



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Viabilidade Económica de uma Equipa de Apoio ao Domicílio na área da saúde mental

Bárbara Oliveira Almeida

Universidade Católica Portuguesa, Católica Business School

Abril 2025



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Viabilidade Económica de uma Equipa de Apoio ao Domicílio na área da saúde mental

Trabalho Final na modalidade de Relatório de Estágio
apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Gestão

por

Bárbara Oliveira Almeida

sob orientação de
Professora Maria Helena Correia

Universidade Católica Portuguesa, Católica Business School
Abril 2025

Agradecimentos

A realização deste trabalho representa o fim de uma etapa importante da minha vida acadêmica, e, para isso, muitas pessoas foram essenciais ao longo desse percurso, às quais expresso a minha mais profunda gratidão.

À Professora Helena, minha orientadora de tese, agradeço a paciência, orientação e sabedoria transmitidas ao longo deste processo. O seu apoio incondicional, incentivo e rigor acadêmico foram fundamentais para a construção deste trabalho. A sua dedicação e conhecimento foram fonte de inspiração para ir além e procurar sempre a excelência.

Ao Dr. Ângelo, meu orientador de estágio, deixo os meus sinceros agradecimentos pela orientação prática e pelo conhecimento adquirido durante o estágio. Agradeço pela experiência e por me ter proporcionado um ambiente de estágio tão enriquecedor.

Ao meu colega e amigo Alexandre, com quem compartilhei a jornada do estágio, agradeço a parceria, troca de ideias e apoio mútuo em todos os desafios que enfrentamos juntos. A nossa convivência foi marcada por respeito, colaboração e amizade, e isso tornou esta etapa ainda mais gratificante.

A todos, o meu muito obrigada!

Resumo

A presente dissertação propõe-se a analisar a viabilidade económica e a eficiência da implementação de uma Equipa de Apoio ao Domicílio (EAD) em Saúde Mental no Hospital Conde Ferreira, no âmbito de um contexto mais amplo de transformação dos paradigmas de prestação de cuidados em saúde mental. Com base numa abordagem de Design Science Research, o estudo conjuga dados financeiros, análise de documentos, entrevistas semiestruturadas e estudo comparativo com uma EAD já existente — a das Irmãs Hospitaleiras de Braga — com o objetivo de avaliar o impacto económico e organizacional desta resposta inovadora.

A revisão da literatura permitiu identificar as principais tendências nacionais e internacionais no domínio da saúde mental, nomeadamente o reforço da reabilitação psicossocial, a desinstitucionalização e a centralidade do utente nos processos terapêuticos. O modelo da EAD surge como uma resposta ajustada a essas exigências, promovendo a continuidade dos cuidados em contexto domiciliário, a autonomia do utente e a sua integração na comunidade.

Os resultados da análise económica demonstraram que o custo médio por paciente em regime de internamento convencional é significativamente superior ao da EAD, evidenciando a eficiência financeira do novo modelo. Verificou-se ainda que o projeto apresenta um retorno económico positivo (ROI) e um período de retorno do investimento inferior a dois anos, mesmo em cenários conservadores. As entrevistas revelaram perceções favoráveis à implementação da EAD, destacando vantagens como a proximidade ao utente, a humanização dos cuidados e a redução de internamentos prolongados.

Conclui-se que a implementação da EAD no Hospital Conde Ferreira é viável, sustentável e alinhada com os princípios orientadores das políticas de

saúde mental em Portugal, representando uma solução promissora para a modernização dos cuidados, a eficiência na gestão de recursos e a promoção do bem-estar dos utentes.

Palavras-chave: Saúde mental; Equipas de Apoio ao Domicílio; Eficiência económica; Cuidados comunitários; Reabilitação psicossocial.

Abstract

This dissertation aims to analyze the economic feasibility and operational efficiency of implementing a Home Support Team (EAD) in Mental Health at the Hospital Conde Ferreira, within the broader context of evolving paradigms in mental health care delivery. Based on a Design Science Research approach, the study combines financial data, document analysis, semi-structured interviews, and a comparative case study with an existing EAD — that of the Hospital Sisters of Braga — to assess the potential economic and organizational impact of this innovative care model.

The literature review highlighted national and international trends in mental health, namely the emphasis on psychosocial rehabilitation, deinstitutionalization, and patient-centered care. The EAD model emerges as a response aligned with these goals, by promoting continuity of care in the home setting, fostering user autonomy, and encouraging community integration.

The economic analysis revealed that the average cost per patient in conventional inpatient care is significantly higher than in the EAD model (€1,427.71 vs. €60.67), demonstrating its financial efficiency. Additionally, the project showed a positive return on investment (ROI) and a payback period of under two years, even in conservative scenarios. Interviews conducted with professionals confirmed favorable perceptions regarding the implementation of EAD, especially in terms of proximity to users, humanization of care, and reduction in long-term hospitalizations.

It is concluded that the implementation of a Home Support Team at Hospital Conde Ferreira is viable, sustainable, and consistent with the guiding principles of Portuguese mental health policy, representing a promising solution

for modernizing care, improving resource management, and enhancing the well-being of service users.

Keywords: Mental health; Home Support Teams; Economic efficiency; Community care; Psychosocial rehabilitation.

Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	x
Índice	xiii
Índice de Figuras.....	xvi
Índice de Tabelas	xviii
Índice de Gráficos	xx
Introdução.....	1
Capítulo 1. Enquadramento Teórico.....	5
1. Setor de Saúde em Portugal	5
2. Saúde Mental: evolução do conceito e importância.....	9
2.1. Evolução do setor de saúde mental em Portugal	12
2.2. Apoio ao domicílio na saúde mental	15
3. Financiamento no setor da saúde mental	17
Capítulo 2. Metodologia	23
Capítulo 3. Projeto de Implementação da EAD no Hospital Conde Ferreira	27
1. O Centro Hospitalar Conde Ferreira	27
O Centro Hospitalar Conde Ferreira (CHCF) é uma unidade de saúde mental, localizada na cidade do Porto, inaugurado em 1883, sendo um dos primeiros hospitais especialmente dedicado à prestação de cuidados de saúde a pacientes com distúrbios psiquiátricos em Portugal. Foi fundado através de fundos provenientes da herança de Joaquim Ferreira dos Santos (Conde Ferreira).	27
2. Projeto de implementação da Equipa de Apoio ao Domicílio no Hospital Conde Ferreira	29
3. Análise da viabilidade económica da implementação do projeto	33
3.1. Impacto económico comparativo da EAD em relação aos serviços hospitalares tradicionais de saúde mental	33
3.1.1. Modelo de Internamento	34
3.1.2. Modelo de Internamento	36
Capítulo 4. Discussão e Resultados.....	42
Capítulo 5. Conclusões	46
Declaração de IA generativa e tecnologias assistidas por IA no processo de redação	49
Bibliografia.....	50

Lista de <i>Prompts</i>	55
Apêndices	56
 Apêndice 1- Entrevista a membros da EAD das Irmãs Hospitaleiras	 56
Apêndice 2 – Guião de entrevista a membros do CHCF	61
Anexos.....	69

Índice de Figuras

Figura 1- Metas a concretizar no âmbito do investimento RE-C01-i03. Fonte: (Xavier,2024)	19
Figura 2-RE-r02:Reforma de Saúde Mental. Fonte: (Xavier,2024)	20
Figura 3- RE-C01-i3- Investimento. Fonte:(Xavier,2024).....	21
Figura 4-Resultado do questionário de avaliação de Qualidade de vida dos pacientes da EAD. Fonte: (Irmãs Hospitaleiras Braga,2024)	30

Índice de Tabelas

Tabela 1- Grau de satisfação dos utentes da EAD. Fonte:(Irmãs Hospitaleiras Braga,2024)	30
Tabela 2- Custos Diretos e Indiretos Hospital Conde Ferreira. Fonte: Base de dados Hospital Conde Ferreira, elaboração própria.....	34
Tabela 3-Capacidade e taxa de ocupação das camas do Hospital. Fonte:Hospital Conde Ferreira (elaboração própria)	35
Tabela 4-Aquisições para o projeto de implementação da EAD. Fonte: (Hospital Conde Ferreira, 2024).....	37
Tabela 5- Remuneração dos Recursos Humanos da EAD	38
Tabela 6- Amortizações das aquisições para a EAD. Fonte: elaboração própria.....	38

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Número de diárias do Hospital Conde Ferreira. Fonte: Base de dados Hospital Conde Ferreira	35
---	----

Introdução

Nas últimas décadas, a área da saúde mental tem vindo a assumir um lugar central nas preocupações sociais e políticas, impulsionada por um conjunto de transformações demográficas, económicas e culturais que exigem respostas mais humanas, eficientes e sustentáveis. A crescente prevalência de doenças mentais, o envelhecimento da população, a cronicidade dos quadros clínicos e a sobrecarga dos sistemas hospitalares têm pressionado os serviços de saúde a evoluírem para modelos de cuidados mais próximos da comunidade e centrados no utente.

Paralelamente, o paradigma da saúde mental tem-se deslocado da institucionalização prolongada para a reabilitação psicossocial, refletindo uma transição histórica apoiada em políticas públicas nacionais e internacionais, como a Lei n.º 36/98, o Plano Nacional de Saúde Mental e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Estas iniciativas promovem cuidados integrados, multidisciplinares e territorialmente próximos, capazes de respeitar a dignidade do indivíduo e fomentar a sua autonomia.

Neste cenário, emergem as Equipas de Apoio ao Domicílio (EAD) como uma solução inovadora, que visa assegurar a continuidade dos cuidados a pessoas com perturbações mentais graves no seu meio natural de vida. Este modelo proporciona um acompanhamento clínico, psicossocial e funcional por uma equipa especializada, promovendo a integração comunitária do utente,

reduzindo os internamentos desnecessários e contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde.

A pertinência desta resposta torna-se ainda mais evidente no contexto pós-pandemia da COVID-19, que evidenciou as fragilidades das estruturas hospitalares, aumentou os indicadores de sofrimento psicológico e acelerou a adoção de soluções tecnológicas no setor da saúde. A EAD posiciona-se, assim, como um modelo híbrido, que alia o cuidado presencial à possibilidade de utilizar ferramentas de telemedicina e monitorização remota, otimizando recursos e potenciando ganhos em saúde.

O presente trabalho final de mestrado insere-se neste contexto de inovação e mudança. Desenvolvido no âmbito do estágio curricular realizado no Hospital Conde Ferreira, de setembro a dezembro de 2024, o estudo visa analisar a viabilidade económica e a eficiência operacional da implementação de uma Equipa de Apoio ao Domicílio em Saúde Mental nesta instituição. Para tal, recorre-se a uma abordagem metodológica mista, conjugando análise financeira, estudo de caso comparativo e recolha de perceções qualitativas através de entrevistas a profissionais de saúde.

A escolha do Hospital Conde Ferreira prende-se com a sua longa tradição na prestação de cuidados em saúde mental e com a abertura demonstrada à inovação organizacional. Através da análise comparativa com a EAD das Irmãs Hospitaleiras de Braga, este estudo pretende aferir não apenas o impacto económico da proposta, mas também a sua adequação às necessidades dos utentes, à capacidade técnica da instituição e ao quadro normativo vigente.

O presente relatório estrutura-se da seguinte forma: após a introdução e contextualização do tema, apresenta-se a metodologia adotada, segue-se uma revisão da literatura sobre saúde mental, cuidados domiciliários e eficiência económica em saúde. Posteriormente, é descrito o projeto de implementação da EAD no Hospital Conde Ferreira e discutidos os principais resultados obtidos.

Por fim, são apresentadas as conclusões, limitações do estudo e sugestões para investigação futura.

Capítulo 1. Enquadramento Teórico

1. Setor de Saúde em Portugal

A saúde representa um bem essencial, transversal a toda a população, sendo, por isso, uma área de extrema importância para o Portugal. (Mendes & André, 2017). A sua relevância estende-se para além da dimensão clínica ou individual, impactando de forma significativa a esfera económica e social. Conforme referenciado por Paulo (2010), a saúde tem vindo a ganhar importância como um determinante fundamental do bem-estar económico, uma vez que o estado de saúde dos cidadãos influencia não apenas o seu bem-estar físico e psicológico, mas também a sua produtividade, rendimento e estabilidade financeira.

Atualmente, o crescimento económico é influenciado por diversos fatores associados ao setor da saúde, nomeadamente o peso da despesa pública e privada no produto interno bruto (PIB). Quando esta despesa atinge níveis elevados, as opções de financiamento tornam-se mais restritas, limitando a margem de investimento noutras áreas estratégicas, como a educação e a inovação. Neste sentido, o setor da saúde posiciona-se como um eixo central da economia e da sociedade portuguesas, refletindo e sendo influenciado pela conjuntura macroeconómica, tanto nacional como internacional.

Desde 1979, o sistema de saúde português assenta fundamentalmente no Serviço Nacional de Saúde (SNS), cuja missão primordial é garantir o acesso

universal e tendencialmente gratuito a cuidados de saúde, independentemente da condição socioeconómica dos cidadãos (Paulo, 2010). Este sistema coexiste com uma rede diversificada de prestadores públicos e privados, incluindo hospitais (que oferecem cuidados diferenciados, como cirurgias e consultas especializadas), Unidades de Saúde Familiar (USF), clínicas, laboratórios e postos médicos, cada um contribuindo de forma distinta para a prestação de cuidados de saúde à população. Embora a maioria das empresas privadas no setor da saúde seja de pequena e média dimensão, grupos hospitalares como a CUF, Lusíadas e Trofa Saúde têm vindo a assumir um papel cada vez mais relevante no panorama nacional.

A nível geográfico, persistem assimetrias significativas na distribuição dos recursos e serviços de saúde. As regiões metropolitanas, particularmente Lisboa e Porto, concentram a maioria das unidades hospitalares e profissionais de saúde, enquanto as regiões do interior continuam a evidenciar défices na cobertura assistencial. Esta disparidade territorial reflete-se, inevitavelmente, em desigualdades no acesso e na qualidade dos cuidados prestados.

Em termos de emprego, o setor da saúde é um dos mais representativos da economia portuguesa, tendo alcançado, em 2022, cerca de 5,3% do emprego total nacional, segundo dados da Pordata (2022). Este peso tem vindo a aumentar de forma progressiva desde 1960, ano em que se situava nos 1,2%. Ainda assim, quando comparado com outros países europeus, Portugal ocupa uma posição intermédia (14.^a), sendo a Finlândia, a Dinamarca e a Alemanha os países onde o setor da saúde emprega maior percentagem da população ativa. A pandemia de COVID-19 veio acentuar o reconhecimento do setor como estratégico, impulsionando o recrutamento de profissionais e o reforço do investimento em recursos humanos.

Entre 1970 e 1994, registou-se um aumento de cerca de 127% no número de efetivos no setor, acompanhado por uma redução dos profissionais com

menor qualificação, sinalizando uma crescente especialização. Esta tendência manteve-se nas décadas seguintes, com particular incidência a partir do final dos anos 1980. Em 2018, foram contratados 3.469 profissionais em regime sem termo, enquanto 881 trabalhadores se aposentaram, destacando-se a saída de assistentes operacionais (41%), médicos (31%) e assistentes técnicos (11%) (Baganha et al., n.d.). A escassez de profissionais face à procura levou ao recrutamento intensivo de médicos recém-especialistas.

Também a distribuição territorial dos recursos humanos apresenta desequilíbrios: as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte concentram mais de 70% dos profissionais de saúde, sendo o remanescente distribuído entre o Centro (19,1%), o Alentejo (4,9%) e o Algarve (4,5%) (Paulo, 2010). Esta força de trabalho é maioritariamente composta por profissionais altamente qualificados, com 64,3% a deterem formação superior, nomeadamente médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapeutas (Serviço Nacional de Saúde, 2018). A composição de género é dominada pelo feminino, com uma taxa de feminização de 76,5%, destacando-se os enfermeiros (83,5%) e os técnicos superiores de saúde (86,2%). A média etária situa-se nos 44 anos, sendo que os médicos especialistas apresentam uma idade média de 50 anos e os enfermeiros de 41 anos. O envelhecimento da força de trabalho, sobretudo entre os médicos, constitui um desafio para a sustentabilidade do sistema, exigindo estratégias de renovação e planeamento de longo prazo.

As condições remuneratórias variam substancialmente entre o setor público e privado, sendo os profissionais do SNS frequentemente confrontados com níveis salariais inferiores aos praticados noutros países da União Europeia. Esta discrepância contribui para a emigração de profissionais em busca de melhores condições, agravando a escassez de recursos humanos em Portugal.

A importância económica do setor da saúde tem vindo a crescer de forma sustentada. Em 1966, o seu contributo para o valor acrescentado bruto (VAB)

nacional era de apenas 1,2%. Entre 1974 e 1976, registou-se um pico de crescimento, passando para 2,3%. A pandemia de COVID-19 intensificou esta trajetória, elevando o peso do setor no VAB de 4,9% em 2019 para 5,5% em 2021. Em 2022, observou-se uma ligeira diminuição para 5,2%, embora o investimento em saúde continue elevado (Pordata, 2022).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023), a despesa corrente em saúde aumentou 4,7% em 2023, totalizando cerca de 26,5 mil milhões de euros, o que corresponde a 10% do PIB e a uma média de 2.574,2 euros por habitante. Tanto a despesa pública como a privada registaram crescimentos, motivados pelo aumento da atividade hospitalar e dos cuidados ambulatoriais. No setor público, a principal causa de aumento da despesa prendeu-se com os custos com pessoal, enquanto a redução dos gastos com vacinação e testagem COVID-19 contribuiu para uma diminuição relativa dessa rubrica. Por outro lado, o dinamismo dos prestadores privados esteve na base do aumento da despesa corrente privada.

Portugal continua, no entanto, a apresentar uma despesa em saúde per capita inferior à média da OCDE, apesar de ter uma das esperanças de vida mais elevadas. Em 2022, com uma despesa de 2.437,17 euros por pessoa, o país ocupava a 16.^a posição entre os 27 Estados-Membros da União Europeia (Pordata, 2022). Nesse mesmo ano, destacou-se como o 11.^o país com maior crescimento da despesa corrente em saúde (5,6%), situando-se na 6.^a posição em termos de peso da saúde no PIB (10,5%).

Apesar do reconhecimento da sua cobertura universal e da qualidade de muitos dos seus serviços, o SNS enfrenta constrangimentos significativos, como o subfinanciamento crónico, o envelhecimento populacional e a crescente prevalência de doenças crónicas. A crise financeira de 2008 e, mais recentemente, a pandemia de COVID-19, vieram expor a vulnerabilidade estrutural do sistema,

revelando limitações na sua capacidade de resposta e no modelo de financiamento.

A resposta à pandemia exigiu investimentos massivos em infraestruturas, recursos humanos e equipamentos, ao mesmo tempo que evidenciou a necessidade de modernização do sistema. O Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) veio dar resposta a esta exigência, prevendo investimentos significativos na digitalização e modernização dos serviços de saúde, procurando garantir a sua sustentabilidade futura.

Em suma, o setor da saúde português assume um papel incontornável na economia e no bem-estar coletivo. Apesar dos avanços registados, continuam a colocar-se desafios estruturais, nomeadamente ao nível do financiamento, da equidade no acesso, da valorização dos profissionais e da renovação geracional. A capacidade de responder a estes desafios determinará, em grande medida, a resiliência e eficácia do sistema de saúde nas próximas décadas.

2. Saúde Mental: evolução do conceito e importância

A saúde é considerada um dos bens mais valiosos e essencial para que indivíduos, organizações e sociedades prosperem. Na visão dos gregos antigos, sem saúde, riqueza, sabedoria e habilidades não poderiam ser plenamente alcançadas, aplicadas ou apreciadas. Em linha com os apelos recentes de estudiosos da saúde ocupacional, tanto a saúde física quanto a saúde mental são vistas como formas fundamentais de "capital humano", diretamente associadas ao desempenho económico das organizações e ao progresso das nações. (Keyes & Grzywacz, 2005)

A Saúde Mental é uma parte integrante da saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) define-a como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia,

trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere”(World Health Organization, 2004). É uma dimensão essencial da saúde, ao lado da saúde física, e engloba aspetos emocionais, psicológicos e sociais.

Porém, esta definição é claramente influenciada pela cultura e tradições hedónicas e eudemónicas. No entanto, debates académicos apontam para a necessidade de uma definição que transcenda barreiras culturais e contextos locais.

Conscientes desta necessidade, Galderisi *et.al*, elaboraram uma nova definição inclusiva para evitar declarações restritivas ligadas à cultura onde a saúde mental passa a ser definida como “um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite que os indivíduos usem as suas habilidades em harmonia com os valores universais da sociedade.” (Galderisi *et.al*,2015)

As habilidades cognitivas e básicas incluem a capacidade de reconhecer, expressar e modular as próprias emoções, bem como ter empatia pelos outros. Os valores universais são o respeito e cuidado consigo mesmo e com os outros seres vivos, reconhecimento de conexão entre pessoas, respeito pelo meio ambiente e pela própria liberdade e liberdade dos que nos rodeiam. (Galderisi *et al.*, 2015)

Para Kelly *et al.*,2007, a saúde mental está profundamente conectada à capacidade de reconhecer e responder a sinais de angústia e a limitações no funcionamento diário. Esses fatores são cruciais para a implementação de intervenções precoces, pois um estado de saúde mental bem sustentado promove o bem-estar e a funcionalidade. Para alcançar esse objetivo, é essencial que o conhecimento sobre saúde mental seja amplamente difundido, capacitando jovens e os seus pilares, como familiares e professores, a identificar sinais de transtornos mentais e procurar ou oferecer ajuda de forma eficaz.(Kelly *et al.*, 2007)

Segundo a Comissão das Comunidades Europeias “a saúde mental abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades”.(Portugal, 2008)

O artigo “No Health without Mental Health” (Prince et al., 2007) aborda a relevância das doenças mentais no contexto global de saúde pública onde enfatiza que não existe saúde completa sem saúde mental. O peso das doenças neuropsiquiátricas (depressão, transtornos relacionados com o uso de álcool e substâncias, psicoses e demências) que contribuem significativamente para incapacidades crônicas é de cerca de 14% do peso global das doenças.

Os autores defendem que o impacto das doenças de foro mental está subestimado, especialmente em países de renda média e baixa, onde as prioridades recaem sobre doenças infecciosas e saúde materno-infantil. O artigo relembra a necessidade de integrar intervenções psicossociais na gestão de condições físicas, tais como HIV, tuberculose, e doenças crônicas. Para além disso, destaca a influência da saúde mental nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, como a igualdade de género, redução da mortalidade infantil e o combate ao HIV/SIDA.

Muitos autores defendem a incorporação da saúde mental nas políticas de saúde e sociais, o fortalecimento dos sistemas de saúde com o fim de melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados mentais, e enfatizam a importância da formação dos profissionais de saúde primária no reconhecimento e tratamento baseado em evidências de transtornos mentais.

2.1. Evolução do setor de saúde mental em Portugal

A evolução da saúde mental em Portugal tem sido marcada por transformações significativas nas últimas décadas, refletindo mudanças nas políticas de saúde, na organização dos serviços e na perceção pública sobre as doenças mentais.

Até meados do século XX, o tratamento de pessoas com transtornos mentais em Portugal ocorria maioritariamente em hospitais psiquiátricos, frequentemente em condições precárias e marcado pela estigmatização dos pacientes. Portugal, nas décadas de 1980 e 1990, inspirado pelo movimento de reforma psiquiátrica, iniciou o processo de desinstitucionalização. A promulgação da Lei nº 36/98 foi responsável pelo estabelecimento da organização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), um marco na transição para cuidados comunitários e integrados. Essa lei incentivou a criação de centros de saúde mental comunitários, diminuindo a dependência de hospitais psiquiátricos. (Caldas, 2018)

Em 2012, a Política Nacional de Saúde Mental foi implementada com o objetivo de promover, prevenir e aperfeiçoar os serviços de tratamento e reabilitação de doenças mentais. Atualmente, o país conta com uma rede diversificada de serviços de saúde mental que inclui Unidades de Saúde Mental (USM), centros de dia, serviços de apoio psicossocial e equipas multidisciplinares de apoio ao domicílio. Esta estrutura visa proporcionar cuidados mais próximos das comunidades e reduzir a necessidade de hospitalizações prolongadas.

Dados recentes do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge indicam que os transtornos de ansiedade e depressão são os transtornos de saúde mental mais comuns e prevalentes entre os portugueses. Há um aumento crescente da preocupação em relação a transtornos relacionados com o uso de substâncias, como álcool e drogas. A pandemia COVID-19 exacerbou os desafios

na saúde mental uma vez que os índices de depressão, ansiedade e isolamento social cresceram, cenário este que veio evidenciar a necessidade urgente de fortalecer os serviços de apoio psicológico e desenvolver estratégias eficazes de prevenção. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2020)

Embora o financiamento para a saúde mental em Portugal tenha melhorado nos últimos anos, o setor ainda enfrenta grandes desafios para garantir recursos adequados e a sustentabilidade dos serviços. A implementação das diretrizes da OMS e a adesão contínua a padrões internacionais são prioridades permanentes.

O Plano Nacional de Saúde Mental (2008-2011) representou um avanço significativo na reestruturação dos serviços, com foco na descentralização dos cuidados, promoção de cuidados comunitários e redução da institucionalização. No entanto, o século XXI trouxe novos desafios, como a insuficiência de recursos financeiros, a falta de integração entre os serviços de saúde mental e geral, e a necessidade de maior investimento em políticas públicas de saúde mental e prevenção. Além disso, o estigma em torno das doenças mentais ainda é uma barreira significativa para a implementação de mudanças mais profundas. (Caldas, 2018)

EM 2019, o artigo “Sem mais tempo a perder” publicado pelo Conselho Nacional de Saúde de Portugal (CNS, 2019) enfatiza que os transtornos mentais representam uma das principais causas de incapacidade no nosso país, afetando uma parcela significativa da população. Depressão, ansiedade e transtornos relacionados com o uso de substâncias, como álcool e drogas, são destacados como os mais prevalentes. Apesar do progresso em políticas de saúde mental e da criação de uma rede de cuidados comunitários, muitos desafios permanecem, especialmente relacionados com o acesso desigual a serviços, ao estigma persistente e à falta de integração entre saúde mental e saúde geral. No artigo é mencionado que a distribuição de recursos é assimétrica, onde regiões rurais

apresentam uma maior escassez de profissionais e serviços. Embora a legislação tenha promovido avanços, como é exemplo a Política Nacional de Saúde Mental referida anteriormente, ainda há lacunas significativas no financiamento, na formação de profissionais e na coordenação entre níveis de cuidado.

Recomenda-se maior investimento em estratégias de prevenção e na promoção do bem-estar desde a infância até à vida adulta, com ações intersetoriais que envolvam áreas como educação e trabalho.

Em termos de soluções, o artigo defende uma maior alocação de recursos financeiros e humanos para garantir a sustentabilidade dos serviços. Além disso, propõe o uso de tecnologias, como telemedicina, para ampliar o acesso aos cuidados, especialmente em regiões com menor cobertura. Por fim, enfatiza a importância de campanhas públicas para combater o estigma e promover a alfabetização em saúde mental, sensibilizando a população sobre a importância do tratamento e da reabilitação.(CNS, 2019)

O estigma e a discriminação associados à doença mental são, há muito, considerados como um dos maiores obstáculos à intervenção e apoio nas doenças mentais. Em todo o mundo, as pessoas não procuram, nem obtêm ou mantêm tratamento, devido ao medo, vergonha, recursos deficientes ou falta de informação. As pessoas com doença mental tornam-se, facilmente, vítimas da sua doença e veem os seus direitos fundamentais serem violados, por via da discriminação de que são vítimas.

2.2. Apoio ao domicílio na saúde mental

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) incluem um conjunto de serviços que deveriam articular de forma harmoniosa e complementar unidades residenciais, unidades sócio-ocupacionais e as equipas de apoio domiciliário. Estes Cuidados Continuados Integrados são um dos modelos existentes resultantes do alargamento da capacidade de resposta, considerado pilar do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM). Porém, tornaram-se numa aposta perdida.

Um novo modelo proposto foi a Equipa de Apoio ao Domicílio (EAD), cujos destinatários são indivíduos com doença mental grave, clinicamente estabilizada, mas que necessitam de um programa adaptado ao seu grau de capacidade psicossocial que será realizado no seu próprio domicílio, domicílio de familiares ou equiparado. Este plano denomina-se Plano Individual de Intervenção (PII) e tem como objetivo três áreas de reabilitação: competências relacionais, organização pessoal e/ou doméstica e o acesso a recursos na comunidade. No início, são traçados objetivos intermédios e finais, sendo que o objetivo final atingido coincide com o término do PII, desencadeando a saída da equipa, porém, assegurando cuidados sempre que necessários. (*View of Perspective on Mental Health in Portugal*, n.d.)

Na revisão de literatura realizada por Towicz et al., os cuidados de saúde de pessoas com doenças mentais (bipolaridade, depressão severa, esquizofrenia, entre outras) passou por uma revolução longos dos últimos 50 anos, passando de modelos institucionais para modelos baseados na comunidade. Neste artigo, os cuidados ao domicílio contribuem para que os pacientes sejam acompanhados de forma a não precisarem de internamento hospitalar, sendo que as equipas multidisciplinares funcionam 24 por 7. (24 horas e 7 dias por semana)

Na análise feita pelo autor são avaliados fatores como a qualidade de vida do paciente, grau de satisfação, saúde e função social. Os resultados mais comuns encontrados foi o efeito da EAD nas taxas de admissão dos hospitais e nos dias de internamento. (Towicz et al., 2021)

A pesquisa bibliográfica deste artigo inclui literatura como relatórios governamentais, comentários e editoriais, pesquisas qualitativas e quantitativas de países como o Reino Unido, a Alemanha, o Taiwan, a Austrália e Espanha.

As funções da EAD nos países onde foram implementadas foram comuns: abordar e identificar os “gatilhos” de crise, psicoeducação, gestão de sintomas, prescrição e supervisão de medicação, apoio prático e de transição de volta à comunidade e outros serviços. (Towicz et al., 2021)

Esta pesquisa literária do autor Towicz et al. permitiu tirar conclusões sobre impacto esperado deste modelo de resposta na eficiência dos cuidados de saúde mental. Em termos de satisfação dos pacientes concluiu-se que foi elevada, onde os pacientes mostraram preferir o tratamento ao domicílio devido ao facto de se sentirem ouvidos como pessoa, à facilidade de acesso e disponibilidade da equipa assim como ao poder de escolha e envolvimento ativo do paciente nos cuidados prestados. A taxa de admissão e os dias de internamento reduziram devido à introdução deste modelo de tratamento, embora em termos de melhorias de sintomas alguns estudos analisados pelo autor apresentam uma melhoria enquanto outros não apresentam uma melhoria significativa, mostrando-se pelo menos equivalente á melhoria apresentada pelo tratamento hospitalar.

Wasylenki et al., Harrison et al. e Kilian et al. nos seus estudos concluíram que os custos do modelo de cuidados ao domicílio são inferiores quando comparados com os custos do internamento hospitalar.

3. Financiamento no setor da saúde mental

Um financiamento adequado para a saúde mental é essencial para superar os desafios relacionados com a disponibilidade e com a qualidade dos serviços. A OMS aponta investimentos insuficientes nessa área que têm contribuído para lacunas críticas nos sistemas de saúde mental em diversos países. O relatório de saúde mental do Parlamento Europeu recomenda que os governos aumentem significativamente os recursos destinados à saúde mental, promovendo a integração desses serviços nos sistemas de saúde gerais, além de assegurar a eficiência e transparência no uso dos fundos. Também enfatiza a importância de desenvolver estratégias de financiamento sustentáveis, envolvendo múltiplos setores e fontes, como governos, organizações não governamentais e o setor privado, para garantir a continuidade e a melhoria dos serviços oferecidos (Cerdas,S, 2023).

Em Portugal, o financiamento na área da saúde mental tem vindo a ser reforçado nos últimos anos através de iniciativas governamentais e programas específicos. (Xavier *et al*, 2024)

No relatório da reforma de saúde mental de 2024, o Conselho Nacional das Políticas de Saúde Mental estabeleceu dois objetivos gerais: obtenção de uma linha de financiamento para investimento e criação de um novo modelo de financiamento dos Serviços Locais de Saúde Mental.

O consubstanciamento do primeiro objetivo foi feito com a atribuição de fundos no contexto do PRR. Por outro lado, o segundo consistiu na criação dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) de saúde mental.

O CRI de saúde mental é definido pelo SNS como “uma estrutura orgânica de gestão intermédia que visa potenciar a prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade, eficácia e eficiência dos recursos aplicados, contribuindo para

maior satisfação dos doentes e dos profissionais.” (Centros de Responsabilidade Integrados | CHU de São João, n.d.)

Segundo o escrito na portaria, os CRI constituem-se como uma alteração de paradigma face à organização tradicional das unidades hospitalares, potenciando a melhoria do acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), mediante a adoção de lógicas assistenciais colaborativas e participadas e o aproveitamento de sinergias e complementaridade de funções e especialidades. (Diário da República,2025)

A implementação dos CRI na área da saúde mental é parte integrante das metas estabelecidas no PRR, visando uma resposta mais eficaz e integrada às necessidades da população. (Diário da República,2025)

O Mecanismo de Recuperação e Resiliência no Regulamento 2021/241 enquadra o PRR que foi criado com o intuito de mitigar os impactos da pandemia nas economias europeias. Na área da saúde mental foca-se em duas dimensões: metas/marcos de reforma (RE-r02) e o investimento (RE-C01-i3), presentes na figura 1 e 2, respetivamente. (Xavier *et al*, 2024)

Na dimensão da Reforma de Saúde Mental (RE-r02), 5 eixos de intervenção foram definidos, enquadrando-se na estratégia de implementação do PNSM.



Figura 1- Metas a concretizar no âmbito do investimento RE-C01-i03. Fonte: (Xavier,2024)



Figura 2-RE-r02:Reforma de Saúde Mental. Fonte: (Xavier,2024)

Na dimensão do investimento, foi aplicado um montante de, aproximadamente 88 milhões de euros, com uma agenda de intervenção sumariada na figura 3.



Figura 3- RE-C01-i3- Investimento. Fonte:(Xavier,2024)

Em (Puerto Casasasnovas *et al.*, 2023) são analisadas as diferenças entre modelos de gestão direta (estatal) e indireta (cofinanciamento público-privado) no setor de saúde mental em sistemas de saúde públicos. A pesquisa abrange o período de 2006 a 2017 e explora como fatores financeiros e macroeconómicos influenciam o gasto *per capita* em saúde mental.

O estudo identifica que os modelos de gestão direta apresentam gastos *per capita* mais elevados em saúde mental (€1.575 por habitante), quando comparados com os modelos indiretos (€1.314 por habitante). No entanto, os sistemas de gestão indireta apresentam uma melhor equidade na distribuição dos recursos, com menor variação entre regiões e maior acesso aos serviços em áreas rurais ou economicamente desfavorecidas

No âmbito da gestão direta, o retorno sobre ativos das instituições e a proporção de gastos em saúde mental em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) foram os principais determinantes do investimento. Em contraste, nos sistemas de gestão indireta, o PIB *per capita* e o fluxo de caixa dos prestadores de serviços de saúde mental emergiram como variáveis críticas para determinar os gastos

O artigo também analisa o impacto das crises económicas, como a de 2008-2013, sobre o financiamento da saúde mental. Durante esse período, ambas as formas de gestão enfrentaram redução nos gastos, mas os sistemas de gestão direta foram menos afetados, devido à sua maior dependência de financiamento estatal. No entanto, a recuperação pós-crise foi mais rápida em regiões com gestão indireta

Além disso, a pesquisa aponta para desafios na sustentabilidade dos modelos de gestão. Enquanto os sistemas diretos enfrentam dificuldades relacionadas com a dependência de orçamentos públicos, os sistemas indiretos lidam com a busca por eficiência económica, que pode comprometer a qualidade do atendimento em períodos de restrições financeiras.

Os autores concluem que nenhum dos modelos é intrinsecamente superior, mas que ambos apresentam vantagens e limitações. Eles sugerem que a escolha entre gestão direta e indireta deve considerar não apenas o contexto económico, mas também as necessidades específicas da população atendida. Políticas que promovam a combinação de eficiência e equidade são recomendadas para melhorar a sustentabilidade e a qualidade dos serviços de saúde mental.

Por fim, o estudo destaca a importância de abordagens baseadas em evidências para formular políticas públicas, garantindo que o financiamento em saúde mental seja proporcional às necessidades da população e alinhado com as metas de inclusão e acessibilidade. (Puerto-Casasnovas *et al.*, 2023)

Capítulo 2. Metodologia

A elaboração deste relatório baseou-se numa abordagem inicial ao tema, juntamente com uma pesquisa bibliográfica relevante sobre saúde mental, financiamento no setor da saúde, a composição e funcionamento da Equipa de Apoio ao Domicílio (EAD), bem como a importância e evolução da saúde mental em Portugal.

Foi incluído um estudo de caso para exemplificar a viabilidade económica e a eficiência da implementação da EAD. Este estudo incidiu sobre duas instituições de referência: o Hospital Conde Ferreira, onde a EAD será implementada, e a EAD já em funcionamento das Irmãs Hospitaleiras em Braga. A análise comparativa entre as duas equipas permitiu identificar boas práticas, desafios e oportunidades associadas a este modelo de resposta em saúde mental.

Além disso, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com membros do corpo clínico e da administração do Hospital Conde Ferreira, bem como com profissionais da EAD das Irmãs Hospitaleiras de Braga, com o objetivo de recolher perceções sobre a eficiência e a viabilidade económica deste serviço. As respostas foram analisadas qualitativamente, complementando com uma análise quantitativa que avalia a viabilidade económica do projeto do Hospital Conde Ferreira.

A finalidade deste estudo é contribuir para o conhecimento sobre a sustentabilidade económica e eficiência operacional da EAD como modelo complementar na prestação de cuidados em saúde mental. Pretende-se compreender as intervenções já realizadas, os seus benefícios potenciais, bem

como os desafios que precisam de ser superados, para informar estratégias futuras de implementação e gestão deste tipo de serviço.

Para este estudo, foi essencial consultar várias fontes que permitiram enquadrar o conceito de EAD em saúde mental e identificar formas eficazes de gerir e de integrar este serviço nos sistemas de saúde existentes. Esta abordagem contribuiu para a formulação da seguinte questão de investigação principal: “A Equipa de Apoio ao Domicílio é uma resposta eficiente e economicamente viável para a saúde mental em Portugal?”

Desta questão principal, derivam as seguintes questões secundárias:

“Quais são as principais transformações na saúde mental que justificam a implementação da EAD?”

“Qual o impacto esperado deste modelo de resposta na eficiência dos cuidados de saúde mental?”

“Quais são os benefícios e desafios associados à implementação da EAD no contexto atual do Hospital Conde Ferreira?”

“Como é avaliada a sustentabilidade económica deste modelo de resposta?”

Este estudo caracteriza-se por ser de natureza descritiva e exploratória, com uma abordagem qualitativa e quantitativa, em função das necessidades das questões de investigação.

A investigação qualitativa incluiu a realização de entrevistas e a análise de documentos institucionais, com o objetivo de captar o significado atribuído pelos participantes às suas experiências e decisões. Este método, segundo Bogdan e Biklen (1994), apresenta as seguintes características:

- A fonte direta dos dados são os participantes no seu ambiente natural, sendo o investigador o principal responsável pela recolha;

- O estudo é descritivo, focando-se no processo e não apenas nos resultados;

-A análise dos dados é feita de forma indutiva;

-A investigação procura compreender os significados atribuídos pelos participantes às suas vivências.

As entrevistas realizadas foram aplicadas a profissionais do Hospital Conde Ferreira e da EAD das Irmãs Hospitaleiras, abrangendo desde gestores até técnicos operacionais, para garantir uma perspetiva diversificada e abrangente.

Para complementar a abordagem qualitativa, utilizou-se uma análise quantitativa, que consistiu em avaliar os custos e receitas projetados para a implementação e funcionamento da EAD no Hospital Conde Ferreira. Foram analisados os recursos financeiros disponíveis, os custos operacionais estimados e as potenciais poupanças associadas à redução de internamentos e outras despesas hospitalares. Estes dados permitem uma avaliação objetiva da viabilidade económica do modelo.

O desenvolvimento deste estudo seguiu várias fases distintas e complementares. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de explorar literatura científica e institucional relevante sobre saúde mental, financiamento de projetos em saúde, bem como a evolução da prestação de cuidados domiciliários em saúde mental em Portugal. Em seguida, procedeu-se à recolha de dados primários, através da realização de entrevistas com membros das equipas e da administração do Hospital Conde Ferreira e da Equipa de Apoio ao Domicílio (EAD) das Irmãs Hospitaleiras. A fase seguinte consistiu na elaboração de um estudo de caso, baseado numa análise comparativa entre a experiência da EAD das Irmãs Hospitaleiras e o modelo em planeamento para o Hospital Conde Ferreira. Complementarmente, foi conduzida uma análise quantitativa, focada na avaliação dos custos e receitas associados ao projeto da EAD no Hospital Conde Ferreira, com base em dados fornecidos pela própria instituição. Por fim, os resultados obtidos nas diferentes

fases foram integrados na etapa de discussão e conclusão, de modo a responder às questões de investigação e apresentar recomendações práticas fundamentadas.

Esta metodologia permitiu abordar o tema de forma estruturada e abrangente, com o objetivo de gerar insights relevantes e práticos sobre a viabilidade e eficiência da EAD como modelo inovador de resposta em saúde mental.

Capítulo 3. Projeto de Implementação da EAD no Hospital Conde Ferreira

1.O Centro Hospitalar Conde Ferreira

O Centro Hospitalar Conde Ferreira (CHCF) é uma unidade de saúde mental, localizada na cidade do Porto, inaugurado em 1883, sendo um dos primeiros hospitais especialmente dedicado à prestação de cuidados de saúde a pacientes com distúrbios psiquiátricos em Portugal. Foi fundado através de fundos provenientes da herança de Joaquim Ferreira dos Santos (Conde Ferreira).

O CHCF faz parte da Santa Casa da Misericórdia do Porto e tem uma longa história de cuidados de saúde mental de sucesso e inovação. A missão do CHCF é oferecer cuidados de saúde mental integrados e reabilitação social a quem precisa do seu atendimento, promovendo assim uma melhoria do estilo de vida. Ao mesmo tempo, o hospital afirma a importância de ser um modelo para as melhores práticas aplicadas e ter reconhecimento nacional em cuidados e reabilitação de pacientes mentais.

Os serviços disponibilizados por esta unidade podem ser via ambulatório ou internamento. Dentro dos serviços de ambulatório, estes variam entre consultas de psiquiatria, nutrição e psicologia; centro de dia de Alzheimer e outras demências – uma resposta pioneira na zona do Porto para doentes com diagnóstico de doença de Alzheimer ou outra demência, onde estes usufruem de cuidados prestados por uma equipa multiprofissional em horário alargado, de

forma a aumentar a sua qualidade de vida; terapia ocupacional (consiste na intervenção assente em atividades individuais e em grupo para a promoção de competências motoras, cognitivas, de processamento sensorial e de comunicação), hospital de dia (intervenção clínica e terapêutica, que tem em vista uma melhor integração na comunidade e otimização da qualidade de vida). O centro de tratamento da depressão foi inaugurado, recentemente, utilizando uma técnica inovadora e altamente especializada para o tratamento da depressão através de estimulação magnética transcraniana.

Por outro lado, os serviços de internamento oferecem resposta integrada para casos de patologia psiquiátrica na área e perturbações aditivas, de doença crónica de evolução prolongada de curta e média duração (residência de apoio máximo, RAMa) e unidade de recuperação e cuidados continuados. Para além disso, também existe uma unidade de internamento particular. (Santa Casa da Misericórdia do Porto, n.d.).

No desenrolar do estágio, o Dr. Ângelo Duarte, Administrador do Centro Hospitalar Conde Ferreira, mostrou-se sempre preocupado com modernizar e tornar o hospital mais digital, com ambições de inovar e destacá-lo dos outros hospitais psiquiátricos nacionais. Hoje em dia, é importante os hospitais manterem-se na corrida, se ficarem para trás tanto em termos tecnológicos como de formação contínua será difícil alcançar o sucesso e distinção.

Neste sentido, de modo a seguir o que o próprio estado tem defendido, no que diz respeito à diminuição das institucionalizações e internamentos de pacientes de saúde mental, surgiu a intenção da implementação da Equipa de Apoio ao Domicílio na área da saúde mental no Conde Ferreira.

2. Projeto de implementação da Equipa de Apoio ao Domicílio no Hospital Conde Ferreira

Com objetivo de identificar as vantagens e os desafios da implementação da Equipa de Apoio ao Domicílio, foram elaboradas entrevistas com um guião diferente para cada membro que iria integrar a EAD no Hospital Conde Ferreira, bem como a alguns membros da EAD das Irmãs Hospitaleiras de Braga, de forma a obter a sua opinião e experiência, relativamente a esta resposta para utentes com doença do foro mental. O guião destas entrevistas está apresentado nos apêndices 1 e 2.

Os entrevistados do CHCF foram escolhidos com base no critério da sua possível integração no projeto como parte da sua equipa multidisciplinar, sendo estes: o Dr. Ângelo Duarte- administrador do Hospital Conde Ferreira, Dr^a Anabela Monteiro- psicóloga e diretora do Centro de Dia de Alzheimer, Enf^a Ana Guimarães- Enfermeira diretora, Dr^a Marlene- assistente social, Dr^a Teresa- reabilitação psicossocial. Quanto às Irmãs Hospitaleiras, foram entrevistados 2 membros da EAD, a Dr^a Catarina Martins- coordenadora e psicóloga da equipa e a Enf^a Diana Cachada- enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

No que diz respeito à análise das respostas dadas pelos inquiridos, através do seu tratamento foi possível observar um alinhamento entre as respostas de cada um.

Todos os inquiridos consideram a EAD uma resposta eficaz para a melhoria de qualidade de vida dos doentes com problemas do foro mental, assim como para a desinstitucionalização e aumento da integração social deles na comunidade.

A EAD das Irmãs Hospitaleiras aplicou um questionário aos pacientes do domicílio para verificar se tiveram um aumento da qualidade de vida assim

como para saber o seu nível de satisfação com o serviço, os resultados foram os apresentados na figura 4 e tabela 6, respetivamente.

A Equipa de Apoio Domiciliário está integrada na RNCCI - Saúde Mental desde 2017. Desde 2017 foram integrados 96 utentes.

WHOQOL-Bref (Questionário avaliação Qualidade de Vida

	1ª Administração	Última administração
Geral	64	69
Ambiente Físico	62	67
Psicológico	63	70
Relações Sociais	52	56
Meio Ambiente	63	64

Figura 4-Resultado do questionário de avaliação de Qualidade de vida dos pacientes da EAD. Fonte: (Irmãs Hospitaleiras Braga,2024)

	2022	2023	2024
Muito Satisfeito/ Sempre	60%	61,50%	76%
Satisfeito/ Muitas Vezes	40%	30,80%	20%
Pouco Satisfeito/ Às Vezes	0%	7,70%	4%
Nada Satisfeito/ Nunca /Raramente	0%	0%	0%

Tabela 1- Grau de satisfação dos utentes da EAD. Fonte:(Irmãs Hospitaleiras Braga,2024)

Com base nos valores apresentados na figura 4, é possível afirmar que houve um aumento da qualidade de vida dos utentes, em todas as categorias avaliadas, sobretudo, na categoria do “Psicológico” e do “Ambiente Físico”.

Quanto à avaliação do grau de satisfação do serviço, de 2022 para 2024, tem tido um aumento crescente dos pacientes “Muito Satisfeitos” e redução das outras categorias.

As principais barreiras e dificuldades apontadas à implementação desta proposta foram a falta de recursos humanos especializados em saúde mental, como enfermeiros, especializados em patologias do fórum mental e a

necessidade de formação em segurança e defesa pessoal e ainda na utilização de instrumentos como a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) necessários neste tipo de contexto, como de segurança e defesa pessoal.

Este instrumento é um modelo para a organização e documentação de informações relativas à funcionalidade e incapacidade dos pacientes. (OMS, 2001). Este instrumento de classificação é necessário no processo de referência dos pacientes, logo deveriam existir formações sobre o mesmo disponibilizadas pela Rede de Cuidados Continuados e Integrados (RCCI) para os membros das EADs.

Outra dificuldade apontada pela maioria dos inquiridos é o tempo necessário para a gestão de burocracias e registos que impactam a capacidade operacional da equipa, uma vez que o tempo dispendido nessas tarefas não é contabilizado como horas de trabalho. Neste tipo de resposta, é necessária uma enorme articulação com outras entidades como hospitais, farmácias, juntas de freguesia, paróquias, centros de saúde. Caso não haja esta articulação, torna-se mais difícil garantir que os utentes recebem o suporte adequado no momento certo.

Quanto à questão económica, o financiamento da EAD é limitado e depende do número de visitas realizadas, o que pode comprometer a qualidade do serviço. Os custos com recursos humanos e com as despesas de transporte são os que se destacaram como sendo os mais difíceis de gerir. Por outro lado, alguns utentes podem ter dificuldades em arcar com o custo de visitas domiciliárias o que pode atrasar a sua recuperação.

Em termos de implementação deste serviço no Hospital Conde Ferreira, o maior desafio será mesmo, numa primeira fase, encontrar pacientes que possam ser referenciados para a Equipa de Apoio ao Domicílio. Economicamente falando, só a partir de 230 ou mais visitas mensais é que a EAD será viável. A Dr^a Catarina, coordenadora da EAD das Irmãs Hospitaleiras, referiu que só a

partir das 230 visitas mensais é que conseguem não ter prejuízos e ser economicamente eficiente e viável.

As despesas de transporte são apontadas como uma barreira, na medida em que os pacientes não vivem todos ao redor uns dos outros o que implica desvios para zonas mais afastadas e, por vezes, de difícil acesso, levando a maiores gastos de combustível ou mesmo de eletricidade, caso o veículo seja elétrico, como será o caso do veículo do Hospital Conde Ferreira.

Por outro lado, em termos de vantagens da equipa multidisciplinar na recuperação dos utentes, os inquiridos mencionaram que esta possibilita um atendimento mais personalizado, ajustado às necessidades do paciente no contexto da sua vida no seu lar, permitindo prevenir agravamentos da doença e recaídas, devido ao acompanhamento contínuo e à vigilância.

O apoio domiciliário segundo os entrevistados, pode aumentar a autonomia dos pacientes e fortalecer as suas competências sociais com a ajuda da terapia psicoeducacional, permitindo a sua reintegração na sociedade e uma melhoria na relação com a família.

Em termos económicos, foi também mencionado como uma vantagem a diminuição da pressão sobre a estrutura hospitalar nos custos com internamento, uma vez que a EAD permite uma diminuição dos reinternamentos e da pressão sobre o serviço de emergências.

Das entrevistas, retira-se a seguinte conclusão: a implementação da EAD no Hospital Conde Ferreira apresenta benefícios claros para a qualidade dos cuidados em saúde mental e para a eficiência do hospital, no entanto, há desafios significativos a serem superados incluindo a necessidade de mais recursos humanos, formação especializada e a procura de doentes elegíveis para o apoio ao domicílio, de forma a que o projeto seja economicamente viável e sustentável. A articulação entre as diferentes entidades e a aceitação por parte dos pacientes e das famílias são cruciais para o sucesso do projeto.

3. Análise da viabilidade económica da implementação do projeto

Para avaliar a sustentabilidade económica do modelo foram exploradas as seguintes questões:

1. Qual é o impacto económico comparativo da EAD em relação aos serviços hospitalares tradicionais de saúde mental?

2. De que forma a EAD pode reduzir custos indiretos relacionados a internamentos prolongados ou reintegrações em saúde mental?

Para resposta à primeira questão, será feita a comparação direta entre os dois modelos de cuidados de saúde mental, internamento e domicílio.

Por outro lado, na resposta à segunda questão serão abordados os custos indiretos e os benefícios da EAD para o hospital, comparando os cenários com e sem a EAD, projetando o impacto financeiro e operacional.

3.1. Impacto económico comparativo da EAD em relação aos serviços hospitalares tradicionais de saúde mental

Durante o estágio realizado no Hospital Conde Ferreira foi possível ter acesso a dados relativos ao internamento, assim como dos custos de investimento do projeto da EAD. Através desses dados foi possível elaborar a comparação dos custos de internamento e da EAD que veremos na tabela 1. Nos custos diretos estão incluídas despesas como salários do pessoal clínico, medicamentos e material clínico, exames e procedimentos, alimentação e despesas relacionadas com a estadia (lavandaria, limpeza, etc), e nos custos indiretos temos despesas relacionadas com a gestão e administração, infraestruturas e utilidades

(eletricidade, luz, água,...), depreciação de equipamentos, transporte dos utentes e formação do staff.

3.1.1.Modelo de Internamento

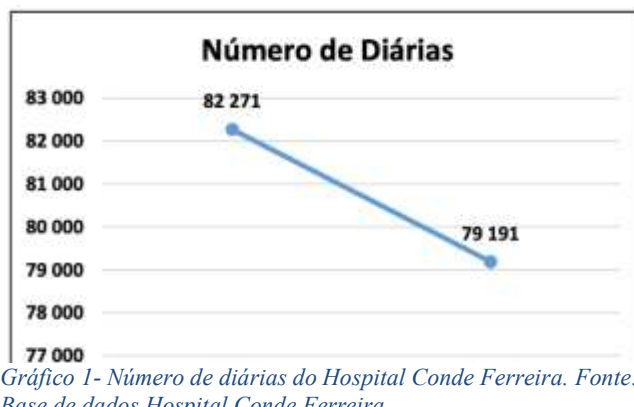
Para calcular o custo por paciente para o CHCF no modelo de internamento serão necessários os valores dos custos indiretos e diretos, o número de diárias (número de dias que os pacientes tiveram internados) que se encontra presente no gráfico 1, a taxa de ocupação das camas e a média de dias que os pacientes estão internados.

Os valores dos custos diretos e indiretos do modelo de internamento do CHCF são apresentados na tabela1, onde podemos observar que de 2023 para 2024 houve um aumento dos custos totais, principalmente devido ao maior aumento dos custos indiretos.

	2023	2024
Custos Diretos	4 005 792,27€	4 180 015,46€
Custos Indiretos	121 388,81€	286 866,28€

Tabela 2- Custos Diretos e Indiretos Hospital Conde Ferreira. Fonte: Base de dados Hospital Conde Ferreira, elaboração própria

Custo Total	4 127 181,08€	4 466 881,74€
-------------	------------------	------------------



Para calcular o custo médio por paciente é necessário, primeiramente, calcular o custo diário por paciente. O custo diário por paciente é obtido através da divisão dos custos totais do internamento para o CHCF pelo número total de diárias.

$$\text{Custo Diário/paciente} = \frac{\text{Custo Total}}{\text{Nº Total de Diárias}}$$

$$\text{Custo diário por paciente em 2023} = \frac{4\,127\,181,08}{82\,271} = 50,17\text{€}$$

$$\text{Custo diário por paciente em 2024} = \frac{4\,466\,881,74}{79\,191} = 56,41\text{€}$$

Com os cálculos é possível concluir que o custo diário por paciente em 2023 era de 50,17€, tendo aumentado para 56,41€, em 2024.

Com o custo diário obtemos o custo médio por paciente, multiplicando-o pela média do número de dias de internamento dos pacientes presente na tabela 2.

	2023	2024
Capacidade instalada (diárias)	104 025	100 244
Capacidade utilizada (diárias)	82 271	79 191
Taxa de Ocupação	79,1%	79%
Média de dias de internamento	607.1	748.9

Tabela 3-Capacidade e taxa de ocupação das camas do Hospital.
Fonte:Hospital Conde Ferreira (elaboração própria)

O número médio de dias de internamento aumentou de 2023 para 2024, porém a taxa de ocupação diminuiu.

Custo Médio por paciente

$$= \text{Custo diário por paciente} \times \text{Média de dias de Internamento}$$

Custo Médio por paciente 2023

$$= \text{Custo diário por paciente} \times \text{Média de dias de Internamento}$$

$$= 50,17\text{€} \times 607,09 = 30\,457,70\text{€}$$

Custo Médio por paciente 2024

$$= \text{Custo diário por paciente} \times \text{Média de dias de Internamento}$$

$$= 56,41\text{€} \times 748,94 = 42\,247,70\text{€}$$

Com este cálculo concluímos que para o CHCF o custo médio por paciente foi de 42 247,70€ em 2024.

3.1.2. Modelo de Internamento

Neste projeto, segundo o Diário da República, 1ª série Nº29 (9 fevereiro de 2024, Portaria nº47/2024), o valor da diária do doente ao domicílio pago pelo Estado ao CHCF é de 37,64€.

A equipa multidisciplinar irá funcionar 7 dias na semana e pode fazer 8 visitas diárias. Esta equipa será composta pelos seguintes membros e respetivas cargas horárias por semana:

Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica – 12h

Psicólogo clínico – 12h

Assistente social – 12h

Assistente de ação direta – 120h

Técnico da área de reabilitação psicossocial – 20h

O Centro Hospitalar Conde Ferreira concorreu para os apoios dados pelo Estado no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), cuja meta É “Alargar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em lugares de Equipa

de Apoio Domiciliário de Saúde Mental (CCISM)”. No âmbito deste apoio financeiro para o investimento no projeto de implementação da EAD, estabeleceu-se um contrato (em anexo) onde ficou definido que o CHCF seria beneficiário de 87 000€, discriminados da seguinte forma:

30 000€ - viatura elétrica;

37 000€ - fardamento e equipamento médico;

20 000€ - reabilitação e obras de reestruturação.

As aquisições realizadas para a implementação do projeto foram as discriminadas na tabela 3.

Procedimento	Aquisição de	Empresa	Valor	IVA	TOTAL
2024/081-CP	Obras de Reabilitação de Interiores	Alfredo & Carvalhido Lda.	74,883.64 €	6%	79,376.66 €
2024/082-CV	Solução tecnológica e equipamentos informáticos	Glintt - Healthcare	3,000.00 €	23%	3,690.00 €
		Novo Atalho	2,376.50 €	23%	2,923.10 €
2024/083-CV	Equipamentos médicos	Tek4life Med	2,007.64 €	23%	2,469.40 €
2024/084-CV	Equipamento mobiliário	Marçage Interiors	3,662.00 €	23%	4,504.26 €
2024/120-AD	Viatura 100% elétrica	Caetano Power, S.A	22,578.02 €	23%	27,770.96 €
TOTAL					120,734.38 €

Tabela 4-Aquisições para o projeto de implementação da EAD. Fonte: (Hospital Conde Ferreira, 2024)

O total investido no projeto da EAD foi de 120 734,38€. Deste valor foi financiado pelo PRR o montante de 87 000€, logo os encargos suportados pelo Centro Hospitalar Conde Ferreira foram 33 734,38€.

Os custos estimados pelo hospital com o pessoal da equipa de apoio ao domicílio e as depreciações encontram-se nas tabelas 4 e 5, respetivamente.

RH		Mensal	Anual
Enf	0.34	587.04 €	7 044.48€
Assistente Social	0.34	587.04 €	7 044.48€
Psicologo	0.34	587.04 €	7 044.48€
TO	0.57	978.40 €	11 740.80€
AAM	3.2	2 899.33€	34 791.90€
TOTAL	4.8	5 638.85€	67 666.14€

Tabela 5- Remuneração dos Recursos Humanos da EAD

Aquisição de	Empresa	Valor	Depreciação
Obras de Reabilitação de Interiores	Alfredo & Carvalhido Lda.	79 376,66€	5291,8
Solução tecnológica e equipamentos informáticos	Glintt - Healthcare	3690,00€	1230
	Novo Atalho	2 923,10€	974,4
Equipamentos médicos	Tek4life Med	2 469,40€	352,8
Equipamento mobiliário	Marcage Interiors	4 505,26€	563
Viatura 100% elétrica	Caetano Power, S.A	27 770,96€	5541,2
TOTAL		120 734,38€	13 953,2€

Tabela 6- Amortizações das aquisições para a EAD. Fonte: elaboração própria

A EAD terá como custos anuais as depreciações, os recursos humanos e a eletricidade gasta para carregar a viatura elétrica. Supondo uma média de 5000€ por ano para a eletricidade, os custos anuais serão os seguintes:

$$\begin{aligned}
 \text{Custos anuais} &= RH + \text{depreciações anuais} + \text{eletricidade} \\
 &= 67\,666,14 + 13\,953,2 + 500 \\
 &= 86\,619,34€
 \end{aligned}$$

A receita estimada (RE) é, então, calculada da seguinte forma:

$$RE = 37,64€ \times 8 \text{ visitas} \times 7 \text{ dias} \times 52 \text{ semana} = 109\,607,68€$$

Depois de calculada a receita é necessário obter o lucro anual previsto para a EAD:

$$\begin{aligned}
 \text{Lucro anual} &= \text{Receita estimada} - \text{custos anuais estimados} \\
 &= 109\,607,68 - 86\,619,34 \\
 &= 22\,988,34€
 \end{aligned}$$

Quanto ao custo real de investimento da implementação da EAD é calculado através da subtração da parcela financiada pelo PRR ao custo do investimento total.

$$120\,734,38 - 87\,000 = 33\,734,38\text{€}$$

Um dos indicadores utilizados para aferir a sustentabilidade e eficiência económica de um projeto é o Return On Investment (ROI).

$$ROI = \frac{\text{Lucro}}{\text{Custo de Investimento}}$$

$$ROI = \frac{22\,988,34}{33\,734,38}$$

$$ROI = 0,68$$

Através da aplicação da fórmula deste indicador é obtido o valor de 0,68. Este valor significa que por cada 1€ investido no projeto da EAD, o CH Conde Ferreira tem um retorno de 0,68€ ao ano.

Outro indicador financeiro importante é o *Payback*, calculado com o valor do investimento real e do lucro anual.

$$\frac{\text{Investimento real}}{\text{Lucro Anual}} = \frac{33\,734,38}{22\,988,34} = 1,45$$

O CH Conde Ferreira irá recuperar o investimento em 1,45 anos, ou seja, em 1 ano e 5 meses.

O número de pacientes atendidos por ano pela EAD é calculado através do número de visitas por dia, número de dias da semana de funcionamento da EAD e número médio de semanas que um ano tem.

$$\frac{8 \text{ visitas} \times 7 \text{ dias} \times 52 \text{ semanas}}{48}$$

$$= 60,67\text{€}$$

Com todos os valores calculados anteriormente, é possível calcular o custo médio por paciente da EAD.

$$\frac{\text{custos anuais}}{\text{pacientes atendidos por ano}}$$

$$= \frac{86\,619,34}{60,67}$$

$$=1427,71\text{€}$$

Através da análise dos custos, quer do internamento quer da EAD, é fácil verificar que o custo médio por paciente é significativamente menor no modelo ao domicílio. Apesar do valor pago pela diária do internamento ser superior ao do domicílio, os custos para o CHCF são bastante maiores no internamento do que na EAD.

Isto deve-se, sobretudo, ao facto do modelo da EAD evitar despesas com alimentação, lavandaria, eletricidade (luz, televisões, aquecimento,...), vigilância contínua e manutenção dos espaços físicos para internamento. Os recursos humanos também são otimizados no modelo ao domicílio, uma vez que as visitas são programadas, permitindo assim distribuir o tempo de trabalho de forma mais eficiente.

A análise económica apresentada demonstra não só a viabilidade e eficiência da implementação da EAD no CHCF, mas também realça a sua capacidade estratégica. A diferença no custo médio por paciente justifica o investimento inicial, evidenciando o elevado retorno económico e social a médio e longo prazo.

A EAD liberta recursos hospitalares para casos mais graves e agudos, ao mesmo tempo que promove cuidados personalizados a cada paciente, a prevenção de agravamentos clínicos ou reinternamentos e a reabilitação de pacientes no seu ambiente natural (lar).

Contudo, de modo a garantir o sucesso e a sustentabilidade da EAD, é necessário assegurar formação contínua e especializada da equipa técnica, monitorizar indicadores de desempenho (KPIs) como o número de visitas, satisfação dos utentes e redução de reinternamentos.

Capítulo 4. Discussão e Resultados

O presente capítulo apresenta a discussão integrada dos principais resultados da investigação, estruturando a análise em torno da questão de investigação principal – “A Equipa de Apoio ao Domicílio é uma resposta eficiente e economicamente viável para a saúde mental em Portugal?” – e respetivas questões secundárias. Os dados recolhidos e analisados, tanto qualitativos como quantitativos, permitiram não só avaliar a viabilidade e eficiência do modelo de EAD no Hospital Conde Ferreira, mas também compreender os fatores críticos para a sua implementação.

A implementação da Equipa de Apoio ao Domicílio (EAD) na saúde mental surge como resposta a várias transformações estruturais, sociais e políticas observadas nos últimos anos.

A desinstitucionalização e reforma psiquiátrica são uma das razões para a transição de um modelo centrado em admissões hospitalares para um modelo comunitário. A Lei nº 36/98, em Portugal, e reformas semelhantes ocorridas noutros países promoveram a reabilitação psicossocial fora do ambiente hospitalar. Neste sentido, a EAD insere-se nesse movimento de transição, favorecendo o tratamento do paciente no seu ambiente familiar. (Comissão Europeia, 2008; Caldas, 2018)

Ao longo dos anos, as intervenções têm-se focado cada vez mais no fortalecimento da autonomia e na reinserção social dos pacientes com doenças mentais. A atuação da EAD permite trabalhar competências relacionais através da psicoeducação e terapias, da organização pessoal e do acesso à comunidade. (World Health Organization, 2004; Galderisi *et al.*, 2015)

Em termos económicos, é necessário promover a eficiência económica dos sistemas de saúde, uma vez que os internamentos prolongados são onerosos para os mesmos. A EAD mostra-se como uma alternativa mais sustentável financeiramente, com custos médios por paciente significativamente mais baixos. (Maria *et al.*,2017)

A saúde mental é cada vez mais entendida como parte essencial da saúde geral. O foco deixou de ser apenas a remissão de sintomas e passou a ser o bem-estar integral e a qualidade de vida do paciente. Esta mudança de paradigma exige um modelo mais centrado no paciente, não na instituição, exatamente o conceito proposto pela EAD. (Keyes & Grzywacz, 2005; Kelly *et al.*,2007)

A implementação da Equipa de Apoio ao Domicílio acarreta benefícios e desafios.

Como benefícios é possível destacar a humanização dos cuidados, uma vez que o atendimento é mais próximo, personalizado e adaptado ao paciente e ao seu lar. Através deste atendimento personalizado, o paciente fica mais autónomo, já que favorece o seu protagonismo e a sua reinserção na comunidade. Este modelo de tratamento reduz a sobrecarga hospitalar, conseguindo diminuir o número de internamentos e de ocupação de camas, como foi apresentado no estudo feito por Towicz *et al.* (Towicz *et al.*,2021)

A satisfação dos utentes é mais elevada neste modelo devido ao maior envolvimento dos mesmos assim como das suas famílias.

Por outro lado, como desafios a serem apontados temos a falta de recursos humanos especializados em saúde mental, principalmente de enfermeiros com formação específica na área. Os custos deste modelo são calculados através do número de visitas efetuadas o que pode comprometer a qualidade do tratamento, caso o utente não tenha capacidade de financiamento suficiente. A logística e os custos de transporte também podem ser vistos como uma barreira, sobretudo quando os pacientes residem longe entre si. Porém, visto que no caso do CHCF

a viatura será elétrica, os custos não sofrerão tantas oscilações como aquelas associadas aos preços dos combustíveis. Outro desafio e talvez o mais difícil de combater são os processos burocráticos e a necessidade de maior articulação interinstitucional entre os hospitais, farmácias, juntas de freguesia e a equipa multidisciplinar. Por último, a identificação de pacientes legíveis para integrar a EAD, sobretudo na fase inicial da implementação no Hospital Conde Ferreira, será um desafio.

Quanto ao impacto esperado da EAD espera-se que seja amplamente positivo. A evidência empírica demonstra que este modelo reduz significativamente o número de internamentos e as recaídas, melhora os indicadores de qualidade de vida e aumenta a adesão à terapia. A eficiência é também observada na capacidade de planejar recursos humanos, reduzir custos operacionais e otimizar o tempo de intervenção da equipa multidisciplinar. Estudos internacionais confirmam que a EAD pode ser tão eficaz quanto o internamento tradicional, com vantagens em termos de envolvimento do utente, apoio familiar e integração comunitária. (Towicz *et al.*, 2021)

Em termos da sustentabilidade e viabilidade económica deste projeto, a análise efetuada no capítulo 3 demonstrou que o projeto da EAD no Hospital Conde Ferreira é financeiramente sustentável.

O investimento total do projeto foi de 120 734,38€, tendo sido substancialmente apoiado por fundos do PRR cerca de 87 000€, ficando com um investimento real de 33 734,38€, pago pelo CHCF. Também os custos operacionais anuais são inferiores aos associados ao internamento.

O retorno sobre o investimento (ROI) é de 0,68€/ano por cada 1€ investido, e o *payback* é de apenas 1 ano e 5 meses, aproximadamente.

A estimativa de custo médio por paciente no modelo da EAD foi significativamente inferior à do modelo tradicional de hospitalização.

A sustentabilidade económica é reforçada quando considerada em articulação com os benefícios sociais e clínicos do modelo.

Com base na análise dos dados recolhidos, pode afirmar-se que a EAD em saúde mental constitui uma resposta inovadora, eficiente e economicamente viável. O modelo demonstra potencial para modernizar os cuidados prestados, promover a autonomia dos utentes, reduzir a sobrecarga hospitalar e assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde mental em Portugal. A sua implementação no Centro Hospitalar Conde Ferreira representa um passo estratégico alinhado com as prioridades nacionais e europeias para a saúde mental.

Capítulo 5. Conclusões

A presente dissertação teve como objetivo principal analisar a viabilidade económica e a eficiência da implementação de uma Equipa de Apoio ao Domicílio (EAD) em Saúde Mental no Hospital Conde Ferreira, partindo da necessidade crescente de modelos de cuidado mais humanizados, integradores e sustentáveis. Tendo por base um estudo de caso aplicado a esta instituição centenária, o trabalho articulou uma abordagem teórica, prática e comparativa, apoiada numa metodologia mista e em fontes primárias e secundárias de elevada relevância.

O enquadramento teórico evidenciou uma transição paradigmática no campo da saúde mental, marcada pela desinstitucionalização e pela valorização da reabilitação psicossocial, da autonomia dos utentes e da integração comunitária. O cuidado centrado na pessoa, aliado ao desenvolvimento de políticas públicas orientadas para a proximidade e continuidade dos cuidados, legitima e incentiva a adoção de modelos como a EAD, especialmente em contextos de sobrecarga hospitalar e escassez de recursos.

A análise económico-financeira, sustentada em dados reais e projeções operacionais, revelou que a EAD apresenta um custo médio por paciente significativamente inferior ao modelo tradicional de internamento, o que constitui um fator determinante para a sua viabilidade. Além disso, o projeto demonstrou um retorno económico positivo com um período de *payback* inferior a dois anos, mesmo considerando um volume moderado de atividade mensal. Estes dados corroboram a hipótese de que a EAD é um modelo eficiente e financeiramente sustentável.

Do ponto de vista qualitativo, as entrevistas realizadas a profissionais do Hospital Conde Ferreira e da EAD das Irmãs Hospitaleiras de Braga permitiram identificar percepções favoráveis relativamente à eficácia da intervenção domiciliária, salientando benefícios como a continuidade dos cuidados, a proximidade com o utente, a redução de recaídas e a melhoria da qualidade de vida. Por outro lado, foram também identificados desafios operacionais, nomeadamente ao nível da afetação de recursos humanos especializados, da burocracia administrativa e da articulação com outras entidades da rede de saúde e apoio social.

A comparação com o modelo da EAD das Irmãs Hospitaleiras de Braga revelou-se especialmente útil para compreender a operacionalização prática deste tipo de intervenção, permitindo inferir boas práticas, obstáculos recorrentes e estratégias de adaptação ao contexto local. Esta análise comparativa reforçou a pertinência da proposta apresentada para o Hospital Conde Ferreira, nomeadamente no que respeita à estruturação da equipa, à logística de visitas e ao controlo de indicadores de desempenho.

Em termos globais, os resultados obtidos confirmam que a implementação da EAD no Hospital Conde Ferreira representa uma resposta eficaz, economicamente viável e socialmente pertinente no atual contexto da saúde mental em Portugal. Trata-se de um modelo que conjuga inovação, proximidade e eficiência, respondendo às exigências contemporâneas dos sistemas de saúde e às legítimas expectativas dos utentes e das suas famílias.

Ainda assim, importa reconhecer as limitações do presente estudo, designadamente no que se refere à projeção financeira (baseada em estimativas) e à dimensão reduzida da amostra qualitativa. Futuras investigações poderão aprofundar a avaliação do impacto clínico da EAD, bem como analisar a sua integração em redes locais de cuidados continuados e de saúde mental comunitária.

Conclui-se, assim, que a Equipa de Apoio ao Domicílio, quando devidamente estruturada e apoiada por políticas públicas consistentes, pode constituir uma peça-chave na reconfiguração dos cuidados de saúde mental em Portugal, oferecendo um caminho promissor para uma resposta mais humana, eficiente e orientada para a cidadania.

Declaração de IA generativa e tecnologias assistidas por IA no processo de redação

Durante a elaboração do meu Trabalho Final de Mestrado, foi utilizado o Chat GPT para as tarefas de revisão bibliográfica e análise de dados tendo sido utilizadas as *prompts* listadas no final do documento na secção Lista de *Prompts*. Após a utilização desta ferramenta, revi e editei o conteúdo conforme necessário e assumo total responsabilidade pelo conteúdo do trabalho apresentado.

Declaro ainda conhecer e respeitar o Código de Conduta de Inteligência Artificial da Católica Porto Business School.

Bibliografia

Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., & Silva, J. (2023, Janeiro). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. *1º Relatório*.

https://www.researchgate.net/publication/278786138_Estudo_Epidemiologico_Nacional_de_Saude_Mental_1_Relatorio

Baganha, M., Sousa, J., & Pires, R. (n.d.).

<https://ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/182.pdf>

Caldas, M. (2018). A saúde mental dos portugueses. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*.

Campos, Alexandra, (1999), “Sistemas locais de saúde e centros de saúde- início da reforma do sistema de saúde?”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.17, nº1, 65-73.

Centros de Responsabilidade Integrados | CHU de São João. (n.d.). Retrieved November 12, 2024, from <https://portal-chsj.min-saude.pt/a-nossa-saude/area-de-producao-clinica/centros-de-responsabilidade-integrados>

Cerdas, Sara. (2023) Relatório sobre a saúde mental. Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar. *Parlamento Europeu*

https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0367_PT.pdf

CNS – Conselho Nacional de Saúde. (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: Um desafio para a próxima década. *Conselho Nacional de Saúde, República Portuguesa*.

Comissão Europeia. (2006). *Livro Verde – Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia da União Europeia para a saúde mental*.

https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf

Fazenda, I. (2017). Saúde mental em Portugal, constrangimentos e desafios para o Serviço Social. *Ciências E Políticas Públicas / Public Sciences & Policies*, 3(1), 81–104

. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.cpp2017.viini1/pp.81-104>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233.

<https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Home Health Care Management & Practice: SAGE Journals. (2019). *SAGE Journals*.

<https://journals.sagepub.com/home/hhc>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020). Saúde mental em tempos de pandemia COVID-19 .*Relatório final SM-COVID19, Issue 1..*

Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia*, 187(S7).

<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.TB01332.X>

Keyes, C. L. M., & Grzywacz, J. G. (2005). Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(5), 523–532.

<https://doi.org/10.1097/01.jom.0000161737.21198.3a>

Kilian, R., Becker, T., & Frasch, K. (2016). Effectiveness and cost-effectiveness of home treatment compared with inpatient care for patients with acute mental disorders in a rural catchment area in Germany. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 22, 81–86.

Maria, M., Santos, S., Leite, A., Tiago, N., De, B., & Pereira, S. (2017). Estimação do custo direto unitário do internamento de indivíduos que sofrem de doenças do foro mental em Portugal.

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/108696/2/229503.pdf>

Mendes, A. & André, F. (2017) O setor da saúde -Organização, concorrência e regulação. *Confederação Empresarial de Portugal*.

Ministério da Saúde, (2000^a), *Recursos Humanos da Saúde- 1998. Lisboa: Ministério da Saúde, DRHS*.

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

.ENCONTRAR+SE.

https://www.encontrarse.pt/wp-content/uploads/2016/04/projectos_concluidos_tcsml.pdf

Palha, J., & Palha, F. (2016). Perspetivas sobre a saúde mental em Portugal.

Paulo, A. (2010). SNS: Caracterização e desafios (Artigo 09/2010). GPEARI – Ministério das Finanças e Administração Pública.

<https://www.gpeari.gov.pt/documents/35086/84263/artigo-09-2010-sns-caracterizacao-e-desafio.pdf/18b0d958-da2c-9997-7de6-63633070e163?t=1591636380001>

Portaria n.º 73/2024 | DR. (n.d.). Retrieved November 12, 2024, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/73-2024-853918463>

Portugal. (2008). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Diário da República, 1.ª série*(47).

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)

PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL 2017. (n.d.)

http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf

Puerto-Casasasnovas, E., Galiana-Richart, J., Mastrantonio-Ramos, M. P., López-Muñoz, F., & Rocafort-Nicolau, A. (2023). Direct and indirect management models in public health in the framework of mental health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2279.

<https://doi.org/10.3390/ijerph20032279>

Simões, Jorge Almeida; Lourenço, Óscar Domingos, (1999), As políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos. Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.

Sousa, P. A. F. de. (2009). O sistema de saúde em Portugal: Realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(spe), 884–894.

<https://doi.org/10.1590/s0103-21002009000700009>

Towicz, M., Yang, W. X., Moylan, S., Tindall, R., & Berk, M. (2021). Hospital-in-the-home as a model for mental health care delivery: A narrative review. *Psychiatric Services*, 72(12), 1415–1427.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000763>

Xavier, M., Barreto, H., Cruz, M. C., Domingos, P., Gago, J., Maia Correia, T., Marques, C., Marques, M. J., Matos Pires, A., Morgado, P., Narigão, M., Pereira, S., Redondo, J., Santos, T., Vieira, F., & Sena e Silva, F. (2024). A reforma da saúde mental em Portugal: Três anos de transformação. *Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde*.

<https://doi.org/10.34619/1n9a-yb44>

View of Perspective on Mental Health in Portugal. (n.d.). Retrieved November 12, 2024, from <https://gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/110/46>

Wasylenki, D., Gehrs, M., Goering, P., et al. (1997). A home-based program for the treatment of acute psychosis. *Community Mental Health Journal*, 33, 151–162.

World Health Organization. (2001). *The international classification of functioning, disability and health (ICF)*.

<https://www.who.int/classifications/icf/en/>

World Health Organization. (2005, January 1). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice.

<https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>

Lista de *Prompts*

As *Prompts* utilizadas no presente trabalho foram as seguintes:

- perguntas diretas, tais como: “Como calcular os custos de internamento de um Hospital”; “onde pesquisar dados sobre o setor de saúde de Portugal”.
- resumir artigos para a revisão de literatura;

Apêndices

Apêndice 1- Entrevista a membros da EAD das Irmãs Hospitaleiras Guião de Entrevista para Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Bloco 1: Experiência e Papel

Pode descrever brevemente a sua experiência profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica?

Já esteve envolvido em projetos ou iniciativas de cuidados domiciliários?
Se sim, pode partilhar a sua experiência?

Na sua opinião, qual é o papel principal de um enfermeiro especialista no âmbito da EAD em Saúde Mental?

Bloco 2: Necessidades e Benefícios

Quais são, na sua opinião, as principais necessidades dos pacientes de saúde mental que podem ser abordadas pela EAD?

De que forma acredita que os cuidados domiciliários podem contribuir para a recuperação e reintegração social dos pacientes?

Acredita que o modelo de apoio domiciliário pode preencher lacunas existentes nos cuidados prestados em ambiente hospitalar?

Bloco 3: Desafios e Recursos

Quais desafios prevê na implementação de cuidados domiciliários em saúde mental, tanto para os profissionais como para os pacientes?

8. Que recursos considera essenciais para o sucesso da EAD? (ex.: formação, materiais,

tecnologia, suporte psicológico)

9. Na sua perspectiva, a formação atual dos enfermeiros em saúde mental é suficiente para

enfrentar os desafios da prática domiciliária? Se não, que formações ou competências

deveriam ser desenvolvidas?

Bloco 4: Articulação e Colaboração

10. Como avalia a importância da articulação entre a EAD e os serviços hospitalares? Quais

são os principais fatores para que esta colaboração funcione bem?

11. Qual é o papel das famílias no sucesso do cuidado domiciliário? Como os enfermeiros

podem ajudar a envolver e capacitar os familiares?

12. Acredita que os enfermeiros da EAD têm autonomia suficiente para tomar decisões no

contexto domiciliário? Se não, o que poderia ser feito para melhorar?

Bloco 5: Avaliação e Melhoria

13. Como vê o impacto a médio e longo prazo da EAD na vida dos pacientes e no sistema de

saúde mental em geral?

14. Que aspetos do modelo de funcionamento da EAD poderiam ser ajustados ou melhorados para aumentar a sua eficácia?

15. Acredita que existe espaço para inovações tecnológicas (ex.: telemonitorização, consultas online) no modelo de cuidados domiciliários?

Guião de Entrevista para Psicóloga Clínica da EAD/ Coordenadora

1. Introdução e Contextualização

Poderiam descrever brevemente o que é o apoio ao domicílio oferecido pelas

Irmãs Hospitaleiras?

Qual é o objetivo principal deste serviço?

Quais são os tipos de cuidados que prestam (saúde física, mental, apoio social)?

2. Funcionamento da Equipa de Apoio ao Domicílio

Como está estruturada a vossa equipa de apoio ao domicílio?

Quantos profissionais integram a equipa?

Quantas equipas têm atualmente e qual o número de elementos por equipa? O horário das equipas é por turnos? As visitas aos utentes são programadas, se sim, com que periodicidade?

Qual o número de utentes servido por este serviço atualmente? O serviço cobre todas as necessidades? Há expectativa de crescimento das necessidades? Os meios existentes satisfazem um eventual aumento da procura?

Quais são as principais funções dos membros da equipa (enfermeiros, cuidadores, assistentes sociais, etc.)?

Como se dá o processo de admissão de novos utentes?

o Existe algum critério específico para os utentes que podem receber este apoio?

Como é feita a avaliação inicial das necessidades dos utentes?

Que tipo de formação é necessária para os profissionais que prestam o serviço de

apoio ao domicílio?

Existem formações contínuas para os profissionais?

3. Financiamento e Sustentabilidade

Quais são as principais fontes de financiamento para o vosso serviço de apoio ao

domicílio?

Recebem apoio do governo, de doações, ou outros fundos privados?

Existe algum financiamento específico para os utentes mais carenciados?

Em alguma situação o serviço é cobrado aos utentes? Se sim, em qual?

Como avaliam a viabilidade económica deste serviço?

Conseguem cobrir os custos operacionais?

Há sustentabilidade a longo prazo?

Qual o meio de transporte utilizado, e como é financiado?

4. Prós e Contras do Serviço de Apoio ao Domicílio

Quais consideram ser os principais benefícios deste tipo de apoio, tanto para os

utentes como para as famílias?

Podem partilhar alguns exemplos de casos bem-sucedidos?

Quais são os maiores desafios ou limitações que encontram na prestação do

apoio ao domicílio?

Existem dificuldades logísticas (distâncias, acessos a zonas rurais)?

Como lidam com situações de agravamento de saúde dos utentes?

5. Barreiras e Dificuldades Operacionais

Quais as principais barreiras que enfrentam ao nível da gestão e operação da

equipa de apoio ao domicílio?

Há escassez de profissionais especializados?

Como gerem o equilíbrio entre as necessidades dos utentes e a capacidade da equipa?

Como gerem os custos adicionais, como transporte e equipamentos?

Há alguma dificuldade na integração ou colaboração com outras entidades de

saúde, como hospitais ou centros de saúde?

6. Perspetivas Futuras

Quais são os vossos planos para expandir ou melhorar o serviço de apoio ao

domicílio?

Existem novas tecnologias ou métodos que pretendem implementar?

Consideram que o apoio ao domicílio é uma solução viável para responder às

necessidades crescentes da população idosa e com limitações?

Equacionam a assistência em teleconsulta? Como é que esta se compara com o apoio domiciliário? Quais as vantagens e quais as desvantagens?

7. Considerações Finais

Há algo mais que gostariam de partilhar sobre o funcionamento da equipa de apoio ao domicílio ou sobre os desafios que enfrentam?

Apêndice 2 – Guião de entrevista a membros do CHCF

Enfermeiros

Bloco 1: Conhecimento e Experiência

1. Qual é a sua experiência com cuidados domiciliários em saúde mental, se alguma?
2. Tem conhecimento de iniciativas similares em outros hospitais ou contextos? Se sim, como avalia esses exemplos?

Bloco 2: Necessidades e Benefícios

3. Na sua opinião, quais são os principais desafios enfrentados pelos pacientes de saúde mental que poderiam ser tratados de forma mais eficaz em casa? Manter retaguarda familiar e garantir que os pacientes se mantenham na estrutura comunitária o mais
4. Considera que a EAD pode melhorar a continuidade e qualidade dos cuidados para esses pacientes? Por quê?

Bloco 3: Barreiras e Preocupações

5. Quais desafios ou barreiras identifica para a implementação da EAD no contexto do Hospital Conde Ferreira?

6. Como avalia a capacidade atual da equipa de enfermagem para prestar este tipo de cuidado? Há necessidade de formação ou recursos adicionais?

Bloco 4: Envolvimento e Colaboração

7. De que forma acredita que a equipa de enfermagem poderia contribuir para o sucesso da EAD?

8. Quais mecanismos de comunicação ou coordenação considera importantes para integrar os cuidados domiciliários com os serviços hospitalares?

Bloco 5: Avaliação Geral

9. Acredita que a EAD seria bem aceite pelos pacientes e suas famílias? Quais seriam as possíveis resistências ou receios?

10. De forma geral, acha que a EAD é uma boa proposta para o Hospital Conde Ferreira? Por quê?

Fecho:

11. Tem alguma sugestão ou comentário adicional que gostaria de partilhar sobre este projeto?

Ajudantes de Ação Direta

Bloco 1: Conhecimento e Experiência

1. Pode partilhar a sua experiência no cuidado direto a pacientes com problemas de saúde mental?

2. Já esteve envolvido em atividades de apoio fora do ambiente hospitalar? Se sim, quais?

Bloco 2: Perspetiva sobre a EAD

3. Como acha que o seu papel enquanto ajudante de ação direta poderia ser integrado no projeto de cuidados domiciliários?

4. Quais benefícios acredita que o cuidado no domicílio pode trazer aos pacientes?

Bloco 3: Desafios e Preocupações

5. Quais dificuldades imagina que poderiam surgir no cuidado direto no ambiente domiciliário?

6. Acredita que precisa de formação ou suporte adicional para realizar este tipo de trabalho? Se sim, em que áreas?

Bloco 4: Coordenação e Comunicação

7. De que forma acredita que a comunicação entre os ajudantes, os enfermeiros e outros profissionais pode ser melhorada para apoiar o cuidado domiciliário?

8. Como vê a relação com as famílias dos pacientes no contexto da EAD?

Fecho:

9. Tem mais alguma sugestão ou preocupação que gostaria de partilhar?

Assistentes Sociais

Bloco 1: Função e Experiência

1. Qual é o papel atual do assistente social no acompanhamento de pacientes com problemas de saúde mental no hospital?

2. Já participou em projetos que envolvam intervenções no domicílio?

Bloco 2: Avaliação da EAD

3. Na sua opinião, quais são as principais necessidades sociais dos pacientes que poderiam ser melhor atendidas com a EAD? Articulação com serviços da comunidade, muitas vezes de forma individual ou até com familiares, doente facilmente se vira contra familiar mais próximo se este não consegue com que tome a medicação, vá a consultas, só os técnicos de assistência social consigam.

4. Como o assistente social pode colaborar para integrar as dimensões sociais no cuidado domiciliário? Equipas de apoio domiciliário suplementares à nossa para alimentação ou necessidades básicas, educação dentro do domicílio 3 em 3 semanas iam com eles mudar a cama, limpar a casa, uma vez que os utentes não tem iniciativa.

Bloco 3: Recursos e Parcerias

5. Que recursos ou parcerias com instituições externas seriam necessários para o sucesso da EAD? Todas as instituições desde centro de saúde, centro social e paroquial, juntas de freguesia, todas as instituições da comunidade são potenciais parceiros.

6. Acredita que há desafios em trabalhar diretamente com as famílias dos pacientes no contexto domiciliário? Se sim, quais? Trabalhar com famílias é um desafio enorme, doentes com um passado e passam por momentos de agressão, de destruir a própria casa, e a maior parte das famílias desgastada quer é ver-se livre com a institucionalização do utente, mas é contra a lei que o estado está a querer implementar. Seria muito bom existirem momentos de grupos multifamiliar, inovar ao promover 1 vez por mês para relatar as histórias e perceber quais as maiores dificuldades de uns e outros e soluções.

Bloco 4: Aceitação e Impacto

7. Acha que os pacientes e as famílias receberiam bem a proposta de cuidados domiciliários? Por quê? Acho, sim. Tudo que for para ajudar as famílias com pessoas com doença mental onde não se sintam capazes... se o doente estiver numa fase mais descompensada ,não. Mas depois mais tarde sim quando o utente se Sentir útil e feliz, sim.

8. Que impacto social e comunitário espera que este projeto tenha? Maior seria conseguir mostrar à comunidade que estes doentes conseguem estar inseridos na comunidade, trabalhar a rede de vizinhança, perceber os problemas, os receios, conseguir que o utente consiga estar em casa e estar “bem”, vai ser muito positivo. Podem ter que fazer um internamento curto e regressar. Voltar a tentar integrar o utente na família de novo.

Técnicos de Reabilitação Psicossocial

Bloco 1: Papel e Experiência

1. Como é que, no seu trabalho, tem ajudado na reintegração social dos pacientes com problemas de saúde mental?
2. Já teve experiências em intervenções fora do hospital, como no domicílio ou na comunidade? Quais foram os desafios?

Bloco 2: Reabilitação no Contexto da EAD

3. Como imagina que o trabalho de reabilitação psicossocial poderia ser realizado no contexto domiciliário?
4. Quais estratégias poderiam ser usadas para melhorar a autonomia e qualidade de vida dos pacientes no ambiente doméstico?

Bloco 3: Barreiras e Soluções

5. Quais barreiras considera que podem dificultar o trabalho de reabilitação psicossocial em casa?

6. De que recursos ou formação adicional acredita que precisa para desempenhar este papel de forma eficaz?

Bloco 4: Envolvimento e Resultados

7. De que forma acha que as famílias e outros cuidadores podem ser envolvidos no processo de reabilitação psicossocial?

8. Que resultados espera que a EAD traga aos pacientes, especialmente no que diz respeito à reintegração social e autonomia?

Psicóloga clínica

Bloco 1: Papel e Experiência

1. Pode descrever brevemente a sua experiência profissional na área de saúde mental e intervenções no contexto clínico?

2. Já esteve envolvida em intervenções psicológicas realizadas fora do ambiente hospitalar, como em contextos domiciliários?

3. Qual acredita ser o papel principal de um psicólogo clínico numa equipa de apoio domiciliário em saúde mental?

Bloco 2: Perspetiva sobre a EAD

4. Na sua opinião, quais são as vantagens de incluir o apoio psicológico direto no domicílio do paciente

5. Como imagina que a intervenção psicológica em casa pode impactar positivamente a recuperação e o bem-estar do paciente?

6. Existem aspetos da psicoterapia ou de outras intervenções psicológicas que considera desafiantes de adaptar ao contexto domiciliário?

Bloco 3: Intervenção com Pacientes e Famílias

7. Como avalia a importância do ambiente familiar no tratamento psicológico dos pacientes em saúde mental?
8. Quais estratégias considera mais eficazes para envolver as famílias no processo de recuperação do paciente?
9. Que tipo de resistências ou barreiras imagina que os pacientes ou famílias possam apresentar às intervenções psicológicas no domicílio?

Bloco 4: Desafios e Necessidades

10. Quais são os principais desafios que antecipa na prestação de cuidados psicológicos em casa?
11. Que recursos (formação, ferramentas, tecnologia, supervisão) considera essenciais para o sucesso da EAD no que diz respeito à psicologia clínica?
12. Acredita que existe um risco maior de esgotamento emocional ou profissional para os psicólogos no contexto domiciliário?

Bloco 5: Avaliação do Projeto e Sugestões

13. Como vê o potencial impacto da EAD na saúde mental e na qualidade de vida dos pacientes a médio e longo prazo?
14. Quais aspetos do modelo de funcionamento da EAD considera cruciais para o sucesso das intervenções psicológicas no domicílio?

Guião de Entrevista para o Diretor do Hospital Conde Ferreira

Bloco 1: Decisão de Implementação

1. Quais foram os principais fatores que levaram o hospital a decidir implementar a EAD este ano?

2. Houve alguma inspiração ou exemplo de outros projetos similares que tenha influenciado essa decisão?

3. Acredita que havia uma lacuna nos cuidados de saúde mental que a EAD vem preencher? Se sim, qual era essa lacuna?

Bloco 2: Perspetiva sobre a Eficiência

4. Na sua opinião, de que forma a EAD pode contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde mental?

5. Quais são os principais benefícios que espera alcançar com a implementação da EAD, tanto para os pacientes quanto para o hospital?

6. Acredita que este modelo permitirá uma melhor integração dos cuidados hospitalares e comunitários? Por quê?

Bloco 3: Viabilidade Económica

7. Antes de implementar a EAD, foram realizados estudos ou análises de viabilidade económica? Se sim, quais foram as principais conclusões?

8. Na sua opinião, a EAD é uma solução economicamente viável a longo prazo para o hospital? Por quê?

9. Quais custos considera mais significativos para a manutenção da EAD, e como o hospital planeia geri-los?

10. Acredita que a implementação da EAD pode gerar poupanças indiretas, como a redução de internamentos ou recidivas?

Bloco 4: Desafios e Estratégias

11. Quais foram os maiores desafios enfrentados até agora para implementar a EAD?

12. Que estratégias foram adotadas para superar esses desafios e garantir o sucesso do projeto?

13. Como o hospital tem garantido o envolvimento e capacitação das equipas para a transição para o modelo domiciliário?

Bloco 5: Avaliação e Futuro

14. Que indicadores ou métricas o hospital está a utilizar (ou planeia utilizar) para avaliar o sucesso da EAD?

15. Que impacto espera que a EAD tenha no sistema de saúde mental local e nos cuidados prestados pelo hospital?

16. Qual é a visão de longo prazo para a EAD? Planeia-se expandir o serviço ou integrá-lo de outras formas ao hospital?

Anexos

Investimento RE-C01-I02: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional de Cuidados Paliativos

Meta 57: Alargar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em lugares de Equipa de Apoio Domiciliário de Saúde Mental (CCISM)

**CONTRATO DE FINANCIAMENTO
BENEFICIÁRIO FINAL**

ENTRE:

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P., NIPC 503135593, com sede em Rua de Santa Catarina, nº 1288 4000-447 Porto, neste ato representada pelo Presidente do Conselho Diretivo Dr. Carlos Alberto de Jesus Nunes, titular do Cartão de Cidadão nº 04674468, válido até 17/08/2028, no exercício de poderes próprios, adiante designada por "Beneficiário Intermediário" ou "Primeiro Outorgante";

E

A SANTA CASA DA MISERICORDIA DO PORTO, NIPC 500239894, com sede em Rua das Flores, nº 15 4050-265 Porto, neste ato representada por António Manuel Lopes Tavares, titular do Cartão de Cidadão n.º 03865834 8 ZY4, válido até 13/04/2028, que outorga na qualidade de Provedor e no uso de poderes legais e estatutários para este ato, adiante também designado por "Beneficiário Final" ou "Segundo Outorgante".

E, conjuntamente, designados por "Partes"

- a) Considerando o apoio financeiro para a realização do Investimento RE-C01-I02: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional de Cuidados Paliativos - Meta 57: Alargar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em lugares de Equipa de Apoio Domiciliário de Saúde Mental (CCISM), no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência, aprovado nos termos do Aviso n.º 09/C01-I02/2023 de 17.10.2023.

1/9



Rua Santa Catarina, 1288 Tel. 222 011 000 info@arsnorte.com.pt
4000-447 Porto Fax 222 011 000 www.arsnorte.com.pt

5. O Segundo Outorgante deverá assegurar o financiamento integral do projeto, em complemento do apoio financeiro que é objeto do presente contrato, assumindo o investimento não elegível, bem como ainda, a cobertura financeira de eventuais sobrecustos na execução do projeto.

**CLÁUSULA 4.ª
PRAZO E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**

3/9



Rua Santa Catarina, 1288 Tel. 222 011 000 info@arsnorte.com.pt
4000-447 Porto Fax 222 011 000 www.arsnorte.com.pt