘Ah, mas a sua psicose limita-o nisto.’ (...) Isto é um constrangimento à progressão do próprio processo em si.”
- “Os serviços (...) dão essa responsabilidade à EGA. É mais fácil dizerem: ‘Eu referencie! Está feito!’ ‘Então, mas sabe para quê?’ ‘Então, mas não é o que pedem? É o que está aí escrito. Era só responder a essas perguntas.’ ‘Não! Não!’ ‘Então e sabe para que é que é?’ ‘Ah, o doente beneficia...’ ‘Mas em que aspeto?’ ‘Tem que se escrever! Há um plano reabilitativo, vai para uma RAMo, o que é que ele beneficia de lá estar? Porque a justificação é muito importante! E haver concertação e haver consenso entre vocês, em equipa, que tratam o doente, que avaliam a situação do doente. (...) Tem que haver um sumo único que, se espremendo tudo, é aquilo que vocês querem como objetivo!’ E, às vezes, não existe!”
- “As pessoas dizem-me: ‘Ai, eu referenciei e não há resposta da EGA!’ ‘Com certeza, e sabe o que é que referenciou? Como referenciou?’ ‘Ah era o que pedia, era os papéis que era para preencher, eu preenchi tudo.’ ‘Pois bem... E reuniu com o resto da equipa?’ ‘Ah, nós falámos na reunião de equipa.’ ‘Ah... É porque a bota não bate com a perdigota, vocês não se entendem. E isso é notório naquilo que escrevem!’ (...) ‘Volta para trás! Isso acontece! (...) Essas dificuldades internas, às vezes, fazem a não progressão dos processos de referenciação.’”
- “Em termos do próprio (...) sistema da plataforma... (...) tem que espelhar sempre (...) um consenso entre os três elementos que referenciam. Nem sempre isso é possível. Nem sempre isso vem.”

[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]

Subcategoria

3.1.5. Tempo insuficiente dos profissionais referenciadores a tempo parcial para gerir processos de referenciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM

- “Eu, no horário, tenho as terças à tarde disponíveis para a EGA, (...) os enfermeiros não. (...) Portanto, todas as reuniões com as equipas não contam, todas as reuniões de visita (...) de ir ver os doentes caem dentro do tempo do internamento. Quer queiramos, quer não, não dá para resolver tudo a uma terça à tarde. Não dá! (...) Eles [ECL] é que têm pessoas dedicadas a isso. A nós [EGA], sai-nos do nosso trabalho clínico.”

[Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico]

Unidades de registo

- “Nós temos, aqui, que dividir o nosso horário com um ‘x’ de tempo, que não é muito, são cerca de cinco a seis horas semanais. (...) Há quem ache que as referenciações de saúde mental, neste hospital, não são tantas assim... (...) E, depois, nós não dispomos dos meios necessários para que isto funcione mais ou menos bem. (...) Toda a logística que implica ser da EGA e de fazer referenciações requer: receber a sinalização, avaliar a sinalização, fazer reunião, se for necessário, com o utente e a equipa que o está a sinalizar, fazer a recolha da informação toda específica (...), colocar na plataforma, digitalizar e enviar os documentos necessários para proceder ao encaminhamento da referenciação: (...) o Modelo 55, que é a participação da Segurança Social, que é a condição de recursos, e o CI [Consentimento Informado]... Para que estes dois documentos estejam enviados é preciso que alguém pegue neles e os envie. (...) Nos outros hospitais (...) têm um administrativo próprio afeto a isso (...) ou, se não, têm técnicos que estão só afetos a isso e que não precisam de administrativo. Aqui (...) todas as pessoas estão afetas cinco a seis horas a esta causa, mas depois têm o restante serviço.”
- “Todos nós temos capelinhas para dar vazão no nosso trabalho e, para além disso, termos que dar apoio na EGA não nos deixa a possibilidade de fazer este trabalho nos campos em que a EGA provavelmente podia intervir de outra forma. (...) Perante as dificuldades que, às vezes, temos de dar resposta às solicitações... Vamos dando, mas para dar estas respostas implica nós também estarmos a transpor o tempo previsto para a EGA que nós temos.”
- “São as cinco horas que eu dou para termos uma reunião, resolvermos e colocarmos na plataforma, juntando as outras em que eu, esporadicamente, abro a plataforma e vejo que estão coisas em falta e mando. O facto de eu fazer de secretária e digitalizar papel e enviar, de conferir papéis que vêm dos outros serviços mal preenchidos e depois, mesmo que vão para a frente, tornam a vir para trás e tem que fazer-se esta articulação. (...) Tudo isso carece de tempo que não está contemplado para aquilo que foi criado.”
- “Os recursos humanos têm que se distribuir pelas necessidades do que é preciso onde estavam afetos. (...) Se houver muitas referenciações e se houver muitos pedidos é óbvio que tu vais para além das cinco horas que estão previstas semanais, que estás afeta, mas não vais deixar de o fazer porque sabes que tens esta missão para fazer.”

[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]

	<ul style="list-style-type: none"> “Nós somos uma equipa constituída por quatro elementos e, às vezes, existe alguma limitação nas nossas outras todas funções de termos disponibilidade para nos juntarmos os quatro. E, pronto, e analisarmos os doentes e analisar os processos e analisar para onde é que devemos, então, referenciar.” <p>[Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p>
--	--

Subcategoria	3.1.6. Número reduzido de sinalizações oriundas dos SSM para as unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> “Ainda existe a lógica do quintal, que é: ‘Eu trabalho aqui no meu quintal, na minha quinta! Sinalizar ou referenciar para outros? (...) Estes são os meus utentes! Vou sinalizar alguém para onde? Vou referenciar para quê? Para outras equipas?’ (...) Parece uma coisa bizarra, mas existe.” <p>[Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p> <ul style="list-style-type: none"> “Nós também temos poucos pedidos de avaliação no âmbito da Rede. (...) Na cultura do Departamento de Psiquiatria, a Rede ainda não é uma resposta.” “As pessoas sabem que isso existe, não utilizam. (...) Não está enraizado na nossa cultura a existência da Rede. As respostas alternativas estão. Há solicitações de encaminhamento para estruturas de reabilitação, projetos de emprego, fóruns sócio-ocupacionais... isso está tudo muito enraizado. A Rede não está enraizada! Portanto, também não temos assim tantas solicitações quanto até poderia haver.” “A nível interno, para a referênciação é que não temos pedidos. Temos muito poucas solicitações. (...) Não está enraizado na cultura, portanto há poucos pedidos.” “Tivemos muitíssimo poucas referenciações, porque as referenciações vêm dos respetivos médicos assistentes, quer de ambulatório quer do internamento. E, para eles próprios, isto não é um plano.” “Se não há vagas, vou referenciá-los? Ajudava muito a gestão interna se houvesse vagas. Isto tem tudo a ver com a falta de resposta! (...) Enquanto não houver vagas, eu não consigo, nem ninguém da equipa, aqui deste departamento, consegue falar de uma resposta que não existe! (...) Se houvesse vagas, as pessoas referenciavam. Mas as pessoas também sabem que não há respostas.” <p>[Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p>

Subcategoria	3.1.7. Incompletude da informação necessária à instrução dos processos de referênciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> “O constrangimento (...) passa por todo o processo de sinalização ser mal feito. (...) Perante (...) coisas que, às vezes, não são bem descritas, o constrangimento para mim é: pegar numa coisa que vem mínima, sem sumo nenhum (...) e ter que compor um texto à medida daquilo que eu consigo perceber. Depois vou ler o SClínico... E como tenho essa dificuldade de avaliar sobre uma coisa que é escrita por um médico e não por um assistente social, a minha imposição foi: eu tenho que conhecer o doente e tenho que avaliá-lo pela minha própria iniciativa, porque escrever por aquilo que vem é tudo muito pouco. (...) E isso inviabiliza um processo. O processo acaba por andar para trás porque não há uma definição clara.” “A escrita vem sempre incompleta. (...) Há pessoas que escrevem o mais básico possível e o mínimo possível e, às vezes, escrevem coisas que não são delas só para preencher o papel. Portanto, quando tu tens que, depois, (...) enquanto EGA, estar a recompor e a fazer o texto para que aquilo fique mais ou menos harmonioso.” “Um doente que está no internamento há meses (...) sem Cartão do Cidadão ou com ele caducado há não sei quanto tempo. Quando vem fazer uma referênciação, estão há espera do quê? Que o processo não ande para a frente. Eu não avanço processos sem os Cartões do Cidadão estarem validados, com validade atual, ou então tê-lo. Porque isso bate-nos a nós para trás. Enquanto EGA, referenciando-o, a ECL manda para trás. Um doente não pode entrar numa unidade indocumentado. (...) No momento em que tens um doente há ‘n’ tempo no hospital e não tem Cartão do Cidadão (...) ou tem o cartão fora de prazo, esquece, vai para trás. Isto é um constrangimento, porque o processo fica parado. E não estamos a privilegiar o doente.” <p>[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p> <ul style="list-style-type: none"> “Se o médico que referencia não fizer uma descrição muito detalhada e muito bem feita do doente, do diagnóstico, dos antecedentes familiares, dos antecedentes pessoais, sociais, etc., nós temos muita dificuldade em elaborar. Se o enfermeiro que referencia também não faz uma boa descrição do caso, eu – que vou ser eu que vou introduzir na plataforma – vou ter muito mais dificuldade em fazer a descrição do doente, porque tenho que a fazer a vários níveis, quer comportamental, social, emocional... (...) Se eu nunca vi o doente e não tenho uma descrição muito clara e objetiva do doente e das necessidades do doente, vou ter imensa dificuldade.” <p>[Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p>

Subcategoria	3.1.8. Incerteza na avaliação do grau de incapacidade psicossocial dos utentes para efeitos de ingresso nas unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Para além de ser um conjunto bastante grande de questões, as respostas às vezes variam... numa escala... (...) entre o muito funcional e o pouco funcional. Às vezes é difícil quantificar e classificar o doente se calhar da forma mais correta naquelas perguntas, consoante a escala. E, depois, (...) temos receio de estar a pintar um quadro ou demasiado bom ou demasiado negro consoante aquelas perguntas, porque é difícil quantificar e é difícil perceber (...) qual é que seria o nível expectável (...) para aquele doente (...) para a questão aqui das residências. (...) Se esperam um doente com muita autonomia, mas que não consegue fazer não sei o quê ou um doente que não consegue fazer nada. (...) Temos sempre dificuldade em quantificar corretamente e perceber o que é que é o expectável para determinada tipologia. E, como são muitas perguntas, depois acabamos por estar ali: ‘Ah, se calhar, ele só tem um impacto médio aqui na funcionalidade... Ah, mas, se calhar, neste tem aqui um impacto não muito grave, mas mais do que médio...’ Depois andamos ali numa coisa que não se percebe muito bem, porque aquilo acaba por ser um bocado redundante e não muito intuitivo de responder.” [Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral] • “Nós temos alguns instrumentos que são muito importantes. Um deles é a Tabela de Classificação da Funcionalidade de Saúde Mental. (...) É uma tabela que nos oferece um score de funcionalidade e, a partir daí, nós conseguimos perceber melhor, com maior clarividência, qual é o nível de funcionalidade, ou de incapacidade, da pessoa e, em função disso também, qual é a melhor tipologia da Rede para onde a pessoa pode ser encaminhada. Se tivermos indecisos, por exemplo, entre uma Residência de Treino de Autonomia e uma Residência de Apoio Moderado. Se a pessoa apresenta uma funcionalidade elevada, ou uma disfuncionalidade baixa, terá mais possibilidades de ser encaminhada para uma RTA do que para uma Residência de Apoio Moderado.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]
Subcategoria	3.1.9. Conhecimento insuficiente dos profissionais referenciadores dos hospitais sobre os utentes sinalizados pelos profissionais dos SSM para as unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “A nossa maior dificuldade (...) é quando o doente referenciado é um doente que nós não conhecemos. (...) Quando o doente é conhecido de algum dos elementos da equipa de referência ajuda a fundamentar a necessidade, ou não, da referência recebida pelo médico. (...) Eu, conhecendo o doente, consigo dar uma opinião muito melhor daquela situação do que estar a conhecer um doente por um Word. Mas a verdade é que, se nós fossemos uma equipa de gestão de altas, era diferente. Não sendo esse o pressuposto, é normal conhecer as pessoas pelo papel ou pelo processo clínico. Claro que se eu conhecer o doente é mais fácil.” • “Nós somos uma equipa referenciadora de saúde mental. Nós não somos uma equipa de gestão de altas. Isto é importante. (...) Nós somos uma equipa referenciadora para a Rede, só. (...) Não somos uma equipa que avalia doentes. A médica nunca vê o doente. A enfermeira pode nunca ter visto o doente. A única pessoa que vê o doente sou eu, por causa da recolha do consentimento informado. (...) A equipa de gestão de altas avalia e conhece os doentes. (...) Não somos responsáveis pela alta de nenhum doente. Somos meros administrativos. (...) Há um doente (...) que esteja no internamento. (...) O médico dele no internamento preenche um Word. O enfermeiro preenche a CIF com o médico. Se houver terapia ocupacional, fisioterapia, acresce informação. Essa informação vem toda num email para nós. Nós avaliamos a informação dos outros, se tem ou não tem critérios, e depois avança-se. (...) Na equipa de gestão de altas, os médicos que lá estão vão avaliar os doentes. Aqui não, nós não somos uma EGA, de todo. Nem somos vistos como tal. Nós somos uma equipa referenciadora no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental do [hospital]. Só. Somos meros burocratas. Nós gerimos o processo administrativo da referência. (...) Nós, [hospital], não temos uma equipa de gestão de altas de saúde mental.” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]
Subcategoria	3.1.10. Falta de clareza na organização dos diagnósticos psiquiátricos no sistema de informação da RNCCI
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Alguma confusão na organização... como estão apresentados os diagnósticos clínicos... aquilo é uma lista imensa e estão desatualizados face ao documento que eles usam atualmente. (...) Uma depressão... nós demorámos imenso tempo... (risos) tivemos que ser três pessoas a olhar para aquilo, a tentar encontrar onde é que podia entrar uma depressão nas opções que ali estavam. Portanto a lista é gigante... de diagnósticos, como é expectável. (...) A lista infundável de diagnósticos e a confusão de os encontrar.” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Tema	3. Gestão hospitalar dos processos de referência para as unidades residenciais de CCISM
Categoria	3.2. Melhorias na gestão hospitalar dos processos de referência para as unidades residenciais de CCISM

Subcategoria	3.2.1. Articulação de maior proximidade e comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais
---------------------	--

Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Dentro do hospital (...) podemos melhorar a comunicação para os circuitos serem os mais rápidos e transparentes possíveis para as coisas fluírem.” • “Haver menos trocas de emails e falar mesmo pessoalmente. (...) Não somos assim um hospital tão grande e conhecemo-nos todos. O que é importante! (...) Quanto mais desburocratizado e mais direto for, melhor.” • “Há coisas que se resolvem com uma chamada. (...) E tiram-se logo uma data de dúvidas. (...) É melhor do que eles fazerem uma referência, nós estarmos com dúvidas, devolvemos com algumas questões ou marcamos uma entrevista e só daqui a uns dias é que isso se resolve. E assim já cortámos dois ou três dias. Para o planeamento de uma alta... são duas ou três diárias.” • “Há questões de (...) alocação: (...) ‘Não sei se, na saúde mental, se é para uma residência de treino de autonomia e talvez tenha mais vaga, ou se é mesmo para RAMo e temos de esperar.’ Há aqui coisas que depois podem-se discutir. (...) E, portanto, acho que é uma questão também de proximidade. Nós temos a humildade de ir ter com as equipas e dizer: ‘Olhem, em que é que podemos ajudar?’” <p style="text-align: right;">[Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Enquanto EGA, fazemos (...) o contacto com as equipas (...) que sinalizam. (...) Portanto, há esse contacto de proximidade, esse diálogo entre pares e entre os vários profissionais.” • “Nós criámos um sistema em que falamos muito informalmente e muito facilmente com os vários enfermeiros dos serviços. (...) Há um utente que foi sinalizado, preciso de esclarecer qualquer coisa e falo com o colega: ‘Olhe, sinalizou assim, mas eu preciso de esclarecer isto...’ No momento esclareço ou ligo. Temos de criar estas redes.” <p style="text-align: right;">[Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Toda esta articulação entre as equipas que referenciam à Rede e a referência da Rede quanto mais rápida for, mais rápido temos uma solução... eventual! Ou, pelo menos, ficamos com a expectativa de que será... Imagine que, nesse intervalo de tempo, há uma vaga. Se eu demorar mais uma semana, essa vaga pode ser ocupada. Que eu nunca sei! Às vezes um intervalo curto de tempo pode ser significativo.” <p style="text-align: right;">[Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Há aqui uma grande partilha de conhecimentos, uns dos outros, naturalmente. E é importante. Muitas vezes, imagine: O Dr. [médico da ER aos CCISM] não conhece o doente (...), mas eu e a enfermeira [—] conhecíamos... também ajudávamos a dizer o que é que ele é capaz de fazer. (...) A médica conhece o doente por um documento Word, porque não somos uma EGA. (...) A médica pode-se lembrar vagamente, mas se houver algum elemento da equipa de enfermagem ou meu que conheça melhor o doente, estes inputs são importantes.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p>
----------------------------	--

Subcategoria	3.2.2. Formação e apoio aos profissionais sinalizadores dos SSM sobre a filosofia e o modelo de cuidados da RNCCI-SM
---------------------	---

Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Por mais já investidas que foram as tentativas de formação – e foi feito, várias vezes – (...) e de divulgação (...): como é que funcionava, o que é que implicava, todos os critérios. E é óbvio que (...) ninguém vai.” • “Era que as equipas tivessem, por base, o que é que é a Rede, conhecimento da Rede e dos seus critérios e para que é que serve. (...) As pessoas terem mais conhecimento do que é a Rede. (...) Se as pessoas se munirem de conhecimento (...), se houver a necessidade de estarmos todos a falar a mesma linguagem, provavelmente (...) até, se calhar, se propunha muitos mais doentes.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Informar as pessoas e os próprios médicos e os próprios técnicos acho que é importante. (...) Estamos um bocadinho fora da realidade, do que é que existe ou não... e acho que informando e explicando, tanto eu como os outros profissionais, como os outros colegas, poderiam referenciar mais por saberem que existe.” <p style="text-align: right;">[Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p>
----------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • “Nós fizemos uma formação. Estávamos a pensar fazer uma nova re formação, um reavivar da formação aqui ao corpo clínico, porque as referências têm que vir do corpo clínico. (...) Estávamos a pensar fazer um refresh. Estávamos. Existe um manual de apoio que o [médico da ER aos CCISM] tinha, que foi enviado para todos os médicos, entregue a todos os médicos. Toda a gente sabe. Foi feita uma formação por mim [assistente social da ER aos CCISM], pela [médica da ER aos CCISM] e pela enfermeira (...) em sede de auditório. Apareceu quem quis do departamento, quem não quis não apareceu.” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]
Subcategoria	3.2.3. Consensualização dos pareceres dos profissionais sinalizadores dos SSM e das avaliações médica, de enfermagem e do serviço social sobre os utentes propostos para CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Nas propostas é suposto haver uma linha de história que una e que se note que a equipa, de facto, falou em equipa e que a equipa decidiu em equipa o que pensam ser melhor para o doente. (...) Isso aí já é uma coisa que nós podemos melhorar e que nós podemos trabalhar para nós fazermos um melhor cuidado.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Nós, naturalmente, fazemos uma avaliação clínica, (...) uma apreciação de cada um dos profissionais. (...) Há aqui muitas nunces e muitas apreciações que têm que casar para que se dê uma boa referência.” • “As três avaliações têm que ter um nível de concordância, porque senão vamos ter muita dificuldade em conseguir fazer uma boa apreciação.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “A melhoria seria haver um consenso na proposta, na sinalização. (...) Ser consensual na equipa de que essa pessoa beneficiaria mesmo de uma resposta à Rede. E, assim, ser feita a sinalização com as devidas justificações coerentes. Alinhadas, pronto.” [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]
Subcategoria	3.2.4. Divulgação aos profissionais dos SSM da informação necessária à instrução dos processos de referência para as unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “A nível burocrático acho que já fizemos o melhor que é possível. As pessoas, na intranet, têm: documento zero, tudo o que é preciso, documento um, parte do médico, documento dois, parte do enfermeiro, documento três, parte do assistente social. Temos uma check-list na intranet com os documentos todos em baixo. Ou seja, quem quiser vai à intranet e sabe que tem aqueles documentos todos para abrir na ordem sequencial. (...) Começa de cima a baixo: tem cartão do cidadão? Assinou o consentimento informado? (...) Tem a parte de enfermagem feita? A tabela de funcionalidade está feita? Por aí a fora. (...) Claro que, depois, há (...) equipas que não olham para a intranet. Isso já é (...) um descuido... zelo pelo seu trabalho. Isso vai depender de cada profissional. (...) Mas, pronto, para aliviar essa questão da burocracia, já fizemos isto com tudo certinho na intranet. Para ser fácil.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Na intranet nós temos os formulários dos documentos todos que são necessários preencher para fazerem seguir as sinalizações para a EGA. E nós fizemos um formulário-tipo (...), como se fosse uma check-list de tudo o que tem que vir e do que é que é importante que esteja em conformidade. Portanto esse formulário, no fundo, é um formulário clarificador para as equipas. (...) Se querem propor um utente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, independentemente da tipologia, tem que haver uma avaliação médica (do médico psiquiatra) onde tem que constar isto, isto e isto... tem que haver uma avaliação de enfermagem onde tem que constar isto, isto e isto..., tem que haver uma avaliação da parte do serviço social onde tem que constar isto, isto e isto... (...) Portanto é uma check-list em que tem lá uma série de informações para facilitar, para também dotar as equipas de um certo poder e de uma capacidade de decisão. (...) Nós tentámos que isso fosse um instrumento orientador e facilitador da sinalização. (...) E é para quem tem interesse que seja. Quem não tem interesse, quem está desvinculado ou que faz as coisas sem lhe fazerem sentido, nunca vai encontrar esse documento ou vai encontrar dificuldades na leitura do documento... Ou seja, há posicionamentos até muito individuais, muito pessoais.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]

Subcategoria	3.2.5. Valorização do papel pedagógico das equipas referenciadoras na sensibilização dos profissionais sinalizadores dos SSM sobre os objetivos e serviços das tipologias da RNCCI-SM e os critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Às vezes a EGA tem este papel muito (...) pedagógico. (...) É normal que alguns colegas não saibam o que é que existe. Então podem ligar a dizer: ‘Olha, tenho este doente, não sei para onde referenciar, ajuda-me aí.’ ‘Então vamos pensar os dois em conjunto: tem isto, é capaz disto, não é capaz disto? O que é que a família pode ou não pode fazer? O que é que o doente quer ou não quer fazer? Ou tem capacidade para fazer?’ E chega-se a uma conclusão.”</i> [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • <i>“Nós [EGA] quando vamos aos serviços (...), juntamos os vários profissionais (...), falamos e discutimos (...) e clarificamos: ‘Olhe (...) para esta tipologia é mais assim...’ (...) Pedagogia (...) de os próprios profissionais perceberem para que é que existe a Rede e em que contextos é que se pode referenciar.”</i> [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]

Subcategoria	3.2.6. Realização de avaliações conjuntas dos utentes propostos para CCISM entre os profissionais sinalizadores dos SSM e os profissionais referenciadores dos hospitais
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“É a equipa ir ver o doente. (...) Quando marcamos uma entrevista com o doente, é a nossa equipa com a equipa que está com o doente e o doente. Portanto, são logo sete pessoas. O enfermeiro, o médico e o assistente social de todo o lado. (...) Vamos ver... porque a parte médica não fala de como a doente está, a parte de enfermagem diz (...) que a doente é até autónoma, depois chega-se à parte da assistente social e percebe-se que o problema é que a senhora não tem onde cair morta.”</i> [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • <i>“É reunirmos com as equipas e com o doente. (...) Esta é a forma de transmitir à própria equipa que têm que ser coesos. Quando estamos com eles dizemos (...): ‘Tem que haver coesão. Porque parece-me que a Senhora Enfermeira relata que ele precisa de ir para uma RTA, porque é autónomo. A assistente social ainda põe em dúvida se ele tem ou não tem características para a RTA, mas pode ir se calhar para uma RAMo que ainda... Mas o médico, perante a situação clínica, diz que ele já tem que ir para uma RAMa.’ Portanto, tem que haver aqui uma concertação entre aquilo que se escreve... Tem que ser discutido o caso antes de ser enviado e não tem que parecer quase como uma necessidade de encontrar uma resposta social urgente. Não há mais nada... é aquela.”</i> • <i>“Por iniciativa, desde que eu iniciei a EGA, achámos que, (...) pelo facto de aquilo que vem descrito e aquilo que se propõe não coincidir com aquilo que nós temos disponibilizado na EGA e na Rede... Assim sendo, e em acordo com as equipas, nós propormo-nos a avaliar a situação em conjunto com as equipas. Isto foi uma metodologia que nós criámos neste hospital, uma vez que a saúde mental também é uma coisa muito específica... E, juntamente com a equipa e com o doente que está a ser proposto, avaliamos se, afinal, aquela tipologia proposta está efetivamente de acordo com as necessidades e com benefícios que possa trazer para o doente ou não.”</i> [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]

Subcategoria	3.2.7. Promoção do debate sobre a atribuição de maior carga horária aos profissionais referenciadores a tempo parcial, a afetação de mais recursos humanos e a criação de equipas referenciadoras em regime de exclusividade
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “As EGAs, para funcionarem para este fim, deveriam ter pessoas específicas só para este fim (...), técnicos para aquele fim atribuído com um horário específico para aquele fim. (...) Provavelmente se a EGA fosse (...) só para esse fim estaria muito mais rapidamente a responder a situações que vêm... se não esperasse uma semana.” • “A única situação que poderia vir a ajudar internamente na gestão hospitalar era criar mesmo uma comissão de EGA isolada de pessoas que trabalham para outros fins. (...) E fazer perceber que (...) a EGA não faz só referências. A EGA também agiliza os processos de alta. (...) Se o núcleo fosse só para aquele fim tinha muito trabalho! (...) Pelo menos ter três pessoas a tempo inteiro. Três das três categorias profissionais distintas. Os outros três são rotativos, de apoio, para (...) férias, faltas, questões que ficam, pontualmente, por resolver. (...) Deveriam estar três pessoas só afetas à EGA. Só! E efetivamente trabalhar os processos de referência e planificação das altas para a Rede e apoio na planificação das altas nos serviços. Porque a EGA deve agilizar, articular, mediar os conflitos ou as situações em que seja necessário ser uma entidade externa aos serviços que faça esse papel de autoridade máxima para agilizar o processo da alta. (...) A EGA ter o papel não só de referenciador, mas de facilitador (...) na planificação das altas hospitalares. (...) Nós não podemos fazer isso tudo. (...) Nós, EGA, sentimos falta (...) de reunir periodicamente com os serviços para ver os casos sociais que estão pendentes e porque é que estão e onde é que nós podemos intervir enquanto comissão externa à envolvimento do doente. Ser uma comissão externa ao núcleo que está de intervenção direta ao doente. (...) Não fazemos isso constantemente. Nós fazemos isso por solicitação externa ao que nos está contemplado para o tempo que nós temos. (...) Portanto há mudanças que, internamente, têm que vir da gestão hospitalar.” • “A EGA foi criada pós posto de trabalho, que já te exige a tua função diária. E a EGA ou dá timings onde tu consegues ter pessoas que estão ali permanentemente e tu tens uma administrativa a receber-te emails, a saber o que é que falta, o que é que tens de mandar, (...) que é o que acontece noutros sítios... E tudo isso tira-te tempo que tu não vais disponibilizar burocraticamente. E, depois, (...) tu tens esse tempo livre para discussão, para fazer, para estar... Parece que não, mas isto dá tudo muito trabalho!” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Uma equipa, se calhar, mais alargada. (...) Mais tempo para os profissionais poderem analisar os doentes e mais conhecimento sobre as unidades que existem na Rede.” • “A nível interno, (...) o que poderia ajudar era realmente se calhar uma equipa maior e com mais conhecimento ou com mais disponibilidade para conhecer e para saber referenciar melhor os doentes.” <p style="text-align: right;">[Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p>
Subcategoria	3.2.8. Adaptação do sistema de informação da RNCCI e promoção da sua interoperabilidade com os sistemas de informação do SNS e da Segurança Social
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Se conseguissem fazer questões de sim ou não... Eu sei que isto pode ser um bocado limitativo para eles, mas era muito mais fácil se fossem questões que não para quantificarmos o que quer que seja, porque acho que é difícil. (...) Se conseguissem reformular as perguntas, acho que poderia ser uma vantagem, sinceramente. Na própria plataforma se, de certa maneira, conseguissem criar um género de um algoritmo em que a gente ia respondendo ‘sim’, ‘não’... e, depois, eles iam excluindo automaticamente. ‘Ah, este doente se respondeu ‘sim’ a ‘x’ coisas não pode ir para as Residências de Apoio Máximo, se respondeu ‘não’ duas vezes e três vezes ‘sim’, tem indicação para ir...’ Se a própria plataforma, consoante as nossas respostas, nos conseguisse guiar para o tipo de residência ou de treino, acho que era uma coisa ótima. Facilitava imenso.” <p style="text-align: right;">[Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Se houvesse alguma forma de... ‘Okay, a referência vai ser esta.’ E eletronicamente já estivesse logo definido... ‘Okay, vai pagar isto’, ajudaria um bocadinho estes processos.” <p style="text-align: right;">[Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p>
Subcategoria	3.2.9. Divulgação de informação aos utentes e às famílias sobre os objetivos e serviços das tipologias de saúde mental da RNCCI
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Para além de informar os profissionais de saúde, se houvesse alguma maneira de chegar também às famílias e aos próprios doentes, acho que também poderia ser uma vantagem eles também saberem da existência deste tipo de residências, os treinos lá que fazem, os programas que fazem, qual é que é o objetivo terapêutico. Para não ficarmos com a ideia de que a Rede também é só um sítio em que as pessoas são depositadas do ponto de vista de ser aqui uma solução social, do género, esta pessoa não tem casa e fica aqui depositada. (...) A Rede é e deve ser muito mais do que isso.” <p style="text-align: right;">[Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p>

Unidades de registo do Tema 4

Tema 4:	
Articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM	
4.1.	4.2.
Dificuldades da articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM	Melhorias da articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM
4.1.1.Excessiva burocratização dos processos de referência hospitalar na fase de validação das propostas para as unidades residenciais de CCISM por parte das ECL da RNCCI	4.2.1.Articulação de maior proximidade e comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais referenciadores dos hospitais e as ECL da RNCCI
4.1.2.Morosidade das ECL na comunicação com os profissionais referenciadores dos hospitais e na validação das propostas de referência para as unidades residenciais de CCISM	4.2.2.Revisão do modelo de organização e funcionamento da RNCCI-SM
4.1.3.Perceção de inadequação e falta de clareza na aplicação dos critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM	4.2.3.Revisão e consensualização dos critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM
4.1.4.Número elevado de intervenientes nas fases de avaliação e decisão sobre os processos de referência hospitalar para as unidades residenciais de CCISM	4.2.4.Simplificação e uniformização dos procedimentos inerentes à avaliação dos processos de referência hospitalar para as unidades residenciais de CCISM
4.1.5.Apuramento tardio do valor de comparticipação dos utentes nas unidades residenciais de CCISM	4.2.5.Valorização da informação prestada pelas equipas referenciadoras dos hospitais sobre a priorização de utentes com necessidades de CCISM
4.1.6.Discordância com os fundamentos de rejeição das propostas de referência para as unidades residenciais de CCISM	4.2.6.Clarificação dos fundamentos de rejeição das propostas de referência para as unidades residenciais de CCISM e aconselhamento sobre as tipologias adequadas
4.1.7.Discrepância nas metodologias de trabalho das ECL relativamente à inserção de dados no sistema de informação da RNCCI	4.2.7.Realização de reuniões periódicas entre as equipas referenciadoras dos hospitais e as equipas de coordenação regional e local da RNCCI

Tema	4. Articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM
Categoria	4.1. Dificuldades da articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM

Subcategoria	4.1.1. Excessiva burocratização dos processos de referência hospitalar na fase de avaliação das propostas para as unidades residenciais de CCISM por parte das ECL da RNCCI
---------------------	--

Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “A quantidade de emails e documentos que é preciso preencher para trás e para a frente. (...) Os técnicos de serviço social, os médicos e enfermeiros fazem a sinalização para nós. Nós fazemos a referência e enviamos tudo por email. (...) Depois vai a uma ECL, que vai ver se os documentos estão bem feitos, senão devolve. (...) Os papéis voltam para trás e é preciso isto tudo ser retificado e assinado novamente. (...) Isto é uma papelada para trás e para a frente, que ninguém se percebe.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Há uma muita informação que é via email e (...) via a própria plataforma de referência (...) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (...) Se está em falta alguma documentação ao longo deste processo é devolvido o episódio para a EGA e depois a EGA, quando tiver as coisas solucionadas, encaminha novamente. E, realmente, isto funciona assim, mas neste vai e vem e faz naturalmente que as coisas levam tempo.” • “Referenciámos um utente para RAMo. Recebemos hoje, da ECL, uma informação: ‘Devolve-se o documento do tal utente para completar o (...) consentimento informado, uma vez que é referido que o utente reside com a mãe e o irmão, o qual não se encontra identificado.’ (...) É enviado isto para a EGA. A EGA encaminha para a equipa. A equipa vai ter que dar resposta. Depois nós, na EGA, vamos ter que receber a resposta e encaminhá-la para a ECL. (...) Isto são os constrangimentos diários.” • “O processo, em si, acaba por ser pesado. É um processo pesado. Não é muito facilitado nem facilitador.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Havendo dúvida, a própria ECL também faz as questões dela. E, ao vir para trás, já é tempo também que se perde. (...) E o que aconteceu, várias vezes, foi isso. Foi que a ECL teve dúvidas e as dúvidas que teve colocou-as para trás. Nós, enquanto EGA, colocamos para trás.” [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “A ideia que eu tenho é que os colegas também perdem um bocado a vontade de referenciar, porque é uma referência em que têm que preencher muita coisa. É uma referência chata, muito burocrática.” • “É uma plataforma (...) pouco colaborante e que necessita de preencher muitas coisas. (...) Tem demasiada burocracia (...) e (...) é difícil transparecer o que é que o doente é ou não é através da resposta naquela plataforma. (...) Acho que é difícil através da plataforma, às vezes, expressarmo-nos, tanto da nossa parte, e como eles [profissionais das ECL] perceberem também, realmente, o que é que o doente é e o que é que o doente precisa.” [Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral] • “É tudo através da plataforma. Nós mandamos um email, depois quando há vaga é a própria instituição que nos contacta, já não é a ECL que nos diz alguma coisa. (...) Portanto, não temos propriamente relação com eles. Fora situações excecionais.” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]
----------------------------	--

Subcategoria	4.1.2. Morosidade das ECL na comunicação com os profissionais referenciadores dos hospitais e na avaliação das propostas de referência para as unidades residenciais de CCISM
---------------------	--

Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “É mais um mês de espera entre nós [EGA] enviarmos, eles [ECL] verem o processo, lerem... (...) Então na saúde mental, como não há vagas e eles só se encontram quando o rei faz anos... para depois resolverem.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Nós, enquanto EGA, quando queremos da ECL uma resposta que não vem em tempo útil, também mandamos email: ‘Olhe, temos este utente... colocámo-lo para avaliação... para a ECL... há tantos dias... ainda não disseram nada.’” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Se as ECLs verificassem os pedidos atempadamente e não levassem uma semana a fazer essa validação, provavelmente os doentes ficavam a aguardar vaga nas 48 horas que é o que está previsto. Ou seja: os timings não são cumpridos nem pela EGA nem pela ECL.” [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]
----------------------------	---

Subcategoria	4.1.3. Perceção de inadequação e falta de clareza na aplicação dos critérios de referência e admissão nas unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Nos dois processos em que eu estive envolvido para essa referência, foram ambos rejeitados. Um porque... a resposta foi que achavam que ele era mais um caso social e que não beneficiaria do ponto de vista da melhoria da autonomia. (...) E o outro (...) disseram que também não reunia critérios. (...) Por aquilo que eu tenho percebido, não tem sido um problema só aqui do nosso hospital. Há vários hospitais onde os doentes também têm sido rejeitados aqui na questão da Rede. (...) Por isso, ou os critérios são muito estreitos para um local não aceitar diferentes referências de vários sítios, ou então estamos todos a referenciar mal. (...) Alguma coisa podia ser corrigida. (...) O que é que está de errado? Somos nós que estamos a referenciar mal ou são os critérios que são muito restritivos?” [Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral] • “Muitas das vezes temos dúvidas, mas encaminhamos para a Rede na mesma e deixamos que os colegas das equipas locais (...) nos deem o feedback de: ‘Olhem, estivemos a avaliar esta situação e não nos faz sentido.’ • “Nós, às vezes, discutimos em equipa e dizemos assim: ‘Não tenho muito bem a certeza se este doente vai ser aceite ou não, mas vamos arriscar.’ Referenciamos e, às vezes, recebemos o feedback de que: ‘Olhem, não nos faz muito sentido que... tentem reconsiderar...’ [Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral] • “Uma delas [recusas] não fazíamos ideia que não cumpria critérios. (...) Não existe uma lista do que é que são as doenças mentais graves que constituem critérios e que não constitui. (...) Aparentemente pode existir uma lista de diagnósticos psiquiátricos, de doenças mentais graves, que não dão para a Rede... nós não sabemos quais são. Portanto existem informações que nós não temos e, por isso, às vezes mandamos o barro à parede com legitimidade e a recusa vem com base em critérios que nós desconhecemos. (...) Portanto, o que existe aqui é uma pouca transparência sobre os reais critérios. Existem os das legislações, mas, depois, através das recusas vamos sabendo de outros que não estão contemplados na legislação, que elenca exatamente os critérios e como é que aquilo vai funcionar. E, portanto, acho que não há transparência!” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]
Subcategoria	4.1.4. Número elevado de intervenientes nas fases de avaliação e decisão sobre os processos de referência hospitalar para as unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Acaba por ser um quanto burocrático, o facto de haver esta estrutura que é a ECL. Isso é que (...) fica aqui um bocadinho torpe.(...) Não deixa de ser mais uma pedra, mais um grupo que (...) vai perder dias a fazer uma avaliação de um utente, (...) quando, depois, (...) a alocação é definida pela ECR e não pela ECL. (...) Nós referenciamos pessoas, (...) mas depois quem decide quem entra não somos nós. (...) Acho que começa a haver muita gente para tomar a decisão (...), porque são inúmeras EGAs, inúmeras ECLs e inúmeras ECRs. Isto é muita gente a conversar e isso cria entropia. (...) É difícil haver comunicação entre tanta gente com posições hierárquicas diferentes.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “O processo de referência e de seguimento dos processos de referência hospitalar, no caso aqui da EGA do [hospital], é sempre acompanhado porque cada parceiro acaba por ter a sua responsabilidade no próprio processo. (...) O processo vai à ECL e, portanto, são outros intervenientes que estão responsabilizados. E também vai à ECR (...) para a alocação de vaga.” • “Há várias ECLs, consoante as zonas territoriais onde estão alocadas as tipologias das estruturas... Portanto há muitos intervenientes.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]
Subcategoria	4.1.5. Apuramento tardio do valor de participação dos utentes nas unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Quando o doente fica, finalmente, alocado vem um papel da Segurança Social a dizer quanto é que é a diária. Portanto, quando o doente, finalmente, já está na lista de espera, é que vem o papel para o doente assinar para ficar definitivamente na lista de espera... com o quanto vai pagar daqui a alguns anos.” [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “O processo já estava bastante avançado, já se tinha feito a sinalização, a referência da EGA, (...) este processo todo da ECL, da ECR... (...) Quando se está numa fase já bastante adiantada do processo, em que vem realmente esse cálculo do que é que o utente terá que pagar de diária... Porque há uma participação, mas há um ónus também para o utente.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]

Subcategoria	4.1.6. Discordância com os fundamentos de rejeição das propostas de referência para as unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “A nossa articulação com as ECLs tem sido mais em situações em que vem uma recusa. Portanto, nós mandamos, a ECL recusa, nós questionamos porque, a ECL responde, a gente contrapõe, a ECL responde, fica tudo na mesma, porque a ECL é que decide e, depois, o processo morre!” • “Ao nível das estruturas residenciais, a articulação com a ECL tem sido feita mais em questões de ambas as partes após recusas. (...) São questões colocadas para saber porque é que as pessoas são recusadas. (...) Até ao momento não concordámos com nenhuma recusa que veio da ECL, mas também não foi feita uma alteração com base numa discussão.” • “A Rede é uma componente clínica e uma componente social. Portanto só o motivo social não é motivo para ser recusado na Rede e tivemos uma grande recusa por ser uma situação social. Muito embora a própria instituição que o iria receber... Portanto, nós e a unidade residencial concordávamos. A ECL não concordou, não avançou! E isto foi à ECR e a ECR não tomou nenhum tipo de atitude para reverter esta decisão da ECL e, portanto, continua cancelado.” • “Não me barrem os processos! Porque já houve vaga, mas barrou no meio... (...) Havia uma instituição que estava na iminência de sair da Rede por ausência de referências. (...) Há instituições com vaga que não têm referências! (...) A ECL é que barra. (...) E a ECR sabia que havia vagas. (...) E a pessoa não foi para lá na mesma.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p>

Subcategoria	4.1.7. Discrepância nas metodologias de trabalho das ECL relativamente à inserção de dados no sistema de informação da RNCCI
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “As ECLs... cada uma trabalha de uma maneira diferente. E uma pede uma coisa, a outra já diz: ‘Não! Não! Isso é convosco, vocês é que preenchem.’ E depois ninguém se entende. (...) Um dos processos que estávamos a acompanhar... A ECL (...) remete para nós... que nós é que tínhamos que ir à plataforma indicar as datas do consentimento informado e do termo de aceitação para darmos o okay para aguardar vaga. Se for outra ECL qualquer, diz: ‘Não! Não! Somos nós que temos de colocar!’ Portanto, neste aspeto há aqui muita coisa que não está oleada, não está bem.” • “Uma ECL dizer que funciona assim, a outra ECL diz que é de outra maneira. (...) Se não me mandam um email a dizer que eu é que tenho de pôr as datas, ele vai lá estar para pôr as datas. No outro dia tive um caso desses. E eu assim: ‘Então, que raio, mas o processo está aqui, continuar... angariar... angariar...’ Cheguei lá, pus as datas. Isto está no botão de editar... Quando está no botão de editar, está para mim. Está: devolução à EGA. Fui buscar os processos, fui buscar as datas de assinatura das coisas, coloquei lá e pus: ‘documentos angariados’. Conforme ponho ‘documentos angariados’, a colega ainda levou algum tempo a ver que aquilo lá estava e, na reunião delas, é que diz assim (...): ‘Ai, isto já foi angariado. Aguardar vaga!’ Estás a ver o tempo a decorrer? É isto! Agora, a mesma pessoa, (...) desta vez mandou-me um email: ‘Colocar datas.’ Eu fui lá... O que não é normal, porque as outras ECLs é que colocam as datas, mas esta é assim... Coloquei as datas e pus para trás: ‘Efetuado procedimento solicitado.’ E foi para trás... aguardar vaga.” <p style="text-align: right;">[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p>

Tema	4. Articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM
Categoria	4.2. Melhorias da articulação interinstitucional na referência para as unidades residenciais de CCISM

Subcategoria	4.2.1. Articulação de maior proximidade e comunicação mais direta e personalizada entre os profissionais referenciadores dos hospitais e as ECL da RNCCI
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Às vezes há coisas que, se calhar, num telefonema respondia-se em vez de ter que mandar o processo para trás, para a equipa da EGA responder, para depois devolver à ECL."</i> [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico]
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Não sei se há hipótese de promover um maior diálogo entre os vários intervenientes. (...) Pode gerar ganho..."</i> [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Às vezes há formas de conseguir desbloquear algumas situações que ficam pendentes por algum dado ou por alguma situação que fique na plataforma por esclarecer. (...) Eu fui tendo essa visão sobre como agilizar... Poderia ser mais fácil por telefone do que por email. Porque, às vezes, as enfermeiras... Quando eu ligava para as ECLs davam-me o número de telemóvel pessoal e tudo para ser mais fácil nós contactarmos."</i> [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"A nossa comunicação com eles (...) tem sido sempre através daquele site e daqueles formulários. E acho que há uma coisa que impede aqui, muitas vezes, não haver um contacto mais próximo para tentar-lhes explicar o que é que se passa, (...) qual é que era a hipótese (...). (...) Acho que, muitas vezes, nem nós, se calhar, podemos estar com a total segurança de estarmos a referenciar para o sítio certo nem eles depois, ao analisarem aquilo, perceberem ao certo o que é que se passa com este doente e qual é que seria, realmente, aqui o melhor local ou o melhor tratamento ou a melhor hipótese para aquele doente. Acho que havendo, se calhar, uma comunicação, um email, um telefonema (...) ou até uma entrevista em conjunto, poderia ser uma coisa útil para nós, para eles e para o próprio doente."</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Dá para referenciar através dessa plataforma, mas podia-se melhorar nesse aspeto de haver um canal mais próximo ou alguma disponibilidade... (...) uma videochamada, (...) alguma coisa que fosse mais fácil de explicar quem é que é o doente e aquilo que nós pretendíamos..."</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"A nível externo, acho que era importante uma articulação menos burocrática e mais fluída. (...) Tentar promover uma articulação mais pessoal para tentar perceber melhor quais é que são as limitações para aquele doente não ser aceite naquele sítio."</i> [Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral]
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"A articulação entre nós – equipa hospitalar – e as equipas locais, se continuar sempre a ser feita de uma forma mais próxima, com uma maior proximidade, eu acho que isso também ajuda a que, efetivamente, seja mais eficaz."</i> • <i>"Se houvesse sempre uma pequena reunião com as equipas locais, diretamente... se houvesse um contacto próximo, direto, sem ser só o registo escrito, se calhar conseguíamos discutir o caso e, na própria reunião, decidir algumas coisas em relação a estes doentes. Só que nem temos número de pessoas suficientes nem temos equipas locais que se consigam deslocar aos hospitais para fazer este tipo de reuniões. E, portanto, não é viável. Mas era uma coisa que, se calhar, fazia algum sentido. Porque, na verdade, o que nós enviamos é um relatório clínico, de enfermagem e social do doente... com a descrição da história clínica toda do doente... e social."</i> [Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral]

Subcategoria	4.2.2. Revisão do modelo de organização e funcionamento da RNCCI-SM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Eu, sinceramente, acho que as ECLs não deviam existir. (...) Se não houvesse ECL e houvesse toda uma ECR... porque, no final, são eles que definem as vagas e a alocação dos doentes. Então porque é que a EGA não fala diretamente com a ECR e tem que falar com um estatuto intermédio? Que, mesmo que diga que sim, depois ainda vai à ECR. (...) Se eles [ECR] estivessem bem apetrechados, não valia a pena existirem ECLs. (...) Melhor apetrechados e com dedicação plena para ver estas questões da Rede, se calhar fariam melhor do que (...) centenas de profissionais, com dedicações parciais a estes casos. (...) Claro que precisavam de ter enfermeiros e médicos lá dedicados e assistentes sociais, sim. Mas, se calhar, a coisa era muito mais rápida."</i> [Médico Psiquiatra – EGA do Hospital Psiquiátrico]
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Mais responsabilização de quem conduz o processo do início ao fim e não passando por tantos intervenientes."</i> [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico]
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Para mim, a ECL e a EGA deveriam ser organismos só (...) para aquele fim! Trabalhar os casos e avaliá-los e transmiti-los para ficarem a aguardar vaga. (...) Acho que agilizava imenso se a ECLs não fossem só reunir de semana a semana, uma vez que os processos entram e têm que ser trabalhados. (...) As ECLs poderem reunir com mais periodicidade e poderem avaliar os processos em timings..."</i> [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]

	<ul style="list-style-type: none"> • “A questão tem a ver com o facto de esta Rede estar integrada na Rede dos Cuidados Continuados Integrados, não como a dos Paliativos à parte. Eu acho que era melhor que tivesse numa coisa à parte para também ter uma noção diferente de quem são estes doentes. (...) O facto de a Rede dos Paliativos ser separada é uma mais-valia para nós, profissionais, e para os doentes. E acho que, um dia, poderia ser por aí o caminho da Rede de Saúde Mental para haver realmente uma visão enquadrada do que é que é um doente mental grave.” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]
Subcategoria	4.2.3. Revisão e consensualização dos critérios de referenciação e admissão nas unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Os critérios também ajudam a balizar (...) o sentido da referenciação. (...) É importante que existam critérios e que sejam critérios bem definidos e bem consensualizados, porque senão andamos sempre em zonas nublosas de indefinição e de indecisão.” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Acho que os critérios não foram bem pensados em termos da saúde mental. Eu não posso pensar que um doente mental com a patologia que tem, que cria uma certa instabilidade, que vai ter uma permanência de um ano e consegue-se orientar e gerir a situação e planificar a alta daquele doente de uma forma autónoma, sem qualquer tipo de supervisão. É impensável. Por isso, (...) os critérios de admissão à Rede na área da Saúde Mental deveriam ser revistos.” [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Nesta fase em que não se conhece tão bem a Rede e em que não se percebe tão bem o que eles fazem, se calhar ter uns critérios mais abrangentes. (...) Alargar aqui os critérios.” [Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral] • “Era importante eu saber quais são os reais critérios de admissão nas unidades, dado que a legislação apresenta uns, mas depois com as recusas descobrimos outros que não sei onde é que estão escritos. (...) É necessário ser feita uma atualização da legislação com base nos critérios que realmente, agora, passado muito tempo de utilização da Rede... os critérios de admissão e de exclusão que estão a ser. Porque os que estão na Rede, nós baseamo-nos na legislação, depois é que referenciamos as pessoas. Depois são recusados por critérios de exclusão a que nós não tínhamos acesso, (...) que não estão na legislação e que ninguém compreende muito bem, mas simplesmente existe uma autoridade.” [Assistente Social – ER aos CCISM do Hospital Geral]
Subcategoria	4.2.4. Simplificação e uniformização dos procedimentos inerentes à avaliação dos processos de referenciação hospitalar para as unidades residenciais de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Fazer um processo mais linear... (...) devia ser muito simplificado e muito facilitador.” • “Nestes processos haveria sempre a possibilidade de se agilizarem alguns passos. Vai para a frente, vem para trás, vem para trás, vai para a frente... (...) Faltou indicar uma situação num documento... (...) Por exemplo, (...) havia essa informação do agregado familiar (...) e depois, noutro documento, não se faz referência a quem são as pessoas. Vem o processo para trás... (...) Faltou a assinatura do utente...” [Enfermeiro – EGA do Hospital Psiquiátrico] • “Uma das coisas que eu mudava, e que eu acho que é da competência da ECR (...), é a definição concreta das funções (...) da ECL, da EGA. (...) Em termos do processo em si, quem é que faz o quê? Ficar bem definido!” [Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]
Subcategoria	4.2.5. Valorização da informação prestada pelas equipas referenciadoras dos hospitais sobre a priorização de utentes com necessidades de CCISM
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “A entrada na lista tem a ver com a data em que eles ficam em ‘aguarda vaga’, que é quando têm o processo completamente finalizado. E, depois, nós colocamos os doentes pela data em que eles se encontram em ‘aguarda vaga’. Se um doente se encontra a aguardar vaga dia 10, só iremos colocar o de dia 11 caso a vaga disponível não corresponda ao género. Imagine que o de dia 11 é género masculino, dia 12 género feminino, e a vaga disponível para aquela unidade é de género feminino, nós temos que colocar a doente que está a seguir e passa à frente daquele doente. Portanto, (...) um dos requisitos que pode levar a não seguir esta lista é esse, (...) e o outro será o facto de ser considerado prioritário a integração daquele doente e aí a equipa referenciadora justifica a integração daquele doente como prioritário. A equipa referenciadora, validado pela ECL.” [Enfermeira – ECR da RNCCI]

	<ul style="list-style-type: none"> • “Existe sempre uma caixa de observações na plataforma de referênciação. E o que tentamos sempre fazer é, de certa forma, fazer um resumo com as necessidades mais evidentes do doente e com a necessidade de maior ou menor urgência de encontrar uma unidade para este doente. Porque há doentes que precisam de unidades mais rapidamente consoante o grau de que dependem. E tentamos sempre, em conjunto com o médico, elaborar um texto que identifique todas essas necessidades, quer a nível das atividades de vida, quer a nível das competências sociais e emocionais, a nível comportamental, a família, o suporte familiar, os apoios que já tiveram... (...) Achando sempre que isso pode ter algum peso na decisão do ingresso. (...) Tem que haver uma avaliação daqueles que são mais urgentes ou que a situação implica uma maior rapidez de resposta.” <p>[Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p>
--	--

Subcategoria	4.2.6. Clarificação dos fundamentos de rejeição das propostas de referênciação para as unidades residenciais de CCISM e aconselhamento sobre as tipologias adequadas
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Haver uma comunicação entre as equipas (...) mais eficaz para perceber porque é que foi rejeitado (...) neste sítio, se deve ser referenciado para outro... Porque nós já tivemos casos em que nos rejeitaram alguns doentes, mas não nos deram outra solução. (...) Podiam rejeitar (...) para aquele tipo de residência, (...), mas dizer: ‘Nós achamos que nesta estrutura não, mas poderia ter benefício em ir para outra estrutura.’ Podia ser, pelo menos, aqui uma ajuda. Se o doente não tem indicação para aquele sítio, se eles têm outro sítio onde possa ter indicação, podiam-nos sugerir isso. Ou, então, (...) entrar em contacto connosco e nós (...) tentar explicar de uma forma se calhar mais completa porque é que achamos que os doentes beneficiariam de ir para aquela estrutura e, se estivermos errados, eles então corrigirem-nos e ensinarem-nos e dizerem-nos quais é que são as outras opções que têm. (...) Acho que era muito vantajoso isso. Se nos rejeitam nesta tipologia, poderem-nos sugerir outra. (...) Facilitava-nos imenso a nós e (...) era benéfico para os doentes.” • “Seria muito bom explicarem-nos realmente o que é que existe, como é que existe e o que é que se deve fazer e para onde é que se deve fazer e, se rejeitaram, então realmente justificar e explicar-nos porquê e o que é que sugeriam. (...) Explicar-nos onde é que estamos a referenciar mal. (...) Acho que deviam informar e explicar e justificar porque é que (...) foi rejeitado e sugerir outro tipo de residência ou tratamento ou de estrutura. (...) Poderia ser uma coisa bastante útil para nós. Pelo menos para mim, como clínico e como médico, porque acaba por ser uma função que ultrapassa um bocadinho o nosso trabalho do dia a dia.” <p>[Médico Psiquiatra – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Às vezes, até o feedback que eles nos enviam é: ‘Olhem, eu até acho que este doente não é para uma residência de grau moderado, mas para uma de elevado.’ E aí temos que fazer uma nova referênciação, porque a primeira referênciação já tem a avaliação feita e nós temos que reestruturar novamente. (...) Não é sempre, mas já aconteceu a equipa fazer uma sugestão. (...) Eles até dizem: ‘Olhem, revejam o processo do doente, façam nova avaliação do doente e vejam se, eventualmente, ele não se encaixaria noutra tipologia de residência ou noutra tipologia de resposta.’” <p>[Enfermeira – ER aos CCISM do Hospital Geral]</p>

Subcategoria	4.2.7. Realização de reuniões periódicas entre as equipas referenciadoras dos hospitais e as equipas de coordenação regional e local da RNCCI
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> • “Não há reunião de avaliação das situações que possam estar a correr muito menos bem entre a ECL, a ECR e nós. (...) Não é só a ECL (...) que tem que se juntar com a EGA daquela área, porque (...) nós articulamos com as várias ECLs para onde estamos a referenciar (...) para a saúde mental. (...) Para mim deveria haver, periodicamente, encontros entre as ECLs, as EGAs e as ECRs. (...) Coisas em que pudesse haver assim um brainstorming, uma chuva de ideias para tentarmos perceber onde é que podemos criar alternativas, se efetivamente as respostas existentes são as adequadas, se temos que trabalhar com as unidades outro tipo de metodologias (...) para poder haver maior rotatividade dos doentes. Estas reuniões (...) eram importantes! (...) As EGAs não podem dizer assim: ‘Neste ano houve este, este, este e este caso referenciado, cancelaram este, este e este... porque é que houve cancelamentos?’ Trabalharmos isto! Porque é que houve cancelamentos? Por causa do tempo de espera? As pessoas conseguiram encontrar outras alternativas, cancelou-se. Ficou sem efeito... porque é que ficou sem efeito? Isto não há!” • “Eu acho que essas reuniões conjuntas chegam para cada um perceber onde é que se deve colocar.” <p>[Assistente Social – EGA do Hospital Psiquiátrico]</p>