

Orientação

AGRADECIMENTOS

“Sozinhos, vamos mais depressa, a dois vamos mais longe”

Provérbio Africano

Todo o caminho percorrido faz mais sentido, e é mais rico, quando partilhado. Faz, por isso, sentido agradecer a todas as pessoas que me fizeram companhia nesta caminhada que agora termina.

Aos profissionais do Departamento de Saúde Mental (DSM) do Hospital Pedro Hispano pela oportunidade e disponibilidade com que me receberam, e por terem permitido que eu entrasse no seu “mundo”. Por terem confiando em mim e me terem feito sentir como parte da equipa.

Sinto-me grata a todos, sem exceção, mas dirijo um especial e terno agradecimento à diretora do departamento, Dra. Fátima Ferreira. Agradeço toda a sua afetividade, recetividade a novas ideias e por ter confiando em mim, o que permitiu que fossem desbravados caminhos novos, nunca antes percorridos pelo DSM. Foi muito gratificante e enriquecedor todo o tempo partilhado, que representa um marco na minha formação profissional e humana, e que estimarei sempre no decorrer do meu percurso, mantendo a esperança de que, um dia, seja possível que os nossos caminhos se voltem a cruzar!

Às duas pessoas seguidas pelo departamento que acompanhei nos respetivos contextos naturais de vida, por me terem permitido conhecê-las, entrar nos seus mundos, e ser digna da sua confiança.

À Professora Doutora Ana Maria Bertão pelo imenso orgulho em tê-la como Professora e orientadora deste projeto. Agradeço a sua disponibilidade, paciência, cuidado, sensibilidade e afeto. Sinto-me grata por tudo o que nos ensinou, e pelo

rigor e exigência que nos impeliram a ser, não só melhores profissionais, mas pessoas mais sensíveis e atentas ao outro, em toda a sua subjetividade. Por todo o impacto que teve em mim, é sem dúvida uma referência.

A todos os docentes e colegas do Mestrado em Educação e Intervenção Social, de ambas as especializações, da Escola Superior de Educação do Porto, por tudo o que aprendi, tudo o que refleti, pelo que cresci e por, passados estes dois anos, me sentir uma profissional mais capaz e competente, e uma pessoa mais atenta e madura.

Ao Porto e suas gentes, por me terem acolhido e feito sentir que esta é, enquanto aqui permanecer, a minha “casa”, local onde posso Ser por inteiro.

À Escola Superior de Educação de Lisboa pela excelente formação base que me proporcionou, pelo profissionalismo dos docentes e todo o processo de descoberta e evolução que me possibilitou.

Aos meus (família e amigos) por, mesmo que geograficamente distantes, estarem sempre perto.

Grata à vida por me receber, por tudo o que tenho aprendido e pela possibilidade de me ir transcendendo, sempre com entusiasmo pelo presente, e pelo que ainda aí poderá vir.

RESUMO

Devido ao processo de desinstitucionalização, a prestação de cuidados ao nível da saúde mental está a deixar de acontecer em hospitais psiquiátricos, para ser desenvolvida na comunidade. Os cuidados hospitalares estão a ser integrados em hospitais gerais mas, mais do que tratar a sintomatologia, é necessário que a pessoa com doença mental seja encarada em toda a sua globalidade, de forma integrada, considerando a sua história e contextos de vida, e seja respeitado o direito de ser cidadã de pleno direito, com voz ativa e participativa em tudo o que a envolve. Assim sendo, práticas psicossociais com base na relação de ajuda desenvolvidas na comunidade são imprescindíveis. Para que tal suceda, é necessário que o olhar dos profissionais não esteja somente focado na doença, mas no potencial de mudança da pessoa.

O presente relatório reflete o desenvolvimento do Projeto “Reabilitar em Saúde Mental: Uma abordagem integrada, integral e participada”, realizado no Departamento de Saúde Mental (DSM) do Hospital Pedro Hispano (HPH) assente na metodologia de investigação ação participativa. Teve como finalidade alterar as práticas do DSM do HPH para o desenvolvimento de intervenções mais integradas, participativas e comunitárias, orientadas para a reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental grave.

O projeto desenvolveu-se em dois eixos: um centrado na organização do serviço, da equipa e das práticas para um olhar comunitário, e o segundo eixo inclui duas intervenções psicossociais que visaram a reabilitação psicossocial de dois sujeitos com doença mental grave, realizadas nos seus contextos de vida.

Palavras-chaves: Saúde mental, Programa Integrar, reabilitação psicossocial, relação de ajuda.

ABSTRACT

Due to the deinstitutionalization process, the mental health care is no longer happening in psychiatric institutions, to be developed in the community. The hospital care is being integrated in general hospitals but, more than treating the symptomatology, it is necessary to face the person with a mental illness as a whole, in an integrated manner, considering one's story and environment, respecting their right to be a full-fledged citizen, with an active and participative voice in everything that involves them. Therefore, psychosocial approaches based in a help relation developed in the community are essential. In order for that to happen, it is necessary that the perspective of the professionals don't focus only in the illness, but also in the potential change of the person.

The current report reflects the development of the project "Rehabilitate in mental health: an integrated, holistic and participatory approach", executed in the Mental Health Department (MHD) of Pedro Hispano Hospital (PHH), anchored in the principles of participatory action research methodology. The project aimed changing the practices of the MHD of the PHH in order to develop integrated, participatory and community interventions, oriented for the psychosocial rehabilitation of people with severe mental illness.

The project developed in two axes: one centered in the organization of the service, of the team and of the practices to a community viewpoint, and the second axis includes two psychosocial interventions that aim a psychosocial rehabilitation of two subjects with severe mental illness, executed in their contexts of life.

Keywords: Mental health, Integrate Program, psychosocial rehabilitation, help relation

“Só fazemos coisas importantes quando temos um verdadeiro entusiasmo nas pessoas, em nós próprios e na relação que estabelecemos com as pessoas” (Matos, 2007)

ÍNDICE VOLUME I

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract	iv
Abreviaturas	ix
Introdução	1
Capítulo 1 – Projetos Sociais Em Educação e Intervenção Social	3
1.1. A Educação e Intervenção Social em projeto	3
1.2. A Metodologia de Investigação Ação Participativa e o perfil do investigador	5
1.3. A avaliação de projetos em Educação e Intervenção Social	8
Capitulo 2 – Estado da arte em saúde mental	10
2.1. Conceito de saúde e doença	10
2.2. Cuidar em saúde mental: do hospital psiquiátrico para a comunidade	12
2.3. Direitos humanos e participação das pessoas com doença mental	18
2.4. Intervenção psicossocial e relação de ajuda junto de pessoas com doença mental	21
Capitulo 3 – Contexto de realização do projeto – Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano	24
3.1. Processo de criação do departamento e modelo de funcionamento da equipa	25
3.2. As pessoas com doença mental acompanhadas no DSM do HPH em 2015	31
Capitulo 4 - Desenho de Projeto “Reabilitar em Saúde Mental: uma abordagem integrada, integral e participada”	41
4.1. Problemas, necessidades e recursos identificados	41
4.2. Finalidade, objetivos, estratégias e ações	48
4.3. Avaliação de entrada e indicadores de avaliação	50
Capitulo 5 - Desenvolvimento do projeto e avaliação de processo	53

5.1. Eixo 1 – Organização do serviço, da equipa e das práticas para um olhar comunitário	53
5.1.1. Ação 1 – Enquadramento da psiquiatria comunitária em contexto hospitalar	54
5.1.2. Ação nº 2 – Comunidade e Hospital: articular para integrar	58
5.2. Eixo 2 – Intervenção e reabilitação psicossocial	61
5.2.1. Ação 1 – “Quando a vida se reaviva”	62
5.2.2. Ação 2 - “Pelo caminho das possibilidades”	71
Capítulo 6 – Avaliação final do projeto	79
Considerações Finais	85
Referências	87

ÍNDICE VOLUME II

Apêndice A – Autorização para utilização nome da instituição	92
Apêndice B – Grelha análise de conteúdo das entrevistas de avaliação de contexto – Diretora do DSM (A) e Enfermeira que coordena o PI (B)	93
Apêndice C – Caracterização geral dos membros da equipa que intervêm com população adulta	115
Apêndice D – Análise de conteúdo inquéritos por questionário aplicados à equipa do DSM do HPH	119
Apêndice E – Transcrição do grupo de discussão realizado com a equipa do DSM do HPH	126
Apêndice F – Projeto Terapêutico Individual de Cuidados	147
Apêndice G – Plano Individual de Cuidados e formulário entrevista inicial Programa Integrar	152
Apêndice H – Folha de registos – Programa Integrar	155
Apêndice I – Fluxograma Programa Integrar	156
Apêndice J – Fluxograma DSM do HPH	157
Apêndice K – Transcrição entrevista de avaliação do projeto – Enfermeira	158
Apêndice L – Transcrição entrevista – Departamento de Ação Social e Saúde da Câmara Municipal de Matosinhos	162
Apêndice M - Registos Ação “Quando a vida se reaviva” – Eixo 2	171
Apêndice N – Registo Ação “Pelo caminho das possibilidades” – Eixo 2	178
Apêndice O – Transcrição entrevista de avaliação do projeto – Diretora do DSM do HPH	193

ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CA – Conselho de Administração

CHSJ – Centro Hospitalar de S. João

CIR – Cuidados Integrados e Recuperação

CMM – Câmara Municipal de Matosinhos

CNRSS – Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

CNSM – Comissão Nacional para a Saúde Mental

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Doença Mental

DSM – Departamento de Saúde Mental

EV – Estágio Voluntário

FNERDM – Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais

HML – Hospital de Magalhães Lemos

HPH – Hospital Pedro Hispano

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

ISS – Instituto da Segurança Social

MF – Médicos de Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PI – Programa Integrar

PIC – Plano Individual de Cuidados

PNSN – Plano Nacional para a Saúde Mental

POPH – Programa Operacional de Potencial Humano

PROFORM – Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária

SM – Saúde Mental

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

INTRODUÇÃO

O projeto “Reabilitar em Saúde Mental: Uma abordagem integrada, integral e participada” aqui apresentado foi desenvolvido no Departamento de Saúde Mental (DSM) do Hospital Pedro Hispano (HPH) e surgiu no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social, na especialização em Acção Psicossocial em Contextos de Risco da Escola Superior de Educação, do Politécnico do Porto. A autorização para utilização no nome da instituição encontra-se no Apêndice A.

O processo de desinstitucionalização e surgimento da psiquiatria comunitária emergem de uma mudança de paradigma na prestação de cuidados em saúde mental. Em Portugal, em 2009, iniciou-se a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental – PNSM (2007-2016), que defende que a prestação de cuidados ao nível da saúde mental deve acontecer no meio menos restritivo possível, e que as intervenções devem promover a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental (DM) grave. Este Plano, no seguimento das indicações da Organização Mundial de Saúde (2001) e da Comunidade Europeia (2005), preconiza que as intervenções deverão acontecer no meio menos restritivo possível para que pessoas com DM não sejam desenraizadas dos seus contextos naturais de vida, o que acontecia quando institucionalizadas. Para além disso, atende à influência dos contextos de vida no adoecer, porque muitas vezes os caminhos de maior adoecimento psíquico sucedem devido a fatores contextuais e circunstanciais, mais do que “resultante da patologia em si mesma” (Cordo, 2013, p.32). Nesta medida, é importante que as intervenções sejam contextualizadas e atendam à globalidade e diversidade de contextos em que a pessoa está envolvida, bem como às suas interinfluências. Sendo a implementação do PNSM ainda muito recente, importa que os profissionais de saúde mental consigam adotar este novo modelo, o que implica mudanças nos serviços e práticas, de modo a que seja possível desenvolver intervenções de base comunitária, encarar a pessoa com DM na sua globalidade e como agente ativo do seu próprio processo de transformação. Mais do que tratar a

sintomatologia, é necessário ajudar a pessoa com DM a reconquistar a sua identidade e sentido de pertença (Leff & Warner, 2008). São estes os pressupostos teóricos que sustentam a realização do presente projeto.

Este relatório encontra-se organizado em dois volumes. O primeiro volume inclui seis capítulos. Os primeiros dois capítulos do volume 1 foram reservados à revisão da literatura sobre a concepção de projeto, essencialmente sobre os projetos em educação e intervenção social, as questões metodológicas e a avaliação (Capítulo 1), enquanto o segundo capítulo apresentará o estado da arte em saúde mental. Neste capítulo analisam-se os conceitos de saúde e de doença, abordam-se as evoluções no modo de cuidar em saúde mental (SM), do hospital para a comunidade; a importância da participação e defesa dos direitos humanos das pessoas com DM e, ainda, os contributos da intervenção psicossocial e relação de ajuda junto de pessoas com DM. No terceiro capítulo é caracterizado o contexto onde foi desenvolvido o projeto apresentado neste trabalho, o DSM do HPH. Descreve-se o processo de criação deste departamento e o modelo de funcionamento da equipa, bem como as pessoas com DM acompanhadas pelo departamento em 2015. O quarto capítulo contém o desenho do projeto “Reabilitar em Saúde Mental: Uma abordagem integrada, integral e participada”. São, então, mencionados os problemas, necessidades e recursos identificados na realidade, e ainda a finalidade, objetivos, estratégias, ações. Surge também neste capítulo a avaliação de entrada e os indicadores de avaliação. O desenvolvimento dos dois eixos do projeto e respetiva avaliação de projeto constituem o quinto capítulo. No sexto e último capítulo está presente a avaliação final do projeto. No final do relatório encontram-se as considerações finais e as referências bibliográficas que enriqueceram este relatório e este projeto.

O segundo volume deste Relatório inclui um conjunto de Apêndices, construídos no âmbito do desenvolvimento do projeto e que contribuem para uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido.

CAPÍTULO 1 – PROJETOS SOCIAIS EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL

Neste capítulo serão apresentados os pressupostos que caracterizam os projetos de educação e intervenção social, é descrita a metodologia de investigação ação participativa, assim como o papel do investigador na utilização e manejo da metodologia e, ainda, o processo de avaliação dos projetos.

1.1.A EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL EM PROJETO

Devido às constantes mutações sociais existentes, assistimos a uma cada vez maior complexidade da realidade. Estas mudanças levam à necessidade de construção de intervenções que consigam atender às novas e complexas necessidades emergentes e à escassez de recursos (Guerra, 2000). Trabalhar por projetos será uma forma de “particularizar as situações, para repersonalizar os seres e as coisas” (Boutinet, 2002, p.252). Para que esta organização seja possível, há que garantir determinados procedimentos. Nesta medida, a análise da realidade será dos mais importantes, pois, há que conhecer a realidade onde se atua de forma aprofundada, para perceber como esta poderá ser transformada, e qual a melhor forma de o fazer. Para tal, há que fazer um levantamento do que existe, do que não existe e dos impactos que estes elementos trazem para a realidade (Cembranos, Montesinos & Bustelo, 2001). Será também necessário perceber como as pessoas que fazem parte desta realidade a percebem, ou seja, como a sentem, descrevem, significam e vivem nela (Cembranos, Montesinos & Bustelo, 2001). Importa referir que “a realidade é o conhecimento que guia o nosso comportamento, mas sobre o

qual todos temos uma visão diferente”, sendo a “compreensão social (...) produto de compreensões humanas” (Payne, 2002, p.33).

O trabalho social deverá assim ser reflexo da realidade conjuntamente construída, entre interventor social, sujeitos e contextos sociais (Payne, 2002; Mendonça, 2002). As perspectivas radicais do trabalho social defendem que, a redução dos problemas sociais a problemas individuais, psicológicos, tende a culpar e responsabilizar quem sofre pelos seus problemas, “não obstante as suas origens sociais” (Payne, 2002, p.300). Nesta medida, a perspectiva radical defende que os problemas, mais do que individuais, deverão ser considerados sociais e estruturais, compreendendo “a posição dos oprimidos no contexto da estrutura social e económica em que eles vivem, e rejeitando o apoio à hegemonia da classe dirigente” (Payne, 2002, 303).

Em Educação e Intervenção Social, os projetos são desenhados sempre com o intuito de promover melhorias nos contextos em que estamos inseridos, através do fomento da participação dos sujeitos dessa mesma realidade, em todo o processo (Serrano, 2008; Timóteo & Bertão, 2012). A participação dos sujeitos em toda a construção, desenvolvimento e avaliação de projetos de educação e intervenção social, permitirá que estes consigam ser produtores de conhecimento, e com capacidade de “encontrar novas formas de se conhecer e de entender o mundo” (Timóteo & Bertão, 2012, p. 17). Ao privilegiá-lo, o profissional estará a reconhecer que todo o ser humano possui, em si mesmo, os recursos necessários para ser agente ativo do seu próprio processo de desenvolvimento (Arnaud, 1992, citado por Mendonça, 2002). Um projeto em educação e intervenção social pressupõe, assim, a necessidade de encarar o sujeito que nele participa como o autor da sua história, isto é, o protagonista por excelência (Carvalho & Baptista, 2004). O profissional deverá guiar-se por esta premissa, deixando que o espírito crítico norteie a sua atuação, incentive, capacite e encoraje as pessoas, sem se demonstrar paternalista e tendo em conta os desejos dos mesmos, de modo a que sejam capazes de resolver os seus próprios problemas e identificar novos caminhos que levem à mudança (Payne, 2002; Timóteo & Bertão, 2012). Nesta medida, o projeto não está nos “objetos ou

conteúdos que queremos avaliar nem nos resultados que esperamos obter. Está nas pessoas” (Mendonça, 2002, p. 24). Saliente-se que, “a participação social, como eixo central da ação social e educativa, é perspectivada como um direito de cidadania” (Timóteo & Bertão, 2012, p. 15), o que pressupõe o direito de inserção dos sujeitos e o direito de estes estarem implicados na participação e construção dos seus próprios projetos de vida (Carvalho & Baptista, 2004). Isto será conseguido através de uma intervenção que vise mudanças nos distintos sistemas onde o sujeito interage e vice-versa (Timóteo & Bertão, 2012).

1.2. A METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO AÇÃO PARTICIPATIVA E O PERFIL DO INVESTIGADOR

Para ser possível explicitar em maior detalhe a metodologia utilizada no Projeto: “Reabilitar em saúde mental: Uma abordagem integrada, integral e participada”, será, primeiramente, feita referência aos paradigmas científicos e a sua influência nas opções metodológicas da investigação.

De acordo com Kuhn (2009), um paradigma científico determina o que se deve observar. Ou seja, qual o tipo de questões a formular para obter respostas relativamente ao objetivo que se pretende, como as mesmas devem ser organizadas, e como devem ser interpretados os resultados da investigação científica (Kuhn, 2009). Segundo Santos (1995, p.10), pode, atualmente, definir-se a existência de dois paradigmas: dominante e emergente. De acordo com este autor, o paradigma dominante “apresenta-se como um modelo totalitário, de carácter rigoroso, quantitativo, desqualificativo e limitativo”, que assenta na “total separação entre a natureza e o ser humano” (Santos, 1995, p.13). A análise da realidade assente neste paradigma é feita de forma rigorosa e sistemática que visa dominar e controlar. O facto de ser um paradigma que privilegia a mensuração, objetividade e previsibilidade, leva a que seja muito complicado analisar fenómenos sociais, tendo

em conta a sua origem dinâmica e subjetiva. Nesse sentido, torna-se necessária uma outra forma de produzir conhecimento, que permita que haja uma ligação efetiva e afetiva ao que é estudado (Santos, 1995). Estas alterações sobre o modo de olhar a realidade social e a investigação dos fenômenos sociais, levaram à emergência de um novo paradigma, denominado emergente, que defende que a realidade não se esgota no observável e quantificável. Assim, torna-se necessária uma pluralidade metodológica, visando o aprofundamento relativo ao estudo da realidade, valorizando o senso comum e notificando-o como libertador, transparente, espontâneo e persuasivo (Santos, 1995). De referir que, neste paradigma, os investigadores são parte integrante da realidade, na medida em que, ao intervirem, fazem automaticamente parte dela, alterando-a. Assim, investigadores, investigados e seus ambientes não podem ser dissociados por serem interdependentes, uma vez que todas as visões influem sobre a realidade e são importantes para o conhecimento (Santos, 1995; Lima, 2003). Neste seguimento, reflete-se que o investigador tem de ser ponderado, perspicaz no sentido de perceber qual a melhor postura a adotar, ser respeitador da vida quotidiana existente, não sendo correto impor a sua presença e com isso não permitir que a realidade flua. Assim, “a reflexividade deve fazer-se sobre as implicações desse cruzamento de referências sociais, de maneira a favorecer um melhor entendimento das dinâmicas que se desenvolvem nos espaços de interação” (Neves & Nogueira, 2005, p. 410). Partindo deste olhar em que a pessoa está no centro do conhecimento, a investigação terá de assentar numa permanente articulação entre a teoria e a prática (praxis), e a investigação ação participativa é uma metodologia que reflete isso mesmo (Guerra, 2000; Lima, 2003). De acordo com Lima (2003, p.306), a investigação ação participativa “corresponde a um modo de procurar entender o mundo para nele melhor se viver, para que se possa constituir moradia confortável de tudo quanto nele existe”. Traz uma nova maneira de encarar o envolvimento dos investigados no processo de transformação, na medida em que defende o papel preponderante que os sujeitos têm no seu próprio processo de desenvolvimento, Para que tal possa

sucedem, a participação, como acima referido, é o elemento fulcral por ser o “caminho natural para o homem exprimir a sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo” (Bordenave, 1994, p. 16). A participação “pode ser aprendida e aperfeiçoada pela prática e a reflexão” e assim é um processo que cresce no indivíduo com qualidade (Bordenave, 1994, p. 72). Para uma participação de qualidade, o sujeito deve conhecer a sua realidade e refletir sobre ela e, quando se depara com contradições, deve conseguir superá-las, traduzindo-se isto na capacidade demonstrada para argumentar, antecipar problemas e consequências, lidar e gerir conflitos, respeitar opiniões, entre outros (Bordenave, 1994). Por vezes os sujeitos precisam de ser ajudados neste processo, por um investigador que, vindo de fora, integra a realidade, e/ou por outros sujeitos do mesmo contexto que possuem outros recursos.

Para procurar conhecer a realidade na sua essência será necessário adequar, e até criar, técnicas de recolha de informação, no sentido de nunca ser esquecido que cada realidade é una e complexa. Este processo assume uma profunda relevância no seio da investigação social, pelo facto de possibilitar a recolha dos dados necessários para responder ao problema da investigação (Igea, Justo, Beltrán & Martín, 1995). Este processo permite “reduzir de modo sistemático e intencional a realidade social que pretendemos estudar a um sistema de representação que será mais fácil de tratar e analisar” (Igea et al., 1995, p. 35). A influência que o investigador tem, só pelo facto de estar presente no contexto, também se denota na escolha e utilização das técnicas de recolha de informação.

No que se refere à observação participante, “o investigador assume um papel ativo e atua como mais um membro do grupo que observa” (...), “sem perder a credibilidade que assiste a um investigador social” (Angrosini, 2012, citado em Coutinho, 2013, p. 138). As conversas intencionais, por seu lado, permitem que se consiga, junto das pessoas, ter a perceção da “multiplicidade de facetas das redes de relações em que estão inseridos, das práticas do quotidiano, das estratégias de vida, dos quadros de representações sociais respetivos” (Costa, 1986, p.139). A entrevista

“é a técnica preferencial para a recolha de normas e classificações de status sociais de conhecimento geral no contexto social em estudo” (Costa, 1996, p.140).

Segundo Costa (1986, p.145), “certas características sociais do investigador, particularmente a sua pertença de classe e a sua atividade profissional, condicionam o processo de recolha de informação (...)”. O mesmo autor refere igualmente que estas características, bem como características pessoais como a idade e sexo, em função dos contextos, produzem efeitos distintos (Costa, 1986).

Para além de tudo o já acima referido, será necessário que o investigador adote uma postura de permanente reflexão acerca do trabalho que desenvolve. Para tal, deverá ter a perceção do impacto das suas decisões e de todo o trabalho a ser desenvolvido. Neste sentido, uma contínua e permanente avaliação será fundamental (Guerra, 2000).

1.3.A AVALIAÇÃO DE PROJETOS EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL

Ao ser desenvolvido um projeto, de modo a que se consiga perceber se se conseguiu atingir os objetivos propostos, e que mudanças concretas provocou, há que proceder a uma rigorosa avaliação. De acordo com Úcar (1997, citado em Gomes, Martins & Vieites, 2000, p. 216) “atribuir um valor às acções que realizamos converte-se num meio indispensável para provê-las de sentido”. Para que esta mensuração seja possível ser realizada é necessária a existência de objetivos definidos previamente e de critérios de sucesso definidos de forma operacional e capazes de serem medidos (Guerra, 2002). Mais do que a medição dos resultados conseguidos, importa perceber como os mesmos foram alcançados. Nesta medida, Stufflebeam & Skinfield (1987), conceberam um modelo de avaliação, com o propósito de desenvolver um modelo conducente a uma planificação avaliativa sólida de projetos, e que permita o aperfeiçoamento dos mesmos. Os referidos autores,

defendem que a avaliação deve ser um processo sistemático, ou seja, que os profissionais necessitam de adotar um modelo avaliativo que permita que seja possível perceber que mudanças vão ocorrendo, e o que é necessário ser melhorado, aperfeiçoado, no decorrer dos projetos. Desenvolveram, assim, um modelo de avaliação denominado CIPP (Contexto-Input-Processo-Produto), para uma permanente avaliação que incluiu quatro dimensões a avaliar: o contexto, a entrada (input), o processo e o produto.

A avaliação de contexto é a primeira que orienta todas as outras, por permitir o levantamento dos problemas, recursos e potencialidades existentes nos contextos em análise, abrindo caminho ao desenho de projeto. A avaliação de entrada permite analisar o desenho do projeto, se este foi desenhado de acordo com as características do contexto e se é viável. Todo o conhecimento deverá ser construído através do envolvimento de todas as pessoas (Stufflebeam & Skinfeld, 1987). Por sua vez, a avaliação de processo analisa o modo com as ações decorreram, no sentido de perceber a coerência do projeto no que se refere aos objetivos delineados, à finalidade e aos resultados. Para além do importante olhar crítico do investigador, é importante saber como as ações desenvolvidas estão a ser vividas e, conseqüentemente, todo este processo é avaliado por todos os participantes (Stufflebeam & Skinfeld, 1987). A avaliação de produto permite interpretar e reconhecer o êxito do projeto, devendo ser feita (assim como todas as outras) de forma minuciosa para perceber os impactos que teve para as pessoas e respetivo contexto (Stufflebeam & Skinfeld, 1987).

De referir que estes diferentes focos de avaliação não simbolizam fases, nem etapas, tendo em conta que, no decorrer do projeto, é necessário estar sempre em permanente processo de aperfeiçoamento, olhando de forma crítica e problematizadora a realidade, o que se definiu fazer, o que era e é agora necessário, as intervenções realizadas e o seu impacto nas vidas das pessoas e nos seus contextos.

CAPITULO 2 – ESTADO DA ARTE EM SAÚDE MENTAL

2.1. CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA

O conceito de saúde é amplo e compreende fatores de ordem física, mental e social, que estão relacionados e são interdependentes (OMS, 2001). De acordo com Scharfetter (2005, p.34), é considerada saudável a pessoa que apresenta recursos como uma “robustez flexível na adaptação e no domínio de situações, uma potencial plasticidade em relação a estratégias de adaptação, de resolução ou de defesa”. Estes recursos permitem-lhe conseguir lidar com os problemas com que se depara, autorrealizar-se, “corresponder às exigências da sua própria essência (autenticidade) e do mundo”, realizar as suas tarefas, desfrutar da convivência com outras pessoas, e contribuir para o bem-estar da sua comunidade (Scharfetter, 2005, p.34). Estas medidas auxiliaadoras ajudam a suplantar as crises com que todo o ser humano se vai deparando ao longo do seu percurso de vida (Quartilho, 2010). O conceito de crise remete para um período de maior stress, de mudança a nível biológico, psicológico ou social, promotor de insegurança e medo, e que exige da pessoa um esforço extra para conseguir manter-se equilibrada (Scharfetter, 2005; Cordeiro, 1987). Este período pode levar a transformações positivas, tais como um aumento da maturidade, maior clareza e objetividade na maneira como se encaram as situações, e conseqüente progressão do desenvolvimento (Scharfetter, 2005). Por outro lado, “quando a qualidade ou intensidade do stress é exagerada para a capacidade de adaptação e reação da pessoa”, isto origina uma “rutura brusca da sua homeostase psíquica e perda (ou mudança) de elementos estabilizadores habituais com desequilíbrios dos métodos de adaptação familiares” (Cordeiro, 1987, p.36). Este processo leva a que a pessoa entre em rutura e fique oprimida, deixando de ser capaz de lidar e cumprir com as suas tarefas, criando, assim, uma dependência e

carência ao nível do contexto em que está inserida (Scharfetter, 2005). A pessoa fica, assim, em risco de desenvolvimento de uma DM, que se traduz numa afetação do funcionamento e comportamento emocional, social e intelectual (Cordeiro, 1987; Fazenda, 2008).

A condição mental de cada pessoa é determinada por um conjunto de inúmeros fatores designadamente biológicos, psicossociais e socioculturais, havendo variáveis que ajudam a compreendê-la, tais como o risco, vulnerabilidade e resiliência (Comissão das Comunidades Europeias, 2005; Cordeiro, 1987; Quartilho, 2010). A variável risco, de acordo com Cordeiro (1987, p. 34), afigura-se como a “probabilidade de ocorrência de uma DM”, e os fatores que o podem propiciar remetem para “as características ou condições de vida de uma pessoa ou grupo de pessoas”. Para que se compreendam os fatores de risco, é importante perceber igualmente os fatores de equilíbrio, ou seja, os fatores que protegem o indivíduo de desenvolver uma DM. Para que seja possível perceber os mecanismos relativos à origem e manutenção de uma DM, há que ter em conta a variável vulnerabilidade que é “influenciada por circunstâncias sociais que podem ter um efeito protetor ou potenciador” (Quartilho, 2010, p.47). Segundo Quartilho (2010, p.49), “algumas pessoas sucumbem à sua própria vulnerabilidade quando confrontadas com fatores de stress”, enquanto outras, enfrentando as mesmas circunstâncias, conseguem resistir ao “aparecimento de sintomas psicopatológicos”. Esta capacidade para resistir e adaptar-se a momentos de elevado stress, denomina-se resiliência, outra das variáveis que ajuda a compreender a ocorrência de DM. De referir que, fatores de ordem social e intrapessoais representam fatores que propiciam a recuperação, contrariando assim “as hipóteses de uma evolução natural exclusiva para as mesmas perturbações” (Quartilho, 2010, p.48).

Segundo a OMS (2001), as DM e comportamentais apresentam sinais e sintomas específicos, e seguem, normalmente, um curso previsível, passível de ser interrompido com a ocorrência de intervenções. São inúmeras as incapacidades geradas pela doença decorrentes da sintomatologia da mesma. No que se refere à

sintomatologia positiva, esta está presente quando a pessoa tem alucinações e expressões de delírios paranoicos, por exemplo, e costumam ter uma boa resposta ao tratamento farmacológico (Leff e Warner, 2008). Já a sintomatologia negativa caracteriza-se por ausência de vontade, carência ao nível do autocuidado, apatia, entre outros, e pode durar imensos anos (Leff e Warner, 2008).

Torna-se imperativa a prevenção, e a aplicação de um modelo que tenha em consideração tanto os fatores de risco, como os de proteção, de uma pessoa adoecer mentalmente, no sentido de minimizar ou evitar os primeiros, e de favorecer os segundos (Cordeiro, 1987). A necessidade desta prevenção torna-se ainda mais premente quando se verifica o impacto das DM na vida dos indivíduos, e o seu aumento. No que se refere a estudos epidemiológicos, de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS (2015), Portugal é dos países com maior carga de incapacidade associada a problemas de SM, com 22,5%, maior do que o total registado na Europa (22%).

2.2. CUIDAR EM SAÚDE MENTAL: DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PARA A COMUNIDADE

Ao longo da história da humanidade muitas foram as interpretações feitas à DM. De acordo com Cordeiro (1987), nas Culturas Primitivas e na Antiguidade, a DM era associada a fenómenos sobrenaturais, ideias de feitiçaria, mistério, magia, possessão por demónios. No que se refere ao tratamento, na Antiguidade, “não havia qualquer intenção de tratamento uma vez que, tendo sido os deuses a enlouquecer a pessoa, a eles cabia a função de a curar” (Cordeiro, 1987, p.16). Já na Idade Média, “o tratamento era físico, com banhos, dietas e sono abundante” (Cordeiro, 1987, p.18). Na época renascentista, estas pessoas eram enviadas para cruzadas e/ou guerras, alvos de desprezo e abuso por parte de todos (Cordeiro, 1987). Ainda nesta época, com o humanismo, começa a entender-se a DM a partir de uma base científica,

havendo inúmeros estudiosos que desenvolvem estudos acerca do funcionamento do cérebro (Cordeiro, 1987). Ainda assim, ao nível das comunidades, a forma de olhar para as pessoas com DM permaneceu a mesma, ao continuarem a ser desrespeitadas e ridicularizadas (Cordeiro, 1987). O surgimento da psiquiatria como especialidade médica, levou a que as DM passassem a ser consideradas doenças (Fazenda, 2008; Cordeiro, 1987; Leff & Warner, 2008).

Com a construção de hospitais psiquiátricos (separados do sistema geral de saúde), os doentes sofriam uma perda de referências, de individualidade e identidade, por estarem distantes das suas famílias e comunidades, eram alvos de maus tratos, tratados sem dignidade e, em alguns casos, não lhes eram prestados cuidados médicos (Fazenda, 2008; Cordeiro, 1987). A ideia de que as pessoas com DM não têm a mínima capacidade para decidir sobre as suas próprias vidas, sendo incapazes de produzir algo, levou à “justificação da separação do doente mental da sua comunidade, ao abandono dos chamados crónicos e a aceitação resignada da persistência de instituições psiquiátricas” (Leff e Warner, 2008, p.11). Por não ser considerada a sua opinião e vontade, estas estruturas acabam por ser “paternalistas e adivinham aquilo de que os seus utentes precisam, e tentam satisfazer essas necessidades de uma forma tendencialmente acrítica” (Cordo, 2013, p.14).

Com a psiquiatria comunitária, ocorreu uma mudança de paradigma ao ser defendida a passagem de um modelo em que as pessoas com DM se encontram internadas em hospitais psiquiátricos, para um que defende a desinstitucionalização, sendo privilegiado o acompanhamento em ambulatório e internamentos de curta duração (Fazenda, 2008; Comissão das Comunidades Europeias, 2005). De acordo com OMS & Wonca (2008, p.10), há que “tratar as DM tão cedo quanto possível, holísticamente, e perto da casa e da comunidade da pessoa, o que leva aos melhores resultados de saúde”. Em Portugal, foi estabelecido o ano de 2016, mas entretanto prolongado até 2020, a “integração dos cuidados de SM no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados

continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental - CNSS, 2008, p.17).

Importa remeter para esta análise a influência dos contextos sociais no adoecer. De acordo com a abordagem ecológica do desenvolvimento de Bronfenbrenner, existe uma mútua influência entre o ser humano e os sistemas que o envolvem. Segundo Bronfenbrenner (1979) citado em Bairrão (2005, p.19), esta abordagem implica o estudo científico da “acomodação progressiva e mútua entre um ser humano ativo em crescimento e as propriedades em mudança dos cenários imediatos que envolvem a pessoa em desenvolvimento” e é afetado “pelas relações entre os cenários e pelos contextos mais vastos em que estes cenários estão inseridos”. Existem assim quatro sistemas que devem ser considerados numa perspetiva progressiva: o microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema. Em SM, o contexto de vida tem impactes no aparecimento, melhoria ou manutenção da DM. Nesse sentido, cuidados prestados na comunidade permitem intervir junto do sujeito adaptando essa mesma intervenção às necessidades que vão sendo identificadas nos respetivos contextos.

De acordo com Fazenda (2009), o modelo de saúde mental comunitária:

Baseia -se numa visão biopsicossocial que inclui, além da evidência científica da multidimensionalidade do fenómeno da DM, um conjunto de valores fundamentais, que orientam a definição das políticas, o planeamento, a intervenção e a organização dos serviços, tais como: Equidade no acesso aos serviços; tratamento na comunidade; respeito dos direitos humanos; visão de recuperação (recovery); promoção da vida independente e da integração social; participação de utentes e famílias (Fazenda, 2009, p.112)

Para a operacionalização deste modelo comunitário, teve de existir uma reorganização de serviços de modo a descentralizá-los, para ficarem mais próximos das comunidades, tal como: a criação de departamentos de SM nos Hospitais Gerais; proximidade dos referidos departamentos aos cuidados de saúde primários; articulação intersectorial; organização de equipas de SM comunitária (Fazenda 2008;

CRSSM, 2007). Esta reforma dos serviços de SM implica inúmeras alterações, o que torna o processo muito complexo pois envolve mudanças ao nível das instalações, equipas (formação e sua distribuição), desenvolvimento de novas intervenções, assim como exige a canalização de recursos financeiros (CRSSM, 2007). Ainda há muito a fazer, sobretudo “problemas operacionais que se devem ao facto de não haver políticas claras e efetivas, assim como à falta de preparação dos profissionais para aceitar as mudanças dos seus papéis” (CRSSM, 2007, p.38). A escassez de recursos existente dificulta o desenvolvimento destas recomendações, atendendo ao facto de, segundo a CRSSM (2007),

o modelo de gestão e financiamento existente é um modelo totalmente anacrónico, que fomenta o disfuncionamento do sistema e impede qualquer tentativa de desenvolvimento dos serviços de acordo com os objetivos que, em princípio, se pretendem alcançar (CRSSM, 2007, p.50).

No que se refere aos departamentos de saúde mental, o que na realidade sucede, é que apesar de na legislação ser determinado que estes tenham “autonomia financeira e administrativa (...) tal “nunca foi cumprido, o que fez com que estes departamentos tenham experimentado sempre grandes dificuldades na implementação e desenvolvimento de cuidados na comunidade” (CRSSM, 2007, p. 56). De referir que, atualmente (2016), os mesmos ainda não detêm esta autonomia. Assim, a prestação de cuidados na maioria destes departamentos, é centrada em práticas intra-hospitalares com escassas ou nenhuma respostas do ponto de vista comunitário, levando a que, mais do que uma articulação intersectorial, haja uma “mediação institucional” (CRSSM, 2007, p. 56). Esta mediação caracteriza-se pelo facto de os profissionais que trabalham no âmbito da SM estabelecerem “ligações com outros serviços da comunidade para obter recursos ou promover o acesso a serviços e direitos para os utentes, de forma pontual ou mais sistemática, mas sempre descontínua no tempo” (CRSSM, 2007, p. 56).

Em relação à articulação entre setor social e da saúde, em Portugal, existe um despacho conjunto nº 407/98, que regulamentou estes apoios na prestação de

cuidados continuados a pessoas com problemas de dependência por doença mental, e a Portaria nº 348-A/98, que permitiu a criação de empresas sociais, tendo ambos tido um grande impacto neste caminho conducente a respostas promotoras de reabilitação psicossocial (CNRSSM, 2007).

De referir que, numa avaliação intercalar ao PNSM (2007-2016) realizada pela Direção Geral de Saúde em 2012, é referido o atraso na sua implementação e identificados alguns problemas (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015). Alguns desses problemas foram a “elevada prevalência das DM, as dificuldades de acesso a cuidados de SM por pessoas com DM graves e a dificuldade sentida pelos utentes de beneficiar de modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial” (OPSS, 2015). Atendendo a estas dificuldades em reorganizar os serviços em torno da oferta de respostas de carácter comunitário, o PNSM foi alargado até ao ano de 2020.

No Decreto-lei n.º 304/2009, de 22 de outubro, é defendido que a prestação de cuidados de SM e a reabilitação psicossocial são indissociáveis. De acordo com Fazenda (2008, pp.93), os conceitos de tratamento e reabilitação são “interdependentes, interagindo um sobre o outro”, podendo ser combinados de forma “simultânea, sequencial ou intermitente”, em função das necessidades das pessoas com DM. Tratamento e reabilitação variam nos métodos e objetivos. Neste sentido, os objetivos do tratamento centram-se em “limitar a sintomatologia, diminuir pensamentos bizarros e sentimentos de ansiedade e angústia (...)”, enquanto a reabilitação “pretende capacitar a pessoa disfuncional para atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, familiar, no meio menos restritivo possível” (Fazenda, 2008, p. 94). Reabilitar pressupõe, assim, um enfoque nas competências dos indivíduos, e não nas suas debilidades, incapacidades e sintomas psicopatológicos (Cordo, 2013).

Neste seguimento, não faz sentido falar em dicotomia modelo médico/modelo social, porque só a complementaridade articulada que exige a flexibilização destas duas perspetivas pode cumprir a função de olhar a pessoa, na sua totalidade e

enquanto sujeito biopsicossocial (Cordo, 2013). Tudo isto permite considerar a pessoa e as suas circunstâncias e fomentar “uma abordagem não reducionista ou confinada a rótulos que aposte num conceito que é dos mais abrangentes – o da qualidade de vida” (Cordo, 2013, p.21).

Em Portugal, um exemplo desta prática comunitária em saúde é o Projeto Cuidando¹, da Casa de Saúde S. João de Deus, em Barcelos. Este consiste numa Unidade Móvel de Apoio Domiciliário e, tal como consta no seu site, apoia pessoas com DM grave de evolução prolongada e elevado grau de dependência e/ou supervisão e/ou incapacidade psicossocial, residentes em Barcelos, com o intuito de prevenir reinternamentos nos serviços de saúde mental. Este programa presta apoio à pessoa com DM e respetiva família na transição do hospital ou das unidades da rede para o domicílio. A equipa conta com enfermeiros especialistas em SM e psiquiatria, assistente social, psicólogo, auxiliares de ação médica e psiquiatras.

Igualmente em Portugal, na Área Metropolitana do Porto, existe uma Rede de Reabilitação Psicossocial para pessoas com DM², que pretende uma articulação entre agentes do setor social e do ensino superior, no sentido de criar um “sistema inovador de prestação de cuidados de reabilitação, que potencie a gestão otimizada dos recursos disponíveis, a adequada coordenação e planeamento estratégico e operacional da resposta e cuidados a prestar neste âmbito”.

Outro exemplo, este no Brasil, é o dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial. Segundo a página do governo federal do Brasil³, estes Centros prestam tanto acompanhamento clínico, como

¹ Ordem Hospitaleira dos Irmão de S. João de Deus, Casa de Saúde de S. João de Deus em Barcelos, retirado de <http://isjd.pt/cssjd-barcelos/#apoiodomiciliario> em agosto de 2016

² Rede de Apoio à Reabilitação para pessoas com doença mental, na área metropolitana do Porto, retirado de <http://www.rarp-amp.pt/?q=pt-pt/node/131> em março de 2016

³ Governo Federal do Brasil – Centros de Atenção Psicossocial, retirado de <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html> em março de 2016

psicossocial das pessoas com DM através de medidas de acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os mesmos apoiam pessoas com DM e respectivas famílias, de modo a que tenham a máxima independência nos caminhos percorridos.

2.3. DIREITOS HUMANOS E PARTICIPAÇÃO DAS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

A proximidade na prestação dos cuidados ao nível da SM permite perceber o ambiente e a maneira como este influencia os indivíduos (e vice-versa). Atender ao que acontece no quotidiano é um elemento importante, de modo a que se consiga ter uma visão global e integral das pessoas. Neste sentido, de acordo com Pais (2002, p.29), como a realidade “apenas se insinua, não se entrega”, há que promover uma compreensão ao invés de uma explicação do real, dando-se importância ao vivido e aos rituais estabelecidos. Assim, mais do que a explicação, há que promover a compreensão, relevar a experiência vivencial, rotinas e ruturas (Pais, 2002). A sociologia da vida quotidiana debruça-se, precisamente, sobre o dia-a-dia das pessoas, interessando-se “mais pela mostraçãõ do social do que a sua demonstraçãõ” sustentada em “quadros teóricos e conceitos de partida” (Pais, 2002, p.32). Este enfoque leva a que se consiga respeitar o ritmo e tempo social, e tudo o que aí acontece, ao invés de ancorá-lo em dogmas e explicações definidas (Pais, 2002).

Neste seguimento, é importante considerar que, ao ser diagnosticada uma DM, para além da vulnerabilidade tanto do ponto de vista psicológico como, em muitos dos casos, também do ponto de vista social, a visão que se passa a ter dessa pessoa é a de alguém incapaz, tendo que, para além do sofrimento associado à doença, enfrentar o estigma e discriminação da sociedade (Cordo, 2013; Fazenda, 2009; CRSSM, 2007). Alguns exemplos são as constantes “violações dos direitos e

liberdades fundamentais, dos direitos civis, políticos, económicos e sociais, e ainda de restrições no acesso a cuidados de saúde, a proteção social, a oportunidades de emprego” (Fazenda, 2009, p.116). Nesta medida, a pessoa deixa de ser encarada como ser de plenos direitos que continua a ter o direito de viver em pleno e prosseguir com tudo aquilo que ambicionava antes do diagnóstico (Cordo, 2013), devido ao “fenómeno da invisibilidade” em que está envolvida a DM (CNSM, 2007, p.119). Pode fazer-se uma relação entre a forma como é encarada a DM, e o conceito de heterotopia. Segundo Foucault (2005), a heterotopia é o lugar do sem lugar, do incomum, do diferente, do inclassificável, do que não pertence ao lugar-comum. Assim, locais e/ou realidades com muitos significados, cuja complexidade não pode ser percebida imediatamente, à primeira vista, acabam por ficar separados da sociedade, e Foucault (2005) defende que, ao ser reconhecida a sua existência e linguagem, está-se consequentemente a respeitá-los. Reflete-se que o que está afastado da nossa compreensão não está necessariamente errado, pois, dedicando-lhe tempo, estando atento e disponível, será possível compreendê-lo em si mesmo e conseguir ouvir a sua voz, valorizando os seus vários tons e entoações.

Muitas das práticas ao nível da SM centram-se na definição, por parte dos profissionais, de intervenções com base no que os mesmos consideram ser o melhor para as pessoas com DM. De acordo com Cordo (2013, p.115), as pessoas com DM são muito mais do que a sua doença “(...) e, na sua maioria têm opinião; e nós passamos a vida a dizer e a conceber o que é melhor para elas, a fazê-las concordar com isso e nem lhes pedimos sugestões”.

Na DM a vontade também está, frequentemente, doente, o que leva a uma inibição para a ação e uma dificuldade em expressar quais as suas opiniões e interesses, o que acaba por levar a uma dificuldade em ser ouvido (CRSSM, 2007, Cordo, 2013). A ausência de exigência, paternalismo, condescendência, leva a que a cidadania se dilua “por não ser quotidianamente vivida” (Cordo, 2013, p.128). Esta maneira de encarar as pessoas com DM leva a que nem sempre se pense no que custa a alguém não ser ouvido, e no facto de ser posta em causa a sua dignidade, na

medida em que só a própria pessoa pode mostrar o que sente que a dignifica, e não devem ser os profissionais a tomar esta decisão por si (Fazenda, 2008; Cordo, 2013). De acordo com Almeida (2010), quando uma pessoa tem pouca autonomia é, em certo ponto, controlada por outras pessoas, pela dificuldade ou incapacidade de decidir o que deseja para si. Como acima referido, uma DM condiciona a autonomia e Peel (s.d, citado por Almeida, 2010), refere que muitas pessoas diagnosticadas com uma DM são consideradas inábeis devido à sua condição clínica. Será crucial garantir o direito à autodeterminação na ausência de capacidade para a tomada de decisão plena, devendo ser defendidos os seus direitos, e muitas vezes zelando por elas quando elas não o conseguem fazer. Este zelo deve ser feito por alguém que “respeita o ponto de vista e desejos da pessoa cuja causa advoga, sem julgamentos, e acredita no seu direito de ser representado, aceder à informação, serviços e oportunidades” (CRSSM, 2006, p.3).

Segundo a CRSSM (2007, p.16), os serviços de SM devem “organizar-se com base nesta perspetiva de recuperação (recovery), assegurando a participação dos utentes no planeamento dos cuidados e privilegiando as ações que facilitem a sua autonomia e integração social”. Esta perspetiva exemplifica a maneira respeitadora, humana e digna como se deve encarar uma pessoa com DM. Ao invés de meras recetoras de cuidados, as pessoas com DM devem ter uma voz ativa e ser chamadas para as tomadas de decisão relativas a si e ao que as rodeia, sendo “um percurso pessoal para a emancipação e para uma vida satisfatória” (Fazenda, 2009, p.119).

Segundo Guerra (2006, p.52), “a participação não é sinal de consenso e não tem significado de *per si*, se não se atender aos atores em presença, aos conteúdos em discussão e às suas relações com o contexto sistémico em que se inserem”. Torna-se imperativo apostar nas pessoas e, por conseguinte, “acreditar na potencialidade dos portadores de DM para a mudança de padrões e comportamentos, e à aquisição de habilidades que lhes permitam viver e interagir em sociedade” (Hirdes, 2009, p.170).

No processo de reabilitação em SM o compromisso dos profissionais deverá ser ajudar a que estas pessoas consigam ser responsáveis pelo seu próprio caminho, escolhendo o rumo que mais as satisfaça (Hirdes, 2009).

2.4. INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL E RELAÇÃO DE AJUDA JUNTO DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Em SM, a terapêutica não se pode restringir a prescrição e toma de fármacos, pois existem muito mais recursos terapêuticos, como por exemplo, “valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial (Pinto, Jorge, Pinto, Vasconcelos, Cavalcante, Flores & Andrade, 2011, p. 494). Nesse sentido, o “modelo de atenção psicossocial tem como características a valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do projeto terapêutico” (Pinto et al., 2011, p. 494).

Esta nova visão tem um caráter prospetivo e não retrospectivo conforme acontecia nas abordagens médicas tradicionais (Pinto et al., 2011). Nesta medida, é de extrema importância que, neste trabalho comunitário, haja uma estreita colaboração entre profissionais da área da saúde e da área social “para assegurar uma resposta adequada às necessidades das pessoas com DM graves e de longa evolução, as quais requerem cuidados clínicos e apoio psicossocial durante largos períodos” (CNRSSM, 2007, p.15). Desta forma será possível oferecer programas promotores de reabilitação, sendo esta “uma das fases do continuum de serviços necessários para que as pessoas com DM possam, não só ultrapassar os sintomas patológicos, como também recuperar a sua dignidade e alcançar um nível de funcionamento que lhes permita participar na comunidade onde vivem” (CRSSM, 2007, p.40).

Segundo a OMS (2001, citado por Fazenda, 2009), a reabilitação psicossocial é um processo que visa proporcionar às pessoas condicionadas por DM, a possibilidade de rentabilizar ao máximo as suas capacidades funcionais de forma autónoma na

comunidade, fomentando para tal, tanto competências individuais como mudanças ambientais. Isto pode ser conseguido, através da mobilização de estratégias tais como: focar a atenção na vivência destas pessoas nos contextos onde estão inseridas; exercício da cidadania, traduzida na possibilidade de escolha e participação; estratégias de empoderamento; informação e promoção de debates junto das comunidades, com o intuito de reduzir, ou idealmente acabar, com o estigma associado à DM (Federação Nacional das Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais, 2005). Esta perspetiva holística de olhar a pessoa, permite conduzir o processo de reabilitação de forma a dar resposta às suas necessidades físicas, psicológicas, familiares, profissionais, educacionais, económicas e culturais (Cordo, 2013). Este método de intervenção, através de um acompanhamento proximal, com o reconhecimento de que cada pessoa tem necessidades e capacidades diferenciadas, levará a que as pessoas se sintam escutadas, com visibilidade e que o profissional está de facto atento a elas, às suas vivências, ações e reações, e ao modo como envolvem na e com a realidade. Esta postura poderá ter influência no modo como as próprias pessoas se deixam conhecer, podendo assim ser estabelecidas proveitosas relações de ajuda ou, pelo contrário, podem retrair-se por não se sentirem “vistas” por inteiro. Segundo Lázure (1994), quando uma pessoa se sente suficientemente livre para sentir que pode ser genuína na presença de outra pessoa, é porque se sente respeitada por ela.

De acordo com Matos (2004, p.27), o crescimento e desenvolvimento mental ocorrem “na relação do sujeito com o seu objeto”, sendo a ligação e a vinculação aspetos preponderantes no alcance deste objetivo. Neste sentido, enquanto modelo de intervenção, a relação de ajuda configura-se como “um encontro pessoal entre uma pessoa que pede ajuda para modificar alguns aspectos do seu modo de pensar, de sentir e de actuar e outra pessoa que quer ajudá-la, dentro de um marco interpessoal adequado” (Soriano, 2005, citado por Timóteo, 2010, p.39). Esta será uma interação colaborativa, complementar, criativa e dinâmica que tem o objetivo de, através de uma relação de confiança, a pessoa atingir o seu potencial, adquirir

competências para lidar com o que vivencia, analisar e compreender os contextos onde se insere e ter capacidade crítica e reflexiva que lhe permitam valorizar e saborear a vida, assim como lidar com os problemas que a vão assolando no decorrer do seu percurso pessoal (Simões, Fonseca & Belo, 2006; Rogers, 1985). Para que os objetivos sejam alcançados, será “no próprio acto de cuidar que pode residir a cura” (Perdigão, 2003, p.486), daí que o profissional só consiga ajudar se respeitar e acreditar em absoluto na pessoa, se a compreender, reconhecer as suas emoções, sem julgamentos, se a escutar para além do seu problema, vislumbrando o ser humano que está perante si, de forma holística, com necessidades, mas também com muito potencial (Charlifour, 2007).

Tal como acima referido, a DM afeta inúmeras competências, mas a função relacional é a que está em falta e extremamente necessária para estes sujeitos, ainda que tendo dificuldades em desempenhar-se nela (Cordo, 2013). As relações interpessoais das pessoas com DM são essenciais, uma vez que, o relacionar-se permite que o seu direito a ser pessoa não fique relegado e seja desconsiderado, até porque todo o ser humano está “em desenvolvimento e a caminho da plenificação”, mas só o conseguirá “através de uma boa relação” consigo e com os outros (Cordo, 2013, p.117). De acordo com Oliveira & Furegato (2012), a relação estabelecida com uma pessoa com DM deve ajudar a que esta possa expressar o que sente e entender o que vivencia. O mesmo pode ser conseguido através da compreensão por parte do profissional do que esta pessoa comunica, da perceção das suas necessidades, de forma a apoiar as suas decisões e a orientar quando assim for necessário (Oliveira & Furegato, 2012, p.89).

CAPITULO 3 – CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO PROJETO – DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL PEDRO HISPANO

Para caracterizar o contexto em que foi desenvolvido o presente projeto, importa perceber antes quais as técnicas de recolha de informação utilizadas. Como forma de conhecer os objetivos, funcionamento, organização e atividades clínicas desenvolvidas no DSM, foi realizada uma análise documental ao regulamento interno, organigrama e documento que elenca os procedimentos de cada atividade clínica. Todo este conhecimento foi complementado e enriquecido através de uma observação em contexto pela presença nas reuniões semanais de equipa do serviço de psiquiatria, e nas consultas do Programa Integrar (PI). Nestas, e em outras ocasiões, que posteriormente serão explicitadas, foi possível ter inúmeras conversas intencionais com médicos psiquiatras e enfermeiras de forma a aprimorar assim o conhecimento da realidade. No que se refere ao conhecimento das pessoas acompanhadas pelo departamento, foi possível a consulta dos processos clínicos do ano de 2015, bem como a presença em consultas de psiquiatria e de enfermagem especializada e contactos com algumas das pessoas acompanhadas.

O HPH localiza-se na Rua Dr. Eduardo Torres, com o código postal 4464-513, Senhora da Hora e encontra-se situado numa zona de fácil acesso, servida por uma vasta rede de transportes públicos. É assim possível chegar ao Hospital usando a linha azul do metropolitano, até à estação Pedro Hispano. De autocarro, existem duas empresas a operar, o que permite a ligação a zonas como Leça da Palmeira, Valongo, Ermesinde, São Mamede Infesta e Centro do Porto. Como será mais à frente explicitado aquando da caracterização das pessoas acompanhadas pelo DSM, os médicos psiquiatras referem que, na sua maioria, são pessoas com poucos recursos económicos e nem sempre lhes é fácil ir ao Hospital para consultas ou toma da medicação.

3.1. PROCESSO DE CRIAÇÃO DO DEPARTAMENTO E MODELO DE FUNCIONAMENTO DA EQUIPA

O HPH integra a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e, de acordo com o artigo 43º do regulamento interno da referida Unidade⁴ assegura funções na área clínica hospitalar, através da prestação de cuidados diferenciados em regime de ambulatório ou internamento, privilegiando-se, sempre que possível, os cuidados em ambulatório. Encontra-se estruturado por departamentos, sendo um deles o DSM, situado na ala O, do piso 4, criado em 2009 com o objetivo da execução do PNSM (2007-2016), em Matosinhos. Ao analisar o regulamento interno do DSM, pode constatar-se que são objetivos estratégicos do mesmo “descentralizar os cuidados de saúde mental, garantindo a aproximação ao doente e cuidadores no contexto hospitalar e nos cuidados primários”; e “diminuir o tempo e número de internamentos através da maior efetividade de intervenções baseadas no ambulatório e na comunidade”.

De acordo com a Diretora do referido departamento (Apêndice B), este foi criado em maio de 2009, altura em que lhe foi dirigido, por parte do conselho de administração (CA) do HPH, um convite para que organizasse o departamento, criando o Serviço de Psiquiatria e a Unidade de Pedopsiquiatria e integrando o Serviço de Psicologia. Este departamento destina-se a cobrir as necessidades ao nível da SM da população de Matosinhos. De acordo com a diretora clínica (Apêndice B), como o Hospital de Magalhães Lemos (HML) tinha essa tarefa até então, foram desenhados protocolos para que, na sequência da política de desinstitucionalização da pessoa com DM e da execução do PNSM (2007-2016), a transição possa ser

⁴ Regulamento interno disponível no site da Unidade Local de Saúde de Matosinhos em: <http://www.ulsm.min-saude.pt/content.aspx?menuid=545&eid=195>, consultado em 14 de fevereiro de 2015.

realizada gradualmente e sempre de acordo com os recursos humanos que o DSM do HPH dispõe.

Foram pensados três protocolos, estando em execução o terceiro. O primeiro foi assinado em janeiro de 2010, altura em que existiam apenas três psiquiatras na equipa, e definia que os Médicos de Família (MF) dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Matosinhos (ACeS) passavam a referenciar as pessoas com DM comum para o DSM da ULSM e mantinham a referência das pessoas com DM grave para o HML. O segundo protocolo foi assinado em 2013 e definiu que todos os primeiros casos sejam referenciados pelos MF para o DSM do HPH, sendo abrangidos também primeiros casos provenientes do internamento no HML, qualquer que seja o diagnóstico. Ou seja, estipula que todos os doentes, independentemente do diagnóstico, passam a ser acompanhados pelo DSM do HPH, e os que adoeceram antes de 2012, continuariam a ser acompanhados pela equipa do HML. De referir que, nos casos de doentes que adoeceram antes de 2012, se há um hiato de acompanhamento de mais de um ano, também passam a ser seguidos pelo DSM do HPH. Em 2016, foi elaborado um terceiro protocolo que define o modo de transição das pessoas em acompanhamento no HML previamente a 2012 e a transição dos que têm DM grave, e que também ficaram naquele estabelecimento psiquiátrico, até 2013. A diretora do DSM do HPH propôs neste protocolo que, para a transição dos DM graves, e “por serem doentes que beneficiam de contacto pessoal, de conhecer as caras das pessoas para se fazer uma boa transição” (Apêndice B), pudessem ser constituídos grupos de doentes e a equipa do DSM deslocar-se ao HML para haver esta proximidade por parte da equipa e ser assim realizada uma boa e securizante transição. Este protocolo não foi ainda assinado, mas o HML tem vindo a proceder à transição de cuidados de muitas dezenas de pessoas independentemente do diagnóstico clínico, através do envio de um relatório clínico para o DSM⁵.

⁵ Esta transição está a acontecer desde setembro de 2016

Sendo uma Unidade Local de Saúde, existe uma estreita articulação entre o Hospital e os Cuidados de Saúde Primários, quer do ponto de vista físico, quer do ponto de vista do acesso comum ao processo clínico dos utentes. Isto permite uma articulação próxima da atividade dos médicos psiquiatras e psicólogos, junto dos MF, privilegiando um modelo de trabalho assente em consultoria de psiquiatria e pedopsiquiatria com os MF à qual se segue, caso se justifique, as consultas de psiquiatria, pedopsiquiatria e de psicologia clínica, de adultos, jovens e crianças. Existem ainda quatro Unidades de Cuidados na Comunidade no ACeS, uma em cada centro de saúde, constituída por equipas multidisciplinares das quais fazem parte enfermeiros especialistas em SM. Segundo a diretora do departamento, “pontualmente, nós pedimos que essas equipas, que fazem domicílios em áreas que vão elegendo anualmente, façam uma ou outra abordagem individual no domicílio mas que fica aquém do que precisamos” (Apêndice, B). Tal como foi possível observar, a articulação com os MF é uma constante neste departamento, o mesmo já não sucede com as Unidades de Cuidados Continuados.

Segundo a diretora do DSM do HPH, à data deste relatório, são 14 os profissionais que desenvolvem a sua atividade no DSM, do HPH, com adultos: oito psiquiatras e quatro psicólogos⁶. A equipa de enfermagem conta com dois elementos, mas há a intenção de a alargar. A maioria (12) é do sexo feminino, e as idades encontram-se compreendidas entre os 30 e os 52 anos, sendo que 10 profissionais têm entre 30 e 40 anos. No que se refere aos psiquiatras, têm outras especializações tais como, psiconcologia, técnicas cognitivo comportamentais, terapia familiar, competências de comunicação clínica, sexologia, perturbação da personalidade borderline, psiquiatria de ligação e dependências. Os psicólogos têm mais do que uma especialização ou formação pós graduada nas áreas de psicobiologia, psicologia da justiça e

⁶ Caracterização geral da equipa no Apêndice C

neuropsicologia. As duas enfermeiras, por seu lado, são ambas especializadas em psiquiatria e saúde mental.

No que toca ao tempo de serviço no DSM, a diretora clínica do DSM do HPH está no DSM desde o seu início, assim como mais duas outras psiquiatras, sendo que o elemento mais recente está ao serviço desde junho de 2016. Por seu lado, o serviço de psicologia está junto há mais tempo, com a maioria dos profissionais a estar em funções desde o início da criação do DSM do HPH. Relativamente aos profissionais de enfermagem, uma encontra-se a colaborar há cinco anos, e como parte da equipa desde janeiro de 2015, ainda que não a tempo inteiro (25h) em acumulação com o Hospital de Dia (Oncologia); a outra profissional faz parte da equipa, igualmente, desde janeiro de 2015, com 12h, e em acumulo de funções na Enfermagem de gestão de altas.

Relativamente à experiência profissional prévia à integração no DSM do HPH, dos 8 psiquiatras, a maioria fez o internato no HML ou no Centro Hospitalar de S. João (CHSJ). Também houve quem tivesse passado pelo Hospital Conde Ferreira e exercido funções em clínica privada. No serviço de psicologia um dos profissionais nunca tinha exercido antes de integrar o departamento, enquanto dois exerceram em clínica privada, e outro, antes de integrar o DSM da ULSM, foi Professor de psicologia clínica. As duas enfermeiras, por sua vez, têm experiência em diversas áreas da prestação de cuidados. Uma das profissionais esteve nos serviços de medicina, cirurgia, ginecologia e gestão de altas, todas estas experiências no HPH. A outra enfermeira esteve no serviço de emergência num Hospital do Algarve, em cirurgia vascular no CHSJ, no serviço de medicina do hospital distrital de Guimarães e no HPH esteve no serviço de urologia, cirurgia e oncologia, antes de integrar o DSM.

Em abril de 2016 foi aceite pelo CA do HPH, a contratação de uma assistente social durante 20h, estando a aguardar a autorização do Ministério da Saúde. A diretora do DSM do HPH refere ter o intuito de contratar e integrar na equipa profissionais que consigam atender ao novo paradigma comunitário em SM. Neste sentido, optou por integrar estágios curriculares no DSM do HPH para sensibilizar os

psiquiatras, porque refere que têm uma formação “muito centrada na área hospitalar, e mais médica”, e igualmente o CA para conseguir dar evidências dos “ganhos clínicos para o utente, para o DSM e para a ULSM” (Apêndice B). Foi neste seguimento que o DSM do HPH promoveu a realização do Projeto “Reabilitar em saúde mental: Uma abordagem integrada, integral e participada”, que incidiu no serviço de prestação de cuidados a adultos com DM grave. O mesmo foi desenvolvido entre outubro de 2015 e julho de 2016.

As intervenções realizadas junto de população adulta com DM grave centram-se na consulta individual (de psiquiatria e psicologia) e no Programa Integrar (PI). Relativamente ao PI, de acordo com a diretora do departamento, em 2010, foi feita uma candidatura ao Plano Operacional de Potencial Humano - POPH, para o financiamento de várias formações. Após aprovação da candidatura, a diretora, no âmbito do Programa de Formação em SM da Administração Regional de Saúde do Norte, convidou uma série de pessoas ligadas à CNSS (atualmente extinta). Os temas das formações centraram-se na gestão de casos de DM grave com base no papel profissional do “Terapeuta de Referência”, “Plano Individual de Cuidados (PIC)” e “Plano de Prevenção de Recaídas”. Foram feitas referências a treinos de competências na área da reabilitação psicossocial na DM, assim como a psicoeducação junto de familiares e amigos. Estiveram presentes nestas formações médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros especializados em SM e psiquiatria e, assistentes sociais.

No decorrer destas formações, foi partilhado com a equipa um documento denominado Programa de Cuidados Integrados na Recuperação da DM Grave (CIR), que contém uma série de diretrizes a seguir pelos profissionais de SM, para promover a reabilitação da pessoa com DM grave. O referido programa preconiza a condução de sessões semanais, em formato individual ou em grupo, com a duração entre três a seis meses. O propósito será que os profissionais de SM ofereçam um manancial de informação, estratégias e competências que podem ser utilizadas pela

pessoa com DM grave, para alcançar a sua recuperação. Seguindo estas diretrizes, foi criado pela equipa do DSM o PI, que visa operacionalizar este mesmo programa CIR, junto de população com DM grave. O PI teve início em janeiro de 2015 e a profissional que o conduz refere que, numa fase inicial, seria o psiquiatra a informar o doente da existência do PI, e saber da sua recetividade em integrá-lo, e a apresentar o enfermeiro que iria conduzir o Programa. No DSM do HPH, o PI é desenvolvido no decurso de consultas de enfermagem especializada em SM e psiquiatria, com a duração de uma hora, um dia por semana, não sendo definido tempo limite de duração do mesmo, havendo pessoas a frequentar desde o seu início (janeiro de 2015). No decorrer deste PI é criado pela enfermeira um PIC que, segundo a mesma, “fica muitas vezes aquém daquilo que nós gostaríamos, mas é mesmo assim o programa” (Apêndice B). O PI é desenvolvido por uma única profissional, durante 3 horas, que “acaba por ser muito pouco para o número de utentes que já estão integrados neste grupo” (Apêndice B). É somente o serviço de psiquiatria que desenvolve este programa porque, e segundo a diretora do DSM do HPH, o serviço de psicologia está direcionado para novas respostas relativa à “abordagem da DM comum, com grupos de ajuda mutua”, não tendo, assim, este serviço (de psicologia) disponibilidade para participar no PI (Apêndice B).

Sobre a razão da escolha de um profissional na área da enfermagem para a condução do PI, a diretora do DSM do HPH refere que podiam ser profissionais de áreas ligadas à intervenção social e comunitária mas, atendendo aos recursos humanos de que dispunha, os enfermeiros eram a classe profissional mais disponível para o desenvolver.

Analisando as respostas ao questionário aplicado aos profissionais (Apêndice D), quando inquiridos acerca das estratégias utilizadas para promover a reabilitação de pessoas com DM, surgiram diferentes respostas, tais como: orientação e referenciação para o PI; serviço social; instituições com atividades ocupacionais, de saúde ou comunitárias; o envolvimento de familiares; o trabalho motivacional para a

mudança de comportamento; criar com o doente um PIC; desenvolvimento de competências.

Quando, num grupo de discussão (Apêndice E), organizado com o objetivo de partilhar e analisar em conjunto as respostas ao questionário, foram apresentadas as diferentes estratégias evocadas, uma médica psiquiatra comentou que estas respostas revelam a dificuldade em articular com as instituições e ausência de técnicos que ajudem nesta articulação, referindo-se à ausência de um técnico de serviço social na equipa que “esteja mais sensibilizado para a problemática do doente psiquiátrico que (...) seria uma pessoa que teria mais conhecimento acerca das instituições que até podiam não ser vocacionadas para pessoas com DM, mas que constituiriam recursos (...) através de alguma proximidade”. A diretora do DSM do HPH acrescentou que ter-lhe-ia feito mais sentido que os profissionais da equipa tivessem dado respostas mais globais acerca da reabilitação da pessoa com DM, ao invés de elencar uma única estratégia. No seguimento desta ideia, um psicólogo comentou que o mesmo acontece porque ainda não existe no DSM do HPH um modelo de atuação que atenda ao novo paradigma comunitário em SM. Quatro profissionais acrescentam que “é preciso criar um modelo de atuação”, de modo a que “estejamos todos sincronizados” e haja “uma visão mais sustentada”.

3.2. AS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL ACOMPANHADAS NO DSM DO HPH EM 2015

As pessoas acompanhadas no DSM do HPH, não se encontram em permanência no contexto, tendo em conta que a prestação de cuidados é realizada em regime de ambulatório. Segundo a diretora do DSM do HPH, pretende-se que sejam acompanhadas por este departamento, maioritariamente, pessoas com DM crónica, ficando os MF e o serviço de psicologia com o acompanhamento das pessoas com DM comum.

Como referido, no DSM existem dois serviços e, em 2015, em termos de primeiras consultas de psiquiatria, no HPH houve 791 e no ACeS, 1904. Relativamente às consultas subsequentes, é possível verificar que estas decorrem sobretudo no HPH, ao terem sido seguidas 4214, e no ACeS, 2963. No Hospital de Dia, em consultas em psiquiatria de crise, foram seguidas 999 pessoas. Ao nível da consulta externa de psicologia, houve 1165 primeiras consultas no HPH e 337 no ACeS. Já as consultas subsequentes, ao contrário das psiquiátricas, decorrem essencialmente no ACeS ao terem sido seguidas 5663, e 2796 no HPH.

Como o volume de informação era muito grande, pela análise ter sido a partir das informações recolhidas em cada processo individual, de cada doente, de modo a ter uma caracterização mais detalhada, e tendo este projeto sido desenvolvido no serviço de psiquiatria do HPH, optou-se por analisar os dados referentes às pessoas com DM grave, acompanhadas no primeiro semestre de 2015. Foram 215 as pessoas acompanhadas por este departamento entre janeiro e junho do referido ano. No que se refere ao serviço de psiquiatria, a grande maioria (93%), foi acompanhada nas consultas de psiquiatria geral, enquanto as restantes pessoas (7%), em consultas de psiquiatria de crise. No que se refere às idades, é possível verificar que as pessoas com idade igual ou superior a 68 anos representam a menor percentagem de atendimentos (11%), enquanto os adultos com idades compreendidas entre os 48 e os 57 anos predominam nas consultas (22%), logo seguidos do grupo dos 38 aos 47 anos (20%), sendo quase metade dos atendimentos (42%) efetuados a adultos cujas idades se situam acima dos 38 anos e abaixo dos 57 anos. Os jovens adultos abaixo dos 38 anos representam 30 % dos atendimentos (18-27 anos – 16%; 28-37 anos – 14%), percentagem (28%) idêntica à dos sujeitos com idade superior a 58 anos (58-67 anos – 17%; maior ou igual a 68 anos – 11%).

Quanto à proveniência destas pessoas, a grande maioria (82%) foi referenciada pelo ACeS (28% ACeS de S. Mamede de Infesta; 22% ACeS de Leça da Palmeira; 21% ACeS de Matosinhos; 11% ACeS de Senhora da Hora). Os serviços hospitalares

referenciaram 16% (13% do internamento do HML; 2% do CHSJ; e 1% do Hospital de Santo António) e 2% é proveniente de outras especialidades do HPH.

No que se refere ao PI, em maio de 2016, estavam a ser acompanhadas 10 pessoas. Ao analisar os motivos de referência de todas estas pessoas por parte dos psiquiatras, há motivos centrados no isolamento social (carências a nível do suporte familiar, inatividade); competências pessoais (melhoria do autocuidado, aumento do autocontrolo); monitorização e gestão da doença (necessidade de psicoeducação, monitorização do peso/alimentação, estabilização da sintomatologia positiva); outros (aumento de competências parentais, redução do consumo de drogas).

No que se refere à regularidade dos acompanhamentos, de acordo com a diretora do departamento, ele é muito variável nas consultas de psiquiatria de acordo com o diagnóstico e com a retaguarda existente, ou seja, se existe um acompanhamento na consulta de Psicologia ou de Enfermagem de SM se a pessoa tem um MF sensibilizado e competente na área da SM, entre outras, então a regularidade dos atendimentos em consulta de psiquiatria é menor. No Hospital de Dia, as intervenções em crise têm a duração de três semanas, sendo muito raro serem de apenas duas ou de quatro semanas. A vinda das pessoas com DM para a administração do injetável é em função da terapêutica farmacológica. De acordo com uma das enfermeiras que administra os antipsicóticos de longa duração, há fármacos que têm ação 15 dias, outros, quatro semanas. A regularidade das consultas de psicologia é igualmente variável em função da situação (crise ou abordagem de suporte). Já o PI decorre, na grande maioria dos casos, quinzenalmente, havendo alguns casos de pessoas que pediram para ser de três em três semanas pela dificuldade em deslocarem-se ao hospital, por razões económicas.

O segundo eixo do Projeto “Reabilitar em saúde mental: Uma abordagem integrada, integral e participada”, foi desenvolvido com duas pessoas em

acompanhamento no HPH, no serviço de psiquiatria e incluídos no PI. Estas pessoas, o Sr. Manuel e a Esperança, serão caracterizados com maior detalhe.

O primeiro contacto com o Sr. Manuel aconteceu nas consultas do PI. Já com a Esperança, o primeiro contacto sucedeu na primeira consulta de psiquiatria após alta do internamento no HML. De referir que as informações de seguida apresentadas foram conseguidas por intermédio da presença nas consultas do PI, em conversas com psiquiatra e enfermeira que os acompanham, pelo acesso aos registos clínicos de cada um e através de conhecimento construído por intermédio de um acompanhamento mais proximal, como de seguida será apresentado.

O Sr. Manuel tem 54 anos reside no concelho do Porto, numa casa alugada com despesas partilhadas com um colega que conhece há cerca de 3 anos. É acompanhado pelo HPH⁷ desde 2013, altura em que foi referenciado pelo CHSJ.

A história do acompanhamento psiquiátrico deste senhor tem início em 2004, quando ficou internado três dias no HML com o diagnóstico de síndrome depressivo associado a consumos etílicos abusivos. Nessa altura, apresentava graves dificuldades financeiras, não tendo qualquer fonte de rendimento. Em 2013, foi encaminhado para o CHSJ por descatos na via pública, pois apresentava alterações de comportamento com agitação psicomotora, heteroagressividade e discurso disconexo. Embora esta situação já tivesse ocorrido anteriormente, na altura deste encaminhamento para o serviço de urgência, estes comportamentos eram mais recorrentes. Este acompanhamento cessou pelo facto de não ter regressado após uma licença de fim de semana, tendo sido dada alta por abandono. Está diagnosticado com psicose crónica, atualmente estabilizado, com o predomínio de sintomatologia negativa e medicado com antidepressivo e anti- psicótico. Para além

⁷ Está a ser acompanhado no HPH porque, à data da primeira consulta de psiquiatra, encontrava-se a residir no concelho de Matosinhos.

do acompanhamento em consultas de psiquiatria de dois em dois meses, frequenta o PI, com consultas de regularidade quinzenal.

Este é um senhor com uma postura franzina, ombros descidos e uns olhos que, por detrás de uns grandes óculos, não têm brilho mas, quando estimulado, esboça um sorriso e até, por vezes, uma tímida gargalhada. Os seus dias são “sempre iguais”. A sua rotina é sair de casa pelas 10h30 para às 11h ir almoçar à cantina social de uma instituição religiosa. No regresso, faz o percurso de cerca 30 minutos a pé “para esticar as pernas” porque, quando chega a casa, fica na cama, a ver televisão ou a dormir e espera que sejam 10h30 do outro dia para novamente sair e ir almoçar (março, 2016). Gosta muito de música rock, sobretudo dos anos 60 e 70, de desportos motorizados, animais, inglês, informática e queria poder voltar a trabalhar na área da eletricidade.

No que se refere à sua história familiar, o Sr. Manuel foi criado com os seus pais e a irmã. Sempre teve uma relação muito próxima com a mãe que faleceu de cancro, ainda não tinha o Sr. Manuel completado 30 anos. Esta foi uma perda muito grande, que levou a que resolvesse ir trabalhar para fora do país. Em país europeu, trabalhou como barman, o que acentuou o seu alcoolismo, “fui para lá para fugir, não me sentia bem e como no meu trabalho havia bebida à discrição, abusei. Para além disso, não me entrosei bem, por não conhecer bem a língua que falavam” (abril, 2016). Permaneceu neste trabalho durante 9 meses e, quando regressou a Portugal, voltou para um dos seus antigos trabalhos, na área da eletricidade, onde só permaneceu durante um mês. Refere que saiu porque “não me sentia bem da cabeça e despedi-me, deixei de ir. O trabalho não me saía das mãos, tinham de ser os meus colegas a fazer por mim, eu não conseguia. A partir daí, comecei a fechar-me em casa (de família) ” (abril, 2016). Desde essa altura (tinha então cerca de 32 anos), não trabalha, vivendo da pensão que o pai auferia até ao seu falecimento, em 2005, e desde 2014 com uma pequena reforma por invalidez. Tem uma irmã, com quem mantém contacto uma vez por mês, altura em que vai levantar o valor referente à reforma e refere que a conversa se esgota com a irmã, acabando por ficarem sem

assunto de conversa, razão pela qual o Sr. ficar lá pouco tempo. A irmã revela uma grande mágoa em relação ao Sr. Manuel, ao referir que este sempre teve todas as oportunidades mas que nunca as aproveitou, e que o pai sempre foi mais próximo dele, do que de si. No discurso que dirige ao irmão, culpa-o pela própria condição em que se encontra porque refere que sempre teve tudo, mas revela-se igualmente culpada porque diz que não gosta de o ver assim, e que queria ajudar, mas que se sente muito cansada devido a todos os episódios a que assistiu, desde o irmão alcoolizado, até à altura em que estava com sintomatologia positiva. A irmã refere ainda que o Sr. Manuel sempre teve muitas capacidades, sendo que as suas competências pessoais e profissionais, sempre foram muito elogiadas pelos colegas de trabalho.

Sobre a sua história profissional, este senhor começou a trabalhar desde muito cedo, em simultâneo com a atividade escolar (completou até ao 9º ano de escolaridade, sem reprovações). Ao longo da sua vida, trabalhou em inúmeras e diversas áreas de atividade (soldadura, eletricidade, correios, construção civil), “por gostar de coisas diferentes tentava sempre ir atrás das melhores oportunidades”. Para além disso, as profissões de que mais gostou foram as que implicavam várias deslocações porque nunca gostou de ter pessoas “atrás de mim a dizer o que eu tinha de fazer”. Cumpriu o serviço militar, durante dois anos, e refere que escolheu ir para a Marinha “para navegar, queria ir conhecer outros sítios”. Como isso não foi possível, refere “fiquei triste por ficar num sítio que não queria e por isso virei-me para a bebida e bebia bastante, mas lá conseguia fazer bem as minhas funções”.

Os consumos etílicos começaram aos 15 anos (e ainda hoje se mantêm), conjuntamente com os colegas de escola, tendo igualmente consumido drogas ilícitas: “eles bebiam e fumavam coisas e eu também ia atrás deles” (março, 2015).

À data do primeiro encontro com o Sr, Manuel, os seus dias eram passados em casa, em total isolamento e as únicas saídas eram para ir almoçar, uma vez por mês ir a casa da irmã e quinzenalmente às consultas do HPH.

Relativamente ao futuro, referia que ambicionava estar mais ativo mudar a sua vida pois, “estou farto de estar assim, começo a pensar que não há solução para mim” (abril de 2015).

As intervenções no âmbito do PI centram-se na sugestão de atividades que este senhor possa fazer para ficar mais ativo. A enfermeira incentiva o Sr. Manuel a sair de casa, tomar conta da sua vida de forma autónoma, procurar emprego, cozinhar, não consumir bebidas alcoólicas, interagir, e este acaba por não conseguir cumprir. As orientações parecem ficar esquecidas nos quinze dias que medeiam as consultas, deixando mergulhados em frustração técnico e o Sr. Manuel.

A psiquiatra deste senhor revela que o mesmo se encontra clinicamente estabilizado, sem sintomatologia positiva, e que considera que, com ajuda mais proximal, na comunidade, este senhor conseguirá encontrar um rumo para a sua vida, até pelo facto de ter um perfil muito afável que cativa os outros.

A Esperança

A jovem Esperança tem 21 anos e reside no concelho de Matosinhos com os pais. Está a ser acompanhada no HPH desde 2015, após alta do internamento no HML (fevereiro de 2015). É acompanhada de dois em dois meses em consultas de psiquiatria e frequentou apenas três consultas do PI, porque o pai decidiu não a levar mais ao HPH para estas consultas. Em conversa com o pai, para explorar a interrupção da intervenção, este referiu “se eu ainda visse que aquilo estava a dar algum resultado, eu continuava a levá-la, mas assim estamos a lá ir para nada...” (fevereiro, 2016).

No que se refere à história do acompanhamento psiquiátrico, a Esperança teve acompanhamento pedopsiquiátrico aos 6/7anos por atraso intelectual e dificuldades de aprendizagem. Em 2015, o seu pai levou-a ao serviço de urgência do CHSJ, porque, nas palavras do pai, “ela estava muito agressiva, chegou a bater na mãe com uma força que eu não sabia que ela tinha, dizia que a casa da vizinha era dela e trocava os papéis familiares: dizia que eu não era da família e que o tio é que era pai

dela”. Antes de o pai a levar ao CHSJ, a Esperança esteve, e de acordo com relatório clínico do HML, mais de meio ano com quadro de solilóquios e agitação psicomotora, sem nunca ter feito tratamento psiquiátrico. Ficou internada no HML cerca de 20 dias. O diagnóstico atual é psicose crónica com predomínio de sintomatologia negativa e transtorno do desenvolvimento intelectual com avaliação do QI EC = 56 (Muito inferior). Está medicada com anti psicótico.

De longos cabelos, a Esperança revela alguma desconfiança quando fala com pessoas que desconhece. Revela dificuldade no contacto ocular e fica centrada no telemóvel enquanto conversa, mas, quando se abordam assuntos dos quais gosta, já fixa o olhar, ainda que timidamente e por breves instantes. Tem o desejo de perder peso encontrando-se num estado de pré-obesidade. Gosta de voleibol, de crianças, de animais, de cozinha e diz que quer trabalhar.

Os seus dias começam por volta das 12h, quando acorda, e pelas 14h, quando o pai chega do curso que frequenta de dupla certificação (cozinha e equivalência ao 9º ano), vão os dois almoçar a casa do avô paterno, “de segunda a sexta”, como refere, e fica lá até às 18h. Depois desta hora, fica no seu quarto, em frente ao computador a falar com os seus “maninhos e maninhas” (pessoas que só conhece virtualmente). O seu discurso por vezes é impercetível, sendo complicado conseguir compreender porque não projeta a voz, ficando ainda menos perceptível quando se encontra ansiosa. Num ambiente descontraído e a falar de assuntos de que gosta, o discurso é perceptível.

No que se refere à sua história familiar, cresceu até aos 13 anos em casa dos seus avós paternos (nunca teve contacto com os maternos), onde também residiam dois tios. Pelos seus avós, foi também criada uma outra criança, Maria, seis anos mais velha do que a Esperança, filha da companheira de um dos seus tios. O seu avô, numa conversa intencional (fevereiro, 2016), referiu “ela não era do nosso sangue, mas foi criada como se fosse, e ela e a Esperança sempre se deram como irmãs, faziam tudo juntas”. Com 13 anos, o pai da Esperança retirou a filha de casa dos avós paternos, por um conflito familiar, entre ele a sua própria mãe. Entretanto, a Maria

também tinha saído da casa dos avós da Esperança. No seu discurso emocionado, quando fala na neta, o avô da Esperança parecia culpar os pais desta jovem pela sua situação atual, “se ela tivesse continuado comigo, hoje seria uma mulher feita. Se me acontece alguma coisa, não sei o que será dela...”. A interação entre neta e avô é de grande ternura e cumplicidade. Esta jovem tem grande respeito pelo seu avô, a quem chama “Padrinho” (de batismo).

A morte da avó da Esperança, em 2012, teve um impacto bastante grande em toda a família. Isto é perceptível pelo modo carinhoso e saudoso como esta jovem fala da sua “Madrinha” (de batismo), e na maneira como o seu pai, mãe, avô e tio falam deste membro da família. Segundo o pai da Esperança “era a minha mãe que era a Mulher da casa, todos lhe tínhamos muito respeito e ela adorava a neta, e a neta a avó” (março, 2016). Outro episódio também bastante marcante foi o falecimento de um dos tios da jovem devido a uma cirrose hepática, em 2007. De todas as vezes que fala neste tio, a Esperança tem necessidade de o identificar como “o meu tio, o que já não está cá” (abril, 2016).

A mãe da Esperança encontra-se empregada, desde as 8h até às 19h, só chegando a casa no final do dia. No lado materno da família, existe história de transtorno do desenvolvimento intelectual por parte de duas tias da Esperança. De acordo com o pai, “Ela (mãe) tem irmãs que têm ali qualquer coisa, elas não são muito inteligentes e tiveram apoio na escola e tudo” (abril, 2016). Ainda que não havendo uma avaliação que o sustente, a psiquiatra e a enfermeira que acompanham a Esperança e que também conhecem a mãe, consideram que esta revela traços (dificuldade na expressão verbal, a concretude do discurso, dificuldades em situar os acontecimentos no espaço e no tempo), que indicam a presença de uma deficiência intelectual acentuada. O relacionamento entre o pai e a mãe de Esperança é conflituoso, discutindo muito e referiu numa das conversas “não gosto quando eles discutem, falam muito alto e doí-me a cabeça. Acontece quase todos os dias” (abril, 2016).

No que se refere à história escolar, a Esperança tem o 7º ano de escolaridade concluído aos 18 anos, com algumas dificuldades, em ensino especial, nunca tendo exercido qualquer profissão. Já esteve integrada por duas vezes numa instituição de apoio a pessoas com deficiência, encaminhada pela sua médica psiquiatra, sendo que, da primeira vez (março de 2015), por estar sempre muito apática e ensonada, foi aconselhada, pelas técnicas da instituição, a reingressar quando estivesse um pouco mais ativa. A segunda vez, no início de 2016, esteve lá três dias, e revelou que saiu porque não se interessou pelas atividades nem gostou da relação com as técnicas “as atividades são as mesmas, não têm lá curso de crianças e animais e pelas técnicas, não gostei de como falavam para mim”.

Sobre a maneira como se projetava no futuro, a Esperança dizia “quero trabalhar, estou farta de estar em casa, quero fazer mais coisas” (fevereiro, 2016). A Esperança revelava dificuldades em adiar a satisfação das suas necessidades, desistindo facilmente das coisas, quando algo não lhe agradava.

Nas três consultas do PI que esta jovem frequentou, a enfermeira sugeria atividades que a Esperança pudesse fazer no sentido de melhorar o seu autocuidado, gerir os sintomas da doença, alimentar-se de forma mais saudável e encontrar uma ocupação. A Esperança demonstrava-se desagradada quando esta profissional falava na sua DM, e igualmente quando eram sugeridas estas atividades. Referia estar farta “das conversas que são chatas com a senhora que dá as picas (...) ela faz sempre as mesmas perguntas, diz o que eu tenho de fazer e eu não gosto (...) (fevereiro, 2016).

A psiquiatra da Esperança não conseguia entender quais as motivações desta jovem e até qual o seu potencial, devido à apatia que demonstrava no decorrer das consultas, discurso pueril, características estas associadas à existência de um transtorno do desenvolvimento intelectual.

CAPITULO 4 - DESENHO DE PROJETO “REABILITAR EM SAÚDE MENTAL: UMA ABORDAGEM INTEGRADA, INTEGRAL E PARTICIPADA”

Neste capítulo serão apresentados os problemas e necessidades identificados na realidade, assim como os recursos, limitações e potencialidades (avaliação de contexto), a finalidade e respetivos eixos de intervenção do Projeto. Este capítulo integrará, ainda, a definição dos objetivos gerais e específicos, a seleção das estratégias para a prossecução desses objetivos e o plano das ações. Por fim, apresentar-se-ão as informações referentes à avaliação de entrada efetuada e aos indicadores de avaliação, e esboçam-se as linhas para a avaliação do processo e do produto.

4.1. PROBLEMAS, NECESSIDADES E RECURSOS IDENTIFICADOS

O primeiro problema centra-se na ausência de prática comunitária nas intervenções junto de sujeitos com DM (Problema 1). Este problema foi nomeado pela diretora do DSM que referiu em diversos momentos, durante as conversas informais e reuniões de equipa, a necessidade de se dar seguimento às diretrizes do PNSM que, como referido neste relatório (capítulo 2, p.13), defende que os cuidados ao nível da SM devem acontecer no meio menos restritivo possível. Para além disso, o mesmo Plano, assim como a Legislação já identificada, postulam a existência de intervenções de carácter psicossocial promotoras de reabilitação, para que as práticas não se cinjam a uma prestação de cuidados de carácter clínico, intra-hospitalares e, consequentemente, a um olhar unicamente centrado na doença. De acordo com Paul

(2005, p. 73), na área da saúde, o modelo médico caminha numa direção fragmentada, na medida em que as “práticas de cuidado e os métodos de avaliação do serviço médico prestado tendem a isolar o sujeito dos seus diversos ambientes, ecológico e social, assim como da sua vivência afetiva”.

Uma das profissionais da equipa da área de enfermagem referiu numa entrevista realizada (Apêndice B), que “quando iniciámos a intervenção, limitava-se a farmacológica, que era dar o injetável, e consulta médica. Portanto, (...) “realmente há aqui um vazio imenso, portanto, é necessário mesmo reabilitar o doente no sentido da sua autonomia, ao nível principalmente do autocuidado, ocupação”. Esta ausência de prática comunitária leva a que, sobretudo os psiquiatras, encaminhem as pessoas para instituições como forma de colmatar a carência da vertente ocupacional muitas vezes deficitária, sem que haja um trabalho prévio e de conhecimento mais aprofundado acerca dos estímulos a que está a pessoa com DM está sujeita, e do modo como perspetiva a sua recuperação, dos recursos que tem ao seu dispor, e da forma como os percebe. Para além disso, no decorrer das consultas, eram por vezes sugeridas soluções pelos profissionais (psiquiatra, enfermeira), para os problemas apresentados pelos sujeitos com DM. Tal como por exemplo, participação em atividades, sem que se tivesse conhecimento dos recursos comunitários disponíveis na sua zona de residência ou sem que fosse efetuado um trabalho de proximidade, e sistemático, com as pessoas com DM, de forma a, numa primeira fase, ajudá-las a desenvolver competências para realizar essas atividades (que muitas vezes se constituíam como novos problemas).

Como forma de colmatar este problema, torna-se necessário considerar a influência que os contextos de vida, onde as pessoas estão inseridas, têm no modo com a própria doença se manifesta e mantém, como identificado pelos profissionais de ambos os serviços, de psicologia e psiquiatria (Apêndice D), ao referirem que, entre outras coisas, “o ambiente tem impacto e pode perpetuar e potenciar o quadro clínico” (Profissional D), que é “dos mais importantes fatores de repercussão psicopatológica” (Profissional E), e ainda que há a “influência do contexto na

manifestação dos sintomas, percepção dos mesmos, aceitação e compreensão da doença” (Profissional J).

A profissional que conduz o PI referiu que, para a intervenção a desenvolver, “o ideal seria não ser em gabinete fechado, mas poderia ser mais próximo do domicílio que traria grandes vantagens, porque o doente se sentiria mais à vontade” (Apêndice B). Acrescentou que o ideal seria que a pessoa com DM se deslocasse o mínimo de vezes ao Hospital, decorrendo a intervenção, primordialmente, nos contextos naturais de vida destes sujeitos.

Assim, realçou-se a importância de serem consideradas outras abordagens que permitam encontrar solução para os problemas sentidos pelos sujeitos, nomeadamente ao nível da sua reabilitação, e que não estavam a conseguir ser colmatados pela intervenção intra-hospitalar realizada no DSM, do HPH. Neste sentido, todos os profissionais desta equipa consideraram que intervenções que decorram nos contextos naturais de vida dos sujeitos serão benéficas no processo de reabilitação dos mesmos. Referem que seria útil o treino de competências, otimização de recursos de suporte social; evitam o desenraizamento dos doentes; ajudam a que exista uma maior reprodução do contexto vivencial dos doentes; permitem uma generalização mais eficaz das competências adquiridas no contexto prático do dia-a-dia dos doentes; permite melhorar o processo adaptativo (Apêndice D). Torna-se, ainda, necessária a presença de técnicos de outras áreas que possam oferecer intervenções psicossociais e considerem o sujeito para além da DM, e possam acompanhar os sujeitos na busca de novos significados e, mais do que ajudar na integração em instituições, promovam a sua verdadeira inclusão nos seus contextos naturais de vida. A necessidade deste tipo de intervenção é referida no PNSM (2007-2016) e sentida pela diretora do DSM do HPH ao solicitar, como acima referido, a realização de um projeto no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social.

Outro dos problemas decorrente da análise da realidade institucional (DSM), centra-se na dispersão da informação resultante das diferentes intervenções, o que

leva a intervenções não integradas (Problema 2). Considera-se este um problema pois, devido ao modelo de funcionamento da equipa, cada pessoa atua de acordo com a sua área de especialização, sendo exemplo disso o facto de os registos realizados ficarem guardados em espaços diferentes da plataforma informática utilizada no HPH - SClínico, sem haver cruzamento e historial de informação quando existem intervenções simultâneas junto de uma mesma pessoa, tanto no que se refere às diferentes áreas de atuação dentro do DSM, como às restantes especialidades médicas dentro do HPH. Embora os profissionais conversem entre si acerca das intervenções realizadas, não existe nesta plataforma um campo de registo que permita que esta informação fique concentrada e disponível para possibilitar a definição de caminhos comuns de intervenção. No que toca ao PI, os registos de enfermagem não são visíveis para os restantes profissionais, e esta acaba por ser uma intervenção paralela à realizada pela psiquiatria e psicologia pois, e embora, como referido, os profissionais vão conversando entre si, acaba por existir um acumulo de intervenções. A profissional que conduz este Programa referiu que “teria sempre muita vantagem em haver uma reunião periódica para discussão de casos (...) se for sempre feita em equipa, é muito mais assertivo o caminho, sem dúvida nenhuma, porque se o utente está com todos os profissionais pode eventualmente, numa situação particular, ser obtida informação acerca do utente que pode ser uma mais-valia dar continuidade” (Apêndice B).

Após a exploração do problema 2, junto dos profissionais, considera-se que será importante agregar todo o conhecimento conseguido nas intervenções de diferentes especialidades. Esta necessidade está intimamente ligada a uma outra que se centra na descoberta de um modelo de comunicação que permita maior partilha e momentos de reflexão entre os técnicos que intervêm junto da mesma pessoa, numa ótica interdisciplinar. Para além disso, e como o foco da intervenção está na doença, surge a necessidade de que os profissionais do DSM possam considerar as outras dimensões da pessoa, para além da sua DM, só possível, também, com informação disponível e útil. Há que reconhecer que o “reducionismo científico interdita toda a

aspiração a uma unidade integrativa” levando a uma fragmentação do conhecimento e, conseqüentemente, a práticas que considerem apenas algumas dimensões do ser humano, e não a sua totalidade (Paul, 2005, p. 73). A área subjetiva, não mensurável e complexa do ser humano, acaba por não ser considerada e integrada nos cuidados prestados, levando a que fique, muitas vezes, por cuidar e acompanhar o homem e a pessoa que sofre (Paul, 2005; Trigo, 2008).

Outro dos problemas identificados centra-se no facto de haver uma falta de definição de linhas orientadoras do PI para a construção de plano de reabilitação sustentado (Problema 3). A presença nas consultas do PI, bem como as diferentes conversas e reflexões partilhadas com a enfermeira responsável pelo mesmo, permitiram a identificação do problema. No que toca à definição do público-alvo deste Programa, a enfermeira que o conduz referiu que não ficaram pré-definidos mas que inicialmente seriam os doentes que necessitam de reabilitar a “a parte social”, e as situações de maior isolamento e menor apoio familiar. Esta profissional refere que “começaram por dois ou três utentes, depois começaram a referenciar alguns utentes que, na minha perspetiva, não correspondiam muito aos critérios deste programa Integrar, porque não eram DM graves, e sim com DM comum” o que iria condicionar o processo de avaliar futura do PI (Apêndice B).

De referir que intervenções centradas nos pressupostos da reabilitação psicossocial são uma prática nova no DSM e, como acima referido, embora tenham existido formações para estas práticas, não houve exemplos práticos de operacionalização destes conteúdos, pelo facto da medida ser recente e não haver, ainda, possibilidade de partilha de experiência, aspeto este verbalizado pela diretora do DSM (Apêndice B). De acordo com Charlifour (2007), o facto de haver um modelo de atuação definido leva a que haja a oferta de uma ajuda verdadeiramente eficaz, e pode permitir que se consiga refletir acerca do rumo a ser seguido e avaliar a sua pertinência. Pelo contrário, a sua inexistência leva a discrepâncias, ou até contradições entre valores defendidos e comportamentos adotados. Uma “incoerência que se não é reconhecida e corrigida, prejudica consideravelmente a

qualidade da relação, e conseqüentemente a eficácia da intervenção” (Charlifour, 2007, p. 7). Para além disso, a condução da intervenção é muito influenciada pelo modelo médico, pelo facto de não existirem outros profissionais com formação específica na área social e de reabilitação, tal como já acima enunciado. Este modelo médico acaba por ser mais diretivo do que o desejável nas abordagens psico e socioeducativas. No grupo de discussão realizado, uma médica psiquiatra reforçou aquela ideia, referindo, “nós (...) por muito que tentemos, por muito que gostemos, somos demasiado diretivos” (Profissional C).

Como necessidades, será importante incluir o acompanhamento na comunidade, aspeto este defendido pela diretora do DSM, tal como referido numa das necessidades identificadas do problema em. Necessária será ainda a definição das linhas orientadoras do programa, incluindo critérios de referência, objetivos, finalidade, estratégias e avaliação. Como a reabilitação psicossocial não é uma técnica, mas um processo (Cordo, 2013), considera-se necessário que possam haver reflexões regulares conjuntas entre os dois serviços que compõem o DSM do HPH, de modo a que o programa não seja apenas conduzido pelo serviço de psiquiatria. O modelo médico tem sido referido como problema no trilhar de um caminho assente nos pressupostos da reabilitação psicossocial, muito devido ao estilo diretivo que não promove, de forma tão regular, a participação das pessoas no seu processo de transformação.

Decorrente destas práticas clínicas, é identificado um quarto e último problema: Pessoas com DM não têm um papel ativo na tomada de decisão sobre o seu próprio processo de reabilitação. As pessoas, tal como observado durante as consultas de psiquiatria e de enfermagem, acabam por ser recetoras de cuidados, e com um papel passivo em todo o processo, tal como referido neste relatório quando descritas as práticas promotoras de reabilitação por parte dos membros da equipa (Capítulo 3, p.30). Dois exemplos passíveis de análise são os casos das duas pessoas acima caracterizadas em pormenor, alvo de intervenção no eixo dois deste projeto, o Sr. Manuel e a Esperança. No que se refere ao Sr. Manuel, quando a Enfermeira sugere

alguma atividade e pergunta se este a vai cumprir, estes responde “Foi a Sra Enfermeira que pediu...” (fevereiro de 2015). A Esperança, por seu lado, foi referenciada duas vezes para uma escola de formação para pessoas com deficiência, de modo a que tivesse uma ocupação. Numa conversa intencional tida com o pai desta jovem, este referiu “Eu acho que as atividades que lá têm (na escola) não são muito dinâmicas para a Esperança, mas a médica enviou-a para lá, por isso vamos ver” (maio de 2016).

Reflete-se que, para que uma intervenção resulte, dever-se-á valorizar e considerar no processo terapêutico as competências e potencialidades das pessoas, o seu ritmo, desejos. Um modelo de atuação que procura uma valorização integral do ser humano é o da reabilitação psicossocial, na medida em que releva e procura aumentar as potencialidade/capacidades da pessoa, diminuir as incapacidades e minimizar os efeitos provindos da DM, através de uma reintegração na sociedade. Outra necessidade tem a ver com a definição do papel do profissional e da pessoa com DM, no sentido de a intervenção ser realizada sempre com a participação da pessoa, tendo esta voz ativa na escolha dos caminhos a seguir, ao invés de ser o profissional a decidir o que é melhor para ela. Acerca deste último aspeto, Oliveira & Furegato (2012, p.30), referem que “os mecanismos mais eficazes para ajudar o outro não se encontram nas condutas profissionais, mas no próprio indivíduo, sendo o profissional apenas um facilitador desse processo de descoberta dessas potencialidades”.

De referir que todos estes problemas foram devolvidos à equipa, e todos concordaram com os problemas identificados e reforçaram que não sabem como operacionalizar intervenções de âmbito comunitário e que sentem a necessidade de desenvolver uma intervenção diferente da tradicional, que incida no conhecimento dos contextos de vida das pessoas com DM, “nós acabamos por fazer propostas, e não sabemos se a pessoa pode ou não fazê-lo, se tem ou não recursos, acaba por ser injusto para elas...” (Profissional C).

Para o desenvolvimento do projeto “Reabilitar em saúde mental: Uma abordagem integrada, integral e participada”, importa identificar os recursos existentes que poderão ser utilizados, conhecer as limitações que a realidade impõe ao seu desenvolvimento, e as potencialidades que poderão ser ativadas. Assim, no que se refere aos recursos humanos, consideram-se a equipa do DSM (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistente técnica e gestor), bem como as pessoas com DM acompanhadas. Como recursos físicos e materiais identificam-se os seguintes: No piso 4 do Hospital, existe 1 gabinete destinado à diretora do DSM do HPH e diretora do serviço de Psicologia, e duas salas de reuniões, uma para cada serviço; todos os espaços onde as consultas são realizadas (decorrem no Hospital de Dia e Centro de Medicina Física e Reabilitação), têm material informático, mesas e cadeiras; o auditório do Hospital é também um recurso e utilizado para formações ou reuniões interserviços. No que toca às limitações, identifica-se a ausência de profissionais de outras áreas para além da área da saúde que acaba por cingir a intervenção à área clínica. Já em relação às potencialidades, identificam-se a recetividade do departamento a intervenções de carácter social e comunitário; equipa com formação teórica em consonância com os objetivos traçados no PNSM (2007-2016).

4.2. FINALIDADE, OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E AÇÕES

A finalidade do projeto “Reabilitar em saúde mental: Uma abordagem integrada, integral e participada” visou alterar as práticas do DSM do HPH para o desenvolvimento de intervenções mais integradas, participadas e comunitárias, orientadas para a reabilitação psicossocial das pessoas com DM grave. Para que fosse possível alcançar a finalidade indicada, o projeto foi desenvolvido em dois eixos: um centrado na organização do serviço e funcionamento da equipa, e o segundo centrado na intervenção e reabilitação psicossocial, envolvendo a intervenção na

comunidade com duas pessoas com DM grave, acompanhadas no DSM do HPH em regime de ambulatório, Senhor Manuel e Esperança.

Atendendo ao facto de o presente projeto ter dois eixos de intervenção, os objetivos gerais (OG), específicos (OE) e estratégias serão identificados para cada um deles.

Referente ao eixo 1 foram definidos como objetivos:

OG1 - Integrar práticas psicossociais de base comunitária nas intervenções realizadas com população adulta com DM grave

OE1.1 – Considerar as outras dimensões da pessoa, para além da doença; OE1.2 – Atender ao impacto do contexto de vida na manutenção, melhoria e/ou agravamento da doença; OE1.3 – Estimular e maximizar as capacidades funcionais da pessoa na comunidade.

OG2 - Constituir uma rede de apoio à reabilitação psicossocial

OE2.1 – Comunicar e partilhar informações entre profissionais do DSM, de forma mais regular e eficaz; OE2.2 – Definir um plano de intervenção integrado, aquando da existência de intervenções simultâneas no DSM; OE2.3 – Identificar as redes de apoio existentes na comunidade; OE2.4 – Articular as intervenções em contexto hospitalar e as realizadas na comunidade.

OG3 – Definir as linhas orientadoras do PI

OE3.1 – Definir os critérios de referência para o PI; OE3.2 – Considerar a participação das pessoas no desenho da intervenção; OE3.3 – Trabalhar em contexto natural de vida com pessoas com DM, no âmbito do PI.

Para a prossecução dos objetivos do eixo 1, foram definidas algumas estratégias tais como: reuniões de equipa (do serviço de psiquiatria e interserviços), partilha de

informação, reflexões e debates, construção de uma base de dados do PI, grupo de discussão, levantamento dos recursos existentes na comunidade, *brainstorming*, articulação entre contexto clínico e comunitário, conversas intencionais. Relativamente às ações, foram desenhadas duas: Ação 1 – “Enquadramento da psiquiatria comunitária em contexto hospitalar”; Ação 2 – “Comunidade e hospital: articular para integrar”.

Referente ao eixo 2, foram definidos os seguintes objetivos:

OG1 – Desenvolver a capacidade de tomar decisões no seu próprio processo de reabilitação; OG 2 – Ter uma maior rede de suporte comunitário.

Os objetivos específicos estarão definidos aquando da descrição de cada ação desenvolvida com cada uma das pessoas acompanhadas.

Para a prossecução dos objetivos deste segundo eixo foram definidas as seguintes estratégias: conversas intencionais, encontros semanais, *role plays*, saídas exploratórias, encontros individuais e grupais, reuniões. Importa referir que todas estas estratégias foram suportadas pelo estabelecimento de uma relação de confiança, que se configurou como a principal ferramenta de intervenção nas ações com o Sr. Manuel denominada “Quando a vida se reaviva” e com a Esperança, denominada “Pelo caminho das possibilidades”.

4.3. AVALIAÇÃO DE ENTRADA E INDICADORES DE AVALIAÇÃO

O primeiro eixo do projeto foi desenhado com o intuito de contribuir para que as intervenções do DSM, junto de pessoas com DM grave, pudessem atender e considerar outras dimensões da pessoa, para além da doença, e incluir intervenções de caráter psicossocial, com impacto também no tratamento da expressão da DM.

Tornou-se ainda necessário que fossem pensadas maneiras de, ao existirem intervenções simultâneas, estas pudessem acontecer de forma mais entrosada, ao ser definido em conjunto um caminho de intervenção comum, e não existir um acúmulo de intervenções. Foi avaliado por todos os envolvidos que as estratégias desenhadas possibilitam a resposta a estas necessidades, na medida em que só com as partilhas de conhecimento, reflexões conjuntas e procura de novas formas de intervenção entre todos os elementos da equipa se conseguirá que haja um trabalho interno, para intervenções mais integradas e que atendam aos sujeitos de forma holística. Para além do trabalho interno, este eixo também pretende ajudar a que seja conseguido um trabalho em rede entre o hospital e a comunidade, no sentido de haver um aproximação e articulação mais regular entre hospital e estruturas locais comunitárias.

Como não havia experiência no DSM do HPH no âmbito da saúde mental comunitária, todo o processo do desenho de projeto foi participado, construído e analisado em equipa, definindo também o meu papel na equipa.

As potencialidades identificadas, nomeadamente a recetividade dos profissionais a novas ideias, e interesse em alterar as suas práticas, tornam exequível o desenvolvimento deste eixo de intervenção, com a participação de todos.

O segundo eixo do projeto surgiu na sequência de se ter verificado que a intervenção hospitalar não era suficiente para atender a todas as necessidades demonstradas pelas pessoas. A presença nas consultas de psiquiatria e enfermagem no âmbito do PI tornaram visível que, para o cumprimento das tarefas, as pessoas precisavam de desenvolver competências e ter maior apoio no seu quotidiano, porque não o conseguiriam fazer sozinhas. Neste sentido, considerou-se necessária uma abordagem psicossocial nos contextos de vida dos sujeitos, para que fosse possível um acompanhamento mais proximal de modo a que estas pessoas pudessem ser socialmente mais participativas e ativas nos seus contextos naturais de vida.

Atendendo à duração do projeto, foram apenas acompanhadas duas pessoas, apesar de os médicos psiquiatras terem proposto o acompanhamento de mais pessoas. Contudo, porque não seria justo para as pessoas acompanhadas iniciar intervenções que, com o fim do projeto, fossem interrompidas e acabassem por ficar desamparadas, considerámos mais prudente e sensato fazê-lo somente com duas pessoas.

Realizada a avaliação de entrada, tornou-se premente pensar nas avaliações de processo e produto. Nesse sentido, e atendendo à importância da avaliação nos projetos sociais, tal como no enquadramento metodológico, foi necessário definir os indicadores e instrumentos de avaliação.

Relativamente ao eixo 1 foram definidos como indicadores quantitativos, o número de profissionais envolvidos no desenho e desenvolvimento deste projeto; o número de articulações internas (entre profissionais do DSM que intervinham com a mesma pessoa); e o número de articulações entre hospital e comunidade. Os indicadores qualitativos definidos foram: as alterações no processo de comunicação entre os elementos da equipa; as alterações na organização do serviço; as alterações no modo de olhar a pessoa com DM; e respetivo processo de reabilitação, e a proximidade entre contexto hospitalar e comunidade. Como instrumentos de avaliação foram utilizadas as conversas intencionais, inquérito por questionário, grupo de discussão, e observação participativa.

No que se refere ao eixo 2 foram definidos como indicadores quantitativos de avaliação, o número de novos contactos e o número de novos elementos que fazem parte da sua rede de suporte social. Como indicadores qualitativos, foram definidos a capacidade para tomar decisões, modo como expressa a sua vontade, liberdade para fazer escolhas, implicação e participação em toda a intervenção realizada, comunicação utilizada (tipo de discurso, entoação, comunicação não verbal) e modo como se relaciona com os outros. Os instrumentos de avaliação foram conversas intencionais e observação participativa.

CAPITULO 5 - DESENVOLVIMENTO DO PROJETO E AVALIAÇÃO DE PROCESSO

Apresentado o desenho do projeto, importa perceber como este foi desenvolvido e até que ponto atingiu os objetivos a que se propôs. O projeto “Reabilitar em Saúde Mental: Uma abordagem integrada, integral e participada”, foi desenvolvido atendendo ao ritmo das pessoas (profissionais, pessoas com DM) e, seguindo os pressupostos da metodologia de Investigação Ação Participativa. Como acima referido, foram desenvolvidas duas ações em cada um dos eixos do projeto.

5.1. EIXO 1 – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO, DA EQUIPA E DAS PRÁTICAS PARA UM OLHAR COMUNITÁRIO

Para a concretização dos OG1 e OG3, do eixo 1 do projeto, foram planificadas e desenvolvidas duas ações, com a participação de todos os elementos da equipa. A primeira, denominada “Enquadramento da psiquiatria comunitária em contexto hospitalar”, teve o objetivo de responder a três problemas: P1, P2, P3. Os elementos da equipa do DSM tinham os conhecimentos teóricos acerca do que pressupõe a psiquiatria comunitária, mas não tinham a experiência de como a mesma podia ser operacionalizada no serviço. Neste sentido, houve a necessidade de pensar como a psiquiatria comunitária podia ser enquadrada no DSM do HPH, primeiramente, através de um trabalho em rede interno ao próprio hospital.

Para que seja possível o desenvolvimento de práticas comunitárias, é premente saber os recursos que a própria comunidade dispõe, e se estes vão ao encontro das necessidades do DSM do HPH, particularmente das pessoas com DM. Mais do que inventariar recursos, importava perceber se as estruturas existentes estariam

sensibilizadas e disponíveis para receber pessoas com DM, e apoiar na sua reabilitação. Para além disto, havia que operacionalizar um modelo de intervenção com base comunitária no DSM do HPH. Nesta medida, foi desenhada uma segunda ação denominada “Comunidade e Hospital: articular para integrar”, que pretendeu responder ao Problema 1. Vão ser referidos os respetivos processos, respetivo enquadramento temporal e os seus impactes/impactos na realidade.

5.1.1. Ação 1 – Enquadramento da psiquiatria comunitária em contexto hospitalar

O facto de ter integrado⁸, como voluntária, a equipa do DSM nove meses antes do início do projeto, permitiu que fosse, gradualmente, estabelecendo uma relação de confiança e colaboração, potenciando as sinergias necessárias à realização do projeto e a construção do meu lugar na equipa. A presença nas reuniões de equipa, a apresentação de trabalhos, por minha iniciativa, e por desafio da diretora do departamento, a participação no I Simpósio da Associação de Familiares, Utentes e Amigos do HML “Saúde Mental: Reabilitar na Comunidade”, na coapresentação da comunicação “Programa Integrar do DSM da ULSM” (4 dezembro 2015), bem como a presença nas consultas de psiquiatria e do PI foram determinantes neste processo.

Porque sobre o PI havia o sentimento geral de que seria necessário refletir sobre a medida, propus à diretora do DSM, que, nas reuniões de equipa, se pudesse discutir, de forma regular, o PI, envolvendo todos os elementos da equipa, psiquiatras e

⁸ Como este foi um projeto muito participado por todos os intervenientes, incluindo pela mestrandia, a narrativa acerca do desenvolvimento do referido projeto será, em alguns momentos, realizada na primeira pessoa.

enfermeiras. Esta proposta foi aceite e em cerca de 15 reuniões foram analisados os regulamentos de enquadramento da medida, às práticas institucionais no PI.

A enfermeira responsável pela condução do PI partilhava que o PIC parecia não estar a funcionar, pois raramente as pessoas acompanhadas no PI o traziam preenchido, e ela própria já desistira de o utilizar. Iniciámos, então, a construção de um documento que fosse efetivamente útil, onde se agregassem as informações recolhidas junto das pessoas com DM, considerando os dados biopsicossociais. Este documento, ficando disponível para todos os profissionais que intervêm junto da pessoa, permitiria delinear um caminho de intervenção que atendesse a todas as dimensões do sujeito e, havendo intervenções simultâneas, uma melhoria da comunicação entre todos os profissionais, facilitando a definição de prioridades e de estratégias de intervenção (médicas e psicossociais). O documento, bem como o método utilizado para a sua construção, teve o envolvimento de toda a equipa neste processo – o documento era construído por mim e pela enfermeira e ia sendo discutido e analisado em reunião de equipa com os outros elementos - permitia um trabalho em rede (interno). A criação deste documento foi inspirado no modo como é feita a intervenção nos Centros de Atendimento Psicossocial, no Brasil (caracterizados no capítulo 2 deste relatório) e foi denominado Projeto Terapêutico Individual de Cuidados (Apêndice F): projeto terapêutico, à semelhança do programa desenvolvido no Brasil, Individual de Cuidados para manter a ligação ao PIC, pois este documento, para além de informações novas, inclui também as informações que deveriam constar do PIC e do formulário preenchido na entrevista individual (Apêndice G). Este documento inclui questões centradas na identificação da equipa de referência que acompanha, ou poderá acompanhar, a pessoa com DM (profissionais médicos e psicossociais, tanto do HPH como da comunidade); identificação da pessoa (história social, familiar e pessoal); história clínica (do acompanhamento psiquiátrico e psicológico atual e prévio à integração no DSM e noutras instituições, dependências, acompanhamentos noutras especialidades); suporte social e recursos comunitários (pessoas significativas, recursos

comunitários); problemas, necessidades e potencialidades; intervenções a decorrer (noutras instituições); PI (distribuição das intervenções pelos técnicos, avaliação); observações. Depois de aprovado por todos, este documento, foi colocado em papel timbrado pela diretora do DSM, e disponibilizado na intranet, acessível a todos os profissionais. Esta profissional solicitou que, em contexto de reunião de equipa, cada psiquiatra referenciasse uma pessoa para o PI, e o fizesse já preenchendo uma parte do Projeto Terapêutico Individual de Cuidados. Esta é, atualmente, e depois do projeto já ter terminado, uma prática que continua a ser desenvolvida nas reuniões do serviço de psiquiatria.

A diretora deste departamento pediu-me uma listagem das pessoas acompanhadas no PI, como forma de a equipa ter a perceção de quantas pessoas estavam a ser acompanhadas. No seguimento deste pedido, foi construída uma folha de registos onde consta esta informação, assim como os motivos de referência para o PI, data de início e de fim da frequência no programa, para ser atualizada mensalmente (Apêndice H). Foi possível utilizar este documento para, em contexto de reunião de equipa, serem formulados os critérios de referência para o PI. Com a participação do serviço de psiquiatria, chegámos à definição dos seguintes critérios: Mais de 18 anos; acompanhado em psiquiatria hph (DM grave); consentimento da pessoa para admissão no Programa; clinicamente estabilizado; dificuldade em lidar com os sintomas psiquiátricos; ausência ou poucas competências sociais e pessoais; carência/dificuldades ao nível da integração social; desocupação, isolamento e inatividade. Esta folha de registo encontra-se igualmente na intranet, para acesso a todos os profissionais, e permite contabilizar as pessoas que estão a frequentar o programa, ter um historial dos acompanhamentos que já cessaram e perceber os motivos da saída (alta, abandono e respetivas razões), para que seja possível proceder à avaliação do programa.

Alguns psiquiatras da equipa referiram precisar de ajuda para integrar estes documentos na sua prática clínica. Assim, e seguindo a ideia da enfermeira que conduz o PI, foi construído um fluxograma para este mesmo Programa (Apêndice I).

Este pedido por parte dos profissionais revela a vontade e reconhecimento da utilidade dos documentos construídos, assim como a receptividade para olharem a pessoa com DM de um modo mais holístico. Neste fluxograma, estaria definido o percurso desde a chegada da pessoa ao DSM, até à referência para o PI. Será no contexto da consulta de psiquiatria que se avalia se a pessoa se enquadra nos critérios de referência, assim como a sua receptividade e disponibilidade para iniciar o Programa. Caso aceite, a pessoa é encaminhada para o PI. Caso se veja que não beneficia, seja porque a pessoa tem uma boa rede de suporte, esteja ativa e integrada na comunidade, entre outros, não é feito o encaminhamento e permanece somente nas consultas de psiquiatria (e psicologia, se for o caso). Ao integrar o PI, iniciar-se-á o Projeto Terapêutico Individual de Cuidados, que irá atender às expectativas e necessidades da pessoa, sendo sempre um projeto co construído, entre as pessoas com DM, a sua rede de suporte e os profissionais. Serão três as estratégias usadas: Intervenções individuais, Intervenções em grupo e acompanhamentos na comunidade (visitas domiciliárias e intervenção psicossocial nos contextos de vida).

Como forma de integrar todo o trabalho realizado e, para que esta nova visão da pessoa com DM fosse enquadrada nas práticas realizadas pela equipa, foi reformulado o fluxograma do DSM (Apêndice J). Nesse sentido, foi mantida a estrutura relativa à atividade clínica do DSM e os recursos existentes na comunidade, as Unidades de Cuidados na Comunidade e a Rede Social. Foram acrescentadas mais estruturas comunitárias, e o PI surge como elo de ligação entre Hospital e Comunidade numa ótica de reabilitação psicossocial. Promove uma prestação de cuidados integrados, do hospital para a comunidade, através do desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Individual de Cuidados e rege-se pelas seguintes estratégias/valores: Intervenção sistémica, respeito pelo ritmo dos sujeitos, empoderamento (aplicação dos princípios da advocacia), atenção às potencialidades dos sujeitos, e visão holística do ser humano.

A profissional que conduz o PI avaliou esta ação a três níveis. Por um lado, referiu mudanças ao nível das consultas de psiquiatria no sentido em que “obrigou, de alguma forma, o médico assistente do doente, a pensar de uma forma global sobre o doente para o poder passar a outros grupos profissionais” (Apêndice K). Possibilitou também a integração das diferentes especialidades no caminho de reabilitação da pessoa pois, o facto de nos reunirmos semanalmente permitiu refletir de forma sistemática acerca do caminho a ser trilhado. A profissional que conduz o PI revelou ainda que sente que os profissionais estão mais unidos e interessados: “anteriormente haviam registos individuais de cada profissional, mas muitas das vezes não são lidos como são lidos agora”. Acrescentou ainda que (...) “esta dinâmica de grupo veio e muito melhorar e estreitar a colaboração entre grupos profissionais (Apêndice K).

Pela psiquiatria comunitária ser algo novo, considera-se que a equipa precisará de mais tempo e de mais exemplos de como a mesma pode ser colocada em prática. para conseguir integrar este olhar mais comunitário nas suas práticas, no entanto o caminho está aberto.

5.1.2. Ação nº 2 – Comunidade e Hospital: articular para integrar

A conceptualização de um modelo de intervenção com base comunitária exige que, primeiramente, haja uma exploração dos recursos comunitários existentes, a análise da receptividade e disponibilidade das estruturas comunitárias para receber e integrar pessoas com DM grave, para que seja possível testar uma articulação entre DSM do HPH e contexto comunitário. Neste sentido, a reunião realizada com o Departamento de Ação Social e Saúde da Câmara Municipal de Matosinhos, a exploração das práticas realizadas com vista à promoção da reabilitação psicossocial noutros contextos hospitalares e instituições na comunidade, e o levantamento dos

recursos existentes nos contextos de vida das duas pessoas acompanhadas no eixo 2, foram muito importantes para a consecução desta ação.

Na reunião que ocorreu no Departamento de Ação Social e Saúde da Câmara Municipal de Matosinhos, foram colocadas questões centradas no papel da autarquia no trilhar de caminhos que promovam a reabilitação e a inclusão de pessoas com DM, possibilitando explorar, entre outros aspetos, a articulação entre a autarquia e o DSM do HPH, a preparação das estruturas na comunidade para as especificidades da pessoa com DM, o espaço para a sua participação efetiva, as ações em curso ou planeadas no âmbito da saúde mental, formas de mediação entre cuidados de saúde e comunidade (Apêndice L). Em outros contextos hospitalares, nomeadamente no CHSJ procurou-se perceber como estava a ser aplicado o PI, e conhecer igualmente o trabalho realizado pelas várias instituições pertencentes à Rede de Reabilitação Psicossocial para pessoas com DM da Área Metropolitana do Porto. À medida que esta informação foi sendo conseguida, era partilhada nas reuniões de equipa e objeto de análise e discussão.

Nas ações desenvolvidas com dois sujeitos no eixo 2 deste projeto, foi necessário conhecer os recursos comunitários que estes tinham disponíveis nas respetivas áreas de residência, tais como: Serviços e comércio (alimentação e outros bens de primeira necessidade, saúde e cuidados ao nível da imagem, serviços públicos, transportes, comércio tradicional, outros); locais de culto; educação e ação social; ensino; cultura, lazer e desporto. Para além disso, procurou-se abordar algumas instituições como forma de averiguar a disponibilidade para prestar apoio ao nível das diversas necessidades sentidas por estas pessoas. Assim, antes destas duas pessoas se deslocarem a alguma instituição, foi sempre marcada uma reunião prévia para, por um lado, conhecer o modo de funcionamento e as atividades desenvolvidas para posteriormente devolver estas informações às pessoas. Por outro lado, para poder avaliar a dinâmica da instituição, relacionamento entre as pessoas que a frequentavam, e entre estas e os técnicos. Este trabalho foi ganhando novas dimensões, permitindo que se explorassem outros recursos que pudessem vir a ser

úteis para outras pessoas em acompanhamento no DSM, do HPH, e que pudessem ser incluídos numa base de dados sobre os recursos comunitários que, posteriormente, viesse a ser construída. Estas informações foram partilhadas com a equipa, em reunião, e com as pessoas com DM acompanhadas nos seus contextos de vida.

Esta ação possibilitou a reflexão por parte dos profissionais acerca do papel que podem ter na sensibilização junto das estruturas da comunidade, para que possam trabalhar conjuntamente com o DSM do HPH, recebendo pessoas com DM grave com vista à sua reabilitação (psicossocial, comunitária, socioprofissional). No grupo de discussão (Apêndice E) realizado, os profissionais referiram que também podiam ter um papel ativo nesse caminho: “também passa por nós fazermos (...) uma sensibilização para a importância disto na comunidade, mas não tem sido assim tão fácil como nós gostaríamos” (Profissional A). Um outro profissional referiu que “(...) o setor da saúde andou a absorver o modelo comunitário, (...), mas isto não foi trabalhado ao nível das estruturas sociais” (Profissional C). Ainda que afirmando que esta sensibilização possa ser realizada pelos serviços locais de saúde, reconheceram que não se podem demitir dessa função, tal como referiu a diretora do departamento: “Isto é uma missão demasiado exigente para quem está absorvido (...) de clínica (...) Mas (...) também não nos podemos demitir de aproveitar pequeninos passos para irmos junto ao setor social (...) quando eles estão disponíveis”.

O profissional L referiu que estes dois setores não deviam ser encarados de forma separada, até porque “Eu acho que a saúde é social. Acho que a própria divisão é artificial. Acho que o setor da saúde é um setor social”. Já a profissional C revelou que só havendo esta articulação é que seria possível particularizar e adequar as respostas, “só assim é que podemos contemplar que situações tão individualizadas possam ser integradas em estruturas ou intervenções de âmbito social (...)”. Esta profissional referiu ainda que “sem esta articulação não conseguimos orientar

pessoas que, de outra forma, iriam ficar perdidas. Quer dizer, não teriam onde ficar, e mesmo assim é muito difícil...”.

Com esta ação foi também promovido um ensaio para a existência de uma articulação entre o contexto hospitalar e a comunidade. Nesta medida, foi necessário funcionar como elo de ligação entre hospital e comunidade/instituições locais, criando pontes de comunicação para evitar intervenções simultâneas nestes dois contextos, que fossem em sentidos diferentes. Este facto é possível de ser verificado, em particular, nas ações desenvolvidas no eixo 2 deste projeto: todas as informações recolhidas na comunidade eram partilhadas com a equipa do DSM, assim como informações hospitalares, de que as instituições na comunidade necessitassem de saber (relatórios clínicos, impacto da patologia na pessoa), de modo a promover uma circularidade da informação. Um exemplo concreto desta aproximação sucedeu na segunda ação do eixo 2, ao ter ocorrido uma reunião no DSM do HPH entre a psiquiatra da jovem Esperança, duas técnicas de uma instituição na comunidade e eu, para se refletir acerca do processo de reabilitação da jovem.

5.2. EIXO 2 – INTERVENÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Como referido, neste segundo eixo, foi desenvolvida uma intervenção psicossocial baseada na relação de ajuda e na mediação junto de dois sujeitos. Serão seguidamente descritos os dois acompanhamentos psicossociais realizados.

“Quando a vida se reaviva” foi o nome dado ao acompanhamento desenvolvido com o Sr. Manuel. Foi este o nome dado a esta ação tendo em conta que, como é possível analisar no capítulo referente à sua caracterização, a vida para este senhor era centrada num automatismo que não permitia que a esperança fosse exercitada, pelo facto de não haver novas experiências, novas relações e, conseqüentemente, definição de novos objetivos de vida. Nesta medida, e pelo facto de o próprio referir “não me dou bem com a vida” e “eu quero mudar, mas não sei como”, foi realizada

uma intervenção psicossocial com o intuito de possibilitar o reavivar da sua vida. Este acompanhamento justificou-se pelo facto de se verificar que as consultas de psiquiatria e as consultas do Programa Integrar não estavam a ser suficientes para atender a todas as necessidades do Sr. Manuel.

A segunda ação foi realizada com a Esperança, e denominada “Pelo caminho das possibilidades”. Como referido, a psiquiatra desta jovem não conseguia entender quais as suas motivações e até qual o seu potencial, devido à apatia que demonstrava no decorrer das consultas, discurso pueril, características estas associadas à existência de um transtorno do desenvolvimento intelectual. Nessa medida, foi percorrido um caminho no sentido de perceber quais as possibilidades da Esperança ser o que desejava, mas, igualmente, o que tinha possibilidades para ser, desenvolvendo, com ela uma intervenção que se dirigiu ao fortalecimento do ego e das relações interpessoais. De referir que foi a psiquiatra desta jovem que propôs que a mesma tivesse um acompanhamento psicossocial na comunidade.

Ambas as ações sempre foram desenvolvidas de forma progressiva, privilegiando a participação ativa dos sujeitos em todas as decisões tomadas, para que cada passo dado fosse em segurança, sempre atendendo ao ritmo, interesse e disponibilidade das pessoas e envolvendo as redes sociais necessárias.

5.2.1. Ação 1 – “Quando a vida se reaviva”

No início do desenvolvimento do projeto, o Sr. Manuel estava inativo e em isolamento social há já cerca de 11 anos, com poucos recursos económicos, comportamento aditivo (alcoolismo) e com uma alimentação deficitária.

A ação com o Sr. Manuel teve início em novembro de 2015, embora o primeiro contacto tenha acontecido alguns meses antes (março), por altura da realização de um estágio voluntário (EV) no HPH. Durante o período de EV tive oportunidade de assistir às consultas realizadas pela enfermeira no âmbito do PI, o que permitiu

conhecer este senhor, a intervenção efetuada e realizar a avaliação do seu impacto. Foi também ao longo deste período que em conversas intencionais com a enfermeira, bem como em reuniões de equipa, fui apresentando algumas propostas para uma intervenção em meio natural de vida, e construindo uma relação de maior proximidade e confiança, numa ação mais regular e sistemática com o Sr. Manuel. Quando foi proposta esta intervenção psicossocial, desenvolvendo a ação no seu contexto de vida, o Sr. Manuel referiu que não lhe parecia “(...) muito bem”. Ao tentar perceber melhor as suas razões, ele disse que sentia “complexos”, por não saber o que haveria de falar. Foi perceptível que a proposta e a proximidade da relação no seu ambiente, o assustaram. Nessa medida, foi proposto que conversássemos primeiro no hospital por ser um local que ele já conhecia e era, de certa forma, mais seguro para si. No primeiro encontro (19 de novembro de 2015), foram explicados, essencialmente, os objetivos da intervenção e o propósito do acompanhamento na comunidade. Exploraram-se, ainda, as potencialidades e necessidades do quotidiano do Sr. Manuel, bem como as suas expectativas. Apenas a 4 de dezembro, foi possível iniciar, efetivamente, as sessões na comunidade.

O acompanhamento psicossocial realizado incluiu um total de 42 sessões presenciais, que ocorreram semanalmente, tendo também havido outros contactos no HPH e contactos telefónicos. O trabalho centrou-se em diversas dimensões ligadas ao desenvolvimento pessoal e ao bem-estar, nomeadamente, a valorização pessoal (respeito por si próprio e autoestima); comunicação e relações interpessoais; participação, escolhas e tomada de decisão; proatividade na resolução de desafios; qualidade de vida e bem-estar.

O Sr. Manuel expressava o desejo de conseguir estar ativo, e de mudar de residência. Queria viver na freguesia onde nasceu e onde recordava ter sido tão feliz, com os pais, em criança, e com os amigos, quando mais velho. Antes do início deste acompanhamento psicossocial, sob sugestão da sua psiquiatra, o Sr. Manuel foi aconselhado a marcar uma reunião no Instituto da Segurança Social (ISS), para ter conhecimento do eventual apoio à habitação. No decorrer das consultas do PI ao ser

abordada a ida a esta entidade pública, o Sr. Manuel respondia “Eu vou ver se vou lá”, mas acabava por não ir, pela sua insegurança e medo de enfrentar o desconhecido. Numa das sessões (Registo 1 – Apêndice M), ofereci-me para ir lá com ele, caso quisesse e achasse útil. A sua primeira reação foi, como em outras, de recusa: “não, não vale a pena estar a incomodar-se por minha causa, eu vou lá para a semana”. Mas na semana seguinte, quando se tentava perceber o que o impedia de ir ao ISS, ou de tentar marcar uma reunião, revelava “não sei o que dizer”. O Sr. Manuel demonstrava uma grande insegurança em dar o primeiro passo, dirigir-se a locais diferentes dos que faziam parte das suas rotinas era uma aparente ameaça que lhe causava medo, embora não falasse desse aspeto. Importa recordar que o Sr. Manuel tem diagnóstico de psicose, há já muitos anos, e algumas das características deste quadro clínico repercutem-se na resistência em alterar rotinas e o medo perante a mudança. Encarar o novo era difícil para o Sr. Manuel, e seria necessário trabalhar primeiro a sua insegurança, experimentar fazer em espaço protegido antes de se experimentar na realidade. Para tal, foi realizado um *role play* para preparar o atendimento no ISS. Na realização deste exercício, o treino de papel incidiu na experimentação das respostas possíveis a algumas questões que lhe poderiam ser colocadas. Entre alguma inibição, e tímidos sorrisos, o Sr. Manuel expressou as razões que o levavam a querer mudar para a freguesia onde nasceu. O discurso utilizado frequentemente pelo Sr. Manuel era idêntico, quase cópia, do discurso utilizado pela enfermeira nas consultas do PI. Esta colagem mimética advinha das dificuldades do Sr. Manuel em criar um discurso próprio, após a escuta daquilo que deveria dizer no contexto clínico. Se a psicose traz, em princípio, dificuldades ao nível da função simbólica e da apropriação de um discurso social adequado, a pressão externa relativamente ao que se deve fazer, traz uma dificuldade acrescida. Porque parecia ainda inseguro, disponibilizei-me para lhe fazer companhia, na ida ao ISS. Agora mais recetivo, porque, talvez, mais confiante na relação perguntou: “Mas isso não lhe causa transtorno?”.

Em fevereiro (Registo 2 – Apêndice M), o Sr. Manuel expressou que a enfermeira “quer à força que eu faça uma sopa, mas eu tenho preguiça de ir comprar os legumes, e alguns também são caros (...)”. Quando questionado acerca das razões da insistência relativa à alimentação, referiu saber que se tem de alimentar melhor, tendo em conta que só come uma refeição por dia, “pois, tenho de tratar da minha saúde não é?”. Como a cantina social onde o Sr. almoçava apenas fornecia almoço, fizemos em conjunto um levantamento de instituições que este conhecia e que forneciam refeições gratuitamente, ou a baixos preços, e respetivos locais, de modo a calcular as distâncias, e respetivos gastos necessários com as viagens. Depois de escolhida a instituição, tal como sucedeu com a ida ao ISS, o Sr. Manuel demonstrou-se inseguro em ir sozinho à instituição marcar um atendimento, assim sendo, fomos em conjunto e foi-lhe pedida uma série de documentação para a inscrição. De forma bastante proactiva, o Sr. Manuel foi autonomamente junto das instituições e/ serviços necessários para obter os documentos solicitados. Estas tarefas foram executadas com algum entusiasmo e sentimento de sucesso: “Dra, já consegui os documentos, e já os fui entregar. Assim já fica”. No dia em que fomos saber dos possíveis apoios que esta instituição podia prestar, foi-lhe dado um cabaz de alimentos. O Sr. Manuel quis ir levá-lo a casa, porque era pesado e convidou: “Dra, vou só pôr isto ali em casa. Quer entrar?”. Este convite foi uma prova de confiança e maior à vontade para aceitar a minha proximidade.

No mês de março (Registo 3 - Apêndice M), numa reunião com a enfermeira, esta referiu que o Sr. Manuel, numa consulta do PI, partilhou que, quando foi à freguesia onde nasceu para ir buscar a documentação necessária para a inscrição na instituição, ingeriu álcool de forma abusiva (dois copos de vinho, duas aguardentes, três cervejas). O Sr. explicou que bebeu porque se “sentia triste, e era para ficar um pouco mais alegre”. Quando abordámos o facto de o álcool poder alterar o efeito da medicação, o Sr. Manuel questionou “Mas eu tomo a medicação (via oral) de manhã, e quando bebo é à tarde, se calhar já não faz diferença, ou faz?” Foram abordadas as alterações passíveis de acontecer quando conjugados o álcool e a medicação. Esta

informação foi partilhada com a psiquiatra e a enfermeira deste senhor, e a psiquiatra referiu que talvez fosse necessário uma intervenção numa Unidade de Alcoologia, que até ao final deste projeto ainda não se tinha iniciado. Durante o mês de março de 2016, ocorreram muitas situações novas, tais como, o facto de o Sr. Manuel ter frequentado, pela primeira vez, o café contíguo à sua casa. Apesar dos receios por parte da equipa do DSM de que nas idas ao café o Sr. Manuel pudesse agudizar os consumos, este foi um grande passo para ele, teve a iniciativa de enfrentar, sozinho, um local desconhecido, e ainda conversou com um senhor que lá se encontrava, chegando até a perguntar-lhe se este conhecia algum espaço de convívio na instituição que o apoiava ao nível alimentar, “como ele também ia lá, perguntei se sabia se lá havia assim, algum espaço onde desse para jogar cartas e distrair um pouco e ele disse que não”. O Sr. Manuel começava a mostrar-se mais ativo e, pelas suas palavras “Já me sinto mais mexido Dra., já não tenho tanta vontade de estar em casa”. Nas nossas conversas, por esta altura, ia reforçando esta vontade do Sr. Manuel em descobrir novos espaços, encontrar pessoas com quem pudesse fazer coisas que gostasse (jogar cartas), alargando assim as suas redes relacionais. Fomos explorando a possibilidade de existência destes locais, perto de sua casa ou na zona onde almoça.

Na cantina social onde almoça, começou a participar mais nas conversas “algumas vezes eu não sei dos assuntos de que eles falam, mas gosto de estar lá com eles”. Neste mês de março, o Sr. Manuel também cozinhou por duas vezes “(...) até gostei de cozinhar, já não me lembro da última vez que tinha cozinhado”. A instituição de apoio alimentar começou a fornecer cabazes com alimentos de forma mais regular (três vezes por mês), e a ligar duas a três vezes por semana para que este vá buscar refeições à cantina social.

O Sr. Manuel também começou por esta altura a apresentar melhorias ao nível do seu autocuidado (barba feita, troca mais frequente de roupa, cabelo cortado), e ao nível do seu discurso oral (ao falar, já entoava melhor as palavras). Ainda que animado por estas conquistas, a habitação era ainda uma preocupação. Sabia que

não podia mudar para a freguesia que desejava e temia que o seu companheiro de quarto pudesse sair, mostrando-se assustado: “tenho medo de avançar e fazer as coisas mal e fico ansioso: se o meu colega quiser mudar-se para outro sítio, ou se nos chateamos por alguma razão, eu depois não consigo pagar outra casa sozinho. E quartos? Não sei se há quartos depois para eu ficar”. Referiu ainda “tenho medo de não conseguir sair desta situação, de tudo continuar igual e nunca mais mudar”. O receio demonstrado por este senhor revelava, por um lado, surpresa pelo facto de estar a experienciar novas sensações, e por outro, receio de perder o que já tem seguro, e de as conquistas conseguidas não serem duradouras.

No mês de abril (Registo 4 – Apêndice M), foi realizado um levantamento de locais de lazer e de convívio próximos da sua residência, que tivessem atividades que fossem ao encontro dos seus gostos e interesses. Depois de realizado este levantamento, fui a uma reunião num centro comunitário, devolvendo, posteriormente, as informações recolhidas ao Sr. Manuel que expressou “Isso agradava-me”. Começou a frequentar este centro comunitário, com alguma regularidade, mas com alguma oscilação relativamente às suas vivências e perceções: uns dias referia “o centro não é aquilo que eu esperava, não me vejo a ficar muito tempo no mesmo sítio”; em outros, partilhava que gostava, “quando estou lá o tempo passa mais depressa, e não fico tão fechado em casa”. Sempre foram respeitadas estas oscilações e fui enfatizando a possibilidade de se escolher ir para aquele local ou fazer outra coisa. Podia fazer escolhas e decidir, se soubesse que caminhos existiam. Neste período, realizou-se um trabalho articulado com as técnicas do referido centro comunitário, no sentido de facilitar a integração e adaptação do Sr. Manuel. Estas sempre se demonstraram afetuosas para com ele, nunca questionando as suas ausências, e acolhendo-o bem quando aparecia; facilitavam desta forma a sua inserção, tal como exposto por Leff & Warner (2008,p.99), quando referem que algumas pessoas com DM demonstram muitas dificuldades na interação social, e necessitam de “ser introduzidos de maneira suave

e paciente nas situações sociais, tendo sempre como saída possível uma retirada, quando necessária”.

Até ao final deste projeto, o Sr. Manuel frequentou inúmeras atividades no centro comunitário (música, trabalhos manuais, jogos de mesa, foi a três passeios e tem um espaço na horta comunitária, à sua responsabilidade), vai conversando com as pessoas e até decorou o nome de algumas, revelando um maior interesse pelo que se passa à sua volta, e uma maior desinibição.

Em maio (Registo 5 – Apêndice M), num dos nossos encontros, numa rua perto da sua casa, o Sr. Manuel verbalizou “Eu tenho estado a pensar, e começo a lembrar-me da altura em que eu bebia muito, e começo a ter medo de voltar a ficar como estava, de passar o que já passei”. Expressou igualmente que quando bebia muito pensou em recorrer aos alcoólicos anónimos mas, na altura, não se sentiu preparado, querendo agora experimentar. Realizámos, em conjunto, um levantamento de locais de reunião de grupo de alcoólicos anónimos, tendo este escolhido o local e horário que considerava ser melhor. Como não se sentia seguro para ir sozinho (“eu tenho de me apresentar às pessoas não é?”), através da técnica de *role play* treinámos o encontro. Por continuar a senti-lo inseguro, acompanhei-o até à reunião, a primeira vez, e fiquei até ao final, de modo a que o Sr. Manuel pudesse partilhar como tinha sentido que correria. Este referiu estar satisfeito, querendo manter as idas. Até ao final deste projeto, o Sr. Manuel encontrava-se a frequentar semanalmente as reuniões referindo “Eu chego sempre 15 minutos mais cedo, para falar um pouco com as pessoas, e depois entramos. Estou a gostar, está a ser importante falar sobre isto (álcool) e também estou entretido”.

Nos meses de junho e julho (Registo 6 - Apêndice M), e como tinham ocorrido tantas mudanças na vida do Sr. Manuel nos meses anteriores, foi importante que este as pudesse consolidar e avaliar. Em relação aos apoios que tinha, o Sr. Manuel revelou que, no que se refere à instituição de apoio alimentar, já se alimenta melhor, e quer manter este apoio. No centro comunitário, referiu não ir todos os dias, mas exprimiu que sente que lhe faz bem, pois faz coisas novas e já sai mais de casa. Em

relação às reuniões dos alcoólicos anónimos, referiu gostar de lá estar e igualmente das pessoas. Para além de se sentir mais ativo, a participação em mais atividades levou a alterações, ainda que muito subtis, no relacionamento com a sua irmã e cunhado. Quando começou a plantar os primeiros legumes na horta comunitária do centro comunitário, o Sr. Manuel referiu “já posso perguntar ao meu cunhado sobre o que planta, e depois contar à minha irmã”. Este senhor está mais confiante na forma como se apresenta aos outros, neste caso concreto, à sua família, por sentir que tem aventuras para contar, por estar ativo e a produzir. Por outro lado, este acontecimento demonstra o desejo do Sr. Manuel em manter o contacto com a irmã, parecendo buscar também o seu afeto e valorização, e por esta se poder sentir orgulhosa dele. Estes foram temas também abordados nos nossos encontros.

Ainda durante o mês de julho, o Sr. Manuel conseguiu trabalhar durante 3 dias (de 15 a 18 de julho) e isso deixou-o bastante animado “Dra, eu esta semana trabalhei 3 dias”). Refere que encontrou (no início do mês de julho), um colega de escola, que já não via há muito tempo, “ele disse que eu trabalhava tão bem, e que se tivesse algum trabalho na área da eletricidade que me ligava”. No fim da primeira quinzena de julho este colega ligou ao Sr. Manuel, e combinaram os 3 dias de trabalho, que decorram no concelho do Porto. Orgulhoso, referiu que conseguiu trabalhar bem, e verbalizou-o da seguinte forma: “eu consegui trabalhar bem porque já não trabalhava há muito tempo, mas ainda me lembro qual a ordem dos fios e como se fazem as instalações, tenho tudo presente na minha cabeça”. Era notória a sua satisfação, tendo este acontecimento sido explorado a dois níveis: por um lado, serviu para reforçar o seu sentimento de competência no que diz respeito a uma atividade profissional; por outro, serviu para valorizar a sua imagem junto dos outros. Afinal, saiu da escola e deixou de trabalhar há tantos anos e ainda é lembrado por um amigo como um bom profissional. Com ele, também vimos que os encontros com os outros proporcionaram novas oportunidades, desta vez, conseguiu ir trabalhar três dias. Esta atividade foi realizada conjuntamente com um outro colega “eu fiquei com a parte elétrica e ele com outras partes”, e foi remunerada. Como o patrão

gostou do seu trabalho e o Sr. Manuel se demonstrou disponível, ficaram em aberto futuras hipóteses, sempre que existirem estes trabalhos. Segundo Leff & Warner (2008, p.11), o trabalho, para pessoas com DM grave, tem grande impacto na forma como a doença evolui, isto porque, segundo os referidos autores, para as pessoas com DM, trabalhar “representa uma oportunidade única de ver reconhecido o seu valor, de obter uma recompensa financeira que é essencial para o seu bem-estar e de estabelecer relações significativas com outras pessoas”.

Durante o mês de julho, e para que o contacto e relação com o Sr. Manuel não terminassem de forma abrupta, com a aproximação do final do projeto e a necessidade de me retirar do contexto, fomos preparando a minha saída. Sugeri que os nossos encontros passassem a ser quinzenais, e nas semanas intermédias, falaríamos pelo telefone. Progressivamente, em agosto e setembro, diminuíram-se os contactos telefónicos, mantendo-se apenas a regularidade quinzenal dos encontros (Registo 7 – Apêndice M). Pela impossibilidade de ser continuado este acompanhamento psicossocial por parte do DSM, no contexto de vida do Sr. Manuel, e para que não ficasse desamparado, foram partilhadas com ele duas opções possíveis: uma continuidade do acompanhamento na comunidade, por parte de uma enfermeira do centro de saúde, que pareceu não agradar ao Sr. Manuel, “Estar com outra pessoa agora não queria muito, tinha de começar tudo de novo...”. Outra hipótese seria a diretora do centro comunitário poder telefonar-lhe, sempre que houvesse atividades e para saber como este se encontrava. O Sr. Manuel optou pela segunda proposta, e entende-se esta escolha. Afinal, o nosso contacto aconteceu durante cerca de um ano e meio (nas consultas do PI, e, depois, nos acompanhamentos na comunidade). De modo a que esta transição fosse realizada da forma mais securizante possível, fui, em conjunto com o Sr. Manuel, a uma reunião neste centro comunitário de modo a saber da possibilidade de poderem ligar a este senhor sempre que tivessem atividades, e também para manterem o contacto. Isto foi aceite, e o Sr. Manuel mostrou-se satisfeito.

Com a ação desenvolvida, bem como com as intervenções que mantém a nível hospitalar, e os contactos estabelecidos com o Sr. Manuel consegue, agora, interagir de forma mais confiante com os outros, tem maior poder de decisão, faz escolhas, sente-se mais digno e merecedor de frequentar atividades que lhe tragam satisfação, e reconhece-se ainda útil e válido para produzir.

5.2.2. Ação 2 - “Pelo caminho das possibilidades”

A Esperança desde que terminou a escola (aos 18 anos) encontrava-se inativa, mas com autonomia para sair quando tinha vontade, e ter alguma independência (andar de transportes públicos sozinha, ir às compras). Depois da alta do internamento no HML (fevereiro de 2015), e o diagnóstico de esquizofrenia, a sua ação ficou mais comprometida, reforçando as suas limitações, algumas derivadas do transtorno do desenvolvimento intelectual, diagnosticado anteriormente. Este transtorno provocava limitações ao nível comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais e escolares, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, lazer e trabalho. A rede de contactos desta jovem era restrita à família, não tinha ocupação e a relação dos seus pais era bastante conflituosa, algo que afetava o seu bem-estar.

O primeiro contacto com esta jovem ocorreu, como acima referido, no final de uma consulta de psiquiatria, a 3 de novembro de 2015 (Registo 1 – Apêndice N). Apesar de nesta consulta, tanto a Esperança, como o seu pai terem concordado com o acompanhamento na comunidade, foi considerado importante que, antes desse passo, e como o nosso contacto foi muito fugaz (cerca de 10 minutos) houvesse a oportunidade de explicitar os objetivos do acompanhamento proposto, e saber quais as expectativas tanto desta jovem, como do seu pai. Foi assim marcado um encontro no HPH a 10 de novembro de 2015, em que foi perceptível que a voz desta jovem não era audível, seja porque o pai a interrompia de forma constante, seja pela sua dificuldade em comunicar. O primeiro encontro na comunidade aconteceu no dia 11

de dezembro de 2015, contudo, só em fevereiro de 2016 foi possível fazer o acompanhamento de forma regular junto desta jovem e respetiva família. Nos meses que decorreram entre novembro e fevereiro foi necessário conciliar disponibilidades e tempo para as diferentes ações.

Foram 45 as sessões presenciais, que ocorreram semanalmente na casa do seu avô e na zona envolvente à referida casa, tendo também havido contactos telefónicos estabelecidos com esta jovem, o seu pai e a sua mãe. Com esta jovem, houve um trabalho centrado em diversas dimensões, tais como, desenvolvimento da sua autonomia; comunicação e relações interpessoais; poder de participação, escolha e de decisão.

Esta jovem demonstrava uma grande reatividade quando abordada, nas consultas do PI e de psiquiatria, a sua doença, ou algumas necessidades que as profissionais identificavam (melhoria no autocuidado, melhoria na alimentação, encontrar ocupação). Um discurso mais confrontativo e diretivo levava a que esta jovem elevasse a voz e quisesse desistir de tudo. Nestes acompanhamentos, foi dada especial atenção ao modo como se falava com a Esperança. A atenção ao discurso utilizado foi uma constante de modo a que não fosse, nem infantilizado, nem incompreensível para esta jovem, ou confrontativo, para que a mesma se sentisse acolhida (Registo 2 – Apêndice N). Foi morosa a conquista da confiança da Esperança, que inicialmente reagiu com alguma cautela a este acompanhamento, perceptível pela mesma pergunta que fez nos três primeiros encontros “Tu estás comigo porque dizem que eu estou doente, não é?” (Registo 2 – Apêndice N).

Em março de 2016 (Registo 3 – Apêndice N), o pai assumia-se assoberbado por se sentir sozinho no apoio à filha. A mãe começou a ser envolvida em todo este processo e proposto que esta pudesse estar presente numa consulta do PI para conhecer os outros profissionais que estavam a acompanhar a sua filha (enfermeira e psiquiatra). Foi notório que a Esperança se sentiu bastante agradada e segura com este acontecimento. Ainda em março a Esperança revelou melhorias no autocuidado, e também maior atividade em casa. O seu pai revelou o seu agrado e surpresa com

esta melhoria “Ela tem tomado banho e arrumado as coisas delas no quarto, até me espanta”, já a Esperança responde com um sorriso “quando estou suja tomo banho”. Esta melhoria parece resultar do facto de esta jovem se sentir mais amparada, por intermédio dos acompanhamentos psicossociais, e por sentir a mãe mais próxima.

O desejo que esta jovem mais verbalizava era poder “tirar um curso e trabalhar”. Para que esta conseguisse frequentar um curso e manter-se em qualquer atividade, era necessário desenvolver primeiro uma série de competências (cumprir horários, assumir responsabilidades, lidar com a frustração, ser perseverante na tarefa, suportar alguma ansiedade ligada ao desempenho). Nesse sentido, e como expressava gostar de animais, crianças, cozinha e bar, numa das sessões surgiu a ideia de poder fazer voluntariado numa associação de animais. Esta sugestão pareceu agradar à Esperança que referiu que, assim, “sempre aprendo mais alguma coisa e depois posso trabalhar para ganhar dinheiro”. Esta vontade de aprender e pensar no seu futuro, foi sendo trabalhada em outras sessões. Mas a Esperança queria sempre andar bastante depressa, parecia não conseguir travar o seu comportamento impulsivo, a realização da sua vontade no momento e, ao longo do processo, estes aspetos foram sendo analisados, refletidos em conjunto, treinados através de situações de simulação, *role play* e pequenas dramatizações. Era importante que se pudesse experimentar em situações novas, perceber que tem de haver tempo para a concretização dos sonhos, para a realização dos objetivos e que pudesse caminhar mais lentamente para que os passos fossem consistentes e possibilitassem avançar de forma sustentada.

Em abril de 2016 (Registo 4 – Apêndice N), realizámos (eu, a Esperança e o pai) um levantamento das instituições de proteção de animais existentes nas proximidades da sua área de residência, e escolheram a Associação mais próxima da sua residência por facilitar a mobilidade e autonomia da Esperança. No período em que analisámos a lista das instituições (distâncias, objetivos, interesses), numa das sessões, o pai revelou que a Esperança se encontrava mais descuidada a nível da higiene, “há já duas semanas que ela estava a tomar banho e arrumava as coisas” e

agora “houve uma quebra”. O pai parecia bastante desiludido e até zangado com a situação. Dizia para a Esperança, “se sobes, não vais voltar a descer”. Partilhou a discussão que teve com a filha, por esta deixar de arrumar as suas coisas e disse-lhe que, continuando assim que ela voltaria a ser internada, algo que assustou imenso a Esperança. A ida da jovem à cozinha, quase como se não quisesse continuar a ouvir as queixas do pai, permitiu que analisasse com o pai o seu discurso, a sua desilusão, valorizasse as mudanças que ele reconhecia na filha e a importância de perceber que as oscilações inerentes ao caminho que se percorria. Também o pai queria andar muito depressa e era importante perceber que a Esperança precisa do seu tempo para ir conseguindo encontrar o seu caminho e que, embora reconhecendo que poderia ser complicado, a paciência seria importante ser alimentada. Este foi um período particularmente difícil entre o casal, a sós, comigo, a Esperança foi partilhando as discussões entre os pais, o medo da separação e de que o pai a internasse.

Ainda durante o mês de abril, foi possível organizar-se um reencontro entre a família da Esperança e a Maria, jovem que foi criada pelos seus avós. Por diversas vezes, a família falou com saudade da Maria e a vontade de revê-la. Fomos explorando se conseguiriam os contactos e as razões do afastamento. Um dia, o tio da Esperança, por sua iniciativa procurou-a e marcou uma visita a casa do avô da Esperança. Embora tivesse justificado o encontro pela minha necessidade de falar com ela (o que nunca foi solicitado por mim), a verdade é que esta jovem veio, revelando-se disponível, porque era necessária. Foi um momento importante para toda a família (Esperança, pai, avô, tio), por verificarem que esta jovem não está mais presente nas suas vidas, não por ausência de vontade, mas porque trabalha 12 horas por dia, e tem imensas responsabilidades a nível familiar. A partir desta altura, os contactos entre a Esperança e a Maria mantiveram-se através, sobretudo, da rede social Facebook.

Ainda no final deste mês (mês de abril), a Esperança foi pela primeira vez à Associação de animais. Fizemos em conjunto, na companhia do pai, uma visita guiada

à instituição e decidimos que iria ficar, na vez seguinte, sozinha na instituição para ter a oportunidade de explorar algumas atividades. Contudo, foi apenas dois dias: quando envolvida com alguém a realizar uma qualquer tarefa (por exemplo a fazer crachás) a Esperança parece motivada, mas quando está sozinha, a sua ausência de iniciativa, coloca-a novamente no lugar da apatia e aborrecimento, desinteressando-se rapidamente daquilo que dizia querer tanto: “Eu não quero ir, não vou, sou maior e vacinada e ninguém de me obriga a voltar lá. A minha mãe diz que os animais não são para mim, que tenho de arranjar um curso e trabalhar”. Esta experiência na Associação não correu muito melhor do que a anterior, no início de janeiro de 2015, quando tentara a frequência de uma instituição, por indicação da psiquiatra e o pai mostrou-se desagradado referindo: “estou farto de ter esperança que uma coisa resulte e depois ela (filha) desiste, e a mãe, em vez de ir pelo mesmo caminho que nós (profissional psicossocial e pai) vai por outro”.

Embora a mãe, inicialmente, não fosse uma figura que surgisse espontaneamente no discurso da Esperança e do pai, a Esperança foi trazendo uma mãe a quem se aliava, quando falava das discussões do pai, ou que lhe servia para justificar qualquer vontade ou decisão. Tive oportunidade de conversar algumas vezes com a mãe da Esperança, pois era importante perceber as suas expectativas sobre a filha e trabalhar alguns aspetos ligados à parentalidade. Revelou-se importante abordar a necessidade de a Esperança se experimentar em novos contextos, em ser mais perseverante, em não abandonar as coisas ao mínimo desagrado, e necessidade da mãe servir de suporte neste trabalho já que surgia como figura de referência. Era essencial que a Esperança, quando se inscrevesse num curso, conseguisse frequentá-lo até ao fim, para não acumular mais desistências. A mãe concordou com esta perspectiva e, mais disponível e colaborante, foi participando em alguns momentos em que, em conjunto, pensávamos em novas formas de concretizar a vontade da Esperança em “fazer alguma coisa”.

Em maio (Registo 5 – Apêndice N) a Esperança foi inscrever-se no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP). Na preparação para esta ida, a família foi

toda envolvida: o pai ajudou, apoiando a Esperança na procura dos documentos necessários para a inscrição; o tio foi incluído no *role play* realizado para a preparação da ida a esta entidade pública, fazendo este familiar o papel do técnico que a iria receber no IEF, e a mãe foi com a Esperança presencialmente à referida entidade. Esta jovem começava a mostrar-se mais animada, também porque o pai começou a frequentar um Centro Desportivo e inscreveu também a filha, tendo ambos começado a fazer caminhadas. Entusiasmada esta revelou “Joana, tenho ido fazer as caminhadas (...) e já estou um bocadinho mais magra, consegues ver?”.

Nos meses de junho e julho (Registo 6 – Apêndice N), a mãe da Esperança, tal como já tinha vindo a mencionar, pediu os papéis para o divórcio. Os pai falaram com a filha e esta, quando me contou, frisou “vou continuar com a médica e a estar contigo. Eu já estou habituada por isso vou continuar”. Parecia querer sublinhar que, mesmo que a vida em casa mudasse, havia coisas que podiam continuar iguais. Nessa altura, falei aos pais da possibilidade de poderem ir a algumas consultas de terapia familiar no HPH, com o objetivo de falarem sobre a sua relação, mas essencialmente, para conseguirem comunicar, e decidir, em conjunto como iriam gerir o apoio à filha. A primeira sessão aconteceu, mas não teve continuidade devido ao facto de as terapeutas familiares referirem que devido à capacidade intelectual diminuta da mãe, se tornava muito complicado que as sessões tivessem proveito.

Neste período, junho e julho, explorámos as duas escolas onde a Esperança poderia tirar um curso, como desejava, sendo uma delas a mesma que já tinha frequentado (por duas vezes). Depois de combinado que esta ida iria ser diferente das outras, pelo facto de esta jovem estar sempre informada de tudo o que seria realizado, e pudesse colocar todas as questões que quisesse, a mesma mostrou-se recetiva a, pelo menos, dar a oportunidade de ir, e não desistir logo. Para preparar a ida da Esperança à escola, e porque era a terceira vez que tentava integrar-se na instituição, fui a uma primeira reunião, tendo desenvolvido o que foi discutido à Esperança, ao seu pai, à sua mãe, ao seu tio e ao seu avô. Para se sentir segura a Esperança escreveu numa folha as dúvidas que gostaria de colocar à diretora da

Unidade de Avaliação desta escola (“Joana, mas tu vais connosco não é?”). Na escola, a Esperança foi capaz de colocar as questões à técnica que nos recebeu, e foi ela quem combinou que iria concluir o período de avaliação que lhe faltava, para depois ser possível pensar numa inscrição num curso. Pela primeira vez manteve o combinado e foram 15 os dias que a jovem Esperança frequentou a escola (todos os que tinham sido acordados), indo sozinha de transporte público, o que a fez sentir empoderada, como referiu “Eu já sei onde é a paragem e vou sozinha, eu consigo ir”. Depois deste período, sugeri uma reunião entre os técnicos do Hospital e da comunidade que estavam a acompanhar esta jovem, de forma a pensar-se em conjunto as hipóteses futuras. A psicóloga desta Unidade referiu: “ela está francamente melhor, noto-a com o pensamento mais organizado, muito melhor do que das outras duas vezes que cá esteve”. Acrescentou ainda que a Esperança “sempre se manteve muito neutra e já vai sendo possível ver a demonstração de alguns sentimentos”. Todas as profissionais presentes nesta reunião referiram que esta jovem ainda necessitava de treinar competências de modo a que conseguisse frequentar um curso, sendo sugerida uma outra escola vocacionada para o desenvolvimento das competências necessárias. Esta informação foi devolvida à Esperança, e ao seu pai. Esta jovem apareceu na reunião agendada com um aspeto muito mais cuidado, trazia o cabelo penteado, e vinha mais arranjada. Quando a psicóloga desta Unidade partilhou com a Esperança todas as informações esta sorriu e referiu “Isso são boas notícias, é sinal de que vou fazer mesmo o curso”. Eram visíveis as mudanças nesta jovem, desde o modo como já conseguia olhar nos olhos, como respondia a perguntas sem canalizá-las para outras pessoas, como sorria e o registo mais calmo que apresentava.

Ainda nestes meses a mãe desta jovem demonstrou-se mais participativa e começou a incentivar a filha a cuidar da sua higiene, incentivando-a a cortar o cabelo, e dando algumas orientações, oferecendo-se como modelo identificatório “Tu tens de dizer que sim a um sítio, e depois continuar, não podes desistir. Eu estou na empresa há muito tempo, e faço tudo para ficar lá: chego a horas, não falto e é isto que tu

precisas de fazer”. O que a mãe dizia ecoava na Esperança. A imagem que tinha de si própria também se estava a alterar, pelo facto de referir que estava mais magra devido às caminhadas que semanalmente fazia com o pai, e perguntando-me se era bonita: “Joana, achas que eu sou bonita? Quando lhe devolvia o seu cuidado e como estava bonita dizia “pois, eu não sou assim tão feia, eu sei”.

Entre agosto e dezembro (Registo 7 – Apêndice N), com o fim do projeto, foi sendo preparada a transição do acompanhamento desta jovem para a profissional disponível para o fazer, uma enfermeira do Centro de Saúde da sua área de residência. Esta transição foi gradual e aceite pela Esperança. Esta jovem expressou querer deixar de ir ao HPH tomar o injetável, e começar a tomá-lo no centro de saúde “Eu consigo ir sozinha levar a pica, assim o meu pai não tem de faltar para ir comigo”.

A relação entre os pais da Esperança continuou conflituosa, mas procuravam não discutir junto da filha. Fomos, juntamente com a referida enfermeira a uma reunião na Escola onde a Esperança irá ingressar para o desenvolvimento de competências e, por sua iniciativa, levou uma folha com perguntas a fazer na escola “Joana, já pus na folha perguntas”. Será possível a jovem começar a frequentar a escola em janeiro de 2017. Esta jovem encontra-se muito mais autónoma e, depois desta formação de desenvolvimento de competências, esta irá iniciar um curso. Estão, agora, abertas novas possibilidades para outras experiências, de maior sucesso, e para, num futuro, ingressar no mundo do trabalho.

CAPITULO 6 – AVALIAÇÃO FINAL DO PROJETO

É chegada a altura de realizar uma avaliação final do projeto “Reabilitar em Saúde Mental: Uma abordagem integrada, integral e participada”. Atendendo aos indicadores de avaliação definidos, procurar-se-á perceber quais os contributos e efeitos que este projeto produziu na realidade.

No que se refere ao Eixo 1, este foi avaliado por todos os membros da equipa do DSM do HPH, através de conversas intencionais, inquérito por questionário, grupo de discussão, e observação das suas práticas. O número de profissionais envolvidos no desenho e desenvolvimento deste projeto foi gradualmente aumentando. Inicialmente eram três os profissionais mais ativos (diretora do DSM, uma psiquiatra e a enfermeira que conduz o PI). No final do projeto, cinco psiquiatras estavam envolvidos de forma regular nos momentos em que se falava sobre o PI nas reuniões de equipa, nas apresentações que fui realizando durante as reuniões, e no preenchimento do Projeto Terapêutico Individual de Cuidados quando eram realizadas novas referências para o PI. A outra enfermeira da equipa foi também envolvida, participando em algumas conversas e reflexões grupais sobre os acompanhamentos efetuados na comunidade, mantidas com a enfermeira que conduz o PI. No que se refere ao serviço de psicologia, embora com uma participação menos ativa, um dos psicólogos, por estar presente em todas as reuniões do serviço de psiquiatria, foi sempre envolvido. A restante equipa, esteve presente numa das apresentações realizada (11 de setembro de 2015), preencheram inquéritos por questionário numa reunião interserviços (8 de julho de 2016) e dois deles estiveram presentes no grupo de discussão realizado (30 de setembro de 2016). Considera-se que este aumento da participação por parte dos psiquiatras ocorreu, essencialmente, depois do início dos acompanhamentos das duas pessoas na comunidade, e pela reflexão assídua acerca do PI nas reuniões de serviço. Ao ser partilhado o trabalho e os respetivos resultados, os profissionais começaram a ficar mais sensibilizados e, conseqüentemente, mais interessados e participativos.

Relativamente ao número de articulações entre profissionais quando existiam intervenções simultâneas (possível de ser analisado em maior pormenor nas ações do eixo 2), estas foram uma constante: com a enfermeira que conduz o PI, fomos tendo reuniões que permitiram uma permanente reflexão acerca da intervenção realizada; o mesmo sucedeu com a psiquiatra das duas pessoas acompanhadas, ao falarmos quase todas as semanas depois das reuniões semanais do serviço de psiquiatria, e igualmente por outras vias (telefónica ou via email); a enfermeira foi também articulando com maior frequência com esta psiquiatra, em média de 15 em 15 dias. No desenvolvimento das referidas ações do eixo 2, foi necessário alargar a equipa que estava a intervir com um destas pessoas e, nomeadamente, na ação 2 do segundo eixo, as terapeutas familiares e a psicóloga articularam de forma regular, estando todos a par das intervenções a ser realizadas pelos outros técnicos.

No que se refere às articulações entre hospital e comunidade, o desenvolvimento deste projeto possibilitou que estas acontecessem de forma regular e sistemática. A minha presença no contexto facilitou a mediação necessária. Depois de cada encontro realizado na comunidade, tanto a enfermeira como a psiquiatra das duas pessoas acompanhadas eram informadas do que tinha ocorrido. O mesmo acontecia com as instituições locais ou serviços da comunidade, ao serem informadas, sempre que assim se justificava, do estado clínico destas duas pessoas. A Enfermeira que conduz o PI avalia como muito proveitosa esta articulação: “(...) tudo o que era delineado lá fora nas instituições, era do nosso conhecimento (...) tínhamos apoio a delinear objetivos futuros. Sem a Joana, provavelmente, vai ser muito difícil (continuá-la) ...” (Apêndice K). Afirma ainda que esta proximidade possibilitou uma perceção mais global das necessidades da pessoa com DM grave: “possibilitou uma descoberta que até aí não existia da nossa parte” da globalidade das necessidades da pessoa com DM grave e da respetiva família (Apêndice K). No que se refere à comunicação entre a equipa, a psiquiatra de ambas as pessoas acompanhadas no eixo dois refere que este projeto ajudou a aproximar os profissionais, mas que ainda há muito a fazer, pois considera que há profissionais centrados, ainda, na prática

clínica derivada de um modelo médico tradicional, e pouco sensibilizados para a mudança de práticas para a reabilitação psicossocial de pessoas com DM grave⁹. Já a enfermeira que coordena o PI refere que este projeto aproximou e estimulou a colaboração mais frequente entre a equipa.

Este projeto teve igualmente impactos ao nível da organização do serviço de psiquiatria, que se mantêm depois do término do projeto. Como forma de dar continuidade à prestação de cuidados ao nível da comunidade, as enfermeiras do ACeS, começaram a ser recursos para a condução destas mesmas intervenções. Ainda assim, no grupo de discussão realizado, os profissionais referiram que esta decisão prende-se com a escassez de recursos humanos especializados nestes acompanhamentos. Acrescentam, ainda, que, a equipa de enfermagem está mais vocacionada para a realização de intervenções domiciliárias, faltando preparação para intervenções em contextos comunitários e que promovam uma integral reabilitação psicossocial, como afirma uma psiquiatra: “quem ouve as descrições da Joana como ela trabalha, é algo contra o nosso modelo de atuação (psiquiatras e enfermeiros) (...) contra a nossa formação”. As duas enfermeiras da equipa atestam que, nas intervenções na comunidade, o ideal seria a presença de um enfermeiro e de um profissional psicossocial porque “o papel da Joana no terreno tem sido muito diferente, completamente diferente (...) eu se estivesse no domicílio não fazia o que a Joana está a fazer (Apêndice E,). Os profissionais da equipa reconhecem que a presença de um profissional psicossocial seria uma mais-valia, pela complementaridade que iria trazer às intervenções já realizadas, e pelo seu papel de catalisador, como afirmou a diretora do DSM: “se a Joana estivesse na equipa iria ser quase que catalisador da nossa própria intervenção”, potenciando o trabalho de todos com as novas sinergias criadas. Para além disso, foi ainda referido por um

⁹ Esta informação não se encontra em apêndice pois a gravação da entrevista realizada a esta profissional danificou-se.

psicólogo da equipa que, a presença de profissionais psicossociais nas equipas de saúde mental possibilitaria a redução “(...) do stress do técnico de SM”, porque permitiria que houvesse uma continuidade dos cuidados.

Houve igualmente uma mudança ao nível das práticas, essencialmente no ritmo da intervenção. A psiquiatra das duas pessoas acompanhadas no eixo 2 deste projeto refere que os profissionais clínicos definem objetivos de intervenção que nem sempre a pessoa consegue acompanhar, e que a formação mais clinica é “intolerante à frustração” (Apêndice E). A lógica de partilha constante de informações sobre a intervenção psicossocial realizada, bem como as definições de objetivos realizados com a participação das pessoas e considerando os seus ritmos, foram igualmente valorizadas: “(...) os objetivos vão sendo sempre delineados passo a passo (...) Isto tem que ser por passos muito pequeninos. Se nós damos um passo em falso, corremos o risco de perder logo o doente” (Apêndice E). A diretora do DSM, refere que este projeto levou a mudanças nas consultas de psiquiatria pelo facto de considerar que “nalgumas situações (...) podemos fazer muito mais do que aquilo que fazemos (...) mesmo num contexto puramente clinico (...)”. Isto porque “(...) estamos muito naquela abordagem de (...) impor o nosso modelo, de achar que o *timing* do doente deve ser o nosso, portanto isto de facto foi (...) uma mudança muito grande, muito para além das questões até de intervenção no local (...) na forma de olhar as pessoas com DM” (Apêndice O). As mudanças reconhecidas efetivamente pela equipa incluem não apenas as novas formas de comunicação e de olhar a pessoa com DM grave, mas as reflexões sobre as práticas e a necessidade de uma intervenção que não se foque apenas na doença. A psiquiatra das duas pessoas acompanhadas refere que se sente mais angustiada e com uma maior responsabilidade depois da realização deste projeto, na forma como encara a intervenção. Isto acontece porque, atendendo às ações e resultados do eixo 2 deste projeto, sente que há possibilidade de se conseguir fazer mais pelas pessoas, do que se fazia até à data.

Um dos objetivos deste projeto era criar uma rede de apoio à reabilitação psicossocial de pessoas com DM grave, através da proximidade entre contexto

hospitalar e comunidade, mas tal não foi possível, completamente. Contudo, ficaram as duas experiências nas intervenções realizadas com o Sr. Manuel e a Esperança de como será possível integrar no DSM do HPH práticas comunitárias. A diretora do DSM referiu que “na prática, nós estamos muito mais sensibilizados para esta necessidade, mas ainda estamos... Eu fico ainda muito amarrada no sentido de saber o quê? Como?” (Apêndice E). A criação de um modelo de atuação permitirá, segundo uma das psiquiatras, “que estejamos todos sincronizados”, e a “remar para o mesmo lado”, acrescenta um psicólogo (Apêndice E).

No que se refere ao eixo 2, este foi avaliado pela psiquiatra das duas pessoas acompanhadas, pela enfermeira do PI, e pelas próprias pessoas, através de conversas intencionais, e observação. Sobre a ação “Quando a vida se reaviva”, há que realçar que o Sr. Manuel tem uma maior rede de suporte e contacta com um maior número de pessoas nos diversos contextos onde se encontra inserido (centro comunitário, alcoólicos anónimos, associação de apoio alimentar, cantina social onde almoça). São notórias as melhorias no Sr. Manuel, visíveis na maior facilidade que tem em olhar nos olhos, na postura menos contraída do seu corpo quando interage com outras pessoas. O seu discurso também está diferente, na medida em que já projeta mais a voz quando fala e utiliza mais adjetivos positivos (ex. Por vez vezes diz “estou bem”, ao invés do habitual “estou na mesma”). Como se encontra mais descontraído, fala mais e sorri de forma mais frequente. Este senhor ganhou também voz na relação com os profissionais, ao mostrar de forma mais recorrente a sua vontade ao conseguir expressar qual a sua vontade, e mostrar desagrado quando não concorda com algo. Está muito mais autónomo e seguro, o que o faz com que esteja mais proactivo na procura de soluções para si (ex. o seu cartão de cidadão caducou em agosto de 2016 e foi sozinho, e espontaneamente, renová-lo). A psiquiatra deste senhor avalia esta ação de forma muito positiva. Revela que houve uma grande mudança na forma como o Sr. Manuel encara a própria vida, ao descobrir que esta não está circunscrita ao automatismo a que estava habituado, e que consegue conviver e ter dias prazerosos. Os seus dias, que antes eram passados,

maioritariamente, em casa em isolamento, agora já são enriquecidos com conversas com novas pessoas e participação em inúmeras atividades.

No que se refere à ação “Pelo caminho das possibilidades”, verificam-se igualmente transformações na jovem Esperança. Esta jovem, que inicialmente tinha um comportamento muito reativo, e recusava qualquer acompanhamento pois referia não precisar de ajuda de ninguém, encontra-se atualmente muito mais calma e receptiva a ter ajuda, essencialmente pelo facto de ter tido uma participação ativa durante a intervenção realizada, percorrendo um caminho que nunca lhe limitou a autonomia, antes pelo contrário, procurou exorcizá-la. Esta jovem já tem liberdade para expressar quando não gosta de algo, e já não o faz desistindo como fazia, mas sim verbalizando a sua opinião. Já se encontra mais descontraída e segura, algo potenciado por ter alguém ao seu lado que, compreendendo as suas dificuldades e medos, sabe que ela precisa que lhe sejam explicados os caminhos que tem de percorrer, para os experimentar em maior segurança, podendo anteceder alguns imprevistos. A psiquiatra desta jovem revelou que as transformações que tiveram lugar irão perdurar no tempo e ajudá-la a conseguir gerir a instabilidade familiar que atravessa com a eminente separação dos pais: “neste momento, até no contexto atual familiar em que está que é de mudança e que vai ser exigente no futuro, se ela estivesse como estava no início as coisas iriam ser muito mais complicadas”. Para além disso, está também mais ativa e com perspetivas de futuro e autonomia, algo “que acho que era impossível contemplar o início” (Apêndice E).

Depois de tudo o referido, pode afirmar-se que a finalidade foi parcialmente atingida, na medida em que, houve de facto uma alteração de práticas no DSM do HPH, pelo reconhecimento da importância de intervenções na comunidade, atenção à globalidade das necessidades das pessoas com DM grave e reconhecimento da importância da sua participação ativa em todo o processo de intervenção. Ainda assim, e como referido, este processo está apenas no início, será necessário mais tempo para que se consiga, de facto, construir um modelo de intervenção de base comunitária que possibilite a reabilitação psicossocial das pessoas com DM grave.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho junto de pessoas com DM grave exige uma grande atenção e sensibilidade, porque se encontram muito vulneráveis, e necessitam de uma vasta rede de apoio, tanto médica como social. Nesta medida, as equipas terão de ser pluridisciplinares, de modo a que consigam atender à globalidade das necessidades das pessoas com DM grave, desenvolvendo ações integradas e contextualizadas. Este projeto trouxe um exemplo de como diferentes áreas de especialidade se podem complementar, sem que haja sobreposição de papéis profissionais. Um acompanhamento que alie o tratamento e a reabilitação permite que pessoas com psicopatologias crónicas consigam ter o máximo de autonomia possível, ao invés de permanecerem eternamente em consultas hospitalares, sem vislumbrar uma vida prazerosa na comunidade.

A mudança de paradigma em SM veio, entre outros aspetos já referidos neste relatório, relevar a importância da participação das pessoas com DM grave nos seus próprios processos de reabilitação. O respeito pela pessoa com DM, o olhar holístico sobre ela e a sintonia empática criam as condições necessárias para lhe dar o espaço de participação. Nesta medida, o perfil e características do profissional de SM, mais concretamente, do profissional psicossocial, são determinantes. Mais do que a sua presença física, é imperativa a sua implicação com toda a “densidade e a autenticidade do ser” (Perdigão, 2003, p.3). Só com determinadas características e atitudes presentes no contacto com a pessoa, será possível o alcance de uma relação de ajuda profissional de qualidade e a sua manutenção de forma sustentada ao longo do tempo (Charlifour, 2007). É necessário que este profissional tenha sempre presente a necessária flexibilidade, ou seja, “ir modificando a sua forma de atuar até sentir/intuir/provar que conseguiu proporcionar o melhor a quem de si necessita” (Cordo, 2013, p.116), a capacidade de escuta, a atenção e uma atitude investigativa de quem procura conhecer e compreender (a si, e ao outro), porque não sabe de tudo, e sozinho não é suficiente para uma intervenção útil e plena.

A esperança é um fator primordial, neste processo. Só acreditando na pessoa com DM grave será possível que haja uma efetiva ajuda. Intervir sem esperança faz com que as intervenções sejam despojadas de sentido porque não ambicionam um fim concreto. Para além disso, será um ato de respeito porque a pessoa é digna de uma entrega total por parte do profissional e que este acredite nela, mesmo quando a própria não acredita. A este propósito, Cordo (2013, p.162) refere que “às vezes é impossível respeitar quem não se respeita a si mesmo, mas é uma questão de investimento”. Há que nunca perder o discernimento e ser realista ao ponto de considerar que nem toda a gente consegue ter autonomia e independência, o que não invalida, no entanto, que o respeito pela mesma seja equivalente ao seu potencial de mudança. Isto porque, “o doente é, antes de tudo, uma pessoa e não simplesmente um organismo que necessita de reparação” (Cordo, 2013, p.116).

Matos (2007) afirma que só fazemos coisas importantes quando temos um verdadeiro entusiasmo nas pessoas, em nós próprios e na relação que estabelecemos com as pessoas. Esta frase ecoa em mim, de diversas formas. Considero que a ligação que o interventor social tem à vida, ditará, em grande medida, o investimento que faz nas suas intervenções. Quanto maior for a ligação à vida, maior será a sua entrega, a atenção dada a pormenores, a pequenos detalhes, e maior o respeito e interesse pelos outros e pela vida relacional. Em sequência da doença, para pessoas com DM grave, por vezes, a vida tem muito pouco sabor, cor, som, e existe uma dissonância de ritmos, entre o mundo que corre rápido lá fora, e o mundo interno que parece parado. Para envolver estas pessoas, o interventor social tem, primeiramente, de aprender a andar de braço dado com a vida, de modo a conseguir emanar calor e ajudar a que estas pessoas se sintam dignas de ser aquecidas e envolvidas pela vida.

REFERÊNCIAS

- Almeida, E. (2010). *Dignidade, autonomia do paciente e doença mental*. Revista Bioética, 18, 381-395
- Bairrão, J. (1995). *A perspectiva ecológica em psicologia da educação*. Psicologia, Vol. X, 3, 7-30.
- Bordenave, J. (1994). *O que é participação* (8ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Boutinet, J. (2002). *Antropologia do projeto*. Lisboa: Artmed
- Carvalho, A., & Baptista, I. (2004). *Educação social. Fundamentos e estratégias*. Porto: Porto Editora.
- Cembranos, F., Montesinos, D., & Bustelo, M. (2001). *La animation sociocultural: una propuesta metodológica* (8ª ed.). Madrid: Editorial Popular.
- Charlifour, J. (2007). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta
- Comissão para a Reestruturação dos serviços de saúde mental (2007). *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal*.
- Comissão das comunidades europeias. (2005). *Livro Verde: melhorar a saúde mental da população, rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Cordeiro, J. (1987). *A saúde mental e a vida: pessoas e populações em risco psiquiátrico*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Cordo, M. (2013). *Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição, da instituição para a família*. Lisboa: Climepsi.
- Costa, A. (1986). *A pesquisa de terreno em sociologia*. In A. Silva e J. Pinto (org.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp.129-148). Porto: Edições Afrontamento.
- Coutinho, J., & Ribeiro, E. (2009). *O outro lado da aliança: as características do terapeuta*. In E. Ribeiro (org.), *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica* (pp. 6986). Braga: Psiquilibios

- Decreto-Lei n.º 36/98. Diário da República, I Série–A, N.º 169, de 24 de julho de 1998, pp. 35453550
- Decreto-Lei n.º 304/2009. Diário da República, I Série–A, N.º 205, de 22 de outubro de 2009, pp. 7933-794
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi.
- Fazenda, I. (2009). *Novos desenvolvimentos em saúde mental e comunitária*. *Psilogos*, 7, 111-119.
- Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais (2005). Resposta da FNERDM ao Livro Verde – melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.
- Focault, M. (2005). *Espaços outros*. *Revista de comunicação e linguagens*, 35, 243-252.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção* (2ª ed.). Cascais: Príncípia Editora.
- Guerra, I. (2006). *Participação e acção colectiva – Interesses, conflitos e consensos*. Estoril: Príncípia Editora
- Hirdes, A. (2009). *Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão*. *Ciências & Saúde Coletiva*, 14, 165-171.
- Igea, D. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.
- Kuhn, T. (2009). *A estrutura das revoluções científicas*. Lisboa: Guerra e Paz
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leff, J., & Warner, R. (2008). *Inclusão de pessoas com doenças mentais*. Coimbra: Edições Almedina
- Lima, R. (2003). *Desenvolvimento levantado do chão... com os pés assentes na terra* (Dissertação de Doutoramento não publicada) Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Matos, A. (2004). *Saúde mental*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. (2007). *Vária: existo porque fui amado*. Lisboa: Climepsi

- Mendonça, M. (2002). *Ensinar e aprender por projectos*. Porto: Edições Asa.
- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Neves, S., & Nogueira, C. (2005). Actas dos ateliers do V congresso da associação portuguesa de sociologia. Metodologias feministas: A reflexividade ao serviço da investigação em ciências sociais, 90-93.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Saúde: procuram-se novos caminhos*. Relatório de Primavera 2016. Retirado de http://observatoriolisboa.eapn.pt/ficheiro/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf em maio de 2016.
- Oliveira, R., & Furegato, A. (2012). *Relação de ajuda com paciente psiquiátrico: além do paradigma médico*. Revista Eletrónica Saúde Mental Álcool Drogas (Online), 8. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000200006 em fevereiro de 2015.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação – Cuidar, sim – excluir, não*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde & Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspetiva global*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Pais, M. (2002). *Sociologia da vida quotidiana: teorias, métodos e estudos de caso*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais
- Paul, P. (2005). *Transdisciplinaridade e antropofomação: sua importância nas pesquisas em saúde*. Saúde e sociedade, 3, 72-92.
- Payne, M. (2002). *Teoria do trabalho social moderno*. Coimbra: Quarteto.
- Perdigão, A. (2003). *A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: pressupostos filosóficos*. Análise psicológica, 4, 485-497.

- Pinto, D., Jorge, M., Pinto, A., Vasconcelos, M., Cavalcante, C., Flores, A., & Andrade, A. (2011). *Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva*, *Texto contexto Enfermagem*, 20, 493-502
- Quartilho, M. (2010). *Saúde mental*. Coimbra: Estado da Arte.
- Regulamento interno da ULSM, EPE, de 9 de julho de 2013, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, 68 p, retirado de <http://www.ulsm.min-saude.pt/content.aspx?menuid=545> em janeiro de 2015
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Porto: Moraes Editora
- Santos, B. (1995). *Um discurso sobre as ciências* (7ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral* (3ª ed.). Lisboa: Climepsi
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de projectos sociais – casos práticos*. Porto: Porto Editora
- Simões, J., Fonseca, M., & Belo, A. (2006). *Relação de ajuda: horizontes de existência*. *Revista Referência*, 3, 45-54.
- Soriano, J. (2005). *Visión general del modelo conjuntivo de ayuda*. In J. Soriano, *Los procesos de la relación de ayuda* (pp. 133-161). Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclée de brouwer.
- Stufflebeam, D., & Skinkfield, A. (1993). *Evaluación sistemática – guía teórica y práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Timóteo, I. (2010). *Educação social e relação de ajuda. Representações dos educadores sociais sobre as suas práticas* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Timóteo, I., & Bertão, A. (2012). *Educação social transformadora e transformativa: clarificação de sentidos*. *Sensos*, 2, 11-26.
- Trigo, M. (2008). *Modelos em saúde: perspetiva crítica sobre as origens*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18, 5-22.

NM

ÍNDICE VOLUME II

Apêndice A – Autorização utilização nome da instituição	92
Apêndice B – Grelha análise de conteúdo das entrevistas de avaliação de contexto – Diretora do DSM (A) e Enfermeira que coordena o PI (B)	93
Apêndice C – Caracterização geral dos membros da equipa que intervêm com população adulta	115
Apêndice D - Análise Inquéritos por questionário aplicados à equipa do DSM do HPH	119
Apêndice E – Transcrição do grupo de discussão realizado com a equipa do DSM do HPH	126
Apêndice F – Projeto Terapêutico Individual de Cuidados	147
Apêndice G – Plano Individual de Cuidados e formulário entrevista inicial Programa Integrar	152
Apêndice H – Folha de registos – Programa Integrar	155
Apêndice I – Fluxograma Programa Integrar	156
Apêndice J – Fluxograma DSM do HPH	157
Apêndice K – Transcrição entrevista de avaliação do projeto – Enfermeira	158
Apêndice L – Transcrição entrevista – Departamento de Ação Social e Saúde da Câmara Municipal de Matosinhos	162
Apêndice M - Registos Ação “Quando a vida se reaviva” – Eixo dois	171
Apêndice N – Registo Ação “Pelo caminho das possibilidades” – Eixo dois	177
Apêndice O – Avaliação do projeto – Diretora do DSM do HPH	191

Declaração

O Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano, situado na Rua Dr. Eduardo Torres, com o código postal 4464-513 - Senhora da Hora, autoriza que Joana Sofia da Palma Vaz Ferreira no âmbito das unidades curriculares "Projeto" e "Seminário" do Mestrado em Educação e Intervenção Social – Especialização em Ação Psicossocial em Contextos de Risco, utilize o nome da instituição na produção de documentos para fins académicos e no Relatório Final do Projeto que será apresentado publicamente e, posteriormente, poderá ser disponibilizado no Repositório do Instituto Politécnico do Porto.

Diretor do Departamento de Saúde Mental


Dr. FÁTIMA FERREIRA
Directora Dep. Saúde Mental
C. P. 34289

Porto, 11 de março de 2016

Apêndice B – Grelha análise de conteúdo das entrevistas de avaliação de contexto – Diretora do DSM (A) e Enfermeira que coordena o PI (B)

Membro da Equipa	A
<p>Categorias</p> <p>Criação do DSM do HPH (transição dos doentes para o DSM e constituição da equipa)</p>	<p>. Criado em maior de 2009 na sequência de convite por parte do HPH e da ULSM – criação do serviço de psiquiatria, pedopsiquiatria e integração do serviço de psicologia;</p> <p>. O Hospital de Magalhães Lemos tinha, até esta data, a tarefa de prestar cuidados à população de Matosinhos. Com a criação deste DSM foram estabelecidos três protocolos para transição dos doentes de forma gradual, atendendo às patologias, à medida que o DSM fosse tendo recursos (humanos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>1º - janeiro de 2010</u> – Pessoas com patologia mental grave continuavam acompanhadas pelo HML, e a patologia mental comum acompanhada pelo DSM – eram três os psiquiatras presentes na equipa nesta altura – referenciação realizada pelos médicos de família. - <u>2º - 2013</u> (e ainda em vigor) - Todos os primeiros casos, independentemente do diagnóstico, são acompanhados pelo DSM, e os casos prévios a 2012 continuavam a ser acompanhados pelo HML. Caso haja um hiato de acompanhamento de mais de um ano, os doentes prévios a 2012, também são acompanhados pelo DSM; - <u>3º - Criado mas não se encontra em execução</u> – DSM está disponível para receber os casos prévios a 2012 mas, a 3 de maio de 2016 o Despacho 59/11 foi publicado que visa dar

	<p>hipótese de escolha à pessoa acerca do hospital da rede de referência em que quer ser acompanhado, tendo em conta os tempos de espera existentes. Assim, em Matosinhos, a pessoa pode escolher ser acompanhada no HML ou no DSM.</p> <p>. A equipa já integra todos os profissionais médicos (desde abril de 2016), psicólogos, os enfermeiros vão crescer quando existirem mais espaços, tendo sido conseguido que os enfermeiros presentes na equipa tivessem mais horas. Há o intuito de contratar profissionais de outras áreas.</p>	
	A	B
<p>Diretrizes do Plano Nacional de Saúde Mental – mudança de paradigma na prestação de cuidados</p>	<p>. Ideia é boa, mas faltam estruturas na comunidade, devendo toda a rede de cuidados de saúde mental ter sido acionada ao mesmo tempo que o plano entrou em vigor;</p> <p>. Difícil a contratação de outros profissionais, para além da área médica, sendo necessário os conselhos de administração serem sensibilizados para esta necessidade;</p> <p>. São todos estes outros profissionais que podem enriquecer as equipas e é com essas que se faz a intervenção na comunidade;</p> <p>. Este aspeto fica também mais complicado pela ausência de verbas;</p>	<p>. O facto de o DSM fazer parte de uma ULSM, faz com que seja uma mais valia estar o centro de saúde acoplado à unidade hospitalar e chegar assim mais perto das pessoas;</p>

	<p>. Pedido de realização de projeto curricular de educação e intervenção social no DSM do HPH de forma a poder sensibilizar-se a equipa e construir este caminho mais comunitário com pessoas com formações neste âmbito;</p> <p>- É de raiz que a reabilitação tem de acontecer, um trabalho precoce.</p>	
Intervenção realizada com população adulta	<p>. Existem consultas individuais (psiquiatria e psicologia) e o Programa Integrar.</p> <p>. Pontualmente, o DSM pede às equipas das UCC's (Unidades de Cuidados na Comunidade) constituídas por enfermeiros, alguns especializados em psiquiatria e saúde mental para irem aos domicílios administrar o injetável, não sendo ainda o trabalho comunitário que desejam.</p>	<p>. Em 2013, quando começaram a ser acompanhadas pessoas com doença mental grave no HPH, a intervenção centrava-se na consulta médica e na administração do injetável, ficando um vazio, e a necessidade de reabilitar a pessoa no sentido da sua autonomia.</p>
Programa Integrar (criação, necessidade, desenvolvimento e avaliação)	<p>. Foi realizada uma candidatura a formações do POPH, tiveram financiamento e, no âmbito do Programa de Formação em Saúde Mental da Associação Regional de Saúde do Norte, foram convidados profissionais ligados à coordenação nacional</p>	<p>. A ideia de se iniciar este programa foi da diretora do DSM por ser uma necessidade sentida. No momento do injetável (máximo de 20 minutos), era realizada um pouco de psicoeducação havendo,</p>

	<p>para a saúde mental e realizadas em 2012 formações neste âmbito.</p> <p>. Para operacionalizar todos conhecimentos adquiridos, os materiais cedidos foram readaptados à realidade do DSM e iniciado o Programa Integrar;</p> <p>. Ainda está muito no início e é necessário a presença de profissionais mais na comunidade , mas também são necessárias estruturas de reabilitação;</p>	<p>em casos em que o doente falta-se a articulação com os enfermeiros de família, mas sempre com o intuito de promover a adesão ao tratamento farmacológico;</p> <p>. Foi discutido inicialmente que as consultas de enfermagem especializada seriam o início do Programa Integrar;</p> <p>. Ao nível do serviço social deixaram de ter apoio (a partir de 2013) por parte das assistentes sociais do HPH, o que aguçou a necessidade de existência de apoio social. O serviço social alegou não ter recursos humanos para apoiar o DSM.</p> <p>. Ao nível das visitas domiciliárias não era conseguida ser passada a informação suficiente ao DSM para um acompanhamento mais adequado ao doente.</p> <p>. Doentes tinham necessidades ao nível da socialização e inatividade, sendo necessário arranjar</p>
--	--	---

		<p>alguma atividade a que a pessoa possa aderir;</p> <ul style="list-style-type: none">. Critérios de referência não estão escritos, e inicialmente foi pensado serem encaminhadas pessoas com necessidade de reabilitar a parte social, acabando por ser encaminhados doentes com patologia mental comum, levando a que, ao ser realizada uma avaliação do programa isto pode enviesar.. A forma como este programa está criado, não é como está a decorrer, porque faltam recursos humanos.. Os doentes têm dificuldade em vir semanalmente ao hospital por dificuldades financeiras.. São realizadas sessões temáticas com base na aprendizagem de estratégias para lidar com a doença.
--	--	---

Transcrição Entrevistas:

Objetivos Entrevista ao elemento A:

- Perceber o modo de funcionamento e processo de criação do Departamento de Saúde Mental;
- Identificar as funções, e caracterizar em maior detalhe a equipa do Departamento de Saúde Mental;
- Perceber o tipo de intervenção realizada com população adulta;
- Compreender como estão a ser colocadas em prática as diretrizes do Plano Nacional de Saúde Mental;
- Perceber como é encarado o novo paradigma centrado na prestação de cuidados ao nível da comunidade.

Investigadora: Boa tarde. Obrigada pela disponibilidade demonstrada para a realização desta entrevista. Este guião já foi previamente partilhado e analisado. Podemos assim dar início?

Profissional A: Vamos lá.

Investigadora: **Como foi o processo de criação do Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano (fases; os objetivos iniciais ainda se mantêm; houve alguma alteração/modificação à atividade inicialmente planeada)?**

Profissional A: A primeira questão relativa ao processo de criação do Departamento de Saúde Mental no Hospital Pedro Hispano... Pronto, isto tem a ver de facto com o, na altura, Plano Nacional de Saúde Mental. Na altura era de 2007 a 2016: de 2007 a 2009 foi assim uma fase em que vários serviços foram digerindo um bocado o plano; 2009 foi quando surgiu o convite do Hospital Pedro Hispano e da ULS de partir para essa execução. Eu estava cá enquanto médica do Magalhães Lemos, estava cá a fazer apenas a consulta de psiquiatria de ligação, portanto, mantinha-me ligada ao Hospital Magalhães Lemos teoricamente mas na prática estava cá e fazia urgência integrada nas equipas do Magalhães Lemos. Estava cá desde junho de 2006, por isso o conselho de administração da casa conhecia-me e portanto desafiou-me a que eu, então, criasse o departamento, criasse o serviço de psiquiatria, integrasse o serviço de psicologia e criasse a unidade de pedopsiquiatria, era esta a situação.

Fases... Naturalmente, este departamento destinava-se, e destina-se, a cobrir as necessidades da saúde mental na população de Matosinhos. Tendo o Magalhães Lemos essa tarefa até então... Tinha um quadro de psiquiatras, de uma psicóloga, e de uma assistente social, que constituía o serviço de Matosinhos, do Magalhães Lemos, e portanto, para desenhar este modelo e esta criação do departamento, e de como é que nós iríamos fazer isto... Na minha cabeça eu achei que iria ter pouco a pouco elementos, gradualmente integrados aqui, não por transição dos de lá para cá, porque ficou claro desde o início que pronto... que aquele ser serviço não abraçava a base desta execução, e este modelo mais comunitário. Portanto, haveria de ser à medida que eu fosse tendo recursos, eu haveria de ir definindo com a direção da Magalhães Lemos, a transição de patologias. Eu olhei para isto sempre como patologias, que patologias vamos integrando aqui, e ao mesmo tempo ir depois pensando na transição dos doentes que já lá andavam. Pronto, as fases foram sempre desenhadas um bocadinho em alinhamento com os recursos que eu fosse tendo ao longo dos anos, pronto. Os objetivos iniciais ainda se mantêm, é a pergunta que aqui é dito.... Sim, na minha cabeça sim, os objetivos iniciais ainda se mantêm, embora, depois à frente vou explicar melhor que, claramente surgiram umas novidades durante este ano relativas ao posicionamento do Hospital Magalhães Lemos, naquilo que na minha cabeça seria a transição global dos doentes que lá andavam até 2012, que foram aqueles que eles assumiram que ficavam com a equipa que lá estava... Na minha cabeça, quando eu tivesse os recursos médicos poderia começar a transitar os doentes de lá e pronto... De facto não é assim que a coisa parece que está pensada no Magalhães Lemos, e portanto há aqui umas mudanças, mas eu vou explicar um bocadinho mais à frente isto.

Investigadora: Na sequência do movimento de desinstitucionalização, como tem sido feita a transição da prestação de cuidados às pessoas com patologia mental para o Departamento de Saúde Mental? Em que fase se encontra atualmente (protocolos com o Hospital de Magalhães Lemos, e outros caso haja)?

Profissional A: Aqui quando se fala em desinstitucionalização, provavelmente estamos assim a misturar muitas coisas, vamos lá ver: o Magalhães Lemos prestava os cuidados de saúde mental, da população de Matosinhos, às pessoas que têm patologia mental comum, também. Distinguindo assim em dois grandes grupos, patologia mental grave e patologia mental comum. A patologia mental comum andava lá, e não se pode chamar a isto institucionalização, pode-se chamar que de facto, os psiquiatras estão num sitio só virado

para a saúde mental, não estão num hospital geral, mas quer dizer, os doentes não estão lá propriamente institucionalizados, nem coisa que o valha. Este palavrão tem mais a ver com o doente mental grave, não é... e portanto, neste sentido, e agora falando do doente mental grave, como é que tem sido feita a transição da prestação de cuidados... Lá está, então se calhar eu tenho que ir atrás à outra pergunta e explicar um bocadinho mais esta questão, acerca do que se passa agora. Eu estaria agora disponível para ir recebendo os doentes mentais graves que já lá estavam a ser acompanhados, tendo eu feito na minha cabeça, feito um terceiro protocolo, com o Hospital de Magalhães Lemos onde... houve um primeiro, houve um segundo, e agora o terceiro seria um bocadinho para fazer o processo... Seria a definição de como se faz a transição dos doentes que lá andam a ser acompanhados, todos, quer os da patologia mental comum que lá andam previamente a 2012, porque todos os que adoeceram depois disso vieram para cá, e a transição dos que têm doença mental grave e que também lá ficaram até 2013, mais ou menos, pronto. O que se passa é que agora, em meados de maio, surgiu um diploma do... se calhar vou até ali buscar o diploma que o vou dizer e será mais fácil ser clara no que estou a dizer. Portanto, no dia 3 de maio houve a publicação de um despacho do Governo que é o Despacho 59/11, e que... A ideia do despacho não é alterar a rede de referenciação dos doentes, ou seja, continua a haver uma ordem, uma organização de porque é que os doentes de um sítio vão para um Hospital, porque é que os doentes de outro sítio vão para outro, portanto, isto chama-se uma rede de referenciação. Este despacho não visa anular esta rede de referenciação. O que visa é dizer que, se o doente optar por um outro hospital que não o da rede de referenciação, o médico de família ao fazer a referenciação para os cuidados hospitalares, pode fazer o pedido, via alert, para onde o doente quiser. Se o doente até agora... vamos pensar em Matosinhos: até agora, os médicos de família de Matosinhos, só podiam referenciar os doentes de Matosinhos até 2012, para o Magalhães Lemos, a partir de 2012 para a ULS Matosinhos. O que aconteceu é que agora se resolveu dar... Pronto, a ideia disto é interessante. A ideia é que há tempos de espera muito diferentes entre os vários hospitais desta rede de referenciação, e portanto, se o doente quiser, por tempo de espera, ou por outra razão, escolher outro hospital pode fazê-lo, tem esse direito.

Isto significa que, o que vai acontecer é que os doentes que serão nossos serão todos os novos. Houve alguma alteração? Oh sim, se houve! Ok? Sim, porque de repente isto, pronto... Mas na minha cabeça continua a ser cada vez mais importante eu, portanto...

Investigadora: Era, peço desculpa, no fundo os doentes que já estão doentes, portanto, que já lá estavam permanecem lá...

Profissional A: Sim. Naturalmente que eu agora, junto dos meus médicos de família irei fazer exatamente que disse que ia fazer. Eu vou sensibilizar todos os médicos de família. Não vou ser eu, vai ser o conselho que vai... vai ser o diretor clínico desta casa, junto do conselho clínico do ACES, dando diretivas de que, a partir deste momento, qualquer doente que no âmbito da consulta de medicina geral e familiar, que ande a ser acompanhado no Magalhães Lemos e tenha vontade... Portanto, a pergunta vai ser feita num contexto, na minha opinião, diferente, no contexto da consulta do médico de família. É o médico de família que vai dizer "Olhe mas agora há uma equipa, se o sr. quiser... Portanto, é o médico de família que me manda para cá o Alert com um relatório a dizer "Este doente anda no Magalhães Lemos, e manifesta vontade de..." Porque até agora, eles só podiam mandar aqueles que já não tinham consulta no Magalhães Lemos há mais de um ano, portanto o corte dos doentes anteriores a 2012 para poderem vir para cá, até agora era ausência de acompanhamento por um ano. Se no último ano não foram lá, já podem vir para cá. Agora é, foram lá no dia de ontem e ao médico de família disse que queria vir para cá e vem o Alert para cá, eu faço um email a pedir a sumula clínica daquele doente e a partir do momento em que o Magalhães Lemos me envia essa sumula, eu faço mais uma vez triagem do relatório e agendamento.

Investigadora: Então isso significa que o Magalhães Lemos, nunca poderá ficar com os novos casos, será sempre o Pedro Hispano?

Profissional A: Não pode na teoria, porque na prática, como eles entram pelo internamento, aqueles que do internamento ficam lá... Se houve alterações? Sim, digamos que o despacho veio colocar aqui algumas nuances e portanto prevêem-se algumas dificuldades neste processo. Eu que tinha achado que podia ser de uma maneira mais adequada para os utentes... nos casos em que for será de uma maneira que na minha opinião eu não concordo que é à revelia da própria equipa que acompanhou o doente.

Investigadora: Deixa assim de haver um caminho único, que era isso que se estava a tentar...

Profissional A: E para que a passagem do doente também seja naturalmente uma passagem pacífica, tranquila. Agora não, o doente terá que assumir que só vem para cá se de facto, quase que, traindo o Magalhães Lemos... Pronto, transição... Em que fase se encontra atualmente... Na minha opinião, apesar de eu não ter entregue o protocolo, eu vou enviar o

protocolo, da maneira que eu o imaginei e serão eles que me terão de dizer que não por escrito.

Investigadora: Então no fundo, e fazendo um resumo dos protocolos são dois, com um pensado e possivelmente não aceite...

Profissional A: Sim, são dois protocolos. O primeiro foi que, como na altura em que fiz o primeiro, eramos três psiquiatras...

Investigadora: Isso em 2000 e...

Profissional A: 2009. Mais precisamente 2010, janeiro de 2010. O serviço foi criado em maio de 2009, e depois em janeiro de 2010, assinámos o primeiro protocolo. Esses seis meses foram de... trabalhá-lo, não é? E esse protocolo definia que, tudo o que era patologia mental grave continuava lá, mesmo os primeiros casos. Tudo o que era patologia mental comum, podia vir para cá, pronto. O segundo protocolo veio definir que, todos os doentes, independentemente, pronto... Há muitas outras alíneas mas, em grosso modo, este protocolo vinha definir que, todos os primeiros casos podem vir para cá. E também o Magalhães Lemos, quando os primeiros casos entram pelo internamento, qualquer que seja o diagnóstico, o acompanhamento posterior é cá. Há uma alta, um primeiro contacto com a instituição, um relatório para cá e...

Investigadora: E a data deste segundo, só para situar temporalmente?

Profissional A: O segundo foi em 2013 e mantém-se em vigor e diz: Ok, todos os doentes, independentemente do diagnóstico passam a ser nossos, e os que são prévios a 2012 são vossos. Portanto esse está em vigor, e mesmo os doentes prévios a 2012, se há um hiato de acompanhamento de mais de um ano, também podem passar a ser nossos, ok?

Investigadora: Qual a sua opinião relativamente às diretrizes preconizadas no Plano Nacional de Saúde Mental no que se refere à mudança de paradigma na prestação de cuidados às pessoas com patologia mental?

Profissional A: A ideia é boa mas faltam estruturas na comunidade, falta... Ou seja, toda a rede de cuidados continuados da saúde mental deveria ter sido acionada ao mesmo tempo que o plano entrou em vigor. Não podemos estar em 2016 e a rede ainda estar... ok, ainda estamos a nada. Portanto houve aqui uma ideia muito interessante, mas não operacionalizada, “operacionalizável” por ausência de estruturas, pronto... E ausência de estruturas e equipas adequadas para essa intervenção. Porquê? Porque os conselhos de administração de todos os hospitais, e apesar de eu continuar a achar que este é um hospital

um bocadinho diferente, sempre muito aberto a estas coisas, na verdade continuamos a ver que as contratações de médicos são aqueles que, sim, podemos aceitar. Contratações de outros profissionais estamos longe disso. Portanto, técnicos de outras áreas como terapeuta ocupacional, animador sociocultural, sei lá, diga aquelas outras profissões todas... Essas todas que podem claramente enriquecer, porque são essas, é com essas que se faz a intervenção na comunidade. Essas, os conselhos de administração, não estão preparados para... Há de facto um trabalho a ser feito. Não estão preparados, mas é uma questão de irem sendo trabalhados para isso. Eu ainda não tive aprovada a contratação do terapeuta ocupacional, mas falo disso em reuniões de contratualização anuais, todas as reuniões, isto está sempre escrito. Portanto, de alguma maneira, eu não vou fazer... É, ok, eu assino esta contratualização se me... Há coisas que eu consigo reivindicar, elegendo anualmente quais são as minhas lutas. Eu até este ano, ou seja, até abril deste ano, andei na luta dos médicos. São 8, e finalmente são os 8. E portanto, naturalmente não posso ir a todas as frentes, mas posso ir com conversas à volta das equipas multidisciplinares e ir melgando... Já toda a gente sabe o meu palavriado à volta disto, daquilo e daquilo... Naturalmente ainda não tinha tanta força para trabalhar isso porque para isso é também preciso espaço e só este ano é que a obra foi aceite na contratualização. “Sim, vamos lá ver as verbas, vamos lá ver os dinheiros”, e eu também sei que há muita gente a trabalhar e sei que se nuns anos uns dinheiros vão para contratos individuais de trabalho, não podem ir para outros... É este o alinhamento...

Investigadora: Como está a ser o processo de constituição da equipa? (já integra todos os profissionais desejados; pretende-se que seja uma equipa de continuidade; qual a razão que levou a que só fossem integrados profissionais médicos e de saúde)

Profissional A: Portanto, o processo de constituição da equipa... já integra todos os profissionais, sim, os profissionais médicos e psicólogos, quanto aos outros profissionais, não. Enfermeiros vão crescer quando tiver espaços, terapeuta ocupacional, assistente social sim, este ano tive também 20h para cá. Finalmente deixaram que esse processo passasse e portanto estou a tratar do pedido à tutela disso. Portanto, sim, houve uma sustentação alinhada com aquilo que os doentes já tinham no Magalhães Lemos. No que se refere a espaços, naturalmente eles estão melhores do que nós temos no que toca a terapia ocupacional, hospital de dia, piscina... Pronto, estão muito além disso, mas relativamente a médicos e psicólogos já estou para além do que eles tinham. Já estou na fase dos outros profissionais.

Investigadora: O que levou o DSM a solicitar a realização de projeto de Mestrado em Educação e Intervenção Social?

Profissional A: Ora isto, de facto, verdadeiramente, pensando bem lá para trás, isto começou quando eu olhei para possibilidade de estágios profissionais cá, no sentido de começar a ter pessoas... Como eu não podia contratar junto ainda do conselho estes elementos, eu achei que poderíamos criar aqui uma rede, porque também era importante ir trabalhando as equipas para irem trabalhando com estes elementos. Porque os médicos não estão habituados a trabalhar com estes elementos. Também os médicos são recém especialistas, muitos deles, e foram... tiveram a especialidade assim num outro paradigma da saúde mental. Portanto, apesar de muito novinhos, ainda fizeram a especialidade num paradigma ainda muito na área hospitalar, e mais médico e etc. Portanto eu achei que ao mesmo tempo era interessante ir sensibilizando a equipa, irmos nós construindo tudo o que era para a comunidade com pessoas que estão a fazer formações, licenciaturas, mestrados, o que seja neste alinhamento. Achei que podia ser interessante deste ponto de vista. Foi mesmo por aí que isto começou.

Investigadora: Quais as atividades existentes no DSM dirigidas a pessoas com patologia mental grave (clínicas e outras; são suficientes)?

Profissional A: As atividades... Pois, a consulta individual e o Programa Integrar. Neste momento é só, depois assim uns resquícios de umas coisinhas na comunidade, apenas individualizadas para ver como é...

Investigadora: Refere-se a visitas domiciliárias?

FF: Visitas domiciliárias, o que é que acontece...

Investigadora: No fundo a que resquícios se refere.

Profissional A: Na verdade é preciso haver equipas domiciliárias, de visitas ao domicílio das pessoas, o que há mais aproximado disto é a possibilidade dos doentes, em vez de... portanto, os doentes que fazem decanoatos, em vez de virem ao Hospital, irem aos centros de saúde e portanto já há aqui um... Permite que os doentes mais autónomos já possam ir ao centro de saúde, já possam trabalhar a autonomia nesse aspeto, se tiverem de vir ao hospital já pagam transporte, acompanhados, portanto, não dá para treinar nada disso. E para isso existem as UCC's, Unidades de Cuidados na Comunidade, equipas de enfermeiros, que tem alguns profissionais especializados em psiquiatria e saúde mental, e portanto, pontualmente, nós pedimos que essas equipas, essas que sim fazem domicílios em áreas que vão elegendo

anualmente, e com programas de atuação anuais, também vamos pedindo a essas pessoas às vezes para pequeninas abordagens individuais, mas são assim contadas pelos dedos, e ainda não é assim de facto tudo aquilo que nós ainda precisamos...

Investigadora: Qual a história da construção do Programa Integrar? (como surgiu; seu propósito; como o avalia; respostas que oferece para complementar as existentes). Ligada a esta questão, tendo o intuito de oferecer respostas promotoras de reabilitação, porque é este programa construído e desenvolvido apenas pelo serviço de psiquiatria?

Profissional A: Podia ser muito construído também pelo serviço de psicologia, podia, mas o serviço de psicologia está em esforço muito grande porque também eles... Aí estamos com muitas respostas novas relativas a uma outra forma de abordagem da patologia que é a patologia mental comum, com os grupos de ajuda mútua, e com outras patologias específicas, o luto, etc, e portanto isto não dá para tudo, portanto, o serviço de psicologia está muito mais numa aposta de, neste momento uma gama de respostas que não as somente individuais para o doente mental comum. Nós queremos muito que o doente mental comum seja pontualmente do psiquiatra, maioritariamente do médico de família e algumas coisas que não seja nada de abordagem individual, que seja grupal que passa muito mais por, identificação entre pares, alinhamento de problemas uns com os outros, pronto, é por isso, não é por achar que ficariam bem aqui, é uma gestão de recursos. Como surgiu o Programa Integrar, pois este surgiu porque em 2010 fiz uma candidatura a uma série de formações do POPH. Tivemos financiamento e nesse contexto eu convidei uma série de pessoas que tinha conhecido no âmbito de uma formação em 2009 que na altura a Coordenação Nacional da Saúde Mental, agora não existe esta coordenação, digamos que agora a saúde mental está na Direção Geral de Saúde. Dantes havia uma coordenação à parte que fez, para apoiar um bocado esta execução do Plano Nacional de Saúde Mental uns cursos pelo país...

Investigadora: É o tal Programa Proform?

Profissional A: Sim, exatamente foi o tal programa, e eu aí nesse curso conheci algumas pessoas de Lisboa, psiquiatras de Lisboa, ligados a serviços, nomeadamente o Amadora Sintra, mas também Lisboa Ocidental, uma série de hospitais. No fundo, esta coordenação tinha pessoas de várias áreas, tinha assistentes sociais, tinha psicólogos e tinha médicos. E portanto, eu aproveitei esses contactos da coordenação nacional pelo país, contactos acerca desse programa que se coadunavam muito com estas coisas mais comunitárias... Eu depois para o POPH, para o financiamento que tivemos, eu convidei algumas dessas pessoas da

coordenação nacional da saúde mental. Pronto, o Dr Álvaro de Carvalho, contactei-o, ele esteve de acordo em sensibilizar algumas pessoas desse programa para vir cá, portanto, foi aí que, sobretudo na pessoa do Dr. Ricardo Gusmão que veio cá dar muitas formações no ano de 2011 e portanto foi aí que eu conheci mais especificamente este programa integrar que tinha apresentado no contexto das tais formações, mas depois mais na operacionalização das coisas com essa vinda. Portanto fizeram-nos olhar para a saúde mental de uma outra maneira. Depois era preciso começar na prática oferecer outras respostas e achei que todo esse material que nos foi até dado, que poderia ser readaptado. Nós na verdade depois readaptámo-lo e denominámo-lo Programa Integrar, já não me lembro qual o nome original. Pronto, houve aqui umas readaptações, portanto vem daí. Vem de algumas sementes lançadas pela coordenação nacional da saúde mental, depois começámos a ver a plantinha a crescer, ou, como é que ela cresce. Depois na prática vieram cá pessoas dizer como é que as coisas aconteciam, no Amadora Sintra, em Cascais, em vários sítios onde estas coisas aconteciam e pronto...

Investigadora: E o programa CIR, vem nesse seguimento todo...

Profissional A: O CIR são iniciais... Vou buscar aqui as formações... Na verdade a maioria das pessoas era de Lisboa ocidental e está muito aqui material que nos deixaram... Já tenho isto tão reformatado para isto que já não sei bem quais eram as bases, ok? Há material aqui que pode consultar, até para perceber quais os nomes e temas das formações.

Investigadora: E a opção de ser uma enfermeira a coordenar...

Profissional A: É fácil, os psiquiatras estão tomados de atividades, os psicólogos tomados de atividades estão, os profissionais que eu tenho para além de os colocar na intervenção em crise e no Hospital de Dia, era aqui que eu tinha... e faz todo o sentido, podiam ser animadores socioculturais, especialistas em reabilitação, aquelas coisas que eu já não lhe sei dizer. Podiam ser outros profissionais, mas os que eu tinha eram perfeitos, só podiam ser aqueles. Com o que há, pessoas especializadas nesta área, acho que enfermeiros está lindamente. Pode ser um enfermeiro e o tal técnico social...

Investigadora: E como é que avalia? Começou há um só não é? Começou em 2015...

Profissional A: Como avalio? Sabe, eu ainda só vejo alicerces, é como eu só tivesse os alicerces de uma casa e eu acho que são bons alicerces... Mas como avalio, acho que estamos de facto ainda muito no início... A rede nacional de saúde mental vai avançar? Eu vou ter estruturas na comunidade? Portanto é tudo isso que me faz pensar que há muito para fazer

com outros profissionais mais na comunidade mas são necessárias estruturas de reabilitação. Quando eu vier a ter aqui o internamento... Agora naturalmente, se há doentes que vão andar para sempre no Magalhães Lemos, o internamento aqui será para os nossos doentes. Eu queria que aqui as pessoas fossem o menos possível... Os doentes mentais graves, exceto aqueles que venham a optar por vir para aqui vamos ter muitos mais pessoas com primeiros surtos, portanto vamos ter um crescimento de doentes mentais graves muito mais jovens e portanto é exatamente nestes que eu acho que com as novas armas farmacológicas e com a intervenção comunitária é assim que eu vejo, é assim que eu... É de raiz que a reabilitação tem que acontecer, não é? Tenho pouca confiança numa reabilitação de doentes que andam há 30 anos em estruturas institucionalizadas, e aí permanecem, portanto...

Investigadora: Portanto será não só investir na reabilitação, mas muito na prevenção...

Profissional A: É reabilitação desde o início, mas a gente sabe que aquela doença naquela pessoa vai provocar, portanto é por aí, não é prevenção, é um trabalho mais precoce. É isso. Pronto. Está tudo? Acha que ficou tudo claro?

Investigadora: Está ótimo, muito obrigada!

Objetivos Entrevista ao elemento B:

- Saber a opinião acerca das diretrizes preconizadas no Plano Nacional de Saúde Mental;
- Conhecer em maior detalhe o Programa Integrar (razões da criação, objetivos, mais valias, como decorre);
- Necessidades sentidas na intervenção junto de pessoas com patologia mental grave;

Investigadora: Qual a sua opinião relativamente às diretrizes preconizadas no Plano Nacional de Saúde Mental no que se refere à mudança de paradigma na prestação de cuidados a pessoas com patologia mental (cuidados no meio menos restritivo possível; profissionais de outras áreas para além da medicina e saúde; atender às outras dimensões para além da doença)?

Profissional B – Portanto, a nossa necessidade de iniciar um programa de reabilitação social do doente mental grave, surge também como resposta às diretrizes preconizadas no Plano Nacional de Saúde Mental, e desde que iniciamos a ter doentes com doença mental grave. Ao nível da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, é uma mais-valia termos o centro de saúde

acoplado à unidade hospitalar, portanto, conseguimos chegar mais próximo do meio onde o doente está inserido, se estiver na área de Matosinhos. Quando iniciámos a intervenção, limitava-se a farmacológica, que era dar o injetável, e consulta médica. Portanto, a parte da enfermagem era dar o injetável, mas realmente havia ali um vazio imenso, portanto, é necessário mesmo reabilitar o doente no sentido da sua autonomia, ao nível principalmente do autocuidado, ocupação. Normalmente, a maioria dos doentes estavam reformados, portanto, havia uma inatividade grande e o isolamento social.

Investigadora: Isto foi em que data só para nos irmos situando?

Profissional B – Desde 2013 que foi quando começámos a ter já um grande número de utentes em injetáveis. Portanto, era já uma realidade vivida no contexto profissional.

Investigadora: Qual a história da criação e condução do Programa Integrar (objetivos; princípios que norteiam a intervenção; destinatários)

Profissional B – A necessidade então de iniciar este programa, surge mais ou menos nessa altura, em que, a ideia foi da Diretora do Departamento de Saúde Mental, em reunião de serviço, também foi quase que semeado (risos) o início deste programa. Esta era uma necessidade sentida. Na nossa realidade fazíamos intervenção, psicoeducação, ao nível do momento do injetável, mas era um momento sempre curto entre 10, 15 minutos, o máximo 20 minutos, porque o número de utentes agendados era também maior. Mas era mais de gabinete, limitava-se mais ao gabinete, podia haver, eventualmente uma articulação com o enfermeiro de família, se o doente faltasse, mas era mais adesão ao tratamento farmacológico. Ao nível do serviço social, nós não tínhamos qualquer... deixámos de ter colaboração com o departamento de saúde mental, o que ainda agravou mais a situação, e a necessidade da parte social.

Investigadora: Mas antes existia essa ligação com o Serviço Social?

Profissional B – Tínhamos, no início tínhamos. Pedíamos colaboração pontualmente e havia uma assistente social, que não era sempre a mesma, que iria ser selecionada uma assistente social para aquele caso. A partir de determinada altura, não posso precisar quando, deixou de haver colaboração e foi dito que não tinham recursos humanos para apoiar o departamento de saúde mental. Claro que...

Investigadora: Peço desculpa, essa assistente social era do Hospital?

Profissional B – Sim, era do Hospital. E isto claro que dificultou e muito o nosso trabalho, não tendo esta colaboração. No centro de saúde, quando era pedida colaboração, normalmente o

que nos diziam era que estava a ser acompanhado por um técnico social da autarquia que, na minha perspetiva, o que se limitava era ao nível da vertente económica, o RSI ou... Porque a nível de visitas domiciliárias também não nos conseguiam dar grande informação que seria imprescindível no acompanhamento mais adequado ao utente. Portanto, sem dúvida nenhuma, que as diretrizes estão excelentes, e há que por em prática, e nós... e nós sentíamos essa necessidade.

Investigadora: E ao nível das necessidades dos utentes?

Profissional B – Ao nível da socialização e da inatividade, portanto, é necessário arranjar empregabilidade ou qualquer atividade que o doente consiga aderir. Há uma dificuldade grande devido às limitações do próprio utente, e tem que haver um acompanhamento no terreno para que seja trabalhado de forma a chegar a essa necessidade.

Investigadora: E em relação ainda história da criação e condução do Programa Integrar pode dar um pouco de mais de pormenores?

Profissional B – O Programa Integrar, portanto... Houve uma formação, que também foi no cumprimento das diretrizes preconizadas no Plano Nacional de Saúde Mental, e a nível nacional que foi apresentado o Programa CIR, Programa de Cuidados de Recuperação do Doente Mental Grave na instituição, em que estiveram envolvidos toda a equipa multidisciplinar, psicólogos, enfermeiros, enfermeiros da área hospitalar e da área da comunidade, psiquiatras e assistentes sociais. Depois dessa formação, começámos a dar os primeiros passos. Foi discutido, numa fase inicial, que seria numa consulta de enfermagem que seria o início do Programa Integrar. Antes, seria pelo psiquiatra assistente, seria conversado com o doente se queria integrar, depois de partilhados os objetivos do programa e seria apresentado o enfermeiro respetivo que vi iniciar o programa. O doente, assinando a contratualização do início do programa, o ideal seria semanal mas é o que o doente conseguir na sua vida quotidiana, porque muitas das vezes a distância, a parte monetária também não permite a assiduidade que nós gostaríamos.

Investigadora: Quais os critérios inicialmente pensados, os critérios de referenciação?

Profissional B – Inicialmente não ficaram objetivos escritos. No início ainda seriam doentes que necessitavam de reabilitar a parte social. Inicialmente eram esses, e as situações mais dramáticas em que estivessem em maior isolamento e menor apoio familiar. Começaram por dois ou três utentes, depois começaram a referenciar alguns utentes que, na minha perspetiva, não correspondiam muito aos critérios deste programa integrar, porque não eram

doentes mentais graves, e sim com patologia mental comum e aqui já estávamos a entrar numa dinâmica que não seria tão positiva, até que numa posterior avaliação do programa iria enviesar um pouco a avaliação.

Investigadora: Ao nível da condução da intervenção propriamente da intervenção... Este programa é baseada no CIR...

Profissional B – Sim, este programa é baseado no CIR, mas que é reajustado à nossa realidade, sendo um Unidade Local de Saúde. Deveria haver um envolvimento da equipa multidisciplinar, mas nem sempre se consegue, é mais a enfermagem e a psiquiatria que percorrem este processo, mas sem dúvida nenhuma que os psicólogos seriam também fundamentais neste processo.

Investigadora: Já foi dizendo um bocadinho mas, de que forma este Programa pode oferecer respostas novas e /ou complementares às já existentes no departamento?

Profissional B – A forma como este programa está pensado, não é como está a decorrer, ainda faltam os recursos humanos. Neste momento, estou eu como uma atividade à quinta feira de 3 horas, que acaba por ser muito pouco para o número de utentes que já estão integrados neste grupo. Não está a ser agendado como deveria ser devido à impossibilidade de muitos utentes se deslocarem cá presencialmente, porque o ideal seria em regime semanal. Agora...

Investigadora: E o que é que é feito, concretamente? Como decorre este programa?

Profissional B – A primeira sessão é sempre contratualização com o doente, portanto, são explicados os objetivos, do Programa Integrar, a adesão do utente se aceita ou não. Apesar de ser tudo apresentado em consulta médica, o mesmo é feito depois no decorrer do próprio programa. As seguintes sessões são temáticas, muitas das vezes acabam por não decorrer porque o doente não está em condições de aprendizagem acabamos por seguir um bocadinho ao ritmo do doente.... Porque todos eles são diferentes, não há dúvida nenhuma, e houve alguns doentes que ao nível da psicoeducação não houve espaço para entrar. Outros sim houve muitos espaços para trabalhar alguns aspetos. Vai-se notando oscilações ao longo das sessões. Às vezes vai-se sentido necessidade de fazer um refresh e de estar a repetir coisas de que já não se lembram bem. Daí sentir a necessidade de que houvesse alguém, ou algum cuidador, ou alguém que o doente referencie para entrar no programa, pois seria uma mais-valia que outra pessoa o estivesse a acompanhar no terreno. Até agora não tem sido

possível porque eles mostram indisponibilidade, os cuidadores, bem como o próprio utente, porque é eles próprio que não referencia ninguém para entrar no programa.

Investigadora: Em relação ao PIC, portanto o Plano Individual de Cuidados...

Profissional B – O PIC é negociado com o próprio utente, portanto, ele vai referindo, é feito, digamos, um levantamento habilidades e competências do utente. Por vezes não é fácil, e vamos vendo áreas em que ele possa melhorar. Mas são identificadas por ele, que demonstra vontade de aprender, e de acordo com essas necessidades, será feito um Plano Individual de cuidados com objetivos, também de acordo com o ritmo, e que fica muitas vezes aquém daquilo que nós gostaríamos, mas é mesmo assim o programa. Portanto, o objetivo do doente, ou a recuperação do doente é ele que vai delinear o seu plano... e vamos trabalhando com ele, passo a passo, até conseguir atingir esses objetivos. Por vezes é reformulado porque o próprio doente tem uma ideia mais longínqua do que naquilo que na realidade possa fazer, e é ele mesmo que diz “Eu não vou conseguir”, e então tentamos reformular, ver o porquê de não conseguir, e ele mesmo tentar limitar mais, ou diminuir, digamos.

Investigadora: Quais as áreas da vida dos sujeitos que considera que a reabilitação psicossocial deverá envolver?

Profissional B – Ao nível da aprendizagem, precisam de aprender sobre a doença, sobre os sintomas, é uma lacuna muito grande, eu acho que não se apercebem do que se passa com eles. Muitas das vezes... Agora estava-me a recordar dum doente “Então eu sou o...” e disse o nome dele, “então eu não sou o esquizofrénico?”. Às vezes é um pouco isso, portanto o contentamento dele em saber que era o... portanto, o nome dele... ele só sorria e repetiu-me aquilo para aí seis vezes, durante a sessão... Portanto coisas tão simples quanto isso... Ele nem sequer tinha pensado que tem um nome próprio. Porque lá no bairro o chamam tolo, esquizofrénico, portanto era tudo menos aquele nome... Ao nível do autocuidado é fundamental. Muitas das vezes o utente não vê essa necessidade. É com por vezes determinadas habilidades que vamos tentando trabalhar esse aspeto, e ver se ele sente essa necessidade, porque se não sentir não vale a pena trabalhar mas sem dúvida nenhuma que é uma realidade. O autocuidado, o autocontrole porque muitas das vezes quando aprende sobre a doença e os sintomas da doença, há uma melhoria do autocontrole. A socialização... eles têm medos, muitos medos, evitam completamente, isolam-se socialmente, e trabalhar também, quando têm sintomatologia positiva, trabalhar aí técnicas de melhoria ou

desaparecimento de sintomatologia, especialmente quando é positiva, porque é muito desagradável para o doente quando está com essa sintomatologia constante.

Investigadora: Na sua opinião, quem deveria ser o responsável pelo processo de reabilitação psicossocial de sujeitos com patologia mental?

Profissional B – Estes utentes, no sistema de saúde, andam em muitas consultas normalmente, eu acho que todos os profissionais que acompanham o doente devem, no fundo, reunir esforços, e quem vai acompanhar mais de perto este doente é quem ficará de referência será a pessoa com quem o doente tiver maior ligação. Que tenha um perfil mais adequado a este utente. Eu percebo perfeitamente que dentro dos profissionais, e na sua questão profissional, de formação, há sem dúvida bons técnicos mas há algumas competências pessoais que têm de ser exigidas neste tipo de relacionamento com estes utentes. A empatia é uma delas. Muitas das vezes, se o utente não tiver empatia com o profissional não vale a pena... provavelmente não vai funcionar. Portanto, na equipa multidisciplinar deverá ser discutido e ver quem será o técnico mais adequado aquele utente, indo também ao encontro das áreas que vão ser trabalhada. Se for na área do autocuidado, de psicoeducação, em qualquer uma das áreas... um enfermeiro pode ser, muito bem, mas se for na área social poderá ser o assistente social, ou o terapeuta ocupacional, depende realmente da área que vá ser trabalhada, e tendo sempre em conta o perfil do técnico e da relação que tem com o utente.

Investigadora: Qual considera que deva ser o papel do profissional, e da pessoa com patologia mental. Portanto, nesta questão da coconstrução do processo. Portanto, uma questão mais diretiva, já falou também em ir ao ritmo da pessoa...

Profissional B – Tem que ser mesmo, obrigatoriamente. Se o doente não tiver capacidade de... ou não quiser avançar, não sentir essa necessidade, provavelmente nem nos vai ouvir sequer. Portanto, tem limitações, e grandes limitações na doença mental grave. Portanto, se ele sentir essa necessidade de melhoria, sim, poderemos ir por aí. E nem sempre... Ele oscila muito entre sessões, muitas das vezes fica delineado um plano e ele é reformulado, porque nessa altura ele mudou de direção, e nós aí temos mesmo de ir ao ritmo dele.

Investigadora: E ao nível da participação dele em todo o processo?

Profissional B – O ideal seria não ser em gabinete fechado, mas poderia ser mais próximo do domicílio que traria grandes vantagens, porque o doente se sentiria mais à vontade. Muitas

das vezes o doente está fechado no gabinete e por vezes sentem-se constrangimentos por parte do doente e sentimos que são entraves no fundo, no processo de aprendizagem.

Investigadora: Quando existem intervenções simultâneas (de várias especialidades) junto de uma mesma pessoa, como é feita a transmissão da informação entre todos? Portanto, quando intervêm um enfermeiro, um psiquiatra e um psicólogo como articulam...

Profissional B – Sempre que possível é em reunião de serviço, na presença de todos os profissionais mas sempre que seja necessário comunicar antes dessa reunião, será comunicação por email ou mesmo telefónico.

Investigadora: Mas sente que é suficiente?

Profissional B – Teria sempre muita vantagem em haver uma reunião periódica para discussão de casos até que a reformulação, se for sempre feita em equipa, é muito mais assertivo o caminho sem dúvida nenhuma porque se o utente está com todos os profissionais pode eventualmente numa situação particular ser apanhada alguma coisa acerca do utente que pode ser uma mais-valia dar continuidade.

Investigadora: E em relação aos contextos naturais de vida, já foi referindo que sim, mas intervenções que decorram nos contextos naturais de vida da pessoa...

Profissional B – Sem dúvida. Aliás, haveria de ser aí, e solicitado um gabinete com coisas muito pontuais e complementares do processo. Por isso o ideal seria nos contextos naturais de vida. Caso fosse necessário, o utente deslocar-se-ia ao hospital ou ao centro de saúde para uma informação, ou para algo concreto naquele horário, mas a continuidade do programa deveria ser nos contextos naturais de vida.

Investigadora: Como avalia a proximidade entre o Hospital e a comunidade ao nível das intervenções promotoras de reabilitação. Portanto, há proximidade, não há, devia haver mais, são ambiente próximos, distantes?

Profissional B - Neste momento, em algumas especialidades poderá haver mas em saúde mental ainda não... Mas há todo um pensamento que torna isso viável. Agora tem de haver uma aproximação da equipa. Nós temos uma mais-valia, que é termos enfermeiros de saúde mental no centro de saúde, os psiquiatras também se deslocam ao centro de saúde, bem como os psicólogos. Portanto estamos a falar da mesma equipa em que está hospital e centro de saúde. Agora, não temos ainda capacidade e recursos para estar todos mais próximos da residência dos utentes.

Investigadora: E ao nível de instituições comunitárias...

Profissional B – Ao nível da autarquia de Matosinhos, existe muita coisa, muita coisa o terreno só que não estamos a trabalhar em conjunto. É necessário isso. É necessário uma apresentação de todos os profissionais na comunidade e então começamos aí a dar as mãos e a ver o caminho a seguir. Porque se forem rentabilizados todos os recursos provavelmente os nossos doentes não estariam tão perdidos, como estão alguns deles quando nos chegam, porque até têm muitos apoios na comunidade, não estão é a chegar ao doente de forma adequada.

Investigadora: Muito obrigada. Há mais alguma coisa que queira acrescentar?

Profissional B: Penso que não... Acha que ficou tudo explícito?

Investigadora: Sim, ficou muito bem, muito obrigada!

Apêndice C – Caracterização geral dos membros da equipa que intervêm com população adulta

Participante	Sexo	Profissão, grau de escolaridade e especializações	Idade	Tempo de exercício de funções no DSM ¹	Percurso profissional prévio
A	F	Psiquiatra (Licenciatura)	52	7 anos	Hospital S. João (1995-1998); Hospital Conde Ferreira (1998-2000); Hospital de Magalhães Lemos (2001-2006)
B	F	Enfermagem (Licenciatura) Especialização em Psiquiatria e Saúde Mental	51	6 anos (4 a colaborar, e 2 anos como membro da equipa com 20h)	Hospital Distrital de Portimão (emergências – 3 meses); Hospital de S. João (cirurgia vascular – 6 meses); Hospital Distrital de Guimarães (medicina - 5 anos); Hospital Pedro Hispano (cirurgia/urologia desde 2002 no Hospital de Dia

¹ À data de julho de 2016

					Oncológico)
C	F	Psiquiatra (Licenciatura)	38	7 anos	Hospital de Magalhães Lemos (5 anos)
D	F	Psiquiatra (Licenciatura) Especializações em psicooncologia, técnicas cognitivo- comportamentais e terapia familiar)	34	2 anos	Hospital de Magalhães Lemos (6 anos)
E	F	Psiquiatra (Licenciatura) Especializações em Terapia Familiar, competências de comunicação clínica.	34	5 anos	Hospital de Magalhães Lemos (2008-2015)
F	F	Psiquiatra (Licenciatura) Especializações em sexologia e perturbação de personalidade borderline	32	2 meses	Hospital de Magalhães Lemos (7 anos 1 ano no serviço de psicogeriatría)
G	F	Psiquiatra (Licenciatura) Especialização em psiquiatria de ligação	39	5 anos	Internato geral na ULSAM; Internato complementar de psiquiatria no Hospital de S. João

H	F	Psiquiatra (Licenciatura) Especialização em terapia familiar.	36	4 anos	Internato de formação especifica no serviço de psiquiatria do Hospital de S. João
I	M	Psiquiatra (Licenciatura) Especialização em Dependências	36	1 ano	Hospital de S. João; Clinica Outeiro (privada); Casa de Saúde Santa Catarina.
J	F	Enfermagem (Licenciatura) Especialização em Psiquiatria e Saúde Mental	47	1 ano (12h)	Hospital Pedro Hispano (Medicina-13 anos, cirurgia – 5 anos, ginecologia – 2 anos, enfermagem ge gestão de altas desde 2006)
K	F	Psicologia (Mestrado em neuropsicologia)	32	7 anos	Sem experiência prévia
L	M	Psicologia (Doutoramento) Licenciatura e doutoramento em psicologia clinica. Outra especialização em	48	6 anos	Serviço de psicologia da ULSM (16 anos), Professor de psicologia clinica e funções em clinica privada.

		psicobiologia			
M	F	Psicologia (Mestrado em Psicologia da Justiça)	30	6 meses (a substituir psicóloga em licença de maternidade)	Hospital de Magalhães Lemos (18 meses)
N	F	Psicologia (Licenciatura)	36	7 anos	Serviço de psicologia clinica da ULSM; Serviço de psicologia CASP (privado).

Apêndice nº D – Análise de conteúdo Inquéritos por questionário aplicados à equipa do DSM do HPH

Categoria	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE SUJEITOS COM PATOLOGIA MENTAL		
Questões	<i>Na sua prática clínica, quais as estratégias que utiliza para promover a reabilitação de pessoas com doença mental?</i>	<i>Quais as áreas da vida dos indivíduos que considera que a reabilitação psicossocial deverá envolver?</i>	<i>Na sua opinião, quem deveria ser o responsável pelo processo de reabilitação de sujeitos com patologia mental</i>
Participantes			
A	Não foi visado nestas perguntas, por ter sido realizada entrevista		
B	Elaborado Plano individual de cuidados para trabalhar áreas em que considere que a pessoa necessite de trabalhar.	Aprendizagem sobre a doença, autocuidado, autocontrole, socialização, técnicas de melhoria ou desaparecimento de sintomatologia positiva	Todos os profissionais devem unir esforços – ser responsável a pessoa com quem o doente tiver maior ligação
C	Entrevista realizada danificou-se		
D	Criar com o doente um plano individual de cuidados	Saúde (física e mental), familiar e profissional.	Enfermeiro especialista
E	Referenciação para entidades responsáveis por estas intervenções; envolvimento da família; Trabalho motivacional (para a mudança de comportamento)	Socialização, treino de competências/autonomização, autocuidado/saúde.	Terapeuta ocupacional, serviço social, técnico de serviço social.
F	Intervenção multidisciplinar	Atividade profissional, rede social.	Psiquiatra
G	Orientação para Programa Integrar, orientação para estruturas da Câmara Municipal, fóruns socio ocupacionais	Autonomia, autocuidado, integração socio ocupacional e profissional	Psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional.

Categoria	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE SUJEITOS COM PATOLOGIA MENTAL		
Questões	<i>Na sua prática clínica, quais as estratégias que utiliza para promover a reabilitação de pessoas com doença mental?</i>	<i>Quais as áreas da vida dos indivíduos que considera que a reabilitação psicossocial deverá envolver?</i>	<i>Na sua opinião, quem deveria ser o responsável pelo processo de reabilitação de sujeitos com patologia mental</i>
Participantes			
H	Orientação para Programa Integrar, Serviço social e por vezes diretamente para instituições com atividades ocupacionais.	Autonomia, autocuidado, reabilitação socio ocupacional e quando possível orientação profissional.	Psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional
I	Intervenção multidisciplinar	Ocupação laboral ou outra, socialização	Psiquiatra, enfermeiro, assistente social e terapeuta ocupacional
J	Desenvolvimento de competências, empowerment, combate ao estigma, envolvimento de família, escuta ativa	Dimensão social, relação com os outros, recuperação do efeito da institucionalização, área dos afetos, autonomia.	O profissional que melhor conhecer o doente
K	Articulação com instituições na comunidade, procurar que os doentes acedam aos recursos existentes na comunidade, maior enfoque no suporte social e familiar	Profissional, social e de lazer	Depende da pessoa com quem o doente tenha melhor relação, e técnico com quem haja maior facilidade de articulação
L	Articulação com entidades de reabilitação profissional; encaminhamento para estruturas de apoio psicossocial	Responsabilidade, auto-estima, compromisso, dedicação.	A pessoa em quem o doente mais confia.
Categoria	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE SUJEITOS COM PATOLOGIA MENTAL		
Questões	<i>Na sua prática clínica, quais as estratégias que</i>	<i>Quais as áreas da vida dos indivíduos que</i>	<i>Na sua opinião, quem deveria ser o</i>

Participantes	<i>utiliza para promover a reabilitação de pessoas com doença mental?</i>	<i>considera que a reabilitação psicossocial deverá envolver?</i>	<i>responsável pelo processo de reabilitação de sujeitos com patologia mental</i>	
M	Treino de competências, role play, técnicas cognitivo comportamentais no reconhecimento de sintomas positivos e controlo destes	Componente social, empregabilidade ou outras ocupações	Psiquiatra de referência ou outro profissional de saúde mais inteirado da situação do doente.	
N	Otimização do funcionamento psicossocial (cariz cognitivo comportamental)	Autocuidado, relações interpessoais (familiar, rede social), integração em atividades profissionais ou ocupacionais	Psiquiatra e enfermeiro de saúde mental.	
Categoria	INTERVENÇÕES NA COMUNIDADE			
Questões	<i>Considera que o contexto natural de vida dos sujeitos tem influência na manifestação, manutenção e/ou melhoria da patologia?</i>	No seu entender, intervenções que decorram nos contextos de vida dos sujeitos serão benéficas no processo de reabilitação dos mesmos?		Considera relevante a presença de profissionais psicossociais nas equipas de saúde mental?
Participantes		<i>Que profissionais considera que deveriam desenvolver estas intervenções?</i>	<i>Que tipo de intervenções deveriam ser desenvolvidas?</i>	
A	Não foi visado nestas perguntas, por ter sido realizada a entrevista			
B	Tem bastante influência porque é onde ele recebe os estímulos.	O ideal seria nos contextos naturais de vida. Caso fosse necessário, o doente deslocar-se-ia	Iriam enriquecer a equipa.	

		ao hospital ou ao centro de saúde para uma informação, mas a continuidade devia ser nos contextos de vida.	
		Da área da saúde e social	Autonomia, autocuidado, treino de competências
C	Entrevista realizada danificou-se		
D	Realizada entrevista		
E	O contexto socioeconómico pode prejudicar ou favorecer a boa evolução do quadro clínico.	Permitem uma generalização mais eficaz das competências adquiridas no contexto prático do dia-a-dia.	Profissionais habilitados, competentes e especialistas na área.
		Terapeuta ocupacional, técnico de serviço social, enfermeiro	Treino de competências sociais, autonomia nas tarefas do dia-a-dia e gestão das AVDs
F	Modelo biopsicossocial da doença	Maior reprodução do contexto vivencial dos doentes	Abordagem holística.
		Profissionais de saúde, técnicos sociais,	Fóruns socio-ocupacionais, residências

		representantes de órgão sociais	protegidas.	
G	Ambientes adversos e disfunção familiar potenciam e perpetuam quadros	Evitam o desenraizamento dos doentes		Têm formação específica na área
		Assistente social, psicólogos, terapeuta ocupacional	Treino de competências sociais	
H	O ambiente (experiências adversas constituição/disfunção familiar) têm impacto e podem perpetuar a manutenção do quadro clínico.	Porque mimetizam o ambiente natural dos doentes		Permite uma visão mais abrangente
		Assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional	Treino de competências	
I	Constituiu um dos mais importantes fatores de repercussão psicopatológica e de adoecimento mental.	Treino de competências, otimização de recursos de suporte social, intervenções específicas de acordo com os problemas identificados pela equipa.		Essencial intervenção multidisciplinar.
		Técnicos de saúde e sociais com formação específica.	-	
J	Contexto familiar, social e pessoal tem influência na manifestação de sintoma, na forma com é percebido, e na aceitação ou compreensão da doença mental	Só com a integração do sujeito no seu ambiente natural poderemos melhorar o seu processo adaptativo.		Complemento de atuação a níveis de comunidade, que é muito importante na integração do sujeito.
		Equipa	Reabilitação	

		multidisciplinar	psicossocial, integração familiar, profissional e comunitária, recovery.	
K	Repercussões no bem-estar	Potenciação do bem-estar		Útil a multidisciplinariedade nas equipas de saúde mental.
		Técnico de reabilitação e enfermeiro	Reintegração profissional, desenvolvimento de redes sociais de suporte mais efetivas	
L	Pelo incentivo, apoio cognitivo e instrumental	Aumenta a relação entre o sujeito e a comunidade e promove o fortalecimento das redes sociais de suporte.		Aumentam a perceção das necessidades dos doentes e fortalece o plano de cuidados.
		Profissionais com formação adequada na área da intervenção comunitária e sobretudo motivados para trabalhar neste meio	Avaliação de necessidades, contratos comportamentais, competências sociais	
M	Pode limitar o desenvolvimento do sujeito ou	Incluem outras variáveis que a prática clínica		Podem fazer a ligação entre a prática

	ser um potenciador da patologia	hospitalar não tem acesso		clínica hospitalar e a comunidade.
		Ligação entre técnicos de saúde e instituições de apoio na comunidade	Treino de atividades diárias, empregabilidade, articulação e psicoeducação de cuidadores	
N	Podem ser facilitadores ou barreiras no processo terapêutico com o doente	-		Importante o contributo de diferentes profissionais (multidisciplinariedade).
		Terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros	Intervenção individual, familiar, apoio em contexto domiciliário	

Apêndice E – Transcrição do grupo de discussão realizado com a equipa do DSM do HPH

Investigadora: Olá a todos novamente! Antes de mais obrigada pela paciência e ajuda para conseguirmos ficar todos em roda. Assim conseguimos ver-nos a todos. O objetivo deste grupo de discussão é fazer uma devolução das respostas que deram no preenchimento dos questionários de modo a que possamos refletir em conjunto ao ter as respostas todas juntas, e igualmente para se fazer uma avaliação final do projeto. Vamos a isso? Ora, no questionário foram feitas perguntas com enfoque em duas temáticas: a primeira, na reabilitação psicossocial de sujeitos com patologia mental. Assim, relativamente à primeira pergunta: Na sua prática clínica quais as estratégias que utiliza para promover a reabilitação de pessoas com patologia mental, houve quem respondesse que faz a orientação de pessoas para o Programa Integrar, outras para o Serviço Social, referência para instituições com atividades ocupacionais (de saúde ou comunitárias), envolvimento de familiares, trabalho motivacional para a mudança de comportamento, criar com o doente um plano individual de cuidados, escuta ativa, desenvolvimento de competências. Portanto, uma série de coisa. Agora, no fundo, gostava de saber, vendo agora as opiniões todas juntas, qual a análise que fazem? Se é suficiente, se não é? O que é necessário, o que não é? O que vos parece?

Profissional A – Deixe-me perceber Joana...

Investigadora – No fundo, quero devolver-vos estas respostas, as vossas respostas, para que possamos pensar até alto.

Profissional B – Eu acho que a maior reflexão é até a dificuldade, ou seja, nós até sabemos aquilo que devemos fazer, para onde às tantas poderíamos orientar, mas depois por exemplo em termos de instituições, por exemplo até mesmo desenvolvimento de competências. Ou seja, é esse o objetivo, a forma como o alcançamos, ou como temos as estruturas disponíveis, essa é a grande dificuldade. Porque apesar de tudo, nós fazemos o que fazer, mas depois, ao não termos as estruturas, além das dificuldades inerentes ao doente, pois sabemos que existem dificuldades intrínsecas, mas os recursos que temos acabam por ser escassos. Nomeadamente, no serviço social, temos logo aquela lacuna ao

não ter uma assistente social a trabalhar connosco nesta área, que esteja mais sensibilizada para a problemática doente psiquiátrico que, apesar de tudo, seria uma pessoa que estaria mais com conhecimento de causa acerca das instituições que até podiam não ser vocacionadas para doentes com patologia psiquiátrica, mas que poderíamos recorrer aos recursos, assim através de alguma proximidade. Portanto, aproximação com essas instituições. Por isso, são mesmo as dificuldades em articular com as estruturas que possam existir.

Profissional A – Mas é curioso refletirmos também que estamos a ver uma equipa que trabalha junta e que tem estado a absorver o mesmo modelo, e não deixa de ser curioso que algumas pessoas tenham dito assim uma coisa, uma mais restrita, outra tentando conduzir para o Programa Integra, outra “Escuta ativa”, ok, escuta ativa é mesmo nada! Não, é muito mas esperem aí, nós estamos num processo de mudança...

Profissional L – É muito importante.

Profissional A – É muito importante, sim, mas o que se utiliza para promover a reabilitação, bom... “Desenvolvimento de competências”, sim, excelente mas, pragmaticamente, sim, como? Portanto, de facto, está ali tudo mas não deixa...

Profissional C – Falta a prática.

Profissional A – Sim, mas a mim o que me faria sentido era se calhar que todos nós tivéssemos podido escrever aquilo tudo. Mas reparem, cada pessoa, optou por uma daquelas coisas. Portanto, apesar de tudo, é assim...

Profissional L – Significa que não existe em nós a ideia percebida de que existe uma rede montada para estas situações

Profissional A – Exatamente, é aí que eu quero chegar.

Profissional L – E as respostas refletem mesmo isso, não é? Está tudo muito no início.

Profissional A – Concerteza que está. Isto é centrado nas estratégias que utiliza, porque depois na prática, nós estamos muito mais sensibilizados para esta necessidade, mas ainda estamos... Eu fico ainda muito amarrada no sentido de saber o quê? Como? Não é?

Profissional C – Ou seja, é preciso criar um modelo de atuação.

Profissional A – Exatamente.

Profissional C – De modo a que estejamos todos sincronizados

Profissional L – A remar todos para o mesmo lado.

Profissional A – É isso, é isso.

Profissional C – Depois ainda falta individualizar ao doente, mas pelo menos que o modelo de atuação seja...

Profissional A – Haja uma visão mais sustentada.

Investigadora – Ok, obrigada. A segunda centrou-se nas áreas da vida dos sujeitos que consideram que a reabilitação psicossocial deverá envolver. E as respostas foram estas: treino de competência/autonomização, autocuidado, socialização, integração socio ocupacional e profissional, reabilitação socio-ocupacional e quando possível profissional, é feita esta ressalva, rede social, família, relação com os outros, área dos afetos e recuperação do efeito da institucionalização. Portanto, em relação a isto o que é que... Devolvo-vos agora. Estas respostas todas que foram dadas...

Profissional A – Mais uma vez, eu até estava a perguntar aqui à Diana, que já não me recordo, se no questionário nós tínhamos coisas para assinalar ou se não...

Investigadora – Não, era resposta aberta.

Profissional L – Era para escrevermos.

Profissional A – Pois, era resposta aberta, exatamente, o que levou a que escrevêssemos o que mostra o quanto nós não temos a tal visão assim...

Profissional D – Mas eu acho que a questão de termos que escrever é diferente (risos). Acho que nós estamos mais habituados às cheklists...

Profissional A – Às cruzinhas, sim.

Investigadora – Mas isto foi mesmo para que...

Profissional D – Isto foi mesmo para nós pensarmos, sim.

Profissional A – Claro.

Profissional D – Mas é sempre uma dificuldade.

Investigadora – Ok. Está? A outra questão teve a ver com quem deveria ser o responsável pelo processo de reabilitação psicossocial de sujeitos com patologia mental, e aqui houve quem respondesse: psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Houve quem respondesse psiquiatra, enfermeiro especialista, assistente social e terapeuta ocupacional. E as outras hipóteses... Pode ver-se que o assistente social e o terapeuta ocupacional são os mais referidos. Há quem diga que somente o psiquiatra, somente o enfermeiro. Depois há quem responda que deverá ser o profissional que melhor conhecer o doente. Portanto, aqui também estamos... há opiniões...

Profissional C – Isto já alvo de discussão entre nós. E que às tantas a resposta não deve ser taxativo que é um determinado elemento de uma determinada área, mas vai ter a ver também às tantas com o conhecer o doente, a empatia que tem com o doente acrescido às tantas daquela área em que o doente tem maior carência, ou seja, a área específica que precisa de ser mais trabalhada. Cada doente tem depois, dentro das várias dificuldades, algumas em que alguns parâmetros estejam mais carenciados. Cá está, decisão individualizada.

Profissional D – Ali fui eu que referi o enfermeiro especialista por estar a pensar que é o enfermeiro que vai criar, com o doente, o plano individual de cuidados e a partir daí é que tudo isto se desenvolverá, não é? Acho que foi por isso que eu escrevi Enfermeiro especialista.

Profissional A – Mas ali diz “Quem devia ser o responsável”, não diz, quem é que participa, não é? Portanto aqui, estávamos a tentar perceber aquela ideia de...

Investigadora – **No fundo é aquela situação do gestor de caso que já tínhamos falado.**

Profissional A – Sim, o gestor de caso.

Profissional L – O terapeuta de referencia, talvez. Pode ser qualquer pessoa, a pessoa em que o doente confia mais, o importante é que confie não é? Que tenha mais empatia...

Profissional B – Acho que o gestor de caso acaba por ir mais ao encontro do que a Dra C acabou de dizer. Depende da área em que está mais... A mais necessitada.

Profissional C – Nas áreas diferentes do processo terapêutico isto pode transitar, ou seja, a dada altura, já não precisa tanto deste tipo de acompanhamento por exemplo, se estamos numa fase em que a medicação ainda tem um papel predominante, às tantas faz sentido que seja realmente o psiquiatra, depois mais tarde, às tantas pode ficar mais, por exemplo com a enfermeira, até se há trabalho no terreno, está mais em proximidade com o doente, quer dizer isto é algo que é mutável ao longo do processo terapêutico, de certa forma. Tem é de ser delineado em determinadas fases, haver sempre alguém que seja o terapeuta, o responsável, mas é algo que pode ir mudando ao longo do percurso. Até por ausências.

Investigadora – **Mas acham que em cada fase um determinado profissional, ou estarem todos, como consideram...**

Profissional C – Acho que tem de haver um responsável.

Profissional A – Também acho.

Profissional C – Se não...

Profissional B – Nunca deixando a equipa de estar envolvida.

Profissional A – Até para o doente é mais fácil ter alguém, que identifica como... a quem recorre.

Profissional C – Até ao nível da documentação, por exemplo, se existe determinado dossier que será para se ir preenchendo. Será este responsável que vai zelando se está tudo a decorrer dentro da normalidade. Se falta algum registo, às tantas ver se falta alguma informação e estar atento a lacunas que possam existir. Se não existe ninguém responsável, as lacunas vão estar lá e não vai ninguém estar a zelar por elas. Tem de haver sempre um responsável. Se há alguma mudança ao longo do processo terapêutico, tem de ficar muito bem definido que houve essa mudança.

Profissional A – Eu acho que essa mudança não vai ajudar...

Profissional C – Sim, mas...

Profissional A – Acho que fica em aberto haver mudança, mas se a coisa muda muito, mas... Mas ter aqui alguém que seja o fio condutor.

Profissional C – O importante é considerar aqui a possibilidade de haver mudança. Geralmente, a haver mudança... Será mais pensando naquela fase mais ativa, para uma fase em que a situação já engrenou e às tantas...

Profissional B – Pode haver essa necessidade.

Investigador – Depois, o segundo parâmetro, digamos assim, tinha que ver com a prestação de cuidados na comunidade, e uma das perguntas era: Considera que o contexto natural de vida dos sujeitos tem influência na manifestação, manutenção e/ou melhoria da patologia? Todos responderam que sim, e as repostas foram mais uniformes, ou seja, referem que o ambiente tem impacto e pode perpetuar e potenciar o quadro clínico; dos mais importantes fatores de repercussão psicopatológica; Deve-se atender ao modelo biopsicossocial da doença. Portanto, vai tudo muito neste sentido. Referem que é fundamental o apoio sociofamiliar para a melhor evolução da patologia. Portanto, aqui todos dizem que sim, que a influência é muito grande.

Todos – Não há comentários a fazer (risos).

Investigadora – Fica registado (risos). Pronto, outra questão: No seu entender, intervenções que decorram nos contextos naturais de vida dos sujeitos serão benéficas no processo de reabilitação dos mesmos? Aqui novamente todos em sintonia e dizem

que sim, para o treino de competências e otimização de recursos de suporte social; evitam o desenraizamento dos doentes; maior reprodução do contexto vivencial dos doentes; permitem uma generalização mais eficaz das competências adquiridas no contexto prático do dia-a-dia dos doentes; permitem o treino de competências sociais e nas atividades de vida diária... Portanto aqui...

Profissional C – É mesmo tudo isso que aí está.

Investigadora – Ok, está tudo?

Todos – Sim.

Investigadora: A outra diz: Que profissionais considera que deveriam desenvolver estas intervenções. Portanto, referente a intervenções na comunidade. Aqui novamente, portanto: assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional; há quem diga técnicos de saúde e sociais com formação específica. A terceira resposta é igual à primeira; Depois, profissionais de saúde, técnicos sociais, representantes de órgãos sociais. Há quem refira a equipa multidisciplinar; terapeuta ocupacional, técnico de serviço social e enfermagem; Aqui também há várias opiniões, mas lá está, aqui refere-se a intervenções na comunidade. O que é que têm a dizer?

Profissional C - Apesar de tudo, não acho que seja tão heterogénea a resposta, quer...

Investigadora – Acabam por andar...

Profissional C – Vai tudo dar mais ou menos no mesmo. Quer dizer, apesar de tudo não costuma ser tanto a equipa médica, são as pessoas da assistência social, a enfermagem eventualmente. A enfermagem penso que será aqui a parte que poderá ser... se nalguns casos, também contemplar a enfermagem, noutros não. Porque eu penso que, se a enfermagem estiver envolvida nestes cuidados no terreno, na comunidade, é mais por escassez de recursos nas outras áreas, porque se nós formos a ver, apesar de tudo a enfermagem até pode fazer os domicílios, não costuma ser tanto neste âmbito da intervenção no terreno. Se estamos a utilizar isso é porque não temos também grande alternativa e será uma mais valia para todos. Penso que talvez essa é a classe profissional que está aqui um pouco mais indefinida porque de resto acho que é consensual, acho a assistente social... Aparece ali psicólogo e pronto, aí não tenho tanto ideia de ver o psicólogo envolvido no terreno, acho que não fará tanto sentido, na minha opinião.

Profissional L – Eu nestas áreas, acho eu também vai depender um bocadinho da motivação das pessoas, porque acho que é mais forte a motivação do que o cargo profissional, portanto...

Profissional C – Mas referes-te aos doentes ou aos profissionais?

Profissional L – Aos profissionais.

Profissional C – Por isso é que é bom, técnicos com formação específica, porque à partida são pessoas que...

Profissional L – Claro, claro, à partida...

Profissional C – À partida mas...

Profissional L – À partida, mas eu acho que é uma área muito sensível, e acho que a motivação intrínseca de cada pessoa, de cada profissional, determina muito mais a qualidade das intervenções. Porque por exemplo, eu gosto muito de trabalhar no terreno, de estar na comunidade, até gosto. Se calhar há colegas meus que gostam mais de gabinete. Esse aspetos são muito importantes, tem muito a ver com o perfil das pessoas. A perceção que eu vou tendo é essa.

Profissional C – Eu acho que é por causa disso, por exemplo, quando a enfermagem está envolvida, acho que a enfermagem tem a mesma dificuldade que nós médicos neste tipo de intervenção no terreno. A nossa formação, não se coaduna com...

Profissional L – É isso.

Profissional C – Não se coaduna com este tipo de intervenções. Quem ouve as descrições da Joana como ela trabalha, é algo que é contra o nosso modelo de atuação, quer dizer, contra a nossa formação. Nós somos demasiado, porque muito que tentemos, por muito que gostemos, somos demasiado diretivos (risos). E é nesse aspeto que acho que a parte da enfermagem, o facto de ela poder estar mais envolvida no terreno, neste caso é também porque não temos grande alternativa. Porque se não... A enfermagem pode ter um papel importante em regime de domicílios, não é tanto nesta questão de trabalhar em específico a reabilitação social, estruturas.

Profissional B – Neste caso é só mudar o local onde se vai fazer a entrevista, não é?

Profissional C – Exatamente.

Profissional B – Fazer no domicílio.

Profissional C – Sim, no fundo para garantir que os cuidados que seriam prestados no hospital e nos centros de saúde sejam no terreno, mas não tem a ver especificamente com reabilitação psicossocial...

Profissional A – Eu não sei, eu acho que já estou muito formatada das UCC'S, não sei quê... Eu, para mim, sim, os enfermeiros então numa equipa que está a trabalhar em ambulatório, nesta fase, para mim, sim eu, mas não sei queria até ouvi-las (às enfermeiras) porque não sei como é que na vossa formação...

Profissional B – Este programa que está a ser implementado em Barcelos, é o técnico social e o enfermeiro que fazem os domicílios.

Profissional C – Lá está, mas aí, vai mais do que nunca depender do perfil da pessoa, porque a nossa formação não acho é que... Quem ouve a descrição da Joana, não é o nosso modelo de atuação...

Profissional B – Sim, não é o modelo da Joana, não é igual.

Profissional A – Sim, não é o modelo de atuação de base, mas talvez os enfermeiros sejam mais...

Profissional C – Sim, na comunidade, mas lá está é porque são pessoas que têm um perfil pessoal, características pessoais, do que propriamente formação. E é algo que ou estão recetivos a aprender o novo modelo de atuação, ou se nos estamos a centrar apenas na formação. Quer dizer, nós somos... contextos profissionais podemos pensar que é a nossa formação que nos ajuda até é a criar um determinado papel. Neste caso eu não acho seja a nossa formação a integrar esse papel. Acho que tem de ser mais do que o perfil da pessoa...

Profissional A – Gostava de ouvir as senhoras enfermeiras, gostava de sentir, até para o futuro. Como é que vocês veem a vossa...

Profissional B – Ao nível do treino de competências, psicoeducação, tudo bem, é o papel da enfermagem mas, por exemplo, o papel da Joana no terreno tem sido muito diferente, completamente diferente. Todo o trabalho é de uma riqueza enorme. Completa todo o trabalho da equipa multidisciplinar.

Profissional J – Até porque como o enfermeiro, tem uma intervenção no domicílio. São diferentes intervenções que são necessárias e complementam-se.

Profissional B – Exatamente.

Profissional C – Mas complementam-se. Se nós estamos a usar a enfermagem para substituir o papel da Joana, é porque não temos alternativas. Porque podiam ser dois técnicos com intervenções a complementar, mas pronto, jogamos com as cartas que temos na mesa, e às vezes encontramos as soluções de compromisso, vamos dizer assim.

Profissional B –Eu também concordo perfeitamente. Completam-se no terreno, não se sobrepõem de forma alguma. Completam-se mesmo. Mas é muito importante o papel da Joana. Eu se estivesse no domicílio, não fazia o que a Joana está a fazer.

Profissional C – Ou seja, podemos ter um estágio com a Joana, ou seja, nós temos a mais-valia de irmos percebendo o modelo de atuação da Joana e, apesar de tudo, tendo vontade até podemos ir ao encontro deste modelo de atuação. Mas lá está, é a título de formação pessoal, não de formação profissional. A nossa formação não é..

Profissional A – Eu queria discutir isto no seio da equipa, não queria uma discussão teórica, está bem? (risos). Portanto, em termos práticos...

Profissional C – Aquilo que nós estamos neste momento a apostar é, usando a equipa de enfermagem que ótimo, ainda bem que a temos, ainda por cima as Enfermeiras que têm estado muito em articulação com este trabalho todo que a Joana foi fazendo, como as enfermeiras das UCC's, porque é aquilo que nós temos, mas é algo... A sensação que eu tenho é uma atitude expectante, é ver no que dá. Acima de tudo ir sensibilizando os enfermeiros, por exemplo, naquele caso da ... (nome de uma doente), quando articulei com a enfermeira da UCC tentei transmitir o máximo possível o tipo de atuação Joana, no sentido de dar a entender que realmente nós temos uma forma de agir, por exemplo com (nome da doente, que não resulta, mesmo, somos demasiado diretivos. Em que às vezes os objetivos, e a Joana foi-me sempre transmitindo nas descrições que é os objetivos vão sendo sempre delineados passo a passo, e nós temos a tendência para ter os objetivos lá em cima e estamos a caminhar para aquele. Isto tem que ser por passos muito pequeninos. Se nós damos um passo em falso, corremos o risco de perder logo o doente. São doentes que são muito difíceis de trabalhar.

Profissional G – Isso tem a ver com defeito profissional dos médicos, mais ligados à área médica. Se calhar precisamos de técnicos com uma formação mais social...

Profissional C – É isso mesmo. Nós estamos a trabalhar na ausência de técnicos específicos.

Profissional G – Devíamos ter técnicos da área social para terem mais essa perspetiva.

Profissional C – Mesmo quando nós estamos aqui a falar na assistente social em proximidade connosco, mesmo um assistente social dificilmente terá esta capacidade que a Joana tem. Porquê? Porque a Joana tem formação na área da reabilitação psicossocial. Um assistente social, ainda na altura falámos, vai depender do perfil da pessoa: se ela gosta disto, se ela se envolve neste tipo de trabalho.

Profissional G – Para isso há assistentes sociais mais ligados à área médica, mais à comunidade... e também eles depende da orientação que tenham, não é?

Profissional C – Exato, estamos a falar numa perspetiva geral. O Plano de Saúde Mental, ok, é tudo muito bonito, mas não estão criadas, por exemplo, cá está, entidades profissionais que deviam estar integradas nas equipas multidisciplinares que se coadunam com esta questão da reabilitação psicossocial. Está mais um modelo um pouco retrogrado que é: assistente social, médico... quer dizer, eu não estou a criticar. É melhor do que nada mas apesar de tudo acho que deixa sempre uma grande lacuna neste trabalho no terreno, sem dúvida. Precisávamos de pessoas que tivessem este tipo de mestrado em reabilitação psicossocial sempre integrados nestas equipas mas não vejo possibilidade. Quer dizer, não é algo...

Profissional E – Não te esqueças que há também terapeutas ocupacionais que têm esta formação comunitária.

Profissional C – Sim talvez os profissionais que mais se assemelhem ao trabalho da Joana possam ser os terapeutas ocupacionais. Mas acho que apesar de tudo não têm um trabalho tão vocacionado no terreno, é a ideia que eu tenho...

Profissional D – Em Inglaterra, as terapeutas ocupacionais, nós ficámos maravilhadas porque iam com os doentes mesmo à rua, fazer comprar, ao supermercado, como iam pagar e não ser enganados.

Profissional C – Mas cá em Portugal, vocês acham que isto em Portugal...

Profissional D – Esta área da Joana, da reabilitação psicossocial, é muito, muito específica.

Profissional C – Mas em termos de contratação, digamos assim, vamos pensar. Seria o terapeuta ocupacional? Não acho que às tantas seja, porque as terapeutas ocupacionais, cá em Portugal não acho que sejam vocacionados para isso.

Profissional B – Faz parte da comunidade, não têm é tido treino.

Profissional J – Mas uma terapeuta ocupacional numa instituição com 500 utentes não pode... Porque se ele tivesse disponibilidade... Mas 3 ou 4 utentes podiam ser acompanhados de outra forma.

Profissional B – Nós enfermeiros também temos formação, não temos é treino.

Profissional M – Vamos ver, a Joana acompanhou dois utentes não foi?

Investigadora – Sim.

Profissional M – Vamos imaginar que a Joana necessitava de acompanhar 20, seria feito da mesma forma este trabalho?

Investigadora – **Mas também foi opcional serem só dois para ser algo sustentado.**

Profissional M – Mas o número tem de ser limitado, certo?

Investigadora – Certo.

Profissional M – Vamos imaginar 10?

Investigadora – **Para que seja possível quando se iniciar... Ou seja, quando um terminar, digamos assim, ficar já mesmo.... Para se iniciar com outro, porque se não fica tudo por alto. Mas os efeitos a longo prazo.**

Profissional M – Isso é evidente mas quantos é possível acompanhar?

Investigadora – **Acaba por ser tempo investido, digamos assim. É mais tempo, mas é um investimento porque depois se calhar é possível assegurar que a nível de quedas...**

Profissional M – Eu pergunto-lhe ao contrário, Joana. Quantos doentes era possível acompanhar?

Investigadora – **É assim, eu também estava contexto curricular.**

Profissional A – Sim, a Joana estava a testar.

Investigadora – **Depende... Eu estava uma vez por semana com as pessoas.**

Profissional A – Certo.

Investigadora – Por exemplo, cada dia por semana com uma pessoa dava perfeitamente.

Profissional M – 5 portanto?

Investigadora – **Por exemplo.**

Profissional A – É assim, a Joana esteve cá por dois anos portanto nós, estivemos um bocadinho observadores. Se a Joana estivesse na equipa iria ser quase que catalisador da nossa própria intervenção.

Profissional C – Sim, quase que nos vinha estagiar...

Profissional A – Ou seja, tudo isto potenciava mais, porque havia depois pequenas pontes que depois permitiria às senhoras enfermeiras fazer, a assistente social fazer. Se calhar houve áreas que a Joana fez, e não precisava de ter sido ela, podia ter sido a assistente social. Ou seja, tudo isto é exponenciado pela participação, nem que seja minor, dos outros profissionais.

Investigadora – **E é assim, tudo o que eu fiz, não fiz nada sozinha. Isto funcionou porque estivemos sempre em permanente comunicação nestes casos, com estas pessoas, com a Profissional C, com a Profissional B, com a Profissional J também, com instituições da comunidade, portanto, foi uma comunicação sempre muito presente e todos em conjunto, no fundo, a remar para o mesmo lado. E foi isso que fez com que a coisa funcionasse. Não somente porque eu estava, mas porque tudo funcionou ao mesmo tempo. E não intervenções simultâneas desagregadas umas das outras.**

Profissional L – É o tal modelo que...

Profissional M – Integrado.

Profissional L – ... Nós há pouco falámos, que é a necessidade de o termos definido.

Profissional C – E lá está, embora sejam coisas demoradas, porque são doentes complicados... Se fosse um doente em que ela estivesse connosco para conseguir abarcar mais doentes é obvio... É quase que haver uma lista de espera para entrar nesta intervenção, sabendo que a dada altura a Joana nota que as coisas realmente já podem passar. É um pouco aquela ideia do terapeuta até de referência, pronto, porque as coisas depois ficam automatizadas é a sensação que eu tenho. É essa a mais-valia. A Joana... Sinto que as coisas já engrenaram, apesar de tudo. Dentro das dificuldades que sentimos, pronto, pelo menos o principal foi feito e já permitia dar uma nova admissão e passar a pasta para as outras partes profissionais, pronto. Funcionava, agora... É preciso alguém que saiba realmente o que está a fazer (risos).

Investigadora – **Ok. Depois, que tipo de intervenções deveriam ser desenvolvidas? E as respostas foram: treino de competências; aqui deduzo que seja a necessidade que existe ao nível de fóruns socio ocupacionais, residências assistidas; autonomização nas tarefas do dia-a-dia e gestão das atividades de vida diária; dirigidas ao plano individual de cada doente; e integração na família e comunidade, integração a nível profissional, recovery. Aqui parece que estão em sintonia...**

Profissional L – É mesmo isso.

Investigadora – Ok. E esta considera relevante a presença de profissionais psicossociais nas equipas de saúde mental? Todos disseram que sim.

Todos – (Risos)

Investigadora – Disseram que: permite uma visão mais abrangente; essencial intervenção multidisciplinar; têm formação específica na área; abordagem holística; técnicos e profissionais habilitados, competentes e especializados na área; podem fornecer um complemento de atuação a níveis de comunidade, que é muito importante na integração do sujeito. Vai ao encontro daquilo que...

Profissional L – Falta aí uma: redução do stress do técnico de saúde mental...

Todos – (risos)

Profissional L – Que assim sabe para onde orientar melhor o sujeito, sem que se veja aflito ao tê-lo na mão, sem saber para onde o manda... Cada vez que o doente sai, nós ficamos angustiados... Daí que a parte social seja muito importante. É isso que nós sentimos diariamente.

Investigadora – Ao nível do questionário, está feita a devolução. Portanto, as perguntas foram estas, as respostas foram estas, e obrigada. Foi muito interessante esta reflexão que aqui foi feita. Portanto, agora, só mais umas perguntas para então afunilarmos e avaliarmos em traços gerais a pertinência do projeto, em si. Mas primeiro, qual a opinião que têm, e isto já foi um pouco abordado agora, mas a opinião acerca da articulação e complementaridade entre o setor de saúde o setor social. Portanto, devem estar separados, deve haver uma... já foi aqui falado, mas se houver mais alguma coisa que queiram acrescentar... Portanto, qual a importância desta articulação, complementaridade, em vez de serem contextos tão distantes como ainda estão.

Profissional L – Eu acho que a saúde é social. Acho que a própria divisão é artificial. Acho que o setor da saúde é um setor social, ponto.

Profissional C – E só havendo esta articulação é que podemos contemplar que situações tão individualizadas possam ser integradas em estruturas ou intervenções de âmbito social. Porque as estruturas que nós temos, e é o que vou vendo com alguns doentes é que é sempre tipo... Uma integração numa determinada estrutura, até é uma estrutura que está... pronto, vamos ver, vamos experimentar, porque se vamos a ver em termos de critérios de referência, daquela pessoa para aquela determinada instituição às tantas nem estava bem enquadrada. Pronto, sem esta articulação não conseguimos entregar

peessoas que, de outra forma, iriam ficar perdidas. Quer dizer, não teriam onde ficar, e mesmo assim é muito difícil...

Profissional A – Isso tem que haver uma sensibilização grande do setor social. Ou seja, sim, ok, o setor da saúde andou a absorver o modelo comunitário, andou a não sei quê, mas isto não foi trabalhado ao nível das estruturas sociais e portanto, de alguma maneira está... A expectativa é que sejam os próprios serviços locais de saúde a fazer essas articulações com o setor social. Isto é uma missão demasiado exigente para quem está absorvido até às orelhas de clinica, não é? Falta aqui também este trabalho de... Mas quer dizer, também acho que nós equipas não nos podemos demitir de aproveitar pequeninos passos para irmos junto ao setor social. Penso que temos de ser nós, aproveitando quando eles estão disponíveis.

Profissional B – Mas ao nível da autarquia, por exemplo cá, nós somos uma unidade local de saúde, portanto, sendo uma unidade local de saúde, automaticamente devia haver também uma aproximação da autarquia, porque muitos dos nossos utentes já têm técnico social no terreno. E esse técnico social também nunca se interessou em contactar os serviços e quando... Já fiz um domicílio e constatei que realmente, eles limitam-se à parte económica quer dizer, que o dinheiro chegue. Rigorosamente mais nada. Portanto, há que haver uma aproximação dos serviços da autarquia, tentar ver, conhecer bem os técnicos que estão no terreno e dar ao mãos e avançar...

Profissional C – Nos nossos doentes temos várias situações em que o doente até acho que não tem assistente social, por exemplo, de referência, porque a partir do momento em que ficou reformado, ou que tem um RSI, aquilo que lhe foi transmitido é que já não precisa da ajuda do assistente social, quer dizer... Às tantas (risos) precisa mais do que nunca de reabilitação quer dizer, dá logo para ver qual o objetivo primordial da visão deles. É a parte financeira e o resto...

Profissional D – Há um assistente social que gere os RSI's e portanto, se nós lhe telefonarmos ela nem sabe de quem é que nós estamos a falar. Obviamente que terá muitos casos e portanto é um elemento com quem eu estaria, por exemplo, a tentar articular que não está capaz de tratar disso, não é?

Profissional L – Uma das dificuldades que sinto é na articulação com o local de trabalho dos ossos doentes. Seja pelo facto de, também pela dificuldade que eles têm no exercício da atividade, e cada vez é mais importante a articulação entre nós e o local de trabalho. É

uma área sobretudo nos doentes em vida ativa onde sinto muitas dificuldades. Não sei se vocês têm também esta dilema...

Profissional C – Sem dúvida, depois também com a medicina do trabalho, quer dizer, também cá está, os objetivos da medicina do trabalho não se coadunam com os nossos objetivos, quer dizer, são visões diferentes...

Profissional L – A questão da hora de saída, do excesso de horas, explicar um bocadinho que o excesso de horas não é tão bom porque ele vai entrar de baixa dentro de muito pouco tempo, o que para a entidade também não é bom. Como é que nós comunicamos com estas entidades, depois é muito difícil.

Investigadora – **Em relação à questão da aproximação comunidade-hospital, como é a Profissional E que está a gerir isto (risos), como é que...**

Profissional E – Eu estava aqui a pensar que depende sobretudo da agenda das autarquias. Aquilo que nós temos sentido é que às vezes não é muito confluyente com as nossas necessidades, com aquilo que nós precisamos. O que nós precisávamos era que estivessem mais sensibilizados para as particularidades da patologia mental, e os interesses, ou melhor, os assuntos privilegiados pela autarquia neste momento são outros. Também passa por nós fazermos aqui uma luta e uma sensibilização para a importância disto na comunidade, mas não tem sido assim tão fácil como nós gostaríamos. E acho que quem tem feito a articulação com os parceiros sociais tem tido essa noção. Eu não sinto tanto essa dificuldade com os locais de trabalho e com a medicina no trabalho, até tem sido fácil. Mas pode ser uma questão particular do doente e dos locais de trabalho com quem articulo, mas mais com as estruturas na comunidade. Mesmo assistentes sociais na comunidade...

Investigadora – **Mas de reconhecerem essa importância?**

Profissional E – E de darem as respostas efetivas que nós precisamos, adaptadas as nossos doentes. De conhecerem a realidade do que é um doente mental, e sobretudo um doente mental grave. Nós de facto sim, precisamos de dinheiro mas muitas vezes precisamos mais de apoio com a medicação de alguns doentes e sobretudo integração em estruturas reabilitativas que eles desconhecem.

Profissional D – Apesar de ser difícil articular pelo telefone, eu acho que que o fórum da AFUA que é fácil, porque eles no fundo são, e eu gosto de dizer a brincar, são uma filial do Magalhães Lemos.

Profissional C – Mas que não está a funcionar de uma forma reabilitativa...

Profissional H – Não é difícil articular com eles, mas a resposta, quanto a mim, não é a mais adequada. Porque no fundo, tem um espaço onde as pessoas podem ir, mas há poucas atividades e pouco trabalho de reabilitação.

Profissional L – A dificuldade em articular com as estruturas sociais pensam que poderá ter a ver com algum tipo de preconceito? Esta resistência social pode ter a ver com isso? Ainda... Se calhar pode haver doentes que recebam mais suporte do que doentes de saúde mental. Não sei, eu estou a levantar a questão, mas este é um trabalho talvez mais para a Joana descobrir. Mas é um bocadinho, se estas resistências sociais que nós sentimos, mesmo com técnicos de saúde, possa ter a ver um pouco com a questão do preconceito.

Profissional C – Eu tenho sentido isso, e acho que é uma questão mesmo de informar. Eu tenho sentido com uma assistente social uma evolução muito curiosa, que era uma assistente social que no início, a sensação que eu tinha, é que se havia algum assunto para falar sobre algum doente, havia um certo evitamento dos casos. Assim uma coisa sempre muito a complicar ainda mais a situação. Atualmente é sempre, a primeira reação é “mas não dá, não dá”, ou seja, porque é tudo proposto num âmbito de um caráter especial. Porquê? Porque não temos estruturas apropriadas para um doente com doença psiquiátrica. Por isso será sempre um pouco, experimentar e ver no que dá, pela falta de alternativas. Agora o que eu noto, é muito engraçado porque ela própria no início mostrava-se assim algo resistente, depois fica a pensar, é capaz passado uma semana: “posso falar consigo? Já estive a pensar melhor.” Noto que, apesar de tudo, está muito mais permeável a refletir pelo menos acerca do assunto, o que é ótimo (risos).

Profissional A – Ou seja, viu o caso funcionar de uma muito diferente da expectativa dela.

Profissional C – Exatamente. Ou seja, não está formatada para pensar de outra forma.

Profissional A – Tem de ver.

Profissional B – Mas esse já foi um grande trabalho.

Profissional C – Sim, mas nota-se que é uma pessoa que no início sentia é difícil, e pensava que assim não consigo resposta. Gosto de ver que há uma certa permeabilidade agora de irmos discutindo um caso. Se depois resulta em algo em concreto, quer dizer, é algo que até pode nem estar dependente dela, não tenho a mínima dúvida, mas pelo menos há esforços para que possamos pensar em conjunto, que é isso que eu preciso. E é assim, até me pode dizer que não tem nenhuma legitimidade, mas quer dizer essa parte social eu

não consigo saber como funcionam e agora já consigo discutir com ela aquilo que é possível e o que não é, já é bom... Mas é difícil.

Investigadora – Pois, também faz falta esse trabalho de sensibilização mesmo do lado de lá para que percebam o que é isto, não é?

Profissional A – Sim, mas uma sensibilização pragmática, não vale a pena mais palestras sobre o que é e o que não é. Só funciona no terreno, se estivermos juntos com eles, para eles se atreverem a irem mais longe...

Investigadora – Através de um exemplo...

Profissional A – Sim, eles só percebem assim...

Profissional C – Através de um caso que sai fora daquele registo que é normal, e que até corre bem, também já ficam mais permeáveis a uma futura situação. E porque não experimentar? Não temos muito a perder. Quer dizer, já é uma flexibilidade maior para estarem em articulação, mas tem mesmo de ser passo a passo (risos).

Investigadora – A outra é uma reflexão centrada nas pessoas com doença mental como co construtoras do seu próprio processo de reabilitação, juntamente com os profissionais.

Profissional A – Subscrevemos (risos).

Profissional C – Este é o modelo da tua atuação, mesmo, sem dúvida nenhuma.

Profissional A – É, é.

Profissional C – É aquilo que nós achamos “é mesmo isto”, mas depois queremos por em prática e não sabemos. É a sensação que eu tenho. É preciso aquela subtileza, paciência não é? (risos). Muita paciência para realmente conseguir que sejam eles os co construtores do plano deles, o que não é fácil para nós...

Investigadora – Sim, lidando com a frustração de ver recuos, quase que “não, não vás para aí mas se tens que ir por aí vai, que eu já te agarro (risos).

Profissional L – E isso só se se consegue se acreditarmos no próprio doente também, que ele é capaz de o fazer. Acreditar que ele é capaz.

Profissional M – E dando-lhe tempo.

Investigadora – Sim, ir ao ritmo dele.

Profissional L – Sim, e é isso que funciona melhor. Num tempo mais largo, para que seja ele a escolhe, isso seria o ideal. Escolher e assumir as consequências.

Profissional C – É essencial, mas a nossa formação é muito intolerante à frustração.

Profissional L – É isso.

Profissional C – Às tantas a Joana consegue tolerar a frustração e a dada altura sentimos que isto não se conseguiu, às tantas ele não estava preparado ou não quer ir por aí. Isto implica uma frustração da nossa parte que se às tantas estivermos a investir naquele ideal que se calhar não se concretiza. Quer dizer, e isso é uma grande dificuldade.

Profissional B – Tanto que eles leem muito bem o que nos vai na mente.

Profissional D – E eu acho que só assim poderá resultar. De outra forma eram só mais outras diretrizes.

Profissional C – É isso, e com intervenções diretivas temos de estar sempre nós ali envolvidos modo eterno. Mas só sendo com este modelo é que podemos contemplar que, a dada altura, o técnico que esteve a investir naquele caso já pode passar para outro porque às tantas a situação já ficou autonomizada, digamos assim.

Investigadora – **Ok. Portanto, como avaliam o projeto “Reabilitar em Saúde Mental: uma abordagem integrada, integral e participada” ao nível das práticas. Portanto, trazer este modelo...**

Profissional L – Há alguma escala? (risos)

Todos – (risos)

Investigadora – **Não (risos). Pergunta aberta, sempre pergunta aberta. Portanto, em traços globais. Ao nível de reflexão, intervenção não, não estamos aí ainda. Ao nível, no fundo de reflexão acerca da reabilitação, o que é, como se pode fazer a articulação entre profissionais.**

Profissional A – Eu acho que foi fundamental. Eu falo por mim, esta mudança, esta tentativa de mudança de como pensar os doentes. Foi fundamental isto para quem quer trabalhar na comunidade. Quer dizer, a Joana caiu no momento certo, no sentido de... Se não nós também estaríamos aqui muito, digo eu, se calhar vocês que veem doentes que eu não vejo, se calhar também já teriam chegado lá. Mas eu, que estou mais cá no hospital, não teria olhado para isto, e continuado a pensar que... que a dificuldade estava por não termos assistente social, e eu francamente já não é nada assim que eu olho para isto. Isso é fundamental mas está a anos-luz de resolver as nossas necessidades.

Profissional M – É isso.

Profissional A – Foi esta a grande...

Profissional C – A grande conclusão a que chegámos.

Profissional A – A grande conclusão que eu tiro disto.

Profissional C – A nossa lacuna não é só... Quer dizer, se tivéssemos seria uma ajuda, mas para este contexto de reabilitação psicossocial precisamos de mais, sem dúvida nenhuma.

Profissional L – Portanto, avaliamos em como alterou as nossas visões sobre como reabilitar o doente, que é a coisa mais importante.

Profissional A – Sim, e ter que olhar para estas equipas de saúde mental que têm que ter “Joanas” (risos). Têm que ter este profissional. Eu nunca tive esta visão, a minha equipa multidisciplinar estava muito aquém. Pronto, e tenho 25 anos disto e é assim, estava aquém. Obrigada Joana (risos).

Todos – (risos).

Profissional B – Acho que foi mesmo reabilitação do técnico de saúde mental (risos). Sem dúvida, é imprescindível, não tenho dúvidas.

Todos – (risos)

Investigadora – E agora, lá está, quem esteve mais próximo das duas pessoas foi a psiquiatra de ambos, a Enfermeira, e com tudo aquilo que fui partilhando, e vocês tiveram muita paciência. Obrigada por me ouvirem imensas vezes, em que fui partilhando tudo aquilo que se ia passando. Portanto, como avaliam, já foi um bocadinho falado mas, em traços gerais, a intervenção realizada com duas pessoas na comunidade, como foi feita...

Profissional C – É assim, para nós que conhecemos os doentes como estavam no início, e como estão agora, não tem nada a ver. Quer dizer, nunca contemplávamos que uma *Esperança* pudesse ter a perspectiva de vir a frequentar algo, porque estamos a falar em dificuldades intrínsecas porque, não só a patologia psiquiátrica, uma esquizofrenia, acrescida de um contexto sociofamiliar que sabemos ser desfavorável e um atraso intelectual, quer dizer, não esperaríamos muito. E o que é certo é que neste momento, até no contexto atual familiar em que está que é de mudança e que vai ser exigente no futuro, se ela estivesse como estava no início as coisas iriam ser muito mais complicadas. Quer dizer, ainda lhe iria ser cortado mais a possibilidade de ela ter algum tipo de projeto socio ocupacional no futuro. Enquanto neste momento, independentemente do que aconteça lá em casa, ela está integrada num determinado projeto socio ocupacional e que possa até perspetivar. Ter algum grau de autonomia. Algo que acho que era impossível contemplar o início.

Profissional B – Muitos passos deu ela no terreno, não foi Joana? Porque cada passeio dado com a Joana no final era mais uma conquista.

Investigadora – Porque ela precisa mesmo ali de alguém ali... E também, não há como fugir, o facto de termos idades próximas ajuda e muito.

Profissional M– Claro.

Investigadora – **O tratamento por tu. Portanto, tudo isso baixou ali...**

Profissional B – E no sentido da autonomia, no auto cuidado, muitas conquistas.

Investigadora – **Sim, porque com ela houve ali muito afeto, muita proximidade, muito afeto, muita paciência...**

Profissional C – De mão dada de outra forma.

Investigadora – E ela também, mesmo com as dificuldades que tem, ela foi testando, portanto eu vou ver se consigo ao máximo se tu ficas mesmo aqui, ou então, se vais ficar frustrada e não é? Ok, eu posso mesmo confiar e deixou-se ir, deixou-se ir. Há muita coisa ainda a fazer mas.. Por exemplo, ela agora vai já ao centro de saúde autonomamente tomar a injeção e depois quando lhe pergunto: “Então *Esperança* como estás, como te sentes em ir sozinha?”, ela diz “Bem, porque eu consigo”.

Profissional C – É uma voz ativa agora, porque no inicio era uma pessoas particularmente apagada... Aliás, o início do teu envolvimento com a *Esperança* foi uma coisa quase por acaso em que estou a pensar em casos para orientar para isto e “vou ter agora uma *Esperança*, não te importas de avaliar?”, ou seja, era uma miúda que eu não conseguia entender porque senta-a muito apagada. Não conseguia perceber o enquadramento socio familiar, a ter realmente um pai que dentro de algumas qualidades que tem, abafava em completo esta voz da *Esperança* pois, mesmo quando ele não estava presente no gabinete, eu sentia que ela não tinha ali espaço para expor algum projeto que ela tivesse. E realmente agora, a postura dela está completamente diferente. Ela entra primeiro, tem uma voz ativa, zanga-se (risos), quando há alguma coisa com a qual não concorda, algo que dantes não, estava ali para tudo o que lhe dissessem. Isso é uma mudança que já ninguém a tira, independentemente do que aí vem para o futuro. Portanto, foi aqui uma lufada de ar fresco, realmente.

Investigadora – **Lá está, e pequenas coisas: o modo como ela olha nos olhos agora, que não olhava, o modo como ela transferia as respostas para outra pessoa, portanto, faziam-lhe uma pergunta “*Esperança* do que gostas?”, e ela “ não sei”, ou então usar**

muito o esquecimento “eu esqueço-me”. Mas agora não. Agora aguenta, até aguenta aquela pressão de ser questionada e ser ali colocada no meio das decisões. Nas reuniões que teve com a Escola da V., e neste momento com a Escola da A. também, ela inicialmente é mais fácil “Joana, tenho dúvidas faz tu as perguntas, amanha-te tu com as perguntas que eu fico aqui no meu lugarzinho”. Agora não, já tem o papelinho, e na escola da Areosa levou o papelinho, tirou o papelinho do bolso, leu as perguntas e foi comunicando com a técnica, de vez em quando olhava para mim ou para o pai numa de “preciso aqui de um pouco de suporte”, mas, tudo bem. Portanto... É giro.

Profissional C – É difícilimo (risos). E com o Sr, *Manuel* também houve grandes mudanças.

Profissional B – E com a Esperança houve a mudança de enfermagem no domicílio, e passei à colega que agora está a dar seguimento. Portanto, há sempre que fazer as mudanças na altura certa.

Investigadora – Pronto, agora um momento um bocadinho meloso, pode ser? Uma coisa assim pirosinha, não é simples. Tenho necessidade de vos agradecer pela paciência. Então, o que vos vou mostrar aqui é um textinho que eu tenho já nos agradecimentos da relatório. Portanto, é uma coisinha simples... Não sei se conseguem ler todos, se querem que eu leia? Acho que conseguem.

Profissional C– Pode ler Joana.

Investigadora – Portanto, Aos profissionais do Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano pela oportunidade e disponibilidade com que me receberam, e por terem permitido que eu entrasse no seu “mundo”. Por terem confiando em mim, e me terem feito sentir como parte da equipa. Sinto-me grata a todos, sem exceção, mas dirijo um especial e terno agradecimento à Profissional A. Agradeço toda a sua afetividade, receptividade a novas ideias e por ter confiando em mim, o que permitiu que fosse iniciado o desbravamento de caminhos novos, nunca antes percorridos pelo DSM, que foram sempre realizados em conjunto. Foi muito gratificante e enriquecedor o ano e meio de contacto que representa um marco na minha formação profissional e humana, e que estimarei sempre no decorrer do meu percurso, mantendo a esperança de que, um dia, seja possível, eventualmente, que os nossos caminhos se voltem a cruzar!

Profissional A – Acho que a Joana merece palmas!

Todos – (risos e palmas)



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
Departamento de Saúde Mental

PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL DE CUIDADOS

EQUIPA DE REFERÊNCIA:

- MÉDICO/A DE FAMÍLIA –
- PSIQUIATRA –
- PSICÓLOGO/A –
- ENFERMEIRO/A –
- ENFERMEIRO/A DE FAMÍLIA –
- TÉCNICO/A SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DA ÁREA DE RESIDÊNCIA –
- TÉCNICO/A SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL (HPH) –
- INTERVENTOR/A PSICOSSOCIAL –
- TERAPEUTA DE REFERÊNCIA -

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. HISTÓRIA SOCIO FAMILIAR E PESSOAL:

NOME –	PROCESSO CLÍNICO:
	SNS:
DATA DE NASCIMENTO -	Idade (2016)
MORADA –	
ESTADO CIVIL –	
AGREGADO FAMILIAR –	
HISTÓRIA E DINÂMICA FAMILIAR – Genograma	
HISTÓRIA ESCOLAR -	



HISTÓRIA PROFISSIONAL -
RENDIMENTOS AUFERIDOS E DESPESAS MENSAIS –
HÁBITOS E ROTINAS –
Alterações -
INTERESSES –

2. HISTÓRIA CLÍNICA

2.1. HISTÓRIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA E PSICOLÓGICA

HISTÓRIA DOS ACOMPANHAMENTOS ANTERIORES (NESTA INSTITUIÇÃO OU NOUTRAS)
- DIAGNÓSTICO, TIPO DE TERAPÊUTICA, MEDICAÇÃO, DURAÇÃO
HISTÓRIA DE ACOMPANHAMENTO A FAMILIARES

HISTÓRIA DOS ACOMPANHAMENTOS ATUAIS (NESTA INSTITUIÇÃO OU NOUTRAS)
- DIAGNÓSTICO ATUAL – - MEDICAÇÃO EM CURSO – - ÚLTIMA CONSULTA: - RESUMO – - DATA PRÓXIMA CONSULTA –
HISTÓRIA DE ACOMPANHAMENTO A FAMILIARES

2.1.1. DEPENDÊNCIAS

	APLICA-SE/NÃO SE APLICA	QUANTIDADE
TABACO		
ÁLCOOL		
SUBSTÂNCIAS ILICITAS		
FÁRMACOS		
OUTROS		
HISTÓRIA DE CONSUMOS		

2.2. HISTÓRIA DOS ACOMPANHAMENTOS NOUTRAS ESPECIALIDADES

--

3. SUPORTE SOCIAL E RECURSOS COMUNITÁRIOS

PESSOAS SIGNIFICATIVAS E SUPORTE COMUNITÁRIO
Mapa de redes
RECURSOS COMUNITÁRIOS DISPONÍVEIS NA ÁREA DE RESIDÊNCIA
SERVIÇOS E COMÉRCIO
ALIMENTAÇÃO E OUTROS BENS DE PRIMEIRA NECESSIDADE -
SAÚDE E CUIDADOS AO NÍVEL DA IMAGEM –
SERVIÇOS PÚBLICOS –



TRANSPORTES –
COMÉRCIO TRADICIONAL-
OUTROS –
LOCAIS DE CULTO
EDUCAÇÃO E AÇÃO SOCIAL
ENSINO
CULTURA, LAZER E DESPORTO

4. PROBLEMAS, NECESSIDADES E POTENCIALIDADES

PROBLEMAS	NECESSIDADES
POTENCIALIDADES	

5. INTERVENÇÕES A DECORRER

INSTITUIÇÃO	TIPO DE ACOMPANHAMENTO
	- periodicidade ...

6. PROGRAMA INTEGRAR

PRIORIZAÇÃO PROBLEMAS	INTERVENÇÃO	FINALIDADE



6.1. DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES PELOS TÉCNICOS

ESTRATÉGIAS MÉDICAS	ESTRATÉGIAS PSICOSSOCIAIS

6.2. AVALIAÇÃO

Periodicidade...

6.2.1. AVALIAÇÃO SEMESTRAL

Colocar datas para estas avaliações.

Ex. Maio 2016

Novembro 2016

OBSERVAÇÕES

--

Apêndice G: Plano Individual de Cuidados e Formulário de entrevista inicial
 – Programa Integrar

Nº	<i>Problema/ necessidade</i>	<i>Plano de acção/resposta (data)</i>	<i>Monitorização</i>	<i>Responsável</i>
1				(pessoa com DM)
				(pessoa com DM)
2				(pessoa com DM)
3				(pessoa com DM)
				(pessoa com DM)

Formulário de Entrevista Inicial

Nome	Idade
Processo	<u>Preferencial</u>

Centro de Saúde	**
Médico de Família	*
Enfermeiro de Família	*
Psiquiatra	*
Psicólogo	*
Enfermeiro	*

I - História Sociofamiliar/Pessoal

- 1) Estado Civil
- 2) Agregado Familiar
- 3) Progenitores
- 4) Irmãos
- 5) Relação Conjugal
- 6) Filhos
- 7) Habilitações Académicas
- 8) Habilitações Profissionais
- 9) Rendimentos Pessoais

II - Rede de Suporte Social

ASSISTENTE SOCIAL

III - Atividades de Vida Diária

- 1) Mobilidade
- 2) Sono
- 3) Apresentação geral

IV - História Psiquiátrica

- 1) Diagnóstico
- 2) Internamentos prévios
- 3) Evolução da doença
- 4) História toxifílica
- 5) Regime de acompanhamento
- 6) Adesão ao regime terapêutico
- 7) Antecedentes familiares psiquiátricos
- 8) Checklist de problemas ativos

V - Antecedentes Médico-cirúrgicos

- 1) Medicação habitual

*

VI - Comportamento de Risco

VII - Alergias

Apêndice H – Folha de registo – Programa Integrar

Junho de 2016

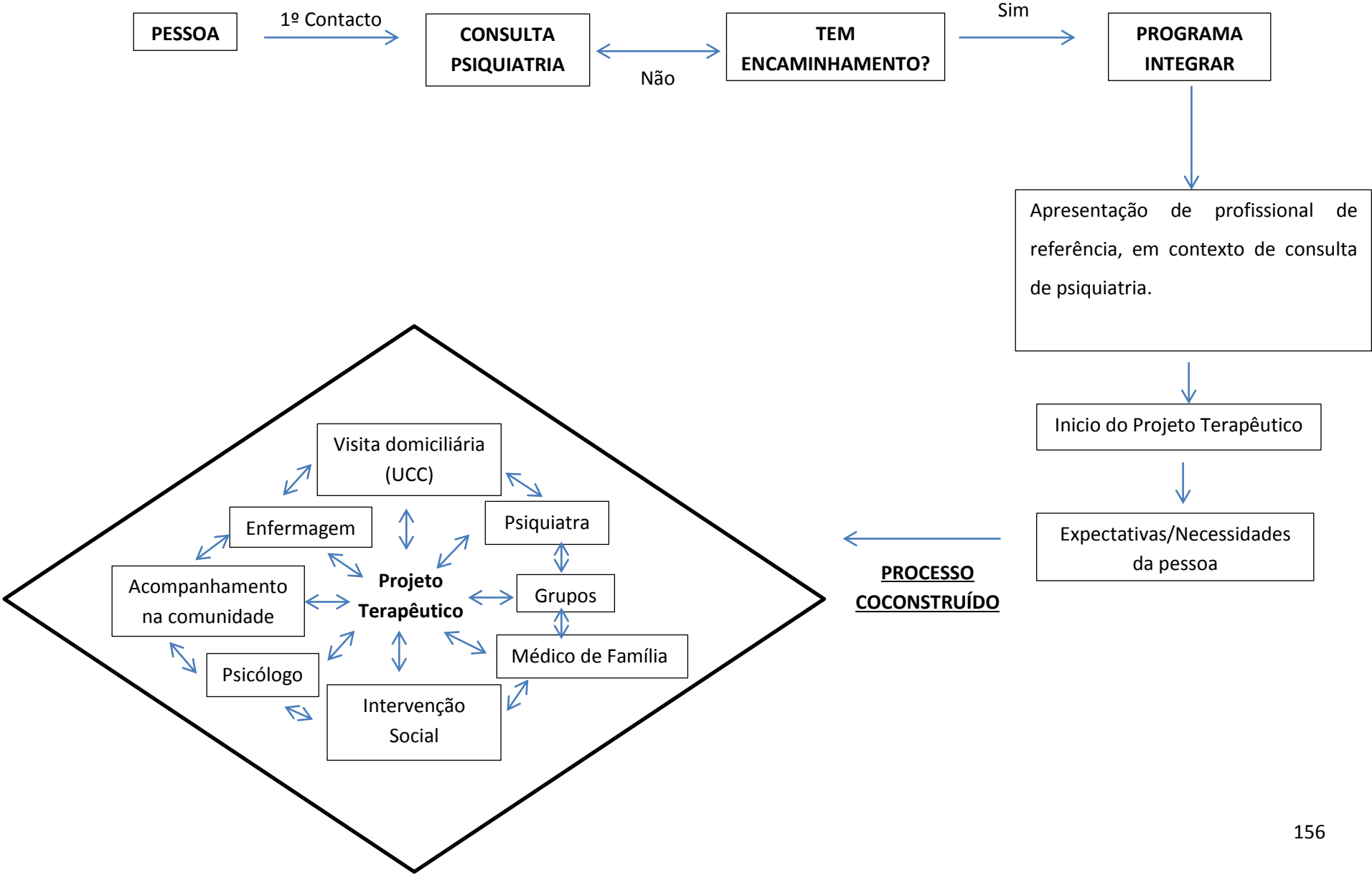
PESSOAS INSCRITAS NO PROGRAMA INTEGRAR

NOME	PR.	SNS	PSIQUIATRA	MOTIVO REFERENCIAÇÃO	DATA INICIO/FIM
					TOTAL:

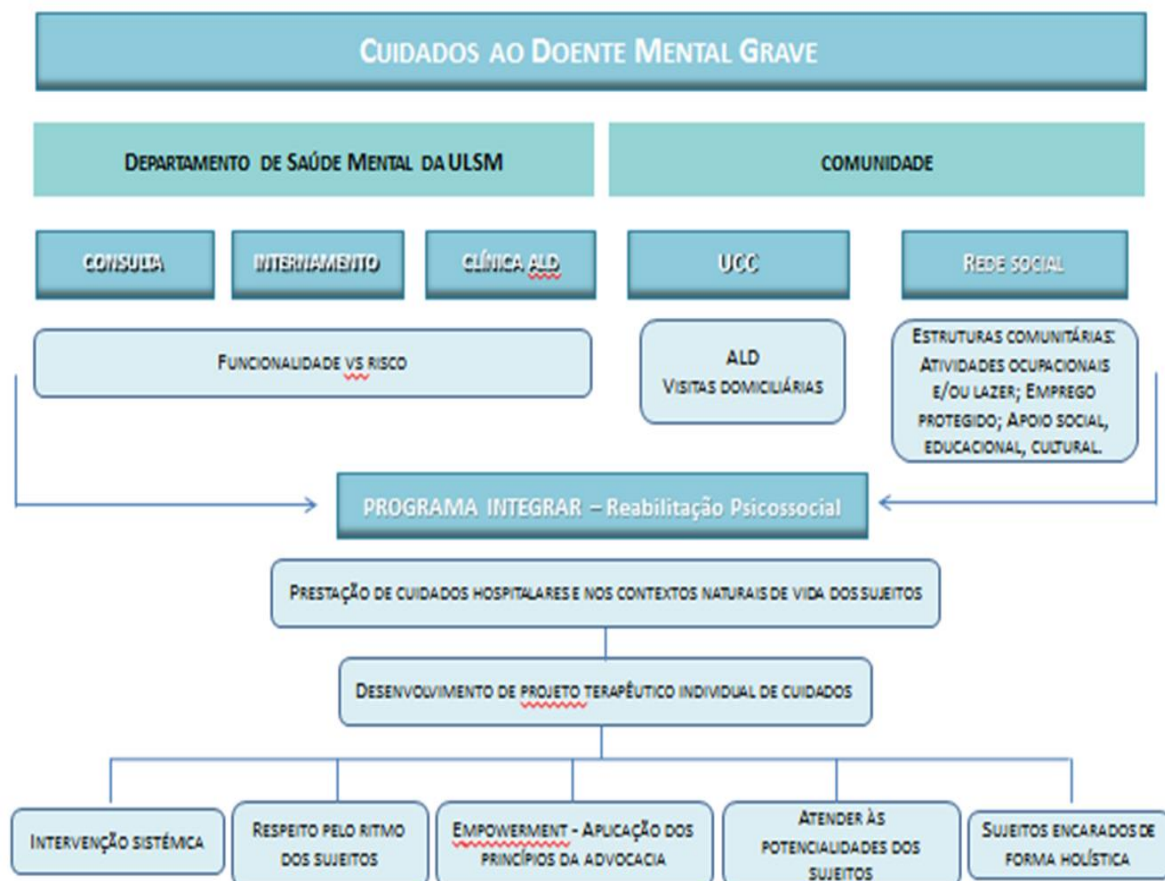
PESSOAS INSCRITAS MAS ATUALMENTE A NÃO FREQUENTAR

NOME	Pr.	SNS	PSIQUIATRA	MOTIVO REFERENCIAÇÃO	DATA INICIO/FIM	MOTIVO SAÍDA
						TOTAL:

FLUXOGRAMA PROGRAMA INTEGRAR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL PEDRO HISPANO



Apêndice J – Fluxograma do Programa Integrar



Apêndice K – Transcrição entrevista de avaliação do projeto – Enfermeira

Investigadora: Como avalia o projeto “Reabilitar em Saúde Mental: Uma abordagem integrada, integral e participada”, ao nível do desenvolvimento do Programa Integrar (participação na definição das linhas orientadoras como critérios de referência, folha de registos, criação de fluxograma)?

Profissional B – Com a colaboração da Joana no terreno, foi fundamental para que conseguíssemos determinados objetivos, porque até a Joana entrar, baseava-se mais numa atividade profissional, mais... em gabinete propriamente dito. Com a Joana conseguimos, portanto, no contexto domiciliário de proximidade, articular com várias instituições e promover de uma forma mais dirigida a reabilitação psicossocial do doente. Sem essa intervenção mais localizada era impossível atingir os objetivos conseguidos com os dois doentes que entraram no projeto. Com o trabalho da Joana houve também um trabalho ao nível documental que era quem participava no programa, definição no fundo das linhas orientadoras do programa, quem referencia os doentes e havia um registo na plataforma de intranet dos doentes que começavam a entrar no Programa. Também obrigou, de alguma forma, o médico assistente do doente, a pensar de uma forma global sobre o doente para o poder passar a outros grupos profissionais. Em reunião de serviço ele era apresentado, e a partir daí era delineado, mais ou menos, o plano individual de cuidados que pretendíamos numa fase inicial para o doente. Como já disse anteriormente, com a ajuda da Joana, eu falo na Joana (risos)... que foi fundamental, porque também participava nas reuniões de serviço, além de nos reunirmos várias vezes, no mínimo semanalmente para falar sobre o doente, e o caminho que o doente estava a percorrer. Aí seria também detetada alguma necessidade pontual e aí seria feita uma intervenção por parte do médico, da enfermagem, ou de outro grupo profissional, mas seriam aí também delineadas as necessidades complementares no processo de reabilitação do doente. Claro que, ao acompanhar o doente no terreno, a sensibilidade era totalmente diferente da parte da Joana, o que levava a uma adesão muito maior do utente às atividades que estava, no fundo, delineadas para ele.

Investigadora: E ao nível dos profissionais, sentiu que se conseguiu que houvesse uma maior proximidade entre profissionais e uma reflexão mais constante ao nível das intervenções?

Profissional B – Sem dúvida nenhuma, uma riqueza muito grande a nível profissional, porque muitas das vezes como nós estamos numa prática mais fechada, sentimos no fundo uma descoberta que até esse momento não existia da nossa parte, porque com o que a Joana nos trouxe dos contextos naturais de vida do doente apercebíamos-nos de uma forma mais global as necessidades do utente e da família em si.

Investigadora: E o Programa Integrar acaba por ser conduzido muito pela Enfermeira, não é? Acaba por ser um trabalho um pouco isolado?

Profissional B – Sim, mas com a colaboração da equipa multidisciplinar que essa está muitas das vezes... Está e vem questionar sobre o doente antes da consulta porque poderá, eventualmente, ter necessidade de introduzir alguma coisa mais, por isso, está muito atento também ao progresso do doente.

Investigadora: Mas acha que este projeto conseguiu, de alguma forma, aproximar e...

Profissional B – A equipa multidisciplinar, sem dúvida. Mais unidos aí e a remar penso que, para o mesmo lado, onde, anteriormente, já haviam registos individuais de cada profissional, mas muitas das vezes não são lidos no fundo, como são lidos agora. Portanto, há um grande interesse por parte de todos os profissionais envolvidos no processo de recuperação do doente. Esta dinâmica de grupo veio e muito melhorar e estreitar a colaboração entre grupos profissionais.

Investigadora: Ao nível da intervenção, no que toca ao acompanhamento, já foi dito, mas concretamente em relação ao acompanhamento das duas pessoas...

Profissional B – Foi fundamental, eu penso que os doentes sozinhos, no seu contexto natural de vida, não conseguiam dar os passos que deram se não fosse com acompanhamento profissional. E aí foi fundamental ter um técnico no terreno para dar continuidade a todo aquele trabalho que é feito, no fundo, em gabinete. Para ser implementado, necessita mesmo desse acompanhamento para se fazer a ligação entre as instituições que estão também a colaborar na reabilitação do doente.

Investigadora: E em relação às pessoas terem um papel ativo? Ou seja, até se ter que andar um bocadinho mais devagar de modo a que seja também a pessoa... ou seja, em vez de haverem sugestões, seja a pessoa...

Profissional B – Só era possível assim, dessa forma, porque sem dúvida nenhuma, que na doença mental grave ele é que é o verdadeiro perito na doença, é ele que tem os sintomas, e muitas das vezes varia de pessoas para pessoa. Está inserido num contexto de vida, ele é que sente as suas fragilidades, as suas necessidades, e nós entramos aí, onde notamos que ele realmente sente essa necessidade. Nós podemos dar-lhe a mão, e ele se aceitar, sem dúvida nenhuma que seguimos pelo caminho a seguir, e só assim é que teremos... Se o doente não vir essa necessidade, como já aconteceu, numa situação em que o doente se sentia recuperado, e farmacologicamente ele via que estava muito bem, que estava no habitual dele... Portanto, quem somos nós para alertar para o que o doente não vê necessidade de reabilitação. A não ser que o trabalhemos até que ele sinta essa necessidade, mas só conseguimos trabalhar se ele conseguir ver. Neste dois casos, foi excelente, eles conseguiram... Sentiram essa necessidade, e fomos ao encontro, e caminhamos passo a passo com eles.

Investigadora: No que se refere à articulação entre o Hospital e as instituições na comunidade, como avalia esta proximidade, e até a pertinência de haver este caminho porque até mais do que a integração em instituições, procurou-se uma inclusão nos próprios contextos, com o apoio de instituições. Portanto, como avalia todo este processo?

Profissional B – Acho que isso é um pouco cultural também no nosso país. Muitas instituições existem, muitas delas com o mesmo objetivo, mas no fundo, se não derem as mãos, há esforços que eram desnecessários. Com estes dois doentes foi excelente porque houve esse elo de ligação. A Joana no terreno conseguiu agendar reuniões, e conseguiu essa proximidade e era o nosso elo também instituição. Portanto tudo o que era delineado lá fora nas instituições, era do nosso conhecimento, era também, provavelmente com a ajuda dos profissionais de cá algum apoio a delinear objetivos futuros. Sem a Joana, provavelmente, vai ser muito difícil... Deveriam estar essas instituições também vocacionadas para isso, de ter o objetivo de interligar com todos os serviços de saúde mental aqui na área metropolitana do Porto. Penso que no futuro poderá também ser, eventualmente, melhorado isso, e haver interesse de ambas as partes de se aproximarem e de ir ao encontro do doente porque sabemos que o doente não nos procura, nós é que temos de ir atrás do doente. Com este projeto sem dúvida

nenhuma que ficamos a conhecer aquilo que seria o ideal no nosso trabalho com a pessoa com doença mental grave.

Investigadora: Muito obrigada!

Apêndice L – Transcrição entrevista – Departamento de Ação Social e Saúde da Câmara Municipal de Matosinhos

Investigadora: Qual o papel que considera que as autarquias podem ter no trilhar de caminhos que promovam a reabilitação e inclusão de pessoas com patologia mental?

Dra M.J. – A autarquia tem várias funções, e uma das mais importantes é a criação de sinergias, que são sinergias em que o objetivo é fazer uma avaliação dos recursos existentes na comunidade, e de que forma é que esses recursos podem responder às necessidades. Neste caso, às necessidades das pessoas com patologia mental. E a Câmara contribui, por exemplo, apoiando essas instituições, criando sinergias entre as instituições, entre, por exemplo, a ULSM e a AFUA. Promovendo ações... Nós já fizemos há uns anos atrás, eu não quero estar a dizer assim uma data errada mas, salvo erro, não sei se foi por 2011, não tenho assim a data registada... Fizemos as formações no âmbito da saúde mental, em que o nosso grande parceiro foi uma entidade que é a Encontrar+se... Isto é, a Câmara, é uma das suas funções, promover ações que trabalhem o estigma, em que se responde às necessidades do concelho, necessidades que estão, de alguma forma, diagnosticadas. Por exemplo, uma das ações que a Câmara faz... Conhece a AFUA?

Investigadora – Sim.

Dra M.J. – Pronto, a Câmara cedeu instalações à AFUA para que ela pudesse ter o seu Fórum Socio Ocupacional e ter duas unidades de vida protegida. A função da autarquia será rentabilizar os recursos existentes, facilitar as sinergias entre diferentes parceiros, mesmo na sua organização de aquilo que são as atividades da autarquia... Tudo aquilo que são atividades da autarquia, para além da saúde, como por exemplo o ambiente, as questões da mobilidade, todas elas já devem ser pensadas numa perspetiva de promoção de qualidade de vida. E obrigatório vamos bater aqui, não é? Portanto, a Câmara apoia o desenvolvimento de ações. Promove e apoia o desenvolvimento de ações no âmbito da saúde mental.

Investigadora – Só retomando um pouco àquilo que disse, entre a ULSM e a AFUA, tem a ver com essa cedência de espaço? Só explorar um pouco mais.

Dra M.J. – Não, não tem a ver com a cedência do espaço. Tem a ver quando há... Imagine, nalguma questão de comemoração do dia da saúde mental, nós convidamos diferentes

entidades que atuam no âmbito da saúde mental, em que o objetivo é a partilha de informação com a comunidade, e de alguma forma, nesses espaços... São espaços privilegiados para que as entidades também se conheçam e para que possam também partilhar informação. É mais por aí. Nós promovemos essas sinergias quando existem atividades em que se justifique a presença das duas (ULSM e AFUA)...

Investigadora – Certo. Já acabou por explorar também esta questão seguinte que tem a ver com a necessidade da rede entre a autarquia e os departamento de saúde mental...

Dra M.J. – Exatamente, porque a Câmara tem uma posição privilegiada para conseguir, de alguma forma, mediar, as relações entre instituições e outras entidades que se calhar, de outra forma, poderiam não contactar, e então nós, sempre que podemos, potenciamos a relação entre as entidades... Nós temos uma rede social do concelho, que funciona com as diferentes comissões, mediante as freguesias e onde... O trabalho da Câmara é um trabalho que dá privilégio à parceria, ao trabalho em rede,

Investigadora – E por exemplo, falou na questão do estigma, de coisas mais macro, digamos assim, mas há algum trabalho mais, eu não direi micro, mas mais condensado. Por exemplo, existe a carta social que lá no DSM foi apresentado, que a diretora do serviço de psicologia este reunida e...

Dra M.J. – Sim, foi criada quase que um guia, digamos assim, das iniciativas, das respostas que existem no concelho que, de alguma forma, os profissionais da área da saúde mental poderão utilizar como recurso para aplicar na terapia que estão a exercer...

Investigadora: Mas mesmo essas estruturas, acha que estão preparadas para as especificidades das pessoas com patologia mental, que são muito particulares. Passaria até para a outra questão neste mesmo sentido: Que espaço de participação é que as pessoas terão nestas instituições, também é algo que... Também espaços protegidos. Se isso acontece, se não acontece?

Dra M.J. – Nós temos... Está a falar concretamente em quê?

Investigadora – Imaginemos que o DSM tem uma necessidade de...

Dra M.J. – Eu estou a pensar numa das questões que foi colocada lá no guia, na carta... Que é, um dos recursos que nós temos é o Projeto Vem, que é um projeto de voluntariado. E se calhar aí encaixa um bocadinho na sua questão. Por exemplo, neste Projeto Vem, é feita primeiro uma seleção de cada candidato, depois efetuadas formações e as pessoas têm que seguir alguns critérios, pois já há critérios previamente definidos, e

as pessoas são alvo de formações para poderem ser voluntárias. Então depois temos, obviamente de encaixar os pedidos, com o perfil das pessoas. Mas todas essas pessoas são orientadas e acompanhadas nesse processo de voluntariado. Ninguém é deixado sozinho, ao acaso, há um acompanhamento e, mediante o perfil da pessoa, e mediante a necessidade, e mediante o seu pedido, também, portanto há pessoas que têm mais vocação para trabalhar com crianças, há pessoas que... Por isso, de alguma forma vamos imaginar, há uma situação de alguém acompanhado, por exemplo, pela Dra M. (diretora do serviço de psicologia do DSM), e que considera que será uma mais valia para aquela pessoa se ela fizesse um trabalho de voluntariado.

Investigadora: Por exemplo, há a atividade de realização de pequenas reparações domésticas. Há pessoas acompanhadas pelo DSM com conhecimentos em eletricidade, coisas do género, portanto, daria?

Dra. M.J. – Perfeitamente. Até porque, este exemplo que lhe dei do projeto de voluntariado em Matosinhos, é um projeto em que o próprio voluntário é dotado de competências e preparado para algumas situações que não estaria a contar, mas está preparado, e é devidamente acompanhado. Não é ser voluntário, por ser voluntário, isto é, as pessoas não são deixadas sozinhas, até porque a Câmara está a assumir uma responsabilidade para com a pessoa que irá receber o voluntário em casa. Por isso, as pessoas são bem acompanhadas, e este é um exemplo de projeto de sucesso, onde as pessoas com patologia mental podem perfeitamente ser integradas. Primeiro porque, quando as pessoas são encaminhadas para este projeto, por exemplo, por parte do serviço de psicologia da ULSM, são pessoas que já estão devidamente acompanhadas e que em princípio estarão compensadas. E há um acompanhamento por parte do serviço da ULSM, e há um acompanhamento por parte do Projeto Vem, as pessoas não são deixadas, são bem orientadas... Eu acho que é um exemplo, um excelente exemplo de integração. E agora, a Câmara não tem empresas de inserção, empresas de trabalho protegido, isso não tem. Sabemos que há um gabinete, que a AFUA tem, uma ou duas empresas de inserção, uma delas não sei bem como está, mas a outra existe na área da restauração, e que parece que está a ter bastante sucesso. Aliás, a Câmara apoiou obras no fórum socio ocupacional, de forma a facilitar a prática dessa empresa de inserção. E a Câmara foi apoiando nesse sentido, precisamente porque valoriza a importância da intervenção na saúde mental. No entanto sim, ainda consideramos que temos um

caminho longo para trilhar, e acho que esta rede de reabilitação psicossocial é fundamental, até para nos ajudar a definir o que é importante para o futuro.

Investigadora – Porque isto é algo tão complexo, não é? Esta questão da reabilitação psicossocial, e não é feito em linha reta, é feita de muitos avanços e recuos..

Dra M.J. – É verdade, mas há uma coisa de que não nos podemos esquecer, que são as prioridades da intervenção. A autarquia tem uma intervenção muito vasta. As nossas áreas de intervenção vão desde o ambiente, à saúde, à educação, e à comunicação, e então, há às vezes alguns estrangimentos orçamentais que poderão impedir o avanço com a rapidez desejada. E, por coincidência, nós estávamos agora a preparar a apresentação que uma vereadora da Câmara vai fazer esta semana, e estávamos as duas a dizer... a bater realmente nisto, a importância da intervenção na saúde mental, em que a divisão da promoção social não esqueceu, obviamente, mas não está a ir à velocidade que nós desejaríamos neste momento. Até porque já tínhamos com a ULSM, tínhamos preparado uma candidatura, que depois não foi aprovada... Mas já ficaram definidas algumas ações que seria interessantíssimas se pudéssemos pegar nelas e trabalhar, por exemplo, as questões do estigma.

Investigadora – Como, por exemplo?

Dra M.J. – A criação de alguns vídeos. Vídeos pequeninos, de sensibilização. Exatamente um trabalho sobre o estigma em saúde mental. É mais por aí, um programa dirigido à comunidade. Porque a comunidade também tem de conseguir integrar as pessoas com problemas de saúde mental.

Investigadora – Pois, a comunidade também tem de estar preparada para receber. A pessoa não é só reabilitada unicamente, não é?

Dra M.J. – Claro, é isso mesmo.

Investigadora – Em relação às instituições, concretamente, e tentando explicar melhor a pergunta que fiz à pouco: Acha que as instituições, de diversas áreas, estão preparadas para receber pessoas com doença mental? Ou seja, até que ponto, para além daquela visão de que a pessoa com patologia mental é encarada como “coitada”, não é tanto ouvida a sua voz, a sua vontade. Portanto, neste sentido de inclusão em empresas várias...

Dra M.J. – Mas aí eu estarei a dar a minha opinião pessoal, não enquanto técnica da Câmara. E eu explico-lhe porquê, uma coisa é se eu tivesse aqui o feedback dos

constrangimentos que têm existido por parte das pessoas com patologia mental quando tentam ser integradas em determinados sítios têm recusas. Eu não tenho esse feedback. Tenho essa percepção enquanto psicóloga.

Investigadora – Mas considera que seria interessante fazer essa análise mais específica?

No fundo, preparar um bocadinho o terreno para depois de conseguir perceber...

Dra M.J. – Daí é que é o trabalho... O trabalhar o estigma na comunidade. De alguma forma, ultrapassar os mitos todos que existem à volta da saúde mental, que são tantos, e que estão tão enraizados infelizmente. É um trabalho fundamental que muito possivelmente irá ter repercussões aí ao nível do que me está a dizer. Agora eu não posso dizer se existem resistências ou não, porque eu estou aqui enquanto técnica superior de psicologia na divisão.

Investigadora – Mas as ações contra o estigma são um pouco abrangentes ou?

Dra M.J. – Não têm que ser. Por exemplo, o que fizemos com a Encontrar+se, em que se fez um bom trabalho em relação ao combate ao estigma em que fizemos uma caminhada em que o objetivo é chamar à atenção. Tivemos já também há uns anos uma feira da saúde em que nós convidámos diferentes parcerias de diferentes áreas de intervenção, na área da saúde mental, em que dávamos oportunidades a que os munícipes pudessem visitar essas bancas, e de alguma forma pudessem ser sensibilizados pelos profissionais. Tínhamos, por exemplo, uma associação, que por acaso já não estamos há algum tempo, a ADEB, que sempre que nos pedem apoio, a Câmara dá esse apoio.

Investigadora – Que tipo de apoio só para ter uma ideia?

Dra M.J. – Apoio na cedência de espaços, por exemplo para poderem fazer as atividades deles, e nós fazemos uma cedência gratuita, exatamente para lhes facilitar a dinamização, e para que eles possam rentabilizar as suas verbas talvez para, publicidade, para angariar e ajudar mais pessoas. Neste momento não lhe posso dizer que tenhamos assim uma ação concreta para a saúde mental para trabalhar o estigma. Neste momento não temos no terreno, mas estamos a trilhar caminho nesse sentido, e o trabalho com esta rede, volto a reforçar, é fundamental. Porque pelo que eu entendi, esta rede, consegue congrega várias associações que trabalham na zona, coberta digamos assim, pela Área Metropolitana do Porto, e que conseguem criar aqui uma comunicação que, para além da partilha de conhecimento, aquilo que eu entendi também, é que além delas partilharem experiência, há associações que têm uma especificidade, e outras, outras especificidades

que se calhar dão mais relevância à formação, outras se calhar a outras, e elas de alguma forma acabam por facilitar os encaminhamentos umas para as outras, não é?

Investigadora – Depois outra questão também importante é a ligação que têm às universidades. Portanto, a investigação está muito presente.

Dra M.J. – Sim, dá um suporte científico e de credibilidade em toda a matéria que sai. E é importantíssimo, claro que sim. Mas agora, a Câmara continua a trilhar caminho nesse sentido.

Investigadora – Houve então essa reunião muito exploratória com a Dra Filipa Palha, o ano passado, mais ou menos?

Dra M.J. – Eu acho que foi este ano. Da rede acho que foi este ano... Foi na sequência da participação da autarquia naquela apresentação... A rede fez a apresentação, a comemoração em outubro, salvo erro, e no ano dessa comemoração eles estiveram mais do que um dia. E um dos dias foi destinado à função das autarquias, qual o papel das autarquias no combate ao estigma e neste apoio às pessoas com patologia mental. Não sei se saiu dali muita coisa, mas foi na sequência dessa apresentação que houve esta reunião com a Dra L.Q. (vereadora) que aceitou e ficou bastante interessada no trabalho da rede, e existe o interesse em trabalhar em parceria com a rede. Mas neste momento, ainda não nos foi possível, retomar este trabalho mas está na nossa agenda. São as sinergias o melhor que podemos fazer neste momento.

Investigador – Sim, até porque o cuidado promotor de reabilitação psicossocial terá de ser em continuidade...

Dra M.J. – Sim, não podem ser só ações pontuais. As ações pontuais são as ações para a comunidade, só que.. Na saúde mental, não podemos só trabalhar a comunidade, temos de trabalhar a pessoa com patologia mental e para isso não nos podemos restringir à ULSM, aos departamentos de psiquiatria e de psicologia, não. Temos de fazer mais. E a Câmara o que pode fazer? Facilitar a parceria, promover as competências daquela instituição que já trabalha no âmbito da saúde mental, facilitar o desenvolvimento das ações e das atividades, exatamente, que são mais dirigidas.

Investigadora – Portanto há um caminho ainda...

Dra M.J. – Há... Agora a questão é que também às vezes se reduz a pessoas com patologia mental às questões da depressão e da esquizofrenia, quase sempre. E as patologias de saúde mental são muito mais do que isso. Portanto, a Câmara também tem um papel

importante na parceria, por exemplo, com entidades que trabalham, por exemplo, com as questões da dependência. Isso também entra aqui no âmbito das patologias da saúde mental e aí temos um trabalho, se calhar, mais próximo.

Investigadora – Que atividades concretas é que estão a fazer nesse sentido?

Dra M.J. – Por exemplo, o Novas Metas, que é um projeto de redução de riscos e minimização de danos. Temos o Garantir Oportunidades que é o Go, temos trabalhos próximos com a Unidade de Alcoologia, com a ULSM também, em que a ULSM é nossa parceira no Novas Metas...

Investigadora – O Novas Metas é concretamente o quê?

Dra M.J. – É de redução de riscos e minimização de danos. É um trabalho mais com toxicodependentes, portanto, pessoas que estão em fase de recuperação, e em que a ULSM trabalha connosco como? Cede recursos humanos, a equipa de enfermagem e médicos que estão presentes na carrinha do Novas Metas. Depois, tem outros profissionais, para além dos da ULSM, tem outros.

Investigadora – O Projeto Go, sei que tem algumas atividades...

Dra M.J. – Sim, e é esse é um dos exemplos também. Agora, claro que a questão da maioria... isto também é um estigma, é algo que tem de ser trabalhado que é a redução da patologia mental a depressão e esquizofrenia.

Investigadora – Talvez aconteça por falta de conhecimento, como referiu, não é?

Dra M.J. – É assim, nós temos ações mais abrangentes mas mais específicas para as dependências por exemplo, mas entra aqui, encaixa aqui. Só que claro que há outro tipo de consequência associada que se calhar reforçou a necessidade de intervenção nesta área. Enquanto se calhar nós não temos dados suficientes que nos permitam dizer qual é o impacto que tem quando não se trabalha a pessoa com patologia mental. O impacto que tem ao nível económico... Temos, no âmbito da saúde mental, temos, agora na questão das dependências, não é? Mas o resto também é preciso perceber, não só económico, mas toda a abrangência...

Investigadora – Até a questão familiar, não é?

Dra M.J. – Principalmente a questão familiar.

Investigadora – Sim, e até junto da sua comunidade se há amparo, ou desamparo...

Dra M.J. – Sim, estamos a fazer trabalho nesse sentido, agora não lhe consigo dar nenhuma ação concreta porque ainda estamos em fase de delinear essas ações, de trilhar

esse caminho... Ainda o estamos a trilhar, veja lá? Ainda o estamos a trilhar... Mas é um caminho conjunto com as parcerias. Por exemplo, a candidatura conjunta com a ULSM, quer dizer, saiu daqui uma candidatura, há um projeto que está feito, é preciso perceber daqui o que nós podemos agarrar, independentemente da candidatura, não é? O que é que precisamos para avançar com isto. Esta foi uma candidatura à Gulbenkian. Agora é assim, vontade temos, mas é preciso ainda algum caminho, mas está no nosso horizonte.

Investigadora – Só uma ultima pergunta, para haver esta mediação, porque acaba por ser uma mediação entre cuidados de saúde, neste caso hospitais e departamentos de saúde mental, e a comunidade, que técnicos é que considera que serão os mais indicados para a fazerem?

Dra M.J. – Uma coisa são os cuidados de saúde, e as instituições que estão na comunidade, mas está-me a falar por exemplo na autarquia ser o mediador entre os serviços de saúde e os interveniente, aqueles que estão no terreno, depois para trabalhar na comunidade? Aqueles que estão lá a apalpar (risos)...

Investigadora – Sim.

Dra M.J. – A autarquia tem essa função. Agora, quais são as especialidades? Eu acho que qualquer técnico que trabalhe no âmbito da ação social e saúde estará capacitado. Porque o nosso trabalho passa muito por... Dando o nosso exemplo, nós temos assistentes sociais e psicólogos. É mais vantajoso o psicólogo pelo conhecimento que tem no âmbito da saúde mental, mas, no entanto, considero que um assistente social, aliás, até acho que deve ser uma equipa multidisciplinar a trabalhar nestas questões de mediação. Assim conseguimos ter uma visão muito mais abrangente de que como facilitar esta mediação e integração. Por isso, uma equipa multidisciplinar até seria o ideal.

Investigadora – Pronto, obrigada. Não sei se quer dizer mais alguma coisa.

Dra M.J. – Sim, estava-me agora a lembrar que nós estamos sempre informados das candidaturas que vão abrindo para fundos europeus, ou mesmo candidaturas como por exemplo, a EDP solidária, pronto. E sempre que nós obtemos informação da abertura de candidaturas, nós todos, da ação social, lemos essas candidaturas e tentamos perceber se algumas das instituições com as quais trabalhamos, encaixam ali, e se podem fazer alguma coisa para se valorizar, e para valorizar o concelho. No âmbito também da Frente Atlântica, que são os três concelhos: Gaia, Porto e Matosinhos, percebeu-se que, se os três se candidatassem juntos daria mais força, por ser um território muito mais

abrangente e fez-se candidaturas no âmbito da saúde mental. Agora, eu acho que elas acabaram por não ser aprovadas ou... Mas a verdade é que nós estamos atentos a estas candidaturas e devolvemos às instituições, às entidades com as quais trabalhamos, a dizer: “Atenção, há aqui esta candidatura, vocês têm o perfil, e será uma mais valia para se candidatarem. Isto é, a Câmara também faz esta mediação. Também faz este estudo, está sempre atenta, e se precisarem de ajuda nós ajudamos muitas das vezes nestas candidaturas. Nós temos esta obrigação. A nossa obrigação máxima, máxima, é contribuir para a qualidade de vida das pessoas, e contribuir para a qualidade de vida das pessoas, não é só na saúde, não é só no ambiente, é todas as áreas de intervenção terem esta máxima que todos nós contribuímos para a qualidade de vida dos munícipes.

Investigadora – Sim, até porque esta questão da saúde mental... o conceito de saúde está muito compartimentado, em saúde física e saúde mental, e a pessoa tem várias dimensões.

Dra M.J. – Exatamente, não pode ser segmentado, não é? E acho que esta questão das candidaturas, é importante. É a forma que a Câmara também tem de às vezes estimular as instituições a, às vezes, fazerem mais um bocadinho, não é? Matosinhos tem uma rede social muito abrangente, e temos uma relação muito próxima com as instituições. A Câmara funciona aqui como mediador entre todas e, como já facilitou a relação entre eles, eles às vezes... Imagine, há uma entidade, de uma instituição que diz “Eu estou a precisar de fazer esta atividade e precisava de ajuda”, e as outras mobilizam-se para ajudar. Isto é que é o verdadeiro trabalho em rede, e isto acontece em Matosinhos, que é a concretização máxima da rede.

Investigadora – Muito obrigada!

Apêndice M - Registos Ação “Quando a vida se reaviva” – Eixo 2

MÊS	PRINCIPAIS ATIVIDADES	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
<p>NOV. A</p> <p>JAN</p> <p>Registo</p> <p>1</p>	<p>- Proposta de acompanhamento na comunidade;</p> <p>- Mudança de residência;</p> <p>- Dificuldade em dar o primeiro passo</p>	<p>. Quando proposto acompanhamento no seu contexto natural de vida refere “Parece-me.... Não muito bem”. Porque diz sentir “complexos”, e eu pergunto de quê e ele refere “não sei o que hei de falar”;</p> <p>.O primeiro encontro decorreu no Hospital, por ser um ambiente mais seguro para si;</p> <p>. Os dois encontros seguintes foram na freguesia onde nasceu – encontrou amigo de infância e esposa do seu antigo patrão – Sr. Manuel falou com eles, e era notório o afeto que estas pessoas tinham por ele;</p> <p>. Aconselhado pela sua psiquiatra, e enfermeira a ir ao ISS, acabava por não ir referindo “Eu vou ver se vou lá”, mas acabava por não ir.</p> <p>- Quando proposto ser acompanhado,, referia “não, não vale a pena estar a incomodar-se por minha causa, eu vou lá para a semana”;</p> <p>. Realizado role play para que se sentir mais seguro. Expressa querer mudar de casa porque “fico mais próximo da</p>

		<p>família e amigos. Pode ser que arranje lá algum entretenimento, que acho que é mais fácil lá do que aqui no Porto”.</p> <p>. Depois do role play refere - “acho que já sei o que posso dizer. Vou lá para a semana”</p> <p>. Pela impossibilidade de lhe ser concedida uma casa, ficou muito desiludido e desacreditado de que melhorias pudessem ocorrer na sua vida.</p>
<p>FEV. Registo 2</p>	<p>- Alimentação deficitária; - Acesso a recursos comunitários para</p>	<p>. Sr. Manuel refere que a Enfermeira “quer à força que eu faça uma sopa, mas eu tenho preguiça de ir comprar os legumes”;</p> <p>. Quando exploradas as razões desta insistência, refere “pois, tenho de tratar da minha saúde não é?”</p> <p>. Realizado um levantamento de instituições sociais que pudessem prestar um apoio alimentar - “o ideal era a (...), é muito mais perto”;</p> <p>. Escolhida a instituição, para iniciar esta busca, o Sr. Manuel tratou de todos os documentos necessários para a inscrição - Dra já consegui os documentos, e já lá fui entregar. Assim já fica”;</p> <p>. Teve o apoio (cabazes e refeições já confeccionadas – ao ter recebido o primeiro cabaz de alimentos refere “Dra, vou só por isto ali em casa. Quer entrar?”;</p>

<p>MARÇO</p> <p>Registo</p> <p>3</p>	<p>- Retoma dos consumos etílicos abusivos;</p> <p>- Procura de solução de combate ao seu isolamento;</p> <p>.Mais ativo em casa – cozinhou;</p> <p>. Medo de avançar e perder as conquistas já asseguradas (residência)</p>	<p>. Ao ter ido à freguesia onde nasceu buscar a documentação para inscrição na instituição de apoio alimentar, consumiu bastante álcool porque “me sentia triste, e era para ficar um pouco mais alegre”.</p> <p>. Abordado o impacto do álcool na medicação - “Mas eu tomo a medicação (via oral) de manhã, e quando bebo é à tarde, se calhar já não faz diferença, ou faz?”;</p> <p>. Frequentou, pela primeira vez, o café contíguo a sua casa e falou com uma das pessoas que lá estava: “Gostei muito de ouvir as histórias dele e até lhe perguntei, como ele também ia comer ao mesmo local, se sabia se lá havia assim, algum espaço onde desse para jogar cartas e distrair um pouco e ele disse que não”;</p> <p>- Refere “Já me sinto mais mexido Dra., já não tenho tanta vontade de estar em casa”.</p> <p>. Neste mês, o Sr. Manuel cozinhou por duas vezes “Fiz um arroz com o atum que lá tinha e até gostei de cozinhar, já não me lembro da última vez que tinha cozinhado”.</p> <p>. Com as mudanças na sua vida, vieram igualmente alguns receios: “tenho medo de avançar e fazer as coisas mal e fico ansioso: se o meu colega quiser mudar-</p>
---	--	---

		<p>se para outro sítio, ou se nos chateamos por alguma razão, eu depois não consigo pagar outra casa sozinho. E quartos, não sei se há quartos depois para eu ficar”. Referiu ainda “tenho medo de não conseguir sair desta situação, de tudo continuar igual e nunca mais mudar”;</p>
<p>ABRIL Registo 4</p>	<p>- Inscrição e frequência de centro comunitário; - Levantamento de recursos comunitários existentes - locais de convívio;</p>	<p>. Quando partilhada a existência de um centro comunitário perto da sua residência, e respetivas atividades lá desenvolvidas refere: “Isso agradava-me”;</p> <p>. Oscilações entre querer e não querer frequentar o centro que “o centro não é aquilo que eu esperava, não me vejo a ficar muito tempo no mesmo sítio”;</p> <p>“quando estou lá o tempo passa mais depressa, e não fico tão fechado em casa”;</p> <p>. Na frequência das atividades revela algumas dificuldades, quando existe estimulação cognitiva: “eu antes não tinha dificuldade, e agora, quando joguei, senti que tive mesmo de puxar pela minha cabeça para conseguir decorar o trunfo, e às vezes tinha de perguntar qual era”;</p>
<p>MAIO Registo 5</p>	<p>. Medo de recomeçar a beber e vivenciar, novamente todo o período em que bebia compulsivamente; . Levantamento de locais onde</p>	<p>. Refere “Eu tenho estado a pensar, e começo a lembrar-me da altura em que eu bebia muito, e começo a ter medo de voltar a ficar como estava, de passar o que já passei”;</p>

	decorrem sessões - Início da frequência em grupo de Alcoólicos Anónimos (AA).	. Realizado role-play para primeira ida aos AA (29 de maio) - “eu tenho de me apresentar às pessoas não é?”;
JUN-JUL Registo 6	. Consolidação das conquistas conseguidas; . Atividade profissional durante 3 dias; - Início da preparação do final da relação de ajuda	. Avaliação positiva de todos os apoios institucionais que tem; . Ganhos ao nível de assuntos de conversa para estabelecer com a sua família - “já posso perguntar ao meu cunhado sobre o que planta (o mesmo tem uma horta), e depois contar à minha irmã”; . Trabalhou três dias - Dra, eu esta semana trabalhei 3 dias” e revela que correu bem “pus o despertador para acordar às 7h30 e sair às 8h para chegar lá a horas. Não me cansei porque o trabalho não era muito pesado, e eu consegui trabalhar bem porque já não trabalhava há muito tempo, mas ainda me lembro qual a ordem dos fios e como se fazem as instalações, tenho tudo presente na minha cabeça”; . Trabalhou acompanhado “eu fiquei com a parte elétrica e ele com outras partes”;
AGO – SET Registo 7	- Preparação do final da relação de ajuda - Transição do acompanhamento para outro técnico	. Início do agendamento de encontros quinzenais presenciais, com contactos telefónicos nas semanas intercalares; . Depois, permanência de encontros quinzenais; . Sobre a continuação do apoio comunitário, na impossibilidade de ficar

		<p>outro profissional psicossocial – optou entre ser acompanhado por uma enfermeira na comunidade, “Estar com outra pessoa agora não queria muito, tinha de começar tudo de novo...”;</p> <p>. Optou por ficar mais próximo do centro comunitário – eles poder-lhe-ão ligar, para informar das atividades existentes e manter contacto regular.</p>
Nº total de sessões presenciais: 42		

Apêndice N – Registo Ação “Pelo caminho das possibilidades” – Eixo 2

MÊS	PRINCIPAIS ATIVIDADES	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
NOV. Registo 1	<ul style="list-style-type: none"> . Primeiro contacto (3/11 – consulta de psiquiatria); . Encontro no Hospital (10/11); . 1º Encontro na comunidade (11/12) 	<ul style="list-style-type: none"> . Primeiro contacto na consulta de psiquiatria – médica referiu haver a hipótese de haver um acompanhamento na comunidade; . Primeiro contacto com esta jovem, e o pai no HPH – apresentar-me, conhece-los, saber interesses e expectativas da Esperança e pai; . Esperança respondia com respostas monossilábicas, e pai interrompia-a com frequência. Quando contrariada, a Esperança eleva o tom de voz para com o pai. Pai refere que assumiu um compromisso com a médica que deu alta no HML, e que referiu que a Esperança necessitava de bastante suporte: “A médica disse que a minha filha tem de ser vigiada porque pode voltar a acontecer-lhe o mesmo”; . Ambos aceitam a proposta de acompanhamento no seu meio natural de vida; . No primeiro encontro na sua residência, procurou-se conhecer os recursos disponíveis na comunidade, rotinas;
FEV. Registo	- Presença na 1ª consulta de enfermagem – abordadas as	- Quando o enfoque é centrado na doença, nas consultas de enfermagem, a Esperança

<p>2</p>	<p>razões pelas quais só foi dois dias à Escola de formação para pessoas com deficiência;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na comunidade – conhecimento da dinâmica familiar e retaguarda familiar da Esperança; - Contacto com o avô e tio da Esperança; - Esperança a querer desistir da injeção e consultas no Hospital; - Esperança aceita que se possam marcar mais encontros na comunidade; 	<p>mostra-se incomodada e a referir “Eu não estou doente” – em relação à desistência da escola refere “Desisti, desisti acabou”, e para o pai diz “Não fui porque não quis, tu não mandas em mim, sou maior e vacinada”;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na comunidade conseguiu dar mais pormenores e refere “foi igual à outra vez que lá estive (...) lá não tem atividades com crianças, por isso não quero lá ir”. <p>Perguntei em relação às pessoas, qual a sua opinião e diz que as técnicas estavam “sempre a dizer para eu tomar banho, e eu tomo, para pentear o cabelo, e para não vestir a mesma roupa e eu não gostei”;</p> <p>. Quando perguntei a que se referia quando verbalizava vontade de desistir “Das vacinas, das picas, das conversas que são chatas com a senhora que dá as picas”.</p> <p>Perguntei o que significava para ela ser chato – disse que “ela faz sempre as mesmas perguntas, estou farta e já estou como antes”. Perguntei o que significava “estar como antes”, e diz-me que “estou mais calma”, eu perguntei “como estavas antes”, responde que “antes havia coisas que não sabia porque fazia e houve um dia em que fui ter a casa da vizinhada frente refilar com ela, e que agora não sinto já vontade disso;</p> <p>. Expressa “Não gosto de ir ao Hospital, vou lá muitas vezes”. Perguntei como ela pensa</p>
-----------------	---	---

		<p>em substituir essa desistência e diz-me que acha que está normal e que não precisa de ir às consultas, e que não precisa da “pica, que dói no braço”. Eu perguntei-lhe se ela sabe a importância da pica, e disse-me que não. Expliquei-lhe que a vacina a ajuda a ficar bem, e a manter-se calma como ela diz que está agora. A vacina é uma ajuda. Perguntei-lhe se tinha compreendido e respondeu-me “Mais ou menos”.</p> <p>Perguntei-lhe quais as dúvidas e respondeu-me que dói levar a vacina. Disse-lhe que era normal, mas que os efeitos eram muito importantes para ela.</p> <p>- Na comunidade, pai refere que a filha tem estado “agressiva e diz que quer desistir de tudo” e que “isto assim não pode continuar porque nada está a resultar e até a vejo pior”. Perguntei o que mudava. Responde que “cada um está a puxar para o seu lado e não vejo nada”. Acrescenta que “se isto continua assim, eu não estou para isto, e vou ter de tomar medidas drásticas”.</p> <p>Perguntei o que significava isso – responde que “passa a mãe a ir com ela às consultas ou outra solução, não sei, isto assim não pode continuar...”;</p> <p>- Esperança, nos primeiros encontros pergunta-me “Tu agora vais-lhe contar?” – referia-se ao seu pai. Expliquei que, há aspetos importantes de contar ao pai, relativos ao seu bem-estar, mas que há</p>
--	--	---

		<p>coisas que ficaram só entre nós. Demos um aperto de mão, como que a selar um pacto de modo a que ficasse mais segura e pudesse confiar em mim;</p> <p>- O pai revela esse desejo, mas mostra alguma descrença quando a uma recuperação da filha “Eu sei que ela consegue fazer coisas bem, mas agora têm de lhe saber pegar, porque ela não é fácil”;</p> <p>. Esperança refere que os pais discutem bastante - “Ui, eu fico no computador porque dizem para não me meter que é melhor”. Perguntei como se sentes quando isso acontece “não gosto, dói-me a cabeça”;</p> <p>. Avô comovido ao falar na neta, e a referir “se ela tivesse ficado comigo, agora era outra mulher” – expressa preocupação perante a eventualidade de não conseguir dar apoio à neta.</p>
<p>MARÇO</p> <p>Registo</p> <p>3</p>	<p>- Pai revela assoberbado e preocupado com a filha;</p> <p>- Pai expressa vontade de se divorciar da esposa – má relação entre ambos;</p> <p>- Primeira melhoria no auto cuidado da Esperança – tomou banho (15/03);</p> <p>- Proposta e primeiro contacto com a mãe de Esperança (22/03);</p> <p>- Levantamento de instituições</p>	<p>. Pai expressa estar cansado de ser sempre “atento a tudo, se não for eu ninguém faz” – refere em relação à esposa “ela vive noutra realidade, não percebe nada do mundo. Os antigos patrões dela dizem que ela é muito boa trabalhadora, mas é só o que faz”.</p> <p>. Revela que a mãe não está a par das consultas e da intervenção a ser realizada com a filha e que os dois impõem regras diferentes à Esperança “Os pais têm de dizer as mesmas coisas aos filhos para eles</p>

	<p>de animais onde Esperança pudesse fazer voluntariado – para desenvolvimento de competências</p>	<p>respeitarem, um não pode dizer uma coisa, e outro, outra”. “Eu digo uma coisa à Esperança, e a minha mulher por vezes faz o contrário e nem liga... não pode ser, somos os dois pais, temos os dois que caminhar para o mesmo lado para ela perceber.”</p> <p>. Esperança com melhoria no autocuidado – cabelo lavado e penteado. Pai refere “Ela tem tomado banho e arrumado as coisas delas no quarto, até me espanta”. A Cristiana responde “Quando estou suja tomo banho” – pai contente com esta melhoria;</p> <p>. No encontro com a mãe da Esperança - dificuldade em fixar o olhar, revela não saber qual o que está a sr realizado com a filha, qual o propósito da minha presença na comunidade e revela ainda dificuldades em descrever a filha, e centrou-se em aspetos funcionais - referiu que filha ajuda a pôr a mesa, às vezes a cozinhar, arruma o quarto. Quando perguntei que aspetos pensa que a Esperança precisava de alguma ajuda, esta disse que era “aliviar mais a cabeça, sair mais de casa e ir trabalhar”.</p> <p>. Mãe refere que está a tentar que a filha possa trabalhar na mesma fábrica onde está e pai exalta-se e refere “ela (a filha) tem dificuldades e nem sei se conseguirá algum dia trabalhar, porque por vezes basta um pouco mais de vento e ela</p>
--	--	--

		<p>desiste, tem de se fazer as coisas com calma tu não percebes”.</p> <p>. Pai desqualifica a mãe, e mãe dirigi-lhe gestos como colocar a língua de fora, e mandá-lo calar;</p> <p>. Perguntei se a mãe tinha interesse e possibilidade de estar mais presente neste processo, até para que a pudéssemos conhecer melhor e uníssemos esforços todos – mãe aceitou e sugeri que pudesse estar presente na próxima consulta do Programa Integrar – mãe aceitou e refere que falta ao emprego e que depois compensa;</p> <p>- Pai um pouco crédulo – mas mãe acabou por comparecer na consulta;</p> <p>. Como a Esperança só respondia por respostas monossilábicas, foi realizada uma dinâmica para que esta pudesse pensar em hipóteses “E se...”;</p> <p>. Para poder perceber quais as capacidades da Esperança, proposta de esta iniciar um voluntariado em instituições de animais - Esperança mostra-se animada “sempre aprendo mais alguma coisa e depois posso trabalhar para ganhar dinheiro”. Referido que não haverá remuneração, por ser necessário dar passos graduais;</p>
<p>ABRIL</p> <p>Registo</p> <p>4</p>	<p>. Levantamento de instituições de apoio a animais;</p> <p>. Esperança com pioria no autocuidado – pai frustrado;</p>	<p>. Pai partilha instituições que procurou juntamente com a filha e eu outras, e foi feita uma análise a cada uma delas – distância, dinheiro de transportes</p>

<p>. Reunião exploratória na Associação de animais (1/04);</p> <p>. Primeiro contacto com a jovem que foi criada, com os avós da Esperança – Tio teve a iniciativa de lhe telefonar;</p> <p>. Pai desiste das consultas do Programa Integrar;</p> <p>. Esperança a querer desistir da ida à associação de animais;</p> <p>. Pai, novamente a sentir-se esgotado;</p> <p>. Nova reunião na Associação de Animais para saber se de facto era possível o inicio do voluntariado;</p> <p>. Pai inscreveu-se num Clube Recreativo e iniciou com a filha caminhadas;</p> <p>. Primeiro dia na Associação de animais (27/04)</p>	<p>necessário, atividades que a Esperança gostasse – escolhida uma pelo facto de, para além de ser a mais próxima, o pai já conhecia por ter lá adotado 2 gatos e, ao terem um programa de inserção social de presidiários – possibilidade de terem pessoas para acompanharem de forma mais personalizada a Esperança;</p> <p>. Pai revela-se frustrado, pelo facto de pedir para a filha arrumar a casa e esta não o fazer – Esperança revela que o pai lhe disse que vai ser novamente internada. Esperança com medo refere que não quer. Pai revela-se frustrado pela pioria no autocuidado da filha “há já duas semanas que ela estava a tomar banho e arrumava as coisas” e que agora houve uma quebra, “se sobes, não vais voltar a descer” – expressei ao pai que estas oscilações são normais e que será necessária bastante paciência.</p> <p>. A Esperança revela “Ele diz que é a minha função, mas depois fala muito alto e eu não gosto”. Com muita delicadeza para não se sentir desautorizado, eu disse que falar à filha num novo internamento a assusta e que será importante que, nunca deixando de ser assertivo, possa adotar um discurso que não seja ameaçador;</p> <p>. Reunião com Associação de animais – Apresentação das características da Esperança, necessidade de</p>
---	--

	<p>desenvolvimento de competências – revelaram ser possível um acompanhamento proximal, no início, até que se sinta segura;</p> <p>. Na semana em que ia devolver o resultado da reunião na associação de animais – entro em casa do avô da Esperança e está lá a jovem que foi criada com esta – tio recebe-me à porta com um imenso sorriso e diz “Entre, entre que está cá a Maria, pode conhecê-la”;</p> <p>. Esta jovem trabalha 12h por dia e tem muito pouca disponibilidade – ainda assim revela querer ajudar no que puder – pai, tio, avô, a Esperança e esta jovem estavam muito contente por se terem voltado a ver – revela que sempre foi difícil a Esperança manter-se num único local, pois facilmente desiste “Sim, ela sempre foi assim, basta uma coisinha e ela sai”, expressa ainda “sempre foi complicado saber do que ela gosta, porque num dia diz que quer uma coisa, e no outro dia já se lembra de outra”;</p> <p>. Partilhou os seus contactos atualizados com a família;</p> <p>. Pai da Esperança revela, ter saudades dos tempos em que trabalhava à noite, pois tinha as tardes livres e ia, sem preocupações, passear, levava a filha e aproveitava bem os dias - “Sinto-me preso, e isto para mim não dá”;</p> <p>. Reunião com associação de animais e</p>
--	---

		<p>referido que o espaço do canil é bastante stressante, sendo a zona do gatil mais calma, e possível ser dado um acompanhamento mais proximal à Esperança – No dia seguinte a Esperança foi ver o espaço e gostou.</p> <p>. Realizado treino para conhecer as paragens de autocarro e conseguir ir sozinha;</p>
<p>MAIO Registo 5</p>	<p>. Esperança desiste de ir à Associação ao fim de dois dias (3 de maio);</p> <p>. Novo encontro com a mãe da Esperança – como poderia estar mais ativa na intervenção a ser realizada com a filha. Refere que se quer divorciar;</p> <p>- Levantamento das escolas com cursos profissionais dirigidos a pessoas com perturbação do desenvolvimento intelectual – uma delas a mesma onde a Esperança tinha já frequentado</p>	<p>. Esperança refere ter gostado dos dois dias em que esteve nesta instituição e que fez “festas aos animais, e coleei umas coisas que eles vão vender no Sr. de Matosinhos”;</p> <p>. Refere que quer desistir “Eu não quero ir, não vou, sou maior e vacinada e ninguém de me obriga a ir. A minha mãe diz que os animais não são para mim, que tenho de arranjar um curso e trabalhar”;</p> <p>- Pai mostra-se frustrado “estou farto de ter esperança que uma coisa resulte e depois ela desiste, e a mãe, em vez de ir pelo mesmo caminho que nós (profissional psicossocial e pai), vai por outro”.</p> <p>. Conversa com a mãe sobre a necessidade de estarmos todos juntos neste caminho de ajuda à Esperança – mãe concorda e pergunta o que pode fazer.</p> <p>. Mãe de Esperança refere vontade de se divorciar;</p> <p>. Esperança viu, com a ajuda do pai o que necessitava para se inscrever no centro de emprego - “Procurei no computador e ele</p>

		<p>(o pai) ajudou-me, mas fui eu que andei a ver primeiro sozinha.”</p> <p>. Role play para ida ao Centro de Emprego – mãe foi para amparar.</p> <p>. Esperança muito animada com as caminhadas que começa a fazer de forma frequente com o pai e ida ao centro de emprego “Joana, tenho ido fazer as caminhadas todas as semanas e já estou um bocadinho mais magra, consegues ver? Já fui também ao Centro de Emprego com a minha mãe e já estou inscrita, eles disseram que vão enviar carta para casa para eu ir às reuniões”</p>
<p>JUN-JUL</p> <p>Registo</p> <p>6</p>	<p>. Mãe decidida a divorciar-se – reação da Esperança;</p> <p>. Partilhado com a Esperança as duas escolas onde esta poderia tirar o curso;</p> <p>. Reunião com Escola no Porto (22 de junho);</p> <p>. Início da frequência da Escola (4 de julho);</p> <p>. Terapia familiar com os pais não resultou (12 de julho);</p> <p>. Telefonema da técnica da Escola a referir que a Esperança não está preparada para iniciar o curso pois há uma série de competências que necessita de treinar (14 de julho) – sugerida reunião conjunta comigo,</p>	<p>. Esperança verbaliza que os pais se vão divorciar – “Os meus pais vão mesmo divorciar-se, a minha mãe foi ontem buscar os papéis do divórcio” – expressa ainda, “Vou ficar na mesma com as vacinas, as consultas com a médica e estar contigo. Eu já estou habituada por isso vou continuar”;</p> <p>. Por existirem duas escolas (uma em Vila nova de Gaia e outra no Porto) com cursos – a de VNG, por ser longe, ficou de parte, fui por isso, e com o conhecimento da Esperança a uma reunião com a escola onde esta já andou – combinámos que desta vez ela iria sempre saber tudo aquilo que era discutido;</p> <p>. Falada na possibilidade de terapia de casal e pai recetivo – articulação com psiquiatra;</p> <p>. Reunião com Escola que Esperança já</p>

	<p>psiquiatra e técnicas da escola (coordenadora da unidade de avaliação da escola e psicóloga);</p> <ul style="list-style-type: none"> . Reunião entre escola, psiquiatra e eu – 28/07; . Reunião com pai e Esperança na escola, para psicóloga da Unidade de avaliação lhes devolver os resultados da nossa reunião 	<p>frequentou – necessidade de esta jovem estar a par de tudo o que era discutido, promoção do seu empoderamento e esta poder colocar todas as suas questões antes de um possível reingresso;</p> <ul style="list-style-type: none"> . Devolução do resultados da reunião nesta Escola à Esperança, pai e mãe, . Esperança escreve numa folha as dúvidas que tem para colocar à técnica da escola – Esperança pergunta “Joana, mas tu vais connosco não é?” . No dia da reunião, consegui colocar as dúvidas à técnica – Esperança não vai ter de repetir as áreas que já fez das duas anteriores estadias lá – ficou animada – frequentou os 15 sem faltar do período de avaliação que faltava, a ir sozinha de transportes - “Sim, eu já sei onde é a paragem e vou bem sozinha, eu consigo ir”.. . Mãe mais ativa – preocupada com o autocuidado da filha – acompanhada a cortar o cabelo, e a dar bons exemplo: “Tu tens de dizer que sim a um sítio, e depois continuar, não podes desistir. Eu estou na empresa há muito tempo, e faço tudo para ficar lá: chego a horas, não falto e é isto que tu precisas de fazer”. . Terapia de casal não correu bem; . Esperança começa a perguntar se é bonita. Quando eu afirmo que sim, responde “Pois, eu não sou assim tão feia,
--	---	---

		<p>eu sei”;</p> <p>. Psicóloga da Unidade de avaliação refere que considera que, desde a ultima vez que a Esperança lá esteve a considera melhor: “Ela está francamente melhor, noto-a com o pensamento mais organizado”;</p> <p>. Referem que sentem que para esta jovem, têm surgido melhorias pois funciona muito bem “o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança com a Esperança para que ela aprenda por modelagem”;</p> <p>. A psicóloga refere ainda “a Esperança sempre se manteve muito neutra e já vai sendo possível ver a demonstração de alguns sentimentos”;</p> <p>. Falada na possibilidade de, antes de frequentar o curso nesta escola, poder desenvolver competências numa outra escola;</p> <p>. Devolução dos resultados da reunião pela psicóloga da Escola – Esperança aparece com o cabelo penteado, mais arranjada e sorridente – quando abordada a possibilidade de frequentar uma outra escola e, depois, regressar para fazer o curso, Esperança refere “Isso são boas noticias, é sinal de que vou fazer mesmo o curso”;</p>
AGO – DEZ Registo 7	. Reunião entre psiquiatra, enfermeira do DSM, enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria do centro de saúde a	. Transição do acompanhamento na comunidade para a Enfermeira do centro de saúde – reunião no centro de saúde com Esperança e mãe;

	<p>que pertence a Esperança e eu – no DSM do HPH (26/08);</p> <p>. Reunião no centro de saúde com enfermeira, mãe da Esperança e eu (2/09);</p> <p>. Reunião com Escola onde Esperança irá treinar competências – ida com o pai, Esperança e enfermeira do centro de saúde (21/09).</p> <p>. Articulação com psiquiatra (para escrever declaração) e enfermeira da comunidade para Esperança ter acesso a abono de família com bonificação, devido à deficiência.</p>	<p>. Esperança opta por começar a tomar o injetável no centro de saúde – troca de números de telefone entre Esperança e Enfermeira do Centro de Saúde para começarem a combinar entre as duas – Centro de saúde muito próximo da sua residência “Eu consigo ir sozinha, assim o meu pai não tem de faltar para ir comigo”;</p> <p>. Mãe conta que a filha foi capaz de ir a um centro comercial comprar roupa sozinha “;</p> <p>. Esperança, por iniciativa, começou a escrever perguntas para colocar à técnica da Escola - “Joana, já pus na folha perguntas!”</p> <p>. Idas ao centro de saúde a correr bem: “Estão a correr bem, eu consigo ir bem sozinha e assim o meu pai não tem de faltar.”</p> <p>. Mesmo confrontada com uma série de questões relativas aos seus dados pessoais, necessidades que a Esperança enumera que necessita de melhorar – Esperança manteve-se calma, e sem vontade de desistir;</p> <p>. Estamos a aguardar que a escola diga qual o dia em que a Esperança pode iniciar as aulas;</p> <p>- Contactos telefónicos e por email com técnica da futura escola da Esperança para entrega de relatórios clínicos e saber quando será possível começar – em janeiro irá iniciar, ficaram de me confirmar a data</p>
--	---	--

		<p>de início. Esperança e pai ficaram muito satisfeitos com esta notícia.</p> <p>- Estamos a tratar do documento para pedir o abono de família com bonificação por deficiência.</p>
Nº total de sessões presenciais: 45		

Apêndice O – Avaliação do projeto – Diretora do DSM do HPH

Investigador: Queria pedir-lhe para, em jeito de avaliação do projeto realizado se os contributos desta área psicossocial na mudança eventual de práticas...

Profissional A: Aqui a questão é que nós estávamos... O momento em que a Joana vem, é o momento de nós pensarmos em equipa esta área. Portanto nem sequer é contributos para a mudança. Sim, nós tínhamos de mudar a nossa cabeça, porque há um paradigma novo aqui, há o paradigma da intervenção na comunidade, há um paradigma da reabilitação o mais precoce possível. Há assim uma série de coisas que nós precisávamos de repensar, mas nós médicos temos a cabeça muito formatada com uma visão diferente. Houve aqui, de facto, um momento em que nós estamos realmente disponíveis para pensar, e portanto, tudo o que a Joana trouxe foi fundamental para nós podermos realinhar a nossa forma de pensar sobre isto. Mas pensar e inventar, ok? Porque é preciso também inventar isto face à precaridade... Inventar porquê? Acho sempre que a gente deve inventar as coisas, mas muito porque nós tínhamos que fazer camisolas com lã que não existe, nem há ovelhas, quanto mais (risos). Não é, há aqui... foi mesmo nós aproveitarmos tudo aquilo que tínhamos já da teoria, do Proform, dos nossos POPH, desta visão muito mais comunitária, mas uma visão cuja operacionalização, quer dizer, só mesmo com muita imaginação (risos). E pronto acho que na realidade depois a gente percebe... e percebe com casos que foram escolhidos, identificados para trabalhar isto, que na verdade, nalgumas situações, noutras, se não houver estruturas não vai haver nada, mas nalgumas, podemos fazer muito mais do que aquilo que fazemos... que fazíamos, mesmo num contexto puramente clínico, não é? Porque estamos muito naquela abordagem de... pronto, de impor o nosso modelo, de achar que o timing do doente deve ser o nosso, portanto isto de facto foi... é uma mudança muito grande, muito para além das questões até de intervenção no local. É nós pensarmos e olharmos o doente de uma outra maneira. Pronto, é mesmo assim algo grande...

Investigação: Certo. Tão bom... Obrigada.

NM