

M

MESTRADO EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM AÇÃO PSICOSSOCIAL EM CONTEXTOS DE RISCO

Além do (In)visível: Entre Estigmas e Vozes – Caminhos de Consciencialização, Participação e Transformação Social em Saúde Mental

Mariana Algarvio da Silva

12/2025



Politécnico do Porto

Escola Superior de Educação

Mariana Algarvio da Silva

**Além do (In)visível: Entre Estigmas e Vozes – Caminhos de
Consciencialização, Participação e Transformação Social em Saúde
Mental**

Relatório de Projeto

**Mestrado em Educação e Intervenção Social – Especialização em Ação Psicossocial em
Contextos de Risco**

Orientação: Prof.^a Doutora Helena Carvalho

Porto, dezembro de 2025

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha mais profunda gratidão a todas as pessoas que tornaram possível a realização deste projeto.

Em primeiro lugar, à minha família e aos meus amigos, pelo apoio incondicional e por me encorajarem sempre a seguir em frente, mesmo nos momentos mais desafiadores. Vocês foram o meu alicerce e sem o vosso carinho e incentivo, este caminho não teria sido possível. Obrigada por acreditarem em mim e por me ajudarem sempre a ser melhor.

Um agradecimento ao Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano, que me acolheu e me deu a oportunidade de desenvolver este projeto. A equipa do Programa Mais de Perto foi muito importante, partilhando o seu trabalho e mostrando o profissionalismo e dedicação com que atuam diariamente. Um agradecimento particular à Dra. Sara Ramos, Dra. Rosa Quelhas, Dra. Manuela Moura, Dra. Patrícia Tavares e Enfermeira Graça, cuja orientação e disponibilidade foram fundamentais no início da minha jornada.

Agradeço igualmente aos docentes da Escola Superior de Educação, pelos ensinamentos e momentos de partilha que ajudaram a definir-me como pessoa e profissional. Em especial, à Professora Doutora Ana Bretão, por todo o conhecimento transmitido ao longo do meu percurso e por todas as palavras e “provocações” que me desafiavam sempre a refletir, a agir e a ponderar diferentes perspetivas. Aprendi imensamente consigo e levo comigo todas as suas lições.

Gostaria também de expressar a minha gratidão à Professora Doutora Isabel Timóteo e à Professora Doutora Sofia Veiga. O meu percurso na Escola Superior de Educação foi profundamente influenciado por muitos dos seus ensinamentos. O impacto que tiveram no meu percurso é inegável e está presente nas minhas aprendizagens e neste projeto. Um agradecimento especial à Professora Doutora Carla Serrão, que esteve presente num momento crucial deste projeto. A sua boa disposição e simpatia, assim como a forma como me incentivou, mesmo indiretamente, a refletir e questionar as minhas ações, foi muito importante.

À minha orientadora, Professora Doutora Helena Carvalho, o meu sincero agradecimento. O seu apoio constante, as conversas inspiradoras, a paciência, os questionamentos, os desafios e as reflexões partilhadas foram essenciais para a concretização deste trabalho. A sua competência e humanidade são um exemplo que levo comigo para sempre.

Não posso deixar de agradecer às pessoas que colaboraram diretamente comigo neste projeto. Às minhas colegas, Mariana Pereira e Margarida Rocha, foi um verdadeiro privilégio partilhar esta caminhada convosco. Às senhoras que, com as suas histórias e resiliência, me ensinaram tanto e me fizeram refletir sobre a vida e a força do ser humano. São verdadeiras guerreiras, uma fonte de inspiração. Aos jovens, mais especificamente aos Jovens com Futuro, por me permitirem conhecê-los, entrar nas suas vidas e construir uma relação de confiança e união. Vocês têm um potencial incrível e acredito que serão capazes de alcançar tudo o que desejarem.

Este projeto não teria sido possível sem o contributo, o apoio e a participação de cada uma destas pessoas, às quais sou eternamente grata. A todos, o meu mais sincero agradecimento.

RESUMO

A abordagem em saúde mental tem sofrido mudanças significativas, alterando o foco da doença para o indivíduo. Estas mudanças baseiam-se no modelo biopsicossocial e nos princípios da saúde mental comunitária e reabilitação psicossocial. Tal evolução foi marcada pela desinstitucionalização dos indivíduos com experiência em doença mental e pela transferência dos serviços de saúde mental para os hospitais gerais. Embora positiva, é crucial um maior investimento, quer ao nível das políticas públicas, quer nos recursos económicos e sociais.

O projeto Além do (In)visível: Entre Estigmas e Vozes – Caminhos de Consciencialização, Participação e Transformação Social em Saúde Mental, desenvolvido em parceria com o Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano, utilizou a metodologia de investigação-ação participativa. A finalidade foi contribuir para uma sociedade onde a experiência em doença mental não seja um fator de desigualdade, perda de direitos ou isolamento social. Para tal, e tendo como eixo de intervenção as pessoas com experiência em doença mental e a comunidade, desenvolveram-se duas ações. O grupo *Jovens com Futuro*, que funcionou como um espaço seguro de expressão e crescimento pessoal, promovendo o sentimento de pertença, o reconhecimento e a valorização. E a iniciativa *(IN)VISÍVEL?*, com foco na consciencialização e sensibilização comunitária e de afirmação individual e coletiva, reforçando a confiança, a autoestima e o empoderamento dos participantes.

As reflexões partilhadas revelam orgulho pelo trabalho desenvolvido e o desejo de continuidade, confirmando que a participação ativa em projetos desta natureza é um instrumento importante de inclusão e empoderamento social.

Palavras-chave: Saúde Mental; Desinstitucionalização; Projeto; Comunidade e Intervenção comunitária.

ABSTRACT

The approach to mental health has undergone significant changes, shifting the focus from illness to the individual. These changes are grounded in the biopsychosocial model and in the principles of community mental health and psychosocial rehabilitation. This evolution was marked by the deinstitutionalization of individuals with experience of mental illness and by the transfer of mental health services to general hospitals. Although these changes are positive, greater investment remains essential—both in public policies and in economic and social resources.

The project “Beyond the (In)visible: Between Stigmas and Voices – Paths of Awareness, Participation, and Social Transformation in Mental Health”, developed in partnership with the Mental Health Department of Hospital Pedro Hispano, used the participatory action research methodology. Its aim was to contribute to a society where the experience of mental illness is not a factor of inequality, loss of rights, or social isolation. To achieve this, and with a focus on people with lived experience of mental illness and the community, two actions were developed. The *Youth with a Future* group functioned as a safe space for expression and personal growth, promoting a sense of belonging, recognition, and appreciation. The *(IN)VISIBLE?* initiative focused on community awareness and sensitization, as well as individual and collective affirmation, reinforcing participants’ confidence, self-esteem, and empowerment.

The reflections shared by participants reveal pride in the work carried out and a desire for continuity, confirming that active participation in projects of this nature is an important instrument for social inclusion and empowerment.

Keywords: Mental Health; Deinstitutionalization; Project; Community; Community-based Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AFUA-HML – Associação dos Familiares, Utentes e Amigos do Hospital Magalhães Lemos

CAP – Centro Local de Animação e Promoção Rural

CIAP – Centro Incentivar a Partilha

CN-PSM – Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental

CRI-SM – Centro de Responsabilidade Integrada de Saúde Mental

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional Gaia

DM – Doença Mental

DMC – Doença Mental Comum

DMG – Doença Mental Grave

DSM – Departamento de Saúde Mental

ESE – Escola Superior de Educação

EDM – Experiência em Doença Mental

HML – Hospital Magalhães de Lemos

HPH – Hospital Pedro Hispano

IAP – Investigação-Ação Participativa

IPP – Instituto Politécnico do Porto

OE – Objetivo Específico

OG – Objetivo Geral

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PI- Programa Integrar

PMDP – Programa Mais de Perto

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

RNCCISM – Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados em Saúde Mental

SM – Saúde Mental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO.....	V
ABSTRACT.....	VI
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VII
INTRODUÇÃO.....	5
1. EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL – PROJETOS SOCIAIS.....	7
1.1. O PARADIGMA SOCIOCRTICO.....	11
1.2. METODOLOGIA: A IAP.....	14
1.2.1. RELAÇÃO DE AJUDA – ENQUANTO FERRAMENTA DE INTERVENÇÃO.....	18
1.3. A AVALIAÇÃO DOS PROJETOS EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL.....	19
2. SAÚDE MENTAL.....	22
2.1. A DOENÇA MENTAL.....	23
2.2. A EVOLUÇÃO NA FORMA DE ENCARAR AS PESSOAS COM EXPERIÊNCIA EM DOENÇA MENTAL.....	26
2.3. O ESTIGMA, O AUTOESTIGMA E O PRECONCEITO.....	28
2.4. A PREVENÇÃO NA SAÚDE MENTAL.....	30
2.5. A INTERVENÇÃO E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE MENTAL.....	31
2.6. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SM EM PORTUGAL.....	35
2.7. O PAPEL DOS LAÇOS SOCIAIS E DAS DINÂMICAS DE GRUPOS NA INTERVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SM.....	40
3. O CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO.....	44
3.1. O DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL DA ULSM.....	44
3.2. O PROGRAMA MAIS DE PERTO.....	48
3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	53
4. DESENHO DO PROJETO.....	57
4.1. OS PROBLEMAS, AS NECESSIDADES E AS LIMITAÇÕES DO PROJETO.....	57
4.2. FINALIDADE E OBJETIVOS DO PROJETO.....	61
5. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO.....	66
5.1. AÇÃO 1: GRUPO <i>JOVENS COM FUTURO</i>	66
5.2. AÇÃO 2: INICIATIVA <i>(IN)VISÍVEL?</i>	70

6. AVALIAÇÃO DO PROJETO	77
REFERÊNCIAS.....	86
ANEXOS	91
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO NOME DA INSTITUIÇÃO	91
ANEXO 2 – MATRIZ DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	92
APÊNDICES.....	93
APÊNDICE A – GUIÃO DE CONVERSAS INTENCIONAIS COM A EQUIPA DE PROFISSIONAIS DO PMDP.....	93
APÊNDICE B – DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE AMBULATÓRIO DO DSM.....	95
APÊNDICE C – PROTOCOLOS ENTRE O HPH E O HML.....	96
APÊNDICE D – TÓPICOS EXPLORADOS NAS ENTREVISTAS DO PMDP	97
APÊNDICE E – CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES DO PROJETO.....	98
APÊNDICE F- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES.....	115
APÊNDICE G – REFLEXÃO SOBRE OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS AO LONGO DOS ANOS .	118
APÊNDICE H– AVALIAÇÃO DO CONTEXTO.....	121
APÊNDICE I – DESENHO DO PROJETO	130
APÊNDICE J – IDA AO MUSEU NA CIDADE DO PORTO	132
APÊNDICE K – ATIVIDADE DAS CARICATURAS DO DIA 16 DE ABRIL DE 2024.....	133
APÊNDICE L – QUADRO RESUMO DE DESENVOLVIMENTO DAS SESSÕES DO GRUPO <i>JOVENS COM FUTURO</i>	134
APÊNDICE M – IDA AO PARQUE DA CIDADE	158
APÊNDICE N – DETALHES DA AÇÃO 2: INICIATIVA <i>(IN)VISÍVEL?</i>	159
APÊNDICE O – IDA A PESO DA RÉGUA.....	172
APÊNDICE Q – CARTAZ DO EVENTO NO HPH.....	174
APÊNDICE R – CARTAZ DO EVENTO NA JUNTA DE FREGUESIA MATOSINHOS/ LEÇA.....	175
APÊNDICE S – NOTÍCIA SOBRE A EXPOSIÇÃO NA ESTAÇÃO DE METRO.....	176
APÊNDICE T – QUESTIONÁRIO PARTILHADO COM A COMUNIDADE: DESAFIO DE FOTOGRAFIA	178
APÊNDICE U – RESPOSTAS DADAS NO QUESTIONÁRIO RELATIVAMENTE AO GÉNERO DOS PARTICIPANTES	180
APÊNDICE V –GRUPO ETÁRIO DOS PARTICIPANTES DO QUESTIONÁRIO.....	181

APÊNDICE W – RESPOSTAS DADAS NO QUESTIONÁRIO RELATIVAMENTE AO TÍTULO DA FOTOGRAFIA QUE REPRESENTA A SM.....	182
APÊNDICE X –RESPOSTAS DADAS NO QUESTIONÁRIO RELATIVAMENTE AO TÍTULO DA FOTOGRAFIA QUE REPRESENTA A DM.....	186
APÊNDICE Y –RESPOSTAS DADAS NO QUESTIONÁRIO: DESAFIO DE FOTOGRAFIA.....	190
APÊNDICE Z – CARTAZ PARA DIVULGAR O QUESTIONÁRIO: DESAFIO DE FOTOGRAFIA	211
APÊNDICE AA–ALGUNS ESBOÇOS DA FOTOGRAFIA DE PERFIL DA PÁGINA DE <i>INSTAGRAM</i> E DO QUESTIONÁRIO DA INICIATIVA (<i>IN</i>) <i>VÍSIVEL?</i>	212
APÊNDICE AB –FIGURA SIMBÓLICA DA INICIATIVA (<i>IN</i>) <i>VÍSIVEL?</i>	213
APÊNDICE AC –ESBOÇO INICIAL DO CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA INICIATIVA (<i>IN</i>) <i>VÍSIVEL?</i>	214
APÊNDICE AD – PÁGINA DE <i>INSTAGRAM</i> DA INICIATIVA (<i>IN</i>) <i>VÍSIVEL?</i>	215
APÊNDICE AE – PROGRAMA DO EVENTO NO HPH.....	216
APÊNDICE AF – PROGRAMA DO EVENTO NA JUNTA DE FREGUESIA MATOSINHOS/ LEÇA.	218
APÊNDICE AG – CARTAZ PARA DIVULGAR A EXPOSIÇÃO NA ESTAÇÃO DE METRO DOS ALIADOS, NO PORTO	220
APÊNDICE AH – <i>POWERPOINT</i> APRESENTADO NA ESE.....	221
APÊNDICE AI – FOTOGRAFIA DE UM ENSAIO DA APRESENTAÇÃO FEITA PELO GRUPO <i>MOSTRA!</i> NO MOMENTO DE ABERTURA DOS EVENTOS	227
APÊNDICE AJ – MODELO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DAS FOTOGRAFIAS EXPOSTAS NAS EXPOSIÇÕES.....	228
APÊNDICE AK – TEXTOS ESCRITOS PELOS PARTICIPANTES DO PROJETO E LIDOS NAS MESAS REDONDAS DOS EVENTOS.....	229
APÊNDICE AL – A EVOLUÇÃO DO MURAL.....	233
APÊNDICE AM – FOTOGRAFIAS DO EVENTO NO HPH	237
APÊNDICE AN – FOTOGRAFIAS DO EVENTO NA JUNTA DE FREGUESIA DE MATOSINHOS / LEÇA.....	240
APÊNDICE AO – FOTOGRAFIAS DA EXPOSIÇÃO NA ESTAÇÃO DE METRO DOS ALIADOS NA CIDADE DO PORTO.....	243
APÊNDICE AP – <i>SINOPSE</i> DA INICIATIVA EXPOSTA NOS EVENTOS.....	245
APÊNDICE AQ – <i>MENTIMETER</i> PARTILHADO DURANTE A AULA ABERTA NA ESE.....	246

APÊNDICE AR - AVALIAÇÃO ESCRITA PELOS PARTICIPANTES DO GRUPO <i>JOVENS COM FUTURO</i>	248
APÊNDICE AS- AVALIAÇÃO DA INICIAVA <i>(IN)VISÍVEL?</i> FEITA COM OS PARTICIPANTES DOS GRUPOS <i>MOSTRA!</i> E <i>JOVENS COM FUTURO</i>	252

INTRODUÇÃO

O projeto *Além do (In)visível: Entre Estigmas e Vozes – Caminhos de Consciencialização, Participação e Transformação Social em Saúde Mental* foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social, na especialização de Ação Psicossocial em Contextos de Risco.

Abordar a temática da saúde mental (SM) e da doença mental (DM) continua a ser um desafio significativo e complexo, apesar dos progressos evidenciados ao longo dos últimos anos. Atualmente, é visível que estes temas assumem um papel importante nas diversas discussões sobre a saúde pública, nas comunidades e no bem-estar e a qualidade de vida dos sujeitos. Ao longo dessa evolução, tem se vindo a reconhecer a importância da prevenção e de uma intervenção biopsicossocial, comunitária e em rede. Para além disso, procura-se, cada vez mais, valorizar a individualidade das pessoas com experiência em doença mental (EDM), respeitando os seus direitos e promovendo a sua participação ativa em todo o processo.

No entanto, é inegável que persistem diversos desafios, tanto ao nível institucional, quanto na vida dos indivíduos e na comunidade. Um dos principais obstáculos é o estigma e a autoestima, que perpetuam uma visão preconceituosa e estigmatizante relativamente à DM, limitando a capacidade de os sujeitos acreditarem no seu potencial, na intervenção, prejudicando o seu envolvimento ativo e com compromisso. Além disso, a discriminação no acesso a empregos dignos e em relacionamentos interpessoais também podem constituir uma barreira significativa para a reinserção na comunidade. Ademais, o difícil acesso aos cuidados de saúde e as longas listas de espera, associadas à falta de recursos e de profissionais, também limitam a evolução e o desenvolvimento da intervenção que é delineada, comprometendo a recuperação integral dos indivíduos e a sua inclusão social. Apesar da morosidade do processo, nos últimos anos, a reforma ao nível da SM e a descentralização dos serviços conduziram a avanços significativos, permitindo colmatar alguns dos desafios mencionados anteriormente, aproximando os cuidados de SM das comunidades, promovendo uma abordagem mais próxima, centrada nos indivíduos e na própria comunidade. Com estes avanços, têm sido desenvolvidos diferentes serviços ao nível da SM que procuram tornar o tratamento mais acessível e mais participativo.

Este novo modelo de intervenção, mais especificamente a reabilitação psicossocial. Abandonando o modelo hospitalar e tradicional, que se centrava apenas a DM, este novo modelo foca-se nos diversos aspetos da vida das pessoas.

Com base no supramencionado, este projeto teve como referencial a metodologia Investigação-Ação Participativa (IAP), de forma que fosse desenvolvido um trajeto com os pacientes com EDM e com a comunidade que os rodeia.

O presente relatório encontra-se organizado em seis capítulos. O primeiro apresenta o paradigma socio crítico e a metodologia de investigação ação participativa, característicos dos projetos social, incluindo um subcapítulo relativo à avaliação. O segundo capítulo centra-se na fundamentação teórica, abordando os conceitos da saúde e da DM, explorando a mudança de paradigma e da forma de encarar a intervenção, assim como as políticas públicas e as suas alterações ao longo dos anos. Seguidamente, aprofundando o projeto desenvolvido, o terceiro capítulo foca-se na avaliação do contexto e dos/as participantes. No quarto capítulo, encontra-se o desenho do projeto e, o capítulo seguinte, o quinto, as ações desenvolvidas para a concretização dos objetivos traçados. Segue-se o sexto capítulo com a avaliação, continua e participada, de todo o projeto e trabalho desenvolvido. No último capítulo são apresentadas as considerações finais.

Salienta-se que, dada a importância de respeitar a privacidade dos sujeitos, assim como as questões éticas inerentes, todos os nomes são fictícios e foram definidos em conjunto com os sujeitos a que se referem. Além dos nomes e de outras informações que possibilitam a identificação dos participantes, foram também garantidas as respetivas assinaturas e explicações das declarações e dos consentimentos informados, conforme apresentado nos anexos 1 e 2 (pp. 91-92).

1. EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL – PROJETOS SOCIAIS

Ao longo dos últimos anos, tem-se verificado uma crescente necessidade de investir de forma significativa nas áreas da educação e intervenção social, impulsionadas pelas novas exigências e problemas sociais emergentes e pela necessidade de se investir em novas políticas públicas e sociais (Timóteo & Bertão, 2012). Esta necessidade surge, em grande parte, da complexidade crescente das sociedades modernas, marcadas por desequilíbrios sociais, assim como pelo agravamento de fenómenos sociais e dos problemas a estes associados, nomeadamente no que diz respeito à exclusão e isolamento social (Bertão et al., 2024; Timóteo & Bertão, 2012).

Ainda que estas necessidades sejam reconhecidas pela sociedade, o trabalho social encontra-se frequentemente condicionado por diversos fatores, como as burocracias institucionais, as obrigações sociais, a interferência do Estado, as hierarquias, as expectativas dos indivíduos e a urgência diária em fornecer respostas a problemas imediatos (Bertão et al., 2024; Weber, 2011). Para que seja possível responder de forma eficaz às necessidades das pessoas, das comunidades e das instituições, é essencial o desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva, tanto por parte das sociedades como dos profissionais de intervenção social (Weber, 2011). Além disso, é necessária uma transformação na forma como são abordados distintos conceitos, nomeadamente de igualdade, justiça social e na valorização dos direitos individuais, com o objetivo final de se alcançar um mundo mais inclusivo, equitativo, democrático e solidário (Timóteo & Bertão, 2012).

A intervenção social consciente, ponderada e reflexiva é assim fundamental e impulsionadora para o desenvolvimento de respostas sociais que promovam o *empowerment*, a autonomia e participação ativa e consciente dos indivíduos (Timóteo & Bertão, 2012). Um dos principais focos do trabalho social deve estar na produção de conhecimento que permita compreender melhor os diferentes indivíduos, fenómenos e realidades sociais (Timóteo & Bertão, 2012).

Considerando que o *empowerment* dos sujeitos e das comunidades é um dos objetivos centrais da intervenção social, este deve ser fomentado e promovido em diferentes contextos e realidades

sociais, nomeadamente nas rotinas quotidianas (Bertão et al., 2024). Para tal, é importante que os profissionais conheçam e se envolvam nos diferentes contextos onde atuam, investindo numa relação autêntica e significativa com os outros (Bertão et al., 2024). Contudo, a relação não deve ser encarada como um objetivo ou apenas como um instrumento, mas como sendo uma parte central de todo o processo (Bertão et al., 2024).

É importante reconhecer que existem alguns obstáculos que podem surgir ao longo da intervenção, como a gestão dos diferentes serviços que priorizam a quantidade em detrimento da qualidade e o foco excessivo no rendimento e racionalização das intervenções (Weber, 2011). As agendas pré-definidas, os tempos rígidos que são necessários cumprir e a imprevisibilidade inerente que surge destes processos que incentivam à participação ativa, também são desafios que são necessários ter em consideração (Bertão et al., 2024). Assim, ao desenvolver qualquer projeto social, ou ação, é imprescindível equacionar-se, refletir-se e questionar-se sobre os seus desafios e objetivos, assegurando que a intervenção seja significativa, que responda às necessidades dos sujeitos envolvidos e promova mudanças positivas nas suas vidas (Serrano, 2008; Weber, 2011).

Os/as trabalhadores/as sociais devem também ter em conta que, raramente, os problemas sociais se cingem a uma única causa direta ou patologia (Weber, 2011). Para garantir uma intervenção de qualidade, é necessário adotar uma abordagem sistémica, não se limitando por explicações causais e visões fatalistas (Weber, 2011). Esta abordagem sistémica deve ser entendida como sendo uma ferramenta conceptual imprescindível para a prática social (Weber, 2011).

O trabalho social é uma prática essencial, tanto para os indivíduos individualmente como para o desenvolvimento das comunidades (Weber, 2011). Segundo Castoriadis (citado em Weber, 2011), o objetivo do/a trabalhador/a social deve ser o de criar as condições necessárias para que o outro possa desenvolver a sua autonomia e participar ativamente na sociedade. O foco dos profissionais de intervenção social não passa assim por normalizar e controlar socialmente determinados comportamentos e problemas sociais, adaptando apenas as pessoas à sociedade de forma passiva e acrítica (Bertão et al., 2024). Apesar da pressão e das necessidades existentes para que uma intervenção social seja assistencialista e se limite a evitar conflitos, esta deve ser

encarada como uma ferramenta de transformação social e de luta contra as injustiças e desigualdades (Bertão et al., 2024).

Vivermos numa sociedade democrática sendo inevitável ter em consideração o carácter político do trabalho social (Bertão et al., 2024). No entanto, é essencial propor formas alternativas de organização social que promovam a solidariedade, a justiça e a ajuda mútua, garantindo que as necessidades humanas básicas sejam encaradas como direitos universais (Bertão et al., 2024). Por exemplo, no que diz respeito à saúde e à educação. Deste modo, o desenvolvimento de projetos sociais surge como impulsionador de novas respostas e caminhos de intervenção, devendo estes ser centrados nas necessidades e especificidades dos sujeitos (Serrano, 2008).

Quando se desenvolve um projeto social, é crucial delinear determinados objetivos claros e definidos (Serrano, 2008). A planificação de qualquer projeto deve incluir uma descrição detalhada, os objetivos a alcançar, informações técnicas, os dados necessários, os instrumentos para a recolha de informação, os recursos disponíveis e uma calendarização que defina as fases do projeto e as ações a desenvolver (Serrano, 2008). Para além disso, o projeto deve ser adaptado e desenvolvido de acordo com as características dos envolvidos e dos contextos (Serrano, 2008).

Os projetos sociais devem ser compromissos de mudança e transformação social, assegurando não apenas as necessidades básicas dos sujeitos, mas também contribuindo para a sua valorização, autoestima, dignidade e a capacidade de estes (re)encontrarem um sentido para as suas vidas (Serrano, 2008; Timóteo & Bertão, 2012). Estes projetos implicam uma intenção explícita e a promoção de reflexões constantes, sendo idealmente o mais participativos possível, organizados e delineados segundo um estudo holístico dos contextos onde são desenvolvidos, devendo ainda ter em consideração as dinâmicas sociais e os imprevistos que podem surgir ao longo do processo (Serrano, 2008; Timóteo & Bertão, 2012).

No que diz respeito ao desenvolvimento de um projeto social, este contempla diferentes fases. Inicialmente, é importante começar-se por observar atentamente e analisar os indivíduos, as suas realidades, fragilidades, características, percursos de vida, potencialidades, assim como as diversas situações e perspetivas, tendo como foco a aproximação do conhecimento às realidades dos envolvidos, estabelecendo prioridades e considerando as perspetivas dos mesmos, os seus

contextos e trajetórias de vida (Serrano, 2008). Deste modo, com base nessa observação participativa, são definidos os recursos disponíveis e necessários, as possibilidades de ação e as orientações estratégicas para a elaboração do projeto (Espinoza, 1986, citado em Serrano, 2008). A revisão bibliográfica e a fundamentação teórica também são importantes nesta fase, uma vez que permitem situar o projeto num quadro conceptual sólido e abrir novas possibilidades de intervenção (Serrano, 2008).

A planificação é uma fase crucial onde são delineadas as linhas orientadoras do projeto, respondendo a questões relativas ao tempo, às necessidades e aos recursos disponíveis, bem como os objetivos a alcançar (Serrano, 2008). Segundo Marchioni (1989, citado em Serrano, 2008, p. 37), "a planificação é ao mesmo tempo uma finalidade da Ação Social, uma necessidade implícita pela própria, um método e um instrumento de trabalho." Esta fase deve ser caracterizada pela flexibilidade, descentralização, participação, autogestão e interdisciplinaridade, adaptando-se às necessidades emergentes, pois não é um processo imutável, mas algo que evolui de acordo com os desafios e as oportunidades que surgem ao longo da implementação do projeto (Serrano, 2008).

De acordo com Lafourcade (1974, citado em Serrano, 2008), há seis princípios fundamentais que devem orientar a planificação eficaz: funcionalidade, pertinência, equilíbrio, coerência, flexibilidade e economia. Estes princípios asseguram que o projeto responde às necessidades dos envolvidos, é sustentável e eficiente na gestão de tempo e recursos (Serrano, 2008).

Na planificação expõem-se igualmente os objetivos, gerais e específicos. Deste modo, os objetivos são "os propósitos que se pretendem alcançar com a execução de uma ação planificada. (...) constituem o ponto central de referência, são eles que definem a sua natureza mais específica e dão coerência ao plano de ação" (Serrano, 2008, p. 44). Para garantir que os objetivos sejam realistas e alcançáveis, a planificação inclui uma calendarização detalhada, a definição dos recursos necessários, a distribuição de tarefas e a metodologia a ser utilizada (Serrano, 2008). Esta permite também responsabilizar todos os envolvidos, promovendo uma comunicação clara, acessível e garantindo o comprometimento para o sucesso do projeto, bem como uma melhor operacionalização e gestão dos profissionais, meios e recursos (Serrano, 2008).

Na fase de aplicação–execução, o projeto é desenvolvido de acordo com o planeamento definido, acompanhando-se o seu desenvolvimento para garantir o cumprimento dos objetivos e o respeito pelas necessidades identificadas. A mais-valia de incorporar a metodologia de IAP, inserida no paradigma crítico e emergente, reside na sua capacidade de promover um ciclo contínuo de ação–reflexão–ação. Este ciclo permite ajustar o projeto ao contexto em tempo real, garantindo uma intervenção mais eficaz e humanizada, uma vez que os próprios participantes se tornam agentes ativos na monitorização e correção do percurso (Timóteo & Bertão, 2012).

1.1. O PARADIGMA SOCIOCRTICO

“É como se o homem e a mulher se tivessem lançado na aventura de conhecer os objetos mais distantes e diferentes de si próprios, para, uma vez aí chegados, se descobrirem refletidos como num espelho.” (Santos, 1999, p. 38).

Um paradigma não se resume a métodos e técnicas de investigação (Coutinho, 2021), pelo contrário, abrange questões fundamentais, definindo-se como um conjunto de crenças e valores partilhados que orientam a prática de uma comunidade científica (Coutinho, 2021). Inserido num contexto social e período histórico específico, o paradigma orienta o que deve ser objeto de estudo e quais as técnicas e métodos mais adequados para o fazer, promovendo a uniformização de conceitos e a legitimação das metodologias (Coutinho, 2021).

Como alternativa ao determinismo e simplismo do paradigma dominante, também conhecido como paradigma quantitativo, e reconhecendo as limitações do paradigma qualitativo tradicional em promover a mudança estrutural, surge o paradigma crítico e emergente. Este paradigma tem contribuído significativamente para a área social e para o desenvolvimento de projetos sociais, ao focar-se na transformação e emancipação (Coutinho, 2021; Santos, 1999).

As ciências sociais adotam uma visão humanista, que procura compreender os indivíduos enquanto sujeitos e objetos simultaneamente, colocando-os no centro de todo o conhecimento (Santos, 1999). Neste campo, os indivíduos não desempenham um papel imparcial e descomprometido, pelo contrário, estes são elementos primordiais no que concerne à produção

de conhecimento, permitindo a partilha entre sujeitos e facilitando a relação com o outro, com vista a alcançar uma autodeterminação emancipatória e responsável (Timóteo & Bertão, 2012).

O paradigma sociocrítico baseia-se na premissa de um conhecimento não dualista, que é simultaneamente total e local, mas não determinista ou meramente descritivo (Santos, 1999). Deste modo, este paradigma entende o conhecimento como sendo uma construção social, influenciado pelas interações humanas e pelo contexto histórico, cultural e social (Coutinho, 2021). Neste sentido, defende que na investigação, não existem perspetivas neutras e desinteressadas, pois dependem da forma como cada indivíduo se posiciona no mundo, da sua história de vida e da sua racionalidade (Coutinho, 2021) e as questões que vão surgindo devem ser devidamente contextualizadas de acordo com o grupo ou contexto social em causa (Santos, 1999). Além disso, o conhecimento também é influenciado pela posição social do investigador, sendo necessário ter essa influência em consideração no decorrer do percurso (Coutinho, 2021).

Como exposto, este paradigma procura contrariar o rigor metodológico excessivo e limitador, sendo que não pretende apenas atribuir um significado às ações e aos comportamentos humanos (Bertão et al., 2024). O seu principal objetivo é a produção de um conhecimento que seja emancipatório, acessível e não exclusivo aos indivíduos em situações de maior vulnerabilidade social, frequentemente vistos como incapazes e/ou insuficientes (Coutinho, 2021). Assim, o paradigma sociocrítico não surgiu como apenas um complemento aos restantes paradigmas, mas sim como uma abordagem que valoriza o quotidiano e o dinamismo da realidade, bem como na forma de encarar e perceber a mesma, segundo uma reflexão crítica e detendo uma intencionalidade de originar mudanças positivas e transformação social (Bertão et al., 2024).

Mais se acrescenta que todo o conhecimento científico é encarado como autoconhecimento (Santos, 1999). Os objetos são uma extensão dos sujeitos, com uma acentuada presença de elementos autobiográficos e autorreferências (Santos, 1999). Não existe uma separação entre o que é vivido e o que é analisado ou estudado, traduzindo-se num saber prático sem limitação técnica (Santos, 1999). A ciência que é defendida é emancipadora e não se limita a quantificar ou descrever, indo para além das práticas e dos métodos tradicionais (Bertão et al., 2024). Para Habermas (1987, citado em Coutinho, 2021) o conhecimento que mais deve ser valorizado, não é aquele que é construído isoladamente, mas o que surge no decorrer das conversas e dos debates

racionais e argumentativos. Onde, nesse contexto, a dúvida e o questionamento são incentivados, todos os indivíduos são escutados, têm uma voz ativa e não existindo distorções de poder ou interesses hierárquicos (Coutinho, 2021).

Deste modo, o conhecimento analisado no âmbito do paradigma emergente configura-se com outras formas de produção de saber, como o senso comum, que é normalmente encarado como superficial, prático e orientado pelo cotidiano, regulando as ações e condutas dos indivíduos (Santos, 1999). Contudo, quando o investigador se permitir emergir no sentido mais profundo do senso comum, este pode enriquecer o conhecimento e as relações, assumindo uma dimensão utópica e libertadora, devendo ser expandida através do conhecimento científico e pelo diálogo (Santos, 1999). Este processo é dinâmico, espontâneo e não metódico (Santos, 1999). O senso comum não procura ensinar, mas influenciar e motivar, focando-se na ação (Santos, 1999). É importante sublinhar que este necessita de ser relacionado com o conhecimento científico, pois este isoladamente pode tornar-se conservador, opressivo e absolutista (Santos, 1999). No contexto da ciência pós-moderna, o conhecimento científico concretiza-se quando se converte a senso comum (Santos, 1999). Este conhecimento deve ser traduzido também em autoconhecimento e em sabedoria de vida (Santos, 1999).

Neste contexto, o paradigma emergente defende que os indivíduos possuem a capacidade de refletir criticamente e de forma consciente sobre os contextos, reconhecendo as suas potencialidades e as fragilidades (Timóteo & Bertão, 2012). Esta capacidade permite-lhes agir de acordo com os seus valores, levando a uma intervenção informada, consciente e transformadora, respondendo adequadamente aos problemas e questões que vão surgindo (Timóteo & Bertão, 2012). Dessa forma, o conhecimento deve igualmente ser desenvolvido pelos sujeitos e pelas comunidades, pois todos devem desempenhar um papel ativo e colaborativo, segundo o princípio da democracia participativa (Bertão et al., 2024). Este processo de conhecimento deve ser reflexivo e ocorre através do estabelecimento de uma relação co-construída com as pessoas, influenciando-se mutuamente e evoluindo em parceria (Bertão et al., 2024). De salientar que o conhecimento não é estático, está em constante evolução e transformação, adaptando-se a novas possibilidades, experiências e contextos (Bertão et al., 2024).

Tendo em conta as metas e os objetos do paradigma emergente, nomeadamente a promoção da mudança e a transformação, este recorre a metodologias qualitativas na sua ação, como é o caso da metodologia de IAP (Timóteo & Bertão, 2012), que foi adotada no decorrer deste projeto.

1.2. METODOLOGIA: A IAP

A metodologia adotada no desenvolvimento de um projeto social é um fator muito importante, pois os resultados obtidos dependem diretamente dos métodos adotados (Serrano, 2008). Portanto, é correto afirmar que a metodologia utilizada viabiliza os métodos, bem como as ferramentas e técnicas aplicadas ao longo do processo (Serrano, 2008).

O processo metodológico é, por natureza, complexo e desafiador, exigindo atenção, em especial na recolha e análise dos dados (Serrano, 2008). Ao delinear e implementar uma metodologia, é essencial estabelecer normas, tarefas e procedimentos claros (Serrano, 2008). O princípio da complementaridade metodológica pressupõe a utilização de técnicas distintas que se complementam, proporcionando uma visão menos limitada, ou seja, mais frutífera e abrangente (Serrano, 2008).

Assim, a metodologia foca-se principalmente no processo de investigação e não nos resultados obtidos, valorizando o percurso de construção do conhecimento e as diferentes etapas, sendo um processo contínuo (Bisquerra, 1989 citado em Coutinho, 2021). Para além dos métodos adotados, questiona os fundamentos que os sustentam e que influenciam diretamente as decisões e práticas do investigador, justificando-se o impacto das mesmas (Coutinho, 2021). Especificamente, a metodologia analisa e descreve os métodos, expondo de forma clara, e reflete teoricamente sobre a prática e a sua contribuição na produção de conhecimento científico, equacionando diferentes possibilidades (Coutinho, 2021). Não se limita a descrever como a investigação e a pesquisa se desenvolveram, mas procura refletir sobre a finalidade, a intenção e o porquê, bem como na influência dessas escolhas sob o conhecimento obtido (Coutinho, 2021).

A metodologia IAP remete, conforme defendem diferentes autores, a distintos caminhos no que concerne às suas origens (Lima, 2003). As suas origens empíricas remontam à “construção das culturas humanas nas suas tentativas de resolver os problemas práticos do viver” (Lima, 2003, p.

311). Esta metodologia defende que deve existir uma coesão e relação flexível entre o que é a investigação e a ação, onde se ressaltam objetivos e expectativas comuns (Timóteo & Bertão, 2012). Esta reunião deve ser encarada como sendo dinâmica e holística, incluindo diversas fases, como a planificação, a observação, o agir e as reflexões críticas constantes relativamente ao que é absorvido através da mesma e ao desenrolar dos acontecimentos (Timóteo & Bertão, 2012). Esta metodologia não deve ser considerada exclusivamente uma ferramenta de investigação, pois convida-nos também a refletir sobre o nosso papel enquanto profissionais e simultaneamente enquanto cidadãos, questionando como nos posicionamos e para que mundo desejamos contribuir (Bertão et al., 2024).

A IAP distancia-se dos procedimentos mais tradicionais, características do trabalho científico (Lima, 2003). O seu objetivo não se prende apenas com o conhecer, com o acumular de informação e conceitos, mas também transformar a realidade, tendo impacto na prática, promovendo um mundo mais justo e equilibrado, de acordo com os recursos disponíveis (Lima, 2003). Os diferentes profissionais e atores sociais, ao participarem ativamente e contribuírem com diferentes perceções e contribuições, são incentivados a, de forma criativa e dinâmica, definir caminhos e possibilidades alternativas e transformar a realidade de forma positiva (Bertão et al., 2024).

Sendo um tópico discutido por diversos autores, conforme expõe Coutinho (2021) na sua obra, as características da investigação-ação podem ser compreendidas a partir de quatro conceitos fundamentais: situacional, pois pretende chegar a um diagnóstico e selecionar um determinado problema que fora identificado num contexto específico; interpretativa, não se limitando à descrição, mas pretendendo alcançar e promover a mudança e a transformação social, segundo ações deliberadas; participativa, dado que todos os intervenientes desempenham um papel ativo no decorrer da mesma; e autoavaliativa, uma vez que a avaliação é realizada de forma contínua e permite ajustes e modificações ao longo do processo, refletindo-se diretamente na prática (Coutinho, 2021).

Além de promover a participação, o questionamento, a análise e a reflexão crítica, a IAP defende a inclusão ativa dos indivíduos em todo o processo, garantindo que estes contribuam para a prática e desenvolvimento da ação (Bertão et al., 2024; Lima, 2003). Permite ainda o

desenvolvimento de novas propostas, em parceria com os indivíduos, que são vistos como agentes da sua própria vida (Lima, 2003).

Porém, é importante reforçar que não é uma metodologia restrita a contextos desfavorecidos e vulneráveis, nem possui como foco a produção de riqueza material ou económica (Lima, 2003). Ademais, a produção de conhecimento não é neutra nem objetiva, devendo rejeitar hierarquias predefinidas e estatutos de poder, que beneficiam instituições e empresas, em detrimento das necessidades dos indivíduos (Lima, 2003). Assim, um projeto social que recorra a esta metodologia tem como foco a transformação positiva, promovendo ações coletivas e coerentes, sem discriminação (Monteiro, 2019).

O investigador deve procurar aprender com a prática e o quotidiano dos indivíduos, considerando o meio ambiente em que estão inseridos e identificando, bem como compreendendo, os problemas dessa realidade (Bertão et al., 2024; Weber, 2011). Para que tal seja possível, é necessário interagir socialmente, partilhando experiências, perceções e informações pertinentes, percebendo assim a complexidade dos desafios (Bertão et al., 2024). A observação da realidade dos sujeitos é, portanto, essencial para iniciar qualquer investigação e intervenção (Lima, 2003).

Recorrendo-se à observação enquanto técnica de investigação, isso permite ao investigador registar e interpretar comportamentos, ações e interações contextualizadas num determinado contexto social (Coutinho, 2021). A observação pode ser estruturada, quando segue um protocolo específico e pré-definido, segundo um conjunto de critérios, ou não estruturada, não se cingindo a um guião e possibilitando que o investigador explore e emergir livremente nos contextos onde se insere, permitindo ter em consideração a subjetividade, bem como a imprevisibilidade (Coutinho, 2021). Neste tipo de observação, os registos podem ser feitos em notas de campo, como num diário de bordo (Coutinho, 2021).

Este comprometimento com os sujeitos e o contexto é crucial para alcançar a mudança desejada (Lima, 2003). Esta mudança, contudo, não deve ser superficial, não implicando apenas uma alteração naquilo que já se encontrava estabelecido ou nos objetivos previamente definidos, visto estes poderem sofrer alterações e reajustes no decorrer do processo (Lima, 2003). Deve ser vista como momentos de reflexão, enquadrados num contexto histórico, cultural e social, em que são

identificados diversos parâmetros, como os recursos, as redes de apoio, as expectativas, as potencialidades e as fragilidades existentes (Lima, 2003).

Lima (2003) destaca ainda que qualquer indivíduo tem a capacidade de produzir conhecimento pertinente, principalmente em temas que se encontram diretamente relacionados com a sua vida e o seu quotidiano. Este deve ter poder de decisão e autonomia, agindo de forma consciente e informada, sendo, assim, responsabilizado pelas suas ações (Lima, 2003).

Mais se acrescenta que o investigador deve proporcionar as condições necessárias, assim como um ambiente favorável e seguro, para que as pessoas sejam protagonistas em todo o processo de transformação, melhorando a sua vida, as suas relações sociais e os próprios contextos em que se inserem (Mendes, 2022, citado em Bertão et al., 2024).

Para tal, a comunicação é muito importante, devendo esta ser clara e precisa (Bertão et al., 2024). Quando se refere a comunicação, falamos de uma linguagem verbal e não verbal, sendo ambas igualmente importantes, desempenhando um papel crucial na relação, na confiança e na forma como o indivíduo se expressa (Bertão et al., 2024). Posto isto, é possível afirmar que a comunicação detém um papel basilar na investigação, pois é através da mesma que nos moldamos, organizamos, expressamos e interpretamos (Bertão et al., 2024). Conforme defende Paulo Freire (2006b, p.90, citado em Bertão et al., 2024, p.140) “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

Reforça-se que um projeto bem delineado, eficaz e adequado, que seja transformador e que origine mudança e consequências positivas para os indivíduos e respetivos contextos, não é aquele que se desenvolve rigidamente, no tempo e no espaço, sem abertura para a imprevisibilidade, criatividade e participação, cingindo-se apenas a processos e ações impessoais e uniformizadas (Bertão et al., 2024; Monteiro, 2019). Um projeto social não deve ser restrito a um conjunto de ações e atividades, nem apenas ao cumprimento de uma planificação (Monteiro, 2019). Em oposição, este deve ser delineado e desenvolvido segundo uma base de reflexão e pensamentos críticos, abrindo espaço para o diálogo, para o surgimento de novas respostas e possibilidades (Monteiro, 2019).

Em suma, a IAP pressupõe que o investigador seja simultaneamente um participante ativo e um facilitador (Bertão et al., 2024). Deste modo, citando Paulo Freire (2022b, citado em Bertão et al., 2024, p. 24), “estar em projeto significa *ser projeto*”. Ou seja, adotando esta metodologia participativa, o investigador envolve-se profundamente e de forma consciente, com compromisso, co-construindo conhecimento em parceria com os indivíduos (Bertão et al., 2024). O investigador deve, por isso, delinear a sua intervenção a partir da análise da realidade, garantindo a participação ativa de todos os envolvidos no processo (Lima, 2003). É crucial considerar como os atores sociais percebem a realidade, os seus problemas e expectativas, pois são eles quem melhor compreende as suas próprias situações e contextos (Lima, 2003). Face ao exposto, a investigação-ação possui como objetivo produzir conhecimento, modificar a realidade, impactando a mesma e originando novas abordagens e transformar os atores sociais que compõem as mesmas, pois a investigação não influencia apenas os contextos e as políticas, mas também os participantes envolvidos no processo (Coutinho, 2021).

Para tal, é importante o interventor desenvolver uma relação de ajuda com os sujeitos, representando uma ferramenta bastante pertinente para o sucesso da prática social.

1.2.1. RELAÇÃO DE AJUDA – ENQUANTO FERRAMENTA DE INTERVENÇÃO

O ser humano é um ser social e é na relação com outro que este se torna pessoa e que desenvolve a sua essência (Weber, 2011). Ou seja, é “no contexto dos laços sociais que a pessoa se cria a ela própria” (Weber, 2011, p. 105). Em consequência, é “através dessas relações com os outros que o ser se descobre e a sua personalidade se constrói pouco a pouco” (Serruys, 2000, p. 16).

Dada a importância das relações que vão sendo estabelecidas ao longo de toda a vida na intervenção o desenvolvimento de uma relação de ajuda com os sujeitos revela-se fundamental (Timóteo, 2010). Esta pressupõe intencionalidade e complementaridade, tendo também como principal objetivo a mudança, inovação e a transformação (Timóteo, 2010).

Uma relação de ajuda prende-se com o estabelecimento de uma relação de confiança, de laços e cumplicidade, bem como a valorização do próprio indivíduo e o seu *empowerment* (Timóteo,

2010). A relação de ajuda permite que existam momentos de partilha genuínos, onde se transmite coragem aos sujeitos, de forma que estes se sintam capazes e com autonomia para serem donos dos seus próprios destinos, de acordo com a sua individualidade, com as suas crenças e expectativas (Timóteo, 2010). Assim como é defendido na metodologia de IAP, os sujeitos devem ter uma voz ativa em todo o processo com poder de decisão e são responsabilizados pelas suas determinações e ações (Timóteo, 2010). Para que tal aconteça, e de maneira que as pessoas sintam confiança para lidar com os problemas e fragilidades com que se deparam, também é necessário que exista comprometimento por parte dos profissionais de relação de ajuda (Timóteo, 2010). Os interventores devem deter competências indispensáveis para o desenvolvimento de uma relação de ajuda, nomeadamente, devem praticar uma escuta ativa, atendendo à comunicação verbal e não-verbal, procurando sempre dar *feedback* ao outro, ser empático, segundo sempre o referencial do outro, respeitoso e autêntico, afetivo, tolerante, envolvendo-se mutuamente na relação (Chalifour, 2007; Veiga, 2009). Mais se acrescenta que devem igualmente procurar aprofundar o seu autoconhecimento, os seus mecanismos de defesa, os processos transferenciais e saber lidar com a sua própria frustração, tendo em conta que as relações são dinâmicas e que possuem avanços e recuos (Veiga, 2009).

Ao longo de toda a intervenção, é importante assumir uma responsabilidade ética e informada, assim como ter em consideração que todas as pessoas possuem a sua história de vida, medos, receios, sonhos, potencialidades e vulnerabilidade (Veiga, 2009). É igualmente imprescindível que uma intervenção seja fundada com base na confiança e no respeito mútuo, na partilha, na observação da vida quotidiana dos atores sociais, estabelecendo-se relações positivas e que permitam alcançar a mudança e o desenvolvimento (Veiga, 2009).

1.3. A AVALIAÇÃO DOS PROJETOS EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL

Num projeto social, a fase da avaliação é tão importante como qualquer outra fase exposta anteriormente. De acordo com Serrano (2008) refere, “a avaliação é um processo de reflexão que permite explicar e avaliar os resultados das ações realizadas” (p. 81).

É importante ter em consideração que a fase da “avaliação insere-se, inevitavelmente, num sistema de valores” (Weber, 2011, p. 205). Ou seja, a avaliação que é desenvolvida, ao longo do projeto social, não é neutra e isolada, pelo contrário, é sempre influenciada pelos valores, princípios, crenças e normas, que orientam as decisões tomadas e os critérios adotados (Weber, 2011). Assim, a avaliação não é apenas uma técnica adotada, ou uma fase dos projetos sociais, é igualmente o reflexo do investigador, dos indivíduos que compõem o projeto e da comunidade (Weber, 2011).

Nesta fase, é também fundamental refletir sobre os erros e os sucessos que foram surgindo ao longo do desenvolvimento do projeto, tomando consciência dos mesmos e possibilitando assim um aprimoramento para o futuro (Serrano, 2008). Salienta-se que, a avaliação não deve ser encarada como sendo a última fase de um projeto (Serrano, 2008). Pelo contrário, a avaliação deve ser contínua, desenvolvida ao longo de todo o processo, permitindo assim colmatar os percalços e as lacunas que vão surgindo, tomando consciência dos mesmos e indo adaptando e aperfeiçoando (Serrano, 2008). Fase ao exposto, uma avaliação constante é assim fundamental, possibilitando uma organização e perspectiva mais abrangentes e holísticas (Stufflebeam & Shinkfield, 1985). Esta procura ter como resultado a aquisição de uma informação segura e imparcial (Stufflebeam & Shinkfield, 1985).

Os problemas identificados ao longo de uma investigação devem ser igualmente avaliados segundo alguns critérios de modo a garantir a pertinência e a viabilidade dessa investigação (Coutinho, 2021). Um dos critérios fundamentais é a exequibilidade, ou seja, a possibilidade de concretizar a investigação dentro das limitações existentes, como o tempo e os recursos disponíveis (MacMillan e Schumacher, 1997, citado em Coutinho, 2021). Além disso, a relevância dos problemas identificados é essencial, uma vez que a investigação deve ter um impacto significativo e deve ser pertinente, tanto no campo teórico como na prática (MacMillan e Schumacher, 1997, citado em Coutinho, 2021). Como tal, os problemas identificados na investigação devem responder a uma necessidade real e refletida, contribuindo para a transformação e para a mudança (MacMillan e Schumacher, 1997, citado em Coutinho, 2021). A clareza é outro critério fundamental (MacMillan e Schumacher, 1997, citado em Coutinho, 2021), pois os problemas devem ser formulados de maneira objetiva e precisa, evitando ambiguidades

que possam comprometer a investigação e os objetivos futuros (MacMillan e Schumacher, 1997, citado em Coutinho, 2021).

A fase da avaliação tem como um dos principais propósitos averiguar a eficácia de um projeto social e da sua investigação, comparando os resultados obtidos no decorrer do mesmo com as metas e os objetivos definidos previamente (Coutinho, 2021). Este processo permite compreender em que medida os impactos esperados foram realizados e identificar possíveis lacunas no processo, bem como aperfeiçoar as respostas e os métodos delineados (Coutinho, 2021).

Ademais, a importância da avaliação para a prática, esta permite também construir e solidificar o conhecimento obtido, fornecendo informações úteis para a tomada de decisão e para a melhoria contínua das intervenções (Coutinho, 2021).

Em suma, a avaliação é um processo sistemático e reflexivo, que permite averiguar a relevância, eficácia e impacto das intervenções, da investigação e dos projetos sociais, garantindo que respondam às necessidades da sociedade (Coutinho, 2021). Não se cingindo apenas à recolha de dados científicos e pontos de vista, opiniões emotivas, esta fase deve ter em consideração todas as perspetivas, assim como a possibilidade de os critérios de avaliação poderem ser interpretados de acordo com o referencial de cada participante (Coutinho, 2021).

2. SAÚDE MENTAL

A SM, apesar de ser uma temática que tem vindo a sofrer uma evolução considerável ao longo dos anos, seja pelos progressos significativos na forma de encarar a saúde e a DM, seja pela mudança de paradigma, ainda enfrenta diversos desafios e um longo caminho a percorrer. Estes desafios incluem a disponibilização de recursos, o estigma/autoestigma, os serviços de apoio comunitário e as políticas públicas. É crucial reforçar a consciência de que a “saúde mental é uma componente essencial da saúde” (Almeida, 2018, p. 9), sendo fundamental para o bem-estar individual, pois influencia a vida das pessoas, as suas relações e os contextos em que se inserem (Fazenda, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu SM como sendo "um estado de bem-estar no qual o indivíduo reconhece as suas próprias capacidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para sua comunidade" (OMS, 2022, p. 8). Segundo esta definição, a SM não se define apenas pela ausência de dor ou de patologias mentais, ou seja, a “ausência de DM contribui para a SM, mas não assegura, por si só, uma boa SM” (Almeida, 2018, p. 13). Deste modo, a SM reflete um estado de bem-estar em que o indivíduo é capaz de lidar com as dificuldades e as responsabilidades diárias com resiliência e eficiência, participando ativamente na sociedade (OMS, 2022). O conceito de bem-estar abrange diferentes parâmetros, para além do bem-estar físico, como a ausência de emoções negativas, a promoção de emoções positivas, realização pessoal e satisfação com a sua vida (Almeida, 2018).

A SM Positiva é reconhecida como o estado em que o indivíduo se enquadra em parâmetros de bem-estar considerados positivos (Almeida, 2018). Esta é um fator crucial para o funcionamento afetivo, o bem-estar emocional e a capacidade relacional dos sujeitos (Almeida, 2018). Uma SM positiva possibilita enfrentar os desafios diários fomenta o desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis e valoriza os recursos pessoais para lidar com as adversidades (OMS, 2022). A OMS (2021) destaca a importância de potenciar os recursos internos e externos de cada indivíduo, promovendo a sua resiliência e sentido de pertença. Pelo contrário, o sofrimento psíquico prejudica severamente as capacidades produtivas e relacionais (Almeida, 2018).

A promoção de uma SM positiva não substitui o tratamento das doenças mentais, mas constitui-se como um eixo fundamental e complementar para uma abordagem integrada da saúde (OMS, 2022), estando comprovada a existência de uma correlação bastante dependente entre a SM e a saúde física, defendendo-se que “não há saúde sem saúde mental” (Almeida, 2018, p.13).

2.1.A DOENÇA MENTAL

A DM existe há tanto tempo quanto a vida humana, apesar de o seu reconhecimento, da sua compreensão e dos tratamentos terem sofrido diversas alterações ao longo da história (Moreira et al., 2005). A evolução na forma de encarar e definir a DM é profundamente influenciada por diversos fatores, incluindo os valores culturais, os recursos socioeconómicos e a evolução do conhecimento científico (Moreira et al., 2005).

Estas definições e diferentes formas de tratamento variavam consoante as épocas em que eram analisadas, bem como os contextos culturais e sociais (Moreira et al., 2005). Nas culturas primitivas, a DM era entendida como consequência de possessões demoníacas, sendo estas perceções influenciadas por concepções mágico-religiosas (Moreira et al., 2005). Já na Antiguidade, especialmente entre os egípcios, era vista como uma mistura de causas sobrenaturais e naturais (Moreira et al., 2005). Os tratamentos incluíam frequentemente rituais espirituais e práticas como a interpretação de sonhos e a hidroterapia (Moreira et al., 2005). Na Grécia Antiga, as alterações de comportamento eram frequentemente relacionadas com interferência dos deuses (Moreira et al., 2005). Hipócrates, considerado o pai da medicina, refutou a ideia de que a doença tinha origens divinas, afirmando que as causas eram naturais, relacionadas ao ambiente e ao estilo de vida dos sujeitos (Moreira et al., 2005). Durante a Idade Média, a DM foi encarada como um estado de loucura e como uma possessão demoníaca, levando a práticas de tratamento muito violentas, que incluíam torturas, a perfuração do crânio para o demónio sair e a submersão dos indivíduos em água a ferver, além de longos confinamentos (Moreira et al., 2005). Na época do renascimento, a DM passou a ser encarada como sendo fruto de causas naturais e surgiram os asilos com o intuito de restringir os indivíduos com perturbações mentais, confinando-os e isolando-os da sociedade, visto que a pessoa com EDM era encarada como sendo perigosa e uma ameaça para a sociedade (Moreira et al., 2005).

No entanto, o que é observável e comum em todas as definições e formas de encarar a DM é o estigma e a incompreensão persistentes. Historicamente, este estigma levava as famílias a ocultar e esconder a pessoa com EDM, encarando a situação como um problema privado que necessitava de ser mantido em segredo (Moreira et al., 2005). Embora o contexto social tenha evoluído, com a substituição dos asilos pelos hospitais psiquiátricos (Moreira et al., 2005), o estigma associado à EDM, e a conseqüente necessidade de ocultação por parte das famílias, permanece um desafio na sociedade contemporânea.

A forma de se abordar a saúde e a DM sofreu uma grande mudança, no final do século XIX, com a descoberta e exploração do inconsciente e com a psicanálise, por Freud (Moreira et al., 2005). Com esta abordagem diferente da que era defendida anteriormente pela medicina tradicional, a comunidade médica começou a observar o doente de uma forma mais humanizada, reconhecendo a sua individualidade e a sua história de vida (Moreira et al., 2005).

A DM engloba as diversas perturbações que afetam o normal funcionamento dos indivíduos, seja a nível emocional, social como psicológico, assim como os seus comportamentos (Fazenda, 2008). A DM afeta a sua forma de agir, os seus pensamentos e a forma como percebem a realidade, resultando de diversos fatores, detalhadamente: biológicos, psicológicos e sociais (Oliveira & Silva, 2022).

A DM é assim caracterizada pela prática de reações e comportamentos desadequados, bem como pela dificuldade ao nível da comunicação verbal e não verbal (Oliveira & Silva, 2022). Esta pode ser aguda ou crónica e pode inclusivamente ser tratada e/ou levada à recuperação (Fazenda, 2008).

DM é um conceito diferente de deficiência mental, visto a deficiência mental não é considerada como sendo uma doença em si mesma (Fazenda, 2008). Esta é uma condição que afeta o desenvolvimento da mente dos indivíduos, não lhes permitindo alcançar um completo funcionamento intelectual, encontrando-se este abaixo da média (Fazenda, 2008).

Posto isto, as DM causam impactos muito significativos na vida dos indivíduos, nomeadamente nas suas capacidades diárias, laborais e relacionais, causando sofrimento psíquico e custos

económicos diretos e indiretos (Almeida, 2018). Estas perturbações constituem uma das principais causas de incapacidade a nível mundial, afetando a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos (Almeida, 2018; OMS, 2022). Dessa maneira, podem ser encaradas como entidades patológicas, ou seja, condições mentais reconhecidas como doenças, que condicionam o quotidiano dos indivíduos e interferem em todos os níveis das suas vidas (Almeida, 2018).

Quando é que se pode considerar que um indivíduo se encontra perante uma DM? Frequentemente, muitas pessoas procuram cuidados por se encontrarem a ultrapassar alguma fase mais complicada ou adversa das suas vidas, com alguns problemas e fragilidades ao nível emocional (Almeida, 2018). Porém, algumas destas pessoas não se enquadram dentro dos critérios que se encontram predefinidos para diagnóstico (Almeida, 2018). Ou seja, quando as queixas físicas e emocionais não atingem a intensidade ou duração necessária para se diagnosticar uma doença de foro mental, estes não se encontram perante uma DM (Almeida, 2018).

As perturbações podem ser consideradas comuns e graves (Almeida, 2018). Nas perturbações mentais comuns encontram-se incluídas as perturbações de humor ou afetivas, as de ansiedade e as perturbações de uso de álcool ou de outras substâncias (Almeida, 2018). Nas perturbações mentais graves, conforme o nome indica, incluem as perturbações consideradas mais graves e que condicionam fortemente a vida dos indivíduos (Almeida, 2018). Estas são marcadas por sintomas psicóticos e uma incapacidade significativa, afetando profundamente a capacidade de funcionamento do sujeito e as suas rotinas diárias (Almeida, 2018). Entre estas perturbações estão incluídas as psicoses, como a esquizofrenia e a doença bipolar (Almeida, 2018). É importante sublinhar que qualquer perturbação mental, seja esta considerada comum ou grave, causa impacto na vida dos indivíduos alterando as suas dinâmicas (Almeida, 2018). Estas perturbações apresentam uma prevalência bastante elevada nas sociedades e podem afetar qualquer pessoa, não escolhendo entre estatuto económico, classe social, género ou idade (Almeida, 2018). Não obstante, a nível estatístico, é observado que a prevalência de DM é mais elevada nos estatutos socioeconómicos mais baixos (Almeida, 2018). A OMS estima que a depressão afete globalmente mais de 280 milhões de pessoas e a esquizofrenia cerca de 24 milhões, sendo estas condições a principal causa de incapacidade a nível global (OMS, 2022). Adicionalmente, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou significativamente,

com um aumento estimado de 25% nos casos no primeiro ano da pandemia de COVID-19 (OMS, 2022). Esta disparidade é acentuada pelo estatuto socioeconómico, pois a pobreza, o desemprego e a baixa escolaridade são reconhecidos como fatores de risco significativos (OMS, 2022). Almeida (2018) evidencia, por exemplo, o caso específico da esquizofrenia, onde esta prevalência é 3.4 vezes mais elevada entre os estatutos socioeconómicos mais baixos. No caso da depressão, o mesmo também se verifica, sendo a prevalência 2.4 vezes superior (Almeida, 2018). Estes dados podem ser explicados recorrendo-se à teoria da causalidade, que aponta que os indivíduos que se encontram nos estatutos sociais mais baixos ao longo das suas vidas têm de enfrentar situações mais stressantes passíveis de provocar um maior desequilíbrio emocional, nomeadamente ao nível laboral, como o desemprego, e ao nível familiar, económico e relacional, como episódios de discriminação e maior dificuldade no acesso a cuidados de saúde e a tratamentos adequados (Almeida, 2018; OMS, 2022). Em oposição, a teoria da seleção social sugere que as DM, como a esquizofrenia e a depressão podem ser as responsáveis pela condição social mais precária dos indivíduos (Almeida, 2018). Neste sentido, os desafios que estes indivíduos enfrentam condicionam as suas oportunidades e a sua posição social, bem como a sua integração nos diferentes contextos sociais e laborais (Almeida, 2018). Contudo, a visão dominante é que a relação entre DM e estatuto socioeconómico é bidirecional, reconhecendo-se que a vulnerabilidade social aumenta o risco (causalidade social) e que a própria doença pode precipitar a descida social (seleção social) (Almeida, 2018; OMS, 2022).

A OMS (2021) reforça que as doenças mentais representam um dos maiores desafios de saúde pública, exigindo políticas eficazes que promovam a prevenção, o tratamento acessível e a redução do estigma.

2.2. A EVOLUÇÃO NA FORMA DE ENCARAR AS PESSOAS COM EXPERIÊNCIA EM DOENÇA MENTAL

“Lentamente, a doença mental foi sendo retirada de dentro do indivíduo e foi devolvida à comunidade”
(Moreira et al., 2005, p. 65).

No passado, era defendida a ideologia de que as DM não tinham cura, nem qualquer possibilidade de prevenção, sendo o isolamento desses indivíduos a única solução apresentada (Almeida, 2018). Esta forma de pensar e de encarar a DM, justificava a institucionalização forçada das pessoas com EDM, sendo estes indivíduos isolados em alguma instituição, afastados da sociedade, como nos asilos ou hospitais psiquiátricos (Almeida, 2018). Esta perspetiva marcou assim um período de discriminação e exclusão destes indivíduos, onde os seus direitos humanos não foram respeitados, não usufruindo de proteção ao nível legal (Almeida, 2018).

Nestes contextos institucionais, os indivíduos com EDM eram abandonados pela sociedade, perdendo o controlo das suas próprias vidas, a sua autonomia e poder de decisão, a sua individualidade e as suas relações interpessoais, nomeadamente com os seus familiares (Fazenda, 2008). Não possuíam condições de vida dignas e, em alguns casos, eram inclusivamente vítimas de maus-tratos e negligência (Fazenda, 2008).

Atualmente, está comprovado que essas premissas, que eram defendidas no passado, estão completamente erradas e tais atos já não são aceitáveis (Fazenda, 2008). Estas práticas são amplamente reconhecidas como atentados aos direitos humanos (Fazenda, 2008). A OMS (2021) reforça inclusivamente que o isolamento das pessoas com EDM contribuiu para o agravamento da doença, da exclusão social dos indivíduos e para a perpetuação de desigualdades no acesso à SM.

Segundo uma perspetiva evolutiva, as instituições psiquiátricas, que anteriormente estavam separadas dos outros serviços de saúde, encontram-se gradualmente a ser substituídas por um sistema mais integrado e menos estigmatizante (Almeida, 2018). O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) de 2007 - 2016 defende a necessidade de uma reforma estrutural e uma mudança de paradigma, promovendo a integração dos cuidados de SM nos hospitais gerais e a sua articulação com os cuidados de saúde primários e com a rede de apoio social e comunitário (PNSM, 2008). Assim, os serviços de SM devem ser comunitários, com as unidades de internamento localizadas nos hospitais gerais e articuladas com os cuidados de saúde primários (PNSM, 2008).

Este modelo comunitário promove o respeito pela autonomia e dignidade da pessoa, bem como a reabilitação psicossocial e a reintegração dos indivíduos nas comunidades (Almeida, 2018; PNSM, 2008). Esta transição é um processo gradual, que exige investimento financeiro, dedicação e tempo (Almeida, 2018). No entanto, os benefícios para os indivíduos são observáveis, promovendo não apenas a sua reabilitação, como também a sua reintegração social (Almeida, 2018). Além disso, também contribui para que o acompanhamento das pessoas seja desenvolvido nos seus locais da residência e dos seus contextos de vida, garantindo uma maior proteção dos seus direitos, maior adesão à intervenção e continuidade ao nível dos cuidados e dos tratamentos (Almeida, 2018). Ao mesmo tempo, não intensifica a discriminação, o estigma e os estereótipos negativos ainda existentes (Almeida, 2018).

A OMS (2021) reforça a eficácia a longo prazo dos serviços comunitários, bem como os benefícios financeiros que resultam desta intervenção. Neste sentido, a criação de Equipas Comunitárias de SM é uma das principais propostas no PNSM (PNSM, 2008).

Este novo olhar sobre a SM não se limita à prestação de cuidados clínicos, não sendo exclusivamente centrada na doença, mas implica também uma transformação social, cultural e ética, reconhecendo a saúde mental como um direito humano fundamental e um motor para o desenvolvimento socioeconómico sustentável (OMS, 2022), exigindo investimento continuado, sensibilização comunitária e uma atuação articulada entre os vários setores (Almeida, 2018).

2.3. O ESTIGMA, O AUTOESTIGMA E O PRECONCEITO

Conforme descrito ao longo do presente capítulo, desde sempre, a DM é associada a preconceitos, medos e estigmas, levando a que os indivíduos com EDM fossem vítimas de discriminação e exclusão social (Almeida, 2018). No passado, as pessoas com EDM, principalmente no que concerne ao diagnóstico de doença mental grave (DMG), eram completamente excluídas da sociedade (Almeida, 2018).

O ser humano possui a sua individualidade, autodeterminação e independência, sendo estes aspetos muito valorizados socialmente (Lima, 2018). Simultaneamente, a sua identidade é moldada pelas interações que estabelece com os demais, ou seja, pelas relações sociais (Lima,

2018). Essas relações, que estabelecemos com diferentes grupos e indivíduos, são frequentemente influenciadas por preconceitos, estereótipos e discriminação (Lopes, 2024). Embora essa influência possa ser inconsciente, molda de forma significativa as relações e as dinâmicas sociais (Lopes, 2024).

É importante salientar que, além do preconceito negativo, que é mais facilmente identificado pelos indivíduos, existe também o preconceito positivo (Lopes, 2024). Um exemplo de preconceito positivo seria: As pessoas com autismo possuem excelentes capacidades em áreas como matemática ou música. Este tipo de afirmações que se ouvem no cotidiano podem surgir e ser entendidas como sendo um elogio, mas, na verdade, perpetuam estereótipos e preconceitos, ignorando a individualidade, as experiências de vida e as capacidades de cada pessoa com diagnóstico no espectro do autismo, reduzindo-os a todos a uma ideia pré-concebida.

O preconceito negativo, por sua vez, pode definir-se como "(...) uma atitude negativa formada antecipadamente sem fundamento sério ou análise crítica relativamente a um grupo ou a um qualquer indivíduo por pertencer a esse grupo. (...) uma antipatia baseada numa generalização (...)" (Lopes, 2024, p.16). Essa atitude negativa não se reflete exclusivamente em comportamentos discriminatórios, pois afeta igualmente a forma como nos relacionamos e como nos sentimos nas relações e nos contactos que estabelecemos (Lopes, 2024). Deste modo, engloba assim outras dimensões: a dimensão cognitiva, marcada pelos estereótipos que moldam a maneira como pensamos e encaramos os outros sujeitos, grupos ou comunidades e a dimensão afetiva, influenciada pelas emoções e pelos sentimentos dos indivíduos que surgem e são intensificadas por generalizações (Lopes, 2024).

As relações sociais e os grupos podem desempenhar um papel de facilitadores, crucial na diminuição de preconceitos e discriminação, no seio comunitário (Lopes, 2024). Para que tal se verifique, é necessário garantir algumas condições, nomeadamente: a existência de objetivos comuns entre os diferentes elementos, ou seja, que as pessoas colaborem em conjunto para alcançarem uma meta partilhada; os estatutos sejam iguais no seio do grupo, sem divisões sociais e com igualdade; o apoio cultural e institucional; a promoção de uma relação de confiança e respeito, baseada na cooperação e na empatia, de modo a que as interações sejam genuínas e construtivas (Lopes, 2024). Diversos estudos já demonstraram que os efeitos positivos destes

grupos tendem a prolongar-se no tempo, não se limitando ao momento de contacto (Lopes, 2024).

Além disso, a representatividade desempenha também um papel essencial (Lopes, 2024), promovendo a visibilidade e incentivando a participação ativa na sociedade de grupos e pessoas mais estigmatizadas, com inclusão e igualdade de direitos e deveres (Lopes, 2024). Esta representatividade não só demonstra as capacidades destes indivíduos, como desafia e procura alterar os preconceitos e as perceções sociais estigmatizantes, provando que são cidadãos capazes de contribuir positivamente para a sociedade combatendo o estigma e promovendo uma sociedade mais justa e inclusiva (Lopes, 2024).

A OMS (2022) reforça que o estigma e o preconceito associados à DM são obstáculos no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde, à reintegração social e à qualidade de vida das pessoas com EDM, apelando à sensibilização. O PNSM também salienta a importância da participação ativa das pessoas com EDM e dos seus/suas cuidadores/as na definição de políticas públicas e práticas de SM, identificando o combate ao estigma como sendo um dos pilares fundamentais para a promoção de SM e inclusão das pessoas com EDM (PNSM, 2008).

2.4. A PREVENÇÃO NA SAÚDE MENTAL

É possível adotar e desenvolver estratégias eficazes para prevenir a DM e, como consequência, aumentar os recursos pessoais de SM e a resiliência dos próprios indivíduos (Almeida, 2018). Ressalva-se a importância da prevenção primária, evitando-se o surgimento de novos casos; da prevenção secundária, limitando a evolução dos casos já existentes; e da prevenção terciária, focada em minimizar as consequências associadas à DM (Almeida, 2018).

A OMS (2022) destaca a importância da prevenção, salientando-a como uma prioridade global. Sublinha que as intervenções precoces, a promoção do bem-estar psicológico e a redução dos fatores de risco são essenciais para diminuir o surgimento de DM, bem como o impacto destas na vida dos indivíduos e nas comunidades (OMS, 2022). O PNSM (2008) evidencia a necessidade de investir em programas ligados à prevenção, continuando a privilegiar as abordagens

comunitárias, sendo, deste modo, imprescindível envolver os sistemas de saúde, mas também as comunidades (PNSM, 2008).

O modelo comunitário de intervenção em SM, que surgiu nos anos 60 como alternativa ao modelo médico tradicional, prioriza a intervenção numa perspectiva preventiva e proativa, em substituição às abordagens meramente remediativas (Moreira et al., 2005). Neste modelo, a prevenção alinha-se com a promoção do *empowerment* dos sujeitos, valorizando a sua autodeterminação e a participação ativa em todas as questões relacionadas com as suas vidas, bem como a redução dos fatores de risco (Moreira et al., 2005).

A incidência das perturbações mentais pode resultar da acumulação de fatores de risco, como o *stress*, causado por variantes psicológicas, sociais e biológicas, os fatores orgânicos, ou seja, os fatores ambientais que impactam negativamente o organismo do indivíduo, e a ausência de apoio psicossocial adequado (Moreira et al., 2005). Todavia, os fatores de proteção, como o suporte social, a autoestima e as estratégias de *coping*, mais especificamente os mecanismos e esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as situações adversas e de *stress*, desempenham um papel crucial na prevenção e no fortalecimento da SM (Moreira et al., 2005).

2.5. A INTERVENÇÃO E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE MENTAL

No que concerne ao acesso aos cuidados de saúde das pessoas com EDM, este, em determinadas condições, ainda é considerado como sendo um dos fatores mais limitantes ao nível da intervenção e da promoção de uma SM positiva (DGS, 2022; PNSM, 2008).

Este acesso é condicionado por diversos fatores, nomeadamente, longas listas de espera para marcação de consultas, o que leva a um atraso ao nível dos diagnósticos e a um acompanhamento descontinuado (DGS, 2022). Outra fragilidade é a escassez de profissionais, principalmente nas áreas de pedopsiquiatria e sociais, assim como uma cobertura desigual quanto à distribuição dos mesmos pelo SNS, com grande disparidade entre regiões (PNSM, 2008). Em 2021, o então Coordenador Nacional das Políticas de Saúde Mental, Dr. Miguel Xavier, referiu publicamente que a falta de profissionais é "gritante" na pedopsiquiatria e que existe uma carência significativa de

recursos humanos, como psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, nos serviços de Saúde Mental (DGS, 2022; Fumaça, 2022). A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) reforça que a falta de profissionais noutras áreas essenciais compromete consideravelmente a resposta adequada às necessidades da população (ACSS, 2023).

Frequentemente, o SNS não consegue responder atempadamente e com a regularidade necessária e, devido a isso, os indivíduos necessitam de procurar acompanhamento no privado, o que é igualmente condicionado por problemas financeiros (DGS, 2022). Pois, as consultas são dispendiosas e nem todas as pessoas possuem capacidades económicas para despendê-las, para além do custo dos fármacos que lhes são receitados (DGS, 2022). Verifica-se um “(...) desencontro entre aquilo que é a procura e depois a oferta dos cuidados de saúde” (Fumaça – Episódio Serviços Mínimos, 2022), sendo que esta falta de acesso aos cuidados de saúde, é um dos fatores que potencia a DM (DGS, 2022).

Especificamente, quanto à intervenção que é desenvolvida em SM, esta pode ser realizada em diferentes níveis (Almeida, 2018). Não sendo esta uma sequência imperativa, com alguma frequência, quando uma pessoa se encontra a ultrapassar alguma EDM, esta começa geralmente por tentar colmatá-la com os seus recursos psicológicos próprios, encontrando-se assim no considerado como sendo o primeiro nível, o de autoajuda (Almeida, 2018). Quando esta sente que não é suficiente, passa assim ao segundo nível, que se pode nomear como cuidados informais (Almeida, 2018). Ou seja, recorre ao auxílio das pessoas mais próximas de si, da sua rede de apoio, como é o caso dos familiares, dos amigos e inclusivamente dos vizinhos (Almeida, 2018). Visto que estes cuidados não são prestados ao nível dos serviços de saúde, é assim difícil quantificá-los (Almeida, 2018). Porém, segundo diversos estudos, é sabido que, em Portugal e no mundo, as redes de apoio informais e comunitárias apresentam um papel bastante significativo ao nível da prestação de cuidados e que um número considerável de indivíduos com EDM depende desses cuidados, apesar de os apoios dos serviços sociais e de saúde serem ainda muito reduzidos e precários (Almeida, 2018).

Num terceiro nível, quando esse apoio é insuficiente, seguem-se os cuidados primários de saúde, nomeadamente os Centros de Saúde (Almeida, 2018). Estes podem diagnosticar e prestar um tratamento acessível e encaminhar em situações mais graves, tendo um papel muito importante

no que concerne à prevenção e à promoção no campo da SM (Almeida, 2018). De facto, uma grande parte da resposta em SM, em Portugal, continua a ser prestada ao nível dos cuidados primários (DGS, 2022).

Nos casos considerados mais graves e persistentes, num quarto nível, é necessária uma intervenção de cuidados de SM especializados (Almeida, 2018). Estes englobam os serviços de SM na comunidade e no hospital geral da zona de residência (Almeida, 2018). Neste nível, geralmente no que concerne às pessoas com EDM comum a intervenção pode passar por consultas de avaliação e, em casos necessários, prescrição de fármacos, apoio psicológico, clínico e psicoterapia (Almeida, 2018).

No caso das DMG, a intervenção é mais complexa (Almeida, 2018). Esta deve ser focada não apenas no diagnóstico e no tratamento, mas igualmente numa reabilitação psicossocial, com cuidados na comunidade, com programas psicoeducacionais que envolvam o sujeito e a sua rede de suporte informal (Almeida, 2018). Quando existe a necessidade de internamento hospitalar, em casos mais graves, este deve ser de curta duração, com objetivo de ajudar o indivíduo na sua reintegração social (OMS, 2022).

Face ao exposto, quando se aborda a SM dos indivíduos e as intervenções que são desenvolvidas junto dos mesmos, chegou-se à conclusão de que qualquer abordagem reducionista é condicionada diversas limitações, bem como os modelos de causalidade linear (Almeida, 2018; Fazenda, 2008). Deste modo, é necessária uma abordagem mais abrangente e ampla, nomeadamente recorrendo-se ao modelo biopsicossocial (Almeida, 2018; Fazenda, 2008).

O modelo biopsicossocial, conforme o nome indica, evidência a importância dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, não isolando nenhum destes, pois influenciam-se mutuamente e de forma complexa (Almeida, 2018). Assim, o surgimento de um novo paradigma, defendido no Plano Global de SM da OMS, aprovada em 2013, veio fortalecer a necessidade de existir uma estreita articulação entre os determinantes biológicos e os psicossociais (Fazenda, 2008; Almeida, 2018). Para além dessa articulação, foca ainda a importância de observar os indivíduos de acordo com a sua individualidade, as suas necessidades e potencialidades e não apenas segundo uma perspetiva técnica e política (Almeida, 2018; Fazenda, 2008). Assim, de acordo com

o novo modelo defendido, mesmo as situações de perturbações psicóticas, quando estáveis, podem ser geridas na comunidade dos indivíduos (Almeida, 2018). Os serviços devem garantir que os tratamentos farmacológicos sejam combinados com intervenções psicossociais (Almeida, 2018). Incluindo programas de reabilitação psicossocial, o treino de competências sociais, apoio nas diversas áreas da vida das pessoas, por exemplo, a nível habitacional e laboral, a reintegração social, englobando na intervenção também a comunidade e as redes de suporte (Almeida, 2018).

De acordo com a OMS (2001, p.116), “a reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. (...) é um processo abrangente, e não simplesmente uma técnica”.

A reabilitação psicossocial é uma intervenção terapêutica recente, centrada nas pessoas e que defende a ideia de que é possível auxiliar os indivíduos a ultrapassar e a superar as limitações que surgem como consequência da doença (Fazenda, 2008). Esta perspetiva defende a importância de desenvolver, em conjunto com as pessoas, diversas competências e capacidades que auxiliam em todo o processo, promovendo a sua autonomia, o *empowerment*, o desenvolvimento de redes de suporte social e a prática dos seus direitos (Fazenda, 2008). Como referido, esta intervém e auxilia os indivíduos em diversas áreas das suas vidas. Principalmente, na procura de um emprego ajustado às suas capacidade e necessidades, apoiado e protegido; na formação profissional; na (re)inserção no mercado de trabalho; desenvolvimento de diversas competências pessoais e sociais; ao nível da rede da habitação, como na procura de residências comunitárias; apoio ao domicílio; na procura e descoberta de atividades ocupacionais e de lazer, que vão ao encontro das preferências e capacidades; no combate ao estigma e ao isolamento social; entre outras (OMS, 2001; Fazenda, 2008).

Para além de ter como foco melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, a reabilitação psicossocial possui ainda como principais objetivos “a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração” (OMS, 2001, p. 116).

A reabilitação psicossocial pressupõe ainda a sensibilização da comunidade para a sua importância e contributo para uma intervenção positiva (Fazenda, 2008). É assim importante considerar as redes de suporte dos indivíduos e incentivar à participação dos mesmos, especialmente no que diz respeito aos familiares e/ou cuidadores (Fazenda, 2008). A família passou assim a ser considerada como sendo uma parceira importante no decorrer de toda a intervenção, verificando-se que as pessoas com EDM melhoram com mais facilidade quando são apoiadas por uma boa rede de suporte (Fazenda, 2008). Segundo a teoria do efeito tampão, defendida por Cobb, em 1976, uma pessoa encontra-se mais preparada para lidar e ultrapassar as adversidades e os momentos de crise, com saúde física e mental positiva, quanto maior for a sua rede e suporte social (Fazenda, 2008).

Em Portugal, a intervenção com e em colaboração com as famílias das pessoas com EDM é relativamente recente, visto que "(...) só nos últimos 10 anos se iniciou o trabalho com as famílias de adultos com doenças mentais no sentido de promover a colaboração, através da abordagem psicoeducacional, grupos de ajuda mútua e, mais tarde, de Associações de Famílias" (Fazenda, 2008, p. 57).

Estes familiares e cuidadores também necessitam de apoio e de ser escutados, tendo em consideração as suas potencialidades, o desgaste a que se encontram sujeitos, os seus contextos, as suas necessidades e fragilidades, bem como as suas crenças e culturas (Fazenda, 2008). Ademais, estes necessitam de ser informados sobre a doença, o tratamento, o processo terapêutico, os efeitos secundários que podem advir, os recursos que se encontram disponíveis e como podem colaborar ativamente com a equipa de SM e comunitária (Fazenda, 2008). Em suma, para que a intervenção surta efeito, é necessário observar-se a pessoa para além do diagnóstico em DM, sendo que a abordagem deve ser sempre centrada no sujeito e deve ter em consideração as fases de vida em que o mesmo se encontra (Almeida, 2018). Esta intervenção deve ser desenvolvida segundo uma abordagem de saúde pública e comunitária (Almeida, 2018).

2.6. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SM EM PORTUGAL

A existência de políticas públicas, assim como de um PNSM e de legislação específica, constitui uma condição essencial para garantir uma intervenção humanizada e eficaz, assegurando os

direitos dos indivíduos com EDM e promovendo uma abordagem biopsicossocial, com respeito, autonomia, sem discriminação (Almeida, 2018).

Foi no ano de 1963 que foi aprovada a primeira Lei de SM em Portugal, onde se abordava questões relacionadas com a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a setorização e descentralização dos cuidados de SM (Almeida, 2018). No entanto, reforça-se que, apesar de ser uma Lei muito evoluída, tendo em conta a época em que foi aprovada e quando comparada com outros países, e de ter permitido alcançar avanços significativos, esta esteve sujeita a diversos obstáculos e alguns dos pontos defendidos não foram postos em prática (Almeida, 2018). Nomeadamente, no que diz respeito ao internamento compulsivo e à intervenção realizada em regime fechado (Almeida, 2018).

Em 1998, surgiu a nova Lei de SM, Lei n.º 36/98. Foi no ano seguinte, em 1999, que foi aprovado o Decreto-Lei n.º 35/99. Esta legislação regulamentou as condições do internamento compulsivo, determinando que este apenas pode acontecer por decisão judicial e segundo o parecer e avaliação de, no mínimo, dois psiquiatras e apenas nos casos em que o indivíduo representa um perigo para si ou para os outros e não se encontra com discernimento para dar o seu consentimento (Lei n.º 36/98, de 24 de julho; Almeida, 2018).

Esta Lei n.º 36/98 reforçou os direitos das pessoas com EDM, tais como, o direito a recusar tratamentos prescritos, a ser devidamente informados sobre todo o processo terapêutico, a possibilidade de recusarem participar em estudo científicos, a não serem sujeitas a eletroconvulsivoterapia sem autorização escrita, e a manter contacto com o exterior durante o internamento (Lei n.º 36/98, de 24 de julho; Almeida, 2018). A lei determina também que o tratamento deve, sempre que possível, ser promovido ao nível comunitário e o menos restritivo possível, devendo ser efetuado em hospitais gerais (Lei n.º 36/98, de 24 de julho). Posteriormente, o Despacho Conjunto n.º 407/98 e a Portaria n.º 348-A/98, onde se “regulamentou a coordenação dos setores social e de saúde na prestação de cuidados psicossociais para as pessoas com incapacidades resultantes de perturbações mentais” (Almeida, 2018, p. 106) possibilitou o desenvolvimento e o financiamento de programas de reabilitação psicossocial e de empresas sociais (Almeida, 2018).

A Lei n.º 36/98, que sofreu diversas alterações desde a sua promulgação, foi revogada pela Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, a qual se encontra atualmente em vigor. Esta nova lei apresenta uma abordagem mais centrada na pessoa e nos seus direitos, defendendo que os cuidados devem ser prestados de forma individualizada (Lei n.º 35/2023). Para além disso, aponta que as intervenções devem ser desenvolvidas por equipas multidisciplinares e ser o menos restritivas possíveis (Lei n.º 35/23).

Os indivíduos com EDM, salvo exceções previstas na lei, possuem o direito de tomar decisões sobre as suas próprias vidas e estas devem ser respeitadas, assim como a sua autonomia e privacidade (Lei n.º 35/23, de 21 de julho). Detêm ainda o direito de viver segundo uma vida digna, com condições de higiene, habitacionais e alimentares (Lei n.º 35/23, de 21 de julho, p. 5). Mais se acrescenta que esta lei impõe que as medidas coercivas apenas devam ser usadas como último recurso, limitadas no tempo, nunca como forma de punição, e aplicadas por profissionais devidamente treinados (Lei n.º 35/2023).

Em 2008, mais especificamente a 24 de janeiro, que foi aprovado o primeiro PNSM 2007–2016 (PNSM, 2008). Este veio reforçar as medidas necessárias para que as políticas para a SM sejam aplicadas eficazmente e de forma sustentável (PNSM, 2008). O plano contava com diversos objetivos, como o de promover a integração no sistema geral de saúde dos cuidados de SM; a descentralização dos serviços de SM e a prestação de cuidados na comunidade dos indivíduos, com a participação ativa dos mesmos; proteger os direitos humanos e garantir que todas as pessoas possuam a mesma igualdade no que concerne ao acesso aos cuidados de saúde (PNSM, 2008).

Segundo a Coordenação Nacional das Políticas de SM (CN-PSM, 2017), o PNSM 2007–2016 resultou em avanços significativos para a SM em Portugal. Como consequência dos objetivos traçados, assistiu-se a uma redução de 40% no número de indivíduos com EDM institucionalizados em hospitais psiquiátricos. Estruturalmente, o Hospital de Rilhafoles (o hospital psiquiátrico mais antigo) foi encerrado, e os serviços de SM foram transferidos para hospitais gerais. Adicionalmente, desenvolveram-se novos serviços comunitários, incluindo os primeiros serviços e programas residenciais, uma rede de referência para a infância e

adolescência, e diversos programas que integram a SM com problemáticas sociais, como violência doméstica e dependências aditivas.

A CN-PSM, atualmente liderada pelo Dr. Miguel Xavier, existe. Contudo, Portugal não redigiu oficialmente um novo PNSM formal e plurianual desde 2018. Esta ausência reflete uma lacuna significativa em termos de planeamento estratégico e na priorização da SM ao nível de investimento e políticas públicas.

A nível internacional, destacam-se o Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental 2013–2030 (WHO, 2021) e a Abordagem Abrangente à Saúde Mental da Comissão Europeia de 2023. Estes documentos reconhecem a importância da SM para a economia, o desenvolvimento sustentável e a coesão social. Nesse âmbito, foram implementadas e desenvolvidas diversas políticas relacionadas com a SM, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde acessíveis, comunitários, centrados na pessoa, com participação ativa por parte dos indivíduos com EDM e dos seus cuidadores, e combate à fragmentação dos serviços.

Posto isto, apesar de se verificarem avanços significativos no que concerne à política pública e à intervenção desenvolvida junto das pessoas com EDM, o desenvolvimento das equipas comunitárias de SM e da reabilitação psicossocial em Portugal ainda se encontra muito aquém do pretendido e do proposto (Almeida, 2018; CN – PSM, 2023). O investimento no domínio da SM continua a ser grandemente canalizado para atividades hospitalares de intervenção em crise, mormente limitado à intervenção médica (Almeida, 2018; CN – PSM, 2023). O enfoque no modelo médico persiste em detrimento do modelo biopsicossocial, que considera os fatores biológicos, psicológicos e sociais (CN – PSM, 2023). Deste modo, é fundamental o investimento na criação de equipas de SM comunitárias em todos os departamentos de SM, o reforço da formação de profissionais especializados e o investimento nos cuidados de saúde primários (CN – PSM, 2023).

Neste sentido, foi aprovado o Despacho nº 2753/2020, no dia 28 de fevereiro de 2020. Este veio regulamentar a criação de um projeto-piloto de SM. Este projeto visa o desenvolvimento de equipas comunitárias de SM, tanto para adultos como para a infância e adolescência, em cada Administração Regional de Saúde (Despacho nº 2753/2020, 28 de fevereiro). Estas equipas devem ser compostas por uma equipa multidisciplinar que inclui, obrigatoriamente: um médico

psiquiatra, dois enfermeiros (sendo um especialista em SM e psiquiátrica), um psicólogo clínico, um técnico superior de serviço social, um terapeuta ocupacional e um assistente técnico (Despacho nº 2753/2020, 28 de fevereiro, p.201).

Segundo o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2021), no decorrer de 2020 foram implementadas diversas atividades e objetivos que constavam das Metas de Saúde estabelecidas no âmbito do PNSM. Todavia, devido à situação pandémica que o mundo atravessava, surgiram novos desafios e necessidades (Relatório Anual, 2021). O relatório evidencia a construção de um site de SM do PNSM, com área dedicada ao vírus SARS-CoV-2; o desenvolvimento e prática de um plano de emergências em SM, explícito no Despacho n.º 7059/2018, de 25 de julho; e a atribuição de uma Linha direcionada ao Atendimento Psicológico, no SNS24 (Relatório Anual, 2021).

O Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2021) indica que o departamento de psiquiatria aumentou o número de consultas efetuadas no primeiro semestre de 2020, em comparação com o mesmo período de 2019: crescimento de 3% na população adulta e 4% na área de infância e adolescência. No entanto, verificou-se uma ligeira diminuição na prescrição de ansiolíticos, com a venda a cair de 10.329.106 embalagens em 2019 para 10.233.236 em 2020 (Relatório Anual, 2021). Os diagnósticos registados também sofreram um aumento na prevalência, passando a ansiedade de 7,1% para 7,4% e a depressão de 10,4% para 10,7% (Relatório Anual, 2021). Houve ainda um aumento significativo nas ações desenvolvidas no âmbito da promoção e prevenção de SM e DM, que passaram de 18 para 43 (Relatório Anual, 2021). Apesar destes indicadores de aumento da atividade e da procura por cuidados em 2020, o contexto da reforma da SM continua a enfrentar desafios estruturais, conforme evidenciado no relatório mais recente da CN – PSM (2023). Este relatório (2023) sublinha que, embora se verifiquem progressos na política e no enquadramento legal, a implementação prática das equipas comunitárias de SM e dos modelos de reabilitação psicossocial mantém-se lenta. A CN-PSM (2023) reforça a necessidade urgente de acelerar o investimento na formação de profissionais especializados e na integração da SM nos Cuidados de Saúde Primários, de modo a descentralizar a intervenção e a superar o foco excessivo no modelo hospitalar que ainda prevalece.

Mais recentemente, a Portaria nº 73/2024, publicada a 29 de fevereiro de 2024, veio regulamentar uma nova organização do SNS, na área da SM, denominada de Centro de Responsabilidade Integrado de saúde mental (CRI-SM) (Portaria nº 73/24 de 29 de fevereiro). O desenvolvimento desta nova resposta, baseada em unidades hospitalares e com equipas multidisciplinares dedicadas, constitui a primeira etapa de um projeto piloto. Este projeto avançará inicialmente em apenas quinze Unidades Locais de Saúde em todo o país, incluindo a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) (Portaria nº 73/24 de 29 de fevereiro). Este projeto será desenvolvido nos serviços de SM para adultos e terá a duração de dez meses, sendo que posteriormente será realizada uma avaliação para se averiguar o impacto, e possíveis alterações que possam contribuir para a melhoria do mesmo (Portaria nº 73/24 de 29 de fevereiro).

Com o CRI-SM, pretende-se que as consultas sejam reforçadas e descentralizadas, otimizando-se e melhorando-se assim os tempos de resposta atuais (Portaria nº 73/24 de 29 de fevereiro). Para além disso, os profissionais que compõem a equipa, serão renumerados com incentivos acrescidos, que podem atingir até 40% e não interferem com a sua remuneração base (Portaria nº 73/24 de 29 de fevereiro). Estas equipas vão usufruir de incentivos institucionais, para melhorar o serviço, formações, equipamentos, entre outros fins (Portaria nº 73/24 de 29 de fevereiro). Esta equipa multidisciplinar deve ser composta por: “trabalhadores médicos, enfermeiros, administradores hospitalares, técnicos superiores de saúde, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e técnicos auxiliares de saúde, cujo exercício de funções seja assegurado no serviço local de SM.” (Portaria nº 73/24 de 29 de fevereiro, p. 6).

Em suma, reforça-se a importância de adotar o novo paradigma referente à SM, que privilegia a inclusão social e a criação de condições na sociedade para a plena (re)integração dos indivíduos com EDM. O foco da intervenção não se resume à patologia e ao diagnóstico, mas sim à individualidade, autonomia e direitos dos indivíduos (Lei nº 49/2018).

2.7. O PAPEL DOS LAÇOS SOCIAIS E DAS DINÂMICAS DE GRUPOS NA INTERVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SM

“O Homem, animal social, só sabe viver pelos outros e envolvido com os outros”
(Serruys, 2000, p. 9).

É no contacto com os grupos a que pertence e com os quais comunica que o indivíduo cresce e evolui Serruys (2000).

Por vezes, acabamos por construir representações ilusórias sobre nós próprios e sobre a nossa vida (Lima, 2018). Shelley Taylor (citada em Lima, 2018) defende que essas ilusões podem ser benéficas para a Saúde Mental, funcionando como estratégias de defesa e de adaptação. Um exemplo é a comparação social descendente, onde nos sentimos melhores ao considerar que há sempre pessoas numa situação mais negativa. Assim, essas representações ilusórias podem surgir como um meio de adaptação que auxiliam em situações de ameaças e perante desafios, minimizando-os e reinventando a realidade de uma forma mais positiva (Lima, 2018).

Dessa forma, a nossa perceção do "eu", ou seja, a nossa autorrepresentação, não se baseia apenas nessas ideias ilusórias, mas também na nossa experiência de vida, na memória e na introspeção (Lima, 2018). Como refere Lima (2018, p.16), "somos as experiências que vivemos e é o que levamos delas que nos faz pessoas únicas". No entanto, quando o nosso autoconceito é baixo, demonstramos mais dificuldade em adaptarmo-nos às mudanças, aos desafios com que nos vamos deparando ao longo da vida (Lima, 2018). Além disso, a forma como as pessoas ao nosso redor nos veem e o que dizem e pensam sobre nós, também condiciona o nosso autoconceito (Lima, 2018). Muitas vezes, tendemos a definir-nos de acordo com a perceção que os outros têm de nós, sendo que acabamos por procurar no outro e nas suas opiniões uma validação constante (Lima, 2018). A maneira como nos sentimos e definimos está muito condicionada pelas ideias que os demais têm de nós e do que é esperado socialmente (Lima, 2018).

As perdas e as mudanças repentinas também afetam e condicionam a forma como nos representamos e posicionamos (Lima, 2018). Por exemplo, quando adoecemos, a perda de autonomia e independência pode condicionar o sentido de continuidade, o sentimento de pertença e a nossa autoestima (Lima, 2018). Para além disso, as outras pessoas desempenham um papel importante na formação da nossa identidade, pois somos seres sociais e encontramos-nos inseridos em grupos sociais e somos o resultado das nossas interações, sendo que a maioria dos

momentos mais importantes das nossas vidas estão diretamente relacionados com experiências partilhadas com outras pessoas (Lima, 2018). Especificamente, os nossos comportamentos e a forma como nos autorrepresentamos e nos demonstramos ao mundo estão diretamente relacionados com as ligações que vamos estabelecendo, pois como afirma Lima (2018, p.35) "(...) somos animais sociais, cuja sobrevivência física está dependente de sermos cuidados por outros. (...) nós em interação somos o espelho dos que nos rodeiam e, nesse sentido, influenciam decisivamente a maneira como os outros se representam". Deste modo, as atividades diárias de uma pessoa estão, na sua maioria, inseridas em contextos grupais, nos quais a interação social desempenha um papel crucial (Serruys, 2000). Viver em sociedade proporciona oportunidades, mas também desafios que exigem um equilíbrio psicológico saudável, permitindo ao indivíduo manter a sua individualidade enquanto se adapta às dinâmicas dos grupos sociais (Serruys, 2000).

De acordo com Serruys (2000), os grupos exercem uma forte influência sobre a personalidade e o comportamento do indivíduo, moldando-o ao longo do tempo. Esta identificação dos indivíduos com os grupos onde se inserem é alcançada através da interação estruturada, das relações estabelecidas e dos sentimentos de pertença e coesão (Lima, 2018). Salienta-se que um grupo não é apenas um agregado de pessoas, mas sim uma unidade coletiva que partilha objetivos e se mantém unida através da comunicação e da interdependência dos seus membros (Serruys, 2000). Essa interação contínua e significativa entre os indivíduos é o que faz de um grupo uma entidade com um papel ativo na vida dos seus membros (Serruys, 2000).

Em determinados momentos, um indivíduo pode sacrificar-se em prol do grupo onde se encontra inserido e, conforme defende Serruys (2000), na sua obra, o ser humano é moldado pelos grupos a que pertence, sendo que estes não representam apenas conceitos abstratos. Em diversos estudos demonstram que as pessoas que se encontram bem integradas nos grupos a que pertencem tendem a ser mais felizes, apresentam melhor autoestima e têm uma representação mais positiva sobre elas mesmas (Lima, 2018). Desta maneira, a relação que estabelecemos com os outros não apenas nos define enquanto indivíduos, como também afeta a nossa saúde (Lima, 2018). As pessoas mais felizes estão, segundo diversos estudos que têm vindo a ser desenvolvidos, menos vulneráveis a doenças e apresentam uma maior esperança média de vida (Lima, 2018). Em contrapartida, o sentimento de solidão e exclusão interfere negativamente com

a saúde das pessoas (Lima, 2018). John Cacciopo (citado em Lima, 2018), defende que a solidão pode levar a que as pessoas entrem em modo de defesa e autoproteção, isolando-se emocionalmente para procurarem evitar algum sofrimento. Focando-se nos seus problemas, deixam de se relacionar com as pessoas que as rodeiam e observam o mundo com uma ótica bastante negativa, condicionando a forma como interagem com os demais (Lima, 2018). Este isolamento agrava a saúde física e mental dos indivíduos (Lima, 2018).

A integração num grupo, onde se estabelecem relações sociais recíprocas, pode ser muito benéfica para as pessoas e para a sua saúde (Lima, 2018). Nomeadamente, quando um indivíduo se encontra doente, essa experiência não afeta apenas a dimensão física, e estende-se à saúde emocional (Lima, 2018). Ademais, esta experiência também é social, pois, perante estas condições, são desencadeadas diversas emoções, como medo e incerteza, e advêm o desejo de partilhar as mesmas com pessoas de confiança, procurando apoio emocional, informação e orientação (Lima, 2018). Deste modo, a integração num grupo é fundamental para auxiliar a (re)encontrarem-se, a (re)encontrarem um sentido para a vida e a adaptarem-se à mudança, partilhando experiências e construindo uma identidade coletiva, onde todos se compreendem e ajudam mutuamente (Lima, 2018).

Os exercícios de dinâmica de grupos referem-se a um conjunto de técnicas e práticas que se focam nas interações e comportamentos dos sujeitos, com o intuito de observar como os elementos se relacionam entre si, como se comportam individualmente e como se influenciam mutuamente (Serruys, 2000). Os exercícios de dinâmicas de grupo podem ser considerados como sendo "o conjunto de técnicas elaboradas com vista a aumentar a eficácia do trabalho em grupo; um método de formação nas relações humanas; um método de acção na evolução da personalidade por intermédio do grupo." (Serruys, 2000, p.19). No âmbito da SM comunitária desempenha um papel importante na intervenção. Para além de promover o bem-estar dos indivíduos e o seu empoderamento, também facilita o desenvolvimento de apoio social e comunitário, especialmente através da construção de relações de ajuda mútua e apoio mútuo no seio comunitário.

3. O CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Para caracterizar o contexto onde foi desenvolvido o presente projeto, nomeadamente o Departamento de Saúde Mental (DSM), do Hospital Pedro Hispano (HPH) e a comunidade envolvente da área de Matosinhos-Porto, recorreu-se a diversas técnicas de recolha de dados e de informação. Num primeiro momento procedeu-se a uma análise documental aprofundada, incidindo sobre diversos documentos institucionais, nomeadamente, o regulamento interno, o organograma, documentos relacionados com as atividades clínicas e respetivos procedimentos, bem como os relatórios anteriormente elaborados pelas mestrandas do Mestrado em Educação e Intervenção Social, que desenvolveram os seus projetos no mesmo departamento. Complementarmente à análise documental, realizaram-se conversas intencionais com os diversos profissionais envolvidos no Programa Mais de Perto (PMDP) (Ap. A, pp. 93-94), bem como com as pessoas acompanhadas no âmbito do mesmo. Em contexto hospitalar, recorreu-se ainda à observação participante, nomeadamente nos grupos de apoio em SM, nas entrevistas de avaliação e reavaliação dos participantes e nas reuniões de equipa realizadas semanalmente.

3.1.0 DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL DA ULSM

O DSM, localizado no HPH, pertence à ULSM, que surgiu em 1999 (SNS, s.d.).

Segundo o regulamento interno da ULSM (2022), o principal objetivo desta unidade é prestar cuidados de saúde a todos os indivíduos, garantir os serviços operativos de saúde pública e os meios para o seu desempenho, bem como desenvolver atividades de formação, ensino e investigação. A visão da ULSM, conforme o artigo 3.º do regulamento interno, é a "(...) promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de saúde integrados, centrados na pessoa e na comunidade" (Regulamento Interno da ULSM, 2022, p. 8).

A atuação da ULSM assenta em três eixos complementares: os cuidados de saúde primários, nos Centros de Saúde das diferentes freguesias; os cuidados de saúde hospitalares, onde se insere o HPH; e os cuidados continuados integrados (Regulamento Interno da ULSM, 2022).

O HPH, integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), está localizado no concelho de Matosinhos, distrito do Porto, abrangendo as dez freguesias que o compõem: Matosinhos, Custóias, Leça do Balio, Guifões, Leça da Palmeira, Perafita, Lavra, Santa Cruz do Bispo, São Mamede de Infesta e Senhora da Hora (SNS, s.d.). Este hospital visa garantir a prestação de cuidados adequados às características e necessidades dos indivíduos, "(...) em regime ambulatorio, de internamento hospitalar ou hospitalização domiciliária (...)" (Regulamento Interno da ULSM, 2022, p. 41), sendo o regime ambulatorio privilegiado em relação aos restantes (Regulamento Interno da ULSM, 2022). Quanto à acessibilidade, o HPH encontra-se numa zona bem localizada, no que concerne aos transportes públicos. No entanto, conforme relatado pelos beneficiários e profissionais do DSM, as deslocações continuam a constituir um obstáculo significativo, devido às dificuldades psíquicas, físicas, económicas e à extensão geográfica do concelho de Matosinhos.

A ULSM é composta por departamentos, serviços e unidades funcionais (Regulamento Interno da ULSM, 2022). Os departamentos "agrupam serviços e/ou unidades de dimensão gestonária adequada (...) bem como um aproveitamento de sinergias e de complementaridade de funções e especialidades, prosseguindo a maior efetividade e utilidade social das prestações" (Regulamento Interno da ULSM, 2022, p. 34). Conforme o Regulamento Interno da ULSM (2022), o HPH integra oito departamentos, dos quais o DSM. O DSM é composto por diferentes serviços que procuram responder às necessidades de cuidados de SM da população referenciada na ULSM, numa perspectiva de tratamento, promoção e reabilitação psicossocial (Regulamento Interno da ULSM, 2022). Estes são: o Serviço de Psiquiatria, que integra a Unidade Funcional de Pedopsiquiatria, e o Serviço de Psicologia (Regulamento Interno do DSM, 2021, p. 7). Adicionalmente, colaboram os serviços de enfermagem, serviço social, secretariado e serviços hoteleiros (Tavares, 2021).

Este departamento foi criado em maio de 2009 (Ferreira, 2016). Segundo o regulamento interno do DSM (2021), o objetivo principal da criação do departamento foi descentralizar os cuidados de SM, conforme preconizado no PNSM 2007–2016, assegurando uma maior proximidade às pessoas com EDM e aos seus cuidadores, numa perspectiva biopsicossocial de cuidados primários em meio hospitalar. A sua missão é a de "satisfazer as necessidades de cuidados de SM da população de referência da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), em articulação com

todos os níveis de cuidados e com as estruturas assistenciais de SM existentes, numa ótica de promoção, tratamento e reabilitação” (Regulamento Interno do DSM, 2021, p. 3).

As atividades clínicas do DSM realizam-se em diferentes locais: na Unidade de Ambulatório de SM, localizada no HPH; nos Gabinetes de Consulta da Unidade de Saúde Infanto-Juvenil; e nos gabinetes dos Centros de Saúde do concelho (Regulamento Interno do DSM, 2021).

Até 2019, o DSM funcionava na Ala O, no 4.º piso do HPH, utilizando gabinetes de outros serviços hospitalares para as consultas (Tavares, 2021). Em dezembro de 2019, foi concluída a nova Unidade de Ambulatório do DSM, onde o serviço passou a funcionar (Tavares, 2021). A nova unidade, com instalações pensadas para promover um ambiente acolhedor e informativo para os seus utentes, tem entrada independente da principal do hospital (Ap. B, p. 95).

Quando o presente projeto foi desenvolvido, bem como a caracterização do contexto, o DSM não possuía serviço de internamento, sendo este assegurado exclusivamente pelo Hospital Magalhães Lemos (HML). Segundo a equipa do PMDP, existia um projeto em curso para a criação deste serviço, com conclusão prevista para 2024. No entanto, é fundamental sublinhar que, à data da componente prática do presente projeto, o serviço ainda não se encontrava operacional.

Até ao ano de 2009, era o HML que respondia às necessidades das pessoas com EDM do concelho de Matosinhos (Ferreira, 2016). Com a criação do DSM e no âmbito do PNSM, iniciou-se o processo de desinstitucionalização (Ferreira, 2016). Deste modo, entre o ano de 2010 e 2016, foram estabelecidos três protocolos entre o HPH e o HML, no sentido de transferir gradualmente os indivíduos com EDM do concelho de Matosinhos, para o DSM do HPH (Ferreira, 2016) (Ap. C, p. 96).

O serviço de hospital de dia do DSM foi criado em 2012 (Tavares, 2021). Neste espaço, são realizadas intervenções em crise, com duração média de três semanas, bem como intervenções psicoterapêuticas e administração diária de psicofármacos (Tavares, 2021). A equipa do DSM é multidisciplinar. Em fevereiro de 2024, era composta pela diretora do DSM, nove médicos psiquiatras, quatro pedopsiquiatras, onze psicólogos clínicos, duas enfermeiras especialistas em

SM e psiquiatria, uma assistente social (com 20 horas dedicadas), uma técnica de reabilitação psicossocial, duas secretárias e uma assistente operacional (SNS, s.d.).

Desde 2016, tornou-se evidente, para o DSM, a necessidade de incluir profissionais que respondessem ao paradigma comunitário proposto no PLSM, especialmente na área da intervenção social (Ferreira, 2016). Dada a impossibilidade de contratar novos profissionais, por questões institucionais e burocráticas, o departamento passou a integrar estágios curriculares, em colaboração com a Escola Superior de Educação (ESE) do Instituto Politécnico do Porto (IPP) (Ferreira, 2016). Esta parceria permitiu uma intervenção mais próxima da comunidade, distanciando-se do modelo exclusivamente hospitalar (Ferreira, 2016).

Em 2015–2016, a intervenção com pessoas com DMG no DSM era feita apenas com consultas individuais e o Programa Integrar (PI) (Ferreira, 2016). Este foi iniciado em janeiro de 2015, coordenado por uma enfermeira especialista em SM, com sessões semanais de uma hora (Ferreira, 2016). Em 2017, foi criada uma subequipa no DSM (composta por uma assistente social, uma médica psiquiatra e uma enfermeira) que passou a integrar a equipa coordenadora local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em SM, responsável por encaminhar pessoas com DMG para unidades ocupacionais e residenciais (Tavares, 2021).

Dada a necessidade de promover a reabilitação biopsicossocial, com o desenvolvimento de competências funcionais, sociais e pessoais, surgiu, em 2020, o Programa Mais de Perto (PMDP) (Ferreira, 2016; Tavares, 2021).

Encontram-se a ser acompanhadas no DSM, em regime ambulatorio, pessoas com DMG e DM Comum (DMC). Esta divisão depende dos diagnósticos das pessoas com EDM e dos impactos que estes têm nas suas vidas (Médica Psiquiatra do PMDP, 2023). Deste modo, a DMC compreende diagnósticos de depressão e ansiedade e a DMG inclui, por exemplo, perturbações bipolares e do espectro da esquizofrenia e outras psicoses (Médica Psiquiatra do PMDP, 2023).

Mais se acrescenta que alguns indivíduos acompanhados no DSM se deslocam ao mesmo para proceder à administração de medicação injetável, nomeadamente antipsicóticos, com regularidade variável, podendo esta ser de 15 dias ou quatro semanas (Tavares, 2021).

A regularidade dos acompanhamentos no DSM, quer em consultas de psiquiatria quanto de outros serviços, é igualmente variável e depende do diagnóstico e da situação em que o indivíduo se encontra (Médica Psiquiatra do PMDP, 2023). Mais especificamente, em conversa com uma das médicas psiquiatras do PMDP, foi possível perceber que as consultas de psiquiatria ocorrem normalmente de três em três meses e, se as pessoas se encontrarem estáveis, este intervalo pode ser estendido até seis meses. Porém, devido ao facto de se verificarem algumas alterações na equipa de psiquiatras do DSM muitas pessoas encontram-se sem psiquiatra de referência, ou seja, sem acompanhamento em consultas de psiquiatria, aguardando o retomar.

3.2. O PROGRAMA MAIS DE PERTO

O PMDP, desenvolvido no DSM, no serviço de Psiquiatria, é resultado do investimento contínuo, tanto por parte da equipa técnica, que tem procurado delinear respostas interventivas cada vez mais ajustadas às necessidades das pessoas com EDM, como por parte dos próprios beneficiários que reconhecem os benefícios a nível da sua SM (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021).

Este programa iniciou a sua atuação no ano de 2020, com a finalidade de melhorar e desenvolver respostas na comunidade seguindo um modelo de SM comunitário e uma perspetiva biopsicossocial (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021). O programa visa responder às necessidades das pessoas, evidenciando as suas potencialidades, promovendo momentos de socialização e bem-estar, combatendo o estigma quanto à DM e às pessoas com EDM (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021; Tavares, 2021).

Este programa, em 2024, contava com uma equipa pluridisciplinar constituída pelos seguintes profissionais: duas médicas psiquiatras; uma enfermeira especialista em SM; uma técnica de reabilitação psicossocial; uma assistente social. Por vezes, um outro enfermeiro prestava apoio à equipa quando era necessário. Conta, também, com uma parceria com a ESE do IPP, recebendo, como referido anteriormente, alunos de licenciatura (estagiários), desde o ano letivo 2020/2021, bem como mestrandas de Educação e Intervenção Social.

O principal objetivo do PMDP é o desenvolvimento de respostas e redes de apoio em contexto comunitário (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021). Neste sentido, o PMDP procura promover atividades sociais, potenciando o desenvolvimento de vínculos e interações sociais, bem como o desenvolvimento de respostas adequadas às características dos indivíduos, tais como grupos sociais lúdico-terapêuticos (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021). Estes grupos visam promover a socialização, a criatividade, a criação de rotinas, a espontaneidade, o espírito de ajuda e o sentimento de pertença (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021; Tavares, 2021).

O PMDP baseia-se no paradigma centrado na reabilitação psicossocial, valorizando as capacidades e o empoderamento das pessoas com EDM (Documento cedido pelo PMDP, 2021). A intervenção visa ultrapassar limitações frequentemente associadas à DM, como o isolamento social e a escassez de redes de suporte, orientando os participantes para uma nova direção de vida (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021).

Inicialmente, o PMDP era principalmente destinado à DMG (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021). Desse modo, em 2019, começaram a ser avaliadas as primeiras pessoas acompanhadas no DSM e diagnosticadas com DMG, de forma a perceber-se as fragilidades e potencialidades dos sujeitos, das suas redes de suporte (formal e informal), bem como os interesses e motivações dos mesmos e as necessidades sentidas para uma intervenção composta e positiva (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021). Estas avaliações foram desenvolvidas, sempre que possível, em contexto domiciliário (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021). Com o apoio e solidariedade da comunidade e das diversas freguesias do concelho de Matosinhos, foi possível, em 2020, continuar a evoluir e a desenvolver respostas comunitárias, como os grupos lúdico-terapêuticos (Documento cedido pelo PMDP, 2021). Sendo ainda de salientar que este programa pretende ser uma resposta co-construída com as pessoas, incentivando à sua participação ativa no processo (Documento cedido pelo PMDP, 2021).

Segundo os profissionais do PMDP, a sinalização das pessoas com EDM para o programa é realizada pelos médicos psiquiatras ou psicólogos da ULSM que as acompanham, ou pelos seus Médicos de Família. Para além disso, existe também a possibilidade de os indivíduos tomarem

conhecimento do programa e das atividades desenvolvidas por intermédio da comunidade e/ ou das pessoas que já se encontram a frequentar.

Quanto à metodologia de trabalho, o PMDP procura primeiramente que os sujeitos sejam avaliados por meio de entrevista semiestruturadas e segundo uma avaliação multidisciplinar, onde se encontram presentes vários profissionais que compõem a equipa do PMDP (Médica Psiquiatra do PMDP, 2023).

Estas entrevistas são realizadas às segundas-feiras para as DMC e terças-feiras para as DMG. Nestas entrevistas, procura-se perceber como as pessoas se perspetivam no futuro, quais são as suas necessidades, potencialidades, projetos de vida, interesses, rotinas e de que forma o PMDP pode oferecer a melhor resposta ao nível da intervenção disponível (Médica Psiquiatra do PMDP, 2023) (Ap. D, p. 97). A intervenção do PMDP varia conforme as necessidades e objetivos da pessoa. Pode incluir a recomendação de integração em um grupo lúdico-terapêutico (desenvolvido no âmbito do programa ou existente na comunidade), ou a orientação para estruturas reabilitativas comunitárias. Em caso de necessidade e benefício, pondera-se uma intervenção com um assistente pessoal. Se o objetivo da pessoa for a atividade laboral, o encaminhamento é feito para o Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG). Este processo é contínuo, exigindo reavaliações frequentes, realizadas também através de entrevistas, visitas domiciliárias ou no DSM (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021; Médica Psiquiatra do PMDP, 2023).

Para além disso, cada elemento da equipa do PMDP faz supervisão nos grupos lúdico-terapêuticos, com rotatividade. Nestas supervisões, as profissionais procuram conversar com os dinamizadores dos grupos, a fim de averiguar se existem algumas questões de logística ou se identificam alguma necessidade no grupo. Procuram ainda conversar com os beneficiários das atividades, permitindo momentos de partilha e de observação (Médica Psiquiatra do PMDP, 2023).

Em suma, atualmente, o PMDP atua no âmbito da reabilitação psicossocial e da intervenção em contexto domiciliário (SNS, s.d.). Especificamente, no âmbito da sua intervenção, o programa conta com os grupos lúdico-terapêuticos e acompanhamentos individuais, desenvolvidos

também na comunidade e diretamente nos contextos dos indivíduos (Médica Psiquiatra do PMDP).

Os grupos lúdico-terapêuticos são grupos heterogêneos, compostos por pessoas com DMG, DMC e outras sem EDM. Os critérios de inclusão são os seguintes: ter uma idade igual ou superior a dezoito anos, encontrarem-se estáveis a nível psicopatológico e não se encontrarem institucionalizados ou inseridos em um outro processo reabilitativo (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021).

No início do presente projeto em novembro de 2023, encontravam-se em funcionamento 16 grupos lúdico-terapêuticos, organizados em torno de nove áreas distintas de interesse, a decorrer nas diversas freguesias do concelho de Matosinhos (Documento não publicado cedido pelo PMDP, 2021). Entre estes grupos, destacavam-se: o Grupo da Amizade, o grupo Movimento e Bem-Estar, o grupo de Pintura e o grupo de Coro, todos dinamizados na Junta de Freguesia de Senhora da Hora; os grupos de Tai Chi Chuan e Yoga do Riso, desenvolvidos nos mesmos locais (Centro de Convívio de Matosinhos, Centro de Escutismo de São Mamede de Infesta, Centro Cívico de Custóias e Franciscanos de Leça da Palmeira); o grupo de Dança-Movimento-Terapia, no Centro de Convívio de Matosinhos; o grupo de Teatro, dinamizado no Centro de Formação do HPH; e o Clube de Leitura, na Paróquia da Senhora da Hora.

As áreas de interesse das pessoas são identificadas durante as entrevistas semiestruturadas realizadas pela equipa do PMDP, referidas anteriormente. A equipa está continuamente atenta à possibilidade de criação de novas atividades, que reflitam tanto os interesses dos participantes como a procura crescente.

A dinamização das atividades é, na sua maioria, assegurada através de parcerias estabelecidas com entidades da comunidade, com exceção do Grupo da Amizade e do Clube de Leitura, que são conduzidos diretamente pela técnica de reabilitação psicossocial do PMDP. Entre as instituições parceiras encontram-se o Espaço T, a ESE do IPP, o Centro Local de Animação e Promoção Rural (ClaP), a Pele do Vínculo, a Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital de Magalhães Lemos (AFUA-HML), o Centro Incentivar a Partilha (CIAP) e o Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) (Documento cedido pelo PMDP, 2021; Reunião de Equipa do PMDP, 2023).

No que respeita aos dados de participação, ao conversar com uma das médicas psiquiatras do PMDP (2024), foi salientado que o número de participantes nos grupos lúdico-terapêuticos varia de sessão para sessão, devido a fatores pessoais e à disponibilidade individual. Assim, é difícil definir com exatidão o número fixo de elementos por grupo. Contudo, com base nos dados mais recentes (início de 2023), que não estão publicados e foram facultados pela médica psiquiatra, o Grupo da Amizade contava com 38 inscritos, dos quais 36% apresentavam diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto. Nos grupos de Tai Chi Chuan, a participação variava por freguesia: o grupo de Matosinhos contava com 46 participantes (27% com diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto); o grupo de São Mamede de Infesta contava com 44 participantes (36% com diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto); o grupo de Leça da Palmeira contava com 19 participantes (14% com diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto); e o grupo de Custóias contava com 30 participantes (22% com diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto).

Já o Yoga do Riso registava: o grupo de São Mamede de Infesta contava com 51 participantes (24% com diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto); o grupo de Custóias contava com 32 participantes (26% com diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto); e o grupo de Leça da Palmeira contava com seis participantes (13% com diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto). O grupo de Teatro contava com nove participantes, dos quais 31% apresentavam diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto. O Clube de Leitura contava com 26 beneficiários, dos quais 15% apresentavam diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto. O grupo de Pintura contava com 59 participantes, dos quais 58% apresentavam diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto. O grupo de Coro contava com 20 participantes, dos quais 10% apresentavam diagnóstico de DMG ou de DMC com Grande Impacto. Finalmente, o grupo de Dança-Movimento-Terapia contava com 20 participantes, dos quais 5% apresentavam diagnóstico de DMG.

A análise destes dados revela-se especialmente pertinente, uma vez que os grupos lúdico-terapêuticos foram inicialmente concebidos para dar resposta às pessoas com diagnóstico de DMG. No entanto, verifica-se que, em grande parte dos grupos, os diagnósticos predominantes são os de DMC. Ainda assim, é importante sublinhar que a participação nestes grupos e o seu desenvolvimento não se encontram restritos a determinados diagnósticos, uma vez que a

intervenção psicossocial do PMDP se foca nos objetivos individuais que se pretendem alcançar com cada pessoa. Este é um processo dinâmico e em constante reformulação, acompanhando os avanços e retrocessos naturais do percurso de cada pessoa.

Contextualizado o PMDP, importa seguidamente caracterizar as pessoas que tornaram este projeto possível. Antes, salientar que a aproximação aos participantes decorreu de forma gradual, segundo uma observação participante realizada durante a fase de inserção no contexto. Ao longo desse período, a mestranda assistiu a 26 entrevistas de DMG conduzidas pela equipa do PMDP nas tardes de terça-feira, onde estabeleceu os primeiros contactos com alguns dos participantes, como o Martim e a Cristina. Paralelamente, procurou conhecer alguns dos grupos lúdico-terapêuticos do PMDP, como o Grupo da Amizade, o Tai Chi Chuan, o Teatro e o Clube de Leitura. Nestas sessões aconteceu o primeiro contacto com outras participantes, nomeadamente a Lis e a Renascer. A Aurora, a Maria e a Liliana foram conhecidas no contexto do grupo *MOSTRA!*, enquanto a Ana e o Orlando foram sugeridos pela médica psiquiatra que os acompanhava em consulta, como potenciais jovens interessados em integrar o grupo *Jovens com Futuro*.

Esta fase de aproximação foi fundamental para compreender o funcionamento do PMDP, começar a perceber as necessidades, interesses e motivações de cada participante, permitindo começar a desenvolver uma relação de ajuda e estabelecer as bases para o desenvolvimento do projeto.

Posto isto, seguidamente, procede-se à caracterização detalhada dos participantes que integraram o Projeto.

3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O Projeto *Além do (In)visível: Entre Estigmas e Vozes – Caminhos de Consciencialização, Participação e Transformação Social em Saúde Mental* foi desenvolvido com nove participantes assíduos: A Cristina; a Ana; o Orlando; a Renascer; a Maria; a Lis; a Liliana; a Benedita e a Aurora. Para além destes participantes assíduos, outros dois jovens participaram pontualmente nas sessões do grupo *Jovens com Futuro*. Mais especificamente o Martim, que participou em seis sessões e o João, que apenas compareceu à primeira sessão. No entanto, devido à ausência de

consentimento informado e à participação irregular, estes não foram incluídos na caracterização (Ap. E, pp. 98-114).

Todos os participantes são acompanhados no DSM do HPH. Destes, seis participam nas atividades lúdico-terapêuticas do PMDM, nomeadamente, no Grupo da Amizade, no Tai Chi Chuan, na Pintura, no Coro, no Clube de Leitura e no Teatro. Os diagnósticos variam entre DMC e DMG, com seis participantes classificados com DMG (Ana, Cristina, Orlando, Benedita, Renascer e Lis) e três com DMC (Maria, Aurora e Liliana), estando todos clinicamente estáveis e com acompanhamento psiquiátrico regular. Contudo, os diagnósticos não foram abordados explicitamente no decorrer do projeto, pois o foco assentou nas pessoas e nas suas experiências. Mais se acrescenta que estes diagnósticos foram partilhados pela equipa PDMP.

Segundo os dados sociodemográficos (Ap. F, pp. 115-117), a maioria dos participantes são do género feminino, sendo o Orlando o único do género masculino. A nível etário, este é muito heterogéneo, com idades compreendidas na faixa etária dos 20 aos 70 anos. Ao nível das habilitações literárias, estas variam entre o ensino básico e o ensino superior: Aurora, Renascer, Benedita e a Liliana (ensino básico); Cristina, Orlando, Maris e Lis (ensino secundário) e a Ana (ensino superior, licenciatura).

No que diz respeito à sua situação ocupacional, a Ana trabalhava como *freelancer*, o Orlando frequentava o CRPG, a Cristina realizava trabalhos pontuais para o patrão do companheiro, mas oficialmente estava desempregada, assim como a Liliana e a Benedita. A Renascer, a Aurora e a Maria estão reformadas e a Lis de baixa médica.

Em termos de estado civil, os perfis são diversos: uma participante vive com o companheiro (Cristina); três são solteiros (Ana, Orlando e a Benedita); uma é viúva (Aurora); três são casadas (Mari, Renascer e a Lis); e uma é divorciada (Liliana). Todos mantêm algum tipo de retaguarda familiar, mesmo que à distância, como é o caso da Liliana, que vive sozinha, mas mantém contacto regular com o filho. A Benedita, por sua vez, assume o papel de principal cuidadora da sua mãe. Quando aos meios de transporte, cinco participantes possuem carro próprio e conduzem de forma autónoma.

A constituição dos grupos de participantes no projeto baseou-se exclusivamente em critérios de interesse e disponibilidade para o envolvimento nas atividades propostas, assim como uma faixa etária mais jovem, e não em diagnósticos específicos de DM. Contudo, por coincidência, os elementos do grupo *Jovens com Futuro* partilhavam o mesmo diagnóstico, o que se revelou positivo para os mesmos, não apenas para a compreensão dos exercícios de dinâmicas de grupo e para o desenvolvimento das atividades, como na partilha de experiências de vida e limitações que enfrentavam no decorrer do seu quotidiano. Como exemplo, a Ana manifestou que agora se sentia finalmente “compreendida e integrada”.

Este grupo contou com a participação regular de três jovens adultos: o Orlando, a Cristina e a Ana. O Martim foi um jovem que participou de forma pontual, estando presente em algumas sessões, enquanto o João, outro jovem adulto, participou apenas na sessão inicial. De salientar que, todos os nomes aqui apresentados são fictícios e escolhidos pelos participantes, sendo que os dados pessoais apresentados foram selecionados de forma a garantir a privacidade e o anonimato dos mesmos.

Todos os elementos deste grupo têm diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), embora, como referido anteriormente, tal característica não tenha sido um critério de seleção para a formação do grupo. A Ana recebeu o diagnóstico já após ter iniciado a sua participação no grupo, e a Cristina apenas obteve o diagnóstico há cerca de dois anos. O Martim, além da PEA, tem também um diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

A faixa etária dos participantes, mais especificamente no Grupo *Jovens com Futuro*, é dos 25 – 30 anos, sendo esta a proximidade de idades apontada pelos jovens como um dos fatores que facilitou o estabelecimento de ligações interpessoais e a construção de um espaço de partilha entre pares. O grupo *Mostra!*, é constituído por seis participantes: Liliana, Lis, Maria, Renascer, Aurora e Benedita, na faixa etária dos 50 aos mais de 70 anos.

A Ana foi a jovem que mais interagiu com o grupo *MOSTRA!*, pois era a que, naquele momento, tinha mais disponibilidade, visto que a Cristina tinha um recém-nascido ao seu cuidado e o Orlando estava inserido no curso do CRPG. A jovem também demonstrava estar muito disponível para

novos desafios e afirmava estar “numa jornada de autoconhecimento”, procurando compreender-se melhor e retirando “máscaras” que considera ter usado ao longo da sua vida.

O que estes participantes têm em comum não é apenas a EDM. São pessoas que, com grande resiliência, enfrentam diariamente os estigmas da DM, procurando transmitir a ideia de que o diagnóstico não as define. Lutam para contrariar visões redutoras e estereotipadas, demonstrando à comunidade que são muito mais do que um rótulo clínico. São pessoas que passaram por momentos de isolamento social e incompreensão, que em muitos momentos das suas vidas se sentiram “diferentes”, ou mesmo “anormais”, mas que atualmente se empenham em reescrever a sua narrativa, procurando diariamente ser a melhor versão de si mesmas.

4. DESENHO DO PROJETO

Segundo uma metodologia de IAP e a partir da análise da realidade do contexto, segue-se a fase da planificação e desenho do projeto. Este foi desenvolvido e delineado com todos os atores sociais envolvidos. Posto isto, como é característico nos projetos sociais, no presente capítulo será apresentada a finalidade do mesmo, assim como os principais problemas identificados ao longo da observação participante, as necessidades, as potencialidades, os recursos e as limitações que surgiram ao longo do desenvolvimento do projeto. Identificam-se, por fim, os objetivos gerais a serem alcançados, assim como os respetivos objetivos específicos.

4.1.OS PROBLEMAS, AS NECESSIDADES E AS LIMITAÇÕES DO PROJETO

Ao longo do desenvolvimento do projeto foram sendo identificados alguns problemas, os quais serão apresentados detalhadamente. No entanto, considera-se importante refletir sobre o facto de que muitos desses problemas já haviam sido previamente identificados por outras mestrandas que desenvolveram os seus projetos no DSM, especificamente no PMDP (Ap. G, pp. 118-120). É igualmente pertinente salientar que todos os problemas identificados emergiram de conversas intencionais com os diversos atores sociais que participaram no projeto, assim como de algumas interações que decorreram da observação das entrevistas no âmbito do PMDP (Ap. H, pp. 121-129).

Um dos primeiros problemas identificados foi o estigma da comunidade fase à EDM e o autoestigma das pessoas com EDM (P1). Este problema foi mencionado e refletido sistematicamente pelos indivíduos com EDM, pelos profissionais que os acompanham e pelas suas redes de suporte, nomeadamente por alguns familiares mais próximos. O estigma social está presente tanto na comunidade quanto nos próprios sujeitos individualmente, continuando a revelar-se como uma barreira para a inclusão social e no acesso a cuidados de SM adequados às suas necessidades. Além disso, limita ainda a participação ativa na intervenção e na reabilitação psicossocial, agravando as situações de vulnerabilidade e prejudicando a autoestima e confiança das pessoas com EDM. Apesar de se abordar cada vez mais a temática da SM e da DM, associada

também a uma mudança de paradigma que promove a reabilitação psicossocial e a intervenção comunitária, ainda persistem, no discurso das pessoas, tanto das que vivem com um diagnóstico de DM, como da comunidade em geral, comentários redutores e depreciativos em relação ao tema. Por exemplo, a Benedita comentou que “Às vezes na minha família sinto-me um extraterrestre”, enquanto a Aurora referiu que “as pessoas não entendem. Acham logo que somos malucos”. A Cristina, na primeira sessão do grupo *Jovens com Futuro*, sentiu necessidade de partilhar o seu diagnóstico de PEA para justificar eventuais comportamentos, procurando prevenir os julgamentos dos restantes participantes, atitude que influenciou a Ana, que também revelou o seu diagnóstico, mesmo sem pretender fazê-lo previamente, de forma a fazer a Cristina sentir que podia identificar-se com ela. Em entrevista, no PMDP, a Cristina também afirmou que “ninguém me atura” e que não se sente capaz de fazer nada corretamente, revelando uma autoimagem muito negativa. A Ana relatou que, apesar de querer fazer amigos, era muito difícil para ela, pois sentia que dizia sempre “a coisa errada”, sendo perceptível a sua insegurança e o sentimento de culpa. Outro indivíduo, em contexto de entrevista, partilhou que se sente “desacreditada”, demonstrando a desvalorização social e pessoal que sente. Ademais, a intervenção continua, muitas vezes, ainda ocorrer em ambiente hospitalar, não sendo a intervenção comunitária acessível a todas as pessoas, o que contribui para o aumento do estigma e para o agravamento deste problema, existindo ainda muitos mitos associados.

Um segundo problema identificado prende-se com a insuficiência de respostas ao nível do acompanhamento psicológico e psiquiátrico. (P2) Conforme já mencionado no segundo capítulo deste relatório, a escassez de profissionais é uma das principais fragilidades, transversal a nível nacional, afetando diretamente a capacidade de prestar cuidados num curto espaço de tempo e de forma contínua. Esta carência compromete a SM dos indivíduos, a intervenção desenvolvida, a prática de uma intervenção individualizada, delineada com o indivíduo e ajustada às suas necessidades e contextos, assim como o desenvolvimento de estratégias de reabilitação psicossocial e reintegração social adequadas.

Adicionalmente, a escassez de respostas comunitárias direcionadas e pensadas para as pessoas com EDM, que possam apoiar o processo de reabilitação psicossocial e a sua reintegração na comunidade, foi outro problema destacado, ao qual não foi possível dar resposta no âmbito deste projeto. Sem a existência de uma rede de serviços comunitários, muitos indivíduos permanecem

em situações de marginalização, sem acesso a programas e medidas que possam promover o seu empoderamento, a sua autonomia e inclusão social. Como evidencia, a Ana lamentou que “se não fosse tão caro teria consultas no privado, porque sinto mesmo falta”. A Cristina classificou a situação como “um dos maiores problemas ao nível da SM”. A insuficiência de recursos afeta a capacidade de resposta dos próprios serviços, o que se traduz na dificuldade dos profissionais do PMDP em manter um acompanhamento de maior proximidade com os participantes dos grupos lúdico-terapêuticos, devido à falta de tempo e de recursos. Embora estes desafios sejam subsistentes na intervenção na SM e na reabilitação psicossocial, o projeto não consegue dar-lhes resposta. Contudo, foi imprescindível abordar o tema, pois foi frequentemente evidenciado pelos participantes e está associado a outros problemas identificados.

Um terceiro problema identificado foi o isolamento e a exclusão social das pessoas com EDM (P3). Estes emergem como sendo um dos problemas centrais e com grande impacto. Nessas situações, observa-se uma segregação social que não se limita ao afastamento físico dos sujeitos. Verifica-se também uma perda significativa de oportunidades e de relações interpessoais, privando-se de um papel ativo na comunidade. Estes problemas conduzem ao aumento de sentimentos de solidão, abandono, descrença e desvalorização pessoal, comprometendo as suas capacidades e limitando o acesso a cuidados de saúde. A Renascer reforçou a urgência de espaços de partilha, notando que “as pessoas com problemas em SM isolam-se e assim é uma oportunidade para falar”. A Benedita concordou com a tendência ao isolamento, dizendo que “as pessoas com DM isolam-se”. Este isolamento gera medos profundos, como o expresso pela Lis: “tenho medo de ser invisível... esquecida... medo de ter medo...”.

Mais se acrescenta que estes problemas são cada vez mais evidentes na população mais jovem, especialmente nos jovens com EDM (OMS, 2022). Com o aumento do uso das tecnologias e do mundo digital, associados ao estigma, à pressão social e à falta de compreensão por parte dos seus familiares e grupos de pares, cria-se um ambiente onde os jovens se sentem incompreendidos, sem esperança e desmotivados. Para além disso, a dificuldade em partilhar a experiência é uma barreira crucial. A Liliana resumiu este sentimento ao dizer: “não conto a minha história porque não vou ser compreendida”. A falta de capacidade de expressão também contribui para o silêncio, como notou a Renascer: “Não tenho muita capacidade para me exprimir...”. Estes fatores dificultam a recuperação e a reintegração na sociedade.

Seguidamente, no decorrer do projeto e do desenho do mesmo, para além dos problemas acima referidos, foram identificadas distintas necessidades, sentidas transversalmente pelos atores sociais envolvidos. Estas necessidades não se cingem apenas ao nível individual dos indivíduos com EDM, mas também ao nível institucional e comunitário. Primeiramente, evidenciou-se a necessidade de criar espaços seguros para partilha e socialização. Esses espaços deveriam ser flexíveis e significativos. O objetivo é promover o bem-estar, fortalecer o sentimento de pertença e os vínculos sociais. Muitos dos participantes expressaram sentir-se isolados ou incompreendidos nos seus contextos de vida, sendo estes espaços essenciais, ou seja, contextos nos quais os indivíduos com EDM se sentissem ouvidos, valorizados e reconhecidos, numa lógica de horizontalidade e respeito mútuo. Ainda no âmbito do contexto onde foi desenvolvido o projeto, e no seguimento das entrevistas realizadas aos jovens adultos com EDM, emergiu a necessidade, identificada pelos indivíduos com EDM, de incluir, no âmbito do PMDP, um grupo lúdico-terapêutico que respondesse de forma mais ajustada às suas necessidades e preferências. Os participantes expressaram o desejo de um espaço mais orientado para o convívio informal, com uma estrutura menos rígida e estruturada, permitindo maior flexibilidade na definição das atividades, com possibilidade de participação ativa nas decisões sobre o que fazer em cada sessão. Esta lacuna foi também associada à necessidade de fortalecer o processo identificatório entre pares e de fomentar a criação de laços sociais, aspetos considerados fundamentais para a intervenção.

Seguidamente, foi identificada a necessidade de promover o empoderamento individual, nomeadamente, através da valorização das competências das pessoas e do reforço da autoestima. A falta de autoconfiança e o medo de julgamento, muitas vezes, resultantes do estigma e de momentos de maior vulnerabilidade, são bastante prejudiciais para os indivíduos e para a intervenção desenvolvida junto dos mesmos, sendo de supra importância desenvolver e implementar estratégias centradas na recuperação da identidade e na construção de projetos de vida significativos. Do ponto de vista da intervenção, destaca-se a necessidade de desenvolver respostas comunitárias mais integradas e acessíveis, assentes numa abordagem participativa. Evidencia-se a escassez de programas e respostas sociais que promovam a inclusão social e a reabilitação psicossocial em contexto comunitário. Adicionalmente, a necessidade de discutir e refletir, ao nível individual e comunitário, sobre estas temáticas. Mais especificamente,

sensibilizar a comunidade em torno das questões da saúde e da DM, promovendo espaços de reflexão, desconstrução de estigmas e o combate ao isolamento e à exclusão social.

No decorrer do projeto foram também sentidas algumas limitações. Das quais, a escassez de recursos humanos e materiais, ao nível da SM e da reabilitação psicossocial, particularmente no PMDP e no DSM. Esta limitação prejudica os indivíduos com EDM, a intervenção desenvolvida e os próprios profissionais que atuam nesta área, levando, frequentemente, ao desgaste desses profissionais.

Para além dessa limitação, a inconstância na frequência da participação das pessoas com EDM nos grupos lúdico-terapêuticos e nas restantes atividades do presente projeto e do PMDP constituiu um desafio prático. A participação ativa é, muitas vezes, condicionada pelo seu estado emocional, pelas possibilidades económicas, especialmente no que concerne à deslocação, pela dificuldade de manter uma rotina estruturada ou pela falta de motivação e baixa autoestima. Outra limitação estruturante prende-se com a falta de investimento público e comunitário na área da SM e da reabilitação psicossocial. Ainda se verifica um claro predomínio do modelo médico-hospitalar, centrado no diagnóstico e tratamento da doença, com pouco foco no desenvolvimento de estratégias complementares orientadas para a inclusão, a recuperação e o empoderamento das pessoas com EDM. A ausência de respostas comunitárias perpetuam o isolamento, a dependência institucional e o estigma.

Por fim, importa referir a limitação existente ao nível temporal. Na metodologia IAP, o ritmo e o desenvolvimento do projeto são ditados pelos próprios participantes, respeitando os seus tempos, processos e disponibilidade emocional. No entanto, os compromissos académicos nem sempre acompanham o tempo da pessoa e dos contextos, sendo igualmente condicionados pelo desânimo dos atores sociais, e a desistência por parte de alguns participantes.

4.2. FINALIDADE E OBJETIVOS DO PROJETO

Face aos problemas e fragilidades identificadas, a finalidade do projeto é a de contribuir para uma sociedade em que a EDM não seja um fator de desigualdade de perda de direitos ou de isolamento social.

De modo a alcançar a finalidade delineada, o projeto contou com dois eixos de intervenção distintos, mas interligados, com os indivíduos com EDM e com a comunidade.

Para cada um dos eixos de intervenção, foram definidos objetivos gerais (OG) e específicos (OE) que orientaram as ações desenvolvidas ao longo do projeto (Ap. I, pp. 130–131). A definição dos objetivos visou, por um lado, responder aos problemas identificados (P1 e P3) e, por outro, assegurar a pertinência das atividades desenvolvidas, de modo a serem eficazes na promoção de mudanças significativas para os diversos atores sociais envolvidos.

Posto isto, foram definidos os seguintes objetivos: Objetivo geral (OG) 1. Fomentar relações de proximidade e o sentimento de pertença: OE 1.1: Construir espaços de partilha, discussão e convívio; OE 1.2.: Participar ativamente nas atividades propostas e em encontros comunitários; OE 1.3.: Contrariar a tendência para o isolamento e a exclusão social, estabelecendo relações interpessoais. O eixo de intervenção foi essencialmente dirigido para os indivíduos com EDM.

Com vista à concretização destes objetivos, foi formado um grupo de jovens adultos com EDM, no âmbito do PMDP, intitulado pelos próprios participantes de *Jovens com Futuro*, com uma dinâmica de convivência flexível e orientada para a promoção de autonomia. O grupo era dinamizado com base na participação ativa dos seus membros, que escolhiam as atividades a serem desenvolvidas em cada sessão, promovendo assim a identificação com o projeto, com os diversos elementos do grupo e o fortalecimento de laços interpessoais entre os participantes.

Paralelamente, foram dinamizadas outras atividades, nomeadamente passeios culturais, como a visita a um Museu na cidade do Porto (Ap. J, p. 132), convívios informais em espaços públicos na cidade do Porto e no concelho de Matosinhos, bem como momentos de convívios sociais e interações com a comunidade e com outros grupos. Promoveram-se ainda espaços de diálogo e de partilha de gostos, emoções, perspetivas, ideologias e experiências de vida, incentivando a criação de relações significativas e a valorização da individualidade de cada participante.

No que se refere ao OG2: Fortalecer o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, foram definidos os seguintes OE: OE 2.1: Reconhecer e identificar as suas fragilidades e valorizar as potencialidades; OE 2.2: Participar ativamente em atividades do seu interesse e tomar

decisões baseadas nos seus gostos e pontos de vista; OE 2.3: Fortalecer e reconhecer as suas competências pessoais e reforçar a sua autoestima. O eixo de intervenção foi igualmente focado nas pessoas com EDM.

Salienta-se que, embora o OG1 e o OG2 incidam sobre áreas distintas, ambos se encontram interligados e reforçam-se mutuamente ao longo da intervenção. O desenvolvimento de competências pessoais e sociais constitui a base para a criação de vínculos e para o fortalecimento do sentimento de pertença, enquanto a inclusão social e o reconhecimento pelos pares contribuem para aumentar a autoestima e a autoconfiança dos participantes, promovendo assim o seu empoderamento individual.

Com vista a alcançar os objetivos delineados no OG2, foram desenvolvidas ações que valorizaram a expressão individual, o reconhecimento de competências, a autoestima e o sentido de pertença, tanto em contexto de pequeno grupo, como em contexto de participação na comunidade. O grupo *Jovens com Futuro* teve também um papel importante neste empoderamento. Para tal, procurou-se dinamizar sessões de grupo com carácter reflexivo, expressivo e relacional, que no sentido de proporcionar um espaço seguro, empático e acolhedor. Nestes encontros, incentivou-se a partilha de experiências pessoais, a exploração de interesses individuais, o reconhecimento de competências e a valorização da trajetória de vida de cada participante. Estas sessões foram pensadas de forma flexível e participativa, tendo em consideração as necessidades, interesses e ritmos dos jovens adultos com EDM. Além de favorecerem a escuta e o diálogo entre pares, estas sessões tiveram igualmente como foco o estímulo ao autoconhecimento, o reforço da autoestima e o reconhecimento de competências pessoais. Foram também promovidas atividades que incentivaram os indivíduos com EDM a refletirem sobre o seu futuro, os seus desejos e projetos de vida, encorajando-os a sonhar, a desafiar-se e a sair das suas zonas de conforto. Incentivou-se, assim, o envolvimento em experiências que contribuíssem para o seu desenvolvimento pessoal e emocional, especificamente através da prática de atividades criativas, artísticas (Ap. K, p. 133) e musicais, áreas nas quais muitos participantes revelaram interesse e talento, mas que, muitas vezes, permaneciam inexploradas devido ao medo de falhar ou à desvalorização das suas capacidades.

Paralelamente, realizaram-se também iniciativas ao nível comunitário, tendo os participantes do projeto como protagonistas. Destacam-se, neste âmbito, a organização de eventos comunitários, que contaram com a participação de elementos e entidades da comunidade, e onde foram abordadas temáticas ligadas à saúde e DM, ao estigma, ao autoestigma, à inclusão e à reabilitação psicossocial. Os participantes do projeto desempenharam um papel ativo nestes eventos, quer na delineação e preparação dos mesmos, quer na execução das atividades, o que contribuiu significativamente para o reforço da sua autoestima, sentimento de utilidade e confiança nas suas capacidades. Estas ações procuraram que estes fossem agentes ativos na comunidade e nas suas próprias vidas, com voz ativa e contrariando a tendência para a invisibilidade, a desvalorização, o isolamento e o autoestigma. Simultaneamente, incentivaram a projeção no futuro, o cultivo de sonhos e interesses pessoais, e a tomada de iniciativa, com autonomia.

Como referido, para responder ao P1 e P3, apresentam-se também os seguintes objetivos: OG3. Potenciar a reflexão e a discussão comunitária. Sendo, deste modo, o eixo de intervenção direcionado especialmente para a comunidade, para responder a esse objetivo, delineou-se os seguintes OE: OE 3.1.: Criar oportunidades de interação direta e significativa entre os indivíduos com EDM e a comunidade; OE 3.2.: Promover na comunidade espaços de discussão, partilha e reflexão; OE 3.3.: Incentivar o questionamento e o pensamento crítico sobre mitos e preconceitos associados à DM.

Com vista a alcançar os objetivos delineados no OG3, foram desenvolvidas ações que procuraram promover a partilha, a sensibilização, o sentimento de pertença, o diálogo e a reflexão conjunta, ao nível comunitário, abordando o estigma, o autoestigma, diferentes perceções relativamente aos temas, assim como os preconceitos associados à saúde e à DM. Face ao exposto, estas ações procuraram estimular a partilha de ideias, pontos de vistas e experiências, sensibilizar para a realidade vivida pelas pessoas com EDM e potenciar momentos de convívio significativos e transformadores. Assim, foram organizados os eventos comunitários, com carácter inclusivo e participativo, que reuniram diversos atores sociais, tais como pessoas com EDM, famílias, profissionais da área da SM e da reabilitação psicossocial, membros da comunidade local e instituições parceiras. Estes eventos funcionaram como espaços seguros e acolhedores, onde se incentivou o diálogo aberto, a escuta ativa e a troca de perspetivas em torno das temáticas da SM, da inclusão social e do estigma. Durante estas iniciativas, foram dinamizadas diversas atividades,

tais como mesas redondas, com diferentes temas, apresentações e exposições artísticas e expressivas, bem como momentos informais de convívio.

Estas ações possibilitaram o reconhecimento da diversidade das experiências em SM e procuraram reforçar a importância da comunidade e dos laços comunitários na vida das pessoas com EDM, bem como no seu processo de reabilitação psicossocial e na prevenção ao nível da DM. Destacaram a necessidade de promover mais respostas a nível comunitário, a realização de momentos de discussão sobre estas temáticas e a dinamização de convívios sociais, potenciando a informação, a inclusão e a empatia. Ao reunir pessoas de diferentes contextos e estatutos sociais num mesmo espaço de reflexão e partilha, estas iniciativas reforçaram a ideia de que a SM é uma responsabilidade coletiva e de que o combate ao estigma exige o envolvimento ativo de todos.

5. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Este capítulo expõe o desenvolvimento do projeto, detalhando as ações desenvolvidas. Alinhado com os princípios orientadores da metodologia de IAP, o projeto foi desenhado e desenvolvido em colaboração com os participantes, sendo igualmente conduzido ao ritmo de cada um. Neste processo, foi essencial gerir expectativas e ajustar continuamente o rumo das ações às contribuições e perspectivas de todos os envolvidos e da comunidade.

5.1.AÇÃO 1: GRUPO *JOVENS COM FUTURO*

O Grupo *Jovens com Futuro*, assim intitulado pelos próprios participantes, decorreu entre os meses de março e setembro de 2024 (Ap. L, pp. 134–157). Esta ação surgiu em articulação com outra mestranda da ESE, que também se encontrava a desenvolver projeto no HPH. A criação do grupo teve como ponto de partida as entrevistas realizadas no âmbito do PMDP, nas quais se tornou perceptível que os indivíduos de uma faixa etária mais jovem se sentiam isolados e com dificuldades significativas em estabelecer vínculos com outros elementos da comunidade.

Para além disso, muitos afirmavam que o que mais gostavam era de conviver com pessoas da sua faixa etária, sem necessariamente estarem envolvidos em atividades estruturadas, como era o caso dos grupos lúdico-terapêuticos já existentes no âmbito do PMDP. Expressões como “o que eu queria mesmo era estar com pessoas da minha idade” surgiram repetidamente, reforçando a necessidade de um espaço informal. Essas partilhas, aliadas à observação das entrevistas, estiveram na base da proposta de criação de um grupo mais informal e flexível, pensado para colmatar o isolamento social e promover o desenvolvimento de vínculos significativos.

Os principais objetivos com o desenvolvimento do grupo foram o de promover a partilha de experiências, emoções e interesses; estimular a criação e o fortalecimento de relações de confiança e amizade; estimular a participação em novas experiências, incentivando os participantes a sair da sua zona de conforto; o desenvolvimento de competências pessoais e sociais; colmatar o isolamento social; promover o bem-estar emocional; e potenciar um espaço seguro, de partilha, entre jovens com EDM.

Após discussão da proposta com a equipa técnica do PMDP, no dia 27 de fevereiro de 2024, foram identificadas algumas pessoas que, segundo as mestrandas e os profissionais, poderiam beneficiar desta iniciativa e se enquadravam no perfil delineado. Assim, no dia 28 de fevereiro de 2024, foi estabelecido o primeiro contacto, através de chamada telefónica, com seis pessoas. Na primeira sessão, realizada no dia 5 de março de 2024, participaram cinco jovens adultos: Ana, Orlando, Cristina, João e Martim.

O grupo *Jovens com Futuro* contou com a participação regular de três indivíduos, uma participação com frequência irregular por parte de outro jovem adulto, e uma outra pessoa, de presença única, na primeira sessão.

Desde o início, o objetivo foi que as sessões decorressem num espaço na comunidade, fora do contexto hospitalar. No entanto, devido à especificidade do grupo e à necessidade de contar com o acompanhamento inicial e suporte da psiquiatra do PMDP, as primeiras sessões aconteceram numa sala do DSM do HPH. Posteriormente, por sugestão dos próprios participantes, as sessões passaram a realizar-se na comunidade, maioritariamente num jardim em Matosinhos, o que contribuiu para a criação de um ambiente mais descontraído, proporcionando uma interação menos formal e incentivando mais a partilha de experiências e opiniões. Portanto, a transição efetiva para espaços comunitários iniciou-se a partir do dia 21 de maio de 2024. Os jovens verbalizaram que lhes “sabia bem sair de casa”.

Na primeira sessão, foi ressaltado que este não seria um grupo terapêutico e foi discutido entre todos qual seria a dinâmica e a modalidade do grupo e das sessões. A Cristina, em particular, manifestou preferência por um grupo fechado e com poucos elementos, pois referiu sentir-se desconfortável em contextos com muitas pessoas. A decisão foi consensual entre os participantes. Ao longo das sessões, os participantes demonstraram maior à-vontade, estabelecendo laços de confiança e amizade.

As sessões, inicialmente, decorreram à terça-feira, em horário pós-laboral. Contudo, ao longo do tempo, este horário foi sendo ajustado de acordo com a vontade e disponibilidade dos jovens, passando a realizar-se durante a tarde, após o almoço, também semanalmente.

No total, realizaram-se 23 sessões. Ao longo das sessões foram desenvolvidas diversas atividades, tais como jogos lúdicos, como jogos com cartas e de tabuleiro, que incentivavam o convívio e, no decorrer, promoviam partilhas mais informais e espontâneas; exercícios de dinâmica de grupo de expressão pessoal, como as caricaturas), que visavam fomentar o autoconhecimento e permitir que os elementos se conhecessem melhor entre si, através da partilha das suas histórias de vida e potencialidades; convívios (lanches, piqueniques), momentos mais descontraídos que favoreciam o desenvolvimento de vínculos e contribuíam para a criação de um ambiente informal e passeios na comunidade, como ao Parque da Cidade (Ap. M, p. 158), ao *NorteShopping*, a Peso da Régua e ao Museu na cidade do Porto, que tinham como objetivo diversificar espaços de interação. As atividades foram, na sua maioria, sugeridas pelos elementos do grupo e procuravam sempre ir ao encontro dos seus desejos e expectativas, proporcionando momentos descontraídos, com significado para os participantes. Por exemplo, foi a Cristina quem levou o seu próprio jogo de *Scrabble* para uma sessão, e a Ana sugeriu jogar ao *Stop*, afirmando "Não sei, mas posso aprender".

Importa salientar que nenhum dos jovens adultos se conhecia previamente. O grupo constituiu-se, assim, como um espaço de primeiro contacto entre eles, o que reforça a importância do acolhimento e de criação de um ambiente seguro desde o início. Durante as primeiras sessões, em contexto hospitalar, foi decidido em conjunto que a disposição das cadeiras deveria ser em círculo, favorecendo um ambiente mais acolhedor, de maior proximidade e permitindo que todos se vissem com facilidade. Esta configuração contribuiu para o desenvolvimento de um espaço horizontal de partilha e escuta.

Com a consolidação do vínculo, as partilhas entre os participantes tornaram-se mais espontâneas e profundas, abrangendo experiências de vida, sentimentos, fragilidades e opiniões. O grupo estabeleceu-se como um espaço de confiança, solidariedade e apoio mútuo. A Ana partilhou inseguranças sobre o seu trabalho artístico, expressando que "às vezes sinto que não sou boa o suficiente", e dificuldades sociais, especificamente em entender ironias e determinadas piadas. A Cristina abordou conflitos familiares e preconceitos, como o comentário da sua sogra, "notasse logo que és autista", e receios sobre a gravidez, afirmando que o grupo a ajudava "numa fase difícil". O Orlando refletiu sobre amizades, problemas familiares e paixões, manifestando o desejo

de compor uma marcha em homenagem ao grupo. Estes testemunhos evidenciam que o espaço do grupo fortaleceu o sentido de pertença de cada participante.

Com o passar do tempo, começaram também a ocorrer convívios entre os jovens adultos fora do contexto formal das sessões e de forma independente. Os jovens passaram a contactar-se espontaneamente, de forma autónoma, e a integrar-se, de forma mais ativa, na vida uns dos outros, consolidando laços. A Cristina partilhou que nunca tinha recebido amigos em casa e que esse momento foi especial; a Ana relatou que passar o S. João com amigos a fez sentir que “finalmente tinha uma amiga que a compreendia”. Estes vínculos revelaram-se fundamentais para o reforço da autoestima, motivação, o sentimento de pertença e reduzir o isolamento sentido pelos jovens.

A Cristina, que inicialmente demonstrava ser um pouco resistente à participação nos jogos e relutante quanto ao tipo de grupo, tornou-se uma das participantes mais ativas, tendo criado inclusivamente o grupo do *WhatsApp*, organizado convívios na sua residência e levando jogos para as sessões. Partilhou ainda momentos marcantes, como a gravidez e os receios associados, dizendo que o grupo a estava uma mudança positiva na sua vida. A Ana evidenciou uma evolução significativa ao nível da socialização e autoestima. Inicialmente, referiu sentir dificuldades de integração e insegurança, mas ao longo das sessões demonstrou maior confiança, especialmente através da relação construída com a Cristina, que teve impacto positivo no seu bem-estar e motivação. A própria afirmou sentir-se “mais à vontade” e que o grupo lhe deu “motivação para sair de casa”. O Orlando, descrito pela sua psiquiatra como tímido, revelou-se participativo desde a primeira sessão. Partilhou confidências, frustrações, crenças pessoais e interesses. O essencial foi que os jovens mantiveram a autenticidade e criaram laços, sem precisar alterar o seu comportamento ou reprimir opiniões.

Pelo contrário, o Martim teve um registo de presenças mais oscilante. Participou ativamente nas primeiras sessões. Contudo, afastou-se progressivamente, tendo presença irregular na sétima e na 14ª sessão, até deixar de participar totalmente após a 17ª sessão. Apesar disso, nas últimas sessões, os restantes elementos manifestaram saudade e preocupação, dizendo “o Martim fazia falta aqui”. Em consonância com o novo paradigma de SM Comunitária e os princípios da Reabilitação Psicossocial, o percurso do grupo *Jovens com Futuro* reflete que a intervenção

centrada nas necessidades dos participantes promove a capacitação e a autonomia, culminando na inclusão social efetiva e na consolidação de vínculos, essenciais ao processo de recuperação e para a vida dos indivíduos.

5.2. AÇÃO 2: INICIATIVA *(IN)VISÍVEL?*

"Nem sempre os olhos vêem, mas o corpo sente."

(Frase pensada pelos participantes para o evento)

A segunda ação do projeto corresponde à iniciativa *(IN)VISÍVEL?*, desenvolvida em colaboração com os grupos *Jovens com Futuro* e *MOSTRA!*, em parceria com o PMDP do DSM do HPH (Ap. N, pp. 159-171). Esta ação teve origem a partir da escuta ativa das partilhas de todos os elementos dos grupos, das suas vivências, inquietações e da observação das entrevistas e sessões informais ao longo do PMDP. Esta iniciativa teve como principal objetivo dar visibilidade à EDM, aos estigmas que lhe estão associados e à urgência em criar espaços seguros para o diálogo, a expressão e a sensibilização comunitária.

Desde o início, os grupos revelaram-se muito motivados para falar sobre os assuntos que consideram ser mais estigmatizantes, "Quanto mais não seja para deitar cá para fora o que sentimos... uma pessoa precisa de comunicar" (Participante do grupo *MOSTRA!*). E outro elemento do grupo *MOSTRA!* acrescentou como motivação a premissa de que "As pessoas com problemas em SM isolam-se e assim é uma oportunidade para falar". Este desejo de partilhar estas experiências e opiniões em pequeno grupo e com a comunidade, deu origem a encontros marcados pela escuta ativa, pela empatia e o envolvimento genuíno, onde se discutiram temas como o estigma, o autoestigma, a identidade e as relações.

As partilhas e os encontros iniciais foram intensos e proporcionaram partilhas muito pessoais de sentimentos, emoções e de experiências com que se foram deparando, ao longo da sua vida, que os levaram a sentirem-se reduzidos a sua EDM e ao seu diagnóstico. Tais como "... Pessoas com problemas de SM são tolinhas..." (Participante do grupo *MOSTRA!*), tendo sido esta frase preferida por um dos elementos do grupo. Outra participante confidenciava: "... Às vezes, na minha família, sinto-me um extraterrestre..." (Participante do grupo *MOSTRA!*). Numa outra situação, a

experiência do preconceito vinha de dentro do próprio círculo familiar: “Quando eu faço alguma coisa que a irrita, a minha sogra diz-me sempre: Nota-se logo que és autista...” (Participante do grupo *Jovens com Futuro*). Estes testemunhos despertaram um conjunto de reflexões que originaram esta iniciativa, tendo igualmente como ponto de partida os seguintes testemunhos: “... Não tenho capacidade para me exprimir... peço muita desculpa” (Participante do grupo *MOSTRA!*); “centenas, milhares de perguntas que fizemos a nós mesmas sobre os problemas que temos...” (Participante do grupo *MOSTRA!*); “... O porquê de isto me acontecer a mim... o que é que eu fiz de errado?” (Participante do grupo *MOSTRA!*).

A colaboração entre os grupos começou de forma natural e orgânica. Os participantes do grupo *MOSTRA!* convidaram os participantes do grupo *Jovens com Futuro* para um passeio a Peso da Régua, de comboio: *NÓS, AO ENCONTRO!*, no dia nove de julho de 2024 (Ap. O, p. 172). Nesse encontro, estiveram presentes duas participantes do grupo *Jovens com Futuro*, a Ana e a Cristina, elementos do grupo *MOSTRA!*, alguns elementos do Coro do PMDP, dois elementos da comunidade, alguns familiares e as duas dinamizadoras. Foi um dia muito divertido, onde todos os elementos se relacionaram de forma muito positiva, com abertura para participar nas conversas e nas atividades propostas, como nos jogos tradicionais. Foi uma surpresa muito positiva, pois as jovens, que eram bastante tímidas, mostraram-se descontraídas e participativas. Depois desse dia, ao contar aos jovens sobre a iniciativa que estava a ser planeada, *(IN)VISÍVEL?* estes demonstraram grande interesse em colaborar, passando a contribuir ativamente para o seu desenvolvimento e estabelecendo-se, assim, uma parceria muito rica.

Na nossa primeira reunião, discutimos o estigma e o autoestigma que sentíamos e que já tínhamos vivenciado, como podíamos avançar com esta iniciativa e de que forma poderíamos levar esta discussão até à comunidade. Ficou então decidido que queríamos recorrer à criatividade, organizar grupos de discussão e propor um mural, onde pudessem expressar: como se sentem?; como se expressam?; como reflito sobre isso?. Mais ainda, ficou decidido que queríamos levar esta iniciativa a diferentes contextos, nomeadamente aos serviços na área da educação (Ap. P, p. 173), da saúde (Ap. Q, p.174) e na comunidade (Ap. R, p.175), tendo sido o HPH o primeiro local sugerido pelas participantes, seguindo-se da ESE do IPP e de uma estação de metro da cidade do Porto (Ap. S, p.176).

Inicialmente, enveredou-se pela ideia de desenvolver uma exposição fotográfica, cujo principal objetivo seria levar as pessoas a participar livremente e a refletir sobre a SM, a DM, o estigma e o autoestigma. Por exemplo, a Aurora expressou que, com esta ideia, queria transmitir que a DM se pode curar como qualquer outra doença. Para a comunidade conseguir participar, aplicámos um questionário (Ap. T, pp. 177-178) e sugerimos que as pessoas partilhassem duas fotografias: uma a representar a SM e outra a DM. O questionário devia ainda incluir perguntas que permitissem caracterizar os participantes, como ao nível do género (Ap. U, p. 179) e do grupo etário (Ap. V, p. 180), bem como duas questões facultativas que permitissem atribuir um título à fotografia que representava a SM (Ap. W, pp. 181-184) e a da DM (Ap. X, pp. 185-188). Continha ainda espaços opcionais que possibilitassem a partilha de reflexões e opiniões (Ap. Y, pp. 189-209). O cartaz de divulgação para a participação no desafio de fotografia (Ap. Z, p. 210) ficou concluído e foi distribuído em diversos espaços, nomeadamente no HPH, na ESE, nas redes sociais, e até enviado à Metro do Porto.

Paralelamente, começou-se a trabalhar no logótipo e na imagem que queríamos associar ao evento, tendo surgido alguns esboços iniciais (Ap. AA, p. 211). Debates qual seria a representação simbólica do evento. Decidimos que seria importante ser uma figura humana neutra, de modo a não se identificar género ou expressões faciais. Acrescentando uma câmara voltada para o centro do corpo (Ap. AB, p. 212).

Após diversas reflexões e partilhas, decidimos o nome da exposição: *(IN)VISÍVEL?*. Partilhámos também o rascunho inicial do cartaz (Ap. AC, p. 213) e criámos a página de *Instagram* da iniciativa (Ap. AD, p. 214).

No decorrer do planeamento, ficou acordado que, visto nos eventos irem existir duas mesas redondas, queríamos que uma se centrasse no Eu, no individual, e que a outra se centrasse nas redes de suporte, familiares e comunitárias. Mais tarde, pensámos na ideia de a terceira mesa-redonda se centrar no caminho percorrido, ao nível da EDM e da comunidade.

Esta ação decorreu em quatro locais distintos: no HPH, no dia 10 de outubro de 2024, entre as 10h00 e as 13h00 (Ap. AE, pp. 215-216); na Junta de Freguesia de Matosinhos/Leça, no dia 18 de outubro de 2024, entre as 14h30 e às 16h30 (Ap. AF, pp. 217-218); na Estação de Metro dos

Aliados, no Porto, onde a exposição esteve presente entre 20 de outubro e 3 de novembro de 2024 (Ap. AG, p. 219); e na ESE do IPP, no dia 27 de novembro, das 18h30 às 20h00 (Ap. AH, pp. 220-225). Ao longo destes momentos, as temáticas foram sendo aprofundadas através de distintos formatos de expressão: artística, fotográfica, reflexiva e participativa.

Foi estruturado em quatro momentos principais. O momento de abertura, foi uma apresentação de representação artística, pelo grupo *MOSTRA!*, que proporcionou uma reflexão sobre a forma como nos posicionamos no mundo, as relações interpessoais e as interações sociais, abordando também as questões do estigma e do autoestigma. Durante os ensaios (Ap. AI, p. 226) e discussões, surgiram questões como: “Como me posiciono no mundo?”, “O que significa estar integrada?” ou “Preto ou branco?”. Adicionalmente, na apresentação os participantes reforçaram a importância da expressão individual e do sentimento de pertença. Além dessa apresentação na Junta de Freguesia de Matosinhos/Leça, o momento de abertura contou com uma apresentação musical, protagonizada pelo Orlando, que interpretou três peças no saxofone, enriquecendo a experiência e criando um ambiente acolhedor. Durante esta apresentação, alguns participantes partilharam impressões sobre o impacto do momento: “... no fundo, vem demonstrar que nós não somos só as pessoas que andam a tratar-se em SM e que, se quisermos, somos capazes de conseguir coisas que nunca pensámos...” (Participante do grupo *MOSTRA!*), reforçando o papel da arte e da música como meios de expressão e de empoderamento individual e comunitário.

O segundo momento foi uma exposição fotográfica, composta por 116 fotografias. Esta foi o resultado do Desafio de Fotografia lançado à comunidade, no qual os participantes foram convidados a enviar fotografias, da sua autoria, que representassem as suas perceções sobre SM e DM. No total, partilharam 128 fotografias, todavia, visto o grupo ter decidido que apenas era permitida uma participação por indivíduo, algumas não foram expostas. Ainda assim, cada fotografia foi um espelho de uma vivência, permitindo diversas interpretações através do olhar do outro e estimulando a reflexão sobre os estigmas e autoestigmas associados à EDM. Acrescenta-se que, na exposição, a acompanhar cada fotografia, estava um cartão com o respetivo título e o autor, quando este se quis identificar (Ap. AJ, p. 227).

Os participantes do desafio ressaltaram a importância das perceções, das experiências pessoais e das múltiplas interpretações relativamente ao mesmo assunto, fotografia ou objeto. É possível

perceber a relevância deste desafio através das partilhas recolhidas junto dos grupos *MOSTRA!* e *Jovens com Futuro*: "... dar uma opinião, uma forcinha..."; "... às vezes ao contar o que passamos também ajudamos outras pessoas que estão a passar pelo mesmo..."; "há sempre uma primeira vez para tomar-se outras iniciativas...". Assim como na partilha dos elementos da comunidade através do questionário: "Pensar sobre este tema é muito importante, para ver se as pessoas conseguem compreender o outro. Ouvir a outra pessoa é fundamental."; "Esta exposição serve para que todos nós olhemos para o lado e pensemos que todos temos outras doenças. A DM não é diferente das outras doenças. A pessoa deve ser tratada como pessoa; uma pessoa que não tenha um rim, um pulmão, um pé."

Ao analisar as fotografias é possível observar a diversidade nas escolhas e significados atribuídos, pois algumas pessoas enviaram fotografias de cariz pessoal, outras capturaram a natureza, outras enviaram duas fotografias exatamente iguais. As imagens transmitiam também diferentes emoções e interpretações. Em algumas, a DM refletia tristeza, isolamento e negatividade, enquanto noutras transmitia alegria, esperança, relação e otimismo. Esta multiplicidade de perceções reforça a riqueza do olhar individual e a importância da partilha para desafiar estigmas e promover compreensão e reflexão comunitária.

O terceiro momento consistiu na realização de três mesas-redondas, cada uma dedicada a uma questão essencial sobre a SM, a EDM e o envolvimento comunitário. A primeira, "Como (não) te conto a minha história?", teve lugar no HPH. A segunda, "Como (não) te ajudo?", decorreu na Junta de Freguesia de Matosinhos/Leça. A terceira, "Como (não) podemos caminhar juntos?", foi promovida na ESE do IPP. Estes debates reuniram especialistas da área da SM e da Reabilitação Psicossocial, entre os quais a Dra. Rosa Quelhas, médica psiquiatra no DSM do HPH, a Professora Dra. Ana Bertão, psicóloga e docente coordenadora na ESE do IPP, a Professora Dra. Helena Carvalho, psicóloga e docente na ESE do IPP, a Dra. Ana Rita Pinto, terapeuta ocupacional na Unidade de Psiquiatria Forense do Centro Hospitalar Santo António, a Dra. Bárbara Sousa, psicóloga e docente na Universidade do Minho, a Dra. Joana Vaz Ferreira, antiga mestranda que desenvolveu projeto no PMDP, e a Professora Dra. Teresa Martins, docente na ESE do IPP. Além destes profissionais, estiveram também presentes representantes dos grupos *MOSTRA!* e *Jovens com Futuro*, nomeadamente a Lis e a Benedita, que se voluntariaram para partilhar com a

comunidade as reflexões de todos os elementos dos grupos, partilhando ideias, pensamentos e emoções que foram surgindo ao longo desta caminhada conjunta (Ap. AK, pp. 228-231).

As mesas-redondas realçaram a importância da comunidade na intervenção, enfatizando que envolver pessoas com EDM requer valorizá-las como agentes ativos, e não apenas defini-las pelo seu diagnóstico de DM. A inclusão e o incentivo à participação ativa dos familiares e das redes de apoio também foram tópicos em destaque, reconhecendo-se a importância da escuta ativa, tanto das pessoas com EDM quanto dos seus familiares para uma intervenção abrangente, empática e eficaz. Conforme salientado, no âmbito da mesa-redonda, pela antiga mestranda: "...na intervenção eu não sou o condutor, sou o copiloto", reforçando a premissa de que a intervenção deve ser realizada com as pessoas e escutando-as ativamente.

Como quarto momento do evento tivemos a construção de um mural comunitário (Ap. AL, pp. 232-235), um espaço que pretendia ser expressivo e onde todos os participantes podiam partilhar algumas ideias, reflexões e/ou pensamentos, de forma livre e criativa, recorrendo aos materiais que consideravam mais adequados. Sem regras ou limitações, o mural foi pensado como um meio de comunicação, de maneira a dar voz às perceções e emoções despertadas ao longo do evento. Foi também disponibilizada uma caixa de reflexões, representada pela figura simbólica do evento, que foi desenhada pela Ana, com o intuito de os participantes deixarem os seus pensamentos sobre a iniciativa e o impacto que esta teve nas suas vidas, de uma forma mais privada e reservada. Estes comentários podiam ser anónimos ou identificados, promovendo uma partilha genuína e espontânea. Surgiram ideias muito interessantes, como "E quando o medo do amanhã impera? Como ganhar força para o caminho?" lia-se entre muitos outros desabafos, como "Simplesmente, muito, muito grata. Fazem parte de mim e eu de vocês. Logo existimos no nós." As mensagens eram, em si, manifestações de reconhecimento mútuo, ternura e esperança. O mural e a caixa de reflexões criaram um espaço seguro para a comunidade se reconhecer, refletir e participar ativamente, reforçando o impacto positivo da ação e a relevância do envolvimento emocional de todos.

Deste modo, com cerca de 69 participantes no HPH e 58 na Junta de Freguesia, entre pessoas com EDM, profissionais, estudantes e membros da comunidade, a iniciativa *(IN)VISÍVEL?* promoveu um espaço seguro de partilha pessoal e comunitária, de aprendizagem mútua e de

reconstrução de experiências e vivências. Um participante expressou: “Parabéns pela iniciativa! Daqui a um ano temos de fazer outra apresentação.” Este desejo de continuidade é um bom indicador do impacto desta iniciativa.

Nos apêndices constam ainda fotografias dos eventos realizados. Nomeadamente, no HPH (Ap. AM, pp. 236-238), na Junta de Freguesia de Matosinhos/ Leça (Ap. AN, pp. 239-241), da exposição na Estação de Metros dos Aliados (Ap. AO, pp. 242-243). Para complementar, a *sinopse* da iniciativa expostas nos eventos (Ap. AP, p. 244) e as respostas do programa *MENTIMETER*, onde constam as participações dos estudantes que estiveram presentes na aula aberta da ESE (Ap. AQ, pp.245-246),

Mais do que uma iniciativa, esta ação foi desenvolvida de uma forma muito desafiante, foi um processo de empoderamento coletivo, onde se afirmou a importância de falar, de se escutar ativamente o outro e de (re)significar os conceitos, as experiências e os medos sentidos. Todos temos um papel na construção de uma sociedade mais empática, mais justa e inclusiva. Esta iniciativa representou ainda uma oportunidade para a partilha comunitária, bem como para se discutir diferentes perspetivas.

6. AVALIAÇÃO DO PROJETO

Como referido anteriormente, a avaliação não representa a fase final do projeto, assumindo antes um papel central no seu desenvolvimento, promovendo a reflexão crítica e possibilitando os reajustes dos objetivos, das ações e das metas definidas (Serrano, 2008). Este carácter dinâmico permite responder à imprevisibilidade do contexto, às necessidades dos atores sociais envolvidos e àquilo que, em cada momento, se revela mais significativo para o grupo e para a comunidade (Weber, 2011).

A avaliação foi, portanto, sendo realizada através da observação direta, de conversas informais e intencionais que foram ocorrendo, bem como de momentos de reflexão conjunta e do *feedback* espontâneo dos participantes dos eventos e dos indivíduos que compõem o projeto. Para além disso, foram considerados os testemunhos escritos, as partilhas durante as sessões, as mensagens deixadas na caixa de reflexões e os registos do mural comunitário nos eventos públicos.

No grupo *Jovens com Futuro*, a avaliação baseou-se, essencialmente, nos testemunhos dos três jovens que frequentaram de forma assídua as sessões.

Numa das últimas sessões do grupo, como forma de promover uma avaliação participada da ação *Jovens com Futuro*, solicitou-se à Ana, à Cristina e ao Orlando que escrevessem numa folha um pequeno comentário sobre o grupo, potencialidades que reconheciam, o que gostariam de ter feito de forma diferente e mudanças que podiam querer partilhar. Todos os elementos preferiram dar a sua opinião por escrito. No final deste momento, foi unânime a decisão de não ler os textos e de apenas conversar sobre o assunto. Salienta-se que foi questionado aos jovens se autorizavam que as suas partilhas fossem expostas no presente relatório, tendo todos permitido (Ap. AR, pp. 247-250).

De modo geral, todas as conversas informais e as partilhas escritas revelaram um parecer muito positivo, transmitindo valorização dos momentos de convívio, no sentimento de pertença e no reconhecimento do impacto pessoal e social, dos momentos de convívio partilhados, das

oportunidades de socialização com o grupo de pares e pela oportunidade de um espaço onde se sentiam finalmente compreendidos.

A Ana partilhou que, na primeira sessão, sentiu algum desconforto, mas que ao longo do tempo foi desenvolvendo relações de amizade, como nunca tinha acontecido anteriormente. Reforçou as suas dificuldades em estabelecer vínculos e laços de amizade, assim como em compreender determinadas interações sociais, nomeadamente ironias e piadas, o que anteriormente lhe gerava insegurança. Apesar disso, a sua participação foi ativa e envolvida, tendo contribuído de forma significativa para o *design* e organização da iniciativa *(IN)VISÍVEL?*. Mostrou-se especialmente satisfeita com os elogios e o reconhecimento que lhe foi expresso, tanto pelos colegas do grupo como pela comunidade, afirmando ter sentido alguma confiança nas suas capacidades artísticas. Em outubro de 2024, a Ana iniciou uma conversa espontânea, onde referiu que o grupo lhe tinha permitido viver muitas coisas boas e estabelecer muitas amizades. Salientou a importância deste projeto, agradecendo a oportunidade.

A Cristina, por sua vez, expressou que sentia que o grupo tinha sido uma surpresa positiva, referindo que inicialmente temia que fosse “um grupo ao estilo dos Alcoólicos Anónimos”. Destacou a forma como os colegas se mostraram respeitadores, empáticos e interessados nas suas opiniões e pontos de vista. Sublinhou que a participação no grupo foi especialmente importante, pois encontrava-se num período de grandes mudanças pessoais, tendo encontrado ali conforto e apoio. É de evidenciar que a jovem demonstrou também uma evolução notória. Por exemplo, na primeira sessão referiu não gostar de jogos, mas mais tarde foi a própria quem levou um jogo para partilhar com o grupo, na 15.ª sessão. Num dos encontros, revelou estar grávida e utilizou o espaço para partilhar os seus receios e conquistas, incluindo o desafio de ter conduzido até ao local da sessão como forma de superar a ansiedade que sentia ao conduzir. Para além disso, foi a Cristina que teve a primeira iniciativa de convidar todos os elementos para um almoço na sua casa, sendo que estes convívios organizados pelos jovens contribuíram muito para a coesão do grupo. Mais tarde, a mesma confidenciou que tinha sido a primeira vez que convidava amigos para a sua casa.

O Orlando destacou o impacto emocional que o grupo teve na sua vida. Afirmou, diversas vezes e em distintos momentos, sentir saudades dos momentos partilhados e que iria sempre recordá-

los. Partilhou o desejo de homenagear o grupo através da composição de uma marcha musical, refletindo a importância simbólica que atribuiu à experiência. Referiu ainda as saudades que sentia de tocar numa banda, sentimento que mais tarde o levou a aceitar o convite para atuar no evento *(IN)VISÍVEL?* e, posteriormente, a integrar novamente um projeto musical. Mais se acrescenta que o Orlando constantemente expressava a sua gratidão ao grupo, dos momentos partilhados, proferindo frases como "... como é bom sair de casa... gostava de fazer isto todos os dias...".

Durante o desenvolvimento da ação, observou-se uma evolução significativa na interação e na relação grupal. A partir de determinada sessão, notou-se um aumento no contacto visual entre os participantes, maior espontaneidade nas conversas e uma crescente disponibilidade para partilhar aspetos pessoais e experiências de vida. Verificou-se também que os encontros entre os membros do grupo começaram a ocorrer fora das sessões formais, nos seus próprios contextos de vida, organizados por iniciativa dos próprios, o que demonstra o fortalecimento dos laços e da autonomia relacional. Refletindo sobre o exposto e de acordo com o que foi possível observar o grupo *Jovens com Futuro* funcionou como um espaço seguro, de expressão e crescimento pessoal, onde cada um sentiu que pertencia ao grupo, sentiu reconhecimento e valorização pessoal.

Além do exposto, é igualmente importante mencionar a assiduidade do Martim. O jovem apenas participou em seis sessões, tendo posteriormente desistido. Segundo informação que inicialmente a progenitora do jovem partilhou, o Martim referiu-lhe que não queria frequentar os grupos lúdico-terapêuticos do PMDP, pois sentia que só o queria a conviver com "... pessoas doentes". Ao ser convidado a integrar o grupo *Jovens com Futuro*, demonstrou alguma resistência, mas depois decidiu por vontade própria experimentar e foi inclusivamente aos convívios organizados autonomamente pelos jovens. Todavia, acabou por deixar de comparecer às sessões e não foi possível aprofundar ou compreender totalmente o seu ponto de vista. Ao refletir, a desistência do Martim pode evidenciar que, apesar o grupo poder ser considerado pelos restantes jovens como sendo inclusivo e com um ambiente acolhedor, nem todas as pessoas se sentem imediatamente confortáveis nestas situações e com disposição para se envolverem neste tipo de ações. As diferentes perceções e experiências individuais, assim como o estigma e o autoestigma podem igualmente condicionar estas decisões. Mesmo com uma participação pouco assídua, o

facto de ter experimentado ir a algumas sessões e aos convívios organizados pelos pares podem ser encaradas também como pontos positivos.

Quanto à segunda ação, a iniciativa *(IN)VISÍVEL?*, esta foi avaliada com base na observação direta, nas conversas intencionais com os participantes, no grau de participação nos diferentes momentos do evento, assim como no desenvolvimento e planeamento, assim como na análise dos testemunhos deixados no mural e na caixa de reflexões, disponíveis durante os eventos.

A ação *(IN)VISÍVEL?* tinha como foco a comunidade e a promoção de um espaço de diálogo, consciencialização e reflexão. Desde o início, o envolvimento dos participantes foi notório e positivo. As ideias emergiram naturalmente das suas conversas e inquietações, tendo sido evidente o entusiasmo e o sentimento de pertença dos elementos dos grupos. Muitos expressaram curiosidade e motivação para explorar profundamente o tema: “Estou muito curiosa para desenvolver este tema. Estou nisto há muito tempo e também para ajudar outras pessoas.” Estas manifestações de interesse e compromisso reforçam o papel que esta ação teve no desenvolvimento de um espaço que promovesse também o empoderamento e a expressão pessoal e coletiva, enquanto grupo.

Durante a realização dos eventos, observou-se que todos os indivíduos presentes participaram ativamente, tanto os elementos dos grupos como a comunidade em geral. No HPH estiveram presentes cerca de 69 pessoas e, na Junta de Freguesia de Matosinhos/Leça, cerca de 58, entre pessoas com EDM, profissionais de saúde, estudantes e outras pessoas da comunidade. O envolvimento foi notório, tanto nas mesas-redondas como nos restantes momentos. As mensagens deixadas pelas pessoas no mural e na caixa de reflexões revelaram o impacto emocional e social da iniciativa. Frases como “Reconhecer que precisa de ajuda é um ato de coragem!”, “Eu não sou maluca, malucos são aqueles que não querem ver”, “A resposta está sempre ao nosso lado”, e “Simplesmente, muito grata. Fazem parte de mim e eu de vocês. Logo existimos no nós” demonstram o impacto da iniciativa e das discussões tidas ao longo da mesma, assim como destacam a importância da comunidade, da empatia, da identificação e do diálogo sobre SM e EDM.

Do lado dos participantes do projeto, emergiu um sentimento de orgulho e reconhecimento. Para muitos, este foi o primeiro momento em que sentiram que as suas vozes eram ouvidas e valorizadas por outros, num espaço seguro, de horizontalidade e reconhecimento mútuo. Como expressou uma participante: “No fundo, vem demonstrar que nós não somos só as pessoas que se andam a tratar em SM e que, se quisermos, somos capazes de conseguir coisas que nunca pensámos.”

Do ponto de vista organizativo, a iniciativa revelou-se um exercício de articulação desafiante, mas muito enriquecedor. O envolvimento de múltiplos parceiros institucionais e comunitários, como o PMDP, a Junta de Freguesia, a ESE e a Metro do Porto, exigiu uma coordenação cuidada e constante. Ainda assim, essa diversidade de contextos permitiu que a mensagem fosse partilhada por mais pessoas, promovendo ainda mais a reflexão e a discussão do tema, possibilitando que a iniciativa não se restringisse aos contextos habituais da SM e ganhasse visibilidade no espaço público e na comunidade. Para além desse benefício, possibilitou que as pessoas se sentissem reconhecidas e valorizadas. Sentiram que eram capazes, que o seu trabalho e esforço foi reconhecido, bem como que alcançaram todos os objetivos a que se preuseram. Em conversa, afirmaram que depois do que vivenciaram, só “... faltava ir à televisão...”.

No final, o sentimento geral foi de satisfação e desejo de continuidade. Uma das partilhas resume bem este impacto: “Parabéns pela iniciativa! Daqui a um ano temos de fazer outra apresentação.” Esta vontade de dar seguimento à experiência demonstra que os eventos foram sentidos como significativo, transformadores e com potencial.

De forma global, a ação *(IN)VISÍVEL?* revelou-se um espaço de encontro e de construção coletiva, onde se (re)definiram narrativas e formas de encarar e abordar diversos assuntos associados à DM, ao estigma e ao papel de cada indivíduo na construção de uma comunidade mais inclusiva, enquanto fator protetor e menos estigmatizante. Mais do que uma iniciativa, foi um processo de empoderamento, diálogo e consciencialização que procurou contribuir para uma sociedade em que a EDM não seja um fator de desigualdade de perda de direitos ou de isolamento social.

Paralelamente, como forma de avaliar de forma participativa esta ação, junto dos participantes, existiram duas sessões de reflexão, uma vez que nem todos os elementos conseguiram estar presentes na primeira. A primeira sessão decorreu no dia 24 de outubro de 2024, contando com a presença da Lis, Renascer, Aurora, Liliana e Maria; a segunda realizou-se no dia 4 de novembro de 2024, com a participação da Ana, Lis e Benedita. Em ambos os momentos estiveram presentes as duas mestrandas (Ap. AS, pp. 251–258).

O principal objetivo destas conversas foi promover uma reflexão partilhada sobre todo o percurso desenvolvido, procurando compreender o que cada participante considerou mais significativo e transformador nesta experiência. Foram abordadas questões como conquistas e transformações pessoais e coletivas, o que sentiram ter levado à comunidade e o que receberam em troca, bem como os aspetos menos positivos, as fragilidades sentidas e aquilo que fariam de forma diferente. Surgiram partilhas muito ricas, nomeadamente de como as participantes se sentiram “...úteis...” (Benedita) e “...escutadas...” (Lis), sendo esta ação sinónimo de “...superação...” (Maria). Estas expressões evidenciam que a ação constituiu também uma oportunidade de afirmação individual e coletiva, promovendo a confiança, a autoestima e o empoderamento dos participantes. As reflexões recolhidas revelam o orgulho pelo trabalho realizado e o desejo de continuidade, confirmando que a participação ativa em projetos desta natureza pode funcionar como um importante instrumento de inclusão e empoderamento social.

De forma global, considera-se que os resultados obtidos permitem afirmar que as ações desenvolvidas no decorrer do projeto responderam aos objetivos propostos, revelando impactos significativos, tanto ao nível individual como comunitário. Salienta-se ainda que, apesar de ter sido tentada uma reunião formal com a médica psiquiatra do PMDP para realizar uma avaliação das ações, esta não foi possível devido à incompatibilidade de agendas. Contudo, a profissional manifestou, à mestrandas, aos participantes e no final de todos os eventos, que considerou a iniciativa muito benéfica, com parecer muito positivo por parte da comunidade, tendo referido que tinha sido um gosto participar como oradora em todas as mesas-redondas.

Ademais, após o evento realizado na Junta de Freguesia de Matosinhos/Leça, a progenitora da Ana veio falar com o grupo, para expressar o seu agradecimento pela participação da filha e pelo envolvimento em ambas as ações deste projeto. Referiu que a filha demonstrava estar muito

entusiasmada e que notava um impacto extremamente positivo na sua autoestima, no desenvolvimento de relações, no combate ao isolamento e na valorização pessoal da jovem, bem como nas suas competências artísticas.

Mais especificamente, no que se refere ao OG1, constatou-se que os momentos e as atividades desenvolvidas permitiram a convivência entre os elementos dos grupos, o desenvolvimento de relações interpessoais e o fortalecimento de redes de apoio. Através da ação grupo *Jovens com Futuro* e dos encontros informais que foram ocorrendo entre os participantes, os jovens com EDM demonstraram uma maior abertura para a partilha e para a interação social, contrariando, assim, a tendência para o isolamento e a exclusão social. As relações estabelecidas e a continuidade do contacto entre alguns elementos após o fim das atividades são indicadores muito positivos.

Relativamente ao OG2, foi manifestado pelos participantes que se sentiam mais confiantes, existindo um reforço da autoestima e da perceção de competência pessoais. As ações desenvolvidas promoveram a identificação e valorização de potencialidades individuais, bem como o reconhecimento das suas fragilidades, num ambiente sentido como sendo seguro e empático. O envolvimento ativo nas decisões do grupo, a partilha de opiniões e a concretização de atividades criativas permitiram aos indivíduos assumir uma postura de protagonismo e autodeterminação. As suas próprias narrativas evidenciam este crescimento pessoal e o fortalecimento de competências relacionais e individuais.

No que respeita ao OG3, a ação *(IN)VISÍVEL?*, possibilitou o encontro entre diferentes públicos, nomeadamente as pessoas com EDM, os profissionais na área da SM e Reabilitação Psicossocial, estudantes e outras pessoas da comunidade, em diferentes contextos, potenciando a sensibilização, a reflexão e o questionamento crítico sobre diferentes temáticas relacionadas com a SM. As mesas-redondas e momentos de partilha revelaram-se espaços de escuta ativa, ajuda mútua e empatia, onde as vozes das pessoas com EDM e dos seus familiares foram valorizadas e validadas.

Em suma, pode afirmar-se que o conjunto das ações desenvolvidas permitiu dar resposta de aos objetivos delineados, reforçando o sentimento de pertença, o desenvolvimento pessoal e social dos participantes e o envolvimento ativo da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto *Além do (In)visível: Entre Estigmas e Vozes – Caminhos de Consciencialização, Participação e Transformação Social em Saúde Mental*, desenvolvido com a finalidade de contribuir para uma sociedade em que a EDM não seja um fator de desigualdade de perda de direitos ou de isolamento social, procurou promover uma reflexão crítica e participativa, não apenas relativamente à saúde e à DM, como também sobre o estigma, o autoestigma e a importância das relações para a prevenção de EDM. Estas não se resumem a problemáticas individuais, onde o foco é a doença e o tratamento da mesma, mas questões sociais e relacionais, que se verificam no quotidiano dos indivíduos, de forma (in)visível aos olhos da comunidade.

É notório que a SM tem adquirido um maior destaque no âmbito das políticas públicas, da prevenção e da promoção do bem-estar dos sujeitos. A mudança de paradigma, centrada na reabilitação psicossocial e na abordagem comunitária, bem como o distanciamento do modelo hospitalar, constituiu um marco essencial, contribuindo significativamente para a dignificação das pessoas com EDM. Este novo olhar permitiu compreender que a intervenção em SM não se deve focar exclusivamente na doença e no tratamento clínico, mas sim na valorização da pessoa, da sua individualidade, das suas capacidades, de forma a potenciar a sua participação ativa na intervenção. Para além disso, deve ser tido em consideração o contexto em que o sujeito se encontra inserido. Apesar dos progressos alcançados, ainda há um longo caminho a percorrer. As pessoas com EDM e a intervenção, continuam a ser limitadas pelo estigma e pelo autoestigma. Muitas vezes, de forma impercetível, as pessoas com EDM continuam a ser rotuladas pelo seu diagnóstico. Esta realidade condiciona as suas opiniões, a forma de encarar a DM e o seu papel na sociedade. O medo surge, mais precisamente, o medo da diferença, do desconhecido, aliado à inexistência de espaços seguros para o diálogo e para a partilha. Isto promove o isolamento, a vergonha e, conseqüentemente, a exclusão social.

Todos os indivíduos na comunidade podem desempenhar um papel essencial. O gesto mais pequeno pode fazer a diferença na vida de alguém. Apesar do longo caminho e da constante correria do quotidiano, torna-se fundamental valorizar as relações. Por vezes, estarmos disponíveis para o outro, estar presente, praticar a escuta ativa ou procurar fazer com que o

indivíduo se sinta incluído e compreendido, pode ser o início da transformação social, da mudança ou, até mesmo, de prevenção relativamente à EDM.

O projeto foi bastante desafiante e marcou profundamente a minha jornada, pessoal e profissional. Proporcionou-me a oportunidade de me relacionar com muitas pessoas, de escutar muitas histórias de vida marcadas pela coragem, pela esperança e resiliência. Viajar pelos meandros do (in)visível, conhecer o outro, respeitando o tempo dele, e trabalhar a empatia. Para além disso, proporcionou-me momentos de reflexão, como o questionar de crenças e motivações, como ser resiliente nos momentos menos positivos e como ser abrigo nos momentos mais frágeis. Tudo isso me foi especialmente permitido porque os jovens adultos do grupo *Jovens com Futuro* e as senhoras do grupo *MOSTRA!* me permitiram fazer parte da sua história, dos seus percursos e das suas verdades.

Aprendi a importância do diálogo, de dizer o que sinto, o que compreendo e o que interpreto, na relação com o outro. Aprendi a reconhecer o valor da comunidade e da força que emerge quando as pessoas se respeitam e se apoiam mutuamente. Tornei-me ainda mais consciente da necessidade de transmitir diariamente a mensagem de que um diagnóstico não define quem somos. Percebi, sobretudo, a importância das pequenas batalhas, das pequenas conquistas e das pequenas partilhas. É, a partir delas, que se contribui para a mudança, que se combate o estigma e que se abre espaço para a dignidade, para a voz e para a individualidade de cada pessoa. Ademais, em todo o percurso procurou-se reforçar a importância da comunidade, sendo de sublinhar a importância de iniciativas comunitárias desta natureza. Para além disso, é importante reconhecer os desafios e as limitações que foram surgindo no decorrer do caminho. Frequentemente, o tempo das pessoas não corresponde ao tempo das instituições, nomeadamente ao nível do mestrado. Ainda assim, estes desafios conduzem a aprendizagens importantes.

Por fim, este percurso permitiu-me ser mais consciente, mais crítica e atenta às questões éticas e relacionais, centradas nas pessoas. Acredito profundamente que é através de pequenas mudanças, pequenos gestos e pequenas conquistas que se continua a traçar um caminho mais solidário e inclusivo, capaz de transformar narrativas, combater o estigma e dignificar as vidas das pessoas com EDM.

REFERÊNCIAS

- Almeida, J. C. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2021). *Relatório anual de acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas*. Administração Central do Sistema de Saúde. www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (2023). *Relatório sobre a distribuição de profissionais de saúde mental no SNS*. Lisboa. www.acss.min-saude.pt/relatorio-saude-mental-2023
- Bertão, A., Bravo, A., Vinhas, A. L., Oliveira, A., Guimarães, C., Matos, F., Weiner, F., Monteito, H., Barbosa, I., Timóteo, I., Mendes, I., Cruz, J., Ferreira, J., Soeiro, J., Pessanha, M., Meireles, M., Costa, R., Barros, S., & Martins, T. A. (2024). *Contra-manual de investigação-ação participativa*. Quântica Editora – Conteúdos Especializados Lda.
- Chalifour, J. (2007). *Intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas*. Lusodidacta.
- Comissão Europeia (2023). *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões: Uma abordagem abrangente à saúde mental*. health.ec.europa.eu/latest-updates/comprehensive-approach-mental-health-2023-06-07_en
- Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (2017). *Relatório de avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Ministério da Saúde. www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-de-avaliacao-do-plano-nacional-de-saude-mental-2007-2016-pdf.aspx

- Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (2023). *Relatório de atividades e acompanhamento da reforma da saúde mental 2022/2023*. Ministério da Saúde. <https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/10/Reforma-de-Sau%CC%81de-Mental.-Tre%CC%82s-anos-de-transformac%CC%A7a%CC%83o.pdf>
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina.
- Despacho Conjunto n.º 407/1998. (1998). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 100. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-conjunto/407-1881437>
- Despacho n.º 2753/2020. (2020). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 42. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2753-2020-129678862>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Relatório anual de saúde mental 2022*. www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-anual-de-saude-mental-2022-pdf.aspx
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi.
- Ferreira, J. S. (2016). *Reabilitar em saúde mental: Uma abordagem integrada, integral e participada* [Dissertação de Mestrado, Politécnico do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/9539>
- Fumaça (2022). *Serviços mínimos*. Desassossego: Série sobre saúde e doença mental. fumaca.pt/saude-mental-desassossego-servicos-minimos-cuidados-hospital/
- Lei n.º 36/1998, de 24 de julho (1998). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 168. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/07/169a00/35443550.pdf>

- Lei n.º 35/2023, de 21 de julho (2023). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 141. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/-215980339-216053272>
- Lima, M. L. P. (2018). *Nós e os outros: O poder dos laços sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Lima, R. (2003). *Desenvolvimento levantado do chão... com os pés assentes na terra: Desenvolvimento local – Investigação participativa e animação comunitária* [Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/53042>
- Lopes, R. C. (2024). *Preconceito e discriminação em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Monteiro, H. (2019). *Investigação, transformação e «palavramundo»: Novos e velhos desafios ético-metodológicos*. *Educação, Sociedade & Culturas*, (54), 65–84. <https://doi.org/10.34626/esc.vi54.50>
- Moreira, P., Pires, C., Lima, A., Melo, A., & Crusellas, L. (2005). *Saúde mental: Do tratamento à prevenção*. Porto Editora.
- Oliveira, M., & Silva, R. (2022). Boas práticas dos assistentes sociais na saúde mental: O exemplo do empowerment. *Intervenção Social*, 49, 15–30. revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/3250
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental – nova conceção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Plano de ação mundial para a saúde mental 2003–2010*. Genebra.
- Portaria n.º 348-A/1998. (1998). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 81. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/348-a-1998-452724>

Portaria n.º 73/2024, de 29 de fevereiro. (2024). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 43.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/73-2024-853918463>

Santos, B. S. (1999). *Um discurso sobre as ciências*. Afrontamento.

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Cuidados de Saúde Hospitalares*. Unidade Local de Saúde de Matosinhos. <https://www.ulsm.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/>

Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria. (2024). *Dados estatísticos sobre saúde mental em Portugal*. <https://www.sppsm.org/>

Serrano, G. (2008). *Elaboração de projetos sociais: Casos práticos*. Porto Editora.

Serruys, J. W. (2000). *Iniciação à dinâmica de grupos*. Porto.

Stufflebeam, D., & Shinkfield, A. (1995). *Evaluación sistemática: Guía teórica y práctica*. Ediciones Paidós.

Tavares, P. (2021). *Reabilitação psicossocial em saúde mental: Uma abordagem holística, participativa e comunitária* [Dissertação de Mestrado, Politécnico do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/19580>

Timóteo, I. (2010). *Educação social e relação de ajuda: Representações dos educadores sociais sobre as suas práticas* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Aberto da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/19122>

Timóteo, I., & Bertão, A. (2012). *Educação social transformadora e transformativa: esclarecimento de sentidos*. *Sensos*, 2(1).
<http://hdl.handle.net/10400.22/6296>

ULSM. (2021). *Regulamento Interno do Departamento de Saúde Mental da ULSM*. Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

- ULSM. (2022). *Regulamento interno da ULSM, EPE*. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE. https://www.ulsm.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2021/07/Regulamento-Interno-ULSM_2020-2022-v-final-18-nov.pdf
- Veiga, S. (2009). *Palcos de conhecimento, espaços de transformação: contributos da metodologia sociodramática para a formação dos educadores sociais* [Tese de Doutoramento, Universidade de Évora]. Repositório Aberto da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/11860>
- Weber, P. (2011). *Dinâmicas e Práticas do Trabalhador Social*. Porto Editora.
- World Health Organization. (2021). *Community outreach mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/341644>
- World Health Organization (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2022). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*: scientific brief, 2 March 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/352189>

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO NOME DA INSTITUIÇÃO



DECLARAÇÃO

O Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano, situado na Rua Dr. Eduardo Torres, com o código postal 4464-533 – Senhora da Hora, autoriza que Mariana Algarvio da Silva, no âmbito das curriculares “Projeto” e “Seminário” do Mestrado em Educação e Intervenção Social – na Especialização em Ação Psicossocial em Contextos de Risco, utilize o nome da instituição na produção de documentos para fins académicos e no Relatório Final de Projeto que será apresentado publicamente e, posteriormente, poderá ser disponibilizado no repositório do Instituto Politécnico do Porto.

Pela psiquiatra da equipa coordenadora do
Programa Psicossocial do Departamento de Saúde Mental

Matosinhos, 12 de outubro de 2024

Assinado por: ROSA MANUELA QUELHAS DA CRUZ MARTINS
FERREIRA
Num. de Identificação: 11119980
Data: 2024.10.12 00:13:59+01'00'



(Rosa Quelhas Ferreira CP 41127)

ANEXO 2 – MATRIZ DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NUM PROJETO DE INTERVENÇÃO SOCIAL

No âmbito do curso de Mestrado em Educação e Intervenção Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto, na especialização em Ação Psicossocial em Contextos de Risco, os/as mestrandos/as concebem e desenvolvem um projeto de investigação-ação, em contextos considerados de maior risco social e vulnerabilidade.

A mestranda Mariana Algarvio da Silva foi acolhida na instituição Hospital Pedro Hispano, para o desenvolvimento do projeto numa das suas respostas sociais. O envolvimento de profissionais e de adultos é voluntário, podendo cada pessoa decidir não participar, em qualquer momento do desenvolvimento do projeto.

A mestranda elaborará um relatório escrito sem qualquer dado pessoal, que será avaliado e que estará disponível *on-line*, no Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. Podem também resultar deste trabalho comunicações em congressos e publicações científicas.

Garante-se que a informação é confidencial, mantendo-se o anonimato e não sendo divulgados os dados pessoais dos participantes. Este documento, que tem o nome da instituição e do/a participante, será guardado na Escola Superior de Educação pela Coordenadora do Curso pelo prazo de 5 anos.

Agradece-se, desde já, a sua participação e, caso concorde em participar no projeto, solicita-se que assine este consentimento.

Confirmo que li e compreendi a informação apresentada e que tive a possibilidade de esclarecer dúvidas com a mestranda. Confirmo, ainda, que, atempadamente, fui informado/a oralmente do conteúdo deste documento e que aceitei participar no projeto desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social.

(Local, Data)

(Assinatura)

APÊNDICES

APÊNDICE A – GUIÃO DE CONVERSAS INTENCIONAIS COM A EQUIPA DE PROFISSIONAIS DO PMDP

Estas conversas intencionais ocorrem presencialmente, em dias distintos, ao longo das primeiras semanas de imersão do contexto. Surgiram com a finalidade de recolher informações que permitam conhecer melhor o PMDP, a intervenção que é desenvolvida no âmbito do mesmo, assim como os participantes, de modo a construir um conhecimento e análise da realidade.

GUIÃO DE CONVERSAS INTENCIONAIS COM A EQUIPA DE PROFISSIONAIS DO PMDP
Que respostas existem ao nível da SM Comunitária no DSM do HPH?
Como surgiu o PMDP?
Quais são os principais objetivos do Programa?
Quais são os parceiros comunitários do PMDP?
Quantos grupo lúdico-terapêuticos existem?
De que forma são realizadas as supervisões pela equipa do PMDP e com que periodicidade ocorrem?
Como são referenciados os participantes que integram o PMDP?

Quais são os critérios de inclusão necessários para integrarem o Programa?
Cada participante tem um plano de reabilitação psicossocial individual? Participam ativamente no processo?
A família dos participantes participa na intervenção?
Como é feita a avaliação do PMDP e dos seus participantes?
Como são conduzidas as entrevistas de avaliação? Existe um guião formal definido?
Com que frequência as pessoas são avaliadas nessas entrevistas?
Quais consideram ser as principais fragilidades e constrangimentos do PMDP?
Como a falta de recursos afeta o funcionamento e a eficácia do PMDP?
Como tem sido a aceitação do PMDP por parte dos participantes e das suas famílias?
Que mudanças ou melhorias seriam necessárias para fortalecer ainda mais o impacto do PMDP?
Quais são os objetivos futuros do PMDP e que planos existem para o seu desenvolvimento a longo prazo?

APÊNDICE B – DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE AMBULATÓRIO DO DSM

A unidade de ambulatório do DSM, inaugurada em dezembro de 2019, está localizada no HPH, com entrada independente da principal, reforçando a autonomia dos serviços de SM. Este espaço foi cuidadosamente organizado para proporcionar uma experiência mais humanizada aos indivíduos.

A unidade conta com:

- Uma sala de espera ampla e bem iluminada, contribuindo para um ambiente calmo e confortável;
- Uma casa-de-banho acessível;
- Uma vitrine com trabalhos manuais realizados por participantes do PMDP;
- Uma televisão, onde são transmitidas informações sobre as consultas, atividades grupais e conteúdos educativos sobre doenças mentais;
- Diversos consultórios e salas de tratamento, incluindo espaços para terapias individuais, atividades de grupo e reabilitação psicossocial.

Durante algumas épocas do ano, como no Natal, o espaço é decorado com trabalhos realizados pelos utentes, promovendo as atividades e os grupos do PMDP.

APÊNDICE C – PROTOCOLOS ENTRE O HPH E O HML

O DSM no HPH foi delineado de acordo com os princípios e diretrizes do PNSM 2007–2016. Para tal, os serviços foram gradualmente reorganizados.

Até ao ano de 2009, era o HML que respondia às necessidades das pessoas com EDM do concelho de Matosinhos (Ferreira, 2016). No entanto, com a criação do DSM e no âmbito do PNSM, iniciou-se o processo de desinstitucionalização dos indivíduos com EDM. Esta transição foi formalizada através de três protocolos estabelecidos entre os dois hospitais:

1. Protocolo de 2010: os médicos de família dos Centros de Saúde de Matosinhos passaram a referenciar os casos de DMC diretamente para o HPH. Os casos de DMG continuavam a ser encaminhados para o HML;
2. Protocolo de 2013: o HPH passou a receber os primeiros casos de DMG, incluindo doentes vindos de internamentos no HML. Contudo, os casos de DMG anteriores a 2012 mantinham-se sob acompanhamento no HML;
3. Protocolo de 2016: consolidou-se a transferência dos cuidados, estabelecendo que todos os indivíduos com DM, do concelho de Matosinhos, incluindo os acompanhados anteriormente pelo HML, passariam a ser seguidos no HPH.

Estes protocolos representam uma mudança progressiva para um modelo mais descentralizado, de base comunitária, promovendo a integração dos cuidados e a proximidade com as pessoas com EDM.

APÊNDICE D – TÓPICOS EXPLORADOS NAS ENTREVISTAS DO PMDP

Numa conversa intencional com uma das psiquiatras que integram a equipa do PMDP, a profissional partilhou um conjunto de questões que orientam as entrevistas realizadas no âmbito do respetivo programa. Importa salientar que não existe um guião pré-estabelecido.

- Como se projetam no futuro?

Procurar perceber de que forma os participantes imaginam o seu percurso de vida a médio e longo prazo, incluindo objetivos pessoais, profissionais e sociais.

- O que parecem precisar?

Observar, a partir do discurso e do comportamento dos participantes, quais são as necessidades que emergem implicitamente, mesmo que não sejam verbalizadas de forma direta. Esta dimensão foca-se nas necessidades percebidas pela equipa durante a interação com os indivíduos.

- O que o indivíduo considera que precisa?

Identificar, segundo as perspetivas dos indivíduos, quais são as suas principais necessidades ou fragilidades.

- O que a equipa do PMDP pode fazer para ajudar?

Averiguar o que os sujeitos esperam da equipa e do PMDP. Esta questão permite igualmente "... alinhar expectativas..." (Médica Psiquiatra do PMDP).

APÊNDICE E – CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES DO PROJETO

Neste apêndice apresenta-se a caracterização dos nove participantes assíduos do projeto, considerando apenas aqueles que participaram de forma regular e cujo consentimento informado foi assinado. No entanto, é importante também apresentar o Martim, que esteve presente em seis sessões do grupo *Jovens com Futuro* e o João, que apenas esteve na primeira sessão.

O Martim é um jovem adulto na faixa etária dos 25 aos 30 anos de idade. É muito simpático, divertido e com bom sentido de humor. Conhecemos o jovem em contexto de entrevista, no âmbito do PMDP. Nessa entrevista, mencionou que talvez gostasse de ser comediante, mas que era “...demasiado bonito...” para a profissão. Vaidoso, gosta de se vestir bem, frequenta regularmente o ginásio e tem interesse por línguas, realizando algumas traduções de textos. Frequentou o Clube de Leitura, um dos grupos lúdico-terapêuticos do PMDP, mas deixou de participar, justificando que apenas o queriam conviver com “...pessoas doentes...”. Nas sessões em que esteve presente, mostrou alguma dificuldade em acompanhar o ritmo das conversas. Quando foi convidado a integrar o grupo *Jovens com Futuro*, inicialmente recusou, mas depois compareceu a algumas sessões e convívios, incluindo os organizados pela Cristina. Contudo, acabou por deixar de participar, alegando estar de férias ou ocupado, sem fornecer mais pormenores.

O João, jovem adulto com 32 anos, como referido, esteve presente apenas na primeira sessão do grupo *Jovens com Futuro*. Afirmou que apenas compareceu porque a médica psiquiatra do PMDP que o acompanha o incentivou, mas reforçou não tinha interesse em participar em mais sessões. Bastante reservado e tímido, partilhou pouco sobre si.

Posto isto, apresenta-se a tabela com a caracterização dos nove participantes:

NOME	DESCRIÇÃO
Ana	<p>A Ana é uma jovem adulta, com 27 anos de idade. Reside no concelho de Matosinhos, coabitando com os seus progenitores. Tem irmãos, que não residem com ela e, como animais de estimação, tem um gato, um papagaio e um cão.</p> <p>Foi caracterizada pela sua Médica Psiquiatra como sendo uma jovem muito tímida, mas com muita vontade de conhecer pessoas e fazer novas amizades.</p> <p>Ao nível familiar, mantém uma relação muito próxima com a mãe, mas enfrenta alguns conflitos com o pai, com quem discorda em diversos assuntos. A Ana descreve-o como sendo uma pessoa rígida e muito intolerante a perspetivas diferentes.</p> <p>Na sua primeira sessão do Grupo <i>Jovens com Futuro</i>, partilhou que era neurodivergente, tendo sido diagnosticada há cerca de um ano, em 2023.</p>

À primeira vista, demonstra ser bastante tímida e reservada, esforçando-se por agradar aos outros e alinhar-se com as suas ideias. Deseja muito ser aceite pelas pessoas que a rodeiam e reconhece que se anula e desvaloriza as suas próprias opiniões para se ajustar ao que é socialmente aceite.

Com formação em *design*, a Ana trabalha como *freelancer* e é uma artista talentosa, especialmente em desenho, bem como na criação e edição de vídeos e fotografias digitais. A sua arte é inspiradora de observar.

Atualmente, está à procura de emprego e vai integrar, no futuro, o CRPG. Sente que não é boa em trabalhos que envolvam contacto direto com pessoas, como num *shopping*, mas considera essa opção devido à necessidade de trabalhar.

Apesar de ser reservada, a Ana está sempre disposta a fazer novas amizades. Aceita sempre os desafios com disponibilidade e abertura, mesmo quando não tem experiência. Demonstra estar sempre disponível para aprender.

Encontra-se numa jornada de autoconhecimento, procurando compreender-se melhor e retirando "máscaras" que considera que usou ao longo da sua vida.

Tem uma grande paixão por animais e, além disso, uma curiosidade interessante é que a Ana se intitula como sendo defensora dos pombos, pois acredita que são injustiçados.

Gostava de tirar a carta de condução, mas sente-se insegura em relação a isso. Como tem uma rede de transportes eficiente perto de casa, tem adiado essa decisão.

Recentemente, ao longo dos encontros com o grupo *Jovens com Futuro*, desenvolveu uma boa relação de amizade com todos os elementos, especialmente com a Cristina, com quem tem feito vários planos. Inclusivamente, quando a Cristina foi de férias com o seu namorado, a Ana foi morar durante esse período para casa da mesma, para cuidar dos seus animais.

Apesar de já ter tido vários acompanhamentos distintos na área da SM, atualmente, apenas é acompanhada em psiquiatria, no HPH. No entanto, manifesta a vontade de frequentar consultas de psicologia, reforçando que apenas não recorre a um serviço privado, devido a ser dispendioso economicamente. Acrescenta-se que a Ana referiu, diversas vezes, que, no passado, tinha sido acompanhada no HML, tendo posteriormente sido transferida para o HPH.

Orlando Maia	<p>O Orlando tem 25 anos de idade e reside no concelho do Porto, com a sua família. Partilhou que tem dois irmãos, uma irmã que vive no estrangeiro e outro irmão que faleceu.</p> <p>No primeiro encontro, partilhou com o grupo, de forma bem-humorada que tinha "...uma panca por Jesus Cristo...". É católico praticante e vai à missa ao fim-de-semana. Gosta de natação, ténis e ciclismo.</p> <p>Gosta muito de música e tocava saxofone numa banda filarmónica, mas saiu devido a alguns contratemplos. Mencionou que sentia muitas saudades de tocar e quando questionado do porquê de não voltar a ingressar numa banda, o mesmo partilhou que gostava e que no futuro o pretendia fazer, mas que não era o momento certo para tomar essa decisão. Atualmente, passado um ano dessa afirmação, o Orlando voltou a ingressar numa banda filarmónica, já tendo convidado o grupo <i>Jovens com Futuro</i> para um concerto. Numa das sessões, realizadas no Parque da Cidade, trouxe o seu saxofone e tocou para o grupo, sendo visível o seu gosto pela música e pelo instrumento.</p> <p>Atualmente, frequenta o CRPG e, embora o curso não seja exatamente na sua área de maior interesse, tem estado a gostar da experiência. No ensino secundário frequentou o curso de eletricista.</p>
-----------------	---

Demonstra algumas dificuldades em expressar-se e tem problemas de gaguez, desde criança, não sabendo identificar a causa. No entanto, partilhou que tem outros familiares com o mesmo problema e acrescentou que está a fazer progressos na fala e que se sente melhor e mais confortável.

O pai do Orlando leva o jovem aos encontros do grupo e aguarda no carro até que as sessões terminem, sem o apressar.

Gosta muito de jogar, especialmente cartas, e levava sempre um baralho para as sessões, sugerindo frequentemente jogar com o grupo. Ao longo das sessões, desenvolveu uma boa relação de amizade com os elementos, participando em todos os encontros, quando tinha disponibilidade, e referia diversas vezes que era "...muito bom sair da rotina..." e "... sair de casa...", bem como "... fazer coisas diferentes...".

Inicialmente, a médica psiquiatra que acompanhava o Orlando referiu que o mesmo era um jovem muito tímido e introvertido. No entanto, desde a primeira sessão do grupo, o Orlando demonstrou ser bastante conversador quando os temas iam ao encontro dos seus interesses, orientando frequentemente a conversa e sugerindo diversas atividades, o que contrastava com a descrição inicial feita pela profissional. A médica mostrou-se surpreendida quando as mestrandas lhe transmitiram este *feedback*.

O Orlando partilhou ainda que sentia não ter identidade própria, uma vez que recebeu o nome do irmão falecido, algo que o afetava profundamente. Explicou também que não conseguia abordar este tema com a

	<p>sua médica porque o pai entrava sempre nas consultas. Esta questão foi explorada com as mestrandas, que o incentivaram a partilhar estes sentimentos e perspetivas com a sua médica psiquiatra, sempre que se sentisse confortável e seguro para o fazer.</p> <p>Atualmente manifesta a vontade de ser padre.</p>
Cristina	<p>Inicialmente, conhecemos a Cristina no âmbito das entrevistas do PMDPM.</p> <p>A jovem encontra-se na faixa etária dos 25-30 anos e alega ter nacionalidade portuguesa, brasileira e canadense.</p> <p>Reside no concelho do Porto, com o companheiro, a sua filha recém-nascida, dois coelhos e um gato. A sogra também reside com eles, juntamente com o seu cão, mas passa a maior parte do tempo a viajar pelo mundo.</p> <p>Quando a conhecemos, a Cristina sonhava em ser mãe, tendo engravidado e, atualmente, é mãe de uma menina.</p>

Na primeira entrevista em que compareceu no âmbito do PMDP, falava num tom de voz muito baixo, o que tornava difícil ouvi-la. No entanto, quando se sentiu segura e confiante, começou a falar em um tom de voz normal, mais tranquilamente. Ainda durante essa entrevista, expressou sentimentos de baixa autoestima e dificuldades em socializar, afirmando que não tinha "...competências para lidar com as pessoas..." e que ninguém a "...aturava..." .

Não gosta de contacto físico, evitando o mesmo.

Na primeira sessão do grupo, identificou-se como neurodivergente e com ansiedade social.

Expôs que tem dificuldades em manter um emprego e que gostaria de trabalhar em regime de teletrabalho. Anteriormente, realizava alguns trabalhos para a empresa do namorado. A sua formação é na área da contabilidade.

Tende a deitar-se cedo, não conseguindo ficar acordada até tarde.

Gosta de jogar *PlayStation*, embora não se considere particularmente boa no jogo. Para além desse *hobby*, tem feito algum crochê, como por exemplo algumas peças para a sua filha e para o cão (animal de estimação da sogra).

	<p>Uma curiosidade é que já experimentou várias cores para o cabelo.</p> <p>Atualmente, está a voltar a conduzir e a ganhar confiança, tendo optado por um carro automático devido à ansiedade que sente no trânsito.</p> <p>No início, quando começámos a conhecer-nos enquanto grupo, a Cristina mencionou que não gostava de jogar jogos, especialmente de tabuleiro e cartas, pois não se sentia confortável para interagir com as pessoas. No entanto, ao longo das sessões, influenciada pela relação que fomos desenvolvendo, passou a demonstrar interesse em jogar com todos os elementos do grupo, tomando até a iniciativa de sugerir alguns jogos.</p> <p>Apesar de ter partilhado as suas dificuldades em fazer amizades, desenvolveu uma boa relação com todos os elementos do grupo, especialmente com a Ana, com quem tem organizado vários planos. Também convidou todos os elementos para vários eventos na sua casa.</p>
<p>Maria</p>	<p>A Maria encontra-se na faixa etária dos 70 – 75 anos e é casada. Vive com o seu marido. É mãe e avó, e fala frequentemente com carinho do seu papel de avó dedicada, evidenciando um grande envolvimento na vida dos seus netos.</p>

	<p>É uma participante ativa no grupo, demonstrando-se disponível e envolvida nas atividades propostas. Tem uma voz ativa, com opiniões vincadas, que partilha de forma assertiva. Mostra-se confortável em expressar os seus pontos de vista, mesmo quando diferentes dos restantes, contribuindo de forma significativa para o dinamismo do grupo.</p> <p>Ao longo das sessões, partilhou algumas das suas vivências e momentos de superação pessoal. É uma pessoa com uma energia marcante.</p> <p>Tem interesse e conhecimento em astrologia, fazendo mapas astrais e partilhas relacionadas com essa área, bem como outras práticas ligadas às energias. Estas práticas fazem parte da sua identidade e são algo que gosta de partilhar com os outros, trazendo uma perspetiva alternativa e pessoal ao grupo.</p> <p>Participava no Coro do PMDP, afirmando gostar bastante de cantar.</p>
Lis	<p>A Lis é uma senhora na faixa etária dos 60 a 65 anos. Vive com o seu marido, em união de facto, no concelho de Matosinhos.</p> <p>Com um sentido de amor muito apurado, demonstra os seus sentimentos e as suas emoções mais com gestos do que com palavras. À primeira vista, pode parecer desligada do que a rodeia, mas rapidamente se</p>

percebe que é alguém profundamente preocupada com quem lhe é próximo. Tem uma forma muito própria de cuidar, silenciosa, mas cheia de significado, seja através de um abraço ou de um carinho.

Embora se expresse de forma mais lenta, isso não reflete falta de interesse, mas sim um ritmo próprio, mais tranquilo. É uma pessoa extremamente criativa, com um lado artístico bem presente.

Participa com entusiasmo em vários grupos lúdico-terapêuticos, como o teatro, o coro e o grupo da amizade, onde se envolve de forma genuína e com bastante dedicação.

A Lis é resiliente. A vida já lhe trouxe muitas adversidades, mas ela enfrenta-as com coragem. Tem curiosidade em aprender, especialmente no que toca às tecnologias. Por exemplo, gostaria de saber como se envia um e-mail. Mesmo com algumas dificuldades neste campo, mostra vontade de evoluir e explorar novas competências e desafios.

Chega, com frequência, atrasada às atividades e aos encontros do grupo. Esta situação, apesar de não ser intencional, causa, por vezes, algum desconforto nos restantes elementos do grupo, uma vez que interfere com a dinâmica e continuidade do que estava a ser feito e discutido. Ainda assim, mantém uma atitude disponível e respeitadora, revelando abertura para crescer também neste aspeto.

Aurora	<p>A Aurora é uma senhora muito simpática, embora seja a mais tímida quando está em contexto de grupo. Apesar disso, mantém uma boa relação com os restantes elementos, sendo visível uma maior proximidade com a Maria e a Renascer, com quem partilha mais momentos e conversas.</p> <p>É viúva e bastante independente no seu dia-a-dia. Sabe fazer um pouco de tudo, desde tarefas mais práticas, como usar um berbequim, até ao uso básico de tecnologias. Esta autonomia reflete-se também na sua história de vida: já teve oportunidade de viajar, inclusivamente sozinha, o que revela coragem e capacidade de iniciativa.</p> <p>Apesar da sua timidez inicial, mostra-se confortável em partilhar experiências de vida. No entanto, é reservada no que toca às suas emoções e sentimentos e, por vezes, fica em silêncio em momentos de partilhas mais pessoais ou de decisões coletivas.</p> <p>Já participou em outras atividades, nomeadamente no coro do PMDM, revelando gosto pelo convívio e pelas expressões artísticas. A sua presença é tranquila e atenta.</p>
--------	--

Renascer	<p>A Renascer é uma senhora com mais de 70 anos de idade. Ao nível do seu estado civil, a Renascer é casada e coabita com o seu marido, que, aliás, participou em alguns dos passeios organizados pelo grupo e esteve presente nos eventos da iniciativa <i>(IN)VISÍVEL?</i>.</p> <p>No contexto do grupo, a Renascer, destaca-se naturalmente, pois tem uma postura de liderança e é evidente o respeito e a atenção que as restantes participantes lhe dedicam sempre que fala.</p> <p>É uma participante ativa, criativa e com um talento especial para as artes manuais. Tem sempre algo a partilhar, seja uma opinião, uma história ou uma piada. Fá-lo com um carinho e uma alegria que contagiam o grupo. Gosta de ver os outros sorrir e, mesmo com o seu papel forte no grupo, mostra também uma faceta sensível. Pede desculpa com muita frequência, mesmo quando apenas expressa o que pensa ou conta algo divertido.</p> <p>A Renascer procura manter uma postura de independência e autonomia, sendo uma participante e uma voz ativa nas sessões. No entanto, num momento de partilha, revelou que quando se sente desconfortável com alguma situação prefere afastar-se de imediato.</p> <p>Afirmou também que tem dificuldade em confiar nas pessoas, referindo o provérbio "...nas costas dos outros vemos as nossas..." como forma de explicar a sua cautela nas relações interpessoais. Apesar disso, é muito</p>
----------	--

	<p>recetiva e simpática com quem chega de novo ao grupo, acolhendo essas pessoas com naturalidade e disponibilidade.</p> <p>Durante uma sessão, partilhou que um dos seus objetivos ao participar no evento <i>(IN)VISÍVEL?</i> era "melhorar o seu eu", desinibir-se e "perder muito medo da culpa". Confessou ainda: "tenho medo do silêncio e de ir buscar coisas do passado", preferindo evitar certos pensamentos que, por vezes, lhe geram sentimentos de revolta. Ainda assim, reconhece no grupo e nas atividades um espaço para se distrair, partilhar experiências e emoções, referindo que "...é no meio disto que, às vezes, a gente se liberta...".</p> <p>No âmbito do PMDP, participa no Grupo da Amizade, onde também assume uma postura de liderança e no Coro.</p>
Benedita	<p>A Benedita encontra-se na faixa etária dos 55 aos 60 anos. É solteira, vivendo com a sua progenitora.</p> <p>É uma pessoa criativa, com um gosto especial por trabalhos manuais, especialmente pelo desenho. Gosta de partilhar com o grupo as suas criações.</p>

No início, apresenta-se como mais tímida e reservada, mas à medida que ganha confiança, torna-se bastante faladora e envolvida nas conversas, partilhando abertamente a sua opinião. Quando se sente segura, a Benedita partilha muito dos seus pensamentos, das suas experiências e dos seus sentimentos.

Durante as sessões, partilhou que, por vezes, se sente como uma "...extraterrestre...", uma vez que acredita não ser compreendida pelas pessoas que a rodeiam, devido à sua EDM. Essa sensação afeta a sua relação com os membros da sua família.

Num momento de partilha, contou que um médico, em certa ocasião, lhe pediu que se definisse a si própria. Em resposta, disse que não sabia como o fazer e que acreditava que são os outros que podem dizer como ela é. Esta partilha é um exemplo revelador da dificuldade em construir uma imagem sólida de si mesma, assim como a importância que dá ao olhar dos outros na construção da sua identidade.

A Benedita valoriza o grupo e o espaço de partilha que ele proporciona, mas revela também alguma rigidez a nível de pensamento. Tem, por vezes, dificuldade em aceitar aquilo que não compreende, o que se manifesta numa menor tolerância à diferença. Em certos momentos, pode reagir de forma mais inflexível quando confrontada com perspetivas distintas das suas. Ainda assim, a sua presença é genuína e expressiva, e o seu envolvimento contribui para a riqueza do grupo.

	<p>Quanto ao PDMP, a Benedita participa em diversos grupos lúdico-terapêuticos, especificamente no Coro, no Tai Chi Chuan, na Pintura, no grupo Dança Movimento e Bem-Estar e no Grupo da Amizade.</p>
Liliana	<p>A Liliana, na faixa etária dos 60 aos 65 anos de idade, é divorciada e encontra-se desempregada. Vive sozinha com os seus dois cães, por quem tem um enorme carinho. Fala deles com frequência, sendo evidente o cuidado e o afeto que lhes dedica.</p> <p>Tem um filho, que vive longe, mas com quem mantém contacto regular. Fala dele com orgulho e afeto. Fica especialmente feliz quando ele o visita, preparando-lhe sempre o bolo de que ele gosta, passando muito tempo na cozinha.</p> <p>Apesar de participar regularmente nas atividades, a Liliana é uma pessoa tímida e um pouco reservada sobre a sua história de vida. Mostra-se muito disponível e adere com facilidade às propostas do grupo, aceitando sempre os desafios com boa disposição. No entanto, em contexto de grande grupo, tende a anular-se, especialmente quando se encontra com elementos que considera mais assertivos ou com uma posição de liderança. Nesses momentos, prefere não partilhar tanto a sua opinião, procurando mais ser aceite do que destacar-se.</p>

Tem uma presença tranquila, é atenciosa e educada, e está sempre pronta para colaborar. Apesar da sua timidez, é possível notar o seu interesse em pertencer e em estar envolvida com os outros.

Demonstra também bastante jeito para as artes manuais, participando em algumas feiras de artesanato, quando é desafiada.

Fisicamente, a Liliana enfrenta algumas limitações, especialmente ao nível das costas, o que, por vezes, afeta a sua mobilidade e participação em determinadas tarefas. Ainda assim, mantém-se empenhada e disponível dentro das suas possibilidades.

Um traço curioso e muito presente na sua personalidade é a sua grande admiração por Tony Carreira, o cantor português. É fã assumida e fala com entusiasmo sempre que o tema surge.

No âmbito do PMDP, a Liliana participa no Coro, demonstrando o seu gosto pela música.

APÊNDICE F- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES ATIVOS		NOME DOS PARTICIPANTES
GÉNERO	Feminino	Ana, Cristina, Maria, Lis, Liliana, Aurora Renascer Benedita
	Masculino	Orlando
FAIXA ETÁRIA	20-29	Orlando, Ana, Cristina
	30-39	-
	40-49	-
	50-59	Benedita
	60-69	Lis, Liliana
	+ 70	Maria, Aurora, Renascer
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	Ensino Básico	Aurora, Renascer Benedita, Liliana
	Ensino Secundário	Cristina, Orlando, Maria, Lis,

	Ensino Superior	Ana
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	Estudante	Orlando
	Empregado(a) por conta própria	Ana
	Empregado(a) por conta de outrem	-
	Desempregado(a)	Cristina, Benedita, Liliana
	Reformado(a)	Maria, Aurora, Renascer
	Baixa Médica	Lis
	ESTADO CIVIL	Casado(a) /União de facto/ Vive com o companheiro
Solteiro(a)		Ana, Orlando, Benedita
Viúvo(a)		Aurora
Divorciado(a)		Liliana

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	DMC	Aurora, Maria, Liliana
	DMG	Renacer, Lis, Benedita, Ana, Cristina, Orlando

APÊNDICE G – REFLEXÃO SOBRE OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS AO LONGO DOS ANOS

Como forma de reflexão, considero importante analisar o facto de os problemas identificados no presente projeto continuarem a ser os mesmos que foram anteriormente assinalados pelas mestrandas que desenvolveram os seus projetos no DSM do HPH, mais especificamente no PMDP e na área da SM comunitária e reabilitação psicossocial.

Em primeiro lugar, o estigma e o autoestigma associados à DM demonstram que, apesar das evoluções verificadas ao nível das políticas públicas, da mudança de paradigma e das práticas de sensibilização constantes, as representações sociais da DM e das pessoas com EDM continuam profundamente enraizadas numa visão estigmatizante e redutora.

É sabido que a mudança de mentalidades é um processo lento, que exige tempo, continuidade e investimento. No entanto, este continua a ser um problema que limita a recuperação dos indivíduos e a sua reintegração na sociedade de forma ativa e participada, onde a voz das pessoas com EDM seja verdadeiramente ouvida e respeitada.

Por outro lado, a insuficiência de um acompanhamento contínuo e a escassez de recursos humanos e materiais comprometem a intervenção desenvolvida junto dos indivíduos, bem como a continuidade do trabalho comunitário. A rotatividade de profissionais e a concentração destas respostas comunitárias apenas nas grandes cidades também não contribuem para a recuperação dos sujeitos, nem para a promoção de uma SM positiva que abranja todas as comunidades.

O PMDP, embora represente uma iniciativa extremamente relevante no âmbito da reabilitação psicossocial, enfrenta, como qualquer programa público, limitações estruturais que impedem uma intervenção de maior proximidade e continuidade junto das pessoas com EDM. A falta de tempo disponível dos profissionais e a sobrecarga horária contribuem para que as intervenções sejam menos individualizadas e mais espaçadas no tempo.

A baixa rede de suporte social, frequentemente associada ao isolamento e à inatividade, é outro fator que tende a perpetuar-se, uma vez que depende não apenas das instituições, mas também das dinâmicas comunitárias e familiares.

A ausência de espaços de convívio, a fragilidade das redes informais, o estigma e o autoestigma, assim como o medo da rejeição, dificultam a integração social das pessoas com EDM e perpetuam o seu isolamento. Estes aspetos evidenciam a necessidade de estratégias comunitárias mais abrangentes, que não se limitem à intervenção clínica e que promovam a inclusão social ativa e participativa.

Observa-se ainda uma fragmentação ao nível estrutural, que conduz a intervenções pouco integradas, onde se destaca a ausência de linhas orientadoras claras e de um plano institucional partilhado. Cada profissional tende a atuar de forma isolada, o que dificulta a criação de planos de reabilitação coerentes e sustentados.

Por fim, continua a verificar-se a dificuldade em promover a participação ativa das pessoas com EDM nas decisões sobre o seu próprio processo de reabilitação. Apesar dos princípios da reabilitação psicossocial valorizarem a autonomia e o empoderamento, a prática ainda evidencia algumas lacunas, nas quais o papel do indivíduo é predominantemente passivo. Tal situação decorre de diversos fatores, nomeadamente da ausência de espaços que promovam a escuta ativa, do tempo reduzido disponível em cada contacto com o indivíduo e do facto de persistir, ainda enraizado em alguns profissionais e na comunidade, um modelo de intervenção de cariz mais hospitalar, no qual se pressupõe que os técnicos sabem mais sobre a vida dos indivíduos e que as suas escolhas são as mais adequadas e benéficas. Contudo, essa abordagem conduz frequentemente a sentimentos de desvalorização, incapacidade e dependência, dificultando o comprometimento dos participantes com a intervenção e com os objetivos traçados, que devem ser significativos e contextualizados nas suas realidades de vida.

Em síntese, a persistência dos problemas identificados reflete fragilidades estruturais, organizacionais e culturais que transcendem os projetos individuais desenvolvidos. A sua superação exige mudanças institucionais sustentadas, maior articulação entre serviços, reforço de recursos humanos e financeiros e, sobretudo, uma abordagem verdadeiramente comunitária

e participativa, que reconheça as pessoas com EDM como protagonistas do seu próprio processo de reabilitação.

APÊNDICE H– AVALIAÇÃO DO CONTEXTO

Este apêndice apresenta a avaliação do contexto onde o projeto foi desenvolvido, assim como algumas citações e observações recolhidas ao longo dos encontros e momentos de partilha informal com os participantes dos grupos *Jovens com Futuro* e *Mostra!*, bem como nas entrevistas em que participei, no âmbito do PMDP, no HPH. Os testemunhos e situações aqui relatados ajudam a ilustrar os problemas, necessidades e limitações identificados no desenvolvimento do projeto. De salientar que os nomes apresentados são fictícios, para proteger a identidade dos indivíduos.

PROBLEMA IDENTIFICADO	ATORES SOCIAIS QUE IDENTIFICARAM OS PROBLEMAS	INDICADORES: PARTILHAS FEITAS PELOS PARTICIPANTES E MOMENTOS/ SITUAÇÕES OBSERVADAS	POSSÍVEIS CAUSAS	NECESSIDADES IDENTIFICADAS
P1 – Estigma da comunidade fase à EDM e o	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pessoas com EDM; ❖ Profissionais na área da SM Comunitária e da 	<ul style="list-style-type: none"> • “... Às vezes sinto-me um extraterrestre...” (Benedita); • “... as pessoas não entendem. Acham logo que somos malucos...” (Aurora); • A Cristina, na primeira sessão do grupo <i>Jovens com Futuro</i>, sentiu necessidade de partilhar o seu diagnóstico de PEA 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mitos e crenças associadas à DM e à SM; ➤ Discursos marcados por preconceitos e estereótipos que 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partilha, com a comunidade e com diferentes indivíduos, de experiências de vida, opiniões, motivações, receios e fragilidades;

<p>Autoestigma das pessoas com EDM</p>	<p>Reabilitação Psicossocial;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Indivíduos da comunidade; ❖ Familiares das pessoas com EDM. 	<p>para justificar eventuais comportamentos e posturas, procurando prevenir os julgamentos dos restantes participantes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Ana, sentindo-se influenciada pela partilha da Cristina, e devido à sua necessidade de ser aceite, também revelou o seu diagnóstico, mesmo sem pretender fazê-lo previamente. De forma a fazer a Cristina sentir que podia identificar-se com ela; • Em entrevista no PMDP, Cristina afirmou que "...ninguém me atura..." e que não se sente capaz de fazer nada corretamente, revelando autoimagem negativa; • A Ana relatou que, apesar de querer fazer amigos, era muito difícil para ela, pois sempre dizia "...a coisa errada...", 	<p>levam a atitudes e a adoção de posturas estigmatizadas e discriminatórias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorização dos indivíduos com EDM, ao nível individual e comunitário; ▪ Inclusão social dos indivíduos e abordagem sobre os temas relacionados com a problemática: ▪ Empoderamento e reforço a autoestima.
--	--	---	---	---

		<p>sendo perceptível a sua insegurança e o sentimento de culpa;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indivíduo E, em contexto de entrevista no âmbito do PMDP, partilhou que se sente "...desacreditada...", demonstrando a desvalorização social e pessoal que sente; • Uma avó, que acompanhou o neto na entrevista, que refere que o neto só consegue fazer "...um trabalhito... com tarefas pequeninas..."; • "As pessoas com problemas de SM são tolinhas" (Benedita); • "... quanto mais não seja para deitar cá para fora o que sentimos... uma pessoa precisa de comunicar... as pessoas com problemas em SM isolam-se e assim é uma oportunidade para falar." (Renascer); 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• “Não tenho muita capacidade para me exprimir...” (Benedita);• “... centenas, milhares de perguntas que fazemos a nós mesmos sobre os problemas que temos... o porquê... o porquê de isto me acontecer a mim...” (Aurora);• “... no fundo vem mostrar que nós não somos só as pessoas que andam a tratar em SM e que se quisermos somos capazes de conseguir coisas que nunca pensámos...”;• “... devemos começar de costas... as pessoas com DM isolam-se.” (Benedita);• Quando discutíamos como nos íamos apresentar no evento, referente à forma como percecionávamos a SM, inicialmente as ideias eram muito		
--	--	---	--	--

		<p>baseadas na aparência física, surgindo comentários como "... demonstrar a deficiência... com cadeira de rodas..." (Lis) e "... podíamos ir estilo de loucas, cabelo despenteado... olhos muito abertos... com desespero e a querer falar com alguém..." (Renascer);</p> <ul style="list-style-type: none"> • "... tenho medo da reatividade do grupo... mas é bom para desinibir e passar a mensagem de que o doente tem direito a ser respeitado..." (Benedita); • "... tenho medo de ser invisível... esquecida... medo de ter medo... medo da dor..." (Lis); • "... não conto a minha história porque não vou ser compreendida..." (Liliana). 		
P2 – Insuficiência de respostas ao	❖ Pessoas com EDM;	<ul style="list-style-type: none"> • "... se não fosse tão caro teria consultas no privado, porque sinto mesmo falta..." (Ana); 	➤ Poucos recursos humanos que permitam um	▪ Consultas demasiado

<p>nível acompanhamento psicológico/ psiquiátrico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Profissionais na área da SM Comunitária e da Reabilitação Psicossocial; ❖ Indivíduos da comunidade; ❖ Familiares das pessoas com EDM. 	<ul style="list-style-type: none"> • "... um dos maiores problemas ao nível da SM..." (Cristina); • Os profissionais do PMDP não conseguem manter um acompanhamento de maior proximidade com os participantes dos grupos lúdico-terapêuticos, devido à falta de tempo e de recursos; • Projetos, atividades e ideias que ficaram por concretizar, devido à falta de recursos humanos, por exemplo, o grupo de apoio para as pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar, para se conhecerem e para conhecerem melhor o seu diagnóstico e conseguirem identificar possíveis sinais de alerta; 	<p>acompanhamento mais regular de maior proximidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Escassez de recursos, nomeadamente de espaços físicos; ➤ Baixo número de profissional médico terapêuticos e da área social, assim como de respostas comunitárias; ➤ O desgaste dos profissionais que trabalham no setor público. 	<p>espaçadas no tempo;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficiência de recursos humanos no setor público de SM; ▪ Desenvolver respostas comunitárias mais integradas e acessíveis, assentes numa abordagem participativa; ▪ Potenciar espaços seguros para partilha e socialização;
---	---	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de uma avaliação do PMDP, mais rigorosa e atualizada. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problema transversal dada a escassez de investimento público e comunitários. Este deve ser equacionado visto interferir com a intervenção, mas que não é possível ser foco no presente projeto.
P3 – Isolamento e Exclusão Social	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pessoas com EDM; ❖ Profissionais na área da SM Comunitária e da Reabilitação Psicossocial; 	<ul style="list-style-type: none"> • A Ana partilhou que nunca teve muitos amigos e sente-se sempre deslocada nas interações sociais; • A Cristina, ao afirmar que ninguém a suporta, expressa também um sentimento de rejeição ao nível das suas relações sociais; • Muitos dos indivíduos referenciados para as entrevistas do PMDP 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Baixa autoestima das pessoas com EDM; ➤ Mitos e crenças associados à DM; ➤ Desgaste dos familiares e das redes de suporte; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partilha, com a comunidade e com diferentes indivíduos, de experiências de vida, opiniões, motivações, receios e fragilidades; ▪ Empoderamento e valorização de competências sociais e

	<p>❖ Indivíduos da comunidade;</p> <p>Famíliares das pessoas com EDM.</p>	<p>encontravam-se em isolamento, como por exemplo o indivíduo I: senhora reformada, que viveu em França, com marido alcoólico e 74 anos. Afirma sentir-se muito sozinha. Ou o indivíduo J, que passa o dia na cama, e afirma que "... as pequenas coisas deitam-me muito abaixo...";</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indivíduo E, na entrevista (março de 2024) que partilhou sentir-se diariamente "...desacreditada...". Transmitindo a ideia de que se sente excluída socialmente e com sentimentos de inutilidade; • A partilha do indivíduo N, nomeadamente o desejo de conhecer pessoas com quem se 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perda de rotinas e hábitos diários; ➤ Perde ou enfraquecimentos das suas relações interpessoais e das redes de suporte comunitárias; ➤ Dificuldade em manter interações sociais e em gerir relações interpessoais; ➤ Falta de motivação para colmatar momentos de maior fragilidade e 	<p>interpessoais dos indivíduos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de uma rotina e de hábitos saudáveis; ▪ Ocupação do tempo livre com atividades que sejam do interesse dos indivíduos; ▪ Foco no desenvolvimento da autonomia e da autoestima dos indivíduos com EDM; ▪ Acessibilidade a estruturas e apoios comunitários.
--	---	--	--	---

		<p>identificasse mostra uma carência afetiva e social;</p> <ul style="list-style-type: none"> • “... quanto mais não seja para deitar cá para fora o que sentimos... uma pessoa precisa de comunicar... as pessoas com problemas em SM isolam-se e assim é uma oportunidade para falar.” (Renascer); • “... os meus problemas são meus e não tenho de partilhar com os outros...” (Maria); • “... estamos acompanhadas, mas estamos sozinhas...” (Liliana); • “... às vezes estou acompanhada e sinto-me muito sozinha...” (Maria); • “... tenho medo de ser invisível... esquecida... medo de ter medo... medo da dor...” (Lis). 	<p>densidade emocional.</p>	
--	--	--	-----------------------------	--

APÊNDICE I – DESENHO DO PROJETO

FINALIDADE		
Contribuir para uma sociedade em que a EDM não seja um fator de desigualdade de perda de direitos ou de isolamento social.		
EIXO DE INTERVENÇÃO	OBJETIVO GERAL (OG)	OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)
Indivíduos com EDM	OG1: Fomentar relações de proximidade e o sentimento de pertença	OE 1.1: Construir espaços de partilha, discussão e convívio; OE 1.2.: Participar ativamente nas atividades propostas e em encontros comunitários; OE 1.3.: Contrariar a tendência para o isolamento e a exclusão social, estabelecendo relações interpessoais.
Indivíduos com EDM	OG2: Fortalecer o desenvolvimento de competências pessoais e sociais	OE 2.1: Reconhecer e identificar as suas fragilidades e valorizar as potencialidades;

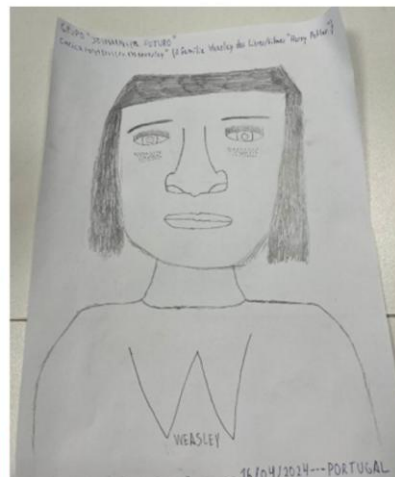
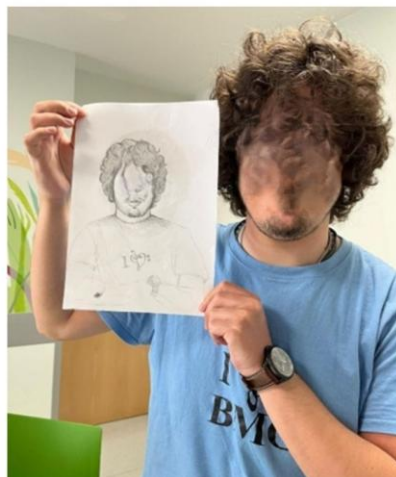
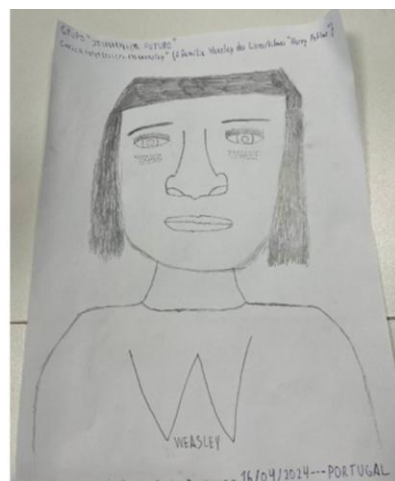
		<p>OE 2.2: Participar ativamente em atividades do seu interesse e tomar decisões baseados nos seus gostos e pontos de vista;</p> <p>OE 2.3: Fortalecer e reconhecer as suas competências pessoais e reforçar a sua autoestima.</p>
Comunidade	OG3: Potenciar a reflexão e a discussão comunitária	<p>OE 3.1: Criar oportunidades de interação direta e significativa entre os indivíduos com EDM e a comunidade;</p> <p>OE 3.2.: Promover na comunidade espaços de discussão, partilha e reflexão;</p> <p>OE 3.3.: Incentivar o questionamento e o pensamento crítico sobre mitos e preconceitos associados à DM.</p>

APÊNDICE J – IDA AO MUSEU NA CIDADE DO PORTO



APÊNDICE K– ATIVIDADE DAS CARICATURAS DO DIA 16 DE ABRIL DE 2024

No dia 16 de abril de 2024, durante a sessão do grupo *Jovens com Futuro*, realizou-se uma atividade de desenho de caricaturas. Os desenhos apresentados são apenas caricaturas das mestrandas, de maneira a preservar-se o anonimato dos jovens. Para além desses desenhos, também se inclui a caricatura do Orlando, desenhada pela Ana. Os jovens autorizaram à apresentação destas fotografias.



APÊNDICE L – QUADRO RESUMO DE DESENVOLVIMENTO DAS SESSÕES DO GRUPO *JOVENS COM FUTURO*

Data	Local	Participantes	Descrição	Intencionalidade	Notas
		Orlando, Ana, Cristina, João, Martim, Mariana S., Mariana P.,	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação: dinâmica em pares; -Expectativas, organização e formação grupo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar-nos a conhecer; - Conhecer os participantes; - Definir o funcionamento do grupo; - Dar espaço aos elementos do grupo para participar de forma 	<ul style="list-style-type: none"> - A Cristina partilhou que era da sua preferência que fosse um grupo fechado; - A Cristina partilhou que não gostava de jogos de tabuleiro, inclusive nunca tinha tido grande oportunidade de jogar porque não tinha com quem o fazer, contudo, demonstrou-se disponível para novas experiências; - O João referiu que apenas foi à sessão por recomendação da médica psiquiatra e que não iria comparecer em mais nenhuma sessão;

05/03/2024 (1ª sessão)	DSM		<ul style="list-style-type: none"> - Jogo "Hands Up" (sugestão Cristina); - Discussão sobre a sessão seguinte; 	voluntária e interessada sobre temas à escolha dos mesmos;	<ul style="list-style-type: none"> - A Ana participou na sessão quando era solicitada a sua participação; - Contrariamente ao perfil descrito pela médica psiquiatra, o Orlando participou ativamente na sessão, não evidenciado a timidez que segundo a profissional o caracterizava;
12/03/2024	DSM	Orlando, Martim, Cristina, Ana, Mariana S., Mariana P.,	- Jogo: "Party and Company";	<ul style="list-style-type: none"> - Quebrar o gelo; - Desafiar os participantes a sair da sua zona de conforto; - Estimular os participantes a novas experiências/atividades; 	<ul style="list-style-type: none"> - A formação das equipas de jogo foi feita pelos participantes, tendo desde início a Cristina solicitado a Ana para ser sua dupla e, o Orlando quis formar equipa com o Martim; - Todos os participantes estiveram disponíveis para conhecer e seguir as regras do jogo;

(2ª sessão)				<p>- Promover a construção de uma relação de confiança e amizade;</p>	<p>- Quando algum dos elementos tinha de fazer “mímica”, todos se envolviam na dinâmica (nas primeiras tentativas nesta categoria os participantes estavam mais tímidos, mas no decorrer da sessão demonstram maior à vontade);</p> <p>- No final da sessão, a Cristina convidou os participantes para uma <i>Escape Room</i> na semana seguinte, uma vez que as dinamizadoras iam estar ausentes;</p> <p>- Foi criado um grupo de WhatsApp por iniciativa da Cristina;</p>
					<p>- A Inês comunicou ao grupo que a Daniela ia estar ausente porque estava doente;</p>

<p>26/03/2024 (3ª sessão)</p>	<p>DSM</p>	<p>Orlando, Martim, Cristina, Mariana S., Mariana P.,</p>	<p>- Discussão sobre costumes e tradições da festividade que se aproxima: a Páscoa; -Jogos de Cartas;</p>	<p>- Promover a partilha de experiências, emoções e atividades desenvolvidas no decorrer da semana; - Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;</p>	<p>- O Orlando e a Ana partilharam que durante a semana não faziam nada, permanecendo a maioria do tempo em casa, sendo as saídas eram na companhia dos familiares; - O Orlando levou novamente um baralho de cartas e sugeriu alguns jogos que o grupo aceitou; - O Martim esteve mais calado que o habitual no decorrer da sessão;</p>
			<p>- Jogo "Sueca"; - Jogo "STOP";</p>	<p>- Discutir a organização das sessões; - Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</p>	<p>- A Ana aceitou a sugestão do Orlando para jogar ao jogo da "sueca", apesar de não conhecer as regras do mesmo, mencionou "Não sei, mas posso aprender"; - A Ana sugeriu jogar ao jogo "Stop"</p>

<p>02/04/2024 (4ª sessão)</p>	<p>DSM</p>	<p>Orlando, Ana, Mariana S., Mariana P.,</p>	<p>- Discussão sobre a organização das sessões;</p>	<p>- Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;</p>	<p>- As dinamizadoras questionaram o grupo sobre a presença de um interno de psiquiatria, sendo que a Ana mencionou que “É uma boa ideia” e o Orlando mencionou ser uma ideia “muito fixe”</p> <p>- No final da sessão o Orlando referiu “É tão bom sair de casa”;</p> <p>- Durante a discussão sobre a organização das sessões, ficou decidido pensar de uma semana para a outra o que poderíamos fazer para evitar situações em que se pretendia fazer uma determinada atividade, mas não estavam disponíveis os materiais;</p>
					<p>- Uma vez que na semana anterior o Orlando queria jogar ao <i>Uno</i>, mas ninguém tinha o jogo,</p>

<p>09/04/2024 (5ª sessão)</p>	<p>DSM</p>	<p>Orlando, Martim, Cristina, Ana, Mariana S., Mariana P., interno psiquiatria</p>	<p>- Jogo "UNO";</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a partilha de experiências, emoções e interesses; - Promover a criação de uma relação de confiança e amizade; 	<p>nesta sessão o mesmo levou consigo o baralho de cartas que permitiu jogar durante toda a sessão;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrariamente ao que ocorreu na 1ª sessão, quando os participantes se apresentaram ao interno de psiquiatria apenas mencionaram o seu nome; - A Cristina não sabia as regras do jogo, no entanto aprendeu rapidamente e participou ativamente, interagindo com todos os elementos do grupo, mas sendo mais reservada com o interno de psiquiatria; - O Martim chegou atrasado à sessão. No final da sessão despediu-se dos elementos femininos com dois beijos, sendo que a Cristina não lhe permitiu este contacto,
--	------------	--	----------------------	---	---

					<p>demonstrando-se desconfortável e estendendo-lhe a mão;</p> <p>- No final da sessão, o interno de psiquiatria deu o seu feedback sobre a mesma, tendo sido o mesmo bastante positivo em relação à dinâmica do grupo;</p>
		<p>Orlando, Cristina, Ana,</p>		<p>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</p> <p>- Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;</p>	<p>- Por sugestão da Ana, esta sessão foi dedicada ao desenho de caricaturas dos elementos do grupo, tendo sido as mesmas escolhidas de forma aleatória;</p> <p>- No decorrer da sessão todos se envolveram na atividade, partilhando simultaneamente interesses, informações pessoais e experiências;</p>

<p>16/04/2024</p> <p>(6ª sessão)</p>	<p>DSM</p>	<p>Mariana S., Mariana P.,</p>	<p>- Desenho de caricaturas;</p> <p>- Lanche convívio;</p>	<p>- Valorização de competências pessoais;</p>	<p>- A partir desta sessão, as dinamizadoras sentiram que os participantes do grupo passaram a manter mais contacto visual.</p> <p>- A Ana foi bastante elogiada por todos os elementos do grupo pela qualidade dos seus desenhos.</p>
<p>23/04/2024</p> <p>(7ª sessão)</p>	<p>DSM</p>	<p>Orlando, Cristina, Ana, Mariana S., Mariana P.,</p>	<p>- Jogo "Jenga"</p>	<p>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</p> <p>- Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;</p> <p>- Desafiar os participantes a sair da sua zona de conforto;</p>	<p>- O Orlando partilhou que na sessão da semana seguinte seria a última em que poderia estar presente, já que o mesmo iria frequentar uma formação cujo horário se sobreponha ao do grupo;</p> <p>- Partilha de emoções que estavam a deixar os participantes apreendidos;</p>

<p>30/04/2024 (8ª sessão)</p>	<p>DSM</p>	<p>Orlando, Ana, Mariana S., Mariana P.,</p>	<p>- Jogo "2 verdades, 1 mentira" - "Despedida" Orlando com lanche convívio;</p>	<p>- Promover um momento simbólico de despedida para o Orlando; - Procurar construir alternativas para manter a relação entre o Orlando e o grupo;</p>	<p>- Última sessão com a presença no Orlando, que agradeceu às dinamizadoras do grupo oferecendo de forma simbólica uma orquídea e um abraço; - O desenvolvimento da sessão ficou ao critério do Orlando; - A Cristina levou uma sobremesa confeccionada por si; - A Cristina convidou o grupo para um churrasco em sua casa e o Orlando e a Ana responderam prontamente que sim; - No final da sessão o Orlando estava visivelmente emocionado por ser o último encontro em que poderia estar presente tendo mencionado que "só me apetece chorar". As dinamizadoras conversaram com o mesmo,</p>
-----------------------------------	------------	--	---	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Promover a partilha de experiências, emoções e interesses; - Promover a criação de uma relação de confiança e amizade; 	<p>mencionando que poderiam ser feitas algumas alterações no desenvolvimento das sessões de modo que o Orlando pudesse participar em algumas das mesmas;</p>
07/05/2024 (9ª sessão)	DSM	Ana, Cristina, Mariana S., Mariana P.,	<ul style="list-style-type: none"> -Jogo "STOP"; - Jogo "2 verdades, 1 mentira"; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a partilha de experiências, emoções e interesses; - Promover a criação de uma relação de confiança e amizade; 	<p>- A Cristina sugeriu jogar novamente ao jogo "2 verdades e 1 mentira", porque queria aproveitar essa atividade para partilhar com o grupo que estava grávida de 3 meses. No decorrer da sessão partilhou também os receios que foi sentido ao longo destes 3 meses. Além disso revelou que tinha recorrido ao seu automóvel para se deslocar até ao local da sessão com o intuito de se desafiar e</p>

					ultrapassar a ansiedade que sentia ao conduzir;
14/05/2024	DSM		- Partilhas sobre o churrasco convívio	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a partilha de experiências, emoções e interesses; - Promover a criação de uma relação de confiança e amizade; - Fomentar discussões sobre assuntos da atualidade e crenças relativas a determinadas temáticas de forma a permitir que os participantes se 	<ul style="list-style-type: none"> - A Ana partilhou que tinha ido a um clube de poesia com uma amiga e que tinha gostado bastante do momento. Partilhou também que, no fim de semana, ela, o Orlando e o Martim foram a um almoço convívio na casa da Cristina; - Quando a Cristina chegou confessou ter sido a primeira vez que recebeu amigos em sua casa. - Tanto a Cristina como a Ana revelaram ter ficado muito contentes com a presença do Martim neste convívio; - Mencionaram que tiveram a oportunidade de conversar, de jogar jogos de tabuleiro e

(10ª sessão)		Ana, Cristina, Mariana S., Mariana P.,	organizado pela Cristina; - Discussão de assuntos da atualidade;	conheçam de forma mais profunda;	<i>playstation</i> , considerando que era uma experiência a repetir; - Durante a sessão foram abordados assuntos, nomeadamente estabelecimentos prisionais, reinserção social e tempos pandémicos; - No final da sessão ficou combinado que na semana seguinte, caso a meteorologia assim o permitisse, iríamos fazer um piquenique num parque de lazer, sendo que cada um ficou responsável por levar uma bebida/alimento.
21/05/2024 (11ª sessão)	Parque de lazer	Ana, Cristina, Mariana S., Mariana P.,	- Caminhada; - Lanche convívio	- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;	- A Ana convidou a Cristina para ir a uma sessão de poesia com a mesma no dia 3 de junho; - Conversas sobre experiências do passado, nomeadamente mudanças de coloração de

				- Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;	cabelo ao longo dos anos e os tempos de escola;
31/05/2024 (12ª sessão)	Parque da cidade	Orlando, Cristina, Mariana S.,	- Lanche convívio; - Jogo "Dominó"; - Música ao vivo (Orlando)	- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses; - Fortalecer as relações de amizade estabelecidas; - Valorização de competências pessoais;	- O Orlando comentou que tinha muitas saudades de tocar numa banda, mas sentia que não era o momento de regressar; - A Cristina partilhou que era muito aventureira, tendo partilhado algumas atividades que gostava de fazer com o grupo, nomeadamente saltar de avião;
			- Lanche convívio	- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;	- A Cristina e a Ana partilharam como tinha sido a experiência de ir à sessão de poesia, a Cristina comentou que tinha gostado e que lhe tinha sabido bem sair de casa, no entanto,

<p>04/06/2024 (13ª sessão)</p>	<p>Parque de lazer</p>	<p>Ana, Cristina, Mariana S.</p>	<p>- Ida ao - NorteShopping;</p>	<p>- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas; - Potenciar a presença em espaços mais desafiadores para os participantes;</p>	<p>devido ao horário noturno em que decorreu a sessão, tinha tido dificuldades em gerir o sono;</p> <p>- A Ana partilhou que não se sentia muito confortável em estar em espaços muito movimentados, neste sentido foi desafiada pelo grupo a ir comer um gelado ao centro comercial mais próximo;</p>
<p>11/06/2024 (14ª sessão)</p>	<p>Parque de lazer</p>	<p>Orlando, Cristina, Martim, Mariana S., Mariana P.,</p>	<p>- Lanche convívio -Caminhada pelo parque;</p>	<p>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses; - Fortalecer as relações de amizade estabelecidas; - Instigar conversas sobre a SM e o SNS, de forma a perceber a</p>	<p>- Todos os elementos concordaram que a maior fragilidade era o tempo de espera/espaçamento entre consultas;</p> <p>- Conversa sobre a estigmatização sobre o acompanhamento na área da SM;</p> <p>- Discussão sobre os preços praticados nas respostas privadas a nível de SM e partilha de opinião de que se estes fossem mais</p>

				<p>perspetiva dos participantes e a discutir problemas e fragilidades identificadas.</p>	<p>ajustadas as possibilidades económicas, seriam uma opção a que recorreriam;</p> <p>- A Ana partilhou que já teve relações em que os pares não compreendiam as suas necessidades a nível da SM;</p> <p>- Todos foram da opinião que grupos do género do grupo "Jovens com Futuro" seria benéfico, uma vez que por vezes era difícil estabelecer relações com pares que compreendessem o que vivenciavam;</p>
				<p>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</p>	<p>- Esta sessão decorreu no DSM devido às condições climatéricas;</p> <p>- A Cristina levou o jogo para o grupo jogar. Nota-se uma evolução na atitude da Cristina que na 1ª sessão mencionou não gostar de</p>

<p>18/06/2024</p> <p>(15ª sessão)</p>	<p>DSM</p>	<p>Cristina, Ana, Mariana S., Mariana P</p>	<p>- Jogo "Scrabble";</p>	<p>- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;</p> <p>- Desafiar-se novas experiências;</p>	<p>jogos, e na 15ª sessão levou ela mesma um jogo para o grupo;</p> <p>- A Cristina pediu à Ana para fazer um desenho da sua família;</p> <p>- A Ana partilhou que tinha começado a fazer trabalhos como freelancer na sua área;</p>
<p>25/06/2024</p> <p>(16ª sessão)</p>	<p>Parque de lazer</p>	<p>Ana, Cristina, Mariana S.</p>	<p>- Lanche convívio</p> <p>- Caminhada pelo parque;</p>	<p>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</p> <p>- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;</p>	<p>- A Ana partilhou que tinha ido passar o S. João a casa da Cristina e que se tinha sentido muito bem, porque sentia que finalmente tinha uma amiga que a compreendia;</p> <p>- Ambas partilharam a experiência e as experiências de outros anos;</p> <p>- A Cristina partilhou que por vezes a sogra tecia comentários do tipo "Ai Cristina, tu és mesmo autista". A Ana acrescentou que era</p>

					desconfortável ouvir esse tipo de comentários estigmatizantes.
01/07/2024 (17ª sessão)	Parque de lazer	Orlando, Cristina, Ana, Mariana S., Mariana P.,	- Lanche convívio;	- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses; - Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;	- A Cristina fez algumas partilhas sobre a sua gravidez e sobre a ansiedade para saber o sexo do bebe, uma vez que tinha receio que fosse um menino já que os homens da sua vida tinham sido “todos maus”; - A Ana comentou que os homens eram “tóxicos” e que frequentemente não sabiam lidar com a diferença; - O Orlando partilhou algumas das suas crenças a nível religioso, tendo sido um tópico de discussão;

<p>09/07/2024 (18ª sessão)</p>	<p>Passeio "Nós, ao Encontro"</p>	<p>Ana, Cristina, Mariana S., participantes do grupo MOSTRA!</p>	<p>Passeio/convívio a convite do grupo MOSTRA!, até ao Peso da Régua;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a partilha de experiências, emoções e interesses; - Fortalecer as relações de amizade estabelecidas; - Desafiar-se a novas experiências; - Fomentar momentos de contacto com pessoas com quem os elementos do grupo não têm uma relação previamente estabelecida; 	<ul style="list-style-type: none"> - O Orlando não foi ao passeio devido à sobreposição de horários, mas tinha muita vontade de ir; - Foi muito positivo tanto a Ana e a Cristina terem dito que sim ao convívio com pessoas que não conheciam; - A Cristina participou de forma ativa nas atividades e jogos desenvolvidos durante o dia, tendo estabelecido diálogos com as restantes participantes; - A Ana esteve mais tímida, refugiando-se na relação estabelecida com a dinamizadora e a Cristina, tendo preferido ficar a registar momentos fotográficos em vez de participar nas atividades.
------------------------------------	---	--	---	---	---

					<p>- A Ana estava triste porque tinha sido recusada novamente numa entrevista de emprego, referindo que as suas dificuldades a nível social condicionavam as suas oportunidades de emprego;</p>
<p>17/07/2024 (19ª sessão)</p>	<p>Parque de lazer</p>	<p>Ana, Cristina, Mariana S.,</p>	<p>- Lanche convívio;</p>	<p>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</p> <p>- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;</p> <p>- Valorização das competências pessoais e sociais;</p>	<p>- A Ana partilhou as dificuldades que foi sentindo ao longo da vida em formar relações de amizade e que sentia que dizia sempre a coisa errada, principalmente porque não entendia quando as pessoas estavam a ser irónicas ou a fazer alguma piada;</p> <p>- A Ana mencionou sentir que os seus projetos artísticos não eram bons o suficiente e que não tinham qualidade para ser valorizados a nível profissional;</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Discussão sobre sentimentos mais negativos e fragilidades sentidas pelos participantes; 	<ul style="list-style-type: none"> - A Cristina partilhou que começou um novo hobby: crochet;
23/07/2024 (20ª sessão)	Parque de lazer	Ana, Cristina, Mariana S.,	<ul style="list-style-type: none"> - Lanche convívio; - Ida a uma gelataria; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a partilha de experiências, emoções e interesses; - Fortalecer as relações de amizade estabelecidas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão sobre assuntos da atualidade; - A Cristina e a Ana partilharam que iam juntas para as sessões do grupo, sendo que a Cristina se desafiava a conduzir até casa da residência da Ana, ultrapassando alguma da ansiedade que sentia ao conduzir;

02/08/2024 (21ª sessão)	Parque de lazer	Ana, Cristina, Mariana S.,	- Lanche convívio;	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a partilha de experiências, emoções e interesses; - Fortalecer as relações de amizade estabelecidas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Partilha de experiências de vida. - Ambas partilharam que tiveram mais um churrasco na casa da Cristina e que correu tudo bem;
					<ul style="list-style-type: none"> - Todos os elementos de grupo preferiram dar a sua opinião por escrito. No final deste momento foi unanime a preferência pela não partilha do escrito, ficando apenas para leitura das dinamizadoras do grupo; - No final partilharam que estavam gratos pelos momentos de convívio que não só permitiram a socialização com pares como também um motivo para sair de casa. Partilhando que finalmente se sentiam

<p>12/08/2024 (22ª sessão)</p>	<p>Parque de lazer</p>	<p>Ana, Cristina, Orlando, Mariana S., Mariana P.</p>	<p>- Lanche convívio; - Avaliação;</p>	<p>- Fazer a avaliação participada da ação “Jovens com Futuro”;</p>	<p>compreendidos, tendo a Ana reforçando que sentiu algum desconforto na 1ª sessão, mas que nunca tinha tido relações de amizade com pessoas da sua idade.</p> <p>- A Ana e a Cristina lamentaram que o Martim tinha desistido da presença no grupo;</p> <p>- O Orlando partilhou que em homenagem ao grupo ia compor uma marcha pois tinha muitas saudades de tocar.</p> <p>- A Cristina comentou que este grupo não era nada do grupo estilo alcoólicos anónimos que esperava na 1ª sessão, e que os jovens são capazes de se comportar dentro dos parâmetros que a mesma considera aceitáveis – não sendo barulhentos, tendo conversas interessantes, etc... Acrescentou</p>
------------------------------------	------------------------	---	---	---	---

					que este grupo foi especialmente importante porque a vida dela sofreu e irá sofrer grandes mudanças e encontrou conforto nestes momentos de convívio;
06/09/2024	Visita museu Soares dos Reis	Ana, Cristina, Orlando, Amiga Ana, participantes do grupo MOSTRA!		<ul style="list-style-type: none"> - Promover a partilha de experiências, emoções e interesses; - Fortalecer as relações de amizade estabelecidas; - Desafiar-se a novas experiências; - Fomentar momentos de contacto com pessoas com quem os elementos do grupo não 	<ul style="list-style-type: none"> - O Orlando comentou que era muito bom sair de casa e que gostava muito de poder usufruir destes momentos mais vezes; - Tanto o Orlando como a Ana conviveram com as outras pessoas – notou-se uma grande diferença na postura da Ana.

(23ª sessão)				têm uma relação previamente estabelecida;	
--------------	--	--	--	---	--

APÊNDICE M – IDA AO PARQUE DA CIDADE



APÊNDICE N – DETALHES DA AÇÃO 2: INICIATIVA (IN)VISÍVEL?

O grupo *Jovens com Futuro* teve a sua primeira sessão a cinco de março de 2024. Desde o início, tornou-se evidente a relevância de criar um espaço que privilegiasse a escuta ativa, a expressão pessoal e a partilha de experiências de vida. Esta necessidade também foi sendo evidenciada nas entrevistas a que assisti no âmbito do PMDP, de DMG, às terças-feiras, no HPH.

Ao longo das sessões grupais, do grupo *Jovens com Futuro*, e também através das conversas informais com profissionais da área da SM e elementos da comunidade, emergiu uma reflexão profunda sobre o estigma e o autoestigma associados à EDM. Muitas vezes, estes preconceitos estavam disfarçados no discurso do quotidiano, manifestando-se de forma subtil, mas persistente, nas interações sociais e nas representações sobre o que é ser uma pessoa com EDM e relativamente ao que significa ter um diagnóstico de DM.

Ao refletirmos e questionarmos determinadas crenças e interações que presenciamos no nosso quotidiano, é perceptível que, frequentemente, temos ideias pré-concebidas sobre as pessoas com EDM e sobre o modo como os diagnósticos as definem, baseadas apenas em contextos limitantes e redutores. Rotulamos comportamentos e atitudes como sendo típicos ou esperados de determinado diagnóstico, e esquecemos a singularidade de cada indivíduo, limitando-a. Quando somos confrontados com outras perspetivas e experiências de vida, muitas vezes, reagimos com admiração ou surpresa, o que denuncia o quanto a visão social da DM continua balizada por estereótipos e rótulos. Por exemplo, uma pessoa com diagnóstico no espetro do autismo não pode ser extrovertida e desejar estabelecer vínculos e relações de amizade. Como a Ana partilhou numa conversa "... eu sentia-me diferente... anormal... não me conseguiam dar um diagnóstico, uma justificação para eu ser assim, porque eu tinha vontade de fazer amigos e então diziam que era impossível eu ter autismo... saber o diagnóstico ajudou-me muito a perceber-me...". Esta partilha também evidencia como tendemos a rotular em categorias, ignorando a sua individualidade e potencialidade. Ao mesmo tempo demonstra como o diagnóstico também pode ser encarado como libertador e reconfortante e não apenas um tabu ou algo limitante, que deve ser evitado, do qual se deve ter receio ou que devemos esconder.

Fase ao exposto, e de acordo com o que foi sendo sentido e partilhado ao longo do desenvolvimento do projeto, tornou-se claro que o estigma e o autoestigma eram problemas centrais que atravessavam tanto as relações interpessoais como as práticas institucionais na área da SM.

No dia 24 de abril de 2024, recebi um convite para uma colaboração, por parte de uma colega de mestrado, que também estava a desenvolver um projeto no âmbito do PMDP. No e-mail, era solicitada a minha participação e a de outra aluna de mestrado numa formação digital dinamizada no Núcleo de Apoio à Inclusão Digital da ESE do IPP. Esta formação era uma das ações do projeto da colega. O objetivo era auxiliar um grupo de senhoras, para estas aprenderem como utilizar as redes sociais, especialmente o *Instagram* e o E-mail, como ferramenta de inclusão digital e expressão pessoal. Este convite representou uma oportunidade para um primeiro contacto com o grupo *MOSTRA!*, permitindo uma proximidade inicial com as suas dinâmicas, interesses e desafios.

Este primeiro contacto com o grupo *MOSTRA!* ocorreu no dia 30 de abril de 2024. Fui acolhida de forma calorosa e afetuosa por todas as participantes, mais especificamente pela Benedita, Renascer, Liliana, Lis, Maria, Aurora, bem como pela minha colega Margarida Rocha, o que facilitou a criação de uma relação de confiança e empatia, que se manteve no decorrer de toda esta iniciativa.

Nos encontros seguintes, foram surgindo diversos momentos de partilhas genuínas e espontâneas. Algumas destas experiências pessoais eram marcadas especialmente por sentimentos de incompreensão, rejeição e exclusão social. Estas trocas foram fundamentais para compreender a profundidade do impacto do estigma na vida das pessoas com EDM e consolidaram a necessidade de dar voz a estas vivências de forma pública e criativa. Esta vontade foi rapidamente acolhida por todos os atores sociais que compõem este projeto. Deste modo, a partir destas observações e reflexões, emergiu a ideia central da Ação 2 – *(IN)VISÍVEL?*: utilizar fotografias para abordar o estigma e o autoestigma relativos à SM e à DM. De salientar que esta começou por ser uma ideia apenas do Grupo *MOSTRA!*

No dia oito de julho de 2024, tivemos a primeira reunião, onde se discutiu o estigma, como podíamos avançar com esta iniciativa e de que forma poderíamos levar esta discussão à comunidade. Ficou então estipulado que queríamos recorrer à criatividade, organizar grupos de discussão e propor um mural, onde pudessem expressar: como se sentem?; como se expressam?; como reflito sobre isso?. Utilizando vários tipos de materiais. Mais ainda, ficou decidido que queríamos levar esta iniciativa a diferentes contextos, nomeadamente aos serviços da área da educação, da saúde e à comunidade, tendo sido o HPH o primeiro local sugerido pelas participantes, seguindo-se da ESE e de uma Estação de Metro.

Como começou a interação entre os grupos *Jovens com Futuro* e *MOSTRA!* foi um processo muito natural e positivo, cujo único objetivo era promover o convívio, o encontro com pessoas diferentes da comunidade e possibilitar a partilha de momentos entre indivíduos de diferentes faixas etárias.

Os participantes do grupo *MOSTRA!* convidaram os participantes do grupo *Jovens com Futuro* para um passeio a Peso da Régua, de comboio: *NÓS, AO ENCONTRO!*, no dia nove de julho de 2024. Estiveram presentes duas participantes do grupo *Jovens com Futuro*, a Ana e a Cristina, elementos do grupo *MOSTRA!*, alguns elementos do Coro do PMDP, dois elementos da comunidade, alguns familiares e as duas dinamizadoras (eu e a Margarida). De ressaltar que a Ana e a Cristina aceitaram este convite sem hesitar e o Orlando, apesar de manifestar muita vontade em estar presente, não conseguiu, pois, estava em contexto de formação.

Foi um dia muito divertido, onde todos os elementos se relacionaram de forma muito positiva, com abertura para participar nas conversas e nas atividades propostas, como nos jogos tradicionais. Foi uma surpresa muito positiva, pois as jovens, que eram bastante tímidas, mostraram-se descontraídas e à vontade com as senhoras do grupo *MOSTRA!*.

Depois desse dia, ao contar aos jovens sobre a iniciativa que estava a ser planeada, *(IN)VISÍVEL?*, estes demonstraram grande interesse em colaborar, passando a contribuir ativamente para o seu desenvolvimento e estabelecendo-se, assim, uma parceria muito rica.

Dado que queríamos que fosse uma iniciativa artística, debatemos diversas ideias e optámos pela realização de uma exposição fotográfica, cujo principal objetivo seria levar as pessoas a participar livremente e a refletir sobre a SM, a DM, o estigma e o autoestigma.

O planeamento da exposição fotográfica começou a ganhar forma no dia 18 de julho de 2024. Nesse dia, realizou-se uma reunião entre as dinamizadoras, eu e a Margarida Rocha, para nos organizarmos e estruturarmos todas as ideias e sugestões que tinham sido apresentadas pelos participantes. Para além disso, fez-se um somatório das partilhas relacionadas com o tema, que foram partilhadas em grande e em pequeno grupo, de forma a justificar-se a intenção desta ação e a começar a definir-se objetivos. Por exemplo, a Aurora expressou que queria transmitir que a DM se pode curar como qualquer outra doença.

Ao refletirmos em conjunto como iríamos colocar em prática as nossas ideias e convidar a comunidade a participar, ficou delineado que o próximo passo seria o desenvolvimento de um questionário, convidando as pessoas a participar nesta iniciativa através da partilha de duas fotografias: uma representando a SM e outra a DM. O questionário devia ainda incluir perguntas que permitissem caracterizar os participantes de forma anónima, bem como espaços opcionais que possibilitassem a partilha de reflexões e opiniões. Concluiu-se ainda que deveríamos definir uma data-limite para as pessoas poderem participar no questionário e que deveríamos refletir sobre isso com as participantes.

Finalizou-se o questionário com a seguinte informação: "A SM é uma preocupação crescente na sociedade. Desta forma, é fundamental prevenir o impacto adverso dos múltiplos desafios que estão presentes no quotidiano e/ou ajudar a reabilitar qualquer pessoa com EDM. Atualmente, poucas serão as pessoas que não tenham esta experiência, seja a nível pessoal, seja num convivente. Neste contexto, é preciso combater o estigma, facilitar o acesso aos cuidados de saúde, contribuir para a inclusão social e, desta forma, promover o empoderamento individual e a saúde coletiva da comunidade!

Em jeito de sensibilização para este tema, a Equipa do Projeto "Mostra! e Jovens com Futuro" convidou a Equipa do Programa "Mais de Perto" (Departamento de SM do HPH) e, juntas, resolvemos desafiar a comunidade.

Propomos que faça com o seu telemóvel ou máquina fotográfica duas fotografias com objetivos diferentes:

- Fotografe o que representa melhor para si o conceito de SM

- Fotografe o que representa melhor para si o conceito de DM

Envie-nos estas fotografias para serem incluídas numa exposição alusiva ao Dia Mundial da SM e noutras exposições a realizar na Comunidade. A intenção é incentivar à participação, dando destaque a este tema, podendo-se comunicar de diferentes formas, contribuindo, também, para contrariar o auto-estigma.

De seguida, encontrará algumas perguntas simples, de modo a ser possível caracterizar os participantes deste desafio. Salientamos, ainda, que não se questionam dados concretos de identificação, garantindo-se o anonimato. No entanto, se for sua vontade identificar-se ou assinar as fotografias, pode fazê-lo.

Este questionário inclui ainda uma questão opcional, onde poderá partilhar a sua opinião sobre os efeitos mais visíveis do estigma e do autoestigma associados à DM. Além disso, há um segundo espaço, também de preenchimento facultativo, caso deseje deixar algum comentário adicional.

Esperamos que se junte a esta iniciativa, colaborando connosco!"

No dia 31 de julho de 2024, as dinamizadoras voltaram a reunir para consolidar o que tinha sido discutido anteriormente e para planear a reunião com as participantes do projeto, que teria lugar no período da tarde.

Nesse dia, à tarde, realizou-se uma reunião *online*, onde expusemos o apanhado das ideias reunidas até ao momento e recolhemos as opiniões das participantes. Ficou decidido que existiria uma mesa-redonda em cada evento e que gostaríamos que fosse composta, pelo menos, por um psicólogo e um médico psiquiatra.

Surgiram partilhas muito ricas e o estado de espírito das pessoas também foi muito positivo, das quais: "... aliciante. Estou muito interessa."; "Estou curiosa para desenvolver este tema... Estou nisto Há muito tempo... também para ajudar outras pessoas..."; "... dar uma opinião, uma forcinha..."; "... às vezes ao contar o que passamos também ajudamos outras pessoas que estão a passar pelo mesmo..."; "... uma pessoa precisa de comunicar... as pessoas com problemas em SM isolam-se e assim é uma oportunidade para falar..."; "... não tenho muita capacidade para me exprimir... mas centenas, milhares de perguntas que fizemos a nós mesmas sobre problemas que temos... o porquê"; "... nunca pensei que isto me viesse à acontecer..."; "há sempre uma primeira vez para tomar-se outras iniciativas..."; "no fundo, vem mostrar que nós não somos só as pessoas que andam a tratar em AM e que se quisermos somos capaz de conseguir coisas que nunca pensamos...". Depois desse convívio, continuámos a desenvolver as nossas ideias.

No dia quatro de setembro de 2024, tivemos uma reunião num café da comunidade. Esteve presente a Ana, a Benedita, a Aurora, a Maria, a Renascer, a Lis, a Liliana, a Margarida e eu. Nessa reunião, ficou decidido que apenas as fotografias da autoria das pessoas seriam aceites e que os desenhos não seriam válidos. Discutimos ainda a necessidade de criar um grupo no *WhatsApp*, para nos comunicarmos, e de qual seria o nome do grupo. Escolheu-se o nome *De Resistentes* para o grupo de *WhatsApp*, refletindo a história de superação e resiliência do grupo e de cada participante individualmente.

Durante esta reunião, voltámos a discutir a importância de não permitir que a doença ou o diagnóstico definam os indivíduos e refletimos sobre experiências, estigmatizantes, que condicionaram as vidas dos participantes.

Paralelamente, começou-se a trabalhar no logótipo e na imagem que queríamos associar ao evento, tendo surgido alguns esboços iniciais, da autoria da Ana e da Benedita. Debates qual seria a representação simbólica do evento. Decidimos que seria importante ser uma figura humana neutra, de modo a não se identificar género, nem o rosto. Acrescentando uma câmara voltada para o centro do corpo.

A primeira mensagem do grupo do *WhatsApp*, veio por parte da Benedita e foi recebida com alegria: “É coisa para repetir. Desenvolvemos uma troca de ideias muito interessante. Viva as mulheres resistentes!”.

No dia 6 de setembro de 2024, eu, a Margarida, a Ana, uma amiga da Ana, o Orlando, a Lis, a Liliana, a Aurora, a Maria e a sua neta, a Renascer e a Benedita visitámos o Museu Soares dos Reis. Este momento foi muito positivo, tanto para sair da rotina e potenciar momentos de convívio, como para a relação grupal.

Nesse passeio, foi consolidada a ideia da figura humana como símbolo. Ademais, definiu-se que o Orlando faria a abertura musical na Junta de Freguesia de Matosinhos-Lesa, com o seu saxofone. Pois, o jovem demonstrou entusiasmo e vontade de participar ativamente nesta ação, apesar de não poder estar presente no HPH, devido ao curso que se encontrava a frequentar. Este foi um compromisso importante para o jovem porque tinha muitas saudades de tocar para o público.

No dia sete de setembro, começámos a discutir o título da exposição. Para tal, questionou-se os participantes do que surgia nos seus corpos e na mente ao pensar na exposição e nos temas de SM, DM, estigma e autoestigma. Era importante que o título surgisse coletivamente e que fosse o reflexo dessa reflexão conjunta. A nove de setembro, após diversas reflexões e partilhas, e já com o *link* final do questionário, decidimos presencialmente na ESE o nome da exposição: *(IN)VISÍVEL?*. Partilhámos entre nós o rascunho inicial do cartaz e criámos a página de *Instagram* da iniciativa.

No dia 12 de setembro, o cartaz de divulgação para a participação no desafio de fotografia ficou concluído e foi distribuído em diversos espaços, nomeadamente no HPH, na ESE, nas redes sociais, e até enviado à Metro, do Porto. A data-limite para a participação ficou estabelecida para 25 de setembro.

Paralelamente, a preparação da apresentação artística avançava. A 16 de setembro, no tivemos o primeiro encontro com a Sofia, elemento da comunidade, com formação no meio artístico, que se disponibilizou a ajudar-nos.

Nesse encontro, começámos por discutir que mensagem queríamos transmitir e como nos víamos na apresentação. A Benedita sugeriu: “Começar de costas... as pessoas com DM isolam-se...”; a Lis propôs “... alguma deficiência... com cadeira de rodas... o ser diferente...”; a Liliana dizia: “... começar com tristeza e quando a pessoa começa a melhorar fica feliz...” e acrescentou “... com uma guitarra... porque a música é alegria...”. A Renascer acrescentou que devíamos começar a apresentação com “Estilo de louca, cabelo despenteado, olhos muito abertos... desespero...”. A Maria comentou que “... os meus problemas são os meus problemas e não tenho de os partilhar.

A Sofia propôs o exercício da árvore, onde as raízes representavam os medos, no tronco as nossas expectativas com esta ação *(IN)VISÍVEL?* e a copa os objetivos pessoais. Este exercício serviu de inspiração para o início da apresentação. As partilhas foram intensas e extremamente ricas, permitindo cada elemento partilhar mais um pouco de si:

A Maria partilhou que tinha como objetivo individual “... ser feliz no momento...” e o seu receio era “... falar em público...”. Benedita partilhou que o seu maior receio era “... esquecer e enfrentar o público...”, as expectativas eram “... receptividade do público...” e os seus objetivos individuais “... desinibir e passar a mensagem de que o doente tem o direito a ser respeitado...”. A Aurora referiu o “... medo do futuro...”, enquanto expectativa “... que as pessoas continuem a gostar de mim e eu delas...” e o objetivo individual de “que as pessoas entendam que a DM não é um extraterrestre. A DM não precisa de ter um rótulo. Tem cura.”. A Renascer partilhou o “... medo de ir para o espaço e falhar no palco... melhorar o meu Eu... desinibir e perder muito o medo da culpa...”. No caso da Liliana, o “... medo... angústia... superação...” e a Liz disse algumas palavras dramaticamente: “Muitas raízes... Invisível... Esquecida... Medo de ter medo... Medo da dor... Ganhar experiência... Sol... Felicidade... Amizade... Ternura... Amor...”. A Maria rematou: “... se correr mal, correu mal...”.

Concluámos este encontro a definir as novas datas dos ensaios, onde íamos começar a delinear a apresentação, de acordo com as partilhas desse dia.

No dia 18 de setembro de 2024 começamos e decidimos trabalhar com contradições. Fizemos o exercício de pensar em contradições e em antónimos, para partilhar. Nesse dia, abordámos diversas, como integrado e excluído; preto e branco; dentro e fora; silêncio e barulho. Quando falávamos do silêncio, a Renascer partilhou: “... tenho medo do silêncio e de ir buscar coisas do

passado...”. Falámos de como há tantas coisas que cabem nesse silêncio e como também este tem diferentes significados. Falamos ainda na necessidade que, por vezes, sentiam de “... não pensar...”. Surgiram algumas perguntas para reflexão: O que pretendemos? Que oportunidade é esta? Qual a nossa identidade pessoal e social? Quem sou eu? Qual é o meu lugar? Como te conto a minha história?

Decidimos que uma das músicas que iríamos tocar no evento era a Canção de Engate, de António Variações. Ouvimos essa música nesse dia. Levando assim ao tema da mesa-redonda: Como (não) te conto a minha história?

No dia 19 de setembro de 2024, ficou decidido que, visto nos eventos irem existir duas mesas redondas, queríamos que uma se centrasse no Eu, no individual, e que a outra se centrasse nas redes de suporte, familiares e comunitárias.

No dia 20 de setembro de 2024, confirmou-se oficialmente que o evento na comunidade seria na Junta de Freguesia de Matosinhos-Leça, a 18 de outubro de 2024 e que, posteriormente, a exposição ficaria exposta na Estação de Metro de São Bento. Mais tarde, a Metro alterou a estação de metro onde a exposição ficaria exposta, ficando assim na Estação dos Aliados.

No dia 25 de setembro, ficou oficialmente concluído o cartaz do primeiro evento, no HPH, inspirado num rascunho da Benedita e finalizado digitalmente pela Ana. Nesse mesmo dia, celebrámos com grande alegria a participação de 45 pessoas no questionário. Apesar da data-limite, decidimos alargar a data para a participação de mais elementos da comunidade. No grupo do *WhatsApp*, foi possível ler, com profunda gratidão, a seguinte mensagem partilhada pela Margarida: “Agradeço muito o vosso querer; o envolvimento e a dedicação; as horas de esforço, de empenho, para que a mensagem se faça ouvir: A DM não define ninguém. Seguimos juntas/juntos nesta caminhada!!! Somos capazes!!”.

Foram pedidos três orçamentos para impressão das fotografias, para expor nos eventos. O PMDP financiou a impressão de 100 fotografias, o que foi recebido com enorme gratidão por todo o grupo. A Dra. Rosa Quelhas foi uma presença absolutamente essencial ao longo de todo o processo, sempre disponível e participativa.

No dia 30 de setembro, foram alinhados os últimos ajustes ao nível da organização. A Ana ficou responsável pelas questões tecnológicas e pela divulgação nas redes sociais. Definiu-se os últimos materiais que faltavam comprar, nomeadamente para o Mural e enviou-se os orçamentos das fotografias à Dra. Rosa.

Mais tarde, tivemos o ensaio da nossa apresentação inicial. Nesse ensaio, discutimos sobre o tema da mesa-redonda: Como (não) te conto a minha história? A Renascer comentou que gostava de escrever, mas que, apesar de se sentir bem a escrever, não gostava de ler o que escrevia. A Benedita diz que tem a necessidade de desabafar, "... mas sem dizer tudo. Necessidade de desabafar com a pessoa certa...". A Renascer começou a pensar no assunto e a proferiu diversos desabafos em jeito de interrogação: "Não és a pessoa certa? A tua história é pior do que a minha? Primeiro tenho de ouvir a tua história para interpretar a minha.". Seguidamente, a Maria confidenciou que confiava demasiado que "... conto a minha história...", tendo a Liliana comentado que "Não conto a minha história porque não vou ser compreendida..." e a Aurora reforçou "Eu conto... muitas vezes... Mas já confiei mais...". A Lis rematou que "... sou mais como a Renascer... contando, não contando...". Por outro lado, num dia diferente, a Ana comentou que tem alguma dificuldade, devido à sua timidez e nunca ter tido muitos amigos.

A quatro de outubro concluímos o cartaz do evento do dia 18. A *sinopse* da exposição ficou pronta a sete de outubro, e no dia oito combinámos almoçar juntas após o evento, no *NorteShopping*.

A nove de outubro, eu, a Benedita, a Aurora, um elemento da comunidade, a Renascer, a Margarida Rocha, montámos a exposição no HPH. Foi a primeira vez que montámos a nossa exposição. Foi trabalhoso, mas profundamente gratificante, ver o resultado físico do nosso esforço coletivo.

O evento do dia dez de outubro de 2024, no HPH, correu muito bem, com grande afluência e participação. A iniciativa decorreu entre as 10h00 e as 13h00. Com cerca de 69 participantes no HPH, entre pessoas com EDM, profissionais, estudantes e membros da comunidade. Foi estruturado em quatro momentos principais:

O primeiro, o momento de abertura, foi a apresentação de representação artística, pelo grupo *MOSTRA!*, que pretendeu proporcionar uma reflexão sobre a forma como nos posicionamos no

mundo, as relações interpessoais e as interações sociais, abordando também as questões do estigma e do autoestigma.

O segundo momento foi a exposição fotográfica, composta por 116 fotografias. Esta foi o resultado do Desafio de Fotografia lançado à comunidade. Cada fotografia foi um espelho de uma vivência, permitindo diversas interpretações através do olhar do outro.

O terceiro momento, a mesa-redonda, foi dedicado a uma questão essencial sobre a SM, a EDM e o envolvimento comunitário: "Como (não) te conto a minha história?". Esta reuniu especialistas da área da SM e da Reabilitação Psicossocial, entre os quais a Dra. Rosa Quelhas, médica psiquiatra no DSM do HPH, a Professora Dra. Ana Bertão, psicóloga e docente coordenadora na ESE do IPP, a Dra. Ana Rita Pinto, terapeuta ocupacional na Unidade de Psiquiatria Forense do Centro Hospitalar Santo António e a Lis, a porta-voz da nossa iniciativa.

Como quarto momento do evento tivemos a construção de um mural comunitário, um espaço que pretendia ser expressivo e onde todos os participantes podiam partilhar algumas ideias, reflexões e/ou pensamentos, de forma livre e criativa, recorrendo aos materiais que consideravam mais adequados. Sem regras ou limitações, o mural foi pensado como um meio de comunicação, de maneira a dar voz às perceções e emoções despertadas ao longo do evento. Foi também disponibilizada uma caixa de reflexões, representada pela figura simbólica do evento, que foi desenhada pela Ana. Esta foi pensada com o intuito de os participantes deixarem os seus pensamentos sobre a iniciativa e o impacto que esta teve nas suas vidas, de uma forma mais privada e reservada. Estes comentários podiam ser anónimos ou identificados, promovendo uma partilha genuína e espontânea. Surgiram ideias muito interessantes, como "E quando o medo do amanhã impera? Como ganhar força para o caminho?" lia-se entre muitos outros desabafos. "A resposta está sempre ao nosso lado"; "Reconhecer que precisa de ajuda é um ato de coragem!"; "Eu não sou maluca, malucos são aqueles que não querem ver"; "Simplesmente, muito, muito grata. Fazem parte de mim e eu de vocês. Logo existimos no nós." As mensagens eram, em si, manifestações de reconhecimento mútuo, ternura e esperança.

Também, para o grupo, é importante reforçar que o PMDP ofereceu uma lembrança no final, o que passou a mensagem de que as suas vozes tinham sido ouvidas e reconhecidas por profissionais que para elas eram uma referência.

No dia seguinte, 11 de outubro, a Ana partilhou um vídeo do evento que deixou o grupo profundamente emocionado. Sentiam que as suas vozes tinham sido finalmente escutadas. O sentido de missão cumprida. O vídeo foi partilhado na página do *Instagram*. A 13 de outubro, reunimo-nos online para preparar o evento de dia 18 e discutir o texto da mesa-redonda, que seria lido pela Benedita, porta-voz por decisão do grupo e porque a Benedita se voluntariou.

A 18 de outubro de 2024, realizou-se assim o segundo evento, na Junta de Freguesia Matosinhos-Leça, entre as 14h30 e às 16h30, contando com 58 participantes. Foi igualmente estruturado em quatro momentos principais. Além disso, a apresentação inicial contou com uma apresentação musical, protagonizada pelo Orlando, que interpretou três peças no saxofone, enriquecendo ainda mais a experiência.

Nesse dia, a mesa-redonda, Como (não) te ajudo?, reuniu especialistas da área da SM e da Reabilitação Psicossocial, entre os quais a Dra. Rosa Quelhas, médica psiquiatra no DSM do HPH, em representatividade do PMDP, a Professora Dra. Helena Carvalho, psicóloga e docente na ESE do IPP, a Dra. Bárbara Sousa, psicóloga e docente na Universidade do Minho e a Benedita, a nossa porta-voz.

Seguidamente, a exposição fotográfica na estação de metro dos Aliados, a 20 de outubro. A exposição esteve presente entre 20 de outubro e 3 de novembro de 2024.

No dia 23 de outubro de 2024 combinámos visitar a exposição e lanchar todas juntas, mas a Ana e a Benedita estavam doentes e não conseguiram ir. Apesar disso, no dia 24 fomos até ao centro do Porto. Conversámos, celebrámos e avaliámos a ação.

A 12 de novembro confirmámos que haveria uma aula aberta na ESE. Esta iniciativa decorreu no dia 27 de novembro, das 18h30 às 20h00, no auditório. O tema da mesa-redonda foi: Como (não) podemos caminhar juntos?. Contou novamente com a Dra. Rosa, a Benedita e a Lis, a Dra. Joana

Vaz Ferreira, antiga mestranda que desenvolveu projeto no PMDP, e a Dra. Teresa Martins, docente na ESE do IPP.

Em suma, a Ação 2, os eventos *(IN)VISÍVEL?*, foram assim, uma construção coletiva. Feita de vozes, emoções, receios, coragem, dúvidas, crescimento e sobretudo encontro. Foram momentos onde a relação e a reflexão eram o foco. Não foi apenas uma exposição fotográfica, umas mesas redondas ou um mural. Foi um espaço seguro, de pertença. Ao longo deste percurso, reconhecemos fragilidades, valorizamos potencialidades, partilhámos experiências. Abordámos estigmas e autoestigmas que, por vezes, nem sabíamos que faziam parte do nosso quotidiano. Descobrimos que somos capazes. A comunidade foi convidada a escutar, a refletir e a participar. E todas nós, juntas, percebemos que aquilo que tantas vezes permanece invisível é digno de ser visto. Pois, nem sempre os olhos vêem, mas o corpo sente.

APÊNDICE O – IDA A PESO DA RÉGUA



(IN)VISÍVEL?

SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL
ESTIGMA E AUTOESTIGMA

**Exposição
Fotográfica**

**Mesa
Redonda**

**Construção de
um Mural**

18:30 – 20:00
Escola Superior de Educação
do Instituto Politécnico do Porto

Organização:
Grupo *Mostra!* e *Jovens com Futuro* em parceria com o Programa *Mais de Perto*.
Aceda ao nosso Instagram para mais informação
@mostrajovenscomfuturo

 **ULS**
Matosinhos

 **MAIS DE PERTO**

 **P.PORTO**

**ESCOLA
SUPERIOR
DE EDUCAÇÃO
POLITÉCNICO
DO PORTO**

APÊNDICE Q – CARTAZ DO EVENTO NO HPH

(IN)VISÍVEL?

ESTIGMA? SAÚDE MENTAL?
AUTO-ESTIGMA? DOENÇA MENTAL?

**Exposição
Fotográfica**

**Mesa
Redonda**

**Construção de
um Mural**

10 de outubro de 2024
11:00 — 13:00
Hospital Pedro Hispano

Organização:
Grupo *Mostra!* e *Jovens com Futuro* em parceria com o Programa *Mais de Perto*.
Aceda ao nosso Instagram para mais informação
@mostrajovenscomfuturo

 **ULS**
Matosinhos

 **MAIS DE PERTO**

 **P.PORTO**

**ESCOLA
SUPERIOR
DE EDUCAÇÃO
POLITÉCNICO
DO PORTO**

APÊNDICE R – CARTAZ DO EVENTO NA JUNTA DE FREGUESIA MATOSINHOS/ LEÇA

(IN)VISÍVEL?

ESTIGMA? SAÚDE MENTAL?
AUTO-ESTIGMA? DOENÇA MENTAL?

**Exposição
Fotográfica**

**Mesa
Redonda**

**Construção de
um Mural**

18 de outubro de 2024
14:30 — 16:30
Junta de Freguesia de Matosinhos / Leça

Organização:
Grupo *Mostra!* e *Jovens com Futuro* em parceria com o Programa *Mais de Perto*.
Aceda ao nosso Instagram para mais informação
@mostrajovenscomfuturo

APÊNDICE S – NOTÍCIA SOBRE A EXPOSIÇÃO NA ESTAÇÃO DE METRO



www.porto.pt



Início » Geral » Notícias » Há nova exposição para ver no metro dos Aliados (e vem aí outra)

Segunda-feira 21 Outubro, 2024


Há nova exposição para ver no metro dos Aliados (e vem aí outra)



Quando se fala na Metro do Porto, pensa-se em transportes e mobilidade, no entanto, durante os próximos dias, também se poderá pensar em arte. Isto porque, na estação dos Aliados, vai estar presente uma exposição artística.

A mesma chama-se "(In)Visível?" e é dedicada a temas como a saúde mental e doenças deste tipo. Tal como refere a empresa de transportes portuense, na sua conta oficial de X, antigo Twitter, esta arrancou no domingo, 20 de outubro, e estará patente até 3 de novembro.

APÊNDICE T – QUESTIONÁRIO PARTILHADO COM A COMUNIDADE: DESAFIO DE FOTOGRAFIA



Seção 1 de 3

DESAFIO DE FOTOGRAFIA

B *U* U **B** **I** **D** **E** **X**

A Saúde Mental é uma preocupação crescente na sociedade. Desta forma, é fundamental prevenir o impacto adverso dos múltiplos desafios que estão presentes no quotidiano e/ou ajudar a reabilitar qualquer pessoa com experiência em doença mental. Hoje em dia, poucas serão as pessoas que não tenham esta experiência, seja a nível pessoal, seja num convivente. Neste contexto, é preciso combater o estigma, facilitar o acesso aos cuidados de saúde, contribuir para a inclusão social e, desta forma, promover o empoderamento individual e a saúde coletiva da comunidade!

Em jeito de sensibilização para este tema, a Equipa do Projeto 'Mostrar e Jovens com Futuro' convidou a Equipa do Programa 'Mais de Perto' (Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano) e, juntas, resolvemos desafiar a comunidade.

Propomos que faça com o seu telemóvel ou máquina fotográfica duas fotografias com objetivos diferentes:

- Fotografe o que representa melhor para si o conceito de Saúde Mental
- Fotografe o que representa melhor para si o conceito de Doença Mental

Envie-nos estas fotografias para serem incluídas numa exposição alusiva ao Dia Mundial da Saúde Mental e nossas exposições a realizar na Comunidade. A intenção é incentivar à participação, dando destaque a este tema, podendo-se comunicar de diferentes formas, contribuindo, também, para contrariar o auto-estigma.

De seguida, encontrará algumas perguntas simples, de modo a ser possível caracterizar os participantes deste desafio. Salientamos, ainda, que não se questionam dados concretos de identificação, garantindo-se o anonimato. No entanto, se for sua vontade identificar-se ou assinar as fotografias, pode fazê-lo.

Este questionário inclui ainda uma questão opcional, onde poderá partilhar a sua opinião sobre os efeitos mais visíveis do estigma e do autoestigma associados à doença mental. Além disso, há um segundo espaço, também de preenchimento facultativo, caso deseje deixar algum comentário adicional.

Esperamos que se junte a esta iniciativa, colaborando connosco!

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Este desafio tem algumas regras que solicitamos que confirme se foram cumpridas: *

- As fotografias são um original seu.
- Apenas uma submissão por autor é permitida (embora possa submeter fotografias de conviventes).
- Se a fotografia incluir a identificação de alguma(s) pessoa(s), confirma que obteve a autorização da(s) ...

Fotografia 1 - O que representa melhor para si a SAÚDE MENTAL? *

[Ver pasta](#)

Título para a fotografia 1 (facultativo)

Texto de resposta curta

Fotografia 2 - O que representa melhor para si a DOENÇA MENTAL? *

[Ver pasta](#)

Título para a fotografia 2 (facultativo)

Texto de resposta curta

Se for sua vontade identificar-se ou assinar pode fazê-lo nas próprias fotografias ou neste espaço.

Texto de resposta curta

GÊNERO *

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não especificar
- Outro:

FAIXA ETÁRIA *

- Menos de 18 anos
- 18 - 29 anos
- 30 - 49 anos
- 50 - 65 anos
- Mais de 65 anos

Na sua opinião, quais são os efeitos do estigma e do auto-estigma associados à doença mental?

Texto de resposta longa

Se for sua vontade deixar algum comentário adicional, pode fazê-lo neste espaço.

Texto de resposta longa

AUTORIZAÇÃO:

Autoriza a integração das suas fotografias na exposição/exposições e noutros meios de divulgação social promovidos pelo Projeto e/ou pelo Programa Mais de Perto?

SIM, AUTORIZO.

Esta submissão não recebe o seu endereço e-mail. No entanto, sugerimos que forneça uma forma de contacto, como um endereço e-mail ou outro meio, para que possamos entrar em contacto, se necessário. (Facultativo)

Texto de resposta curta

Após a seção 2 Continuar para a próxima seção

Seção 3 de 3

Título da seção (opcional)

Obrigado pela sua colaboração e fique atento às novidades!

Informações de Contato para Apoio e Emergências:

Se sentires que precisas de ajuda por favor liga para o 112.

Linha gratuita de aconselhamento psicológico: 808 24 24 24 (Opção 4)

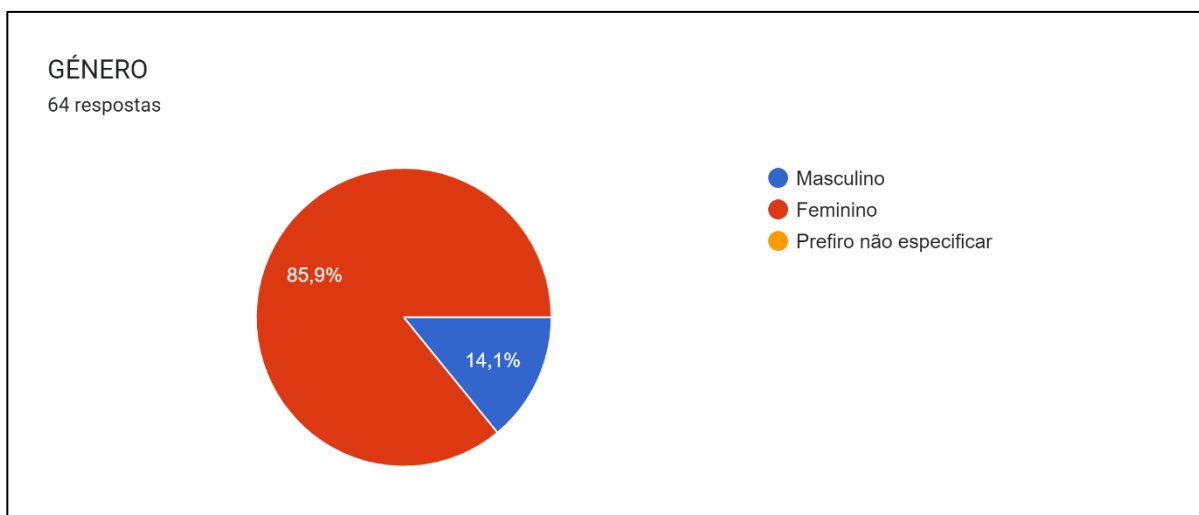
SOS Voz Amiga: 213 544 545 | 912 802 669 | 963 524 660

Voz do Apoio: 225 50 60 70

Telefone da Amizade: 228 32 35 35

APÊNDICE U – RESPOSTAS DADAS NO QUESTIONÁRIO RELATIVAMENTE AO GÉNERO DOS PARTICIPANTES

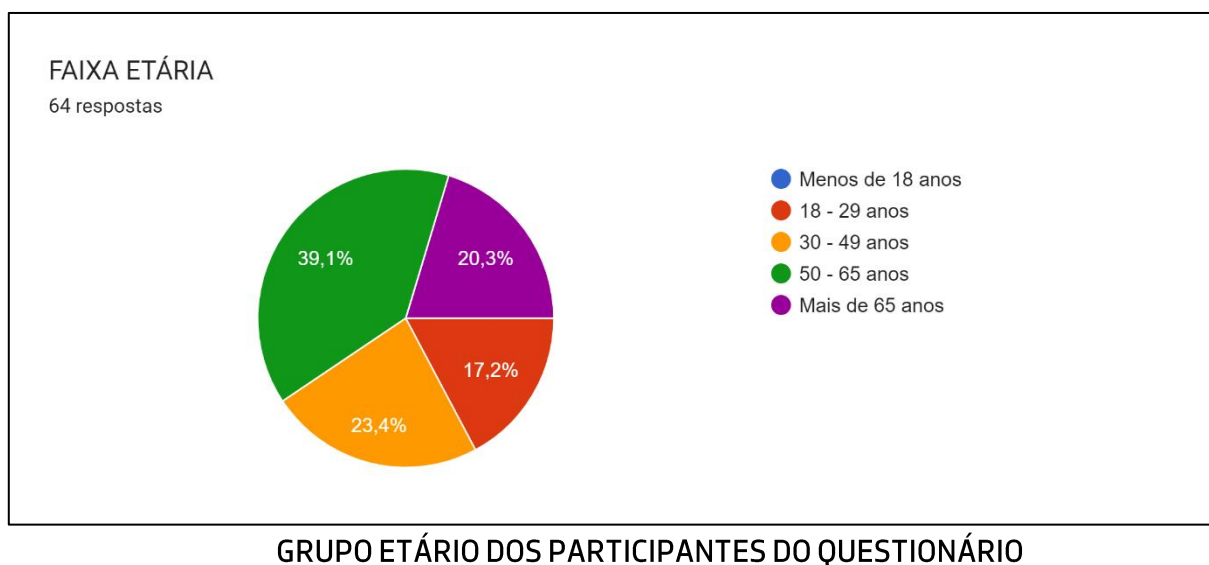
Ao analisar os dados obtidos relativamente ao género dos participantes no Desafio de Fotografia, é possível observar que 85.9% dos participantes eram do género feminino e apenas 14.1% do masculino. Apesar de esta amostra não ser representativa da comunidade, dado ao número de participantes, esta diferença significativa pode ser explicada por vários fatores. Como por exemplo, as pessoas de género feminino tendem a envolver-se mais ativamente em atividades que implicam alguma reflexão e a partilha de receios, emoções e de experiências pessoais. Além disso, atualmente ainda existe a premissa social de que os sujeitos do género masculino devem demonstrar controlo emocional e evitar situações e momentos de vulnerabilidade. Este estigma e autoestigma leva a que, por vezes, seja difícil procurar ajuda e pode ser uma barreira ao envolvimento neste tipo de iniciativas.



GÉNERO DOS PARTICIPANTES QUE RESPONDERAM AO QUESTIONÁRIO

APÊNDICE V –GRUPO ETÁRIO DOS PARTICIPANTES DO QUESTIONÁRIO

A distribuição etária dos participantes no Desafio de Fotografia revela heterogeneidade intergeracional. O grupo dos 50–65 anos foi o mais representativo (39.1%), seguido pelos 30–49 anos (23.4%), mais de 65 anos (20.3%) e 18–29 anos (17.2%). Ao refletir, esta distribuição pode estar relacionada com maior interesse e/ou disponibilidade por parte dos sujeitos para participar neste tipo de iniciativas, bem como as suas EDM. A consciencialização sobre estas temáticas também pode ser um fator a ter em consideração e o acesso à tecnologia e à internet. Outro ponto importante é que este questionário foi partilhado com os participantes do PMDP, que é maioritariamente frequentado por pessoas de faixas etárias mais avançadas.



APÊNDICE W – RESPOSTAS DADAS NO QUESTIONÁRIO RELATIVAMENTE AO TÍTULO DA FOTOGRAFIA QUE REPRESENTA A SM

Analisando e refletindo sobre os títulos escolhidos para as fotografias que representam a SM, observa-se que muitos aludem ao positivismo, enfatizando emoções com felicidade, serenidade, esperança e bem-estar. A natureza é também referenciada como sendo uma fonte de paz, equilíbrio e SM. Referências à família, ao convívio, à partilha e aos vínculos sugerem a importância da inclusão social e de uma rede de suporte. Alguns títulos abordam diretamente o estigma, procurando desmistificar a ideia de que a DM afeta apenas "pessoas invulgares". Títulos como "Capacidade de transformação", "Percurso, desafios, liberdade!" e "Florescer – dar frutos" refletem a crença, o empoderamento e a transformação. A diversidade de títulos e abordagens reflete a complexidade da experiência e de perspectivas sobre a SM, sendo que a maioria das pessoas encara a SM como algo positivo e transformador.

TÍTULOS PARA FOTOGRAFIA 1 – SM
Serenidade
Avó A. a fazer tolices para um dos seus netos gémeos, que têm o aspeto do Autismo ser o menino mais feliz do mundo. G. que é autista
Como podemos compreender que não é doença de pessoas invulgares
Quem me põe a mão?
Caminhada na Natureza
HOPE (HUMILDADE, OTIMISMO, PACIÊNCIA, ESPERANÇA)
Capacidade de transformação

Um dia em família feliz!
O sossego numa manhã de setembro
O equilíbrio do Ser, Estar e Agir
Partilha a mistura
O equilíbrio...
Bem Estar
Nitidez
O Passeio
Paz
Luz e trevas
Energia
Quanto mais saudável, mais bonito é!
A minha alegria
O universo é inteligente, tudo está em equilíbrio.
Criação de algo que não se sabe bem o que é mas somos nós
Amanhecer

Foco
Histórias partilhadas
Sincronização
Estou sempre aqui!
O melhor da Natureza
O convívio
<i>VISIÓN CLARA</i>
52 anos
Imensidão
Criatividade à flor da pele
Percursos, desafios, liberdade!
Harmonia
A pureza da lua. O equilíbrio da natureza. Saúde mental.
Confiança
Espreguiça feliz
Esteio
Amplidão

Desporto e convívio
Caminho!
Vínculos
Construção
Fonte de luz
natureza-abriga
Florescer - dar frutos

APÊNDICE X – RESPOSTAS DADAS NO QUESTIONÁRIO RELATIVAMENTE AO TÍTULO DA FOTOGRAFIA QUE REPRESENTA A DM

Por sua vez, analisando e refletindo sobre os títulos que as pessoas atribuíram às fotografias que representavam a DM, sobressaem temas mais negativos, como o abandono, a solidão, o sofrimento e o desespero. Estes refletem também o impacto negativo que, por vezes, a EDM tem na vida dos sujeitos. Alguns títulos como "Sufoco", "Abismo" e "Dor de perda" ilustram a intensidade das emoções negativas que associam à DM. No entanto, outros como "A Luz", "Verdadeiro amor" e "Cuidar é transformar!" sugerem esperança, recuperação e transformação, através da relação, do apoio e do cuidar. A diversidade de títulos reflete a complexidade da EDM. Esta pode incluir momentos de sofrimento intenso, mas também de resiliência e esperança. Acrescenta-se que a DM, apesar de estar frequentemente associada apenas a algo muito negativo, pode ser sinónimo de superação, de "... luz", "paz e amor". Refletem que está tudo bem em pedir ajuda, que a comunidade é importante e a força da relação.

TÍTULOS PARA FOTOGRAFIA 2 – DM
Abandono
Solidão e Potencial Abandonado
A Luz
Verdadeiro amor
O que me relaxa e me faz sentir paz e amor
Tão natural que não se vê. Mas está lá
Humidade

<i>It's ok not to be ok.</i>
PAIN (PESSIMISMO, APATIA, IRRITABILIDADE, NEGAÇÃO)
O bem-estar da minha família
Sufoco
Por onde pego??
arame farpado enredado
Física e psicológica
Assoberbamento
Injustiça
CONFUSIÓN
Escape
Destruição
Abismo
Mágoas!
Solidão no deserto
Esta foto para mim é muito perturbadora, é o meu outro netinho gémeo o G. que é um Autista severo, com tendência à agressividade, é uma foto muito triste, mas é a realidade.

A mão do Homem pode criar desequilíbrio.
O desequilíbrio da natureza. Doença mental
Vida monocromática.
Cuidar é transformar!
Estou muito longe...
Trevas e luz
Confusão!
Triste ser amado e não saber!
Até onde nos pode levar
Julgam que a Saúde Mental é alienação?
Desespero
Dor de perda
Precipício
In/Out
Diferente M
Atracados ao nevoeiro
<i>Blurred thoughts</i>

Auto- ajuda e não só!
<i>Red lines</i>
71 anos
A "minha" Guerra
O Estado-Limite do Ser
Um dos dias de muita felicidade para o mais de perto
O inferno

APÊNDICE Y – RESPOSTAS DADAS NO QUESTIONÁRIO: DESAFIO DE FOTOGRAFIA

TÍTULO PARA A FOTOGRAFIA 1 – SM (FACULTATIVO)	TÍTULO PARA A FOTOGRAFIA 2 – DM (FACULTATIVO)	IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE (FACULTATIVO)	GÉNERO	GRUPO ETÁRIO	OPINIÃO RELATIVAMENTE AOS EFEITOS DO ESTIGMA E DO AUTO-ESTIGMA ASSOCIADOS À DM (FACULTATIVO)	COMENTÁRIO ADICIONAL (FACULTATIVO)
O convívio	Abandono	Nas próprias fotografias A. A. Grave	Feminino	50 – 65 anos	Marginalização da sociedade e consequentemente uma baixa autoestima da pessoa doente	-

Quem me põe a mão?	Mágoas!	-	Feminino	Mais de 65 anos	Revolta e desvalorização	Persistir (não baixar os braços), lutar muito, seguir as minhas ideias, ver o que é melhor para mim, melhorou a minha Saúde Mental.
Luz e trevas	Trevas e luz	Margarida Rocha	Feminino	50 - 65 anos	Isolamento, Desvalorização, Falta de inclusão	-
Como podemos compreender que não é doença de pessoas invulgares	Um dos dias de muita felicidade para o mais de perto	Maria do Carmo Barros	Feminino	50 - 65 anos	Reunião de grupo e todos os momentos de auto-estima que temos nas atividades	-

<p>Avó Alice a fazer tolices para um dos seus netos gémeos, que têm o aspeto do Autismo ser o menino mais feliz do mundo. G. que é autista</p>	<p>Esta foto para mim é muito perturbadora, é o meu outro netinho gémeo o G. que é um Autista severo, com tendência à agressividade, é uma foto muito triste, mas é a realidade.</p>	<p>Alice ramos</p>	<p>Feminino</p>	<p>50 - 65 anos</p>	<p>Por experiência própria já fui apelidada de maluca, só porque precisei de ajuda psiquiatra, tive uma infância muitoooooo infeliz, muita miséria o meu pai cometeu o suicídio quando tinha 9 anos, aos 12 fui abandonada pela minha mãe, tenho 2 netinhos gémeos com 9 anos autistas o G. é não verbal, o meu marido está a recuperar de um cancro, todos os dias luto comigo própria para não desistir da vida.</p>	<p>Desculpem tanto desabafo, quero agradecer a esta iniciativa e também ao grupo....Mais de perto...obrigada</p>
--	--	--------------------	-----------------	---------------------	--	--

HOPE (HUMILDADE, OTIMISMO, PACIÊNCIA, ESPERANÇA)	PAIN (PESSIMISMO, APATIA, IRRITABILIDADE , NEGAÇÃO)		Feminino	50 – 65 anos	É um entrave	
Paz	Solidão e Potencial Abandonado	Pedro Veiga	Masculino	30 – 49 anos	"Virar para dentro" e não mostrar o nosso verdadeiro potencial e naturalidade	Gostei da iniciativa. Obrigado
<i>Hope</i> (HUMILDADE, OPTIMISMO, PACIÊNCIA E ESPERANÇA)	<i>PAIN</i> (PESSIMISMO, APATIA, INCOMPREENS ÃO E NEGAÇÃO)	Eva Correia	Feminino	50 – 65 anos	São um entrave	-

-	Até onde nos pode levar	Ana Margarida Pinto	Feminino	Mais de 65 anos	Isolamento	-
-	-	-	Feminino	30 - 49 anos	Eu sinto isso na pele, só porque sou doente mental, têm me como burra e isso é errado	-
Vínculos	<i>It's ok not to be ok.</i>	Mariana Silva	Feminino	18 - 29 anos	O estigma e o auto-estigma associados à doença mental contribuem para a marginalização, isolamento social e baixa autoestima dos indivíduos, dificultando o acesso aos cuidados de saúde, a recuperação e	-

					a plena reintegração na sociedade.	
Sincronização	Verdadeiro amor	Sizasmarr	Feminino	30 - 49 anos	Frutos proibidos, vozes almeja a alma	-
Fonte de luz	Escape	-	Feminino	18 - 29 anos	-	-
Espreguiça feliz	Dor de perda	-	Feminino	50 - 65 anos	O receio de partilhar o seu estado emocional com os outros, pelo receio de receber críticas da outra pessoa; ou a desvalorização das pessoas relativamente a uma doença que não é visível fisicamente.	-

O Passeio	A Luz	Gabriela Socorro	Feminino	18 – 29 anos	A doença mental desfigura a nossa autoimagem, impedindo, muitas vezes, de nos reconhecermos como pessoas e humanos.	-
Caminhada na Natureza	O bem-estar da minha família	Matilde Ferreirai	Feminino	30 – 49 anos	Isolamento	-
Histórias partilhadas	A "minha" Guerra	Marco Franco	Masculino	Mais de 65 anos	Medo, silêncio, isolamento, vergonha e ansiedade.	Frequento o grupo porque me sinto bem com a interação mútua.
O equilíbrio...	-	Isabel	Feminino	50 – 65 anos	Ignorância e dor	-
Serenidade	Auto-ajuda e não só!	Rui Santos	Masculino	Mais de 65 anos	Solidão. Falta de empatia por quem não consegue	Grande vontade de ajudar!

					lidar com as próprias emoções.	
-	-	-	Feminino	18 - 29 anos	Podem levar a pessoa recusar-se a aceitar a doença e, porventura, o seu tratamento. Deixa de falar sobre o assunto, tornando-o num tabu	-
Estou sempre aqui!	Estou muito longe...	Maria João Seixas	Feminino	50 - 65 anos	-	-
Foco	Assoberbamento	-	Feminino	50 - 65 anos	-	-
O melhor da Natureza	O inferno	-	Feminino	50 - 65 anos	-	-

-	-	-	Feminino	30 - 49 anos	-	-
-	-	-	Masculino	50 - 65 anos	Isolamento, baixa autoestima.	-
<i>VISIÓN CLARA</i>	<i>CONFUSIÓN</i>	-	Feminino	Mais de 65 anos	DESANIMO, TRISTEZA, INCAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN, CONFUSIÓN, ANSIEDAD	-
Esteio	<i>Red lines</i>	Ana	Feminino	50 - 65 anos	-	-
Capacidade de transformação	Triste ser amado e não saber!	-	Masculino	Mais de 65 anos	Exclusão	-
criação de algo que não se sabe	Tão natural que não se vê. Mas está lá	-	Feminino	18 - 29 anos	-	-

bem o que é mas somos nós						
-	-	Carlos Marques	Masculino	Mais de 65 anos	O auto-estigma faz com que as pessoas dificilmente procurem ajuda para tratar os seus problemas de saúde mental. O principal meio para combater o estigma associado à doença mental é a informação.	-
Confiança	Desespero	-	Masculino	30 - 49 anos	O estigma pode fazer com que a saúde mental se continue a deteriorar e	-

					retarde o tratamento, levando a um agravamento da doença.	
Construção	Destruição	-	Feminino	30 - 49 anos	A não procura de ajuda e sofrimento em silêncio.	-
A pureza da lua. O equilíbrio da natureza. Saúde mental.	O desequilíbrio da natureza. Doença mental	-	Feminino	Mais de 65 anos	São efeitos negativos na sociedade.	-
52 anoa	71 anos	Maria Luiaa Pereira	Feminino	Mais de 65 anos	-	Desde que iniciei as atividades aumentei a minha autoestima, abdi mais alegre e sinto-me

						melhor comigo mesma e motivada.
Quanto mais saudável, mais bonito é!	Cuidar é transformar!	Aurora Boreal	Feminino	Mais de 65 anos	Tristeza, desânimo, e revolta por ser posta de parte.	Pensar sobre este tema é muito importante, para ver se as pessoas conseguem compreender o outro. Ouvir a outra pessoa é fundamental.
O universo é inteligente, tudo está em equilíbrio.	A mão do Homem pode criar desequilíbrio.	-	Feminino	50 - 65 anos	Nao permite a cura.	Acho benéfico esta iniciativa.
-	-	G.C.	Feminino	50 - 65 anos	Bloqueios vários.	-
Energia	Humidade	-	Feminino	30 - 49 anos	-	-

-	Injustiça	-	Feminino	30 - 49 anos	Infernal	-
Um dia em família feliz!	O que me relaxa e me faz sentir paz e amor	-	Feminino	50 - 65 anos	A área de saúde mental do HPH tem muita comunicação e atividades para nos ocupar e acompanha-nos muito. Eu só tenho agradecer área de saúde mental. OBRIGADA	-
natureza-abriga	arame farpado enredado	Alexandra Carvalho	Feminino	30 - 49 anos	O isolamento pela pressão social, por não corresponder ao comportamento normativo e performativo esperado. A solidão, a exclusão, vai corroendo a	Parabéns pela iniciativa.

					esperança de ver reconhecido o seu valor e direito a sere relacionar-se. A doença é fracasso, enquanto o estigma se albergar na ignorância.	
-	-	-	Feminino	Mais de 65 anos	-	-
-	-	-	Feminino	Mais de 65 anos	-	-
-	-	-	Feminino	Mais de 65 anos	-	-
Imensidão	Precipício	-	Feminino	50 - 65 anos	Marginalização e isolamento	-

Serenidade	-	Ruminação	Feminino	18 - 29 anos	-	-
-	-	-	Masculino	18 - 29 anos	-	-
-	-	-	Feminino	50 - 65 anos	Limitantes	-
Amplidão	Abismo	-	Feminino	50 - 65 anos	Isolamento e solidão	-
-	-	Graça Magalhães	Feminino	50 - 65 anos	Isolamento, discriminação, marginalização	-
O equilíbrio do Ser, Estar e Agir	O Estado-Limite do Ser	-	Feminino	18 - 29 anos	-	Gostaria de deixar uma reflexão que escrevi há um ano e que julgo ser pertinente (autorizo que seja utilizada na representação dos

						<p>desenhos enviados): "Acho que nunca vivi uma solidão como esta. Uma solidão preenchida e cheia de coisas. Uma roda gigante de vazio, entre o querer estar e o desejar não estar. Uma bola de neve que me leva a estados de ansiedade constantes, entre o querer fazer e o desistir de fazer. Um turbilhão de sensações, entre a confusão e o medo.</p> <p>Medo dos outros, do mundo e do eu. Um medo temido por aquilo que (re)conheci ser ansiedade social e o estado-limite.</p>
--	--	--	--	--	--	---

						Que me impede de ser, de estar e de agir."
Partilha a mistura	Solidão no deserto	Tomás Maurício	Masculino	30 - 49 anos	Criam resistências, impedem a mudança, funcionam como uma jaula.	Ob ligatum. Todos ligados.
Desporto e convívio	Física e psicológica	Cláudia Barbosa	Feminino	50 - 65 anos	Auto desvaloriza-se e deixa de desempenhar o seu papel social	Discriminação social
A minha alegria	Diferente	Manuela Silva	Feminino	50 - 65 anos	Sentir-se só.	-
Caminho!	Confusão!	Carla Mór	Feminino	30 - 49 anos	Em relação ao estigma, é a falta de empatia para com aquele que revela Doença Mental. Quanto ao	-

					<p>auto-estigma, a pessoa não aceita que tem uma dificuldade ao nível da Saúde Mental/psicológica; sofre muitas vezes em silêncio pelo receio do julgamento que os outros/sociedades podem fazer.</p>	
Amanhecer	<p>Julgam que a Saúde Mental é alienação?</p>	Elisa Miranda	Feminino	50 - 65 anos	<p>Relativamente ao estigma, a sociedade faz de conta de que não vê a pessoa com Doença Mental. E o auto-estigma é o fingir que não se tem Doença Mental. Quando a pessoa está incapacitada</p>	<p>Esta exposição serve para que todos nós olhemos para o lado e pensemos que todos temos outras doenças. A Doença Mental não é diferente das outras doenças. A pessoa deve ser tratada como pessoa;</p>

					ao nível motor, é a coitadinha.	uma pessoa que não tenha um rim, um pulmão, um pé.
Criatividade à flor da pele	Por onde pego??	-	Feminino	50 - 65 anos	Isolamento, medo, raiva, culpa, desintegração social.....	-
Harmonia	Sufoco	-	Feminino	18 - 29 anos	É sempre algo associado a um tabu, fazendo com que as pessoas se fechem numa bolha e isso intensifica os problemas associados à doença mental.	-
Nitidez	<i>Blurred thoughts</i>	Natália Santos	Feminino	30 - 49 anos	Limitam a liberdade da pessoa de ser o que é	-

-	-	-	Feminino	30 - 49 anos	-	-
Florescer - dar frutos	-	-	Feminino	18 - 29 anos	-	-
Bem Estar	In/Out	-	Feminino	50 - 65 anos	incapacidade para o trabalho ou mesmo para o laser	A Saúde está muito doente
Percurso, desafios, liberdade!	Vida monocromática.	-	Feminino	30 - 49 anos	Restringe a liberdade, de uma forma individual e coletiva.	-
O sossego numa manhã de setembro	Atracados ao nevoeiro	Sim, posso	Feminino	30 - 49 anos	Repressão de um ser humano em constante luta consigo próprio, o desajuste dentro de uma sociedade,	É preciso desconstruirmos o estigma associado à doença mental e adotarmos práticas para mantermos

					a exclusão social e o isolamento, a discriminação e o preconceito relativos à doença mental dentro de uma sociedade, entre outros.	a nossa mente saudável
--	--	--	--	--	--	------------------------

APÊNDICE Z – CARTAZ PARA DIVULGAR O QUESTIONÁRIO:
DESAFIO DE FOTOGRAFIA

(IN)VISÍVEL?
DESAFIO DE FOTOGRAFIA



**RESPONDA AO QUESTIONÁRIO
& ENVIE 2 FOTOGRAFIAS**

Uma que represente a Saúde Mental
Outra que represente a Doença Mental

Data limite de submissão: 25 de setembro de 2024

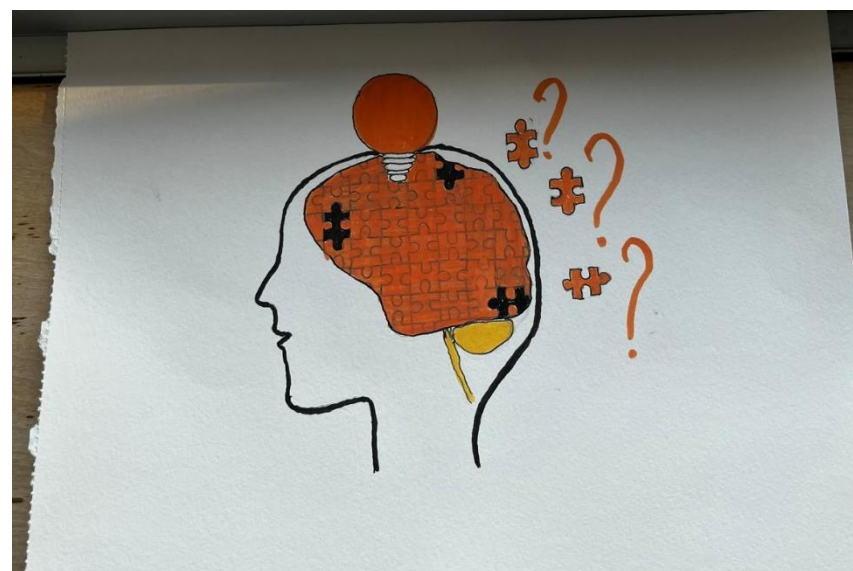
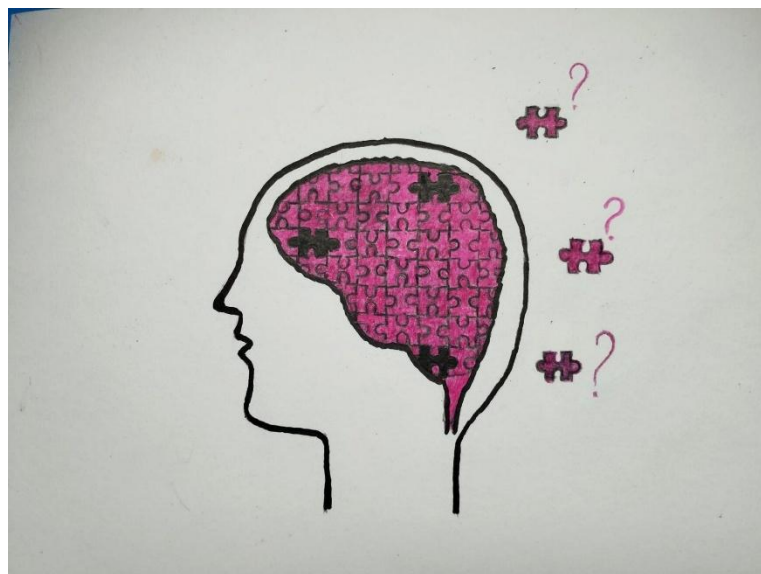
Aceda através do QR Code



ou em
bit.ly/4d2l9SK

Organização:
Grupo *Mostra!* e *Jovens com Futuro* em parceria
com o Projeto *Mais de Perto*.
Aceda ao nosso Instagram para mais informação
@mostrajovenscomfuturo

APÊNDICE AA—ALGUNS ESBOÇOS DA FOTOGRAFIA DE PERFIL DA PÁGINA DE *INSTAGRAM* E DO QUESTIONÁRIO DA INICIATIVA *(IN)VÍSEL?*



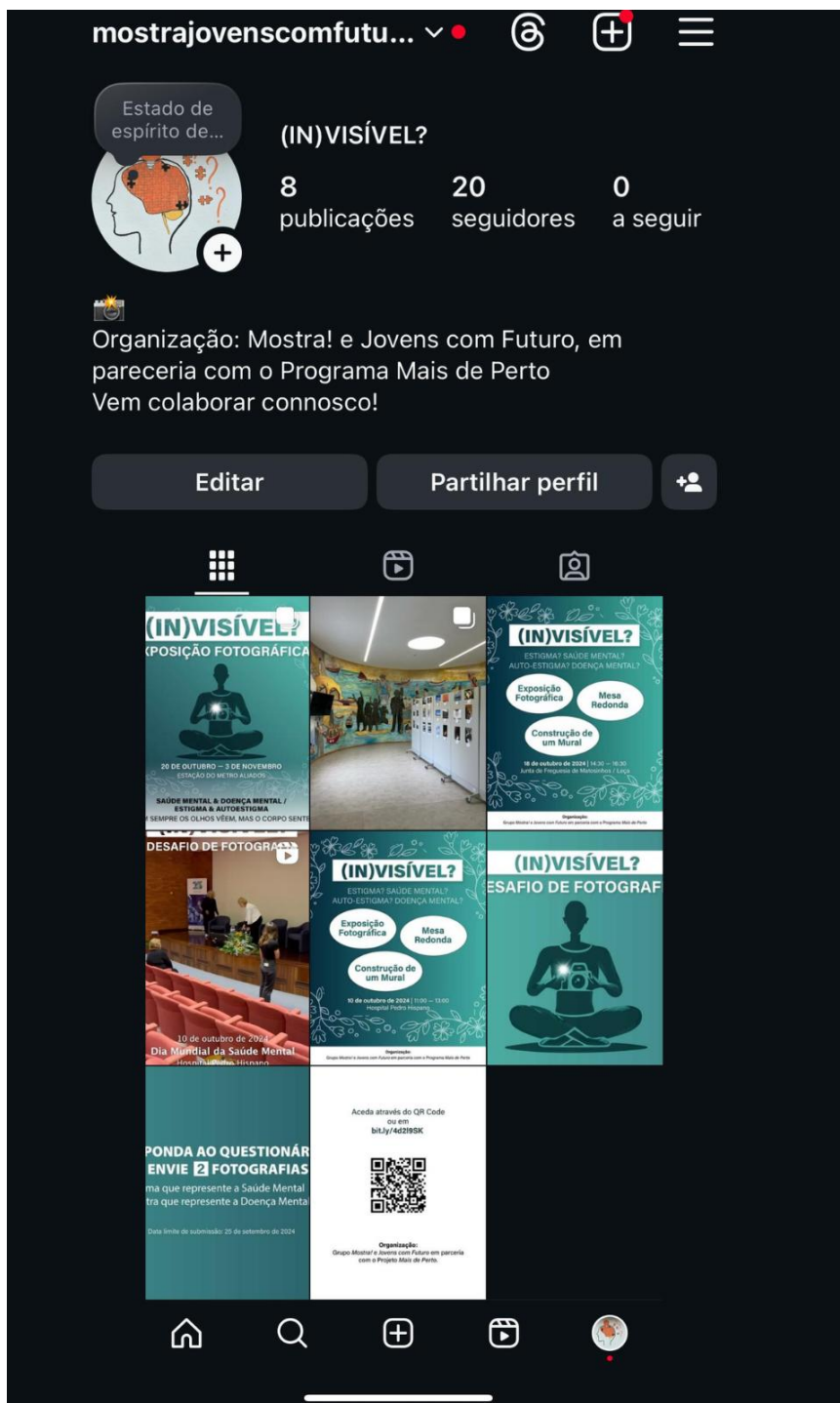
APÊNDICE AB – FIGURA SIMBÓLICA DA INICIATIVA *(IN)VISÍVEL?*



APÊNDICE AC –ESBOÇO INICIAL DO CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA INICIATIVA *(IN)VÍVEL?*



APÊNDICE AD – PÁGINA DE *INSTAGRAM* DA INICIATIVA *(IN)VISÍVEL?*



APÊNDICE AE – PROGRAMA DO EVENTO NO HPH

(IN)VISÍVEL?

PROGRAMA



Organização:

Grupo *Mostra!* e *Jovens com Futuro* em parceria com o Programa *Mais de Perto*.
Aceda ao nosso Instagram para mais informação @mostrajovenscomfuturo



ESCOLA
SUPERIOR
DE EDUCAÇÃO
POLITÉCNICO
DO PORTO

(IN)VISÍVEL?

Hospital Pedro Hispano

Programa

10 de outubro de 2024 | 11:00 – 13:00

- Abertura do Evento - Grupo *MOSTRA!*
- Visita à **Exposição Fotográfica**
- Mesa Redonda: *Como (não) te conto a minha história?*

Oradores:

- **Dr^a. Rosa Quelhas** — Médica Psiquiatra — Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano
- **Dr^a. Ana Bertão** — Psicóloga e Professora — Coordenadora na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto
- **Elisa Miranda** — Em Representação dos Grupos *Mostra!* e *Jovens com Futuro*

Moderadora:

- **Dr^a. Ana Rita Pinto** — Terapeuta Ocupacional na Unidade de Psiquiatria Forense do Centro Hospitalar Santo António
- Construção conjunta de um **Mural**

APÊNDICE AF – PROGRAMA DO EVENTO NA JUNTA DE FREGUESIA
MATOSINHOS/ LEÇA

(IN)VISÍVEL?

PROGRAMA



Organização:

Grupo *Mostra!* e *Jovens com Futuro* em parceria com o Programa *Mais de Perto*.
Aceda ao nosso Instagram para mais informação @mostrajovenscomfuturo



P.PORTO

ESCOLA
SUPERIOR
DE EDUCAÇÃO
POLITÉCNICO
DO PORTO



(IN)VISÍVEL?

Junta de Freguesia Matosinhos / Leça
Programa

18 de outubro de 2024 | 14:30 – 16:30

- Abertura do Evento – André Ferreira e Grupo *MOSTRA!*
- Visita à **Exposição Fotográfica**
- Mesa Redonda: *Como (não) te ajudos?*

Oradores:

- **Dr^a. Rosa Quelhas** — Médica Psiquiatra — Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano
- **Dr^a. Helena Carvalho** — Psicóloga e Professora na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto
- **Alda Grave** — Em Representação dos Grupos *Mostra!* e *Jovens com Futuro*

Moderadora:

- **Dr^a. Bárbara Sousa** — Psicóloga e Professora na Universidade do Minho
- Construção conjunta de um **Mural**

APÊNDICE AG – CARTAZ PARA DIVULGAR A EXPOSIÇÃO NA
ESTAÇÃO DE METRO DOS ALIADOS, NO PORTO



(IN)VISÍVEL?
EXPOSIÇÃO FOTOGRAFICA

20 DE OUTUBRO — 3 DE NOVEMBRO
ESTAÇÃO DO METRO ALIADOS



SAÚDE MENTAL & DOENÇA MENTAL / ESTIGMA & AUTOESTIGMA
NEM SEMPRE OS OLHOS VÊEM, MAS O CORPO SENTE

Organização:
Grupo *Mostra!* e *Jovens com Futuro* em parceria com o Programa *Mais de Perto*.
Aceda ao nosso Instagram para mais informação @mostrajovenscomfuturo ou no QR Code acima.



APÊNDICE AH – POWERPOINT APRESENTADO NA ESE

(IN)VISÍVEL?



Saúde Mental

Doença Mental

Estigma

Autoestigma

Organização:
Grupos MOSTRA! e Jovens com Futuro em parceria com o Programa Mais de Perto.

P.PORTO **ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO POLITÉCNICO DO PORTO** **ULS Matosinhos** **MAIS DE PERTO**

ESTIGMA E AUTOESTIGMA


“(...) pessoas com problemas de saúde mental são tolinhas (...)”

“Às vezes, na minha família, sinto-me um extraterrestre.”

“(...) o porquê de isto me acontecer a mim (...) o que eu fiz de errado.”

“Não tenho capacidade para me exprimir (...) peço muita desculpa (...) centenas, milhares de perguntas que fizemos a nós mesmas sobre os problemas que temos.”

“(...) quando eu faço alguma coisa que a irrita, a minha sogra diz-me sempre: Nota-se logo que és autista. ”



O INÍCIO...

“(...) quanto mais não seja para deitar cá para fora o que sentimos (...) uma pessoa precisa de comunicar (...) as pessoas com problemas em saúde mental isolam-se e assim é uma oportunidade para falar.”

“No fundo, vem demonstrar que nós não somos só as pessoas que andam a tratar-se em saúde mental e que, se quisermos, somos capazes de conseguir coisas que nunca pensamos.”

“Estou muito curiosa para desenvolver este tema. Estou nisto há muito tempo e também para ajudar outras pessoas.”



OS TRILHOS DO CAMINHO

O que é para mim a Doença Mental?

Preto ou Branco?

Fotografia ideal?

Medos e Receios
Expetativas
Objetivos Individuais



Relação
Interações
Como me posiciono no mundo?

Como (não) te conto a minha história?

Como (não) te ajudo?

Como (não) podemos caminhar juntos?



GRUPO MOSTRA! / JOVENS COM FUTURO

“(...) o evento era um lugar seguro para se partilhar.”

“(...) não tinha noção de que poderia viver estas interações (...)”

“(...) não queria sair, senti-me estimulada.”

“(...) deu-nos a possibilidade de sermos humanos.”

“(...) nunca recebemos nada, foi a primeira vez... pelo contrário, costumávamos ser nós a dar.”



COMUNIDADE

E quando o medo do amanhã impera? Como ganhar força para o caminho? A resposta está sempre ao nosso lado.

Parabéns pela iniciativa! Daqui a um ano temos de fazer outra apresentação.

Reconhecer que precisa de ajuda é um ato de coragem! Com a experiência do outro podemos tirar ensinamentos. Parabéns pela iniciativa!

Eu não sou maluca, malucos são aqueles que não querem ver. Eu só preciso de ajuda. Parabéns pela iniciativa. Obrigada.

Simplemente, muito muito grata. Fazem parte de mim e eu de vocês. Logo existimos no nós.



HOSPITAL
PEDRO
HISPANO

JUNTA DE
FREGUESIA
MATOSINHOS
- LEÇA

ESTAÇÃO DE
METRÔ DOS
ALIADOS

ESCOLA
SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO

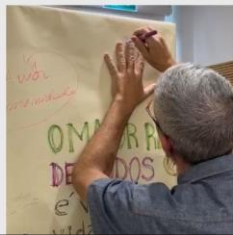


TRAJETÓRIA

HOSPITAL PEDRO HISPANO



JUNTA DE FREGUESIA DE MATOSINHOS - LEÇA



ESTAÇÃO DE METRO ALIADOS



COMO (NÃO) PODEMOS CAMINHAR JUNTOS?

Dá visibilidade à tua opinião!



**APÊNDICE AI – FOTOGRAFIA DE UM ENSAIO DA APRESENTAÇÃO
FEITA PELO GRUPO *MOSTRA!* NO MOMENTO DE ABERTURA DOS
EVENTOS**



**APÊNDICE AJ – MODELO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DAS
FOTOGRAFIAS EXPOSTAS NAS EXPOSIÇÕES**



APÊNDICE AK – TEXTOS ESCRITOS PELOS PARTICIPANTES DO PROJETO E LIDOS NAS MESAS REDONDAS DOS EVENTOS

Como (não) te conto a minha história?

10 de outubro – Hospital Pedro Hispano

Vou ler um texto elaborado pelas pessoas que construíram a ação que nos trouxe, aqui, hoje.

Desafiadas a pensar na temática desta mesa – “Como(não) te conto a minha história?”, queremos partilhar as nossas ideias:

Para contarmos a nossa história temos de confiar na pessoa com quem estamos. Temos de nos sentir seguras!

- A necessidade de desabafar, mas não dizer tudo; desabafar com a pessoa certa.....

- Serás a pessoa certa?Mmmmmm, não és a pessoa certa, ou és?

- Será que és a pessoa certa para me ouvires?

- Como lido com as minhas emoções quando eu não sei se posso contar a minha história?

- Vou contando, mas não contando! Será que a tua história é mais complicada que a minha? Terei de ouvir a tua história para, depois, tu ouvires a minha?

- Eu conto a minha história. Eu confio nas pessoas.

- Eu não conto a minha história porque não vou ser compreendida.

- Tem de haver confiança: como vais ouvir a minha história e como a vais interpretar?

- Mas como podemos construir essa confiança? Antes disso, onde encontro as pessoas para isso?

- Se estivermos integradas num grupo, podemos dar atenção ao olhar, ao sorriso, a uma mão no ombro, a um abraço, a uma voz calma.

- O saber ouvir é igualmente importante. Às vezes, estamos fechadas na concha, então não contamos nada. Quando quem escuta se apercebe que alguma coisa não está bem, dá uma palavra amiga e abre-se a concha.

- A confiança é difícil de se construir. Precisamos de tempo e de sentir que há um elo, uma ligação que se vive, que somos acompanhadas, que alguém nos faz sentir bem, sobretudo, dá-nos paz.

- É tão bom saber que tenho alguém que me pode tirar do fundo, que me agarra!

- Contar a minha história, falar sobre os meus problemas, e ter alguém próximo que me incentiva a caminhar, a procurar dar passos, que me orienta para a busca de soluções!

- Nos grupos onde desenvolvemos atividades, queremos ver um olhar caloroso, receber um sorriso intencional e atitudes de compreensão, criar relacionamentos de proximidade...não só realizar a atividade.

A confiança é a chave da porta. Anda com a chave... e assim poderás abrir e fechar a tua porta, contando histórias, ou não!

Como(não) te ajudo?

18 de outubro – Junta de Freguesia de Matosinhos

Vou ler um texto elaborado pelas pessoas que construíram a ação que nos trouxe, aqui, hoje.

Desafiadas a pensar na temática desta mesa – “Como(não) te ajudo?”, queremos partilhar as nossas ideias:

É difícil, custa muito viver com o pesadelo da Doença Mental e saber que muitas vezes não somos compreendidos pelos outros, sobretudo pela família. Todos nós precisamos de relações que nos dão suporte emocional; partilhar com os outros as experiências negativas que tivemos ou vamos tendo, e receber apoio.

Quando nos sentimos sozinhos, isolados, quando pensamos que ninguém entende o que se está a passar connosco, quando sentimos que ninguém mais está a passar por aquele momento de dor intensa, perguntamo-nos constantemente:

– Porque é que eu sinto isto, porque é que eu sou assim? Porque é que a minha vida é tão difícil? O que é que eu fiz para ter de sofrer tanto? (achando que só nós sofremos daquele jeito).

Todos os nossos medos e sofrimentos tornam-se maiores no silêncio e na negação!

Ouvir uma palavra amiga conforta, por isso, necessitamos de familiares e de amigos de confiança. Os encontros com os outros, independentemente de quem sejam, têm de nos fazer sentir respeitados, receptividade pelo que somos; e empatia e compreensão pelo que dizemos.

Quando conseguimos partilhar o que estamos a sentir, acabamos por perceber que não estamos sozinhos na dor; os outros também sentem dificuldades, têm problemas que implicam sofrimento. Existem muitos seres humanos, mais do que imaginamos, que sofrem em circunstâncias idênticas, ou pelo menos, estão a viver situações semelhantes; têm também esta doença.

Esta partilha de sentimentos é o que se chama a nossa “humanidade compartilhada”. Desabafar e a escuta do outro fazem aliviar o sofrimento.

Falar sobre o que nos dói, ter a atenção e o acolhimento da outra pessoa, ouvir uma palavra amiga que conforta, coloca-nos num caminho de cura.

Queremos, igualmente, sentir isto nos profissionais de saúde. Eles podem ajudar. Por isso, devemos procurar um psicólogo, um psiquiatra, um psicoterapeuta. Eles têm preparação especializada para nos ouvir, entender, ajudar a compreender o que sentimos e a ultrapassar os obstáculos.

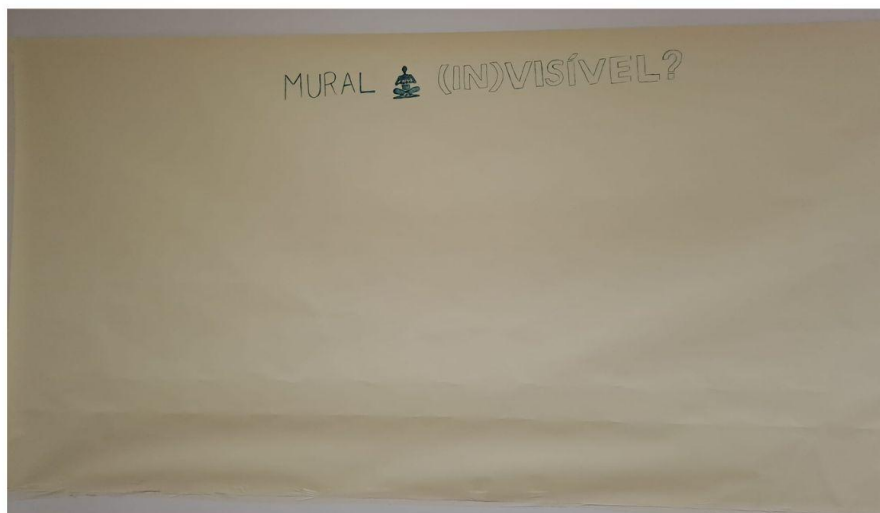
Porém, não devemos ficar por aqui. É fundamental criar ligações na comunidade.

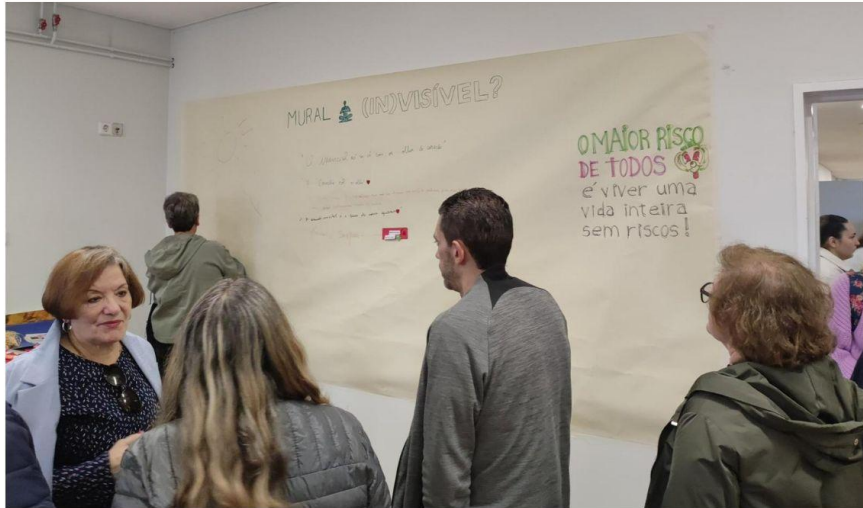
Se as nossas relações sociais são muito reduzidas, que é o que geralmente acontece, sentimos-nos isolados. A participação em atividades das quais gostamos permite-nos desenvolver sempre algo em nós; mas, quando elas têm espaço para conversarmos, para interagimos de várias formas com outras pessoas que entendem a nossa história ou que têm uma história parecida, a sensação é a de se estar acompanhado.

A ajuda parte de mim, ao encontro do outro.

A ajuda vem do outro, ao meu encontro!

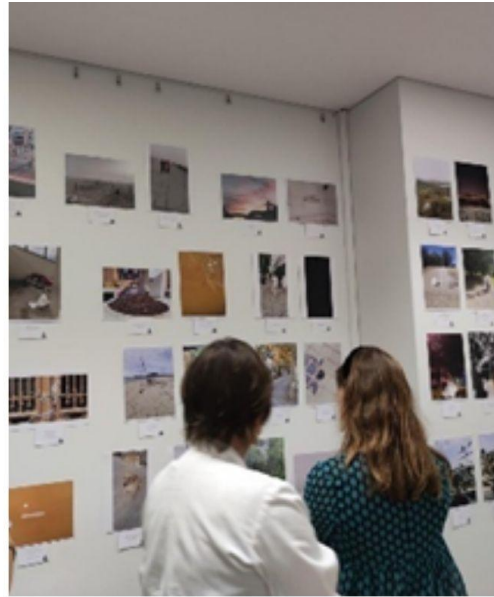
APÊNDICE AL – A EVOLUÇÃO DO MURAL

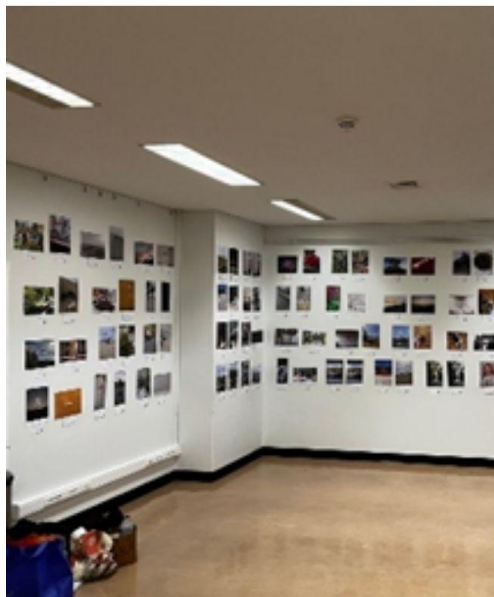
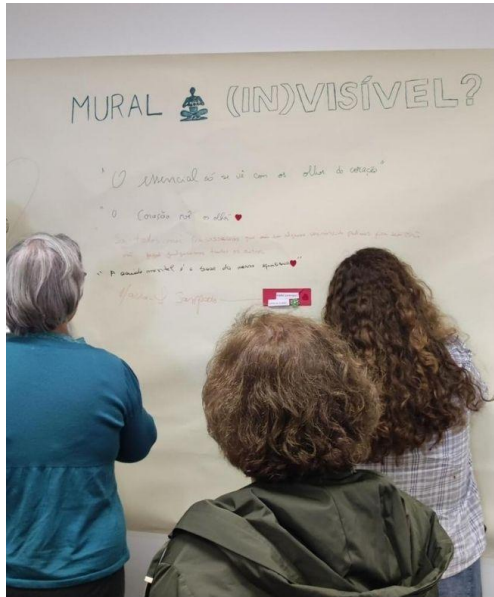




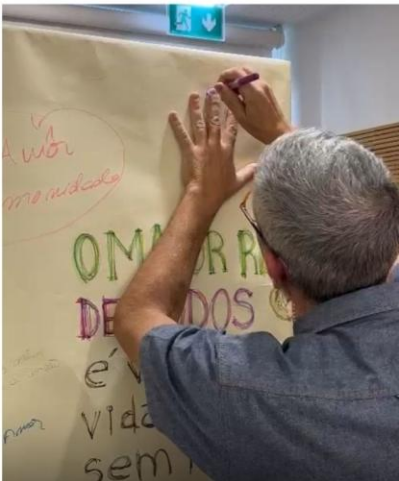
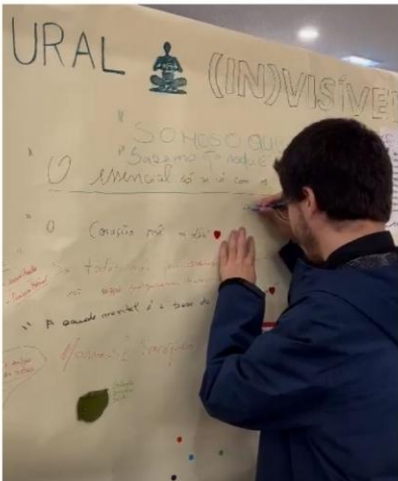
PÊNNDICE AM – FOTOGRAFIAS DO EVENTO NO HPH

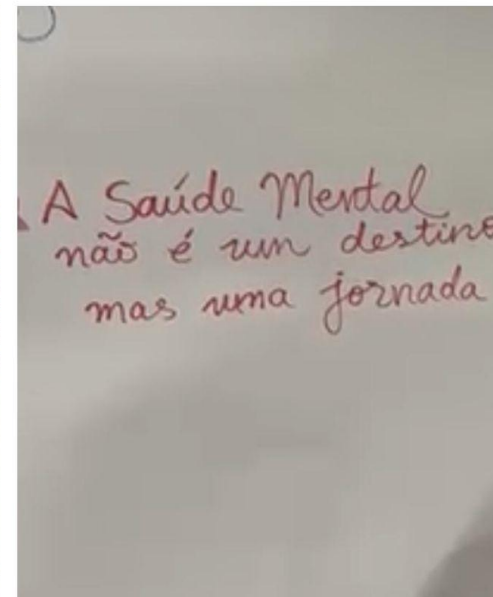
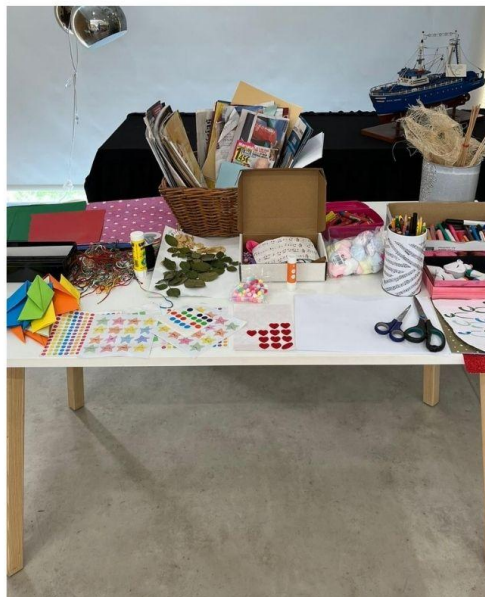
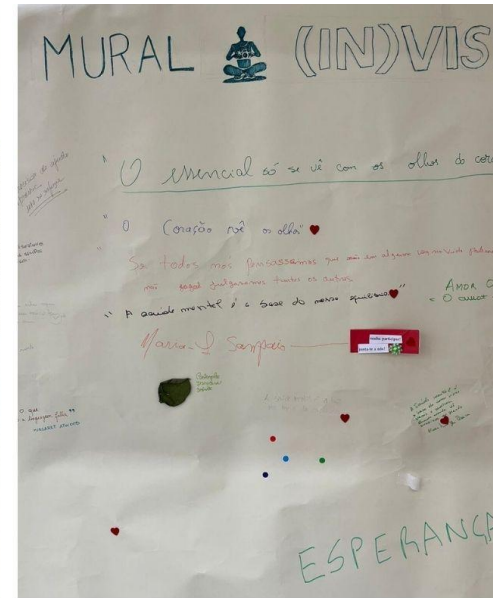


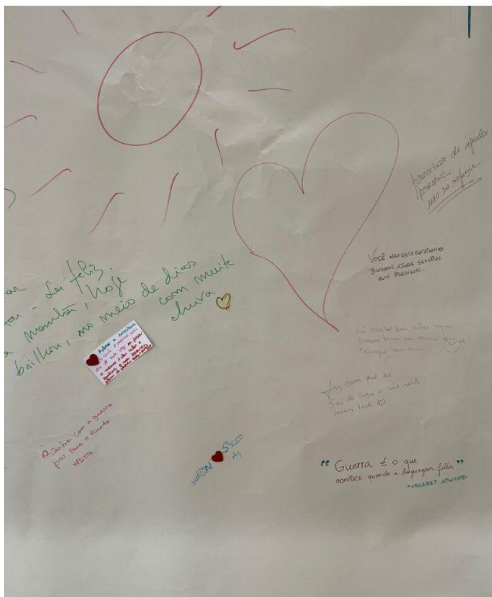
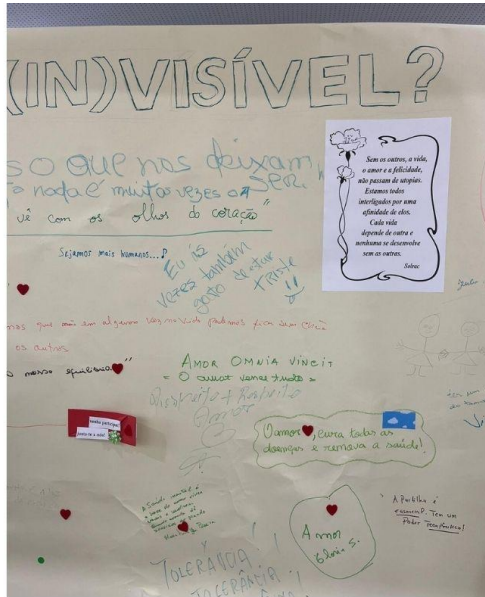




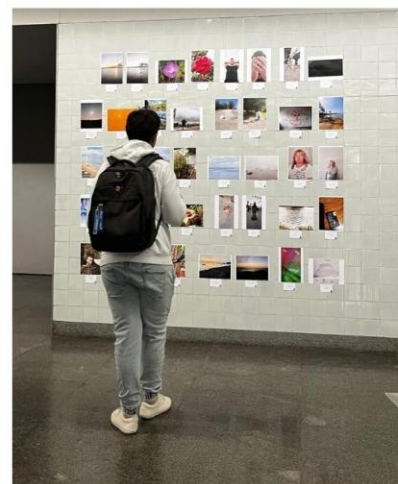
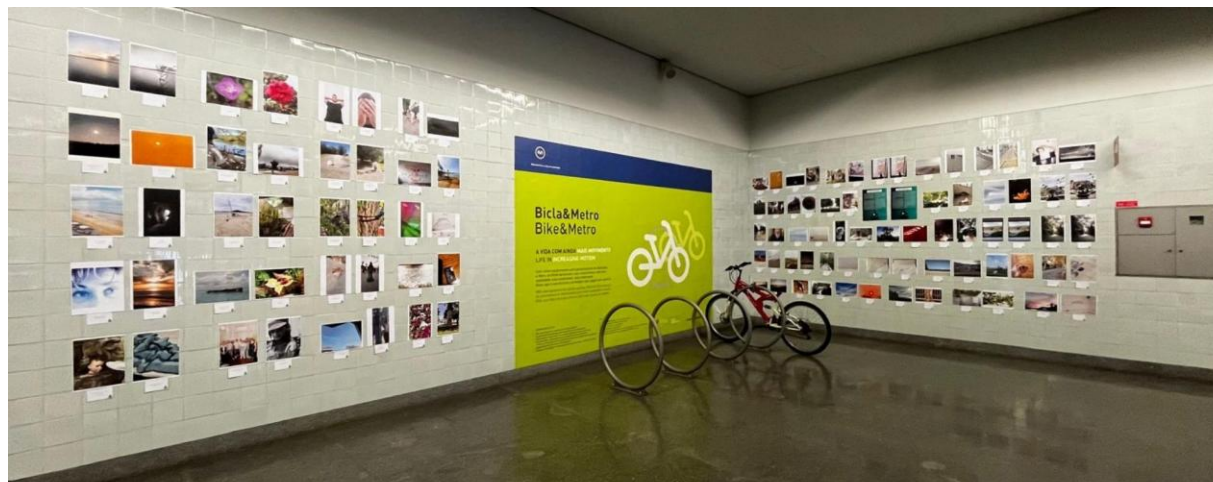
APÊNDICE AN – FOTOGRAFIAS DO EVENTO NA JUNTA DE FREGUESIA DE MATOSINHOS / LEÇA

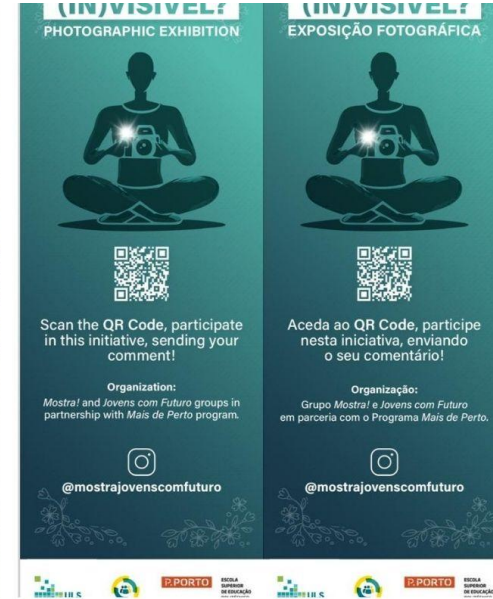
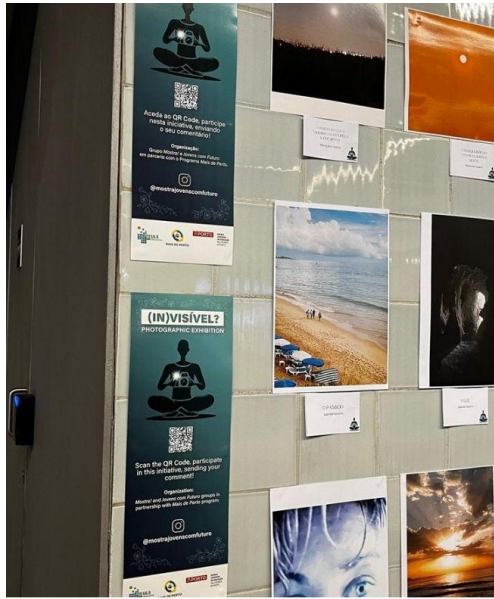






APÊNDICE AO – FOTOGRAFIAS DA EXPOSIÇÃO NA ESTAÇÃO DE METRO DOS ALIADOS NA CIDADE DO PORTO





(IN)VISÍVEL?

O desafio foi lançado à comunidade pelos grupos "Mostra!" e "Jovens com Futuro", com a colaboração da Equipa do Programa "Mais de Perto" (Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano). A inquietação inicial provinha de (ainda) se definirem as pessoas pela sua experiência de Doença Mental.

E as respostas surgiram, afirmando a participação social como um gesto de humanidade, e como ferramenta de intervenção, no âmbito da Saúde Mental Comunitária. Refletir sobre a Saúde Mental e sobre a Doença Mental, a partir das representações que temos; estabelecer pontes entre elas ou afastando-as; partilhá-las através de imagens; tomar parte numa ação coletiva construída com e para as pessoas de alcance inclusivo maior; foram e são objetivos geradores de proximidade em torno de uma temática que preocupa a sociedade.

As fotografias desta exposição demonstram a diversidade de leituras sobre os pontos de partida - Saúde e Doença Mental, trazendo à tona a subjetividade e a dimensão metafórica associadas. São um conjunto de visões, não apontam para conclusões.

Pelo contrário: a multiplicidade de olhares conduz-nos ao diálogo. Este continuará em aberto, entre as pessoas que participaram neste desafio fotográfico e apresentam a sua interpretação, e as que observam, posteriormente, os registos visuais. O fluxo é contínuo: comunica-se informação e renova-se o convite à sua apropriação e reflexão; mobiliza-se o debate; procura-se a transformação efetiva de mentalidades, nomeadamente, à volta do Estigma da Doença Mental, e a afirmação do que é justiça social e Direitos Humanos.

Nem sempre os olhos veem, mas o corpo sente.



APÊNDICE A4 – MENTIMETER PARTILHADO DURANTE A AULA ABERTA NA ESE

 Mentimeter



Como (não) podemos caminhar juntos?

Respostas curtas são recomendadas. Restam 200 caracteres.

200

Você pode enviar várias respostas

● Como (não) podemos caminhar juntos?

12 15

Só faz sentido se todos caminhamos juntos!

Saúde mental na comunidade, o que fazer para promover?

Ouvir, o poder da escuta é fundamental, mas não só, se aliarmos ao poder da observação aos pequenos detalhes, temos uma ferramenta irrefutável para conseguirmos mudar a vida das pessoas!

Seria interessante continuar esta iniciativa em escolas secundárias e superiores

As nossas figuras de vinculação primária, pai e mãe, são muitas das vezes as pessoas que mais nos prejudicam pela crítica e julgamento sempre associados. Como levamos este projeto para casa?

Todos somos capazes. É preciso haver espaços nas comunidades para nos sentirmos importantes e valiosos. Para alcançarmos em conjunto até ao empoderamento que se vai perdendo na doença mental.

A partilha, a confiança, o amor. A vida não é apenas uma destino é um momento de compaixão e compreensão. Temos de ser flexíveis.

E quando a própria pessoa recusa qualquer tipo de ajuda/caminho?

ao partilhar as nossas reflexões para que o outro não sinta que esta sozinho

O participar e partilhar o tema da saúde e da doença mental é fundamental para desmistificar todo o tipo de estereótipos que possam perpetuar. Caminhar em conjunto é fulcral.

Às vezes estamos tão habituados/as a caminhar sozinhos/as que temos medo de pedir ajuda. É muito difícil pedirmos ajuda quando somos sempre as pessoas a ajudar.

Dar voz às pessoas que não são ouvidas nem tidas em conta

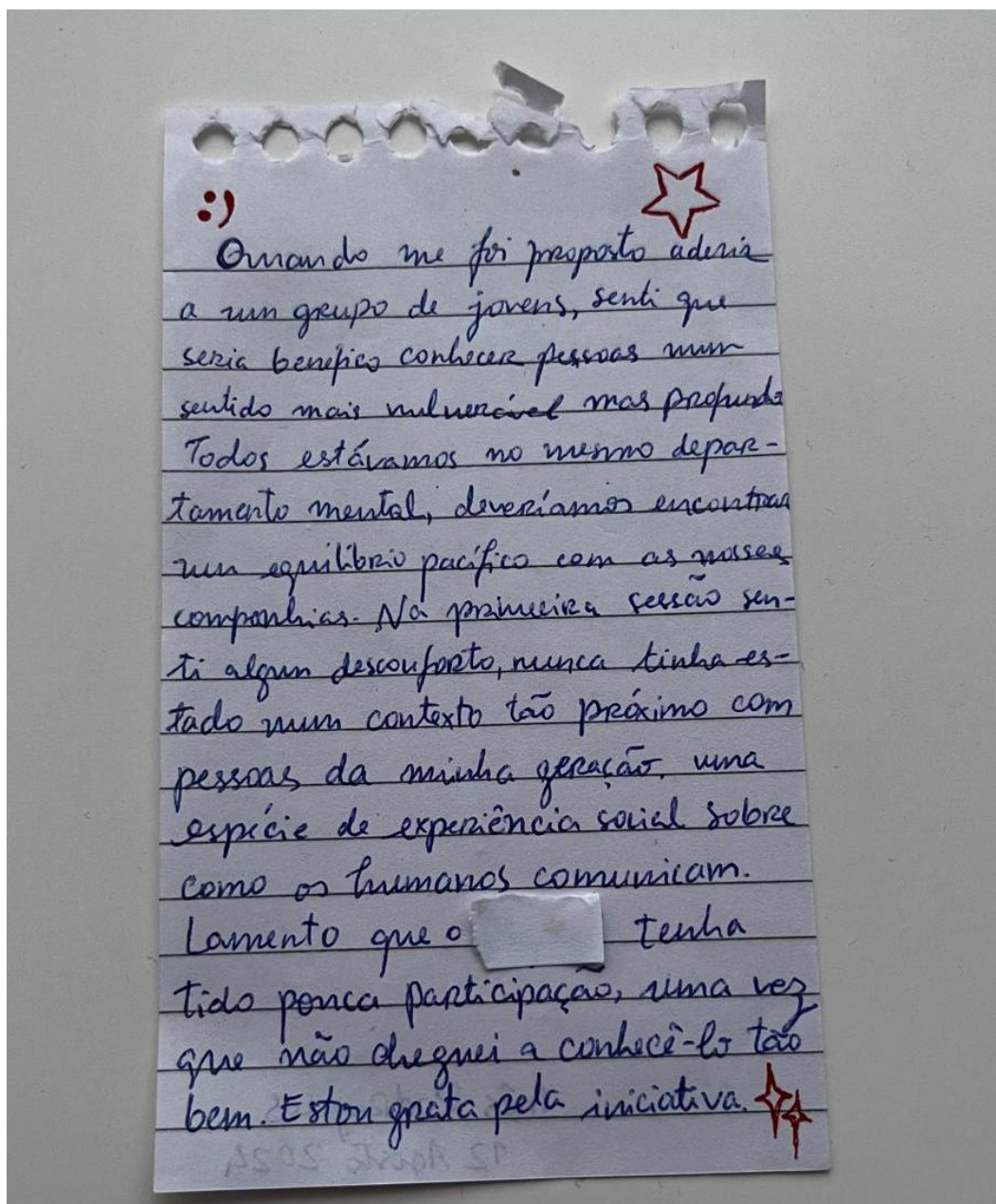
Recomendo a divulgação do vosso trabalho na Academia de Música de Costa Cabral. O tema da saúde mental devem ser promovido através de campanhas de sensibilização desde as idades mais jovens

Deveria existir mais esclarecimentos, promover uma maior consciência e cultivar a empatia, apoio mutuo e lugares seguros para se falar do que sentimos.

De uma pessoa que sofreu durante anos a fio de doença mental, prometo que melhora e que não estão sozinhos/as!

APÊNDICE AR - AVALIAÇÃO ESCRITA PELOS PARTICIPANTES DO GRUPO JOVENS COM FUTURO

Ana:



Orlando:

Para mim, este grupo ficará para o resto da minha vida porque marcou-me pela positiva. Pelas tardes bem passadas pelos momentos vividos, etc. E como homenagem a este grupo, vou compor uma marcha ou um pasodoble, num futuro próximo, depois de concluir um curso de composição musical.

12/08/2024

Cristina:

Inicialmente pensei que o grupo seria como uma reunião dos "AA", com sponsors para a sobriedade em vez do álcool.

Acabou por ser algo bastante mais informal que isso. Não estou habituada a conviver, principalmente com jovens da minha idade. Mas este grupo mostrou não ser composto pelos jovens barulhentos e irresponsáveis que eu pensava que seriam.

Criei boas amizades, espero manter algumas durante os próximos anos.

A nível pessoal é difícil avaliar o impacto que teve em mim; porque a minha vida tem mudado muito.

Mas é sempre bom sentar-me e ouvir je partilhar com pessoas com que me identifico.

Acho que por semana, no máximo via duas pessoas. É bom ter um ciclo social ligeiramente maior.

APÊNDICE AS– AVALIAÇÃO DA INICIAVA (IN)VISÍVEL? FEITA COM OS PARTICIPANTES DOS GRUPOS MOSTRA! e JOVENS COM FUTURO

PARTICIPANTE	DISCURSO DOS PARTICIPANTES	DIA EM QUE OCORREU A CONVERSA INTENCIONAL
<p>Maria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Trouxe-me superação... porque para mim, no início, era impensável fazer alguma coisa do género.”; • Reforçou a necessidade que sente em falar sobre saúde e DM, salientando que o autoestigma é uma barreira; • Relativamente à iniciativa, afirmou que não faria nada de diferente, mas que, se pudesse, iria à televisão; • Quanto aos sentimentos nos diferentes espaços, referiu: “Senti-me calma nos dois sítios... estava tranquila”, referindo-se ao HPH e à Junta de Freguesia; 	<p>24/10/2024</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • “No fim da atuação na Junta fiquei muito emocionada, estava a ver que começava a chorar.”; • Afirmou que esta ação lhe permitiu “mostrar coragem para a comunidade.”; • Criticou o acompanhamento existente ao nível da SM no SNS, nomeadamente ao nível psicológico, por considerar que as consultas são muito espaçadas no tempo e de curta duração, e que, por vezes, os profissionais “não se preocupam em conhecer-nos para além da doença.”. 	
<p>Renascer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Nunca me vi nestas andanças, nunca fiz nadado género”; • Quando questionada sobre o que faria diferente, a Renascer comentou que teria carregado as fotos para o desafio sozinha, pois não gosta de depender dos outros para fazer as coisas; • Quando questionada se se sentia mais capaz agora, respondeu: “Sim, totalmente.”; • Quando lhe foi perguntado se não podia aceitar ajuda, afirmou que aceita, mas que gosta de fazer as coisas por si própria; • O marido da Renascer foi assistir ao evento na Junta de Freguesia e, quando ela o questionou sobre se tinha gostado, ele apenas comentou que ela estava “meia rota”. A Renascer riu-se com o comentário, mas referiu que a deixou um pouco triste; • Quanto aos desentendimentos que por vezes surgiram no grupo, referiu que eram normais, pois acontecem em todas as relações e todas as pessoas têm feitios diferentes. Acrescentou que gostava muito do grupo; 	<p>24/10/2024</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçou que esta ação lhe trouxe “descoberta” e que se sente bem; • Referiu que, no início, sentia necessidade de pedir desculpa por tudo, mas que agora já não é assim e sente-se mais capaz; • Quando falou do Serviço Nacional de Saúde, a Renascer disse que não tinha nada de negativo a acrescentar: “Eu tenho de agradecer muito à minha psiquiatra... acompanha-me desde o Magalhães Lemos... nas consultas ela ouve e não me dá só medicação.”. 	
Aurora	<ul style="list-style-type: none"> • Estava mais reservada, afirmando apenas que a iniciativa tinha corrido bem e que os eventos tinham contribuído para se falar sobre a saúde e a DM. 	24/10/2024
Liliana	<ul style="list-style-type: none"> • Comentou que estava muito “calma” nas duas atuações; • Salientou que gostou muito e que não faria nada de diferente; • Questionou o grupo sobre como iria ser agora e reforçou que deveríamos pensar em realizar mais iniciativas; • Ofereceu às dinamizadoras uma flor, que tinha sido utilizada para decorar o evento, como forma de recordação. 	

Lis	<ul style="list-style-type: none"> • Não expôs muito a sua opinião, abanado apenas a cabeça afirmativamente. 	24/10/2024
	<ul style="list-style-type: none"> • No início, partilhou que pensou que iria existir mais contacto físico nos eventos; • Referiu que teria gostado de ter aplicado um questionário, em que fossem os próprios elementos do grupo a falar com as pessoas, fazendo questões como: "Como é que veem a SM?"; • Comentou que, por vezes, teve a sensação de que algumas pessoas não estavam a perceber o que estava a acontecer. Como, por exemplo, na Estação de Metro, onde não existia uma mesa-redonda para abordar os temas; • Reforçou que, quando as pessoas não percebem, têm vergonha de questionar; • Sublinhou a importância de uma rede de suporte: "... se encontrasse uma pessoa que a apoiasse, a entendesse... ela podia dar a volta..."; • Falou sobre a importância da ajuda na comunidade e, quando questionada sobre como podemos fazer a diferença, comentou: "... correndo atrás..."; • Quando à iniciativa referiu ainda que "...isso tornou o invisível visível... e o contrário também..."; • Reforçou que se sentiu escutada; • Relacionado com o texto lido, pela própria, na Mesa Redonda e da sua contribuição para a elaboração do mesmo, partilhou: "... senti-me bem... não foi fácil... custou a passar... mas quando comecei a escrever, senti que estava a dar alguma coisa e, depois de ler o texto, não queria sair..."; 	04/11/2024

	<ul style="list-style-type: none"> • Acrescentou: "... senti-me estimulada... o que me fez sentir tão bem foi estar com a Dra. Ana e a Dra. Rosa...", referindo-se às oradoras da mesa-redonda desenvolvida no HPH; • Partilhou ainda: "... quando a Dra. Bertão me disse que aqui não há doutores, senti-me em relaxamento..."; • Reforçou a adesão das pessoas, nomeadamente: "... não se viu ninguém levantar-se e ir embora."; • Referiu que, "... para a próxima, pode ser uma dança...", aludindo à atuação inicial feita pelo grupo; • Quando questionada sobre o que faria de diferente, afirmou que dedicaria mais tempo às mesas-redondas; • Reforçou, por fim, que sentiu que estava num "lugar seguro". 	
<p>Benedita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afirmou que "...superou as expectativas...", pois no início achava que a iniciativa iria ter pouca recetividade; • Reforçou que "para o ano temos de repetir a dose"; • Comentou que a parte das palestras, referindo-se às mesas-redondas, ficou no topo das suas preferências, pois permitiu a partilha e a escuta dos profissionais; • Reforçou que, muitas vezes, quando se tem um diagnóstico, pensa-se "e porquê eu?". Acrescentou que também se questionava "porquê a mim?", afirmando que esta iniciativa permitiu abordar essas interrogações; 	<p>04/11/2024</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Afirmou que, por vezes, a sociedade não dá importância a este tema, referindo: "... o resto... se está mal... problema deles...". Reforçou ainda que são questões complicadas de mudar; • Partilhou: "Tenho problemas de SM desde pequena e, depois de desenvolver a doença, ainda tive de tomar conta dos meus pais. Nunca ninguém me perguntou se precisava de alguma coisa...". Demonstrou, assim, o seu descontentamento em relação à pouca importância que a comunidade dá à saúde e à DM, reforçando que devia existir mais apoio nestas situações e que "...a família é o primeiro elo que deve dar suporte..."; • Afirmou que, com estas iniciativas, "...passas a mensagem, mas é muito subjetiva..."; • Referiu que alguns participantes do Desafio de Fotografia enviaram duas fotografias iguais e que isso "...não tem cabimento..."; • Reforçou a importância do autoconhecimento, afirmando que este é "...imprescindível..."; • Disse: "... senti-me motivada... se tiver oportunidade de dizer alguma coisa, vou dizer."; • Reforçou a importância de ser escutada; • Concluiu afirmando: "Senti-nos úteis." 	
<p>Ana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afirmou: "Foi um sucesso, nunca pensei que tivesse tanta adesão."; 	<p>04/11/2024</p>

- Reforçou que sentiu um “... grande espírito de comunidade...”, referindo que existiu muita ajuda e acrescentando que é cada vez mais importante “... termos uma comunidade...”, de forma a “... preservar a saúde social e prevenir o isolamento...”;
- Definiu a iniciativa com três palavras: empenho, sucesso e união;
- Relativamente às mesas-redondas, reforçou que “...as pessoas consideraram o local seguro para partilharem e se conectarem.”;
- Comentou: “Acho que a arte tem um certo estigma”, mas acrescentou que esta iniciativa “deu espaço para cada um ter a sua interpretação”. Sentiu que houve “... interesse genuíno...” e ouviu as pessoas a comentar isso;
- Quando questionada sobre o que faria diferente, afirmou: “As mesas-redondas poderiam ter sido mais longas... foi pena...” Acrescentou ainda: “Correu tão bem, foi pena não ter durado mais.”;
- Reforçou que foi muito importante para ela ouvir pessoas que estavam na mesma situação, bem como os profissionais;
- “Ouvir o outro lado ajuda bastante...”;
- “Deviam promover a vulnerabilidade nos grupos... A arte pode ser muito terapêutica. A arte mantém-nos sãos, e a liberdade de exprimir é fundamental. Cria-se uma espécie de comunidade... empatia... um espaço onde somos autênticos, onde podemos estar.”;
- O lado artístico da iniciativa “...puxava pela criatividade das pessoas...”;
- Referiu que a arte era “... uma via para a cura...”;

- | | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Sobre a DM, comentou que era "... uma coisa invisível que só ocorre na nossa cabeça, mas que afeta o corpo...";• Reforçou que o evento foi "... um momento de reflexão, onde as pessoas foram as mais autênticas possíveis e houve uma partilha genuína de opiniões.";• Afirmou que esta ação, para ela, foi "... um ato de coragem..." e que também é "... um ato de coragem reconhecer quando estamos mal e precisamos de ajuda...";• Comentou ainda que, nos eventos, "... criou-se uma atmosfera convidativa..." . | |
|--|---|--|

ESCOLA
SUPERIOR
DE EDUCAÇÃO
POLITÉCNICO
DO PORTO

P.PORTO

M

MESTRADO EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL

Especialização em Ação Psicossocial em Contextos de Risco

Além do (In)visível: Entre Estigmas e Vozes – Caminhos de
Consciencialização, Participação e Transformação Social em
Saúde Mental

Mariana Algarvio da Silva

