

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**Projecto de uma Unidade Sócio - Ocupacional para pessoas com  
Doença Mental do Pinhal Litoral II**

**Goreti Gonçalves**

Trabalho de projecto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Serviço Social**

**Orientador:**

**Doutor Jorge Ferreira, Professor Auxiliar convidado do  
Instituto Universitário de Lisboa - ISCTE**

**Junho, 2011**

## Agradecimentos

Os agradecimentos foram deixados para último momento do trabalho, sendo contudo, conforme as normas de organização e apresentação dos trabalhos académicos, colocados no início do documento, no meu entendimento e desejo, para comecem a aquecer os corações de todos aqueles que comigo colaboraram e se interessaram pela sua leitura.

Os meus cordiais agradecimentos ao meu orientador, Prof. Dr. Jorge Ferreira, pela calma, simplicidade e profissionalismo que transmitiu ao longo do processo de orientação. Igualmente agradeço à Prof. M<sup>a</sup> do Rosário Serafim, pelo acolhimento que deu a todos os alunos aquando do nosso início no mestrado e pelo entusiasmo contagiante.

Um agradecimento àquela que foi sempre uma bússola orientadora durante esta minha viagem por teorias e conhecimentos na área da Saúde/Doença Mental, a excelente Assistente Social e autora Dr.<sup>a</sup> Isabel Fazenda, que tive o prazer de contactar pessoalmente.

Ao Dr. Victor Sousa, Delegado de Saúde Pública do concelho da Batalha o que dizer?! Se não fosse graças à sua ajuda pronta e empenho pessoal o que teria sido de mim a certa altura da realização deste trabalho?! Muito obrigado pela preciosa colaboração que possibilitou que conseguisse chegar junto daqueles a quem um projecto desta natureza se destina: os doentes e seus respectivos familiares/cuidadores informais. A estes o meu igual agradecimento pela disponibilidade, simpatia, por terem aceitado participar nas entrevistas e dar a conhecer um pouco melhor o que são, o que sentem e como pensam.

A todos os outros profissionais com quem contactei a solicitar esclarecimentos, ajuda, apoio, a começar pelos mais próximos, no concelho da Batalha: Ana Feteira, Dr.<sup>a</sup> Lina Quitério, Dr.<sup>a</sup> Sónia Gameiro, Dr.<sup>a</sup> Liliana Ribeiro, Dr.<sup>a</sup> Carina Brás, por todos os momentos do dia-a-dia de trabalho em que me escutavam os desabafos, pelos conselhos e pelo material bibliográfico que me facultaram. Aos elementos da ECL - Equipa Coordenadora Local da Rede de Cuidados Continuados do Pinhal Litoral II, pelo apoio e carinho, em especial à Dr.<sup>a</sup> Marina Marques, Enfermeira Cristina e Enfermeira Lucília. Aos meus superiores hierárquicos, Dr.<sup>a</sup> Fátima Oliveira, Dr.<sup>a</sup> Dina Rodrigues, Dr.<sup>a</sup> Lídia Semião pela paciência e compreensão pela fase que atravessei na elaboração do presente trabalho e que exigiu a canalização de boa parte das minhas energias.

Agradecer ao Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Leiria Pombal e ao Departamento de Estatística, pelos dados facultados e informações prestadas, respectivamente ao Director do Serviço de Psiquiatria Dr. António Cabeço, Assistente Social Dr.<sup>a</sup> Célia Bonifácio e ao Sr. Agostinho Jacinto. Um agradecimento especial à Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> do Carmo deste hospital por tão pouco, que significou tanto para mim!

Uma palavra de agradecimento a todos aqueles que me prestaram uma ajuda pontual, nomeadamente à ex-estagiária da CPCJ da Batalha, Carla Cândido, à Dr.<sup>a</sup> Helena Monteiro pelo conselho oportuno, e aos amigos Margarida Clemente e António Costa, Isabel Mirante, Bernardete, Ana Luísa, Nélia e casal Rui e Gabriela Clemente. Obrigada ainda à minha prima Sónia e amiga Marisa, simplesmente por me ouvirem.

Por fim o agradecimento aos que me são mais queridos e próximos: às minhas primas Lisete Cordeiro, sempre presente, prestável, e boa companheira de mestrado, e Fátima Cordeiro, intelectual e amiga até nas horas vazias. Obrigada Pai, Mãe, manos Filipe, Ângela, André, são a melhor família que poderia desejar!

Obrigada Rui Clemente...casas-te comigo um dia destes?

Espero não ter esquecido alguém, se assim foi, não foi intencional. Obrigada a mim própria também, porque não? Bem-haja à futura *Amicitia*!

## **RESUMO**

O presente trabalho de projecto começa por centrar-se na investigação da realidade social, dos recursos e serviços já existentes e no diagnóstico das necessidades das pessoas adultas com doença mental, residentes na área Pinhal Litoral II, que abrange quatro concelhos do distrito de Leiria: Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós e Batalha, para fundamentar a implementação de um projecto: a criação de uma estrutura de Saúde Mental Comunitária. A estrutura identificada como prioritária trata-se de uma Unidade Sócio Ocupacional para adultos com moderado ou reduzido grau de incapacidade psicossocial, cuja criação está prevista por recente legislação emitida no âmbito da implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental e paralelamente no Plano Nacional de Saúde Mental 2007/16. É apresentada a concepção, planificação do Projecto de uma futura Unidade Sócio-Ocupacional, baptizada com o nome de *Amicitia*, assim como se procurou desenvolver as formas de acompanhamento e avaliação do projecto. Em fidelidade à perspectiva de empowerment, promovendo desde logo a participação activa daqueles a quem o projecto se destina nos diferentes processos ligados à recuperação e reintegração, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a uma amostra constituída por seis doentes e seus respectivos familiares/ cuidadores informais, permitindo não só a sua participação, como obter um conhecimento mais lato da sua realidade e da forma como a experienciam, assim como das necessidades que identificam por si mesmos.

Palavras-chave: Saúde Mental Comunitária; Reabilitação Psicossocial; Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental; Unidade Sócio-Ocupacional; Serviço Social.

## **ABSTRACT**

This project work begins by focus on the research of social reality, resources and existing services and needs assessment of adults with mental illness, living in Pinhal Litoral II, which covers four counties in the district of Leiria: Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós and Batalha, to support the implementation of a project: the creation of a Community Structure of Mental Health. The structure identified as a priority is a Social Occupational Unit for adults with moderate or low degree of psychosocial disability, which is foreseen by a recent law issued in the implementation of the National Continuous Care Mental Health Plan and in parallel in National Mental Health 2007/16. It is presented the design, planning a future project Social-Occupational Unit, named as *Amicitia*, as it sought to develop ways of monitoring and evaluating the project. In fidelity to the empowerment perspective, at once promoting the active participation of those to whom the project is intended in the different processes related to recovery and reintegration, there were semi-structured interviews with a sample of six patients and their relatives/informal caregivers, allowing not only their participation, but also to obtain a broader knowledge of their reality and how they experience it.

Keywords: Community Mental Health, Psychosocial Rehabilitation, Continuous Care Mental Health, Social and Occupational Unit, Social Work.

## **GLOSSÁRIO DE SIGLAS**

**AS** - Assistente Social

**CCISM** - Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

**CHLP** - Centro Hospitalar de Leiria e Pombal (ex. HSA -Hospital Santo André)

**CID** - Classificação Internacional de Doenças

**CNSM** - Coordenação Nacional para a Saúde Mental

**DSM** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**FIAS** - Federação Internacional dos Assistentes Sociais

**IPSSs** - Instituições Particulares de Solidariedade Social

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**ONGs** – Organizações não Governamentais

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**USO** - Unidade Sócio-Ocupacional

## **INDICE DE FIGURAS**

**Figura 1.1.** - Necessidades das pessoas com transtornos mentais

**Figura 2.1.** - Distribuição dos Doentes Psiquiátricos do HSA, em 2010

**Figura 3.1.** - Dimensões de Gestão do Projecto

**Figura 3.2.** - Esquema geral da metodologia de projecto, adaptado de Serge Raynal, 1996

**Figura 3.3.** - Esquema dos objectivos secundários para a promoção da Reabilitação Psicossocial

## **INDICE DE QUADROS**

**Quadro 2.1.** - Caracterização dos doentes psiquiátricos do HSA – 2010

**Quadro 2.2.** - Internamentos de Psiquiatria - HSA - 2010, por escalões etários

**Quadro 2.3.** - Principais diagnósticos dos Internamentos Psiquiátricos-HSA-2010

**Quadro 3.1.** - As tipologias de Unidades de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

**Quadro 3.2.** - Grelha síntese da informação obtida junto dos doentes e seus familiares/cuidadores informais

**Quadro 3.3.** - Grelha síntese das respostas aos apoios prestados

**Quadro 3.4.** - Respostas dos doentes sobre os Serviços de Saúde envolvidos na sua recuperação

**Quadro 3.5.** - Respostas de ambos os grupos de entrevistados sobre o tópico *Recuperação*

**Quadro 3.6.** - Respostas de ambos os grupos de entrevistados referentes ao tópico USO

**Quadro 3.7.** - Plano de Acção do objectivo específico 1

**Quadro 3.8.** - Plano de Acção do objectivo específico 2

**Quadro 3.9.** - Plano de Acção do objectivo específico 3

**Quadro 3.10.** - Plano de Acção do objectivo específico 4

**Quadro 3.11.** - Plano de Acção do objectivo específico 5

**Quadro 3.12.** - Tabela de preços para as experiências piloto de unidades sócio-ocupacionais

**Quadro 3.13.** Despesas com remuneração do pessoal

**Quadro 3.14.** - Orçamento da USO Amicitia

**Quadro 4.1.** - Planificação da Avaliação por objectivos do Projecto *Amicitia*

## ÍNDICE

Introdução .....	1
<b>CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E DIMENSÕES CONCEPTUAIS</b>	
1. A Saúde e Doença Mental - perspectiva histórica .....	3
2. Desinstitucionalização e Saúde Mental Comunitária.....	6
3. Conceito de Reabilitação Psicossocial e Profissional em Saúde Mental .....	8
4. Conceito de Serviço Social.....	10
<b>CAPÍTULO II - DIAGNÓSTICO E ESTUDO DO PROBLEMA</b>	
1. Doença Mental, um problema social .....	12
2. Dispositivos internacionais no âmbito da Saúde Mental.....	13
3. O Sistema Público Português de Saúde Mental.....	15
4. Serviço Nacional de Saúde e respostas sociais existentes na área do Pinhal Litoral II .....	20
<b>CAPÍTULO III - UNIDADE SÓCIO OCUPACIONAL- UM PROJECTO EM CONSTRUÇÃO</b>	
1. Clarificação da problemática e do projecto.....	25
2. Principais teorias orientadoras da intervenção do Serviço Social na Saúde/Doença Mental.....	27
3. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental e a Unidade Sócio Ocupacional.....	35
4. Considerações metodológicas.....	38
5. Resultados do estudo empírico.....	41
6. Objectivos gerais e específicos.....	50
7. Destinatários .....	51
8. Plano de Acção do Projecto.....	51
9. Orçamento do Projecto.....	56
<b>CAPÍTULO IV - A AVALIAÇÃO DO PROJECTO</b>	
1. Plano de Avaliação do Projecto.....	61
2. Análise crítica .....	67
Referências bibliográficas.....	69
Anexos	
Curriculum Vitae	

## INTRODUÇÃO

O presente estudo direcciona-se para a intervenção social na Reabilitação Psicossocial, junto da população adulta com Doença Mental, de uma área geográfica específica, o Pinhal Litoral II<sup>1</sup>, e desde logo com uma característica em comum: serem utentes de serviços públicos de saúde mental<sup>2</sup> desta mesma área.

A escolha do presente tema emerge no quadro da recente produção de legislação na área, a qual sustenta uma reforma nacional ao nível das respostas sociais para pessoas com doença mental, e a criação de oportunidades para estas, em articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados. Reconhecendo-se que a prática directa do assistente social permite o contacto mais próximo com as realidades sociais e a detecção de novos problemas sociais, parece sobressair uma nova prioridade: a intervenção de ajuda junto da população com doença mental. Para que esta intervenção se concretize optou-se por elaborar um trabalho de mestrado na modalidade Projecto, tentou-se conceber uma intervenção específica, a concretizar através pois de um Projecto Social.

Os objectivos deste estudo são portanto o de aprofundar o conhecimento sobre a problemática em causa, identificar/diagnosticar as necessidades ao nível da Reabilitação Psicossocial e para tal é igualmente importante uma contextualização da situação actual, por recurso a dados estatísticos relativos à Doença Mental, a nível mundial, europeu e nacional, assim como a análise e descrição da influência exercida a este nível pelos principais dispositivos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União Europeia (EU) em Portugal. Enquanto país membro destes organismos internacionais, Portugal possui a sua própria legislação e existe um Sistema Público de Saúde Mental, com serviços públicos de Saúde Mental, ao nível do Serviço Nacional de Saúde e de outros sectores como as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSSs) e o sistema público de Segurança Social Português, que se tornam pertinentes abordar. Por outro lado, e partindo do contexto previamente caracterizado, pretende-se conceber, fundamentar, em suma, legitimar a futura implementação deste Projecto, referente à concepção de um serviço em saúde mental comunitária: uma Unidade Sócio-Ocupacional, destinada a intervir com sujeitos adultos, com doença mental, do Pinhal Litoral II.

A apresentação deste trabalho divide-se em quatro capítulos: a contextualização histórica e dimensões conceptuais; o diagnóstico e estudo do problema; Unidade Sócio-Ocupacional - um projecto em construção; considerações metodológicas e a avaliação do projecto. O primeiro capítulo inclui as definições e contextualização de alguns conceitos e abordagens relevantes para o estudo em

---

<sup>1</sup> Área de saúde Pinhal Litoral II, que abrange os concelhos de Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós e Batalha.  
<sup>2</sup> Por ser inexequível em tempo e recursos alongar o estudo aos utentes desta mesma área geográfica que são acompanhados por serviços de saúde privados, ou mesmo aos que nem sequer são acompanhados por qualquer serviço.

causa, nomeadamente de Doença/Saúde Mental e suas classificações; Reabilitação Psicossocial; Intervenção Comunitária em Saúde Mental versus Institucionalização.

No capítulo segundo desenvolve-se o diagnóstico e estudo do problema social em causa, terminando este capítulo com uma caracterização mais detalhada dos Serviços Públicos de Saúde Mental e outros recursos da área de saúde Pinhal Litoral II, o universo de análise deste estudo. Em resultado de várias e prévias diligências, realizadas com vista à obtenção de informação, são apresentados e analisados dados estatísticos, obtidos junto do Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Leiria e Pombal, em Leiria, assim como se procura caracterizar genericamente este serviço hospitalar e os centros de saúde/extensões de saúde do Pinhal Litoral II.

O capítulo seguinte dedica-se então à concepção *per si* do projecto de uma USO, considerando-se previamente a problemática em causa, o seu enquadramento quer no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental quer no âmbito, e porque se trata de um trabalho de Mestrado em Serviço Social, do leque de possíveis teorias orientadoras da intervenção do Serviço Social em relação à problemática da Doença Mental, e em específico numa USO. A complementar este construto optou-se por se fazer uma pesquisa empírica, através da concepção e realização de entrevistas semi-estruturadas a um pequeno grupo de doentes e seus respectivos familiares/cuidadores informais. A preceder a apresentação dos resultados da pesquisa empírica, são tecidas algumas considerações metodológicas, relativas a todo o estudo em causa uma vez que se recorreu a uma metodologia mista, de cariz quantitativo e qualitativo, em diferentes momentos do trabalho, e com diferentes objectivos. Se numa primeira parte a análise de documentação e bibliográfica, assim como a análise estatística tiveram o seu lugar justificado, numa segunda parte, e porque hoje não faz mais sentido conceber projectos para utentes meramente *passivos, ou recipientes*, e em consonância com as teorias do *empowerment e advocacy*, optou-se por se desenvolver um olhar qualitativo às percepções dos doentes e seus respectivos familiares ou cuidadores informais sobre as suas próprias vivências e sobretudo sobre as necessidades por estes identificadas. Posto isto, e de uma forma mais pragmática, é desenvolvido o núcleo central do projecto, a sua planificação: a finalidade, objectivos gerais e específicos, os seus destinatários, actividades a desenvolver, resultados esperados e cronograma.

Um capítulo final, especificamente direccionado para a clarificação das formas de avaliação do projecto em causa, encarando-se os processos de avaliação como uma prática que deve ser intrínseca e essencial a qualquer projecto que se pretenda implementar, na medida em que só através desse processo de poderá concluir se foram alcançados resultados, efeitos positivos, ou descobrir os necessários ajustes ou alterações futuras a realizar.

Por fim, na análise crítica, procurou desenvolver-se uma reflexão final e pessoal, abrangente de todo o trabalho desenvolvido na presente tese de mestrado, incidindo no reforço da necessidade de criação de uma Unidade Sócio-Ocupacional.

## CAPITULO I

### CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E DIMENSÕES CONCEPTUAIS

Com vista a permitir uma compreensão do contexto e do fenómeno em estudo torna-se necessário clarificar e ordenar os conceitos mais pertinentes, assim como recorrer à explicação das principais teorias que lhe estão subjacentes. A autora Marie-Fabienne Fortin cita os autores Woods e Catanzaro (1988) segundo os quais a elaboração de um quadro conceptual “é como a imagem da construção de uma casa. O arquitecto estuda os materiais de construção que serão utilizados, determina como as partes da casa se juntam e faz-se uma visão da casa quando pronta” (Fortin, 1999:93)

#### **1. A Saúde e Doença Mental – Perspectiva Histórica**

Um conceito é resultado de uma construção social e cultural, e pode ser criado, alterado, substituído, etc., com o *devoir* das sociedades, resultando por tal num construto social. Os conceitos de Saúde e de Doença Mental foram percebidos e interpretados de formas muito diversas ao longo da História: desde os tempos primórdios e Antiguidade Clássica, com explicações metafísicas, mágico - religiosas, naturalistas, até ser encarado pelos paradigmas pré-científicos e científicos, na Idade Moderna e Contemporânea.

As Doenças Mentais eram na Antiguidade atribuídas a castigos ou manifestações dos deuses e possessões demoníacas. O filósofo clássico Hipócrates, comumente considerado o Pai da Medicina, procurou dar uma explicação natural para estes fenómenos da personalidade, que classificou em mania, histeria, paranóia e melancolia, os quais eram influenciados por humores oriundos da terra, fogo, água e ar.

Na Idade Média, persistiam as crenças em possessões demoníacas, e as pessoas eram punidas: queimadas publicamente na fogueira, entre outras formas de torturas, eram abandonadas, excluídas socialmente de um modo quase inquestionável. Com o Renascimento e a tendência de retorno aos valores humanistas greco-romanos, renasce a cultura da indagação das origens e causas da então denominada loucura. Surgem os primeiros asilos “psiquiátricos” nos séculos XV e XVI, ainda que inicialmente estes asilos, em muitos casos antigos leprosários, viessem a constituir um albergue para um aglomerado de indivíduos problemáticos, englobando não apenas os loucos, mas outros grupos incómodos às sociedades, como os pobres, vagabundos, presidiários, prostitutas, etc. O objectivo persistia a ser o isolamento físico e social dos indivíduos, funcionando os asilos como um terceiro poder na sociedade, que controlava os “socialmente inválidos” e mantinha a ordem pública.

Com a evolução do humanismo, com a quebra do interesse em explicações teocêntricas e consequentemente do poder da Igreja, o movimento social do século XVII, caracterizou-se pela

revolução científica, pela afirmação do conhecimento científico, separando-se da filosofia ou da crença religiosa. Nasceram novas ciências, e entre elas a psiquiatria, já no final do séc.XVIII, inícios do séc. XIX. Segundo o autor Michel Foucault (1975), a psiquiatria nasceu no seio destes asilos, mais tarde denominados hospícios, como uma necessidade de “higiene pública”, antes mesmo de se legitimar como um ramo da medicina:

“Antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria institucionalizou-se como domínio particular da protecção social, contra todos os perigos que o facto da doença, ou de tudo o que se pode assimilar directa ou indirectamente à doença pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou” (Foucault, 1975:148).

A intervenção científica psiquiátrica nesta fase inicial recorria a instrumentos como camisas-de-forças e quartos-fortes ou "prisões-alcochoadas", choques eléctricos, operações no cérebro, os quais eram usados numa perspectiva de controlo, mais do que terapêutica. Philippe Pinel (1745-1826), médico francês do séc. XVIII, hoje considerado por muitos como o Pai da Psiquiatria, salientou-se por ter sido dos primeiros a defender que o ser humano com perturbações mentais é um doente, e não um criminoso, pelo que devia ser tratado de forma não violenta. Enquanto responsável do asilo Bicêtre em Paris, desenvolveu medicina psiquiátrica numa perspectiva mais humanizada, ainda que os doentes mentais permanecessem exclusivamente confinados ao espaço do hospital, hospício, manicómio.

Os asilos, que até então acolhiam todo o tipo de indivíduos marginalizados da sociedade, passam a denominar-se *hospitais mentais*, assim como se começou a assistir, no séc.XIX a uma mudança significativa: “a loucura passou a ser considerada uma doença, um problema de saúde, e não uma questão de manutenção da ordem pública” (Fazenda, 2008:20,21).

Pode afirmar-se que o tratamento das pessoas com doença mental começou por enquadrar-se no Paradigma das Ciências Biomédicas, centrado numa visão organicista e individualista da doença e sofrimento, explicadas por relações causa-efeito. “A intervenção caracterizava-se pelo afastamento dos doentes de suas famílias e comunidade, eram encerrados em grandes instituições fechadas e isoladas dos centros urbanos” (Fazenda, 2008:21).

O Modelo Biomédico, foi pois o primeiro modelo de conhecimento científico relativo à área da saúde/doença e o modelo dominante até final do séc. XIX, concebe as causas da saúde/doença como resultantes de fenómenos meramente fisiológicos: “...a doença resulta de perturbações fisiológicas causadas por imperfeições genéticas, desequilíbrios bioquímicos ou ainda por danos provocados por agentes físicos ou agentes biológicos” (Gonçalves, 2006). Imperou por longo período uma visão organicista da doença e sofrimento, uma visão redutora, que ignorava ou desvalorizava outros factores determinantes como os sociais, os culturais, as ramificações pessoais, familiares, etc.

Ainda assim, e à semelhança de Pinel (1745-1826) e Foucault (1926-1984), personalidades que, de alguma forma na sua época se salientaram, preconizando novos rumos e importantes mudanças que viriam a dar-se ao longo sobretudo do século XX, é de salientar o médico canadense, Sir William Osler (1849 – 1919), pelo seu valioso contributo na defesa da medicina de cabeceira, por oposição à então tradicional e dominante medicina de palestras e anfiteatros. Também chamado de Pai da Medicina Psicossomática, a ele se deve a ênfase na necessidade dos então estudantes de medicina passarem algum tempo com os doentes, escutarem-nos, pois muitas das vezes eram os próprios a transmitirem o seu próprio diagnóstico, e a darem mais importância ao estado de espírito dos pacientes, defendendo que tal interferia no processo de cura. É de sua autoria a célebre frase: *“É mais importante conhecer o Homem que tem a doença que conhecer a doença que o Homem tem.”*

Conceitos como a Saúde e Doença Mental são hoje encarados como processos dinâmicos, em evolução constante, resultantes de uma multicausalidade de factores biológicos, psicológicos e socioculturais.

Segundo o Relatório Mundial da Saúde da OMS (2001) a definição de Saúde abrange não só a saúde física mas também a mental; “não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2001: 30). Ainda que se saiba hoje que as perturbações mentais têm a sua base no cérebro, há pois a concepção, que considera que as doenças mentais e físicas são influenciadas por interações entre factores biológicos, sociais e psicológicos, conforme é defendido neste mesmo relatório da OMS: “A perturbação mental caracteriza-se por alterações no modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Resulta pois de factores biológicos, psicológicos e sociais” (in Fazenda, 2008:18).

A classificação e diagnóstico das diferentes doenças mentais é realizada por recurso a dois sistemas de classificação mundialmente mais utilizados: O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela primeira vez em 1952, pela Associação Americana de Psiquiatria e a Classificação Internacional de Doenças (CID), cuja sua criação pela organização Mundial de Saúde, remonta a 1983. Ambos os sistemas de classificações obedecem a objectivos pragmáticos e de utilidade para o quotidiano dos profissionais em Saúde Mental. Actualmente a DSM está na sua 4ª edição<sup>3</sup>, classificando cerca de 297 transtornos mentais. Por sua vez a última revisão da CID, sua 10ª revisão, adoptou a denominação "Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde" sendo, na prática conhecida por CID-10, tendo entrado em vigor em Portugal no ano 2000. Cada edição ou revisão destas classificações tem em vista proceder a alterações, inovações, decorrentes da evolução do conhecimento nesta área.

Se estes manuais de classificação, assentes no pressuposto objectivo de que a doença mental é

---

<sup>3</sup> Em 1994, o DSM-IV foi publicado, listando 297 transtornos, uma revisão do DSM-IV, conhecida como DSM-IV-TR, foi publicada em 2000.

possível ser identificada pelo método estatístico, como o comportamento que sai fora da média e no pressuposto subjectivo de que a doença mental implica sofrimento pessoal, constituem importantes ferramentas de trabalho e permitem uma comunicação mais homogénea e eficaz entre os profissionais, há contudo alguns cuidados a ter com o seu uso. Deve-se procurar evitar a consideração das diferenças culturais, crenças sociais ou políticas como patologias assim como identificar o doente com a doença, isto é, o doente é indivíduo, pessoa e não é apenas *o doente, o esquizofrénico, ou o bipolar...* Estes sistemas de classificação referem-se a síndromes e perturbações, não aos indivíduos em si, que podem sofrer de uma ou mais perturbações, por um período de tempo mais ou menos longo de suas vidas.

## **2. Desinstitucionalização e Saúde Mental Comunitária**

No final do século XIX, e durante o século XX, com o surgimento das diferentes ciências sociais, desenvolve-se um novo paradigma, o das Ciências Sociais. Aspectos como as relações psicossociais dos pacientes passam a ser alvo de estudo e atenção. Curioso é também a atenção à dimensão cultural, às crenças, atitudes e práticas relacionadas com os problemas de saúde que imperam em cada sociedade.

As falhas nas instituições psiquiátricas da época foram-se evidenciando, sendo de salientar os documentos de maus-tratos aos doentes, bem como o isolamento geográfico e profissional decorrente da *institucionalização*.

Segundo Campos (2009) e a própria OMS (2001, 95-96) pode-se considerar três importantes factores que ocorreram durante o séc. XX e contribuíram para o desenvolvimento de uma nova perspectiva de encarar a Doença Mental: os avanços na psicofarmacologia, o movimento a favor dos Direitos Humanos<sup>4</sup> e a incorporação firme de componentes sociais e mentais na definição de Saúde<sup>5</sup>.

Com o desenvolvimento dos psicofármacos, e o facto de passar a ser possível suspender a sintomatologia mais crítica de algumas perturbações psiquiátricas, desenvolveu-se a crença que os serviços comunitários constituiriam uma alternativa menos dispendiosa em comparação com o internamento psiquiátrico de longa duração. Por outro lado, e em sequência do que já foi referido, conclui-se que assistia-se, em muitos hospitais psiquiátricos de então, a uma autêntica violação dos direitos humanos (ver anexo A)

Pior do que a tendência para a massificação e perda da individualidade do doente, a ruptura com os laços familiares e sociais, o terem de sujeitar-se muitas das vezes a maus-tratos físicos e serem abandonados, produziram, ainda segundo a autora Isabel Fazenda, uma nova doença: “o *hospitalismo*, e uma nova alienação, a exclusão social” (Fazenda, 2008:21).

---

<sup>4</sup> Com a criação da ONU – Organização da Nações Unidas em 1945 e a sua Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948.

<sup>5</sup> Pela OMS – Organização Mundial de Saúde, criada em 1948.

Veio assim a surgir, sobretudo já na segunda metade do séc. XX, o Movimento da desinstitucionalização, inicialmente pela “melhoria das condições de vida nos hospitais, pela difusão da terapia ocupacional, da psicoterapia institucional, e mais tarde pela contestação radical dos hospitais mentais como instituições totalitárias” (Fazenda, 2008:21). Com este movimento, também denominado de *Antipsiquiatria* (Fazenda, 2008:21) e que ocorreu inicialmente nos EUA e nos países europeus mais desenvolvidos, o que se questionava eram os métodos de isolamento dos doentes em grandes instituições, hospitais psiquiátricos e defendia-se a substituição por serviços de apoio na comunidade. Estes porém, não foram criados na maioria dos países, atempada, adequadamente e em número suficiente para dar o necessário apoio aos doentes desinstitucionalizados, e assistiu-se a um aumento de pessoas sem-abrigo, da criminalidade, da prisão de psicóticos por crimes cometidos, etc.

Mas o movimento do hospital para a comunidade persistiu, com repercussões ao nível do tratamento do doente, das políticas de saúde mental, das sociedades, das famílias, e gradualmente os tempos de internamento dos doentes em hospitais foram diminuindo e a actuação destes foi-se centrando cada vez mais no objectivo de ajudar o doente a ultrapassar uma crise, fazer um diagnóstico e estabelecer um plano terapêutico, este último permitindo cada vez mais que o doente possa permanecer em comunidade, junto de sua família e redes de pertença. As respostas na comunidade foram surgindo, por iniciativas privadas e espontâneas e por actuação estatal.

Segundo a OMS (2001) um processo de desinstitucionalização bem fundamentado deve ter em conta três componentes fundamentais: evitar admissões erradas em hospitais psiquiátricos, alta para a comunidade de doentes internados há muito tempo que tenham recebido a preparação adequada, estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio na comunidade.

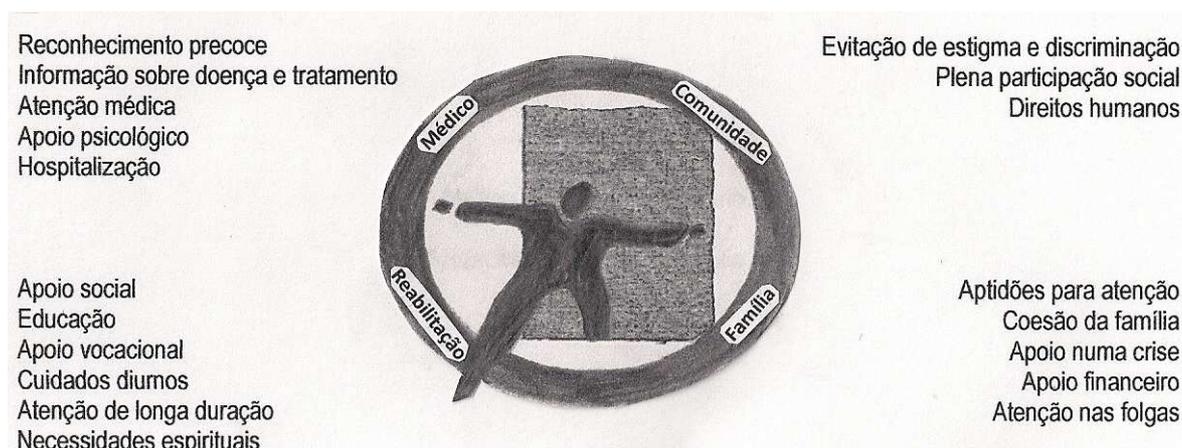
Se os dois paradigmas, Biomédico e das Ciências Sociais, numa fase inicial, tiveram em desencontro, poder-se-á afirmar que gradualmente se foram conciliando. “É hoje um dado consensual a necessidade de abordagens integradas para a pessoa com doença mental” (Campos, 2009). A esta perspectiva corresponde “um Modelo Holístico (Biopsicossocial) em que os sintomas são importantes em si mesmos, em que a doença é vista como pertencente a uma pessoa que é parte integrante de um sistema de unidades organizadas hierarquicamente, do átomo à célula, do órgão ao sistema, do corpo ao indivíduo, do indivíduo à família, da cultura ao universo, unidas por um sistema de regulação” (Gonçalves, 2006). Sabe-se hoje que “a conduta individual é determinada pela biologia individual, pela interacção do indivíduo com o meio e pelas experiências vividas por este, no *caldo* cultural em que se insere”. (Gonçalves, 2004: 162)<sup>6</sup>.

Englobando as principais componentes da intervenção em Saúde Mental Comunitária, assente numa abordagem Biopsicossocial ao doente, é o que a figura seguinte procura ilustrar.

---

<sup>6</sup> Amadeu Matos Gonçalves: licenciado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Mestre em Ciências Sociais. Assistente na Escola Superior de Enfermagem de Viseu.

**Figura 1.1.** – Necessidades das pessoas com transtornos mentais



**Fonte:** Adaptado do Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança (OMS, 2001: 112)

### **3. Conceito de Reabilitação Psicossocial e Profissional em Saúde Mental**

Para as doenças físicas é possível fazerem-se diagnósticos objectivos, pois os sinais são também eles mais objectivos, são a expressão directa ou indirecta da lesão, oferecendo um referente designável, qualquer que seja o nível considerado: anatómico, histológico e molecular.

Igualmente é importante distinguir-se Doença Mental de Deficiência Mental, na medida em que esta última não é desde logo em si mesma uma doença, mas antes um défice, uma falta, uma determinada condição irreversível a que o indivíduo ficou sujeito. Assim a Deficiência Mental não é considerada em si mesma como uma doença, mas até um deficiente pode experienciar uma doença mental. A Doença Mental compreende uma vasta gama de perturbações de ordem psíquica que podem afectar o comportamento da pessoa durante um determinado período, sendo no entanto possível a recuperação, cura (com maior reserva para os diagnósticos de doenças mentais crónicas). Ainda assim, em ambos os casos, Deficiência Mental/ Doença Mental há a possibilidade de a pessoa beneficiar de um processo de Reabilitação Psicossocial. Segundo a OMS (2001) a definição deste conceito inclui várias vertentes:

“A Reabilitação Psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais”.

(OMS, 2001:116)

Contudo “embora seja possível aumentar as competências da pessoa com deficiência mental através da aprendizagem e da reabilitação, nunca será possível atingir um funcionamento intelectual e social completo”, enquanto que “a doença mental é mais difícil de definir porque abrange um leque alargado de perturbações que afectam o funcionamento e o comportamento emocional, social e

intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença”. (Fazenda, 2008:18)

A intervenção terapêutica em Saúde Mental com base na comunidade é um processo abrangente, onde a Reabilitação Psicossocial e, quando possível, a Reabilitação Profissional constituem-se suas componentes. A primeira visa que as pessoas adquiram ou recuperem aptidões práticas para viver e conviver em comunidade desenvolvendo o melhor possível a sua autonomia e fazer frente às suas próprias incapacidades, nomeadamente através da assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses, lazer (que dão ao indivíduo um sentido de participação e de valor pessoal), assim como visa a aprendizagem de aptidões da vida diária ao nível por exemplo do regime alimentar e cozinhar, higiene pessoal, fazer compras, gerir dinheiros, cuidados com o espaço habitacional, tarefas domésticas, uso de diferentes meios de transporte, etc.

A Reabilitação Profissional pretende desenvolver tanto quanto possível a criação de condições favoráveis a pessoa com doença mental possa ser um elemento produtivo, activo no mercado de trabalho. Reconhecendo-se as limitações da sua plena integração em mercado normal de trabalho, diferentes modalidades de emprego, suportadas por diferentes políticas sociais de suporte e incentivo à integração laboral, foram sendo desenvolvidas e implementadas. A OMS aponta que, do ponto de vista da Saúde Mental, “a cooperação entre os sectores públicos e privados numa empresa social é promissora”.

Segundo a autora Isabel Fazenda:

“...as respostas desejáveis para a reabilitação psicossocial na comunidade podem variar de país para país, mas existe um consenso acerca do essencial, tal como: residências protegidas com ambiente semelhante ao familiar; centros comunitários para socialização, treino de competências sociais e promoção da integração social; serviços de orientação, formação e reabilitação profissional; sistemas de emprego apoiado e apoios à contratação no mercado de trabalho; cooperativas ou empresas de inserção; serviços de apoio domiciliário; grupos de auto-ajuda; grupos psicoeducacionais para doentes e famílias; linhas telefónicas SOS. (Fazenda, 2008: 94)

Pode assim concluir-se que a perspectiva da Reabilitação Psicossocial entra em sintonia com o Movimento de Desinstitucionalização e com o Modelo de Saúde Mental Comunitária, na medida em que os processos de Reabilitação Psicossocial e Profissional constituem as respostas de que se sentiu falta aquando dos inícios da desinstitucionalização.

Não obstante é de considerar a visão, defendida por exemplo por Margarida Cordo (2003), técnica da instituição portuguesa hospitalar centenária, a Casa de Saúde do Telhal, que encara a reabilitação como um processo que não deve ser apenas a intervenção em meio comunitário: “o que define reabilitação são os métodos e não o meio onde se faz (ou seja, é possível trabalhar em reabilitação nas grandes instituições hospitalares e é mesmo nestas que não se pode esquecer que a

reabilitação psicossocial é um dos componentes de uma abordagem integral e abrangente em psiquiatria e saúde mental.” (Cordo, 2003:14)

Esta visão é interessante porque permite conceber a reabilitação como um processo que é possível ocorrer quer ao nível dos grandes estabelecimentos hospitalares, residenciais, quer ao nível de pequenos serviços com equipas comunitárias: o seu aspecto essencial é que “ a ênfase é desviada dos sintomas psicopatológicos para as capacidades funcionais dos indivíduos” (Cordo, 2003:14)

#### **4. Conceito de Serviço Social**

Na definição geral de Serviço Social aceite pela FIAS - Federação Internacional dos Assistentes Sociais (2005) pode ler-se: “a profissão de Assistente Social promove a mudança social, a resolução de problemas no contexto das relações humanas e a capacitação e empenhamento das pessoas na melhoria do ‘bem-estar’. Aplicando teorias do comportamento humano e dos sistemas sociais, o trabalho social focaliza a sua intervenção na relação das pessoas como meio que as rodeia. Os princípios dos direitos humanos e da justiça social são fundamentais para o serviço social” (www.ifsw.org).

Na actualidade assiste-se à tendência para a especialização dos profissionais e o Serviço Social não é excepção, pelo que o Serviço Social na área da Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial constitui-se num domínio de especialização já legitimado. Ainda assim o AS não deverá centrar-se exclusivamente nos conhecimentos e procedimentos específicos da sua actuação neste domínio, correndo o risco de negligenciar a noção dos seus valores e princípios de base, em detrimento da sua identidade profissional de carácter mais geral. Esta identidade profissional também não é em si mesma um domínio estanque, na medida em que tem absorvido novas e diferentes concepções ao longo da evolução histórica e cultural. É pertinente que haja um conjunto de denominadores comuns à prática do serviço Social, enquanto área profissional distinta de outra e que começam desde logo por ser os pressupostos éticos, de respeito pelos direitos humanos e pela justiça social. Profissões como a Psicologia, Psiquiatria, Terapeutas Ocupacionais, têm como objectivo último, tal como o Serviço Social, contribuir para bem-estar dos indivíduos, para a ajuda em situações de sofrimento ou para suprir necessidades, problemas identificados. A especificidade da actuação do Serviço Social relaciona-se em muito com a questão da exclusão social, que na actualidade é já reconhecidamente encarada como um fenómeno de natureza económica (distribuição de rendimentos, bens) mas igualmente de natureza social, cultural.

O autor Bruto da Costa (2002) na sua conhecida obra “Exclusões Sociais” cita uma noção de exclusão social de um autor francês de referência, Robert Castel (1990), a qual não implica necessariamente uma associação com um estado de pobreza:

“...a fase extrema do processo de *marginalização*, entendido este como um percurso *descendente*, ao longo do qual se verificam sucessivas *rupturas* na relação do indivíduo com

a sociedade. Um ponto relevante desse percurso corresponde à ruptura em relação ao mercado de trabalho, a qual se traduz em desemprego (sobretudo desemprego prolongado) ou mesmo num *desligamento* irreversível face a esse mercado. A fase extrema – a da exclusão social – é caracterizada não só pela ruptura com o mercado de trabalho, mas por rupturas familiares, afectivas e de amizade” (Costa, 2002:9-10).

As pessoas com problemas de saúde mental constituem-se tendencialmente, sem dúvida, um grupo de excluídos sociais e muito frequentemente a exclusão social surge como um factor desencadeante de doença mental ou vice-versa, a exclusão social acontece em consequência de uma pessoa sofrer de doença mental, ou ainda podem coexistir ambas as situações, agravando-se mutuamente.

Conforme já anteriormente referido, a tendência actual da intervenção dos diversos profissionais em saúde mental é caminhar-se no sentido de serem criadas condições para que as pessoas com doença mental possam receber apoio e tratamento, numa perspectiva de diminuição dos efeitos nocivos do recurso à institucionalização excessiva, através do desenvolvimento de serviços nas comunidades, apetrechados por equipas multidisciplinares, onde também se incluem Assistentes Sociais. “O modelo reconhecido hoje pela OMS para intervir em Saúde Mental é pois o Modelo de Saúde Mental Comunitária” (Fazenda, 2008:17) Parece pois pertinente que a intervenção com vista à inserção social dos indivíduos procure superar duas possíveis vertentes de desigualdade, a desigualdade material e a desigualdade não material, expressas pelo autor Boaventura Sousa Santos: “No relativo às relações de poder, o que é mais característico nas nossas sociedades é o facto de a desigualdade material estar profundamente entrelaçada com a desigualdade não material, sobretudo com a educação desigual, a desigualdade das capacidades representacionais/comunicativas e expressivas e ainda a desigualdade de oportunidades e de capacidades para organizar interesses e para participar autonomamente em processos de tomada de decisões significativas” (Santos, 2002 in Fazenda, 2008:134). Estas duas vertentes correspondem respectivamente dois desafios distintos enunciados pela autora Isabel Fazenda, (também ela Assistente Social), e que podem ser executados concomitantemente pelo AS, a actuação com vista a suprir ou diminuir situações de carência material ou de condições básicas de vida, como a actuação com vista a capacitar o sujeito para o exercício da cidadania, diluindo as desigualdades não materiais. (Fazenda, 2008:134,135).

## CAPÍTULO II

### DIAGNÓSTICO E ESTUDO DO PROBLEMA

#### **1. Doença Mental, um problema social**

A nível mundial estima-se que os problemas de distúrbios mentais e comportamentais representem aproximadamente 12% do peso mundial de doenças (OMS, 2001). Na maioria dos países o orçamento destinado à saúde mental representa contudo menos de 1% do total de gastos com a saúde e destes a tendência é para a maioria da despesa ser com os internamentos. É hoje um lugar-comum considerar-se a Saúde Mental como um parente pobre da saúde em geral. Segundo a OMS, cerca de 450 milhões<sup>7</sup> de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais e apenas uma minoria destes recebem tratamento.

Mais de 40% dos países não tem política de saúde mental. Segundo a OMS (2005) o Japão é o país que disponibiliza maior número de camas para problemas psiquiátricos (28, 4 por 10.000 habitantes) enquanto Portugal dispõe de 7,5 camas por 10.000 habitantes. Segundo o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007): “das 10 principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas. Em todo o mundo, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que chega a índices de cerca de 40% na Europa (OMS, 2001). Estes dados significam que, em todo o mundo, e sobretudo nas sociedades mais desenvolvidas, as doenças psiquiátricas, em conjunto com as doenças cardiovasculares, estão rapidamente a substituir as doenças infecto-contagiosas na lista de prioridades de saúde pública.”

Na União Europeia a problemática da doença mental tem vindo pois a ser crescente. Calcula-se que as perturbações mentais afectem mais de um em cada quatro adultos na Europa, estando na origem da maior parte das 58000 mortes anuais por suicídio, que causam mais vítimas que os acidentes rodoviários. “O nível de saúde mental e bem-estar da população é uma componente chave para o sucesso da UE como sistema económico e social baseado no conhecimento. Hoje, estima-se que quase 50 milhões de cidadãos (cerca de 11% da população europeia) tenham alguma forma de doença mental, com homens e mulheres a desenvolver e a evidenciar sintomas por vezes diferentes. A Depressão já é em muitos Estados-Membros da UE o problema de saúde com maior prevalência” (Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar, 2008:3).

Portugal, relativamente aos outros estados-membros da EU, foi até um dos primeiros países europeus a adoptar uma lei nacional (1963), que depois foi reforçada pela Lei da Saúde Mental, Lei nº 36/98 e Dec. Lei nº 35/99, as quais contribuíram, entre outros aspectos positivos, para o

---

<sup>7</sup> Em 2004 cerca de 151,2 milhões de pessoas sofriam de perturbações depressivas; 40 milhões de sofriam de epilepsia; 29,5 milhões de perturbações afectivas bipolares; 26,3 milhões de esquizofrenia; e 24 milhões de Alzheimer e outras; 5,2 milhões de doença de Parkinson. (retirado de Eurotrials, Set.09, disponível em [www.eurotrials.pt](http://www.eurotrials.pt) e WHO, 2010).

desenvolvimento do movimento de psiquiatria social e organização e descentralização dos serviços de saúde mental. “Porém a cobertura nacional desses serviços é ainda hoje muito incompleta e a falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria desses serviços levaram a que Portugal se tenha atrasado significativamente neste campo em relação a outros países europeus” (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, 2008:7). Em suma assiste-se hoje em Portugal a um “modelo de gestão e financiamento totalmente anacrónico, que fomenta o disfuncionamento do sistema, do qual sobressaem várias lacunas, como uma reduzida participação dos utentes e familiares; escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental; resposta limitada aos grupos vulneráveis; e uma quase total ausência de programas de promoção/prevenção da saúde mental”. (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, 2008:9). Este Plano de Saúde Mental 2007-2016 pretende assim ser uma resposta a estas lacunas, prevendo uma reforma profunda e exaustiva dos serviços de saúde mental a nível nacional. Segundo os dados do 4º inquérito Nacional de Saúde, em 2005/2006, 27,6% da população residente em Portugal continental com 15 ou mais anos de idade estava em provável sofrimento psicológico, sendo o sexo feminino o mais afectado (36,8%) em comparação com o sexo masculino (17,6%).

Acresce que Portugal apresenta uma das mais baixas taxas de suicídio da União Europeia: 5,1% em 2000.

Como fonte de informação de âmbito nacional, nos censos de 2001, por ordem decrescente de frequência, evidenciaram-se as seguintes situações nosológicas nos serviços públicos de saúde: ao nível ambulatorio - perturbações depressivas (21,5%), perturbações neuróticas (12,4%), esquizofrenia (12,4%), reacções de ajustamento (10,5%); Ao nível das unidades de internamento - esquizofrenia (36,2%), oligofrenia (28,1%), perturbações associadas ao álcool (7,0%), perturbações afectivas sem depressão (5,4%), síndromes demenciais (5,3%) e perturbações depressivas (4,9%); Ao nível dos serviços de urgência - perturbações associadas ao álcool (21,3%), perturbações depressivas (20,2%), perturbações neuróticas (12,2%), reacções de ajustamento (9,2%). (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007:29).

Contudo em Portugal nunca foi efectuado um inquérito de morbilidade psiquiátrica, quer de âmbito nacional, quer de âmbito regional, e por tal não é muito conhecida a prevalência e a incidência da grande maioria das perturbações mentais. (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007: 28).

## **2. Dispositivos internacionais no âmbito da Saúde Mental**

A ONU - Organização das Nações Unidas, criada após a II Guerra Mundial (1945), teve e continua a ter um papel preponderante e abrangente, na medida em que integra diversos organismos internacionais (entre eles a OMS) e tem as suas instâncias espalhadas por muitos locais do mundo. Conta anualmente com 192 estados membros e tem por objectivos gerais facilitar a cooperação

internacional em matéria de direito internacional, segurança internacional, desenvolvimento económico, progresso social, Direitos Humanos e a realização da paz mundial. Os Direitos Humanos são pois *filhos* da ONU, foram por esta concebidos, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que foi aprovada na Assembleia Geral da ONU em 1948, vinculou todos os seus estados membros ao seu respeito. Destes merecem destaque países como o Reino Unido, com a criação do seu diploma legal *Mental Health Act* (1959), os EUA e a política do Presidente Kennedy, com a criação em 1963 do *Community Mental Health Center Act*, que visava atingir a meta de redução da doença mental na comunidade e a *Lei da Basaglia*, em Itália, 1978, na qual foi promulgada *o fecho das portas* de todos os hospitais psiquiátricos.

Contudo só em 1991 a ONU se pronunciou sobre a necessidade de protecção às pessoas com doenças mentais em relação à violação dos Direitos Humanos, definindo os “Princípios para a protecção das pessoas com doenças mentais e para a melhoria dos cuidados de Saúde Mental”, uma fonte de inspiração para os diferentes estados membros, na elaboração da sua própria legislação na área da Saúde Mental.

Nos estados democráticos actuais, pelo menos na maioria dos países denominados de desenvolvidos, o Relatório Mundial da Saúde, da OMS (2001), intitulado “Saúde Mental, Nova Concepção, Nova Esperança” aponta para um igual peso de responsabilidade que os Governos devem assumir, quanto à promoção da saúde física como da saúde mental dos seus cidadãos, assim como defende que as políticas e programas de saúde mental devem promover os seguintes direitos: igualdade e não discriminação, direito à privacidade, autonomia individual, integridade física, à informação e participação, à liberdade de religião, reunião e movimento, assegurando-se assim a dignidade dos doentes. Ainda segundo dados deste relatório, a grande maioria dos portadores de perturbações mentais não é violenta.

É também defendido que os Governos devem assegurar a elaboração e implementação de políticas de saúde mental. Consequentemente, em 2005, um outro documento da OMS, produzido pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, denominado “Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação” apresenta como lema base o seguinte: *Cuidar, sim. Excluir, não.* (OMS, 2005)

Para a promoção da Saúde Mental o caminho já percorrido e por percorrer é no sentido de se reconhecer e fundamentar a importância e necessidade do respeito pelos Direitos Humanos, nomeadamente dos direitos civis, económicos, sociais e culturais e de participação, e em relação a estes últimos há que se reconhecer a pertinência, também para as pessoas que têm problemas de saúde mental, algo que se pode considerar um dos grandes desafios da contemporaneidade, o exercício da Cidadania.

A este respeito a Declaração de Helsínquia<sup>8</sup>, assinada em Janeiro de 2005 por todos os estados membros da EU (incluindo Portugal), da OMS e pelo Conselho da Europa, na Conferência Ministerial Europeia da OMS sobre Saúde Mental, traça como prioridades a prevenção, o tratamento e a reabilitação do doente mental e defende expressamente que se responsabilize e apoie as pessoas com doença mental e a sua família de forma a que possam participar activamente e colectivamente contra a estigmatização, discriminação, desigualdade. Por tal defende ainda como prioridade que sejam consideradas a experiência e competência dos utentes e cuidadores, inspirando-se nela para a planificação e a organização dos serviços de saúde mental.

Relativamente aos Direitos Humanos é de salientar por fim a concepção de um outro dispositivo internacional: a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (2007), ratificado por 127 estados membros, incluindo Portugal.

### **3. O Sistema Público Português de Saúde Mental**

Apesar de toda a actuação e influência dos organismos internacionais referidos no ponto anterior, a concretização das suas orientações nem sempre é conseguida totalmente na prática e Portugal, como outros países, não é excepção.

Só após o 25 de Abril de 1974 o sector da saúde começou a ser uma preocupação prioritária da política portuguesa, e em relação à atenção sobre as questões específicas da Saúde Mental não se verificou avanços significativos. Em 1985, na 2ª Conferência de Ministros do Saúde do Conselho da Europa, Portugal comprometeu-se a reestruturar a assistência da saúde mental, com vista à evolução do modelo hospitalar para o comunitário, mas o compromisso não foi na altura concretizado ao nível da política nacional. Três anos mais tarde o então Director dos Serviços de Saúde Mental, Caldas de Almeida, apresentou um novo Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde Mental, que também não terá sido concretizado, ainda assim constituiu um importante ponto de partida, que veio a ter impacto nas mudanças futuras a este nível, na medida em que entre outros princípios preconizava a organização dos serviços de saúde mental por áreas geo - demográficas (Centros de Saúde Mental), onde os doentes possam ser seguidos sempre por uma mesma equipa, assim como é de salientar que este Programa foi o primeiro a defender o desenvolvimento de programas de reabilitação com vista à criação de condições que permitam a desinstitucionalização dos doentes. (Fazenda, 2006:67,68)

O Programa Horizon (1991-2000), criado no âmbito da iniciativa comunitária europeia “Emprego”, dirigido a pessoas com deficiência, incluindo as resultantes de doença mental, que visava favorecer a sua integração em mercado de trabalho, é um exemplo relevante das várias medidas de

---

<sup>8</sup> Retirado de: <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/17/declhelsinquia/>

reabilitação e formação profissional, emprego protegido, apoios à contratação e outras já legisladas<sup>9</sup>, que desde inícios da década de 90 começaram a ser aplicadas às pessoas com doença mental.

Em 1992 os 20 Centros de Saúde Mental do país foram extintos, transitando as suas funções para os então criados Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental nos Hospitais gerais, o que teve como vantagem a integração dos serviços de Saúde Mental no Serviço Nacional de Saúde.<sup>10</sup> Como desvantagem principal poderá apontar-se o facto dos serviços de saúde mental ficarem limitados ao meio hospitalar.

Com a criação da Comissão Nacional de Saúde Mental e a realização da Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1995, chegou-se a importantes conclusões que foram um ano mais tarde aprovadas pelo então Ministro da Saúde, dando origem à criação de um grupo de trabalho para a revisão da então Lei de saúde mental, de 1963, e futuramente ao Plano de Acção para 1996-99. Este foi um período fértil em políticas da Saúde Mental, com a implementação da Lei da Saúde Mental, Lei nº 36/1998, regulamentada no ano seguinte, Dec. Lei nº 35/1999. Com esta lei é efectivamente legitimada a implementação do Modelo Comunitário e da progressiva desinstitucionalização, constituindo os Departamentos e Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais e a sua articulação com os centros de saúde a estrutura assistencial básica.

É neste contexto que oportunamente, e em complementaridade a esta estrutura, é publicado o Despacho Conjunto do Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Despacho nº 407/1998, no qual são definidas as respostas de apoio social (residencial e ocupacional) para pessoas com problemas de foro psiquiátrico: unidades residenciais de vida apoiada, de vida protegida e de vida autónoma e fóruns sócio-ocupacionais, financiadas através de acordos de cooperação entre os serviços de Segurança Social e as IPSSs, e que exigem uma articulação com os serviços de Saúde Mental. Paralelamente, com a preocupação da Reabilitação Sócio - Profissional e de inclusão social pelo trabalho, foi publicada a Portaria nº 438-A/1998 do Ministério do Trabalho e Solidariedade, que veio criar e legislar as futuras Empresas de Inserção, oportunidades efectivas de trabalho para pessoas consideradas em situação de desvantagem perante o mercado de trabalho, entre elas as pessoas com perturbações psiquiátricas em processos de reabilitação. A colaboração do IEFP- Instituto de Emprego e Formação Profissional com a área da saúde mental, nos anos 90 e seguintes, foi importante na medida em que permitiu o financiamento não só das referidas empresas de inserção, como de outros programas de formação profissional, emprego protegido, emprego apoiado, desenvolvidos nas IPSSs.

Desta forma concebido o Sistema Público de Saúde Mental, assente no Modelo de Saúde Mental comunitária, foi-se implementando, a partir de finais da década de 90, procurando

---

<sup>9</sup> Pelo Dec. Lei nº40/1983 e nº 247/89

<sup>10</sup> Até essa altura os serviços de saúde mental dependiam do IAP- Instituto de Assistência Psiquiátrica, uma estrutura autónoma dentro do Ministério da Saúde.

tendencialmente desenvolver-se serviços articulados entre serviços públicos do Serviço Nacional de Saúde, do IEFP, dos Organismos de Segurança Social, com as diversas IPSSs, ONGs, Associações.

“É pois necessário reabilitar o doente para a comunidade, mas, também “reabilitar”/educar esta para o receber. É nisto que as entidades públicas e privadas devem funcionar como recursos complementares”. (Cordo, 2003:64) Isto porque a desinstitucionalização poderia ocorrer “com e para a família” ou na impossibilidade, inexistência ou ausência desta, desinstitucionalizar-se sem a família, para estruturas residenciais alternativas.

Em 2001, no Dia Mundial da Saúde (7 de Abril), foi publicada a primeira Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental, na qual: “os cuidados de saúde mental integrados no SNS são prestados a partir de 41 estabelecimentos (5 hospitais psiquiátricos, 24 departamentos de psiquiatria e saúde mental, 5 serviços de psiquiatria, 1 centro de recuperação psiquiátrica, 3 departamentos de pedopsiquiatria e 3 de centros regionais de alcoologia), distribuídos pelas 5 regiões de saúde (12 no Norte, 12 no Centro, 12 em Lisboa e Vale do Tejo, 3 no Alentejo e 3 no Algarve)”. Três anos mais tarde (2004) tornou-se necessário proceder a uma revisão e actualização da rede, alterando-se esta a vários níveis, sendo de assinalar ao nível desde logo do título, pois a palavra *hospitalar* foi retirada, passando a denominar-se Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental. Isto prende-se com o facto de se ter reconhecido que não ficavam esgotados na vertente meramente hospitalar os cuidados prestados em saúde mental, passando a ser incluídas as componentes dos cuidados de saúde primários (ao nível dos centros de saúde) e os cuidados comunitários (Direcção Geral da Saúde, 2004:6)

Em consequência, em 2004, é emitido o Plano Nacional de Saúde para 2004-2010, no qual, no seu volume II, referente à Saúde Mental, pode ler-se: “Estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves, embora não existam dados de morbilidade psiquiátrica, de abrangência nacional, que permitam uma melhor caracterização do País”. Igualmente este Plano assinala que: “Observa-se uma insuficiência de cuidados de reabilitação nos serviços locais de saúde mental, nomeadamente de unidades de reabilitação para aquisição de competências, programas psico-educacionais para doentes e familiares, unidades de vida para doentes crónicos mais dependentes e serviços de apoio domiciliário.” (Plano Nacional de Saúde 2004-10: 83, 86)

Ainda em 2007, uma nova Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, o Relatório para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, documento que constituiu a base para a elaboração do actual Plano Nacional de Saúde Mental, agora de 2007 a 2016.

Com este Relatório da Comissão Nacional para a reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, procurou-se igualmente identificar as estruturas de saúde mental mais significativas, as do sector público e sector social. Do primeiro grupo fazem parte seis hospitais psiquiátricos - um no Porto, três em Coimbra e dois em Lisboa - três Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e

Adolescência, sediados igualmente naquelas três cidades, e 30 Serviços Locais de Saúde Mental, quatro dos quais sem internamento próprio, integrados em Hospitais Gerais e disseminados por todo o país, nomeadamente nas capitais de distrito.

Do segundo grupo destacam-se as estruturas do sector social, as IPSSs com intervenção na área da Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, cuja criação foi prevista no despacho conjunto 407/98 dos Ministérios da Saúde e do Ministério do Trabalho e Segurança Social. No anexo B é possível observar-se as estruturas deste tipo, a nível nacional, implementadas até 2006.

“Em Portugal Continental foram criados, até ao ano de 2001, 44 programas e 754 lugares, o que foi alargado em 2006 para 54 programas e 992 lugares. Estes Programas são todos financiados pelo Estado, através de um protocolo escrito entre o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, da Saúde e Instituições Particulares de Solidariedade Social, onde se definem obrigações e direitos de cada sector.” (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007:53). Observando o quadro do anexo B é, pois, possível verificar uma notória predominância de lugares em Lisboa, seguida de Porto e Faro, assim como o Fórum Sócio-Ocupacional é a estrutura que existe em maior número.

Igualmente importante é o papel das instituições de cariz religioso (ordens religiosas), ainda que, segundo o relatório para a reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, “no que se refere às instituições das Ordens Religiosas, tem prevalecido um modelo de articulação e de compensação financeira que não é claro nem racional.” (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental: 59)

Assume especial relevo o movimento associativo, protagonizado pelas ONGs, que partindo de iniciativas da sociedade civil, e contando com os utentes e familiares (ainda que a envolvência destes tenha sido mais tardia e menos intensa que a participação dos profissionais), constituem-se participantes activos, com capacidade de influir nas instâncias decisórias e adequar cada vez mais os planos, os programas e as medidas na área da Reabilitação Psicossocial às necessidades reais das pessoas que têm problemas de saúde mental, num exercício de cidadania que leva ao aumento do poder de intervenção da sociedade civil nas questões da saúde mental do país. Um dos aspectos positivos deste movimento foi o facto das IPSSs se organizarem em Federações, como forma de defenderem os seus interesses e de terem representatividade nas políticas e no planeamento dos serviços. “Esta participação traduz-se na presença de representantes das IPSS, dos utentes e dos familiares em diversos órgãos consultivos, nomeadamente no Conselho Nacional de Saúde Mental, Comissão Permanente de Acompanhamento das ONG da saúde mental do SNRIPD.” (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental: 48)

Por outro lado a sociedade civil em geral pode ter iniciativas do âmbito da prevenção, ou da sensibilização à problemática e luta contra o estigma social associado à Doença Mental. Apontam-se dois exemplos significativos: projecto desta natureza, que envolveu artistas, músicos conhecidos do

nosso país em 2008: um projecto de combate ao estigma à Doença Mental, Projecto UPA - Unidos Para Ajudar (2008), promovido pela Associação Encontrar-se<sup>11</sup>. A forma como se procurou sensibilizar a população em geral foi através de músicas, que incidiam sobre temáticas de diferentes psicopatologias, estigma e relações interpessoais, especialmente compostas para o efeito, pelos músicos/grupos musicais envolvidos, de reconhecida fama, como por exemplo Xutos e Pontapés, GNR, Clã, etc.

O segundo exemplo não poderia deixar de ser mencionado: o facto de haver uma Dia Mundial de Saúde Mental<sup>12</sup>, dia 10 de Outubro. No ano transacto este dia foi assinalado em Portugal um dia depois, dia 11 de Outubro, com uma sessão comemorativa no Museu de Arte Antiga, em Lisboa, com a presença e intervenção de elementos da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Ministra da Saúde, Presidente do ISS.IP, Secretária de Estado Adjunta da Reabilitação, elementos da coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados. O encontro intitulou-se “Saúde Mental e Cuidados Continuados Integrados”, confirmando-se esta temática como um foco actual de atenções da comunidade de políticos e profissionais da área da saúde mental.

Retomando o Plano Nacional de Saúde Mental de 2007-2016<sup>13</sup>, actualmente em curso, sob a coordenação do Prof. Doutor José Miguel Barros Caldas de Almeida, é afirmado que, “embora escassos, os dados existentes sugerem que a prevalência dos problemas de saúde mental não se afastará muito da encontrada nos países europeus com características semelhantes, ainda que os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres, idosos) pareçam apresentar um risco mais elevado do que no resto da Europa.” (CNSM, 2008: 6) Os serviços de saúde mental sofrem hoje de insuficiências graves, a nível da acessibilidade (como sugere o recurso às urgências hospitalares, as dificuldades de demora nas marcações de consultas), assim como ao nível da equidade e da qualidade de cuidados.

Entre outros aspectos que este Plano identifica, salienta-se o facto de se registar um reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade, estando as intervenções reduzidas essencialmente aos internamentos hospitalares e consultas de ambulatório, havendo um défice de equipas de saúde mental comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise e trabalho com as famílias. É apontado outro facto: as equipas de saúde mental continuam em Portugal a contar com um escasso número de psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, e outros profissionais não médicos, mantendo a qualidade dos serviços prestados limitada ao padrão

---

<sup>11</sup> Retirado de: <http://www.encontrarse.pt/>. A “Encontrar+se - Associação de Apoio às Pessoas com Perturbação Mental Grave” é uma IPSS, sediada no Porto, que procura contribuir de forma activa na reabilitação psicossocial dos doentes com perturbação mental grave, através de iniciativas cientificamente validadas ligadas, à formação, à intervenção, à avaliação e à investigação, minimizando a comprovada falta de respostas a nível nacional.

<sup>12</sup> O Dia Mundial da Saúde Mental foi instituído em 1992 pela Federação Mundial para a Saúde Mental, com o objectivo de sensibilizar a opinião pública para as questões da saúde mental.

<sup>13</sup> Com o respectivo resumo executivo aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, de 6 de Março.

tradicional de serviços de internamento psiquiátrico, em vez do padrão preconizado nos serviços modernos de saúde mental, no qual é enfatizada a importância terapêutica da desinstitucionalização (internamentos psiquiátricos em último recurso e temporários) e promoção de efectiva integração social. O nível de investimento em recursos financeiros e humanos é baixo, e este Plano, através de todo um conjunto de análises e estudos prévios, constata que estes recursos se encontram distribuídos de forma muito assimétrica entre as várias regiões de Portugal. Como oportunidades para ajudar a superar muitas destas dificuldades destacam-se: o Programa de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, o desenvolvimento de Unidades de Saúde Familiar e a criação de Unidades de Psiquiatria e Saúde Mental nos novos hospitais gerais em construção/projecto. Para o presente estudo importa aprofundar a ligação deste Plano de Saúde Mental, à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental e mais especificamente a uma das várias estruturas de Saúde Mental Comunitária que se prevêem criar, a USO - Unidade Sócio-Ocupacional.

#### **4. Serviço Nacional de Saúde e respostas sociais existentes na área de intervenção do Pinhal Litoral II**

A área de saúde Pinhal Litoral II, abrange os serviços públicos de Saúde de quatro concelhos: Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós e Batalha. Ao nível de serviço hospitalar em psiquiatria estes concelhos pertencem à área de abrangência do CHLP - Centro Hospitalar de Leiria e Pombal (ex – HSA - Hospital St.º André<sup>14</sup>), localizado no centro urbano de Leiria. Contudo o seu departamento de psiquiatria abrange, para além destes quatro concelhos, outros como os de Pombal, Alcobaça, Nazaré, Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche e Bombarral. No total a sua abrangência territorial é de 400.000 habitantes.

Ao nível do Departamento de Psiquiatria deste Centro Hospitalar, estão em funcionamento o serviço de internamento psiquiátrico (que dispõe de 43 Camas de doentes agudos, divididas por sectores masculino, com 22 camas e feminino, com 21 camas); uma Unidade de Evolução Prolongada de Psiquiatria, isto é, uma Unidade Residencial, com capacidade para 50 doentes crónicos, de sexo masculino apenas, (predominando nestes internamentos as psicoses instaladas em indivíduos na sua maioria carenciados de apoio sócio-familiar); a Consulta Externa de Psiquiatria e Psicologia; a Clínica de Decanoatos (onde são administrados diariamente injectáveis a doentes que se encontram em regime ambulatorio); o Apoio Domiciliário com Enfermagem e Assistente Social (que verifica o controle sócio-clínico dos doentes e faz a administração de injectáveis de acção prolongada). É ainda desenvolvido o serviço de Psiquiatria Forense (articulação com os tribunais da área para emitir parecer das capacidades mentais dos arguidos que evidenciam alterações psicopatológicas). Para tal conta com os seguintes recursos humanos: 6 psiquiatras; 2 Assistentes

---

<sup>14</sup> Com a publicação do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março, que funde várias unidades de saúde, o Hospital de Leiria e Pombal são fundidos no Centro Hospitalar Leiria e Pombal, E.P.E.

Sociais; 1 psicóloga clínica (apenas para a unidade residencial); 2 psicólogos clínicos para a consulta externa.

Segundo dados solicitados junto do Departamento de Psiquiatria do CHLP (ver Anexo C-1), e facultados posteriormente pelo Departamento de Estatística, foi possível apurar o número total de Internamentos no Serviço de Psiquiatria, no ano de 2010: 824, assim como o número total de Consultas Externas realizadas no Serviço de Psiquiatria no mesmo ano: 8018. No quadro 2.1. é possível não só constatar estes valores, como analisar a diferença entre os valores totais de doentes *distintos*, com o total de episódios, isto é, dos 824 internamentos houve apenas um universo de 735 doentes, o que significa que alguns destes foram alvo de 2 ou mais internamentos no mesmo ano.

**Quadro 2.1.** - Caracterização dos doentes psiquiátricos do HSA - 2010

Caracterização dos doentes psiquiátricos por idade e sexo do HSA - 2010									
Grupos Etários	Internamento			Consultas			TOTAIS		
	F	M	Soma	F	M	Soma	F	M	Soma
0 a 14 anos	0	0	0	1	0	1	1	0	1
15 a 24 anos	20	32	52	126	109	235	134	124	258
25 a 44 anos	136	186	322	920	603	1523	958	684	1642
45 a 64 anos	158	123	281	1361	691	2052	1395	726	2121
65 a 74 anos	36	25	61	378	156	534	382	160	542
75 a 84 anos	8	6	14	175	87	262	167	86	253
85 a 94 anos	0	5	5	21	9	30	17	11	28
95 e + anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doentes (distintos)	358	377	<b>735</b>	2982	1655	<b>4637</b>	3054	1791	<b>4845</b>
Idade média			<b>(+ 89)</b>			<b>(+ 3381)</b>	50,8	47,9	49,7
Episódios	406	418	<b>824</b>	4947	3071	<b>8018</b>	5353	3489	<b>8842</b>

**Fonte:** Adaptado do quadro facultado pelo Serviço de Gestão de Doentes-Estatística, Centro Hospitalar Leiria Pombal, EPE

Relativamente às consultas externas de psiquiatria e ao número de doentes, o valor diferencial de 3381, valor inferior ao total de doentes (4637) induz a concluir-se que houve seguramente um grupo de doentes (que no máximo seriam 1256) que teve apenas 1 única consulta num ano. Outro dado interessante é a variação entre internamentos e consultas, relativamente ao género. Ao nível dos internamentos o sexo masculino prevalece sobre o feminino (ainda que por uma diferença pouco significativa) enquanto que as mulheres recorrem significativamente mais às consultas (quase duplicando o número de homens).

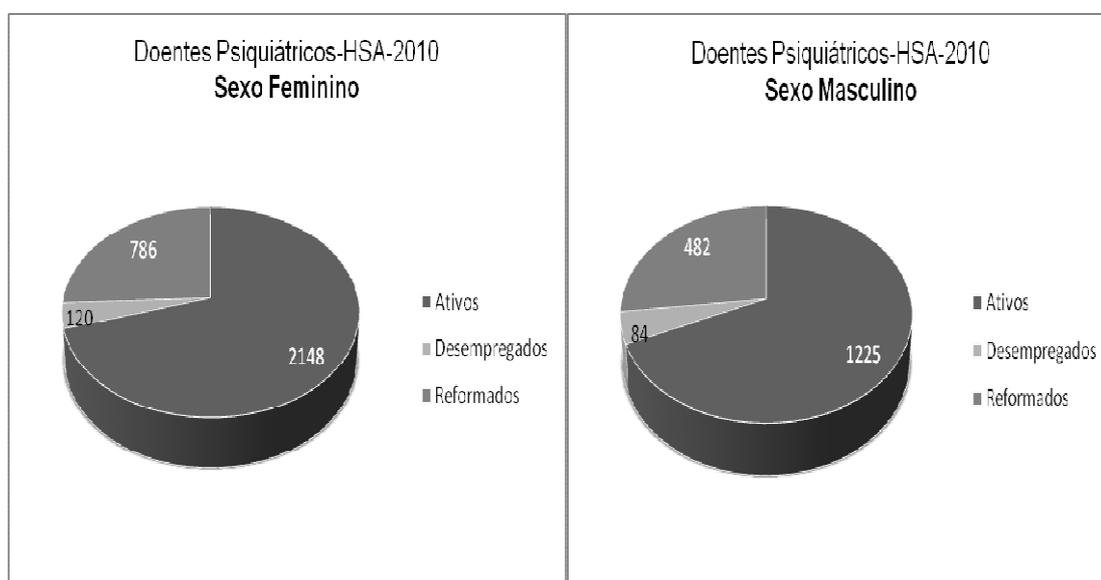
Refira-se por fim que a idade média dos doentes ronda os 47,9 no caso dos homens e os 50,8 no caso das mulheres. Foi também possível obter informação relativamente à situação profissional dos doentes. Assim, conforme o gráfico da figura 2.1., verifica-se que em ambos os sexos, os doentes que estão profissionalmente activos estão em maioria.

De salientar, dado o tema do presente trabalho, o significativo número de reformados, num total de 1268, assim como um total, ainda que minoritário, de desempregados (204), totalizando

ambas as categorias um universo de 1472 doentes. Será apenas deste universo de doentes, que constam seguramente alguns que reuniriam os critérios para admissão numa USO.

Ainda que tenha sido possível, conforme se pode constatar no anexo C-1, obter dados referentes ao número de doentes reformados e desempregados de 2011, que de Janeiro a Abril contam já com um total de 849, não foi possível aprofundar a análise a estes 849 casos, de forma a se conseguir seleccionar destes quais os que reuniriam os critérios para poderem vir a integrar uma futura USO. Ainda assim, dado que a capacidade de utentes de uma USO, segundo a legislação é de 30 utentes, poder-se-á concluir eu deste universo de 849 doentes, seguramente haveria um grupo de 30 que reunissem os critérios necessários para frequentar uma USO.

**Figura 2.1.** - Distribuição dos Doentes Psiquiátricos do HSA, em 2010



**Fonte:** Adaptado dos dados do Serviço de Gestão de Doentes-Estatística, Centro Hospitalar Leiria Pombal, EPE

Apesar da área de abrangência do Serviço de Psiquiatria do Hospital ser mais extensa do que a área do Pinhal Litoral II, por incluir outros concelhos para além dos quatro concelhos que constituem esta área, pela análise e tratamento dos dados facultados (ver gráficos do anexo C-2) pode-se constatar que em grande parte os doentes são provenientes desta área, uma vez que na sua maioria são residentes do concelho de Leiria, seguido de Marinha Grande, Pombal, Alcobaça, Porto de Mós e Batalha.

Os escalões etários onde, em 2010, o número de internamentos foi mais elevado situa-se entre os 25-44 anos para as mulheres, e entre os 45-64 anos para os homens, conforme o demonstra o quadro 2.2. e o anexo C- 3. Ambos os escalões etários (25 a 64 anos) representam cerca de 82% do total dos 824 internamentos de 2010, totalizam 681 internamentos. Isto poderá significar um outro factor da realidade que se constitui em mais um contributo que fundamenta necessidade de ser criada, prioritariamente, uma USO para população adulta e não tanto para jovens ou adolescentes, nem para

a população idosa. Além disso, a população idosa com doenças de foro psiquiátrico, têm por norma outras patologias associadas, e tendem a apresentar maior grau de dependência e a necessitar de outros cuidados específicos.<sup>15</sup>

**Quadro 2.2.** - Internamentos de Psiquiatria - HSA - 2010, por escalões etários

<b>Internamento - Ano 2010</b>			
Por grupo etário e sexo			
<b>Grupos Etários</b>	<b>Mas</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>
15 a 24 anos	39	21	60
25 a 44 anos	<b>205</b>	157	<b>362</b>
45 a 64 anos	136	<b>183</b>	<b>319</b>
65 a 74 anos	26	37	63
75 a 84 anos	7	8	15
85 a 94 anos	5		5
<b>Total</b>	<b>418</b>	<b>406</b>	<b>824</b>

**Fonte:** Adaptado dos dados do Serviço de Gestão de Doentes-Estatística, Centro Hospitalar Leiria Pombal, EPE

Por fim uma referência aos principais diagnósticos dos doentes sujeitos a internamento psiquiátrico. O quadro 2.3. é um resumo adaptado do quadro original, com uma extensa lista de diagnósticos, constante dos anexos C- 4 e C-5:

**Quadro 2.3.** - Principais diagnósticos dos Internamentos Psiquiátricos-HSA-2010

<b>Diagnóstico Principal - Internamento Psiquiátrico-HSA-2010</b>	<b>Mas</b>	<b>Fem</b>	<b>Soma</b>
SINDROMO DE DEPENDENCIA DO ALCOOL CONTINUA	<b>64</b>	16	<b>80</b>
TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NCOP *	30	<b>49</b>	<b>79</b>
PSICOSE SOE**	24	17	<b>41</b>
PSICOSE TIPO ESQUIZOAFECTIVO SOE**	27	13	<b>40</b>
PERTURBACAO DA FECTIVA BIPOLAR - MANIACA, SOE**	7	21	<b>28</b>

\* NCOP- Não Classificados em Outra Parte

\*\* SOE- Sem Outra Especificação

**Fonte:** Adaptado dos dados do Serviço de Gestão de Doentes-Estatística, Centro Hospitalar Leiria Pombal, EPE

Não foi possível, contudo, obter dados relativos aos diagnósticos clínicos dos doentes das consultas externas de psiquiatria em 2010, pelo que há que considerar que deste universo de doentes, haveria seguramente um grupo de doentes cujos diagnósticos clínicos corresponderiam a patologias de reduzido ou moderado grau de incapacidade psicossocial, aos quais a frequência de uma USO seria bastante indicado. Ainda assim pode concluir-se que o Departamento de Psiquiatria do CHLP é sem dúvida o maior organismo do Pinhal Litoral II, a intervir na área da Saúde Mental.

<sup>15</sup> Cuidados específicos a serem assegurados pelo seu seio familiar, pessoas particulares ou por instituições com serviços específicos para a população idosa/dependente de terceiros, nomeadamente Serviço de Apoio domiciliário, Centros de Dia ou de Convívio e Lares Residenciais.

Ao nível dos serviços de saúde primários, o Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral II é constituído por 2 centros de saúde no concelho de Leiria: Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, com 16 extensões de saúde e Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques, com 15 extensões de saúde; Centro de Saúde da Marinha Grande com 4 extensões de saúde; Centro de Saúde de Porto de Mós com 9 extensões de saúde e Centro de Saúde da Batalha, com 3 extensões de saúde.

Na medida em que o grupo alvo da pesquisa empírica deste estudo será constituído por pessoas residentes no concelho da Batalha, importa referir que o Centro de Saúde da Batalha abrange, por sua vez, quatro freguesias, com uma abrangência territorial de 15442 habitantes<sup>16</sup>. O centro de Saúde está sediado na Batalha (com quatro médicos de medicina familiar); e as restantes freguesias têm em funcionamento as respectivas extensões do centro de saúde, em Reguengo do Fetal (com um médico de medicina familiar); em Golpilheira (também com elemento médico) e São Mamede (com dois médicos de medicina familiar). Conta ainda com um elemento médico que exerce funções de Delegado de Saúde Pública.

Relativamente a estruturas do sector social, nomeadamente IPSSs, ONGs, Associações, é de referir a sua quase inexistência. De assinalar um projecto recente, promovido por uma IPSS local, sediada na zona do centro urbano de Leiria, de criação de um Centro Sócio-Ocupacional para apoio a pessoas com Doença Mental. Deve contudo ser clarificado que esta IPSS tem desenvolvido a sua actividade principal na área da toxicodependência.

De salientar ainda a existência de apenas uma única estrutura de carácter residencial, a Unidade de Evolução Prolongada de Psiquiatria do CHLP, com capacidade para 50 doentes crónicos, de sexo masculino. Para a população adulta de sexo feminino, as respostas sociais a este nível são inexistentes na zona do Pinhal Litoral II.

Não existe pois nenhuma IPSSs local que tenha implementado qualquer das unidades residenciais de vida apoiada, de vida protegida e de vida autónoma ou fóruns sócio-ocupacionais, previstas no despacho conjunto 407/98.

Se tivermos em conta que a nível nacional, conforme já foi constatado pela análise do quadro do anexo B, a estrutura de Fórum Sócio-Ocupacional é a estrutura predominante, consequentemente se poderia concluir que, mantendo esta tendência, se justificaria a criação de uma Unidade Sócio-Ocupacional, dirigida à população adulta de ambos os sexos, para a área de saúde Pinhal Litoral II. À semelhança de IPSSs dirigidas à população portadora de deficiência, como por exemplo as CERCIS, que começaram prioritariamente com Centros de Actividades Ocupacionais/Valência de Formação Profissional/Valência Educacional, todas estas funcionando sem regime residencial, faria sentido iniciar-se um projecto no âmbito da Saúde Mental Comunitária, pela criação de uma USO.

---

<sup>16</sup> Dado relativo a 2004, segundo o documento do Diagnóstico Social do Programa da Rede Social da Batalha (2006), disponível em <http://www.cm-batalha.pt/areas-de-intervencao/accao-e-apoio-social/rede-social>.

## CAPÍTULO III

### UNIDADE SÓCIO OCUPACIONAL - UM PROJECTO EM CONSTRUÇÃO

#### 1. Clarificação da problemática e do projecto

Como já se demonstrou em pontos anteriores deste trabalho, agora recapitulando de forma mais concisa, a problemática em causa é a da Doença Mental e suas consequências desde logo a nível individual, pela redução das capacidades e competências do indivíduo, assim como as consequências que ocorrem a nível social, por estes revelarem em geral dificuldades no relacionamento interpessoal. Associado a esta realidade surgem várias necessidades específicas, em maior ou menor grau, desde a necessidade de intervenção e acompanhamento a nível clínico, mas também a nível social.

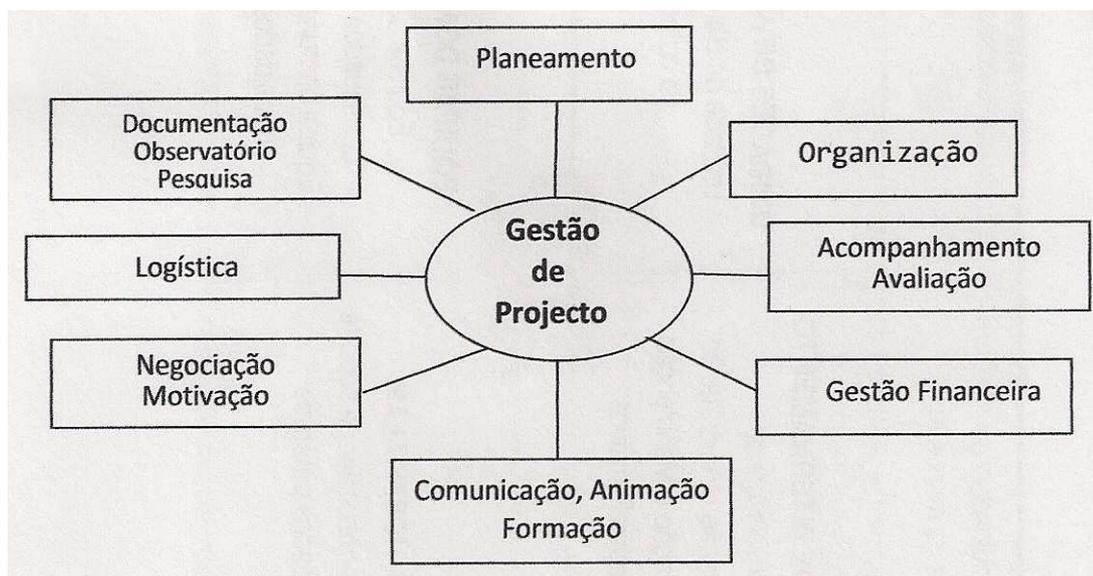
Poderá pois concluir-se que actualmente, na maioria das cidades de Portugal, e a zona do Pinhal Litoral II não é excepção, existem necessidades para a população com doença mental: necessidade de criação de mais serviços de Reabilitação Psicossocial.

Muitos dos doentes revelam efectivas dificuldades de integração laboral, tendem ao isolamento social e em muitos dos casos tornam-se mesmos excluídos sociais, na medida em que a própria comunidade envolvente não possui sequer estruturas/serviços adequados à intervenção específica com este grupo populacional e persistem ou agravam-se outros problemas sociais como carência económica, desemprego, isolamento social, perda da auto-estima/autonomia, estigmatização social, etc. A própria doença mental, em si mesma, pode ser agravada, diminuída ou tratada, conforme o tipo de doença e o tipo de intervenção terapêutica realizada.

Apesar de não ter sido possível obter, junto do CHLP informação estatística mais aprofundada, que permitisse obter uma noção mais real das efectivas necessidades desta população, os dados obtidos permitem-nos ainda assim constatar com relativa segurança que a zona de saúde Pinhal Litoral II beneficiaria sem dúvida, com o funcionamento de novos serviços de Reabilitação Psicossocial, pelo que as novas estruturas de saúde mental no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental parecem constituir um horizonte de possível actuação futura neste domínio. A criação de uma USO, como uma primeira resposta a ser criada neste âmbito, revela-se pois um importante ponto de partida a ser considerado, uma prioridade para a acção.

Um projecto e neste caso, um projecto social, resulta da “expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas é também a expressão de uma necessidade, de uma situação que se pretende responder” e por tal não é mais que um construto assente por um lado no conhecimento teórico mas também numa determinada realidade concreta, com vista a operar uma mudança social: “uma forma racional de organização e uma sequência de tarefas tendo em conta a concretização de objectivos expressamente assumidos” (Guerra, 2002:126 - 128).

**Figura 3.1.** – Dimensões de Gestão do Projecto



**Fonte:** Adaptado de Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção (Guerra, 2002:126)

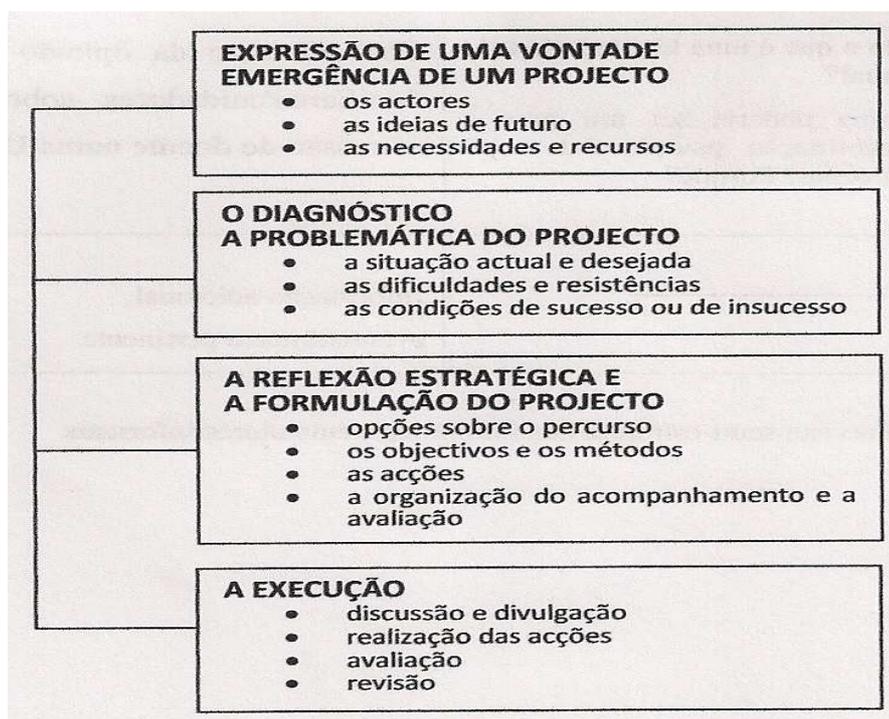
Como se pode constatar na figura 3.1., a gestão de um projecto implica um vasto conjunto de dimensões, clarificando-se que no presente trabalho as dimensões apresentadas serão essencialmente as do Planeamento, Organização, Acompanhamento e Avaliação.

A denominação escolhida, a ser proposta para o projecto aqui concebido, isto é, como se poderia denominar a futura USO a ser futuramente implementada: Unidade Sócio-Ocupacional *Amicitia*. Significa “amizade” em latim, e aplicada nos dias de hoje parece poder associar-se a noções relacionadas com este projecto no seu todo, como cidade/sítio amiga/o; cidadania; saúde mental comunitária.

Neste futuro espaço, *Amicitia*, prevê-se que utentes, seus familiares, cuidadores informais, corpo de profissionais, e comunidade em geral, possam (re)encontrar os laços de *Amicitia* uns com os outros, um espaço onde o ambiente envolvente, ainda que assegurado por intervenções técnico-profissionais, não descure a importância da promoção de relações humanas pautadas pela confiança, empatia e solidariedade.

A figura 3.2. exprime de modo genérico aquelas que são as principais fases sequenciais de um projecto e os componentes de reflexão obrigatória que acompanham cada fase:

**Figura 3.2.** – Esquema geral da metodologia de projecto, adaptado de Serge Raynal, 1996



**Fonte:** Adaptado de Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção (Guerra, 2002:127).

Segundo a autora numa primeira fase o projecto nasce de “uma expressão de uma vontade”, num determinado contexto social, com determinados actores envolvidos, num misto de ideias de futuro face à necessidades que começam a ser percebidas, reconhecidas e tendo em conta os recursos existentes e inexistentes. Esta expressão inicial de um sentido ganha consistência na fase seguinte, que resulta na elaboração do diagnóstico efectivo da situação actual, das reais necessidades, na sua fundamentação e na concepção da problemática social sobre a qual o projecto pretende intervir, com vista a mudar a essa situação numa outra futura, a situação desejada. Para tal numa terceira fase é pois formulado todo o projecto em si, que passa pela definição dos seus objectivos e das acções concretas a desenvolver, assim como ela definição da forma como será acompanhada a sua implementação e da forma como este irá ser avaliado. Posto isto, estão reunidas as condições prévias para a sua efectiva execução se iniciar, respeitando-se o mais possível as condições de execução, acompanhamento e avaliação, anteriormente definidas.

## **2. Principais teorias orientadoras da intervenção do Serviço Social na Saúde/ Doença Mental**

O Serviço Social desenvolveu um leque variado de teorias, que sustentam diferentes práticas e domínios de intervenção. A teoria serve para orientar a investigação propondo conhecimentos geralmente estabelecidos, os quais fornecem uma perspectiva da forma de abordar um problema de investigação (Fortin, 1999: 90).

Tomando-se como ponto de partida as grandes finalidades de uma USO, nomeadamente: Promover a autonomia, a estabilidade emocional e participação social da pessoa com Doença Mental; Promover a integração social, familiar e profissional da pessoa com Doença Mental; Promover a capacitação dos familiares e outros cuidadores, facilitando e incentivando à sua participação e envolvimento adequado na prestação de apoio/cuidados; Combater o estigma social e sensibilizar a comunidade em geral para a importância da integração social da pessoa com Doença Mental, o AS que trabalhe numa unidade destas, ou mesmo em qualquer serviço do âmbito da Saúde/Doença Mental, necessita de orientar a sua prática profissional e socorrer-se de teorias.

Desde logo as ideologias humanistas, em especial nas ideias defendidas pelo conhecido psicólogo americano Carl Rogers (1902-1987), na sua Abordagem Centrada na Pessoa, que ressalva alguns pressupostos importantes para o êxito na relação terapêutica: “os utentes devem perceber que os trabalhadores são genuínos e congruentes com a relação terapêutica, agindo sem encenações; os trabalhadores terem uma consideração positiva e incondicional pelos clientes e serem capazes de criar empatia com as visões que o cliente tem do mundo”. (Payne, 2002:248), podem ser encaradas como importante pano de fundo, para se proporcionar um estilo de relação terapêutica aberta, permissiva (por oposição a controladora e até por vezes opressiva), para proporcionar uma relação de confiança e de escuta activa. O recurso a este modelo Rogeriano hoje em dia seria insuficiente, mas os seus princípios têm influenciado perspectivas e modelos mais actuais: “o humanismo é tanto básico como periférico para a teoria do trabalho social. É básico, porque muitos o tomam por garantido como a atitude fundamental dos trabalhadores sociais. É periférico na medida em que nem sequer é tratado como uma perspectiva, uma vez que é visto mais como uma posição filosófica geral, que informa a prática, do que como uma forma de definir uma abordagem específica à prática” (Payne, 2002:246). Por outro lado a prática profissional é norteada por outros pressupostos, nomeadamente os valores e os princípios éticos, entre os primeiros assume especial relevo o respeito pelos Direitos Humanos, que deve incluir as pessoas com doença mental, e a nível ético o recurso de base deve ser o Código de Ética do Serviço Social<sup>17</sup>.

A abordagem Biopsicossocial defendida pelo OMS, e já referida no presente estudo, ultrapassa o modelo exclusivamente médico e realça a importância dos factores psicológicos e sociais como determinantes das doenças mentais e como instrumento para a recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos doentes. Desta visão, decorre a designação da Reabilitação Psicossocial, sendo um caminho para a Cidadania. O objectivo último da Reabilitação Psicossocial é a promoção da qualidade de vida e auto-determinação/ emancipação do doente mental. Esta é portanto a que melhor permite explicar os diversos factores que intervêm no aparecimento da doença mental, uma vez que é

---

<sup>17</sup> A Federação Internacional de Assistentes Sociais (FIAS), conhecida por actuar na promoção de melhorias no exercício da profissão e na cooperação internacional, desenvolveu documentos importantes neste domínio e Portugal, enquanto membro da FIAS adoptou as orientações deste organismo e possui o seu próprio Código Nacional de Ética (<http://www.ifsw.org/>)

hoje reconhecida a complexidade de factores biológicos, psicológicos e/ou sociais, e é este reconhecimento que fundamenta o funcionamento de equipas multidisciplinares, onde o Serviço Social detém um papel próprio.

Com o quadro seguinte, que consta no site electrónico de uma das IPSSs portuguesas da área de Lisboa, com maior expressão na intervenção com pessoas com doença mental, a ARIA- Associação de Reabilitação e Integração da Ajuda, é possível compreender-se melhor a actuação de uma equipa multidisciplinar, por recurso à abordagem Biopsicossocial:

**Figura 3.3.** – Esquema dos objectivos secundários para a promoção da Reabilitação Psicossocial



**Fonte:** <http://www.aria.com.pt/>

Relativamente ao trabalho a ser desenvolvido numa USO, poderá agrupar-se teorias orientadoras da acção, tendo em conta os domínios clássicos de actuação do Serviço Social: ao nível individual (de caso), com grupo(s), com a comunidade envolvente. Assim, a um primeiro nível assumem principal relevo as teorias de base psicológica, como as teorias psicodinâmicas e as cognitivo-comportamentais, centradas no indivíduo e no seu comportamento, que poderá resultar de tensões internas entre os impulsos e instintos próprios e as exigências externas do meio envolvente. É imprescindível tomar em atenção os sentimentos e emoções dos utentes, numa perspectiva psicodinâmica e psicanalítica, de bases Freudianas<sup>18</sup>. Por vezes, contudo, esta pode conduzir a explicações não verificáveis empiricamente, e o enfoque no comportamento observável e mutável pode ser mais eficaz, recorrendo o profissional às teorias cognitivo-comportamentais. Destaca-se a possibilidade de recurso à terapia cognitivo-comportamental, desenvolvida por Sheldon, onde se tenta trabalhar o comportamento individual, através da escolha dos reforços positivos, negativos, contínuos, intermitentes, por modelagem, desvanecimento, etc. (Payne, 2002: 177-178).

<sup>18</sup> Sigmund Freud (1856-1939)

Da panóplia das teorias e modelos de intervenção de base psicodinâmica, destacam-se para o Serviço Social em Saúde Mental dois grandes modelos: Modelo de Intervenção Psicossocial (onde se valoriza a pessoa-em-situação, a experiência empírica acumulada e a utilização de métodos qualitativos de intervenção. A intervenção tem em linha de conta os processos psicológicos internos, factores sociais externos e a forma como estes se ligam uns com os outros) e o Modelo de Intervenção em Crise (com Caplan e o seu trabalho desenvolvido em psiquiatria preventiva como precursor, definido por autores como Roberts e Dziegielewski, em 1995, como sendo uma intervenção de psicoterapia breve, cujo o objectivo principal passa por interromper um ciclo de acontecimentos que prejudicam o funcionamento normal dos sujeitos (Payne, 2002:141,152). Apesar das várias influências *psi* que os profissionais de Serviço Social foram recebendo, estes não devem descuidar “a atenção às necessidades dos utentes nas áreas dos benefícios sociais, da protecção dos direitos, do envolvimento das famílias, do acesso ao emprego” (Fazenda, 2008:132). Os AS, numa equipa multidisciplinar de Saúde Mental Comunitária detêm “um papel indiscutível de articulação entre a saúde mental e a *Questão Social* (Fazenda, 2008:133), na medida em que para o AS a preocupação com a Saúde Mental deve partir da preocupação com a garantia das condições de vida essenciais, do acesso ao emprego/ocupação/educação/formação profissional, benefícios sociais, a um salário/retribuição justa, a habitação condigna, à educação, à saúde e à protecção dos direitos.

Numa lógica de intervenção no grupo de utentes o AS pode investir no aperfeiçoamento profissional em técnicas de terapias de grupo, mediação em grupos de auto-ajuda, incluindo em grupo ou sub-grupos, de utentes com problemas similares. Por influência de teorias de base mais sociológica, que se desenvolveram em grande parte por se reconhecer insuficiências nas teorias psicodinâmicas (sem contudo se virem opôr a estas) o AS poderá recorrer à Teoria Geral dos Sistemas (aplicada ao trabalho social por autores como Pincus e Minahan, 1973) e da Teoria Ecológica dos Sistemas (Germain e Gitterman,1980). Em ambas, a intervenção focaliza-se nas relações entre os diferentes sistemas (individualizados ou em grupo; sistemas informais, formais ou societários) e na segunda teoria o enfoque é ainda dado a mais um elemento: o ambiente. Assim nesta última perspectiva o principal objectivo do trabalho social é fortalecer as capacidades adaptativas das pessoas e influenciar os seus ambientes, de forma a que as transacções sejam mais adaptativas (Germain e Gitterman, 1980: 10). Numa USO estas teorias poderiam ser igualmente tidas em conta para o trabalho a desenvolver junto de outro tipo de grupo: os familiares ou cuidadores informais dos utentes.

Uma breve pincelada na metodologia de intervenção social em rede e na teoria do efeito tampão: deve-se a Caplan (1974) a definição de “sistema de suporte social” como um padrão de ligações que desempenham um papel importante na manutenção da integridade física e psíquica de um indivíduo ao longo do tempo e a sua aplicação à saúde mental comunitária. Neste seu sistema de

suporte social agrupou as redes sociais por primárias (família, amigos, vizinhos), e as redes sociais secundárias (pode ser por exemplo um grupo de auto-ajuda).

O autor Sluzki, da área da terapia familiar e da abordagem sistêmica, dedicou-se à caracterização das redes sociais pessoais “esse conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais.” (Sluzki, 1995:17). Para este autor a abordagem sistêmica vinha a centrar-se exclusivamente nos sistemas de família, quando devia reconhecer que nem sempre a família, ou apenas a família constituem os “outros significantes”. Reforça esta ideia com exemplo dos grupos de auto-ajuda quer sejam de doentes ou familiares. A importância desta “rede social significativa”, assente em relações significativas e informais, constitui um importante apoio social para o doente. Por outro lado a teoria do “efeito – tampão”, de Cobb (1976) parte da hipótese de que “quanto mais suporte social o indivíduo tiver, mais apto ele está para enfrentar os acontecimentos adversos da vida e as crises do seu ciclo vital, sem alterar a sua saúde física e mental” (Fazenda, 2008:83).

O AS não pode descurar o importante papel que os familiares ou cuidadores informais, elementos de redes de pertença podem ter junto da pessoa com doença mental. Estudos realizados pelo psiquiatra Guy Ausloos (2003) mostram que, todas as famílias têm competências. No entanto, em certas situações, ou não sabem que as têm, ou não sabem, ou estão impedidas de utiliza-las, ou elas próprias impedem-se de as utilizar por diferentes razões. O papel do técnico, mais do que resolver problemas ou corrigir os erros destas, é o de promover o encontro entre os seus membros, de forma a permitir que surjam “auto-soluções” no seio de cada família.

As famílias que têm um dos membros com doença mental, quando não os ignoram ou mesmo abandonam, e procuram antes manter a proximidade e ajuda deparam-se com um paradoxo: se por um lado essa pessoa precisa de determinados cuidados e apoios, por outro lado continua a ter necessidades de construção da sua autonomia e individualidade. É ainda muito frequente as famílias nestes casos tenderem mais para atitudes de superprotecção e controle, alimentando ainda mais a exclusão social do seu elemento e constituírem-se assim num bloqueio à sua aprendizagem social. “A família muitas vezes fecha-se em si própria, à volta desse núcleo que é o seu familiar doente ou deficiente, isola-se do seu meio, perde ela própria a ligação com as redes sociais e impede o seu familiar de construir as suas” (Fazenda, 2008:77). É preciso pois que o AS adquira um background relativo às necessidades e competências das famílias, ou em alguns casos na ausência ou insuficiência destas, de outros elementos mais significativos para o doente, e consiga ir ao seu encontro, contribuindo activamente para a desdramatização e relativização de situações, para a partilha de responsabilidades, que forneça à família informação útil sobre a doença, sobre o sistema de serviços e apoios sociais em concreto a que podem recorrer, mantendo-se numa postura de escutar e ter em conta as suas opiniões, e promover, em suma, uma aliança terapêutica com estas.

Por fim, um AS numa USO deve intervir ao nível da comunidade e suas diferentes estruturas, desenvolvendo iniciativas junto da comunidade envolvente, sobretudo para diluir o estigma social e sensibilizar a mesma para a colaboração activa na aceitação e integração das pessoas com Doença Mental.

Deve-se ao autor Erving Goffman (1922-82), na sua obra “Estigma” (1988), a produção de conhecimento relevante sobre o estigma: segundo ele este conceito refere-se “à situação do indivíduo que está inabilitado para a plena aceitação social”. Goffman distingue três tipos de estigma: as deformações físicas (deficiências motoras, auditivas, visuais, desfigurações do rosto, etc.), os desvios de carácter (distúrbios mentais, vícios, toxicodependências, doenças associadas ao comportamento sexual, reclusão prisional, etc.) e estigmas tribais (relacionados com a pertença a uma raça, nação ou religião). Porém, qualquer que seja o tipo de estigma, este é considerado pela sociedade como uma qualidade negativa que tende a que seja rejeitada a pessoa. O autor interessou-se pela análise dos sentimentos e reacções da pessoa alvo de estigma em relação aos ditos “normais” e descreve estratégias usadas para lidar com a rejeição e os diversos tipos de informação sobre si própria, transmitida aos outros. Uma delas é o *encobrimento*, através da manipulação da informação que se transmite aos outros sobre si mesmo. Defendeu um *ciclo natural do encobrimento*, que se inicia pelo encobrimento inconsciente, depois passa ao encobrimento involuntário, momentâneo ou rotineiro, e no seu extremo atinge o encobrimento completo total. Uma tendência alternativa é a divisão do seu mundo em dois grupos, um mais extenso, em relação ao qual se mantém o segredo, outro mais restrito, com quem é partilhado o estigma e se pode receber apoio e que geralmente colabora no encobrimento do estigma, actuando como um escudo protector que induz o estigmatizado a pensar que é amplamente mais aceite como uma pessoa normal do que na realidade acontece. Este grupo restrito pode ser constituído pelos familiares, técnicos ou pessoas significantes do doente, ou até mesmo por um grupo de doentes/ estigmatizados que se conhecem mutuamente.

Esta distância social que o estigmatizado vive pode inclusive originar a interiorização do estigma por parte do mesmo, isto é, ele pode passar a acreditar que de facto possui um problema ou defeito que realmente o impede de corresponder ao que se espera dele, diminuindo assim a sua auto-estima. Numa estratégia oposta o estigmatizado pode conseguir diminuir ou eliminar a distância social “tentando chegar a um plano de relação mais pessoal, que lhe permita mostrar outros atributos ou capacidades que vão tornar o seu defeito menos crucial e permitir criar uma rotina de normalização nas relações sociais. É uma tarefa árdua e, mesmo assim, “a familiaridade não reduz necessariamente o menosprezo” (Goffman, 1988 in Fazenda, 2008:31).

De um modo geral “o estigma associado à doença mental resulta de preconceitos sociais que se manifestam através de estereótipos ou crenças sem fundamento racional, os mitos” (Fazenda, 2008:19-20). Destes mitos a autora descreve alguns, nomeadamente o *mito da incurabilidade* resultante de épocas em que de facto não se conhecia nenhum tratamento eficaz para as doenças

mentais e se considerava todas as doenças mentais como crónicas, sem cura, realidade que está hoje em parte desmistificada, graças aos avanços nos métodos de tratamento e reabilitação (psicofármacos, métodos psicoterapêuticos e psicossociais); *mito da perigosidade*, pois na realidade vários estudos têm demonstrado que a percentagem dos doentes mentais que são perigosos não é superior à percentagem de indivíduos violentos que se encontram na população em geral; *mito da incapacidade*, que trás consigo a ideia de que simplesmente as pessoas com doença mental não são capazes de trabalhar, de assumir responsabilidades, de gerir os seus bens, de educar os seus filhos, de gerir um negócio, de tomar decisões, é hoje questionado e desafiado pelos progressos alcançados no âmbito do tratamento e reabilitação; *mito da perda de direitos*, produzindo invisibilidade, restringindo o acesso às pessoas a direitos como por exemplo o de votar, de casar e constituir família, de perfilhar ou adoptar, de dispôr dos seus bens, entre outras, sem que haja o devido cuidado de aplicar medidas de restrição apenas quando em situações indispensáveis para a protecção do doente ou de terceiros que dele dependam ou se relacionem. Mais grave se pode considerar as restrições a direitos como o direito a cuidados médicos, à protecção social, que nem sempre são respeitados ou promovidos. O AS deverá pois investir na capacidade de mediação de relações entre os utentes uns com os outros, entre estes e instituição, entre estes e as organizações, ou redes sociais ou grupos sociais, quer sejam formais ou informais, diluindo o melhor possível a estigmatização, sensibilizando a comunidade para a problemática e promovendo o respeito pelos direitos do doente.

Merecem um destaque final, uma breve alusão às tendências mais recentes, resultantes da progressiva tomada de consciência e reconhecimento de que as pessoas com doença mental e os respectivos familiares/amigos envolvidos podem ter capacidade de decisão e iniciativa, e por tal têm, entre outros direitos, o direito a participarem activamente nos processos de reabilitação que lhe(s) dizem respeito e que, segundo Isabel Fazenda são: a advocacia; ajuda mútua; o empowerment; o recovery.

Em Portugal existe uma publicação da Coordenação Nacional para a Saúde Mental denominada “Guia para a Defesa dos Direitos em Saúde Mental”, no qual se clarifica aspectos relevantes como o da advocacia: que pode ser desenvolvida pelo profissional (advocacia profissional ou de clientes) ou pelos próprios doentes/familiares (auto-advocacia). Ainda assim, na prática corrente, um AS tende a exercer advocacia sobretudo na resolução de conflitos, para permitir/facilitar o acesso dos utentes aos diversos serviços, aos benefícios sociais a que possa ter direito, ou outros benefícios relativos a campos diversos, como a habitação, emprego, educação, etc.

“A redução da família alargada e das redes comunitárias deixa um vazio de resposta às necessidades de suporte, intimidade e relação interpessoal que pode ser preenchido por estes grupos, que se transformam em redes de pertença” (Fazenda, 2008:97). Os grupos de Ajuda Mútua são desde logo um importante meio de evitar o isolamento e elevada marginalização a que os indivíduos com

doença mental estão tendencialmente sujeitos, assim como permitem a discussão e alcance de consensos sobre temas, interesses comuns aos elementos dos grupos.

O movimento do Empowerment, que surgiu nos EUA, na década de 70, só mais recentemente foi desenvolvido e começou a ser defendido para as pessoas com doença mental. É definido como um processo de capacitação, que leva as pessoas a adquirir controlo e poder de decisão sobre as suas vidas, através da redução dos bloqueios sociais ou pessoais ao exercício de poder. O processo coloca os profissionais no papel de agentes que colaboram com os verdadeiros agentes da mudança: os utentes (os mesmos que estavam inicialmente diminuídos de poder). De facto, tradicionalmente e culturalmente, por resíduos por vezes ainda acentuados da lógica do modelo biomédico, tende-se a considerar que o doente que coloca dúvidas e tem uma atitude activa, que quer ter acesso à informação é, muitas vezes, considerado o «mau doente». Ao contrário, o doente passivo e obediente, que delega no terapeuta todas as decisões, é considerado o «bom doente». Considera-se que este «deixa trabalhar» o especialista, «não se intromete» no seu trabalho. A estigmatização do doente pode pois ocorrer a vários níveis, desde logo ao nível do corpo profissional, cada vez que a sua actuação com objectivos terapêuticos se oriente exclusivamente para a manutenção do seu status de grupo profissional detentor do poder total sobre o grupo dos doentes, conduzindo a resultados insuficientes ou mesmo duvidosos.

O Recovery é um processo que teve as suas origens nos escritos e testemunhos das próprias pessoas com doença mental, que conseguiram recuperar totalmente ou em parte, e vieram a exprimir as suas visões pessoais da experiência de adoecer mentalmente e de como foi o seu processo de recuperação (Fazenda, 2008:98,99). Isto é, ainda que determinada perturbação mental persista, a pessoa desenvolve um percurso de auto-reflexão e auto-valorização e permite-se a si mesma o recovery: uma mudança na forma de encarar e lidar com a sua realidade e doença mental. Parece pois resultar num processo de mudança de atitudes, sentimentos e valores, papéis e competências, para a pessoas levarem uma vida satisfatória, útil e com esperança.

Daniel Fisher<sup>19</sup>, Director Executivo do National Empowerment Center<sup>20</sup>, localizado nos EUA, ele próprio doente de esquizofrenia que foi hospitalizado por diversas vezes antes de se tornar Psiquiatra, constitui-se um exemplo excepcional de recovery: discute publicamente em palestras, conferências a sua recuperação da doença mental, apresenta-se como um modelo para outras pessoas que estão a lutar por se recuperarem, e com a sua vida tenta desfazer o mito ou aquele que pode ainda ser o pensamento dominante dos sistemas de saúde mental, de que as pessoas com saúde mental não atingem o recovery. Note-se contudo que este é um conceito sobre o qual ainda não está desenvolvido um forte consenso científico.

---

<sup>19</sup> Autor de: Personal Assistance in Community Existence: A Recovery Guide. Lawrence, 1999.  
Disponível em: : [http://www.power2u.org/pace\\_manual.pdf](http://www.power2u.org/pace_manual.pdf) Accessed December 3, 2004

<sup>20</sup> National Empowerment Center, disponível em <http://www.power2u.org/index.html>

### **3. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental e a Unidade Sócio Ocupacional**

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada em Portugal com a Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, por iniciativa conjunta dos Ministérios de Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, que uniram esforços no sentido de instaurar uma política de prestação de cuidados de saúde e de apoio social (por isso o termo de cuidados continuados integrados) para pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência física. Para melhor se entender os problemas identificados que justificaram a criação da Rede, as suas formas de intervenção e os efeitos esperados, assim como as tipologias de resposta previstas a serem criadas, veja-se o anexo D-1 e D-2.

A Rede de Cuidados Continuados Gerais tem vindo pois a ser implementada de forma progressiva e a identificação e caracterização das unidades que integram a Rede são definidas por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde.

Nesta Lei, salienta-se a norma transitória do art.º 49: “O despacho conjunto nº 407/98, de 15 de Maio<sup>21</sup>, mantém-se em vigor no que se refere às respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico e, transitoriamente, no que respeita às unidades de apoio integrado e domiciliário integrado, até à sua substituição”, na qual está já previsto a futura criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental.

A este respeito já foi posteriormente emitida alguma legislação específica. As unidades específicas para a população com doença mental foram então recentemente legisladas, com o Dec. Lei nº 8/2010, de 28 de Janeiro. Este Dec. Lei pretende concretizar as medidas apontadas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, nomeadamente medidas para a criação de estruturas (unidades) multidisciplinares, “com vista à prestação de apoio psicossocial e de cuidados médicos, ao reforço das competências, à reabilitação, à recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações”. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental baseia-se pois num modelo de intervenção integrada e articulada.

Mais recentemente, com a Portaria conjunta dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, Portaria n.º 149/2011. DR n.º 70, Série I de 2011-04-08, é estabelecida, no seu art.º 1, “a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental, bem como as condições de organização e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental para a população adulta e para a infância e adolescência.”

---

<sup>21</sup> Neste despacho estava previsto a criação de “Fóruns Sócio-Ocupacionais”, pelo que existem alguns já criados no país, cujo funcionamento se prevê vir a ser convertido no âmbito das novas unidades a serem criadas.

As unidades a serem criadas são de três tipos: equipas de apoio domiciliário, unidades residenciais e unidades sócio-ocupacionais, e é nestas últimas o enfoque do presente trabalho. Num esquema semelhante ao que se apresentou no anexo 1, pode-se adaptar a figura seguinte às unidades a serem criadas no âmbito da doença mental:

**Quadro 3.1.** – As tipologias de Unidades de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

<p style="text-align: center;"><b><u>EQUIPAS DE APOIO DOMICILIÁRIO</u></b></p> <p>- Actuam nos domicílios próprio, familiar ou equiparados, asseguram 8 intervenções domiciliárias por dia. Promovem a autonomia nas actividades básicas e instrumentais da vida diária; facilitam o acesso a actividades ocupacionais de convívio ou de lazer, sensibilizam, envolvem e treinam os familiares ou cuidadores informais na prestação de cuidados; auxiliam no acesso a serviços de saúde, auxiliam na supervisão e gestão da medicação.</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>UNIDADES RESIDENCIAIS</u></b></p> <p>- Com diferentes níveis de intensidade, localizadas preferencialmente na comunidade, pressupõe ausência de suporte familiar ou social adequado e asseguram a prestação de serviços médicos e sociais, com suporte residencial de 4 tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Residências de treino da autonomia</b> (reintegração sócio - familiar e preparação para regresso ao domicílio, duração máxima de 12 meses; capacidade de 6 a 12 lugares)</li> <li>- <b>Residências autónomas de Saúde Mental</b> (com actividades de socialização, Formação Profissional ou Emprego, capacidade máxima de 7 lugares, para doentes com reduzido grau de incapacidade psicossocial)</li> <li>- <b>Residências de apoio moderado</b> (visa a integração sócio – ocupacional; capacidade de 12 a 16 lugares, para doentes com moderado grau de incapacidade psicossocial)</li> <li>- <b>Residências de apoio máximo</b> (para pessoas com elevado grau de incapacidade psicossocial, previne e retarda o agravamento da situação de dependência, capacidade de 12 a 24 lugares)</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>UNIDADES SÓCIO-OCUPACIONAIS</u></b></p> <p>- Localizam-se na comunidade e têm como finalidade a promoção da autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e, quando possível, profissional. Destinam-se a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social. Pode funcionar por complementaridade com as unidades residenciais de treino da autonomia e residências autónomas de Saúde Mental. Com capacidade para 30 utentes por dia, funciona 8 horas por dia, nos dias úteis.</p>	

**Fonte:** Gonçalves, 2011

Como já se viu, uma Unidade Sócio-Ocupacional é uma das respostas a serem criadas, segundo o mesmo Dec. Lei (nº 8/2010, de 28 de Janeiro<sup>22</sup>), com uma direcção técnica, cuja função é desempenhada por técnico da área de saúde mental ou área social.

<sup>22</sup> Alterado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011. DR n.º 29, Série I de 2011-02-10, que clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde

A Portaria n.º 149/2011, de 8 de Abril, reveste-se de um carácter inovador ao contemplar unidades prestadoras de cuidados continuados e equipas para crianças e adolescentes, sendo que as unidades sócio-ocupacionais e outras já referidas poderão ser criadas distintamente quer para a população adulta, quer para as crianças e adolescentes. O presente projecto centra-se na concepção de uma unidade prestadora de cuidados a elementos em idade adulta.

No art. 20º desta mesma portaria, dispõe-se as regras para a admissão dos doentes nas unidades e equipas. Obrigatoriamente antes de qualquer admissão esta tem de ser precedida por uma referenciação, isto é, por uma inscrição do doente com vista a futura integração na Rede de Cuidados Continuados. Esta referenciação pode ser realizada por SLSM - Serviços Locais de Saúde Mental, hospitais e centros hospitalares psiquiátricos, quanto a utentes da respectiva rede de programas e serviços, por agrupamentos de centros de saúde, sempre que se refira a utente sinalizado pela comunidade ou por unidades psiquiátricas de internamento de longa duração, públicas ou privadas. É possível a mobilidade de utentes de uma tipologia de unidade/equipa para outra, desde que essa mudança seja fundamentada pela equipa técnica que lhe prestou acompanhamento, assim como a sua alta da rede deve ser preparada e fundamentada pela respectiva equipa.

A concepção das futuras Unidades Sócio-Ocupacionais prevê desde logo um conjunto de critérios de admissão para os doentes a admitir (art.38, da referida portaria), nomeadamente que estes apresentem:

- a) Moderado ou reduzido grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, de acordo com instrumento único de avaliação<sup>23</sup>.
- b) Estabilização clínica (com a fase aguda da doença ultrapassada)
- c) Funcionalidade básica conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nomeadamente nas áreas da orientação espaço-temporal, mobilidade física e cuidados pessoais.
- d) Comportamentos que não ponham em causa a convivência com os outros utentes ou impossibilitem o trabalho em grupo.
- e) Perturbação da funcionalidade nas áreas relacional, ocupacional e ou profissional<sup>24</sup>
- f) Aceitação do programa de reabilitação
- g) Aceitação do termo de pagamento

---

mental assim como procede à alteração da composição do Conselho Nacional de Saúde Mental, criado pelo Decreto -Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, no sentido de incluir um representante das instituições particulares de solidariedade social com intervenção na área da saúde mental.

<sup>23</sup> Este instrumento único de avaliação e diagnóstico do grau de incapacidade psicossocial e de dependência, é aplicável a todos os utentes pelas entidades intervenientes nos processos de referenciação/inscrição. Este instrumento, segundo o ponto 2, do art.23º da Portaria n.º 149/2011 “é constituído por um conjunto de escalas e procedimentos de avaliação, complementado por parecer técnico da equipa multidisciplinar.”

<sup>24</sup> Apresentando conseqüentemente incapacidades na sua integração social.

A funcionar na comunidade, nos dias úteis, 8 horas por dia, a ter uma capacidade diária até 30 lugares diários, a qualidade dos serviços de uma Unidade Sócio-Ocupacional deverá ser assegurada por uma equipa multidisciplinar, constituída por psicólogo, Assistente Social, Técnico da área de reabilitação psicossocial, Monitor, Administrativo, Trabalhador auxiliar dos serviços gerais (art.º 36). Por fim, citando o art.º 37, tal estrutura deverá assegurar um conjunto de serviços:

“Apoio e monitorização nas actividades da vida diária; Apoio sócio - ocupacional; Sensibilização e treino de familiares e outros cuidadores; Apoio a grupos de auto – ajuda, incluindo familiares e cuidadores informais; Apoio e encaminhamento para serviços de formação e integração profissional; Promoção de actividades sócio culturais e desportivas, em articulação com as autarquias, associações culturais, desportivas e recreativas ou outras estruturas da comunidade; Supervisão na gestão da medicação; Alimentação; Convívio e Lazer”.

#### **4. Considerações metodológicas**

“A metodologia desempenha um papel essencial no desenvolvimento de qualquer Projecto Social, uma vez que quase todos os resultados finais estão condicionados pelo processo, pelo método e pelo modo como se obtiveram os resultados.” (Serrano, 2008:47)

Para este projecto social diferentes métodos, em diferentes fases da sua concepção foram usados, num misto de metodologia de investigação quantitativa e qualitativa. A metodologia quantitativa “é baseada na observação de factos objectivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador” (Fortin, 1999:22), e foi a esta que se recorreu na fase do Diagnóstico Social e definição da problemática de intervenção do projecto, por recurso a técnicas de recolha e análise de informações provindas de diversas fontes documentais, nomeadamente de bibliografia pertinente sobre a temática, de outros documentos de forma textual provenientes de instituições, organismos públicos ou privados (como legislação, publicações, etc) e de documentos com dados estatísticos. Sobre estes últimos há a salientar os dados estatísticos fornecidos pelo CHLP, sobre os quais se desenvolveu uma análise e interpretação e se procurou pois apresentar com as adaptações que se julgou mais pertinentes.

Em complementaridade a esta investigação *mais objectiva*, houve recurso a métodos de investigação qualitativos, que visam “uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo”...cujo objectivo é “descrever e interpretar, mais do que avaliar” , onde se “observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los (Fortin, 1999:22). O recurso a estes métodos ocorreu numa fase de pré-diagnóstico, ou pré-exploratória, através da realização de entrevistas exploratórias a investigadores de relevo e profissionais da área. Foram pois realizadas entrevistas exploratórias, presenciais, à Dr.ª Isabel Fazenda, membro da Coordenação Nacional para a Saúde Mental; ao Dr. António Cabeço, Psiquiatra e Director do Departamento de Psiquiatria do CHLP, à Dr.ª Célia Bonifácio, Assistente Social afecta ao

Departamento de Psiquiatria do CHLP, e ao Médico e Delegado de Saúde Pública afecto aos concelhos da Batalha e Porto de Mós.

Numa fase mais avançada da concepção do projecto, optou-se por recorrer à aplicação de entrevistas semi-estruturadas de dois tipos, uma dirigida aos destinatários directos do projecto, os doentes, outra dirigida, poder-se-á considerar, aos destinatários indirectos do projecto, os respectivos familiares/cuidadores informais destes. Optou-se pela tipologia de entrevista semi-directiva, de forma a permitir a recolha de informação previamente identificada como pertinente, com base num guião de questões, ainda assim deixando espaço para que a sequência de respostas pudesse ser alterada e facilitando que cada entrevistado pudesse se expressar com maior liberdade, de forma a se tentar captar os comentários, as expressões de maior espontaneidade e por tal, conferidas de um cariz de talvez uma maior autenticidade.

“Devemos aproximar-nos do conhecimento da realidade de forma múltipla e com métodos e instrumentos diversos, pois a utilização de uma variedade de instrumentos cujos resultados sejam mais ou menos coincidentes permite-nos uma maior credibilização dos mesmos (Serrano, 2008:49). Face a uma determinada problemática social, podem existir diferentes actores envolvidos (destinatários, profissionais, instituições, grupos económicos, órgãos do poder político, etc.), com diferentes expectativas, recursos e interesses, pelo que uma “metodologia participativa de projecto” se afigura uma forma de planeamento na área de intervenção social que permite não só uma maior compreensão da realidade como uma maior eficácia dos meios e das técnicas de intervenção. (Guerra, 2002:113). Esta metodologia participativa de projecto tem sobretudo subjacente a ideia do “desenvolvimento da capacidade dos grupos sociais para definirem os seus objectivos – e os meios e modos de os concretizarem – face a um futuro desejável” (Guerra, 2002:119). Por esta autora, Isabel Carvalho Guerra (2002) é ainda expresso que as sociedades ditas tradicionais, e não só estas mas as populações excluídas e os “marginais” das sociedades actuais, por todos os constrangimentos e condições precárias que vivenciam, encontram-se num modo de existência que as impede de conseguirem antecipar o futuro face às pressões do seu tempo presente, que as impede de projectarem, de no fundo se organizarem entre si, conciliando interesses e objectivos comuns e desenvolverem formas de luta para a sua concretização.

É nestes contextos sociais que a metodologia participativa de projecto pode constituir um instrumento mais válido, na medida em que procura conceber determinado projecto contando com a participação, ainda que neste caso não tenha sido possível assegurar a participação da maioria dos actores envolvidos, pelo menos procurou-se assegurar a participação dos próprios destinatários (directos e indirectos). Estes, inicialmente como que destituídos de qualquer poder, passam a ser considerados elementos chave nos processos de planeamento que aos próprios dizem respeito.

Numa outra obra desta autora (2006) é apresentada a perspectiva de Bertaux (1997) segundo o qual as entrevistas podem cumprir várias funções: *exploratórias, analíticas e verificativas e de expressão*

(Guerra, 2006:33-34), consoante se destinem a iniciar uma pesquisa de terreno e se pretenda descobrir as linhas de força pertinentes, dado o desconhecimento do fenómeno; quando se pretende estabelecer uma teoria interpretativa geral ou quando, (e esta é a função escolhida para as entrevistas que neste estudo foram realizadas), as informações recolhidas com as entrevistas têm por intuito “fazer passar a mensagem”, “dar voz”, utilizando extractos significativos das entrevistas para exemplificar os resultados da investigação.

Considerando-se as condicionantes do tempo para realizar este trabalho e as possibilidades logísticas, o grupo de entrevistados escolhido foi de 6 doentes e 6 respectivos familiares/cuidadores informais. A sua selecção foi efectuada com a colaboração conseguida junto do elemento Delegado de Saúde do concelho da Batalha. Os critérios prévios, que definem o perfil do grupo alvo das entrevistas foram: serem utentes dos serviços públicos de saúde nomeadamente das consultas externas de psiquiatria do CHLP e serem utentes do Centro de Saúde do concelho da Batalha, ou das suas respectivas extensões; serem adultos que apresentem moderado ou reduzido grau de incapacidade psicossocial, estarem em situação de inactivos (reformados por invalidez ou desempregados de duração prolongada); terem tido anterior(es) fases agudas da doença, podendo inclusive ter sido alvo de anterior(es) internamento(s) psiquiátricos; terem ultrapassado a fase aguda da doença, isto é, estarem aparentemente em fase de estabilização clínica.

Ainda que não tenha sido possível obter um grupo de entrevistados com este perfil e serem residentes nos quatro concelhos do Pinhal Litoral II, e se ter restringido a um grupo de residentes em apenas um destes quatro concelhos, e, por este e por outros variados motivos, não se poder denominar o grupo em causa de “amostra” com representatividade estatística e de possível generalização de resultados, o grupo que foi escolhido pode assumir uma característica essencial: serem todos eles potenciais utentes para frequentar uma USO (independentemente do concelho onde residam). Isto porque, se se tiver em conta o perfil definido dos entrevistados, e que os quatro concelhos do Pinhal Litoral II se situam geograficamente próximos uns dos outros, havendo razoáveis recursos ao nível dos transportes públicos, o critério da área de residência torna-se pouco relevante.

A nível ético houve o procedimento de elaborar e apresentar aos entrevistados um pedido de consentimento livre e esclarecido, no qual era explícito o contexto do estudo e quais os objectivos da entrevista. Era igualmente assegurado o anonimato e confidencialidade das informações prestadas (ver anexo E). Aos entrevistados era-lhes proposto inicialmente optarem por uma das modalidades, entrevista escrita ou entrevista com gravação áudio, sendo a sua decisão respeitada. Era ainda inicialmente facultado aos mesmos um guião da entrevista A ou B, respectivamente entrevista aos doentes ou entrevista aos familiares/cuidadores informais (ver anexos E-1 e E-2).

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas nos respectivos domicílios dos doentes e/ou dos respectivos familiares/cuidadores informais. A cada entrevista houve uma prévia visita,

realizada pela aluna e o Delegado de Saúde para informar e propôr a sua posterior realização, em data e hora a combinar.

## 5. Resultados do estudo empírico

Relativamente às entrevistas ao grupo de doentes, foram realizadas um total de seis entrevistas, três a sujeitos de sexo masculino e três de sexo feminino, com idades máximas compreendidas entre os 35 e os 60 anos. Apenas uma entrevistada se encontra em situação de desemprego prolongado, os restantes estão em situação de pensionistas. Foi solicitada ao Delegado de Saúde, informação sintética sobre o diagnóstico clínico dos entrevistados, tendo-se obtido a informação de Esquizofrenia para quatro casos, Alterações da Personalidade para um caso e Alterações do Comportamento para outro.

Num exercício de identificação e planeamento da informação mais pertinente a obter foram concebidas umas grelhas de orientação relativas quer à entrevista aos doentes, quer à entrevista aos familiares/cuidadores informais (ver anexo F-1 e F-2). Do total de entrevistas, apenas em duas delas houve recurso a gravação áudio e todas foram transcritas (ver anexo G-1).

Os familiares/cuidadores entrevistados dividiram-se entre duas mães (ambas viúvas, idosas); dois companheiros com idades entre os 45 e 55 (um deles pensionista, outro desempregado de longa duração, com atestado médico); uma irmã mais nova que o doente (casada, com 2 filhos menores, com actividade laboral regular); uma senhoria da doente (com 67 anos, reformada, doente, que lhe aluga um quarto no interior de sua própria casa, acabando por residir conjuntamente com a doente). Do total das entrevistas houve recurso a gravação áudio de três. Para consulta da transcrição destas entrevistas ver o anexo G- 2.

Em relação ao primeiro ponto de questões, relativo aos gostos, interesses e tempos livres dos doentes, note-se que em quase todos eles foi expressado, exceptuando duas mulheres, o gosto por ir ao café e até, em dois deles, o estar no café a jogar cartas ou damas. Igualmente o ver televisão e a leitura de livros, jornal, revistas foi referido por quatro elementos. Já o gosto por ouvir rádio foi assinalado por 2 entrevistadas, ainda que uma delas tenha admitido que ouvia, mas pouco. Em todos eles verificou-se tendência para se referirem às actividades desportivas como algo que dantes faziam e gostavam e que vieram a deixar de fazer:

*(1) Dantes eu corria, participava nas provas de atletismo e jogava futebol aos Domingos, a malta juntava-se no campo de futebol e jogava, gostava, agora já há muito tempo que me deixei disso...gostava de poder voltar. (2) ...já joguei futebol e costumava ir à piscina quando era rapaz novo. (3) Gosto de desporto, já joguei futebol no clube da minha terra, chamavam-me dantes o "Pélé". Também gosto de ténis e ciclismo...e automobilismo, gostava de ser piloto de fórmula 1.(4) ...gostava de fazer natação, piscina. Não gosto do mar, tenho medo...gosto do Inverno, não gosto do Verão. (5) Hoje fui ao médico e ele disse para eu andar a pé, já fui andar a pé com a minha senhoria, damos uma volta pelo Mosteiro.*

Na maioria dos entrevistados evidenciou-se pois a tendência para actividades de ritmo mais lento, mais de interior do que de ar-livre, exterior, como que estando em sintonia com a sua tendência já antes expressa para um maior isolamento social. Igualmente há que se ter em conta um outro aspecto: todos eles estão sob efeitos de medicamentos de foro psiquiátrico, sendo que alguns desses medicamentos são indicados para controlo de sintomas psicóticos, de agressividade e agitação, e causam o chamado “enrijecimento muscular”, aumento de peso, sonolência.

Parece depreender-se que para os doentes houve uma fase anterior da sua vida, antes da doença se manifestar, na qual estes realizavam, viviam os seus gostos e interesses de uma forma espontânea e natural e que, após a doença, houve modificação, havendo como que uma dificuldade acrescida em os concretizar:

(3) *Quando vivia na Suíça tinha gosto de fazer comida, muda-se muito ao longo da vida, agora já não consigo, não tenho paciência. Tenho uma máquina fotográfica, está para aí, nem sei onde, mas quando a comprei gostava de tirar fotografias. Convivo pouco, aqui há pouca gente para conviver, ando sempre sozinho.*  
 (4) *Não tenho tempos livres, eu tomo a medicação, durmo, faço as refeições, adormeço...e o pouco tempo que consigo estar acordada vejo televisão.* (6) *Gostava de andar numa escola de culinária, mas não há, é muito caro. Gosto de tirar fotografias, mas tiro só por telemóvel, não tenho máquina fotográfica. Gosto de pintura, sim (mas não executa).*

Na grelha seguinte procurou sintetizar-se e conciliar a informação dada pelo doente, com o primeiro tópico da entrevista aos familiares/cuidadores informais:

**Quadro 3.2.** - Grelha síntese da informação obtida junto dos doentes e seus familiares/cuidadores informais

Nº	Resposta do doente a: <i>quem mais o apoia?</i>	Entrevista ao Familiar/Cuid.	Residem Juntos?		Frequência de tempo que está com o doente? (respostas dos familiares/cuidadores informais)
			S	N	
1	<i>É a minha mãe</i>	Mãe, idosa, viúva	X		<i>Resido sozinha com este meu filho. Sou reformada e ando sempre por perto dele...</i>
2	<i>Tenho vários amigos. A minha mãe é a mais amiga;</i>	Mãe, idosa, viúva	X		<i>...vivo com o meu filho, ele também é reformado e estamos juntos boa parte dos dias.</i>
3	<i>São as minhas 2 irmãs, não há mais ninguém, sinto-me muito sozinho</i>	Irmã, mais nova		X	<i>...resido próximo, sou casada, tenho a minha família, mas quase todos os dias estou com o meu irmão um bocadinho nem que seja. E se ele precisa de alguma coisa ou telefona ou vem cá, já sabe.</i>
4	<i>... a minha filha mais velha, é a única</i>	Companheiro	X		<i>...estamos a viver juntos neste apartamento que arrendei. Trabalhava em part-time nas bombas de combustível, mas também fiquei reformado e agora estou mais livre para estar com ela durante o dia.</i>
5	<i>É a D. Aurora (sua senhoria)</i>	Companheiro	X		<i>...conheço-a desde que veio para cá viver, vive comigo. O meu ex-marido também aí vive na casa, e agora também um filho meu que se divorciou, mas ela está mais é só comigo.</i>

6	É o meu namorado.	Senhoria, idosa	X		<i>Desde que a minha mãe faleceu fiquei a viver aqui sozinho e depois ela veio viver comigo.</i>
---	-------------------	--------------------	---	--	--

Fonte: Gonçalves, 2011

Da análise do tópico Socialização/Relacionamentos há a assinalar que, exceptuando um dos doentes, todos os outros referiram como sendo a pessoa que mais o apoia, a mesma que veio a ser entrevistada nas entrevistas semi-estruturadas aos familiares/cuidadores informais. O único caso em que não se verificou essa correspondência foi o da entrevista nº 4, que referiu ser uma filha sua, de 19 anos, a pessoa que mais apoio lhe dava. Não foi possível realizar a entrevista a esta filha por residir geograficamente distante de sua mãe, e, dado que esta reside com um companheiro, foi a este que se realizou a entrevista.

Sobre a questão específica: *Pertence a algum/alguns grupos? De quê?*, pode concluir-se por uma ausência quase total de qualquer tipo de participação social a este nível. Exceptuando uma das entrevistadas que referiu ser católica e às vezes ir à missa, mesmo os três entrevistados que referiram pertencer ao *Clube da terra*, denunciaram abertamente terem consciência das limitações inerentes a esta participação e às poucas iniciativas da colectividade: (1) *Pertenço ao Clube da terra, eu e a minha mãe somos sócios, bebo lá café todos os dias, mas não se passa lá quase nada. Quando fazem a festa e o torneio de futebol ajudo qualquer coisa, por exemplo a carregar grades de bebidas.* (2) *Sou sócio do clube da terra, mas fecharam aquilo há muitos anos, agora vou ao outro café, mas é só um café.* (3) *Sou sócio do clube da terra. Às vezes fazem torneios de futebol de 5, mas é para rapazes mais novos, para a minha idade já não fazem nada. Aquilo lá é quase só homens que vão para lá para o café.*

*Socialização* é um substantivo derivado do verbo socializar e significa “desenvolvimento do sentimento colectivo da solidariedade social e do espírito de cooperação nos indivíduos associados; processo de integração mais intensa dos indivíduos no grupo”<sup>25</sup>. Já a *Sociabilização* provém do verbo sociabilizar que significa tornar sociável. Ou seja, sociabilização é o processo de tornar um indivíduo próprio para viver em sociedade, pelo que, para o caso destes doentes, que denotam lacunas ao nível do seu próprio processo de socialização, a frequência de uma USO, através da intervenção técnica, sessões de treino de competências, actividades ocupacionais diversas, resultantes de acordos de parcerias com diversos organismos da comunidade, era um meio de os sociabilizar e socializar.

Por outro lado a socialização do doente está frequentemente comprometida com as necessidades do doente em receber cuidados mais ou menos específicos e apoio, suporte emocional, e por tal procurou-se, com o tópico de questões “tipo de apoio prestado” das entrevistas aos familiares/cuidadores captar os níveis a que esses cuidados são prestados.

<sup>25</sup> Dicionário da Língua Portuguesa, 8.ª edição, Porto Editora

**Quadro 3.3.-** Grelha síntese das respostas aos apoios prestados

Níveis de Cuidados	Excertos de respostas dos familiares/cuidadores informais
Higiene e Tarefas Domésticas	<i>(1)É um castigo para fazer a barba, e ele nunca lava aquela boca já há uns 2 anos, e depois fuma e bebe...Não faz nada cá em casa, à noite faz às vezes ovos ou carne frita, quando chega do café, antes de ir dormir, de resto não cozinha, não limpa o quarto, tenho de ser eu. (2) Ele trata dele sozinho, eu é que já me custa às vezes. Temos a ajuda do apoio ao domicílio, trazem as refeições e tratam das roupas. (3)Eu e a minha irmã é que tratamos da limpeza da casa, das refeições, da roupa dele.(4) A higiene pessoal faz ela, da casa faço eu. Se vier cá alguém, visitar ou coisa assim, ela dá-me uma ajuda. (5) Ela sabe muito bem fazer a sua higiene e se vejo que alguma coisa não está muito bem, digo-lhe. As tarefas domésticas, sim...ela faz, pronto ela ajuda. (6) É preciso dar-lhe apoio sim, a higiene ela faz. Na casa ela ajuda, é tudo os dois, não tenho nenhuma empregada, não precisamos.</i>
Gestão dos dinheiros	<i>(1)Dos dinheiros ele aceita que seja eu, tem de ajudar a pagar o apoio ao domicílio, eu dou-lhe todos os dias uns trocos, 4€, para o tabaco, para o café, tem de ser.(2) Ele é que paga as contas da água, da luz, do gás, vai comprar o que for preciso.(3) Teve aqui há tempos uma fase que fartou-se de gastar dinheiro, andava a frequentar as boates, o dinheiro foi-se todo. Ele “bate com a cabeça” e tem de aprender.(4) Cada um de nós gere os seus dinheiros. Ela é que paga a sua medicação e as suas compras. (5)É ela que toma conta de tudo. Teve ali uma fase há uns meses atrás que não foi muito boa...e eu dei-lhe os meus conselhos, mas ela não os aceitou logo. Foi um dinheiro que ela dava a um namorado que tinha e ele só a enganou, nunca mais o viu. (6) Dos dinheiros, ela se quiser ajudar alguma coisa ajuda, se não quiser não ajuda.</i>
Cuidados de saúde	<i>(1) Dos medicamentos, só precisa da injeção, ele tem ido, e mesmo se não o lembro, lembra-se ele, sim isso lembra-se.(2) Dos tratamentos só tem as consultas e toma a injeção por mês, vêm cá a casa dar-lha.(3) Ele já teve medicação muito forte e eu via que ele também assim não andava bem. Nos casos em que estava pior e tinha de ser internado eu ia e falava com o seu médico. A medicação agora é ele sozinho que a vai tomando e toma a injeção mensal.(4) Quando é preciso já tenho ido buscar a medicação eu, acompanho-a às consultas, não entro, mas levo-a lá. Às vezes esquece-se de tomar os medicamentos, é mais os do almoço, e eu lembro-a.(6) Os medicamentos eu tenho de comprar e dar-lhos, se não ela não os toma.</i>
Apoio Emocional	<i>(1) De resto ele é calado, fala pouco, pode ver seja o que for que não me conta nada, não desabafa comigo.(2) Fala comigo o que for preciso.(3) Às vezes ele até se chateia de eu estar-lhe sempre a fazer-lhe as mesmas recomendações...também há aquelas alturas em que se pensa “deixa estar que hás-de abrir os olhos”, mas depois ele é meu irmão e o sentimento fala mais alto e se eu o vir mal e quando precisa sou a primeira a chegar.(4) Quem é que a apoia? Sou eu, eu não quero o mal dela, ela sabe bem. às vezes pergunto porque é que está nervosa, por exemplo, quando fala com a filha mais nova, ela às vezes trata-a mal ao telefone e depois fica todo o dia nervosa, eu pergunto-lhe porquê e ela não diz, mas eu sei que foi por causa da filha dela...(5) Sim, eu ouço-a e ela a mim, eu digo coisas, ela diz coisas, rimos-se, se eu calho trazer uma revista ela lê, se trás ela leio eu também.(6) Eu mostro-me compreensivo, procuro ouvi-la, mas ela fala muito pouco ultimamente, não sei se é da medicação...</i>

Fonte: Gonçalves, 2011

Relativamente à partilha ou não da prestação de cuidados com outras pessoas, apenas dois dos entrevistados referiram partilharem essa responsabilidade, num caso uma mãe que referiu receber ajuda de um outro filho e nora (entrevista 2) e de uma irmã do doente, que afirmou partilhar com uma outra irmã de ambos, igualmente residente próximo (entrevista 3). Na entrevista 6, ainda que o companheiro da doente não o tivesse logo admitido aquando da resposta à questão em causa, veio posteriormente, numa outra resposta, assinalar um aspecto importante: uma irmã da doente, emigrada, mas que ainda assim: *Ela devia ter mais apoio, mais apoio da família e não tem, devia ter do pai e do irmão e não tem. Tem apoio da irmã, ela todos os meses telefona, está meia hora ao telefone com ela, a*

*dar-lhe força, a puxar e ela quando lhe tá a telefonar ela parece outra. Fica feliz, quando está com aquela coisa, fica toda feliz, mas depois passa-lhe. Ela tem pessoas amigas, mas são de longe. Ela tem uma amiga que é da Batalha, quando a encontra está um bocado com ela, a puxar por ela, mas é raro, é raro, sabe.*

Um outro aspecto relacionado com os relacionamentos e socialização, que procurou analisar-se no tópico referente à Inclusão/Estigmatização, prende-se com o facto dos doentes sentirem-se aceites e respeitados ou inversamente rejeitados pelos outros. Houve sobretudo dois relatos, um da doente, outro do seu respectivo cuidador exemplificativos do que pode ser a rejeição por parte de familiares/amigos:

*(6) Acho que os outros falam por aí mal de mim, o Luis<sup>26</sup> diz que na terra falam de mim. Uma vez fui com ele ao baptizado do seu sobrinho e eu não me lembro de nada, mas a irmã dele foi-lhe dizer que ele me fosse pôr a casa, que eu não estava ali a fazer nada. (mas porquê, estava a sentir-se mal, como estava?) Não, estava quieta, no meu lugar, não chateava ninguém. Com a minha família, o meu pai sempre foi muito “coiso” para mim, e o meu irmão esse nem se fala, é uma peste que ali anda, desde que veio dos Estados unidos não fala pra ninguém (6) Tinha amigas, tinha amigas na Batalha, vêm-na assim e não lhe dão confiança nenhuma. Vêm-na assim e olham para ela de lado, é que é mau. ...ela sentou-se no banco ao pé delas e elas não lhe deram confiança nenhuma. Viram bem que era ela, até começaram a abanar a cabeça e a apontar para ela. Em vez de falarem com ela, que isso ajudava, não. Ela diz que não fica sentida, mas fica, faz-se de forte, mas fica, eu sei bem.*

Rejeição por parte da comunidade foi expressa por um outro doente, ainda que tenha ocorrido no tempo passado:

*(3)É verdade que com o álcool às vezes provocava e arranjava problemas, mas nem sempre estava assim mau...Também há uns 3 ou 4 anos, no café, numa noite, estava bêbado, juntaram-se uns 5 ou 6, todos mais novos do que eu, cá da terra, meio bêbados, e bateram-me...fiquei inconsciente, foram-se embora, fui parar ao hospital só no dia seguinte, as minhas irmãs é que me ajudaram. Eu podia ir a tribunal, mas depois ninguém viu, já ninguém sabia e não quis arranjar mais problemas...hoje vejo-os e eles a mim e não falamos, não lhes passo confiança...*

Sentimento semelhante, ainda que não interpretado pela doente como de rejeição, mas identificado como uma insuficiência na ajuda recebida pelos serviços de saúde:

*(4) Eu ando na psiquiatria, em Leiria, nas consultas externas. Agora mudei de psiquiatra e vou às consultas 2 vezes ao ano. Mas dantes tive uma médica muito boa, era de mês a mês, também gostava muito dela, desabafava muito com ela...agora com este médico não consigo, não dá. Era preciso que tivesse a minha antiga médica, porque cada médico trabalha de maneira diferente. E ela, além de psiquiatra, parecia também uma psicóloga, não sei, fazia com que as pessoas falassem, estava a todo o tempo, além de ter uma consulta mensalmente. Com este é só duas vezes por ano, ele acaba por nunca me conhecer, é impossível...é sempre a despachar! Eu conheci-a no Sobral Cid, quando fui internada, depois transferiram-na para aqui para Leiria e eu fiquei à mesma com ela. Este médico tem uma maneira de trabalhar diferente e eu não consigo...é consultas de 5 minutos.*

---

<sup>26</sup> Nome fictício do seu companheiro.

O quadro seguinte procura sintetizar o tipo de ajuda dos serviços de saúde, que cada doente identificou como sendo os que contribuíram no seu processo de recuperação:

**Quadro 3.4.-** Respostas dos doentes sobre os Serviços de Saúde envolvidos na sua recuperação

Serviços /Nº Entrevistas	1	2	3	4	5	6
Centro Saúde	x	x	x		x	x
Hospital/Psiquiatria			x	x	x	x
Hospital/Psicologia					x	
CAT			x			

Fonte: Gonçalves, 2011

Paralelamente analisa-se as respostas dos familiares/ cuidadores informais quanto à questão *de como se manifestou a doença?*, concluindo-se que estas variam desde os que sempre residiram com o doente e se aperceberam e vivenciaram o surgimento e toda a evolução da doença: (1) *Foi quando ele se quis matar, atirou-se de uns andaimes abaixo, nas obras em que andava a trabalhar, ele era pedreiro dantes, e um bom pedreiro. Ninguém sabia que ele era assim, doente, aos que conheceram o doente, nada sabiam, vieram a saber mais tarde:* (3) *Só me apercebi que tinha problemas psíquicos quando começou a beber e só fazia disparates, dizia asneiras, falava alto e sozinho pelas ruas... Talvez por eu ser irmã mais nova, nunca me apercebi que os problemas já vinham de trás...e depois como ele foi vários anos emigrante na Suíça eu não vi, mas foi lá que a doença se manifestou, os que souberam aquando de alguma nova crise do doente, que encobria anteriormente a sua doença:* (4) *Conhecia-a, ela parece que já tinha a doença, mas ela nunca me disse que a tinha. Eu só me apercebi mesmo quando ela teve de ser internada. Antes podia ter a doença, mas ainda não era, como é que hei-de dizer, não era muito forte...era passageira. Foi quando foi internada, por causa dos cortes nos braços que eu vi. Eu cheguei a casa do trabalho e ela estava cheia de cortes, chamei os bombeiros, não queria ir para o hospital, dei-lhe tamanha “bolachada”, até me arrependi, mas foi remédio santo, e desde aí nunca mais se cortou, até hoje. Estava lá um bombeiro e nunca mais me esqueci, e o bombeiro vai assim pra mim: abençoado!, aos que nada presenciaram da manifestação da doença, foram sabendo gradualmente, mas ainda não presenciaram qualquer surto de crise:* (5) *Quando aceitei que viesse para cá viver ainda não sabia. Só depois de muito tempo é que eu soube, que ela tinha os problemas que tem...ela depois foi-me contando, foi-se abrindo sobre os seus problemas da sua vida...*

Associada a esta questão foi questionado aos familiares se sabiam *quando se iniciou o tratamento e como foi a adesão do doente?* Apesar de ter havido duas respostas sem expressão: uma porque tratava-se de uma mãe idosa, sem grande capacidade de expressão e clareza, outra porque tratava-se da senhoria da doente, que desconhece ainda muitos dos antecedentes da doente e sua inquilina, todas as outras respostas tiveram em comum o facto de no início os doentes terem revelado resistências e mesmo revolta em aderir ao tratamento/medicação, inclusive uma das doentes, pela sua resposta, parece estar ainda, se não em fase de negação da sua doença, com dificuldades e aceitar o

tratamento e medicação: (6) *Ela não aderiu muito bem, ela não, não queria aceitar. É por isso que a médica fala assim para ela, é um bocadinho “coisa” porque ela não quer e ela ralha com a médica, para lhe tirar a medicação. A médica não pode, e ela disse-lhe que a vai pôr em tribunal, parece-me a mim. (6) Agora vou às consultas, mas não gosto da médica, é arrogante para mim...e ainda me disse que se quisesse podia pedir para mudar de médica. Diz-me que nunca mais, nunca mais vou poder deixar de tomar a injeção, mas ela só me dá é sono...não sei...*

De seguida apresentam-se os resultados relacionados com o tópico Recuperação, as crenças e as necessidades de recuperação expressas:

**Quadro 3.5.** - Respostas de ambos os grupos de entrevistados sobre o tópico *Recuperação*

Nº	Crença na recuperação/doentes	Crença na recuperação familiares/cuidadores	Necessidades expressas
1	<i>Não sei...quando era pequeno era muito burro...para recuperar...gostava de ficar mais alegre.</i>	<i>Acredito, mas não sei porquê.</i>	<i>Deve ir às consultas, fazer as ordens dos médicos, também do Dr. Delegado de Saúde para recuperar e não andar para trás.</i>
2	<i>A cura é a pessoa ficar mesmo curado; ficam com total saúde. Eu deixei-me de preocupar com certas coisas, sinto-me saudável, sinto-me mesmo curado ou recuperado, é o mesmo para mim.</i>	<i>Eu quando vi que ele era assim comecei a tratar o meu filho com mais calma, é preciso muita paciência...</i>	( não respondeu)
3	<i>Acho que pode-se recuperar ficando-se abstinente de todas as substâncias, mas ficam cá as mazelas...</i>	<i>Eu tento acreditar que sim, mas tenho sempre um certo receio, que é normal acho eu.</i>	<i>Acho que não se pode fazer mais. Quando é de uma criança que se fala podemos obrigar, mas ele é adulto, faz da sua vida o que quiser. Não é por falta de ajudas...</i>
4	<i>É não depender de medicamentos, é conseguir fazer uma vida normal, não sei...controlar os nervos, a ansiedade, para uma pessoa normal, toda a gente tem nervos, toda a gente tem ansiedade, mas no meu caso isso está fora de controlo, não consigo controlar isso. No fundo poder fazer uma vida normal, sem estar sempre mole, a dormir ou com aquela sensação de fadiga.</i>	<i>Pode vir a melhorar, pode, mas a recuperação total não, já a médica disse isso. O comportamento dela é derivado à sua doença e se ela melhorar o comportamento pior desaparece, eu acho que vai desaparecer. Uma vez a psiquiatra falou comigo, disse para ter calma, para não a enervar, que assim talvez ela recupere mais, ensinou-me assim. Se ela recuperar mais depois já tem “genica”, já pode sair, ir até ali, aquolá, fazer isto e aquilo. Ela toma 16 comprimidos por dia, temos de compreender que lhe dê a moleza, é pena.</i>	<i>A família dela é em Castelo Branco, a minha é só em Coimbra...às vezes nas consultas, uma pessoa pede para ser atendida e é atendida “às três pancadas”, não é bem atendida. Há pessoas que estão lá dentro uma meia hora, à outras que em menos de um quarto de hora e já está a consulta feita, é tipo, tome isto e vá-se embora. Dantes quando era a psiquiatra antiga dela eu entrava, ela gostava que eu entrasse, agora não...</i>

5	<i>Acho que a gente nunca está curado, como é que hei-de dizer...a recuperação total nunca temos, podemos ter uma altura boa e recair outra vez, e ter a ajuda do médico para nos ajudar a levantar e de pessoas que nos queiram ajudar.</i>	<i>Se ela quiser, ela pode, mas ela tem que fazer mais sacrifício do que ela não faz. Tem que andar muito a pé, é verdade, está muito forte.</i>	<i>Eu penso que aqui nós estamos muito atrasados ainda. Não há uma coisa que puxe pessoas assim de idade como eu, e sente-se que há uma falta de convívio, uma associação. Ouvimos na Televisão, e os presidentes da câmara, que este tem sido bom para mim, graças a Deus...mas podiam fazer assim, uma hora ou duas horas de piscina, por exemplo</i>
6	<i>Não sei responder. Não queria ter de tomar a injeção todos os meses, queria andar bem, sem andar com medicação.</i>	<i>Eu já acreditei na recuperação dela, mas agora não estou, estou a ver que não, que não hipótese. Pode ser que venha a melhorar, pode ser...porque ela no hospital mesmo assim estava muito diferente do que está agora, no hospital estava mais alegre, e agora não. Eu digo que ela devia ser internada.</i>	<i>Devia de ser internada, pelo menos que fosse uma semana ou duas internada. Ela devia ter mais apoio, mais apoio da família e não tem, devia ter do pai e do irmão e não tem.</i>

Fonte: Gonçalves, 2011

A forma como os doentes e respectivos familiares/cuidadores informais encaram o conceito recuperação, em que medida os primeiros se sentem capazes e a recuperar, e em que medida os segundos acreditam que o doente recupere e ainda quais as necessidades que são expressadas por parte dos familiares/ cuidadores informais para a recuperação dos doentes, foi o que se tentou compilar no quadro 5.4. Numa análise a posteriori pode-se concluir que os doentes, exceptuado um deles que disse se sentir recuperado, curado, todos os outros admitiram ter necessidades de recuperar em alguns níveis: *ficar mais alegre; conseguir ficar abstinente das drogas; não depender de medicamentos, controlar os nervos, sem estar sempre mole, a dormir ou com a sensação de fadiga; conseguir recuperar das recaídas/crises; não tomar as injeções, andar sem medicação...* ainda que algumas das suas necessidades expressas possam na realidade, e em consonância com o actual conhecimento científico da psiquiatria, parecerem quase impossíveis de satisfazer (como a de deixar de tomar medicação, tratando-se de doenças mentais graves que o exijam) o que importa é tomar em conta as suas próprias opiniões, pois só a partir destas poderia ser possível vir a desenvolver a intervenção técnica terapêutica.

Por parte dos familiares/cuidadores a expressão dominante é de ambiguidade, na medida em acreditam, mas duvidam por vezes, querem acreditar, mas têm receio de se iludirem, atitude que se relaciona directamente com as vivências difíceis por que já passaram e temem poder vir a passar junto do seu doente. Pelas necessidades expressas dos familiares pode-se constatar que em geral revelam um razoável desconhecimento sobre as doenças mentais e as condições mais favoráveis à recuperação. Por este motivo a criação de uma resposta social como uma USO poderia ser um precioso recurso para estes adquirirem mais informação útil. Se em décadas anteriores predominava a ideia de que um prestador de cuidados a um doente (fosse doente mental, fosse doente crónico, deficiente, terminal, etc...) constituía apenas *um fardo*, uma *sobrecarga* causadora de desgaste físico

e emocional, há quem considere, numa perspectiva mais optimista, que se pode encarar de uma outra forma: como uma “*experiência de relação de prestação de cuidados (experience of caregiving)*”<sup>27</sup>, que parece possuir algumas vantagens, do ponto de vista teórico e prático...que nos alerta para a existência de uma possível dimensão positiva da prestação de cuidados informais, uma dimensão de recursos e de potencialidades, e que, por isso mesmo, deverá ser trabalhada em contextos de saúde mental” (Campos, 2009:18 e 65). Assim a intervenção poderá não apenas preocupar-se com a atenuação dos factores negativos ou de risco, mas com a promoção dos factores protectores da experiência de prestação de cuidados.

Um breve alusão ao último tópico de questões aos doentes com vista a captar a sua rotina diária, para concluir, conforme se pode constatar com uma leitura atenta e integral das suas respostas (que constam do anexo G-1), que na generalidade estes beneficiariam em muito se viessem a frequentar uma USO, que garantisse intervenção terapêutica com qualidade e permitisse no mínimo quebrar a rotina que têm vindo a ter, e com a qual todos eles revelaram insatisfação de forma mais ou menos explicita. Ainda assim, o desconhecimento sobre o que poderia ser uma USO e as suas reais potencialidades quando implementada segundo parâmetros de qualidade para uma resposta social ainda é comum aos doentes e familiares/cuidadores, que apesar da sua ignorância sobre o assunto foram indagados a esse respeito, podendo filtrar-se das suas respostas que estas são mais resultados da associação de ideias entre o que julgam poder ser uma Uso e as necessidades concretas que percebiam:

**Quadro 3.6. - Respostas de ambos os grupos de entrevistados referentes ao tópico USO**

Nº	<b>Doentes:</b> Na sua opinião o que faz uma Unidade/ Centro Sócio-Ocupacional?	<b>Familiares/cuidadores:</b> O que é uma Unidade/Centro Sócio-Ocupacional? De que forma poderia ser útil para a recuperação, reabilitação psicossocial e ou profissional do doente? Porquê?
1	<i>Há o centro, mas são pessoas de idade, como a minha mãe, ela é que podia ir... Não sei, não conheço, mas se houvessem actividades que soubesse fazer e gostasse, aceitava ir, pra me fazer bem andar lá...</i>	<i>Acho bem, na televisão já vi, essas casas existem para fazer bem aos doentes, era bom sim que ele fosse para uma casa dessas, tinham piscina, apanhavam as ervas do jardim, davam passeios, era bom sim...</i>
2	<i>...é um centro em que as pessoas divulgam o descanso corporal e passam os dias unidos e vivem mais anos pela vida fora. Podem fazer actividades como por exemplo de artesanato. Eu quando estive internado no Sobral Cid ajudei lá a fazer um quadro, uma pintura grande, e gostei.</i>	(não soube desenvolver a resposta)

<sup>27</sup> Expressão proposta por autores como Szmuker (1996) e Joyce (2000, 2003), in Campos, 2009:65

3	<i>Acho que é uma ideia positiva, serve para as pessoas se valorizarem e para ocuparem o tempo livre e fazerem qualquer coisa de proveitoso</i>	<i>Era importante, pois haveria uma equipa de profissionais a dar uma melhor ajuda naturalmente, era preciso que houvesse poder político e financiamento, até porque ia dar emprego a mais gente... Mas que um centro desses era útil, sim, parece-me que sim</i>
4	<i>No meu caso, porque provavelmente há pior e há melhor, o positivo de um centro desses seria só para arranjar amigas, sinto falta.</i>	<i>Era para passar o tempo, para se distrair, umas horas pelo menos, era bom. Enquanto lá ia pensava noutras coisas, não pensava só na doença, fazia-lhe bem, nem que fosse uma, duas horas, fazia uma coisa qualquer. Ela até gostava de tirar um curso, queria de computadores. Podia ser que esses centros tivessem esses cursos.</i>
5	<i>Era bom, por exemplo, quem não tem trabalho estava ocupada, e falava com pessoas, com mais pessoas, depois conhecia outras pessoas, e os problemas delas, e a gente contava os nossos. Nós dávamos uns conselhos, eles podiam dar uns conselhos à gente, a gente estamos sempre a aprender, nunca sabemos tudo</i>	<i>Ela ainda é nova, tem 38 anos, mas por exemplo, para mim eu acho que ela vai ter dificuldade em arranjar um trabalho, ela não leve a mal o que vou dizer, mas pela estrutura que ela tem, eu acho que sim, que vai ser difícil. Porque uma pessoa por exemplo está a trabalhar e temos de nos mexer muito e ela tem dificuldade, mas pronto, para estas pessoas devia de haver um recurso, um centro desses talvez que a ajudasse, não era só mandarem-na procurar trabalho.</i>
6	<i>Não sei responder. Se fosse pra nos ajudar concordo sim</i>	<i>Sim havia de ser criado um centro para ajudar as pessoas. E cada vez há mais pessoas assim, com esses problemas. Parece-me uma boa ideia, a ver se ela começava a recuperar mais alguma coisa, pra ela e para muitos assim</i>

Fonte: Gonçalves, 2011

A resposta coincidente e explícita ou implícita em todos eles: “Se fosse para ajudar era bom!”

## 6. Objectivos Gerais e Específicos

Partindo da finalidade geral deste projecto: Promover a Reabilitação Psicossocial da população com doença mental do Pinhal Litoral II, através da criação de um serviço comunitário de Reabilitação Psicossocial no âmbito da RNCCISM, nomeadamente de uma USO, foi possível definir os objectivos gerais e específicos do projecto. Os objectivos gerais referem-se às orientações globais que irão orientar as acções futuras, mantendo-se coerentes com a finalidade do Projecto. Os objectivos gerais são operacionalizados pelos objectivos específicos, exprimindo estes os resultados do que efectivamente se espera atingir. Devem pois ser formulados de forma clara e precisa, para que numa eventual avaliação, seja possível analisar se foram efectivamente concretizados ou não.

Desta forma, para a Amicitia o objectivo geral, o seu propósito geral, seria: Promover a autonomia e a (re) integração social e profissional do doente mental, utente da USO.

Os objectivos específicos, foram definidos com base na análise da legislação reguladora das estruturas previstas no âmbito da RNCCISM e por respeito à exigência de serem adequados à realidade em causa e ao diagnóstico elaborado. Foram definidos os seguintes objectivos específicos: Assegurar o acompanhamento social, clínico e psicológico dos sujeitos; Desenvolver e treinar as competências e a autonomia do sujeito a vários níveis; Promover o envolvimento e participação dos seus familiares/cuidadores informais no processo de recuperação do sujeito; Actuar no campo da Reabilitação Educacional e Profissional nos casos que forem possíveis; Combater o estigma associado às pessoas com Doença Mental e apostar na sensibilização e informação das comunidades envolventes para a problemática e para os Direitos das pessoas com Doença Mental.

## **7. Destinatários**

Os destinatários deste projecto são pessoas em idade adulta, residentes na área Pinhal Litoral II, ou provenientes de outras áreas de residência, mas que tenham sido referenciadas, inscritas para admissão na USO desta área geográfica, e que apresentem um moderado ou reduzido grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave. Serão pessoas maioritariamente em situação de inactivos face ao mercado de trabalho, em situação de desemprego, incapacidade para o exercício laboral prolongada, ou já reformados, que à partida apresentem disponibilidade para a frequência diária da USO.

Segundo a Portaria 149/11, de 8 de Abril, no seu art.º38, os critérios de admissão numa USO são, cumulativamente, o moderado ou reduzido grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, de acordo com o já referido instrumento único de avaliação, aplicado no momento da referência; o doente estar estabilizado clinicamente, isto é, ter ultrapassado a fase aguda da doença; o doente manter a sua funcionalidade básica (conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior), nomeadamente nas áreas de orientação espaço-temporal, mobilidade física e cuidados pessoais; o doente ter comportamentos não agressivos ou outros que ponham em causa a sua convivência com os utentes e impossibilitem o trabalho em grupo; o doente revelar perturbação da funcionalidade nas áreas relacional, ocupacional ou profissional; o doente aceitar o programa de reabilitação e o respectivo pagamento da participação monetária que for calculada, tendo em conta a prévia consideração dos seus rendimentos e a tabela de preços em vigor.

A reforçar, a ideia de que o processo de referência/inscrição dos destinatários será então da responsabilidade das equipas ou dos SLSM, hospitais ou centros hospitalares psiquiátricos (quanto a utentes da respectiva rede de programas ou serviços); dos agrupamentos dos centros de saúde (sempre que se refira a utentes sinalizados na comunidade) ou das unidades psiquiátricas de internamento de longa duração, públicas ou privadas.

## **8. Plano de Acção do projecto**

“Há muitas formas de atingir os objectivos, mas quais as mais adequadas àquelas problemáticas, àqueles contextos, àqueles recursos?” (Guerra, 2002:171). Foi o que se procurou desenvolver seguidamente, ainda que com uma ressalva a fazer: “o plano de actividades é feito em conjunto com todos aqueles que o vão concretizar, sob pena de não ser executado. Os parceiros só se mobilizarão face a acções que correspondam às suas expectativas e competências – é importante que cada um encontre o seu lugar. É no processo que se constrói a parceria, na discussão e na acção em comum” (Guerra, 2002:172). De facto tal trabalho de parceria na construção conjunta de um plano de acção não foi possível realizar, por motivos que se prendem com falta de disponibilidade da aluna,

dos eventuais parceiros, por falta de meios logísticos, enfim, por uma séria de motivos impeditivos. Ainda assim procurou conceber-se um plano de acção que poderá futuramente funcionar como um instrumento de trabalho, como um ponto de partida para uma planificação conjunta e efectiva por um grupo de parceiros, eventualmente alguns dos que aqui se definem, eventualmente outros.

Por sua vez o ponto de partida para o plano de actividades aqui apresentado foram os objectivos específicos, já definidos. Os quadros que se seguem referem-se cada um deles a um dos objectivos específicos.

O primeiro objectivo refere-se essencialmente à actuação mais específica dos elementos da equipa técnica junto dos sujeitos, com base na elaboração de um diagnóstico geral do sujeito e planificação da intervenção terapêutica necessária a desenvolver.

**Quadro 3.7.** - Plano de Acção do objectivo específico 1

<b>Objectivo específico:</b> Assegurar o acompanhamento Clínico, Psicológico e Social do sujeito				
<u>Actividades</u>	<u>Acções</u>	<u>Destinatários</u>	<u>Responsável</u>	<u>Parceiros</u>
Elaboração e execução dos PII <sup>28</sup>	Reuniões técnicas e reuniões com os destinatários	Sujeitos, familiares/cuidadores informais	Equipa Técnica <sup>29</sup>	Serviço Referenciador Equipa Coordenadora Local (ECL)
Acompanhamento clínico	Supervisão na (auto) gestão de medicação Articulação com Serviços de Psiquiatria	Sujeitos	Equipa Técnica	Serviços de Psiquiatria; Médico de Família
Acompanhamento psicológico individual	Consultas de Psicologia/Psicoterapia		Psicólogo	-----
Acompanhamento social	Consultas/atendimentos de Serviço Social		Assistente Social	Segurança Social

**Fonte:** Gonçalves, 2011

Para a concretização efectiva deste objectivo é da maior relevância que a referência/inscrição do doente seja o mais completa possível, com informação sobre o seu estado clínico, psíquico, social, comportamento, capacidades, autonomia do doente, e que os parceiros referenciadores se disponham a colaborar posteriormente com a equipa técnica da USO, disponibilizando-se a darem alguma informação adicional sobre o doente em causa.

<sup>28</sup> PII – Planos Individuais de Intervenção – planos terapêuticos de cada utente.

<sup>29</sup> Equipa Técnica constituída obrigatoriamente por Psicólogo, Assistente Social, Técnico da área de Reabilitação Psicossocial, eventualmente outros profissionais.

**Quadro 3.8.** - Plano de Acção do objectivo específico 2

<b>Objectivo específico:</b> Desenvolver e treinar as competências e a autonomia do sujeito a vários níveis				
<u>Actividades</u>	<u>Acções</u>	<u>Destinatários</u>	<u>Responsável</u>	<u>Parceiros</u>
Apoio e monitorização nas actividades de vida diária	Sessões de Desenvolvimento Pessoal, Social e Treino de Competências	Sujeitos	Equipa Técnica	Eventuais formadores externos
Promoção da autonomia e apoio Sócio-Ocupacional	Actividades Ocupacionais Lúdico-Recreativas e Actividades Produtivas	Sujeitos	Técnico de Reabilitação Psicossocial; equipa Técnica	Parceiros Sociais e organismos privados <sup>30</sup>

**Fonte:** Gonçalves, 2011

Ainda que algumas actividades ocupacionais se possam conferir de um carácter misto, procurou distinguir-se entre aquelas cujo objectivo é promover a autonomia de uma forma mais lúdico recreativa e por vezes até pedagógico, de outras actividades em que se pautam por terem um cariz predominantemente laboral, a que se denominou de Actividades Ocupacionais Produtivas.

Como exemplos de Actividades Ocupacionais Lúdico-Recreativas a serem desenvolvidas pode-se mencionar: Ver TV/filmes/cinema; Leitura/Escrita/realização de um jornal ou boletim; Jogos lúdico-pedagógicos de interior e ar-livre; Desportos (natação, ginástica, outros); Expressão Plástica/ Trabalhos manuais com diversos materiais (cerâmica, bijutaria, madeira, ...); Expressão Dramática (teatro); Ouvir rádio/Música/Karaoke/Canto e Ritmo; Dança; tocar algum instrumento musical; fazer colecções; Fotografia; Pintura; Informática; Debates de Grupo; Visitas Culturais e Recreativas; Saídas Terapêuticas (ir às compras; ir outros serviços da comunidade, ir às bibliotecas; visitas solidárias a outras instituições sociais; ...); entre outras.

Exemplos de possíveis Actividades Ocupacionais Produtivas: Trabalhos domésticos (culinária, arrumação, limpezas de espaços interiores e exteriores, outras); Jardinagem; Horticultura; Costura; Reciclagem de materiais; participação activa em iniciativas com vista à formação profissional/integração profissional; prestação de serviços temporários ou regulares/em regime de part-time para empresas, IPSSs, serviços públicos ou outros organismos sociais. A escolha e execução das actividades seria posteriormente realizada pelos parceiros do projecto, de acordo com as fontes e financiamento, com as características do espaço físico do serviço, com os recursos existentes.

O objectivo seguinte prevê formas de envolvimento, motivação e inter-ajuda quer dos utentes, quer dos seus familiares/cuidadores informais:

<sup>30</sup> Exemplos de possíveis parceiros sociais com quem estabelecer acordos de parceria: Autarquias, Juntas de Freguesia; Associações Culturais, Desportivas ou Humanitárias; IPSSs locais; outros serviços da comunidade

**Quadro 3.9. - Plano de Acção do objectivo específico 3**

<b>Objectivo específico:</b> Promover o envolvimento e participação dos sujeitos e seus familiares/cuidadores informais no processo de recuperação				
<u>Actividades</u>	<u>Ações</u>	<u>Destinatários</u>	<u>Responsável</u>	<u>Parceiros</u>
Apoio a Grupos de Auto-Ajuda	Criação de um grupo de auto-ajuda dos utentes e outro dos familiares/cuidadores informais	Utentes e ex-utentes, ex/familiares/ex/cuidadores informais	Mediadores, Dinamizadores dos grupos	Associações, Projectos Nacionais <sup>31</sup>
Sensibilização e treino de familiares e outros cuidadores	Reuniões quinzenais Atendimentos sociais	Familiares/cuidadores informais	Equipa Técnica; Assistente Social	-----

Fonte: Gonçalves, 2011

A sensibilização e treino de familiares ou outros significantes para a prestação de cuidados ao doente deve obedecer a uma perspectiva que evite a acentuação da hierarquia de estatuto entre prestador e receptor, conduzindo perigosamente a relações de mera dependência. “O desenvolvimento de um relacionamento com base na igualdade de valor e no aumento do poder dos utentes é o único que respeita os seus direitos de cidadania e promove a sua autodeterminação” e ainda que “só a mudança do relacionamento , de uma relação de cuidados/dependência para uma relação de cooperação/autonomia permite partilhar o poder e contribuir para a emancipação”. (Fazenda, 2008:102-103)

**Quadro 3.10. - Plano de Acção do objectivo específico 4**

<b>Objectivo específico:</b> Actuar no campo da Reabilitação Educacional e Profissional dos sujeitos				
<u>Actividades</u>	<u>Ações</u>	<u>Destinatários</u>	<u>Responsável</u>	<u>Parceiros</u>
Avaliação e desenvolvimento das habitações escolares e das competências profissionais	Apoio e encaminhamento para serviços de formação e de integração profissional	Sujeitos em situação de inactividade profissional não definitiva	Equipa Técnica	Instituto de Emprego e Formação Profissional e serviços afins <sup>32</sup>
	Actividades Ocupacionais Produtivas	Sujeitos em geral		

Fonte: Gonçalves, 2011

<sup>31</sup> Como por exemplo a FNAFSAM - Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental; o Projecto Interpares, disponível em <http://www.aeips.pt>

<sup>32</sup> Serviços que proporcionem oportunidades de formação profissional, educacional ou de emprego, nomeadamente: Empresas de Inserção; CNO - Centros Novas Oportunidades; GIP- Gabinetes de Inserção Profissional; Centros de Formação Profissional; Associações ou entidades empresariais, entre outros.

Já foi explanado no ponto anterior relativo às teorias e intervenção do Serviço Social em Saúde Mental os principais mitos associados à Doença Mental e as consequências que os processos de estigmatização podem originar, constituindo-se estas como efectivas barreiras à promoção da autonomia e participação social activa dos cidadãos doentes.

Na contemporaneidade, com o fenómeno da globalização, fortemente caracterizado por um crescimento e diversificação do meios de comunicação e divulgação sociais, o recurso a meios informáticos, como a criação de um site electrónico informativo, disponível para consulta na internet, assim como o recurso a outros meios de comunicação social e participação em eventos sociais, constituem-se como estratégias inevitáveis se se pretende *chegar*, passar determinada mensagem, informação à opinião pública e comunidade em geral. O objectivo nº 5, ainda que de forma indirecta proporcione igualmente a participação social activa e envolvimento dos sujeitos e respectivos familiares/cuidadores informais, centra-se exactamente na passagem de uma mensagem sensibilizadora para as reais dificuldades dos doentes, mas também para as reais potencialidades destes, uma mensagem de luta contra as diversas formas sociais de estigmatização.

**Quadro 3.11. - Plano de Acção do objectivo específico 5**

<b>Objectivo específico: Combater o estigma social e sensibilizar a Comunidade envolvente</b>				
<u>Actividades</u>	<u>Acções</u>	<u>Destinatários</u>	<u>Responsável</u>	<u>Parceiros</u>
Acções de Sensibilização à problemática da Doença Mental e aos direitos das pessoas com Doença Mental	- Desenvolvimento e actualização constante do site informativo da <i>Amicitia</i> na Internet  Realização de um Encontro Temático Anual	Comunidade em geral	Equipa Técnica  Sujeitos  Famíliares/ cuidadores informais	Elementos da RNCCISM; outros profissionais de relevo; Órgãos de Comunicação Social; Representantes dos serviços estatais <sup>33</sup> ; Associações Empresariais; Voluntários; IPSSs; Associações Socioculturais, Recreativas, Desportivas, Humanitárias; outros parceiros sociais
Participação da <i>Amicitia</i> em eventos sociais da Comunidade	Representação e divulgação da USO em Feiras, Exposições, Palestras, Encontros temáticos, outros eventos			

**Fonte:** Gonçalves, 2011

Por fim, e na medida em que qualquer projecto deve contar com a variável tempo, apresenta-se no anexo H o cronograma do mesmo, o qual foi pensado a um intervalo temporal de dois anos, e parte do pressuposto que o projecto já obtivera financiamento e o local/instituição assim como as parcerias foram definidas.

<sup>33</sup> Dos Serviços públicos de Saúde Mental; do Instituto de Emprego e Formação Profissional; das Autarquias e Poder Local; da Segurança Social; do Ministério da Educação.

## 9. Orçamento do Projecto

Conceber um orçamento para o projecto em causa inevitavelmente resulta no momento presente numa tarefa incompleta perante muitas incertezas que ainda estão por clarificar. Desde logo coloca-se uma questão inicial que se prende com as instalações e com o facto de ainda não estar definido qual será a entidade promotora e gestora do projecto. As entidades promotoras e gestoras podem ser diversas, segundo estipula o art.º 23 do Dec. Lei nº 8/2010, de 28 de Janeiro:

- Entidades Públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- Entidades públicas empresariais
- Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas que prossigam fins idênticos
- Entidades privadas com fins lucrativos

Perante este leque diversificado, seria necessário a identificação de uma destas entidades, condicionando toda a dinâmica quer do investimento inicial a ser apresentado, uma vez que a própria entidade poderá dispôr de alguns recursos próprios, quer do orçamento de despesas/rendimentos correntes.

Ainda assim alguns pressupostos comuns podem aqui ser explanados. Desde logo o facto do financiamento das unidades prestadoras de CCISM obedecer ao princípio da diversificação das fontes de financiamento, na medida em que é em boa parte assegurado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. A portaria nº 183/2011 de 5 de Maio, define uma tabela de preços para o financiamento dos serviços a prestar pelas unidades prestadoras destes cuidados que já iniciaram actividade no âmbito das experiências piloto. Define também os termos em que há lugar a comparticipação nos encargos com rendas relativas a unidades residenciais e sócio-ocupacionais, quando se torna necessário e justificável o pagamento de renda para a utilização de determinado espaço físico, sendo que esta será suportada a 50%, até ao limite de 1000€ mensais, em partes iguais por ambos os ministérios. O quadro seguinte resulta de uma adaptação da tabela anexa à referida portaria, com a informação pertinente para o projecto em causa:

**Quadro 3.12.** - Tabela de preços para as experiências piloto de unidades sócio-ocupacionais

Tipologia da Unidade	Encargos com cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Diária Global (utente/ dia)
Unidade Sócio-Ocupacional	<b>13.68€</b>	<b>13.68€</b>	<b>27.36€</b>

**Fonte:** Adaptado da tabela anexa à portaria nº 183/2011 de 5 de Maio, dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde

Os encargos com os cuidados de saúde, o valor diário de 13.68€ por utente, são suportados na totalidade pela respectiva Administração Regional de Saúde; os encargos diários com os cuidados de apoio social são suportados pelo utente, mediante o cálculo da comparticipação do respectivo

Centro Distrital de Segurança Social. Isto significa que o utente terá de pagar um determinado valor para frequentar uma USO, o valor remanescente da comparticipação da Segurança Social, a qual é calculada em função dos seus rendimentos, nos termos a definir por diploma próprio (art.º 8, da portaria nº 183/2011 de 5 de Maio). No quadro 3.14., o valor que foi considerado como valor médio que o utente pagará como diária foi de 4.50€, este valor (menos de metade do total da diária de 13.68€) ainda que seja calculado ficticiamente, assenta nos pressupostos que a doença mental se pode mais facilmente associar a níveis de rendimentos mais baixos, se se tiver em conta que os sujeitos tendem a reduzir as suas capacidades produtivas, com tendência para o abandono precoce da actividade laboral e limitados a pensões de reforma ou outros subsídios sociais por norma de montante mais baixo.

Um outro pressuposto comum, que pode ser em parte sujeito a orçamento, relaciona-se com os recursos humanos a afectar a este projecto, na medida em que a legislação prevê um grupo mínimo de elementos a constituir uma equipa multidisciplinar de uma USO. Os respectivos salários a prever podem ser de montante variável, consoante a natureza da entidade promotora e gestora do projecto, por esse motivo os valores apresentados são igualmente fictícios, aproximando-se mais dos montantes salariais previstos para as tabelas de remunerações das IPSSs, por ser previsível que grande número de futuras unidades prestadoras de CCISM parta da iniciativa destas entidades.

O valor ilíquido relativo aos salários com o pessoal (74.200€) resultou assim da soma dos salários ilíquidos (salário ilíquido x 14 meses) cujos valores foram aproximados à tabela salarial das IPSSs, procedendo-se a arredondamentos para facilidade de cálculo. A pertinência do presente trabalho de mestrado centra-se essencialmente na concepção teórica e de planeamento da intervenção terapêutica com os sujeitos e não propriamente na vertente meramente contabilística e económica.

Uma ressalva para o grupo de recursos humanos escolhido que, respeitou na integra o previsto no art.º 36 da Portaria nº 149/2011 de 8 de Abril, à excepção de que se previu mais um elemento da categoria profissional Monitor, por se entender relevante assegurar convenientemente as diversas actividades ocupacionais, quer de carácter lúdico-recreativo, quer de carácter pedagógico e produtivo. O quadro 3.13. sintetiza os montantes salariais considerados:

**Quadro 3.13.** Despesas com remuneração do pessoal

Pessoal	Remuneração ilíquida	Contribuição para a Segurança Social (20%)	Total ilíquido anual	Total líquido anual
1 Psicólogo	1000€	200€	14.000€	2.800€
1 Assistente Social	1000€	200€	14.000€	2.800€
1 Técnico de Reabilitação Psicossocial	900€	180€	12.600€	2.520€
2 Monitores	700€x 2 = 1400€	280€	19.600€	3.920€
1 Administrativo	500€	100€	7.000€	1.400€
1 Auxiliar dos serviços gerais	500€	100€	7.000€	1.400€
<b>TOTAIS</b>	<b>5.330,00€</b>	<b>11.060,00€</b>	<b>74.200,00€</b>	<b>14.840,00€</b>

Fonte: Gonçalves, 2011

As instalações, espaços físicos a considerar como essenciais para o adequado funcionamento desta USO seriam: uma sala ampla, comum, para convívio e realização de diversas actividades ocupacionais de carácter lúdico-recreativo e uma sala/espaço para actividades ocupacionais pedagógicas e produtivas (que poderia por exemplo estar apetrechada com equipamento informático, que permitisse aprendizagens dos utentes neste domínio); gabinetes para os técnicos (pelo menos 2, um gabinete de trabalho e um para atendimentos individuais ou reuniões com os mesmos, com familiares, com entidades parceiras, etc); um gabinete/recepção para o elemento administrativo; sala de refeições com mini-cozinha (onde as refeições rápidas, lanches poderiam ser por exemplo confeccionados pelos próprios utentes), WCs; um espaço exterior envolvente (que possibilitasse o desenvolvimento de algumas actividades ao ar-livre, como jogos, ou mesmo horticultura/jardinagem).

Consequentemente os equipamentos e materiais a adquirir deveriam ser os mínimos adequados a apetrechar as diferentes salas de forma a permitir os níveis mínimos ao seu funcionamento, podendo nomear-se entre outros: ligações telefónicas e à internet, computadores, fax, digitalizador, TV/ vídeo, rádio leitor e gravador de CDs, jogos diversos, livros/revistas, material de escritório, mobiliário diverso, equipamento de cozinha, etc.

Possuir infra-estruturas que permitam o treino das actividades da vida diária é relevante para o trabalho a desenvolver com vista às melhorias na autonomia do doente, assim como as infra-estruturas que possibilitem a prática de actividades de carácter produtivo, e aquelas que à partida surgem como as mais exequíveis de concretizar seriam a cozinha, costura/bordados; horticultura/jardinagem/limpeza de espaços exteriores, limpeza e arrumação de espaços interiores, criação e manutenção de um boletim jornalístico da Amicitia/ utilização de computadores.

O custo com uma manutenção (e não com a aquisição) de uma viatura foi previsto, na medida em que os profissionais necessitam de efectuar deslocações diversas (por exemplo para garantir a realização das necessárias visitas domiciliárias aos utentes e respectivos familiares/cuidadores informais). Partindo do princípio que o grau de incapacidade psicossocial dos utentes não é o mais grave, a aposta seria no sentido da equipa técnica, se necessário, prestar apoio na orientação dos utentes para a deslocação destes via transportes públicos.

Refira-se ainda que no valor da diária do utente com os cuidados de saúde estará incluída a despesa destes com medicação.

Apesar do resultado líquido aqui demonstrado ser de valor optimista, é preciso salvaguardar que a gestão de um projecto desta natureza implica muitos outros gastos adicionais e imprevistos, assim como com o melhoramento gradual dos serviços e actividades.

**Quadro 3.14.** - Orçamento da USO Amicitia

Orçamento de despesas e rendimentos correntes ao ano			Justificação/ observações
Custos/Despesas correntes	Sub-totais	Totais	
Géneros Alimentares		39.600,00	
Gastos de saúde com utentes		54.000,00	150€ por utente/mês
Gastos gerais			
Luz, Água, Telefone, gás	3.000,00		
Seguros	900,00		Referente a viatura, instalações físicas
Conservação e Reparação	1.200,00		Dos diversos equipamentos
Outros Gastos	1.500,00	6.600,00	
Gastos com actividades ocupacionais		21.600,00	60€ por utente/mês: materiais diversos de artesanato, jogos lúdico-pedagógicos, despesas com saídas ao exterior, etc.
Gastos com pessoal			
Remunerações	74.200,00		
Encargos com Segurança Social	14.840,00		Contribuição: 20% ( IPSSs)
Seguros	850,00		Apenas referentes aos recursos humanos/pessoal
Outros gastos	500,00	90.093,20	
Amortizações		2.500,00	Desgaste anual pela utilização de equipamentos e materiais: mobiliário, computadores, fax, digitalizador, telefones, viatura, electrodomésticos, etc.
Gastos Financeiros		500,00	Despesas com contas bancárias (inexistência de empréstimos bancários)
Outros Gastos		1.500,00	Seguros com os utentes; realização de eventos como encontros anuais, etc.
<b>TOTAL GASTOS</b>		<b>216.690,00</b>	
Ganhos/Receitas correntes	Sub-totais	Totais	
Valores recebidos / Comparticipações			
Utentes	35.640,00		4,5€ por utente/dia
Seg. Social	72.705,60		13,68€ - 4.5€ por utente/dia
Ministério da Saúde	108.345,60	216.691,20	13,68€ por utente/dia
Donativos		2.000,00	
Quotas Associados		6.000,00	500 sócios a 12€/ano
Outros Proveitos		1.500,00	Referentes por exemplo a juros de depósitos bancários, descontos obtidos na aquisição de materiais/produtos
<b>TOTAL RECEITAS</b>		<b>226.191,20</b>	
<b>Resultado Líquido</b>		<b>9.501,20</b>	

Fonte: Gonçalves, 2011

A aposta actual, dada a crise financeira quer dos serviços do sector social, quer os serviços do sector público, deverá na minha óptica, direccionar-se para um forte investimento nas parcerias, com uma procura e empenhamento exaustivo em potenciar as mais e melhores colaborações de entidades

com as quais se estabeleça determinada parceria. Especificamente para uma USO, apontam-se algumas parcerias possíveis de se tentar estabelecer, há semelhança do que já vem acontecendo em alguns fóruns sócio-ocupacionais: parcerias com as piscinas municipais, com os Municípios para que os utentes possam beneficiar de algum tipo de serviços sociais ou culturais por este desenvolvidos, com as associações humanitárias (corporações de bombeiros), com entidades culturais (escolas de música, canto, teatro, dança/ginástica), etc.

## CAPÍTULO IV

### A AVALIAÇÃO DO PROJECTO

#### 1. O Plano de Avaliação do projecto

Para que cada Projecto seja conferido de eficácia, eficiência comprovada, é essencial prever-se a metodologia de avaliação do mesmo, na medida em que só esta permite concluir se o Projecto está ou não a ser bem sucedido quanto aos seus objectivos iniciais, ou permite identificar as alterações ou ajustes necessários para que o projecto venha a ter uma avaliação mais positiva.

Nas actuais sociedades democráticas e de lógica acentuada de exercício de cidadania pressupõe-se que se desenvolva a capacidade de “prestação de contas” às entidades que financiam ou tutelam os projectos e que os projectos sociais devem possuir metas e objectivos bem explícitos, para que o sucesso ou o fracasso possam vir a ser observados e medidos empiricamente.

O processo de avaliação de um projecto social é pois um processo complexo, que se pode realizar por recurso a uma diversidade de funções, processos e modelos de avaliação, mas que ainda assim tem inevitavelmente subjacente a questão da impossibilidade de previsão dos fenómenos sociais, que não pode ser ignorada, mas antes tida em linha de conta em qualquer processo de avaliação.

Quanto às funções da avaliação estas podem ser de mera medida (não apenas dos resultados finais mas igualmente dos processos para os atingir, por recurso a uma combinação de elementos quantitativos e, ainda que mais difíceis de mensuração, elementos qualitativos); de utensílio de apoio à tomada de decisão (para por exemplo se vir a ajuizar acerca da manutenção ou do corte de financiamentos); de processo de formação (entendida como um processo de aprendizagem, de reflexão e de racionalização face a contextos e resultados, um processo que acompanha a execução de um projecto); de aprofundamento da democracia participativa (envolvendo nestas os parceiros envolvidos na busca de consensos e de uma acção colectiva de investigação - acção) (Guerra, 2002:186-187).

A avaliação, em função de quem a realize pode ser de diferentes tipologias: auto-avaliação (quando é realizada pela mesma equipa que executa o projecto) a qual se distingue da avaliação interna, na medida em que decorre igualmente no seio da instituição onde funciona o projecto, mas é realizada por norma por elementos da direcção, superiores hierárquicos ou outros, com a especificidade de serem elementos distintos da equipa executora; a avaliação externa, como a designação já indica, é realizada por profissionais, pessoas sem vínculo laboral à instituição; a avaliação mista é aquela que combina vários tipos de avaliação. (Guerra, 2002:176)

Para o Projecto *Amicitia* a tipologia a adoptar seria a avaliação mista, uma vez que obrigatoriamente será alvo de avaliação externa, a realizar, conforme previsto na legislação

reguladora das estruturas de CCISM, por equipas externas à equipa executora do projecto, nomeadamente pela Equipa Coordenadora Regional (em articulação directa com a Coordenação Nacional de CCISM) e pela Equipa Coordenadora Local (em articulação directa com as unidades prestadoras de cuidados, os serviços referenciadores de utentes e a respectiva ECR da sua zona regional). Segundo o art.º 18 da Portaria 149/11 de 8 de Abril as unidades prestadoras e respectivas equipas estão sujeitas a auditorias técnicas e financeiras internas e externas. Entenda-se aqui os termos internas e externas não relativamente à unidade (pois são sempre externas a esta) mas em relação a toda a Rede Nacional de CCISM.

Por outro lado a mesma legislação prevê a obrigatoriedade de avaliação interna, a realizar pelo profissional que assume a direcção técnica da unidade, pois segundo a alínea h), do art.º 9, compete a este: “Promover a melhoria da qualidade dos serviços através da avaliação de processos, resultados e satisfação”.

Não está especificamente prevista a tipologia de auto-avaliação, que contudo parece ser pertinente para se fomentar o espírito de democracia participativa e sobretudo para possibilitar uma avaliação que considere os múltiplos pontos de vista dos vários actores envolvidos no projecto, não só da equipa técnica, como também dos sujeitos e respectivos familiares/cuidadores informais. Ainda assim compete à direcção técnica estabelecer as formas e metodologias para realizar a avaliação, e uma das possibilidades poderia ser a de promover processos de auto-avaliação a realizar pela equipa técnica, executora do projecto.

O processo de avaliação pode operar-se em diferentes tempos relativamente ao projecto: no seu princípio, meio e fim, denominando-se os tipos de avaliação, respectivamente de *avaliação ex-ante* (se for implementada antes da execução do projecto, incidindo pois no diagnóstico e no processo de planeamento); avaliação on-going (durante o curso da execução, permitindo por exemplo a realização de alterações e ajustes); avaliação ex-post (que incide sobretudo na avaliação dos resultados e impactos e nos aspectos que os facilitaram ou dificultaram) (Capucha, 2008:15).

Procurou-se planificar a avaliação ex-ante, para se tornar possível aferir se o diagnóstico de necessidades e planificação das intervenções decorrentes, corresponderá ou não às efectivas necessidades manifestadas pelos futuros utentes da USO. Poderá considerar-se que de certa forma o, estudo empírico/realização das entrevistas funcionou como um modo de avaliação do diagnóstico e estudo do problema, apresentado no capítulo II, e que os resultados deste estudo apontam para uma confirmação da necessidade e pertinência na criação de uma estrutura sócio-ocupacional.

O enfoque essencial é seguidamente desenvolvido com a avaliação on-going, optando-se pela modalidade de avaliação por objectivos, as “traves mestras” da construção deste projecto.

Para se avaliar os resultados referentes a cada objectivo, numa óptica de avaliação quantitativa, mas em parte também qualitativa, o quadro seguinte procura sistematizar a correspondência entre objectivos específicos, com as actividades; com os resultados a atingir, e os

respectivos indicadores e as metodologias de avaliação (englobando os métodos, técnicas de recolha de informação a avaliar e os produtos/ formas de apresentar os resultados da avaliação realizada).

**Quadro 4.1. - Planificação da Avaliação por objectivos do Projecto *Amicitia***

<b>Objectivo específico: Assegurar o acompanhamento Clínico, Psicológico e Social do sujeito</b>			
<u>Actividades</u>	<u>Resultados a atingir</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Metodologias</u>
Elaboração e execução dos PII	- Reuniões a acontecerem aquando da admissão de cada utente e sempre que a especificidade do caso o justificar  - Até ao final do 1º semestre cada utente tem um PII definido e em curso	Nº de reuniões realizadas  Nº de PII definidos e em execução	Análise documental das actas das reuniões e dos registos obrigatórios em cada PII ; verificação se estes estão a ser concretizados
Acomp/to clínico	-Após 1 ano o nº de recaídas/destabilização psiquiátrica é inferior a 10% do total de utentes admitidos até essa data  - Pelo menos 90% dos utentes cumprem a toma de medicação e ida às consultas de psiquiatria	Nº de recaídas Nº doentes admitidos por ano; Nº de doentes que cumprem o acomp/to clínico	Análise documental/dos registos <sup>34</sup> referentes ao acomp/to clínico
Acomp/to Psicológico individual	-Assegurar, até ao final do 1º semestre, que todos os utentes com necessidades de acomp/to Psicológico sejam atendidos e que pelo menos dois terços destes recuperem a algum nível	Nº de doentes em acomp/to psicológico; Nº de doentes que se sentem a melhorar	Análise documental/dos registos referentes ao acomp/to psicológico; questionário trimestral de avaliação do grau de satisfação aos doentes acompanhados
Acomp/to Social	-Assegurar, até ao final do 1º semestre, que todos os utentes com necessidades de acomp/to Social sejam atendidos e que pelo menos dois terços destes tenham beneficiado de uma diligência concreta	Nº de doentes alvo de acomp/to social; Nº de Encaminhamentos sociais bem sucedidos	Análise documental/dos registos referentes ao acomp/to social; questionário trimestral de avaliação do grau de satisfação aos doentes acompanhados
<b>Objectivo específico: Desenvolver e treinar as competências e a autonomia do utente a vários níveis</b>			
<u>Actividades</u>	<u>Resultados a atingir</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Metodologias</u>
Apoio e monitorização nas actividades de vida diária	- Realização de sessões de Desenvolvimento Pessoal ,Social e de Treino de Competências Básicas, com carga horária semanal de 14 horas.	Grau de satisfação dos utentes; Nº de participantes que atingem resultados positivos no desempenho de competências	Questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes; Análise documental de grelhas de planificação das sessões e do registo das competências adquiridas/a adquirir

<sup>34</sup> Documentos com registos escritos e registos em base de dados informáticos (plataforma informática da Rede Nacional de CCISM)

Promoção da autonomia e apoio Sócio-Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de Actividades Ocupacionais Lúdico-Recreativas adequadas aos utentes e diversificadas – pelo menos 4 diferentes</li> <li><i>Internas:</i> dinamização permanente da sala(s) de Actividades Ocupacionais</li> <li><i>Externas:</i> saídas diversas ao exterior, com periodicidade mínima semanal</li> <li>- Realização de acordos de parceria; reuniões trimestrais com as parcerias; relatórios anuais das actividades realizadas com acordo de parceria</li> </ul>	<p>Nº de diferentes actividades e tempo de funcionamento da sala; Nº de saídas ao exterior; Acordos de parceria realizados; grau de participação e de satisfação dos parceiros e dos utentes</p>	<p>Análise documental das actas das reuniões com os parceiros e dos relatórios de actividades dos acordos de parcerias; Questionários de aplicação trimestral para aferir o seu grau de satisfação dos utentes;</p>
---	---	--	---

**Objectivo específico:** Promover o envolvimento e participação dos próprios utentes e dos seus familiares/cuidadores informais no processo de recuperação

<u>Actividades</u>	<u>Resultados a atingir</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Metodologias</u>
Apoio a Grupos de Ajuda Mútua	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No 4º semestre do projecto haver dois grupos de Ajuda Mútua, um deles GAM de ex/utentes e outro GAM de ex/familiares/cuidadores informais</li> <li>- Encontros de pelo menos 1 hora, com periodicidade mensal ou quinzenal, respectivamente para ex/utentes e ex/familiares</li> </ul>	<p>Regulamentos internos dos 2 GAM; Nº de encontros; tipo de iniciativas</p>	<p>Realização de relatório anual de actividades; debates de grupo/auto-avaliação</p>
Sensibilização e treino de familiares e outros cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões com periodicidade no mínimo mensal entre a equipa técnica e familiares/cuidadores informais do utente, a realizar na instituição ou no domicílio do doente</li> <li>- Transmissão da informação essencial sobre a Doença Mental, características da doença do seu utente, modos de lidar com este e com a doença</li> </ul>	<p>Nº de reuniões/visitas domiciliárias realizadas por cada caso/ grau de coesão entre doentes/familiares/cuidadores</p>	<p>Análise documental dos registos das reuniões e visitas domiciliárias Aplicação de uma escala de avaliação do desempenho dos familiares/cuidadores por parte da equipa técnica</p>

**Objectivo específico:** Actuar no campo da Reabilitação Educacional e Profissional dos utentes

<u>Actividades</u>	<u>Resultados a atingir</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Metodologias</u>
Avaliação e desenvolvimento das habilitações escolares e das competências profissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclusão do despiste vocacional e avaliação das habilitações escolares e competências profissionais a todos os utentes após 3 meses da sua admissão</li> <li>- Encaminhamento dos casos que se justificarem para serviços de formação ou integração profissional e acomp/to pós alta da USO durante um período de 3 a 6 meses</li> </ul>	<p>Nº de casos avaliados; Nº de casos encaminhados; Nº de casos a frequentar os serviços de formação ou integração profissional</p>	<p>Análise documental dos processos de despiste e avaliação das habilitações e dos registos referentes ao acomp/to no percurso formativo/laboral após 3 a 6 meses de saída da USO</p>

**Objectivo específico:** Combater o estigma social e sensibilizar a Comunidade envolvente

<u>Actividades</u>	<u>Resultados a atingir</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Metodologias</u>
Acções de Sensibilização à problemática da Doença Mental e aos direitos das pessoas com Doença Mental	<ul style="list-style-type: none"><li>- Desenvolvimento e actualização constante do site informativo da <i>Amicitia</i> na Internet</li><li>- Organização e preparação de um Encontro Temático Anual entre os meses de Julho a Novembro</li><li>- Realização do Encontro Temático Anual que deve assegurar:</li><li>- A apresentação do Relatório Anual de Actividades</li><li>- Debate Público</li><li>- A participação, representatividade dos utentes e dos familiares/cuidadores informais e respectivos GAM</li><li>- A identificação de linhas futuras de actuação para a definição de Plano de Acção do Ano seguinte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nº de presenças;</li><li>Grau de adesão e de participação no Encontro;</li><li>Grau de divulgação à comunidade antes e após o evento</li></ul>	Análise documental de:  Informação contida no site Relatório das conclusões finais do Encontro; Gravação áudio/vídeo e fotos do Encontro; Fichas de inscrição dos participantes
Participação da <i>Amicitia</i> em eventos sociais da Comunidade	<ul style="list-style-type: none"><li>- Planificação e construção de instrumentos divulgativos dos objectivos e actividades da USO com vista a uso nos eventos sociais</li><li>- Participação/representatividade e eventual venda de produtos da <i>Amicitia</i> em pelo menos um evento social/festividade/feira anual de cada um dos concelhos do Pinhal Litoral II</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Qualidade dos instrumentos divulgativos;</li><li>Nº de vendas;</li><li>Nº de participações em eventos sociais</li></ul>	Análise da afluência da população em geral aos stands; Análise comparativa entre despesas e rendimentos com o stand

**Fonte:** Gonçalves, 2011

Refira-se que a avaliação por objectivos e dos respectivos resultados da execução destes não deve ser insensível às questões relativas aos processos e contextos da execução. De facto a avaliação por objectivos avalia mais a eficácia de um projecto do que a eficiência, mas ambas as vertentes devem ser tidas em linha de conta para que a avaliação seja mais rigorosa, justa e completa. Igualmente se reconhece pertinência e utilidade à avaliação do impacto, que poderá assumir diferentes modalidades e objectivos.

O impacto social de um projecto social refere-se à sua capacidade de produzir mudanças significativas e duradouras desde logo nos seus destinatários directos, mas também nos tecidos sociais, pelo que este tipo de avaliação realiza-se por norma após a execução do projecto, por vezes alguns anos depois, com o principal objectivo de avaliar comparativamente as realidades do antes do Projecto, do decurso do projecto, assim como as realidades dos ex-utentes e em que medida mantiveram, melhoraram as competências adquiridas.

Como nota final uma breve alusão aquela que tem vindo a ser a actividade do Instituto da Segurança Social -ISS, I.P., através do Departamento de Protecção Social de Cidadania, da então Área de Cooperação e Rede Social, Área de Investigação e Conhecimento e do Gabinete da Qualidade, que concebeu Modelos de Avaliação da Qualidade das diferentes Respostas Sociais reconhecidas legalmente, em especial o que se refere aos instrumentos de auxílio à implementação e avaliação da qualidade e segurança da Resposta Social Centro de Actividades Ocupacionais, uma vez que, ainda que estes não se destinem especificamente a unidades sócio ocupacionais da Rede

Nacional de CCISM, (e que a Coordenação Nacional de CCISM possa vir a emitir instrumentos específicos desta natureza), poderão ser consultados pela equipa técnica de uma USO, e adoptados e adaptados os seus critérios e exigências. (ver anexo I -1 e I- 2).

## 2. Análise Crítica

O projecto aqui concebido procurou estar em consonância com os pressupostos do modelo de Saúde Mental Comunitária e do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-16, sendo que este último prevê o início de funcionamento de algumas estruturas de CCISM, mas ainda como projectos piloto. Constatou-se pela pesquisa bibliográfica e de dados estatísticos que os moldes de intervenção assentes no modelo de Saúde Mental Comunitária e os números relativos às pessoas com doença mental, são justificativos que uma Unidade Sócio-Ocupacional para pessoas com doença mental do Pinhal Litoral II seja futuramente implementada.

A saúde mental é uma dimensão da saúde em geral e não faz pois sentido que os serviços de saúde mental não estejam integrados, articulados com os serviços de saúde em geral. Da mesma forma a decisão de internamento psiquiátrico só deve ser tomada quando esgotadas todas as alternativas de tratamento e apoio na comunidade. E após um período de internamento psiquiátrico, a pessoa com alta clínica precisa da continuidade de cuidados, sendo que este é o desafio a que este projecto tenta dar resposta, reconhecendo -se que para tal urge a criação de estruturas comunitárias, que proporcionem um novo acolhimento/apoio continuado ao sujeito e disponham de um leque alargado de meios e programas de ajuda. Também pela pesquisa empírica, pelas entrevistas realizadas quer aos doentes, quer aos seus respectivos familiares/cuidadores informais foi perceptível um certo *modo de vida* caracterizado essencialmente por estes estarem muito por casa, tenderem a dormir muito tempo, por terem um leque de ocupações/actividades restrito e um processo de socialização deficitário, com tendência para o isolamento.

Quando a saúde em geral, quer a física e sobretudo a mental estão debilitadas, o caminho que a todos por norma se apresenta é duplo, na medida em que poderá ser um caminho para a cura ou recuperação, se não total, pelo menos parcial, ou o caminho da inacção, permitindo-se o agravar da doença. Contudo quando a opção é a cura ou recuperação, a pessoa pode deparar-se com uma outra barreira, a barreira de uma sociedade adormecida, indiferente ou mesmo estigmatizante. Se nada se fizer, se não houver uma mobilização para se criar as condições e meios à intervenção terapêutica, a estagnação e inacção tendem a permitir que a doença se agrave e poder-se ia questionar nesse caso se a auto-exclusão das pessoas nessas circunstâncias não seria afinal uma reacção legítima.

Assim o projecto da *Amicitia*, que significa amizade em latim, como uma doente exprimiu, ainda que ignorando o significado da sua denominação: “*o positivo de um centro desses seria só para arranjar amigas, sinto falta*”. Também para estes doentes, além da administração dos fármacos, remédios, valores como os da amizade, afectividade, compreensão, aceitação, são essenciais. Eles são

peessoas antes de mais, são cidadãos sujeitos de direitos e deveres, são doentes, e por fim são então doentes mentais, com especificidades próprias de foro psíquico. Esquecer-se a dimensão humana e humanitária em qualquer intervenção terapêutica é um erro, basta que se pense de uma forma básica e linear que qualquer um de nós poderia adoecer e gostaria de ser tratado...e de que forma?!

Por outro lado, o facto dos próprios doentes e respectivos familiares poderem ser envolvidos no planeamento e avaliação dos serviços, se encarado pelos profissionais como uma ameaça ou factor destabilizador, reduz o espectro da possível e desejável relação de ajuda. Poderá ainda parecer uma utopia que no nosso país a perspectiva da participação activa e emancipação dos sujeitos seja efectivamente incorporada nas práticas de reabilitação psicossocial, mas se encarada como uma mais-valia, resulta num contributo válido para o funcionamento adequado dos serviços. Os familiares ou cuidadores informais, por serem aqueles que na realidade estão mais próximos e mais tempo junto dos doentes, além de existir também uma relação afectiva, são elementos fundamentais que uma equipa de intervenção terapêutica comunitária não pode descurar dar atenção e apoio

Nos dias que correm a palavra *crise* tem vindo a ser uma constante nos discursos políticos, e das pessoas em geral. A crise resulta de se ter de fazer um esforço acrescido para manter um equilíbrio anterior. Ou se regride ou se vence a crise e se desenvolve. Sob este ponto de vista há crises inúmeras e diversificadas, pelas quais as pessoas passam ao longo das suas vidas. Sobre a crise poderia igualmente desenvolver-se inúmeros textos e estudos, mas centrando-nos nesta ideia de crise e transportando-a para o mundo da doença mental, parece salientar-se um fenómeno comum a todos os doentes mentais: quase todos não superaram algumas crises por que passaram, quase todos sofreram e tendem a sofrer crises recorrentes, quase todos estão talvez distantes das crises dos outros ou até das crises sociais, políticas, talvez porque de tal forma as suas próprias crises lhes absorvem o tempo e atenção, incapacitando-os de olharem as outras crises...

“Muitas vezes as pessoas que estão emocionalmente perturbadas ficam demasiado centradas no seu problema, na angústia ou no seu delírio, esquecendo ou negando o impacto que o seu comportamento tem no meio social, nomeadamente nas pessoas com quem se relacionam mais de perto. Pode ser necessário ajudá-las a olhar para este fenómeno, que conduz frequentemente a situações de isolamento e de perda das relações de reciprocidade, que constituem o tecido social” (Fazenda, 2008: 159).

Os assistentes sociais encontram-se bem posicionados para percepcionarem as necessidades reais das pessoas, das famílias, das comunidades, actuam em proximidade com os sujeitos, com conhecimento directo das suas condições de vida, das potencialidades e das suas aspirações e operarem uma boa mediação entre os sujeitos e comunidade em geral, o que é um processo de constantes e novas exigências. “Mas para poderem ir mais longe e abrir novos caminhos é preciso que se disponham à reflexão, à análise dos problemas, a novas soluções, a uma nova atitude de parceria com os seus clientes, numa perspectiva de empowerment e promoção da cidadania” (Fazenda, 2008:173).

## Referências bibliográficas

- ABREU, Manuel Viegas, Eduardo Ribeiro dos Santos (2008) “O papel das Famílias e das Redes de Apoio Social”, Coimbra, Almedina, SA
  
- ALMEIDA, João Ferreira de, Fernando Luís Machado, Luís Capucha e Anália Cardoso Torres (1994), “Ciências Sociais e Sociologia”, “Metodologia da pesquisa empírica”, “Contributos Sociais da Sociologia em João Ferreira de Almeida (coord.), Introdução à Sociologia, Lisboa, Universidade Aberta, pp. 13-33; pp. 193-213; pp. 212-222.
  
- ALMEIDA, J.M. Caldas (1997), “A avaliação das necessidades de cuidados em saúde mental”, *Revista em foco – Revista portuguesa de Saúde Pública*, volume 15 (4), pp 41- 45
  
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (2002) “DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais”, Lisboa, Climepsi
  
- AUSLOOS, Guy (1996), “Competências das Famílias – Tempo, Caos, Processos, 2ª edição, Lisboa, 2003, Climepsi
  
- BASTEIRO, Sílvia, Carmen Maria Gil e Remédios Marin (2003) “Guia para Familiares e doentes mentais”, Lisboa, FNAFSAM – Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental
  
- CAMPOS, Luísa Pereira Coelho Vieira (2009) “Doença Mental e Prestação de Cuidados”, Lisboa, Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda
  
- CANAVARRO, Mª Cristina Sousa (1999) “Relações Afectivas e Saúde Mental”, Coimbra, Quarteto
  
- CAPUCHA, Luís (2005) “Desafios da Pobreza”, Oeiras, Celta
  
- CNSM – Coordenação Nacional para Saúde Mental (2006) “Guia para a defesa dos Direitos em Saúde Mental, Lisboa, Alto Comissariado da Saúde
  
- CORDO, Margarida (2003) “Reabilitação de pessoas com doença mental. Das famílias para a instituição, da instituição para a família”, Lisboa, Climepsi Editores

- COSTA, Alfredo Bruto (2002) “Exclusões Sociais”, Lisboa, Gradiva Publicações, Lda
  
- DUARTE, Teresa (2007) “Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental”, *Revista Análise Psicológica* (1), pp 127-133
  
- FAZENDA, Isabel, (2006) “ Serviço Social na Saúde Mental Comunitária: abrir caminhos ou fixar fronteiras?”, tese de mestrado, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa
  
- FAZENDA, Isabel, (2008) “O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania”, Ed. Climepsi, Lisboa
  
- FNAFSAM – Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental (2007), “Saúde Mental, Antologia de textos para Utentes e Familiares”, Lisboa, FNAFSAM
  
- FOUCAULT, Michel (1975), Curso no Collège de France. São Paulo, 2002, Martins Fontes
  
- FORTIN, Marie-Fabienne, Ph.D. (1999) “O Processo de Investigação, da concepção à realização”, Montreal, Lusociência
  
- GAMEIRO, Aires (1979) “Psicopatologia e Saúde Mental”, Porto, Edições Salazianas
  
- GOFFMAN, Erving (1988) “Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada”, Rio de Janeiro, LTC
  
- GONÇALVES, Amadeu Matos (*sine ano*) “A Doença Mental e a cura: um olhar antropológico”, escola superior de enfermagem de Viseu
  
- GONÇALVES, Amadeu Matos (*sine ano*) “ A Doença Mental: Determinação Individual ou construção Social”, *Revista Educação, Ciência e Tecnologia*
  
- GUERRA, Isabel Carvalho (2002) “Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais”, Cascais, Principia - Publicações Universitárias e Científicas
  
- GUERRA, Isabel Carvalho (2006) “Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso”, Cascais, Principia - Publicações Universitárias e Científicas

- HEITOR, M<sup>a</sup> João, António Bento, Isabel Brito, Teresa Cepeda, Helena Correia (2004) “Rede de referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental”, Lisboa, DGS – Direcção Geral de Saúde
  
- HIPÓLITO, Mário C.,(2007)“Saúde mental: antologia de textos para utentes e familiares”, Lisboa, Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental.
  
- HIPÓLITO, Mário C.,(2007) “Saúde mental: posições de EUFAMI: necessidades dos cuidadores familiares, medicamentos, tratamento e cuidados, reabilitação e “recovery”, Lisboa, Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental
  
- MEDALIA, Alice, Ph.D., Nadine Revheim, Ph.D.(2007) “Como lidar com Défices Cognitivos associados às doenças mentais” – Guia prático para familiares e amigos de pessoas com doença mental”
  
- MONTENEGRO, Maria Clara de Menezes, (2002) “Suporte Social e Qualidade de Vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários”, tese de mestrado, Ed. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, Lisboa
  
- NOGUEIRA, Conceição, Isabel Silva (2001) “Cidadania – construção de novas práticas em contexto educativo”, Porto, Edições Asa
  
- OMS (2001) “Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança”, Direcção Geral da Saúde, 2002.
  
- OMS (2005) “Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos e Legislação”, comité editorial da OMS
  
- OMS (WHO) (2010) “Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group”, World Health Organization
  
- ONU (1999) “Direitos Humanos e Serviço Social”, Departamento Editorial do ISSScoop, Lisboa
  
- ORNELAS, José H., Fátima J. Monteiro, João Vargas Moniz, Teresa Duarte (2005), “Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares”, Lisboa, AEIPS Edições

- ORNELAS, José H. (2007), “Psicologia Comunitária, Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental”, Revista *Análise Psicológica I* (XXV): 5-11
  
- PAYNE, Malcolm, (2002) “Teoria do Trabalho Social Moderno”, Coimbra, Quarteto Editora
  
- PIRES, Carlos M. Lopes (2003) “Manual de Psicopatologia – Uma abordagem Biopsicossocial, Leiria, Editorial Diferença
  
- QUIVY, R. e L. Champenhoud (2003), “Manual de Investigação em Ciências Sociais”, Lisboa, Gradiva
  
- SNRIPD – Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2006), “Saúde Mental, Reabilitação e Cidadania”, Lisboa, SNRIPD
  
- SERRANO, Gloria Pérez (2008) “Elaboração de Projectos Sociais”, Porto, Porto Editora

### **Referências Web**

- Alto Comissariado da Saúde, disponível em <http://www.acs.min-saude.pt>
- Associação de Profissionais de Serviço Social, disponível em <http://www.apross.pt/etica.php>
- Associação Encontrar-se: <http://www.encontrarse.pt/>
- A Desinstitucionalização dos Doentes Mentais, disponível em [www.ces.uc.pt/projectos/prodesinstitucionalizacao\\_doentes\\_mentais.php](http://www.ces.uc.pt/projectos/prodesinstitucionalizacao_doentes_mentais.php)
- CLAS da Batalha, (2006) “Diagnóstico Social”, Batalha, Programa da Rede Social, disponível em [http://www.cm-batalha.pt/oogles/pdfs/diagnostico\\_social.pdf](http://www.cm-batalha.pt/oogles/pdfs/diagnostico_social.pdf)
- Boletim Informativo Eurotrials (Set.08), disponível em [www.eurotrials.pt](http://www.eurotrials.pt)
- FIAS – Federação Internacional de Assistentes Sociais: <http://www.ifsw.org/>
- <http://www.portaldasaude.pt>
- <http://pt.wikipedia.org>
- <http://servicosocialsaude.wordpress.com>
- <http://www.cm-batalha.pt/oogl-de-intervencao/accao-e-apoio-social/rede-social>
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-10, disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/>
- NATIONAL EMPOWERMENT CENTER, disponível em <http://www.power2u.org/index.html>
- SLUZKI, Carlos E. “A Rede Social na Prática Sistémica”, Casa do psicólogo, disponível em <http://books.google.pt/>

## **Legislação**

- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008) “Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016”, resumo executivo, Ministério da Saúde – Alto Comissariado da Saúde.
  
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados (2009) “Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Ministérios da Saúde e da Solidariedade e Trabalho e da Solidariedade Social.
  
- Dec. Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, Ministérios da Saúde e da Solidariedade e Trabalho e da Solidariedade Social.
  
- Dec. Lei nº 8/2010, de 28 de Janeiro, Ministério da Saúde.
  
- Decreto-Lei n.º 22/2011, DR n.º 29, Série I de 2011-02-10, Ministério da Saúde
  
- Portaria n.º 149/2011, DR n.º 70, Série I de 2011-04-08, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social
  
- Portaria nº 183/2011, DR nº 87, Série I de 2011-05-05, Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO A** - Abuso dos Direitos Humanos nos Hospitais Psiquiátricos

**ANEXO B** - IPSSs e programas da área da Saúde Mental, financiadas no âmbito do Desp. conjunto 407/98

**ANEXO C- 1-** Caracterização dos doentes psiquiátricos no HSA, por Idade e sexo / activos, não activos – 2010/11

**ANEXO C- 2-** Distribuição dos Doentes Psiquiátricos e dos Episódios de Internamento, em 2010- HSA, pelos 16 concelhos de residência do Distrito de Leiria

**ANEXO C-3** - Residência dos doentes de psiquiatria - Episódios internamento - Ano 2010 e Internamento - Ano 2010 por grupo etário e sexo

**ANEXO C-4** - Grupo de diagnóstico homogêneo distribuído por idade e sexo - 2010- HSA

**ANEXO C-5** - Internamento/ diagnóstico principal - 2010 – HSA

**ANEXOS D- 1, D- 2-** Apresentação da Rede Nacional de Cuidados Continuados

**ANEXO E** - Consentimento informado, livre e esclarecido para a realização de entrevista

**ANEXOS E- 1, E- 2** - Guião da entrevista aos doentes; Guião da entrevista aos familiares/cuidadores informais

**ANEXO F- 1** - Grelha de orientação da entrevista semi-estrutura aos doentes

**ANEXO F - 2** - Grelha de orientação da entrevista semi-estrutura aos familiares/cuidadores informais

**ANEXO G-1-** Transcrição das entrevistas aos doentes

**ANEXO G-2-** Transcrição das entrevistas aos familiares/cuidadores informais

**ANEXO H** - Cronograma do Plano de Acção do Projecto

**ANEXO I-1-** Critérios do Modelo de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais

**ANEXO I-2** - Objectivos e produtos do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais

## ANEXO A

### Abuso dos Direitos Humanos nos Hospitais Psiquiátricos

#### **Caixa 3.2. Abuso dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos.**

Comissões de Direitos Humanos encontraram condições «estrangeiras» e inaceitáveis quando visitaram vários hospitais psiquiátricos na América Central<sup>1</sup> e na Índia<sup>2</sup> durante os últimos cinco anos. Encontram-se condições semelhantes em muitos outros hospitais psiquiátricos de outras regiões, em países tanto industrializados como em desenvolvimento. Elas incluem condições de vida abjectas, vasos sanitários entupidos, soalhos carcomidos e portas e janelas quebradas. A maioria dos doentes visitados ficava de pijamas ou nua. Alguns eram confinados em pequenas áreas de enfermarias residenciais onde podiam sentar-se, andar ou deitar-se directamente no chão o dia inteiro. Crianças eram deixadas em esteiras no chão, algumas cobertas de urina e fezes. Era comum o uso indevido de restrição física: observaram-se muitos doentes amarrados às camas. Pelo menos um terço dos indivíduos eram doentes com epilepsia ou atraso mental, para os quais a institucionalização psiquiátrica é desnecessária e não traz benefícios. Eles poderiam perfeitamente voltar

a viver na comunidade, se fosse possível dar-lhes medicação apropriada e toda uma série de serviços e sistemas de apoio de base comunitária.

Muitos hospitais conservavam a estrutura carcerária de origem, quando tinham sido construídos nos tempos coloniais. Os doentes eram chamados de *detidos* e ficavam a maior parte do dia ao cuidado de *carcereiros*, cujos supervisores eram chamados de *capatazes*, enquanto as enfermarias eram chamadas de *cercas*. Usavam-se quartos para isolamento na maioria dos hospitais.

Em mais de 80% dos hospitais visitados, não se faziam exames rotineiros de sangue e urina. Pelo menos um terço dos indivíduos não tinha diagnóstico psiquiátrico para justificar a sua presença ali. Na maioria dos hospitais, o registo em prontuários era extremamente inadequado. Havia enfermeiros psiquiátricos treinados em menos de 25% dos hospitais, e menos da metade destes contava com psicólogos clínicos ou assistentes sociais psiquiátricos.

<sup>1</sup> Levav, I.; Gonzales, V. R. (2000). «Rights of persons with mental illness in Central America». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 86-86.

<sup>2</sup> National Human Rights Commission (1999). *Quality assurance in mental health*. Nova Deli, National Human Rights Commission of India.

**Fonte:** Relatório Mundial da Saúde, Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (OMS, 2001:96)

## ANEXO B

### IPSSs e programas da área da Saúde Mental, financiadas no âmbito do Desp. conjunto 407/98

Distribuição do Número de Estruturas e Lugares Existentes em IPSS que Desenvolvem Respostas Sociais, por Distrito, em 2006				
Distritos	Tipo de Estruturas	Número de Programas	Número de lugares por Distrito	Total de lugares por Distrito
Braga	Fórum Sócio-Ocupacional	1	15	15
Coimbra	Unidade de Vida Apoiada	2	18	33
	Fórum Sócio-Ocupacional	2	15	
Évora	Fórum Sócio-Ocupacional	1	10	10
Faro	Unidade de Vida Apoiada	2	40	162
	Fórum Sócio-Ocupacional	3	122	
Lisboa	Unidade de Vida Apoiada	3	36	497
	Unidade de Vida Protegida	10	69	
	Unidade de Vida Autónoma	3	21	
	Fórum Sócio-Ocupacional	10	260	
Porto	Grupo de Ajuda Mútua	3	111	138
	Unidade de Vida Protegida	2	16	
	Unidade de Vida Autónoma	1	5	
	Fórum Sócio-Ocupacional	2	67	
Santarém	Grupo de Ajuda Mútua	1	50	10
	Fórum Sócio-Ocupacional	1	10	
Setúbal	Unidade de Vida Protegida	2	14	82
	Unidade de Vida Autónoma	1	3	
Viséu	Fórum Sócio-Ocupacional	3	65	45
	Fórum Sócio-Ocupacional	1	45	
<b>TOTAL NACIONAL</b>		<b>54</b>		<b>992</b>

Fonte: ISS, IP (2006)

**Fonte:** Relatório Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007-16 (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007:53).

ANEXO C - 1



**1b\_CARATERIZAÇÃO DOS DOENTES PSIQUIÁTRICOS NO HSA**  
**Idade e sexo / activos, não activos**

Grupos Etários	2010									2011 *								
	Internamento			Consultas			TOTAIS			Internamento			Consultas			TOTAIS		
	F	M	Soma	F	M	Soma	F	M	Soma	F	M	Soma	F	M	Soma	F	M	Soma
<b>0 a 14 anos</b>	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>15 a 24 anos</b>	20	32	52	126	109	235	134	124	258	13	12	25	62	73	135	71	81	152
<b>25 a 44 anos</b>	136	186	322	920	603	1523	958	684	1642	51	74	125	472	351	823	503	391	894
<b>45 a 64 anos</b>	158	123	281	1361	691	2052	1395	726	2121	68	41	109	741	406	1147	784	427	1211
<b>65 a 74 anos</b>	36	25	61	378	156	534	382	160	542	11	8	19	175	90	265	185	97	282
<b>75 a 84 anos</b>	8	6	14	175	87	262	167	86	253	3	4	7	111	50	161	114	54	168
<b>85 a 94 anos</b>	0	5	5	21	9	30	17	11	28	0	1	1	14	6	20	14	6	20
<b>95 e + anos</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
<b>Doentes (distintos)</b>	358	377	735	2982	1655	4637	3054	1791	4845	146	140	286	1576	976	2552	1672	1056	2728
<b>Idade média</b>							50,8	47,9	49,7							51,5	48,0	50,2
<b>Episódios</b>	406	418	824	4947	3071	8018	5353	3489	8842	158	150	308	1734	1124	2858	1892	1274	3166

<b>Activos</b>	<b>2148</b>	<b>1225</b>	<b>3373</b>
<b>Desempregados</b>	<b>120</b>	<b>84</b>	<b>204</b>
<b>Reformados</b>	<b>786</b>	<b>482</b>	<b>1268</b>
<b>Soma</b>	<b>3054</b>	<b>1791</b>	<b>4845</b>

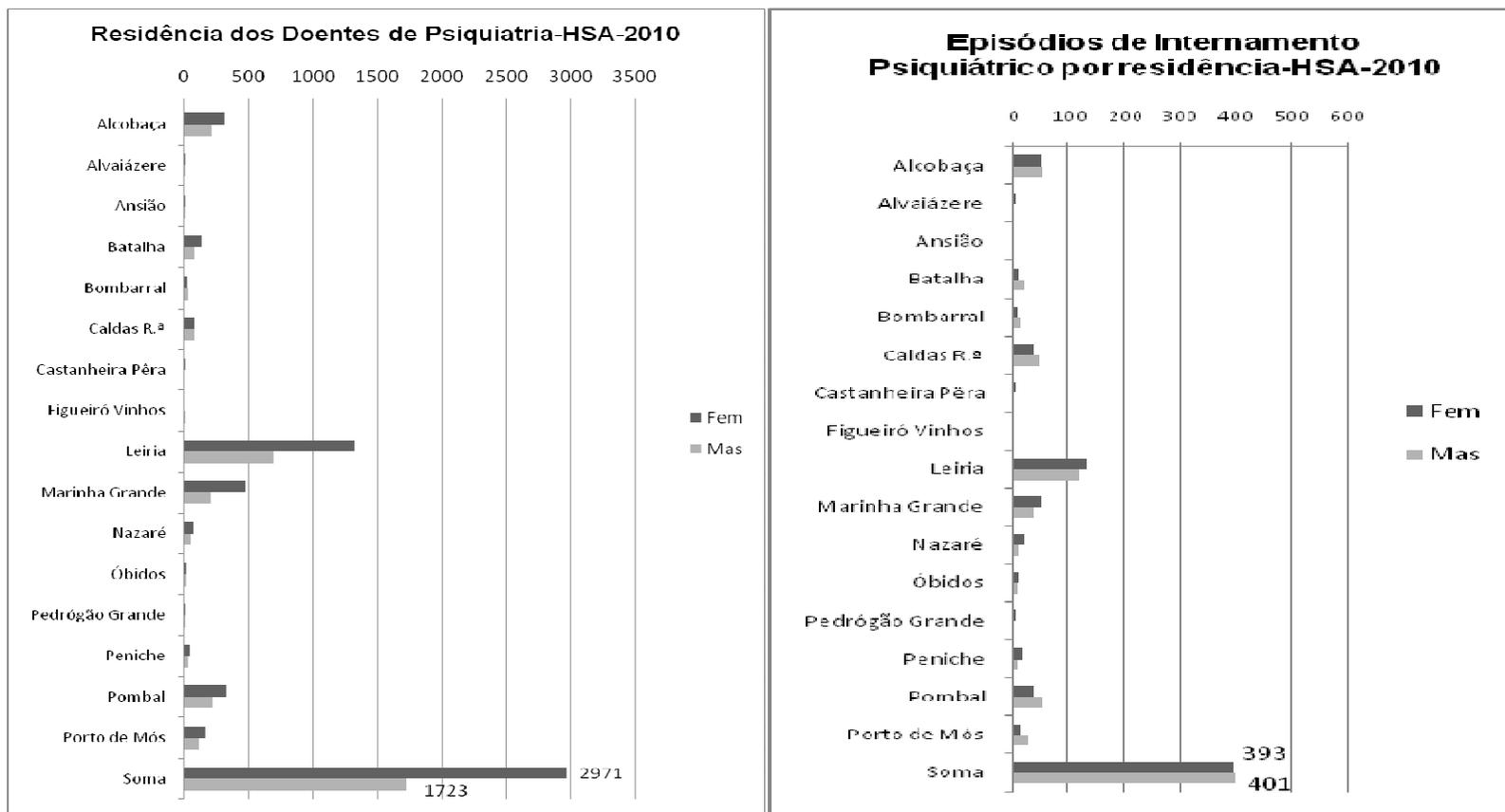
<b>Activos</b>	<b>1165</b>	<b>714</b>	<b>1879</b>
<b>Desempregados</b>	<b>71</b>	<b>52</b>	<b>123</b>
<b>Reformados</b>	<b>436</b>	<b>290</b>	<b>726</b>
<b>Soma</b>	<b>1672</b>	<b>1056</b>	<b>2728</b>

**Fonte:** Serviço de Gestão de Doentes – Estatística, Centro Hospitalar Leiria Pombal, E.P.E.

\* Ano 2011 - até 30Abril

## ANEXO C-2

Distribuição dos Doentes Psiquiátricos e dos Episódios de Internamento, em 2010-HSA, pelos 16 concelhos de residência do Distrito de Leiria



**Fonte:** Adaptado de dados facultados pelo Serviço de Gestão de Doentes – Estatística, Centro Hospitalar Leiria Pombal, E.P.E.

<b>Residência dos doentes de psiquiatria - Episódios internamento - Ano 2010</b>				
<b>DISTRITO</b>	<b>CONCELHO</b>	<b>Mas</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>
<b>Aveiro</b>	Anadia	1	0	1
	<b>Soma</b>	1	0	1
<b>Coimbra</b>	Coimbra	1	0	1
	<b>Soma</b>	1	0	1
<b>Leiria</b>	Alcobaça	55	50	105
	Alvaiázere	0	1	1
	Ansião	0	0	0
	Batalha	20	13	33
	Bombarral	16	10	26
	Caldas R. <sup>a</sup>	46	36	82
	Castanheira Pêra	0	1	1
	Figueiró Vinhos	0	0	0
	Leiria	117	129	246
	Marinha Grande	35	49	84
	Nazaré	13	21	34
	Óbidos	8	12	20
	Pedrógão Grande	0	1	1
	Peniche	10	17	27
	Pombal	55	37	92
	Porto de Mós	26	16	42
	<b>Soma</b>	401	393	794
<b>Santarém</b>	Abrantes	1	1	2
	Tomar	2	0	2
	Ourém	9	11	20
	<b>Soma</b>	12	12	24
<b>Setúbal</b>	Palmela	2	0	2
	<b>Soma</b>	2	0	2
<b>Viana Castelo</b>	<b>Ponte Lima</b>	1	0	1
<b>Outros Países</b>		0	1	1
<b>Total</b>		<b>418</b>	<b>406</b>	<b>824</b>

### ANEXO C- 3

#### Internamento - Ano 2010

Por grupo etário e sexo

<b>Grupos Etários</b>	<b>Mas</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>
15 a 24 anos	39	21	60
25 a 44 anos	205	157	362
45 A 64 ANOS	136	183	319
65 A 74 ANOS	26	37	63
75 A 84 ANOS	7	8	15
85 A 94 ANOS	5		5
<b>Total</b>	<b>418</b>	<b>406</b>	<b>824</b>



**Fonte:** Serviço de Gestão de Doentes - Estatística  
Centro Hospitalar Leiria Pombal, E.P.E.



## ANEXO C- 5

Diagnóstico principal		Mas	Fem	Soma
2900	DEMENCIA SENIL, NAO COMPLICADA	6	1	7
29013	DEMENCIA PRE-SENIL COM MANIFESTACOES DEPRESSIVAS		1	1
29020	DEMENCIA SENIL TIPO PARANOIDE	2		2
29021	DEMENCIA SENIL TIPO DEPRESSIVO	1		1
2903	DEMENCIA SENIL COM DELIRIO		2	2
29041	DEMENCIA ARTERIOSCLEROTICA COM DELIRIO		1	1
29043	DEMENCIA ARTERIOSCLEROTICA TIPO DEPRESSIVO	1		1
2909	CONDICAO PSICOTICA SENIL NAO ESPECIFICADA		1	1
2910	DELIRIO DE PRIVACAO ALCOOLICA	2		2
2912	DEMENCIA ALCOOLICA NCOP	1		1
2915	CIUME ALCOOLICO	1		1
29181	ABSTINENCIA ALCOOLICA	1		1
2919	PSICOSE ALCOOLICA NAO ESPECIFICADA	2	1	3
2920	SINDROMO DE ABSTINENCIA DE DROGAS	1		1
29211	ESTADO PARANOIDE INDUZIDO POR DROGAS	2	1	3
29212	ESTADO ALUCINATORIO INDUZIDO POR DROGAS		1	1
29289	PSICOSE NCOP INDUZIDA POR DROGAS	1		1
2929	PSICOSE POR DROGAS SOE	6		6
2930	DELIRIO AGUDO		5	5
29383	SINDROMO ORGANICO AFECTIVO	1		1
29389	QUADRO PSICOTICO ORGANICO TRANSITORIO NCOP		1	1
29502	PSICOSE ESQUIZOFRENICA TIPO SIMPLES CRONICA	1		1
29510	PSICOSE ESQUIZOFRENICA TIPO HEBEFRENICO SOE	1		1
29514	PSICOSE ESQUIZOFRENICA TIPO HEBEFRENICO CRONICA COM EXACERBACAO AGUDA		1	1
29530	PSICOSE ESQUIZOFRENICA TIPO PARANOIDE SOE	19	1	20
29532	PSICOSE ESQUIZOFRENICA TIPO PARANOIDE CRONICA	7	1	8
29533	PSICOSE ESQUIZOFRENICA TIPO PARANOIDE SUBCRONICA COM EXACERBACAO AGUDA	1		1
29534	PSICOSE ESQUIZOFRENICA TIPO PARANOIDE CRONICA COM EXACERBACAO AGUDA	16	5	21
29535	PSICOSE ESQUIZOFRENICA TIPO PARANOIDE EM REMISSAO	1		1
29543	EPISODIO ESQUIZOFRENICO AGUDO SUBCRONICO COM EXACERBACAO AGUDA	1		1
29551	ESQUIZOFRENIA LATENTE SUBCRONICO		1	1
29562	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL CRONICA		1	1
29564	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL CRONICA COM EXACERBACAO AGUDA		1	1
29570	PSICOSE TIPO ESQUIZOAFECTIVO SOE	27	13	40
29572	PSICOSE TIPO ESQUIZOAFECTIVO CRONICA	1	1	2
29574	PSICOSE TIPO ESQUIZOAFECTIVO CRONICA COM EXACERBACAO AGUDA	1	1	2

## Internamento - Ano 2010

Diagnóstico principal (Continuação)		Mas	Fem	Soma
29689	PSICOSE MANIACO-DEPRESSIVA, NCOP		1	1
29690	PSICOSE AFECTIVA NAO ESPECIFICADA	4	5	9
29699	PSICOSE AFECTIVA ESPECIFICADA,NCOP	1		1
2971	PARANOIA		2	2
2972	PARAFRENIA		1	1
2973	ALTERACAO PARANOIDE PARTILHADA		1	1
2978	ESTADOS PARANOIDES NCOP	1	2	3
2979	ESTADOS PARANOIDES SOE	1		1
2980	PSICOSE NAO ORGANICA TIPO DEPRESSIVO		2	2
2981	PSICOSE NAO ORGANICA TIPO AGITADO	1	1	2
2988	PSICOSES REACTIVAS NCOP E SOE	4	5	9
2989	PSICOSE SOE	24	17	41
30000	ESTADO DE ANSIEDADE NAO ESPECIFICADO	2	1	3
30015	REACCAO OU ESTADO DISSOCIATIVO SOE	1	1	2
3003	TRANSTORNOS OBSESSIVO-COMPULSIVOS	1	1	2
3004	DEPRESSAO NEUROTICA	8	14	22
30089	TRANSTORNO NEUROTICO NCOP		1	1
3010	TRANSTORNO PARANOIDE DA PERSONALIDADE	1	1	2
30111	TRANSTORNO HIPOMANIACO CRONICO DA PERSONALIDADE	1		1
30120	TRANSTORNO ESQUIZOIDE DA PERSONALIDADE SOE	1		1
3017	TRANSTORNO ANTISOCIAL DA PERSONALIDADE	1		1
30183	PERSONALIDADE BORDERLINE	3	2	5
3019	TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE SOE	12	8	20
30302	INTOXICACAO ALCOOLICA AGUDA EPISODICA	1		1
30391	SINDROMO DE DEPENDENCIA DO ALCOOL CONTINUA	64	16	80
30400	DEPENDENCIA DE DROGAS - TIPO MORFINA SOE	9		9
30401	DEPENDENCIA DE DROGAS - TIPO MORFINA CONTINUA	3		3
30403	DEPENDENCIA DE DROGAS - TIPO MORFINA EM REMISSAO	2		2
30420	DEPENDENCIA DE DROGA - TIPO COCAINA SOE		1	1
30461	DEPENDENCIA DE DROGAS NCOP CONTINUA		1	1
30490	DEPENDENCIA DE DROGA NAO ESPECIFICADA, ESTADIO NAO ESPECIFICADO	4		4
30500	ABUSO DO ALCOOL SEM DEPENDENCIA SOE	4		4
3071	ANOREXIA NERVOSA		1	1
3080	DISTURBIOS PREDOMINANTES DAS EMOCOES COMO REACCAO AGUDA AO STRESS	1		1
3083	DISTURBIO NCOP COMO REACCAO AO STRESS		1	1
3090	REACCAO DEPRESSIVA BREVE	2	4	6

29580	ESQUIZOFRENIA ESPECIFICADA NCOP	1		1
29590	ESQUIZOFRENIA SOE	7	1	8
29594	ESQUIZOFRENIA CRONICA COM EXACERBACAO AGUDA	1		1
29600	PERTURBACOES MANIACAS - EPISODIO SIMPLES - SOE	3	2	5
29601	PERTURBACOES MANIACAS - EPISODIO SIMPLES -SUAVE		1	1
29602	PERTURBACOES MANIACAS - EPISODIO SIMPLES - MODERADO		2	2
29603	PERTURBACOES MANIACAS - EPISODIO SIMPLES - SEVERO S/MENCAO DE COMP.PSICOTICO	1		1
29604	PERTURBACOES MANIACAS - EPISODIO SIMPLES, SEVERO C/COMPORTAMENTO PSICOTICO	3	5	8
29612	PERTURBACAO MANIACA, EPISODIO RECORRENTE, MODERADA	1		1
29613	PERTURBACAO MANIACA, EPISODIO RECORRENTE, SEVERA S/MENCAO COMPORTAMEN. PSICOTICO	2		2
29614	PERTURBACAO MANIACA, EPISODIO RECORRENTE, SEVERA C/MENCAO COMPORTAM. PSICOTICO		1	1
29620	PERTURBACAO DEPRESSIVA "MAJOR" EPISODIO SIMPLES SOE	26	40	66
29622	PERTURBACAO DEPRESSIVA "MAJOR" EPISODIO SIMPLES,MODERADA	3	8	11
29623	PERTURBACAO DEPRESSIVA "MAJOR" EPISODIO SIMPLES,SEVERA S/MENCAO COMP. PSICOTICO	4	14	18
29624	PERTURBACAO DEPRESSIVA "MAJOR" EPISODIO SIMPLES,SEVERA C/MENCAO COMP. PSICOTICO	8	5	13
29630	PERTURBACAO DEPRESSIVA "MAJOR", EPISODIO RECORRENTE, SOE	5	9	14
29632	PERTURBACAO DEPRESSIVA "MAJOR" EPISODIO RECORRENTE,MODERADA	6	9	15
29633	PERTURBACAO DEPRESSIVA "MAJOR" EPISODIO RECORRENTE,SEVERA S/MENCAO COMP.PSICOTIC	5	9	14
29634	PERTURBACAO DEPRESSIVA "MAJOR" EPISODIO RECORRENTE,SEVERA C/MENCAO COMP.PSICOTIC		11	11
29640	PERTURBACAO DAFECTIVA BIPOLAR - MANIACA,SOE	7	21	28
29642	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR - MANIACA,MODERADA		3	3
29643	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR - MANIACA,SEVERA,S/MENCAO COMP. PSICOTICO	1	5	6
29644	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR - MANIACA,SEVERA,C/MENCAO COMP. PSICOTICO	5	6	11
29650	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR, FASE DEPRESSIVA,SOE	2	6	8
29652	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR, FASE DEPRESSIVA,MODERADA		3	3
29653	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR, FASE DEPRESSIVA,SEVERA, S/MENCAO COMP. PSICOTICO	1	6	7
29654	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR, FASE DEPRESSIVA,SEVERA, C/MENCAO COMP. PSICOTICO		2	2
29655	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR, FASE DEPRESSIVA,EM REMISSAO PARCIAL OU N/ESPECIF.		1	1
29660	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR, MISTA,SOE	1	2	3
29662	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR MISTA MODERADA	1	1	2
29663	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR MISTA SEVERA S/MENCAO COMP.PSICOTICO		2	2
29664	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR MISTA SEVERA C/MENCAO COMP.PSICOTICO	1	3	4
2967	PERTURBACAO AFECTIVA BIPOLAR, NAO ESPECIFICADA		1	1
29680	PSICOSE MANIACO-DEPRESSIVA,SOE	1	7	8
29682	PERTURBACAO DEPRESSIVA ATIPICA	1	1	2

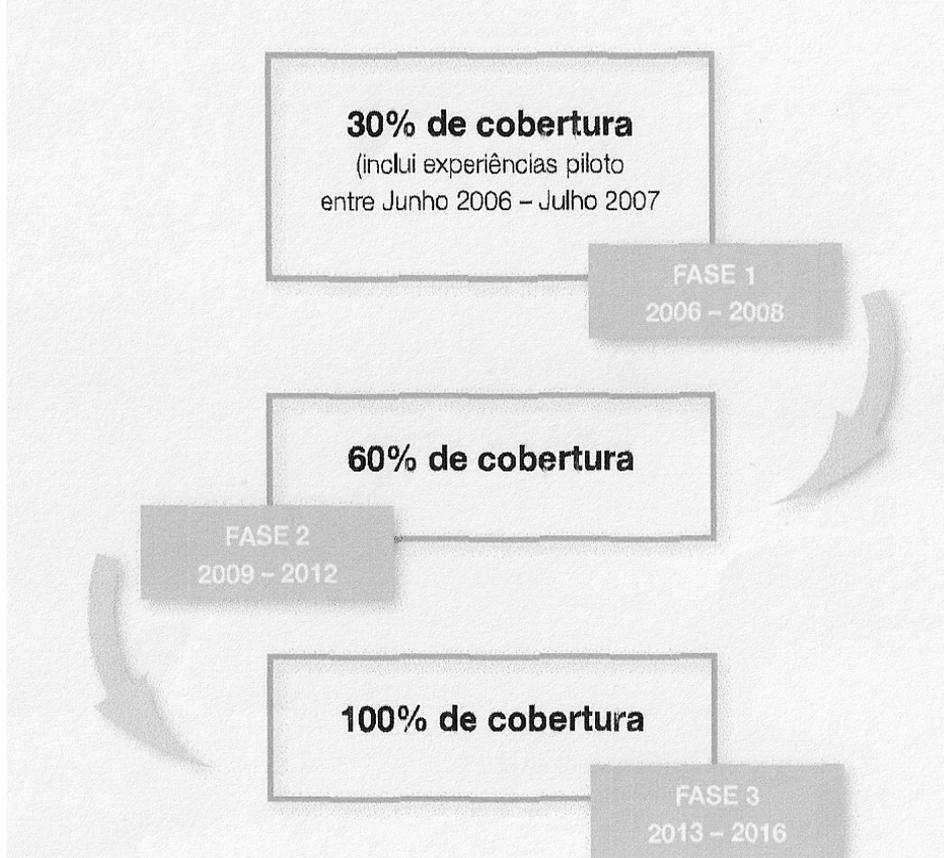
3091	REACCAO DEPRESSIVA PROLONGADA	1	5	6
30921	ANSIEDADE ANORMAL DEVIDA A SEPARACAO	1		1
30924	REACAO AJUSTAMENTO COM HUMOR ANSIOSO	2	3	5
30928	REACAO AJUSTAMENTO COM MANIFESTACOES EMOCIONAIS MISTAS	1	4	5
30929	REACAO AJUSTAMENTO COM MANIFESTACOES NCOP		3	3
3094	REACCAO DE AJUSTAMENTO COM DISTURBIOS MISTOS DAS EMOCOES E DA CONDUTA	2	9	11
3099	REACCAO DE AJUSTAMENTO SOE	4	4	8
3101	TIPOS DE ALTERACOES COGNITIVAS OU DA PERSONALIDADE NCOP CONSECUTIVOS LESAO ORG C		1	1
3102	SINDROMO POS-CONCUSSAO	1		1
311	TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NCOP	30	49	79
31200	DISTURBIO DE CONDUTA NAO-SOCIALIZADO - TIPO AGRESSIVO SOE	2		2
31222	DISTURBIOS DE CONDUTA SOCIALIZADO, MODERADO	1		1
3124	DISTURBIOS MISTOS DA CONDUTA E DAS EMOCOES		1	1
3129	DISTURBIOS DE COMPORTAMENTO SOE	2		2
317	OLIGOFRENIA LEVE	6		6
3181	OLIGOFRENIA GRAVE	1		1
3310	DOENCA DE ALZHEIMER		1	1
64844	TRANSTORNOS MENTAIS -CONDICAO OU COMPLICACAO POS-PARTO		1	1
9654	INTOXICACAO POR ANALGESICOS AROMATICOS NCOP	1		1
9663	INTOXICACAO POR ANTICONVULSIONANTES NCOP E AS NAO ESPECIFICADAS		1	1
9690	INTOXICACAO POR ANTIDEPRESSIVOS		1	1
96900	INTOXICACAO POR ANTIDEPRESSIVOS, NAO ESPECIFICADOS		1	1
9694	INTOXICACAO POR TRANQUILIZANTES BENZODIAZEPINICOS		2	2
9778	INTOXICACAO POR DROGAS E MEDICAMENTOS NCOP		1	1
9894	EFEITO TOXICO DE PESTICIDAS NCOP	1		1

Total		414	405	819
-------	--	-----	-----	-----

Fonte: Serviço de Gestão de Doentes – Estatística, Centro Hospitalar Leiria Pombal, E.P.E.

## ANEXO D - 1

O planeamento estratégico da RNCCI assenta num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, organizado em três fases, num horizonte de 10 anos. Para cada fase estão planeadas metas em termos da oferta de respostas (baseadas em critérios de cobertura das necessidades existentes na população), e da consolidação do modelo, tal como se apresenta:



## ANEXO D – 2

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de 4 tipos de resposta:

### UNIDADES DE INTERNAMENTO

- Convalescença
- Média Duração e Reabilitação
- Longa Duração e Manutenção
- Cuidados Paliativos

### UNIDADES DE AMBULATÓRIO

- Unidade de dia e de promoção da autonomia

**RNCCI**

### EQUIPA HOSPITALAR

- Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos

### EQUIPAS DOMICILIÁRIAS

- Equipas de cuidados continuados integrados
- Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

### PROBLEMAS

- Envelhecimento demográfico progressivo;
- Prevalência de doenças crónicas incapacitantes;
- Sistema de saúde assente em paradigmas de doença aguda e/ou numa filosofia de prevenção;
- Escassa cobertura de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional;
- Inexistência de uma política integrada de Saúde e de Segurança-social, para responder a ambas as necessidades.

### INTERVENÇÃO

Criar novas respostas de saúde e de apoio social sustentáveis e ajustadas às necessidades dos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários.

### EFEITOS ESPERADOS

- Obtenção de ganhos de saúde;
- Aumento da cobertura da prestação de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional;
- Reforço da articulação entre os serviços de saúde e de apoio social;
- Manutenção das pessoas com dependência no domicílio, sempre que possível;
- Redução da procura de serviços hospitalares de agudos por parte de pessoas em situação de dependência;
- Melhoria das condições de vida e de bem estar das pessoas com dependência.

**ANEXO E**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA**

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.**

Eu, Goreti Gaspar Cordeiro Gonçalves, procuro realizar no âmbito do mestrado em Serviço Social, um trabalho de projecto: **“Projecto de uma Unidade Sócio Ocupacional para pessoas com Doença Mental do Pinhal Litoral II”**, sob orientação do Professor Doutor Jorge Ferreira, docente no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

As entrevistas, que se anexam para seu conhecimento, têm por objectivo obter conhecimento da realidade experienciada por adultos em acompanhamento clínico de âmbito psiquiátrico, e por seus respectivos familiares/cuidadores informais, assim como das necessidades que sentem relativas à Reabilitação Psicossocial.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização das entrevistas, de forma a concretizar este trabalho de pesquisa. As entrevistas terão assegurado o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

-----

**Declaro que entendi as informações que foram transmitidas, que tomei conhecimento do conteúdo da entrevista e concordo com o que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde e pela aluna, que assinam este documento, pelo que aceito participar no presente estudo, respondendo à entrevista.**

Gravação áudio: sim  não

**Assinaturas: O Delegado de Saúde:**

**A Aluna:**

\_\_\_\_\_  
(Dr. Victor Sousa)

\_\_\_\_\_  
(Goreti Gonçalves)

**O próprio:**

**O Familiar/outro:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Entrevista A**

### **I. Actividades Ocupacionais:**

1. O que gosta de fazer no tempo livre?
2. Quais os seus interesses/ gostos?

**Checklist de auxílio:** Jardinagem; Horticultura; Costura; Ouvir rádio; Ver TV/filmes; Escrever; jogar jogos (quais?); fazer desporto (quais?); Expressão Plástica/ fazer trabalhos manuais; Expressão Dramática (teatro); Canto e Ritmo; Dança; Informática; Culinária/Aprender a Cozinhar; tocar algum instrumento musical (qual?); fazer colecções; tirar fotografias; pintura; fazer trabalhos em cerâmica; Visitas Culturais e Recreativas /viajar/passear; conviver com outras pessoas; praticar uma religião; ir às compras; trabalhos domésticos (quais?); ir a festas/concertos; outros...

### **II. Socialização/relacionamentos:**

1. Quem considera serem as pessoas que lhe dão mais apoio, com quem pode falar sobre problemas?
2. Pertence a algum/alguns grupos? De quê? (Grupo desportivo, recreativo, religioso, etc.)

### **III. Conhecimento sobre saúde/doença mental e sobre a sua própria situação:**

1. Que serviços de saúde mental o têm ajudado na sua recuperação?
2. Considera que a ajuda recebida tem sido suficiente? Porquê?
3. O que acha que significa a palavra “recuperação” quando aplicada às doenças psiquiátricas?

### **IV. Inclusão/ Estigmatização?**

1. Sente que por vezes é discriminado/ estigmatizado?
  - 1.1. Ao nível dos seus familiares, vizinhos, amigos...?
  - 1.2. Ao nível do dos serviços de Saúde ou outros serviços?
  - 1.3. Ao nível da comunidade em geral?

### **V. Unidade Sócio Ocupacional**

Na sua opinião o que faz uma Unidade/ Centro Sócio - Ocupacional?

### **VII. Actividades regulares/ diárias**

1. Como descreveria um dia típico para si?
2. Que actividades preenchem regularmente o seu dia -a - dia?
3. Existem momentos em que não faz nada?

Obrigada pela colaboração.

## **Entrevista B**

### **I. Identificação:**

1. Relação de parentesco/outra com o doente?
2. Reside com o doente?
3. Frequência/tempo em que está com o doente?

### **II. Tipo de apoio prestado:**

1. Ao nível das actividades básicas de higiene, tarefas domésticas?
2. Ao nível da gestão de dinheiros?
3. Ao nível do acompanhamento nos cuidados de saúde, tratamentos?
4. Apoio emocional, isto é, ouvir atentamente, mostrar-se compreensivo e disponível nos momentos que revele mais dificuldades?

### **III. Partilha de responsabilidades pela prestação de cuidados/apoio:**

1. Tem vindo a assumir a prestação de cuidados/ apoio sozinho?
2. Com quem partilha essas responsabilidades?

### **IV. Conhecimento sobre a doença/situação do doente:**

1. Quando se manifestou a doença?
2. Quando iniciou o tratamento e como foi a adesão?
3. Acredita na recuperação do doente? Porquê?

### **V. Recuperação**

1. O que julga ser necessário para a sua recuperação?
  - 1.1. Ao nível do suporte informal (familiares, vizinhos, amigos...)?
  - 1.2. Ao nível dos serviços de Saúde ou outros serviços?
  - 1.3. Ao nível do sistema de protecção social?
  - 1.4. Ao nível da comunidade em geral?

### **VI. Unidade Sócio-Ocupacional**

1. Na sua opinião o que é uma Unidade/Centro Sócio-Ocupacional?
2. De que forma poderia ser útil para a recuperação, reabilitação psicossocial e ou profissional do doente? Porquê?

### **VII. Faça um comentário livre**

Obrigada pela colaboração.

## ANEXO F- 1

### Grelha de orientação da entrevista semi-estrutura aos doentes

Tópicos	Perguntas	Informação pretendida
Actividades Ocupacionais	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O que gosta de fazer no tempo livre?</li> <li>2. Quais os seus interesses/ gostos?</li> </ol>	Conhecimento de quais os tempos livres, gostos e interesses dos doentes
Socialização/ Relacionamentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quem considera serem as pessoas que lhe dão mais apoio, com quem pode falar sobre problemas?</li> <li>2. Pertence a algum/alguns grupos? De quê? (Grupo desportivo, recreativo, religioso, etc.)</li> </ol>	<p>Conhecimento de quem identificam como fonte de apoio</p> <p>Perceber a socialização maior ou menor do doente</p>
Recuperação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que serviços de saúde mental o têm ajudado na sua recuperação?</li> <li>2. Considera que a ajuda recebida tem sido suficiente? Porquê?</li> <li>3. O que acha que significa a palavra “recuperação” quando aplicada às doenças psiquiátricas?</li> </ol>	<p>Captar o conhecimento que o doente demonstra sobre saúde/doença mental e sobre a sua própria recuperação</p> <p>Identificar as necessidades sentidas pelos doentes</p>
Inclusão/ Estigmatização	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sente que por vezes é discriminado/estigmatizado?</li> <li>1.1. Ao nível dos seus familiares, vizinhos, amigos...?</li> <li>1.2. Ao nível dos serviços de Saúde ou outros serviços?</li> <li>1.3. Ao nível da comunidade em geral?</li> </ol>	<p>Identificar se o doente é alvo de estigmatização/discriminação</p> <p>Obter exemplos de episódios em que os doentes se sentiram discriminados</p>
Unidade Sócio Ocupacional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na sua opinião o que faz uma Unidade/ Centro Sócio - Ocupacional?</li> </ol>	Conhecimento da opinião dos doentes sobre a USO: se estes demonstram ou não interesse e motivação numa futura adesão
Actividades regulares/ diárias	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como descreveria um dia típico para si?</li> <li>2. Que actividades preenchem regularmente o seu dia -a - dia?</li> <li>3. Existem momentos em que não faz nada?</li> </ol>	Captar se os doentes têm rotina diária e se esta os mantém mais ou menos ocupados e satisfeitos

Fonte: Gonçalves, 2011

## ANEXO F- 2

### Grelha de orientação da entrevista semi-estrutura aos familiares/cuidadores informais

Tópicos	Perguntas	Informação pretendida
Identificação	1. Relação de parentesco/outra com o doente? 2. Reside com o doente? 3. Frequência/tempo em que está com o doente?	Conhecimento do contexto em que o apoio é prestado
Tipo de apoio prestado	1. Ao nível das actividades básicas de higiene, tarefas domésticas? 2. Ao nível da gestão de dinheiros? 3. Ao nível do acompanhamento nos cuidados de saúde, tratamentos? 4. Apoio emocional, isto é, ouvir atentamente, mostrar-se compreensivo e disponível nos momentos que revele mais dificuldades?	Conhecimento dos níveis a que o apoio é mais ou menos prestado
Partilha de responsabilidades pela prestação de cuidados/apoio	1. Tem vindo a assumir a prestação de cuidados/ apoio sozinho? 2. Com quem partilha essas responsabilidades?	Conhecimento da partilha ou não de responsabilidades; captar em que medida sentem desgaste emocional
Conhecimento sobre a doença/situação do doente	1. Quando se manifestou a doença? 2. Quando iniciou o tratamento e como foi a adesão?	Conhecimento se presenciaram a manifestação da doença e qual o seu papel de colaboração para a adesão do doente ao tratamento
Recuperação	1. O que julga ser necessário para a sua recuperação? 1.1. Ao nível do suporte informal (familiares, vizinhos, amigos...)? 1.2. Ao nível dos serviços de Saúde ou outros serviços? 1.3. Ao nível do sistema de protecção social? 1.4. Ao nível da comunidade em geral? 2. Acredita na recuperação do doente? Porquê?	Conhecimento das opiniões e expressão de necessidades relativas à recuperação
Unidade Sócio-Ocupacional	1. Na sua opinião o que é uma Unidade/Centro Sócio-Ocupacional? 2. De que forma poderia ser útil para a recuperação, reabilitação psicossocial e ou profissional do doente? Porquê?	Conhecimento da opinião dos familiares/cuidadores sobre a admissão do doente numa USO
Comentário livre	-----	Informação adicional, eventualmente pertinente

Fonte: Gonçalves, 2011

## ANEXO G- 1

### TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS AOS DOENTES

#### I. Atividades Ocupacionais:

##### 1.O que gosta de fazer no tempo livre?

##### 2. Quais os seus interesses/ gostos?

- (1) *Dantes eu corria, participava nas provas de atletismo e jogava futebol aos Domingos, a malta juntava-se no campo de futebol e jogava, gostava, agora já há muito tempo que me deixei disso...gostava de poder voltar. Hoje vou às vezes passear a Leiria, vou ao Estádio de Leiria, gosto de ir vê-los a jogar... Também gosto de ir para o café, jogo cartas e vejo televisão*
- (2) *Descansar um pouco...também gosto. Leio, tenho uns livros do Círculo de Leitores, tenho as Pupilas do Sr. Reitor, já joguei futebol e costumava ir à piscina quando era rapaz novo; gosto de praia, ainda hoje; gosto de falar com a minha mãe e com os vizinhos; vou ao café e venho, de bicicleta, mas também conduzo carro se for preciso.*
- (3) *Gosto de desporto, já joguei futebol no clube da minha terra, chamavam-me dantes o “Pélé”.Também gosto de ténis e ciclismo...e automobilismo, gostava de ser piloto de fórmula 1. Gosto de praia, mas no ano passado andava muito alcoolizado e não ia, agora este Verão a ver se vou uns dias. Vou para o café, jogo Damas, xadrez, cartas, é um passatempo...Quando vivia na Suíça tinha gosto de fazer comida, muda-se muito ao longo da vida, agora já não consigo, não tenho paciência. Tenho uma máquina fotográfica, está para aí, nem sei onde, mas quando a comprei gostava de tirar fotografias. Convivo pouco, aqui há pouca gente para conviver, ando sempre sozinho.*
- (4) *Não tenho tempos livres, eu tomo a medicação, durmo, faço as refeições, adormeço...e o pouco tempo que consigo estar acordada vejo televisão. Gosto de ler livros, livros de verídicos, só livros verídicos, se não for verídicos não gosto. E gostava de fazer natação, piscina. Não gosto do mar, tenho medo...gosto do Inverno, não gosto do Verão. Gosto de costura, aprendi sozinha, a máquina está é avariada.*
- (5) *Gosto de ver TV, vou à rua, bebo um cafezinho, e leio um pouco o jornal, vou às compras para mim ou para a minha senhoria, se ela me pedir algum favor eu também o faço, não me custa nada. Gosto de ler as revistas ou fazer as palavras cruzadas, mas mal...Ouço pouco, mas também gosto de ouvir rádio. Hoje fui ao médico e ele disse para eu andar a pé, já fui andar a pé com a minha senhoria, damos uma volta pelo Mosteiro.*
- (6) *Gosto de ouvir rádio e televisão, não sou muito de ver filmes, vejo mais as novelas. Gosto de ver as revistas. Gostava de andar numa escola de culinária, mas não há, é muito caro. Gosto de tirar fotografias, mas tiro só por telemóvel, não tenho máquina fotográfica. Gosto de pintura, sim. E gosto muito de passear, de conhecer coisas novas, também gosto de andar a ver as montras. Fui agora à última FIABA<sup>35</sup>, gostei de ir.*

#### II. Socialização/relacionamentos:

##### 1.Quem considera serem as pessoas que lhe dão mais apoio, com quem pode falar sobre problemas?

- (1) *É a minha mãe*
- (2) *Tenho vários amigos. A minha mãe é a mais amiga; dou-me bem com os meus irmãos. Um foi trabalhar para França, vem cá agora em Agosto. O outro vive aqui no lugar, é agricultor e vou às vezes ajudá-lo na horta, não ganho nada com isso mas tenho gosto de trabalhar com ele, é meu irmão.*
- (3) *São as minhas 2 irmãs, não há mais ninguém, sinto-me muito sozinho.*
- (4) *Com a minha filha mais velha, é a única. (tem que idade?) tem 18, vai fazer 19.É a única pessoa que me compreende, com quem eu desabafo, que lhe posso contar tudo, tudo, mesmo tudo, tudo, que ela...ela orienta-me*

---

<sup>35</sup> FIABA – XXI Feira de Artesanato e Gastronomia da Batalha, de 26 a 29 de Maio.11

*muito bem. (onde é que ela está a viver agora? O que faz?) Está em Castelo Branco, vive com o namorado, não trabalha, está de bebé, vai ter o bebé em Julho. (falam com regularidade?) todos os dias.*

- (5) *É a D. Aurora<sup>36</sup>.*
- (6) *É o meu namorado.*

## **2. Pertence a algum/alguns grupos? De quê? (Grupo desportivo, recreativo, religioso, etc.)**

- (1) *Pertenço ao Clube da terra, eu e a minha mãe somos sócios, bebo lá café todos os dias, mas não se passa lá quase nada. Quando fazem a festa e o torneio de futebol ajudo qualquer coisa, por exemplo a carregar grades de bebidas.*
- (2) *Sou sócio do clube da terra, mas fecharam aquilo há muitos anos, agora vou a ao outro café, mas é só um café.*
- (3) *Sou sócio do clube da terra. Às vezes fazem torneios de futebol de 5, mas é para rapazes mais novos, para a minha idade já não fazem nada. Aquilo lá é quase só homens que vão para lá para o café.*
- (4) *Não, não pertenço a nada. Não pratico nenhuma religião, não gosto de religião.*
- (5) *Pratico a religião católica, vou às vezes à missa ao Domingo, mas não pertenço a nenhum grupo religioso ou a qualquer outro grupo diferente.*
- (6) *Não, não pertenço a nada, não pratico.*

## **III. Recuperação:**

### **1. Que serviços de saúde mental o têm ajudado na sua recuperação?**

- (1) *Vêm cá a casa do Centro de Saúde dar-me a injeção, eu deixo, já tomo há muito ano.*
- (2) *Vêm cá a casa do Centro de Saúde, eles têm ajudado. Há mais de 25 anos que não sou internado, tomo a injeção há uns 10 anos e é só o que tomo., estou bem.*
- (3) *Foi a psiquiatria do Hospital de Leiria, o CAT de Leiria, também ao médico de família estou a lá ir muitas vezes, mando fazer análises e exames. Tenho consulta de psiquiatria no Hospital mais ou menos de 8 em 8 meses. Já lá estive 7 vezes hospitalizado, e fui para lá sempre pelas urgências...Desta última vez saí do último internamento no ano passado e fui directo para a instituição ..., estive lá 3 meses, trabalhávamos na quinta, na agricultura e com animais, foi bom para me aguentar a deixar o álcool, depois vim passar o Natal a casa e já não fui mais. Lá só se está o tempo que se quer, não obrigam a gente a lá estar.*
- (4) *Eu ando na psiquiatria, em Leiria, nas consultas externas. Agora mudei de psiquiatra e vou às consultas 2 vezes ao ano. Mas dantes tive uma médica muito boa, era de mês a mês, também gostava muito dela, desabafava muito com ela...agora com este médico não consigo, não dá. Ando também nas consultas de nutrição e obesidade. Já andei antes por duas vezes, em duas diferentes psicólogas e não me dei bem, não deu para falar com elas...*
- (5) *No início foi a Dr.<sup>a</sup> Ana<sup>37</sup>, da Câmara Municipal, quem mais me apoiou e fez as coisas ara eu ser seguida no Hospital. Ando em consultas de psiquiatria e de psicologia. O psicólogo ouve, mas mesmo a minha psiquiatra também me pergunta como é que me sinto, como tenho andado...Precisava de arranjar era um trabalho.*
- (6) *É só na psiquiatria, estive lá internada há um ano atrás, estive lá um mês e uma semana. Agora vou às consultas, mas não gosto da médica, é arrogante para mim...e ainda me disse que se quisesse podia pedir para mudar de médica. Diz-me que nunca mais, nunca mais vou poder deixar de tomar a injeção, mas ela só me dá é sono...não sei...*

---

<sup>36</sup> Nome fictício da sua senhoria, com quem vive.

<sup>37</sup> Nome fictício

## **2. Considera que a ajuda recebida tem sido suficiente? Porquê?**

- (1) Não respondeu...encolheu os ombros e acabou por anuir.
- (2) Sim, porque nunca ninguém me falhou com nada...
- (3) Suficiente nunca é, mas eu digo que é suficiente porque não tenho recaído nem nas drogas nem no álcool, até ver...
- (4) Era preciso que tivesse a minha antiga médica, porque cada médico trabalha de maneira diferente. E ela, além de psiquiatra, parecia também uma psicóloga, não sei, fazia com que as pessoas falassem, estava a todo o tempo, além de ter uma consulta mensalmente. Com este é só duas vezes por ano, ele acaba por nunca me conhecer, é impossível...e é sempre a despachar! Eu conheci-a no Sobral Cid, quando fui internada, depois transferiram-na para aqui para Leiria e eu fiquei à mesma com ela. Este médico tem uma maneira de trabalhar diferente e eu não consigo...é consultas de 5 minutos.
- (5) Tem, porque têm-me ajudado, agora sinto-me melhor com os medicamentos, já brinco, até canto às vezes.
- (6) Não sei responder a essa pergunta, só os médicos é que mandam e é que sabem pelos vistos.

## **3. O que acha que significa a palavra “recuperação” quando aplicada às doenças psiquiátricas?**

- (1) Não sei...quando era pequeno era muito burro...para recuperar...gostava de ficar mais alegre.
- (2) A cura é a pessoa ficar mesmo curado; ficam com total saúde. Eu deixei-me de preocupar com certas coisas, sinto-me saudável, sinto-me mesmo curado ou recuperado, é o mesmo para mim. (confrontado com o acto de não trabalhar, de estar reformado): ...não sei, o médico vê que sou incapacitado, acho-me incapaz, com deficiência vá lá, para adquirir algum trabalho; também tenho a mão direita com um problema, não consigo fazer muita força com ela.
- (3) Acho que pode-se recuperar ficando-se abstinente de todas as substâncias, mas ficam cá as mazelas. Eu tive primeiro problemas psicológicos desde os 9 anos, e aos 28 comecei a consumir drogas pesadas e depois de deixar a droga é que virei para o álcool. Os problemas psicológicos? Era assim: eu pensava comigo que tinha de fazer promessas, se não ia parar ao inferno, andava nervoso, era como se ouvisse vozes a mandar-me fazer promessas, fazia promessas por tudo e por nada...
- (4) É não depender de medicamentos, é conseguir fazer uma vida normal, não sei...controlar os nervos, a ansiedade, para uma pessoa normal, toda a gente tem nervos, toda a gente tem ansiedade, mas no meu caso isso está fora de controle, não consigo controlar isso. No fundo poder fazer uma vida normal, sem estar sempre mole, a dormir ou com aquela sensação de fadiga.
- (5) Acho que a gente nunca está curado, como é que hei-de dizer...a recuperação total nunca temos, podemos ter uma altura boa e recair outra vez, e ter a ajuda do médico para nos ajudar a levantar e de pessoas que nos queiram ajudar. (as pessoas é muito importante não é?) sim, uma pessoa de mais idade, com mais experiência e que saiba ensinar a outra pessoa.
- (6) Não sei responder. Não queria ter de tomar a injeção todos os meses, queria andar bem, sem andar com medicação.

## **IV. Inclusão/ Estigmatização**

### **1. Sente que por vezes é discriminado/ estigmatizado?**

#### **1.1. Ao nível dos seus familiares, vizinhos, amigos...?**

#### **1.2. Ao nível do dos serviços de Saúde ou outros serviços?**

#### **1.3. Ao nível da comunidade em geral?**

- (1) Está tudo bem...as pessoas hoje são boas para mim, têm dó de mim.

- (2) Não sinto que seja posto de parte por ninguém, acho que já não dizem mal de mim, falo bem com todas as pessoas. (sentia-se no passado discriminado?): talvez sim, ou talvez não, acho eu isso era um complexo, vá, uma impressão da minha parte que dantes eu tinha.
- (3) Sim, já fui discriminado. Os polícias eram contra mim, bastava verem-me na rua, para logo me perseguirem e depois faziam-me andar à frente deles, davam-me pontapés nas pernas e chapadas no pescoço, e faziam-me sair do centro da vila, só porque falava alto, sozinho. É verdade que com o álcool às vezes provocava e arranjava problemas, mas nem sempre estava assim mau... Também há uns 3 ou 4 anos, no café, numa noite, estava bêbado, juntaram-se uns 5 ou 6, todos mais novos do que eu, cá da terra, meio bêbados, e bateram-me...fiquei inconsciente, foram-se embora, fui parar ao hospital só no dia seguinte, as minhas irmãs é que me ajudaram. Eu podia ir a tribunal, mas depois ninguém viu, já ninguém sabia e não quis arranjar mais problemas...hoje vejo-os e eles a mim e não falamos, não lhes passo confiança... Agora com a polícia, há uns meses que se eles me encontram na rua não me dizem nada, alguns conhecem-me...mesmo lá no café do Clube dizem-me que beba cerveja sem álcool, que assim é q ando bem, que nem pareço o mesmo...
- (4) Da minha família não sinto discriminação, sofre quase toda disso. É mais...é mais, eh...não conseguem compreender. (por parte de quem então?) amigos, alguns, e o meu companheiro também não me consegue perceber. Não é desprezo, é não saber o porquê estou assim, é não saber o porquê é preciso estares a chorar, ou porque é que estás nervosa, porquê, sempre os porquês, porquês, que eu também não consigo responder. Que é uma sensação que eu sinto e não consigo, também não lhe consigo responder. Se vou à rua, ou à mercearia, só por estar gorda é que fazem discriminação, mas a nível psiquiátrico não.
- (5) Ah...Não, acho que não sou. A família, vá, nunca me dei de jeito, mas os serviços que eu saiba não. Rebaixarem uma pessoa sim, dizerem mal de uma pessoa, quando uma pessoa faz bem ou faz mal, ou a esta ou aquela isso dizem, mordem sempre...nos trabalhos, mordem sempre uns nuns outros, é geral.
- (6) Acho que os outros falam por aí mal de mim, o Luis<sup>38</sup> diz que na terra falam de mim. Uma vez fui com ele ao baptizado do seu sobrinho e eu não me lembro de nada, mas a irmã dele foi-lhe dizer que ele me fosse pôr a casa, que eu não estava ali a fazer nada. (mas porquê, estava a sentir-se mal, como estava?) Não, estava quieta, no meu lugar, não chateava ninguém. E hoje não vou tanto a casa das irmãs dele porque sei que elas no início não queriam que ele me deixasse vir para cá viver. Com a minha família, o meu pai sempre foi muito “coiso” para mim, e o meu irmão esse nem se fala, é uma peste que ali anda, desde que veio dos Estados unidos não fala pra ninguém. Costumo falar ao telefone com a minha irmã, que está no Canadá, gosto dela.

## V. Unidade Sócio Ocupacional

### 1. Na sua opinião o que faz uma Unidade/ Centro Sócio - Ocupacional?

- (1) Há o centro, mas são pessoas de idade, como a minha mãe, ela é que podia ir... (depois de lhe ser clarificado melhor o serviço em causa...) Não sei, não conheço, mas se houvessem actividades que soubesse fazer e gostasse, aceitava ir, pra me fazer bem andar lá...
- (2) Um centro Ocupacional para mim acho que é um centro em que as pessoas divulgam o descanso corporal e passam os dias unidos e vivem mais anos pela vida fora. Podem fazer actividades como por exemplo de artesanato. Eu quando estive internado no Sobral Cid ajudei lá a fazer um quadro, uma pintura grande, e gostei.
- (3) Acho que é uma ideia positiva, serve para as pessoas se valorizarem e para ocuparem o tempo livre e fazerem qualquer coisa de proveitoso.
- (4) No meu caso, porque provavelmente há pior e há melhor, o positivo de um centro desses seria só para arranjar amigas, sinto falta. Eu acho que só quem tem esta doença é que sabe o que é e por muito que tente explicar aos outros o que é, nem a gente sabe porque se está assim, não se sabe...não há porquês, simplesmente não há porquês...é um sentimento!
- (5) Era bom, por exemplo, quem não tem trabalho estava ocupada, e falava com pessoas, com mais pessoas, depois conhecia outras pessoas, e os problemas delas, e a gente contava os nossos. Nós dávamos uns conselhos, eles podiam dar uns conselhos à gente, a gente estamos sempre a aprender, nunca sabemos tudo.

<sup>38</sup> Nome fictício do seu companheiro.

- (6) Não sei responder. Se fosse pra nos ajudar concordo sim.

## VII. Atividades regulares/ diárias

### 1. Como descreveria um dia típico para si?

### 2. Que actividades preenchem regularmente o seu dia -a - dia?

### 3. Existem momentos em que não faz nada?

- (1) Costumo acordar todos os dias à hora de almoço (às vezes acordo mais cedo, quando tenho de ir ao posto médico); tomo banho 2 a 3 vezes por semana; almoço, vem o almoço do centro..., depois vou para o café, bebo por lá um café e volto para casa para dormir a sesta. Quando acordo lancho...é um lanche ajantarado, depois volto para o café, entretenho-me por ali, jogo cartas, vejo TV, não se faz mais nada...tenho regressado por volta das 11h. Faço ou uns ovos ou frito carne, como e vou dormir.
- (2) Os deveres da casa faço sempre, ajudo na...como se diz, na manutenção da casa. Fizeram obras cá em casa, com a ajuda da câmara, puseram um chão novo nos quartos e na casa de banho, e andei a ajudar também. Somos pessoas estimadas, que estimamos o que temos...assim, para se saber prever o futuro, tem de se prever. Saio à rua, vou às compras, vou ao café, onde for preciso. Costumo dormir a sesta, gosto de dormir às vezes.
- (3) O meu dia-a-dia há um mês que é mais calmo, Há uns 2, 3 meses atrás tive uma fase que saia todas as noites para as boates, já não bebia álcool, mas deitava-me tarde e levantava-me tarde. Agora 9.30, 10 levanto-me e vou beber café, há uns dias que tenho bebido um café e um sumo de fruta, para não ser só um café no estômago, é este o meu pequeno-almoço. Costumava não almoçar, agora um dia ou outro vou lá baixo à vila de almoço 2 bifanas. As minhas irmãs é que me oferecem comida, mas nem sempre lá vou comer, vou mais ao jantar... Deito-me para aí na cama às vezes à tarde, às vezes nem durmo, estou para ali...Mas agora que estou bem saio, vou à vila, ponho gasolina no carro, compro tabaco, estou por ali...também vou muitas vezes passear à Nazaré, (uma praia), é mesmo só ara ir lá vejo o mar, bebo um café, e volto para casa... precisava de arranjar uma ocupação, já pensei ir aos Bombeiros, ou ir inscrever-me naqueles cursos para se tirar o 9º ano, ou fazer qualquer coisa, não sei é por onde escolher...
- (4) Acordo por volta do meio-dia, depois almoço. (faz o almoço?) Não, é mais o meu companheiro que faz.Só quando estou sozinha é que faço eu. Depois vejo a novela. E depois nada, é sempre ou adormeço, ou vejo televisão, ou deito-me no sofá...tenho sempre a medicação para tomar e então...não costumo lanchar. Eu só tomo 2 refeições por dia, normalmente. (e o jantar?) é sempre ele, desde que cá esteja, é que toma conta das refeições. Cuido de mim, da minha higiene, mas dá-me muito a preguiça. Da roupa eu só ponho a máquina a lava. (e passar a ferro?) está lá uma montanha no quarto, passo a ferro só quando preciso de vestir a roupa. (e saídas, costuma sair?) é mais quando tenho coisas obrigatórias, pagamentos ou ir aos médicos, ou fazer análises, ou exames...raramente vamos a um café. Quando a minha cá esteve connosco uns dias, ia com ela e o namorado, a pé, ao café. O meu companheiro tem amigos, mas não são da minha idade e então farto-me de estar com eles. Temos um gato, adoro-o, e também sou eu que cuido das plantas.
- (5) Acordo de manhã, aí por voltas das 7.30h, oito menos um quarto, tomo o pequeno-almoço. Vou estender a roupa se a máquina já lavou, e vou beber um cafezinho. Depois venho para casa. Às vezes vou despejar o lixo no contentor...mas às vezes chego com os bofes cheios na boca. (como?!).Depois de subir as escadas fico cansada, mas isso é do peso...(risos).Depois fico mais por casa, ou a ver televisão ou assim...às vezes passo um bocadinho de roupa a ferro, também ajudo para a D. Aurora a fazer o almoço. Dantes deixava-me dormir a sesta, mas desabituei-me e com o trabalho não podia. À bocado estava a beber um café com uma amiga (a empregada de um restaurante vizinho), estava-me a dar o sono e com o café despertinei. À noite fico mais por casa, a ver televisão e é só.
- (6) Levanto-me de manhã, que não me deixam dormir, mas só tenho vontade de dormir. Ajudo a fazer o almoço, ajudo na arrumação e limpeza da casa, e temos ido os dois todos os dias de tarde aos tratamentos da fisioterapia, mas já vão acabar prá semana que vem. Estive à experiência a semana passada, no Centro de dia dos idosos, sim, mas não tenho dinheiro para pagar a mensalidade (no Hospital falaram-me para eu ir mas não me disseram que ia ter de pagar) e não tenho dinheiro, a mensalidade é 98€. (mas fica com a sua restante reforma, não lhe chega?) Não porque estou a pagar um empréstimo ao bando de 75€ todos os meses e a minha reforma é só 207€ (pois ficam-lhe a sobrar 34€ apenas, mas o empréstimo foi porquê?) É que há uns anos atrás troquei uma mota acelera

*por um papa reformas e ainda pedi 600 contos de reis ao banco para pagar o resto do papa reformas. Este avariou-se de vez pouco tempo depois, o motor parou, e não tinha papeis, não pude fazer nada... Mas também lá no Centro de Dia é mais só os idosos e ficam às tardes inteiras sentados, ainda fiz ginástica 2 dias, e puseram-me a fazer umas flores de papel, mas fiquei farta...*

## ANEXO G- 2

### TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS AOS FAMILIARES/ CUIDADORES INFORMAIS

#### I. Identificação:

##### 1. Relação de parentesco/outra com o doente?

##### 2. Reside com o doente?

##### 3. Frequência/tempo em que está com o doente?

- (1) *Sou a sua mãe, tenho 72 anos, sou viúva. Resido sozinha com este meu filho. Sou reformada e ando sempre por perto dele...*
- (2) *Sou mãe, nasci em 1928 (83 anos), não sei ler nem escrever, sou viúva e reformada e vivo com o meu filho, ele também é reformado e estamos juntos boa parte dos dias.*
- (3) *Sou irmã, mais nova, resido próximo, sou casada, tenho a minha família, mas quase todos os dias estou com o meu irmão um bocadinho nem que seja. E se ele precisa de alguma coisa ou telefona ou vem cá, já sabe.*
- (4) *Sou seu companheiro, tenho 56 anos, estamos a viver juntos neste apartamento que arrendei. Trabalhava em part-time nas bombas de combustível, mas também fiquei reformado e agora estou mais livre para estar com ela durante o dia. Quando não sou chamado para ir fazer algum serviço, biscate, fico com ela. Todos os dias estou com ela, ou ela está na casa e eu estou na garagem, ou quando ela está a dormir, está a dormir... ( e não a acorda?) oh, não, não, deixo-a dormir. Mas quando vejo que é muita hora e é muito tarde, e tenho o comer feito, vou lá e acordo-a. '*
- (5) *Não sou familiar, sou a sua senhoria, conheço-a desde que veio para cá viver, vive comigo. O meu ex-marido também aí vive na casa, e agora também um filho meu que se divorciou, mas ela está mais é só comigo.*
- (6) *Sou seu companheiro, namorado. Desde que a minha mãe faleceu fiquei a viver aqui sozinho e depois ela veio viver comigo. Eu também tenho problemas de saúde, felizmente não da psiquiatria, mas tenho problemas de rins e até pedi também a reforma há pouco tempo.*

#### II. Tipo de apoio prestado:

##### 1. Ao nível das actividades básicas de higiene, tarefas domésticas?

##### 2. Ao nível da gestão de dinheiros?

##### 3. Ao nível do acompanhamento nos cuidados de saúde, tratamentos?

##### 4. Apoio emocional, isto é, ouvir atentamente, mostrar-se compreensivo e disponível nos momentos que revele mais dificuldades?

- (1) *É um castigo para fazer a barba, e ele nunca lava aquela boca já há uns 2 anos, e depois fuma e bebe... Não faz nada cá em casa, à noite faz às vezes ovos ou carne frita, quando chega do café, antes de ir dormir, de resto não cozinha, não limpa o quarto, tenho de ser eu. Dos medicamentos, só precisa da injeção, ele tem ido, e mesmo se não o lembra, lembra-se ele, sim isso lembra-se. Dos dinheiros ele aceita que seja eu, tem de ajudar a pagar o apoio ao domicílio, eu dou-lhe todos os dias uns trocos, 4€, para o tabaco, para o café, tem de ser. Às vezes dou-lhe uns 30€ para ir cortar o cabelo lá baixo à vila, ele vai com uma vizinha muito boa que nós aqui temos, ela dá-lhe boleia e ele vai. Só se lava uma vez por semana, aos Domingos, gosta de ir almoçar a um restaurante ali mais abaixo, gosta de chanfana. Também gosta da minha comida, ele come bem, mas eu prefiro que ele coma do eu beba e fume. (vai sozinho? A sr.ª não vai com ele?) Não, eu não ligo, quando cá vem a Portugal outro meu filho e a nora já me levaram ao restaurante e fui com eles. De resto ele é calado, fala pouco, pode ver seja o que for que não me conta nada, não desabafa comigo.*
- (2) *Ele trata dele sozinho, eu é que já me custa às vezes. Temos a ajuda do apoio ao domicílio, trazem as refeições e tratam das roupas. Ele é que paga as contas da água, da luz, do gás, vai comprar o que for preciso. Dos tratamentos só tem as consultas e toma a injeção por mês, vêm cá a casa dar-lha. Ele às vezes é que ajuda a mim a lembrar-me dos meus medicamentos e a ler o que é preciso. Fala comigo o que for preciso.*
- (3) *Eu e a minha irmã é que tratamos da limpeza da casa, das refeições, da roupa dele. Ele é que gere o seu dinheiro da reforma. Teve aqui há tempos uma fase que fartou-se de gastar dinheiro, andava a frequentar as boates, o dinheiro foi-se todo. Ele "bate com a cabeça" e tem de aprender. Ele já teve medicação muito forte e eu via que ele também assim não andava bem. Nos casos em que estava pior e tinha de ser internado eu ia e falava*

*com o seu médico. A medicação agora é ele sozinho que a vai tomando e toma a injeção mensal. Às vezes ele até se chateia de eu estar-lhe sempre afazer-lhe as mesmas recomendações...também há aquelas alturas em que se pensa “deixa estar que hás-de abrir os olhos”, mas depois ele é meu irmão e o sentimento fala mais alto e se eu o vir mal e quando precisa sou a primeira a chegar.*

- (4) *A higiene pessoal faz ela, da casa faço eu. Se vier cá alguém, visitar ou coisa assim, ela dá-me uma ajuda. Às vezes ela quer fazer comer, apetece-lhe alguma coisa diferente e ela faz. Arruma o seu quarto dela, a gente não dorme juntos. A roupa depois de lavada fica para ali, e quando preciso passo-a eu, a minha roupa. Uma vez ou outra peço-lhe que me passe uma ou outra peça e ela passa. Se eu vou a pedir vejo mesmo que ela não pode, mas vejo que se vem alguém cá a casa ela acaba por ajudar, até mesmo a limpar o pó dos móveis. Cada um de nós gere os seus dinheiros. Ela é que paga a sua medicação e as suas compras. Quando é preciso já tenho ido buscar a medicação eu, acompanho-a às consultas, não entro, mas levo-a lá. Às vezes esquece-se de tomar os medicamentos, é mais os do almoço, e eu lembro-a. Quem é que a apoia? Sou eu, eu não quero o mal dela, ela sabe bem. às vezes pergunto porque é que está nervosa, por exemplo, quando fala com a filha mais nova, ela às vezes trata-a mal ao telefone e depois fica todo o dia nervosa, eu pergunto-lhe porquê e ela não diz, mas eu sei que foi por causa da filha dela...*
- (5) *Ela sabe muito bem fazer a sua higiene e se vejo que alguma coisa não está muito bem, digo-lhe. As tarefas domésticas, sim...ela faz, pronto ela ajuda. Sobre os dinheiros é ela que toma conta de tudo. Teve ali uma fase há uns meses atrás que não foi muito boa...e eu dei-lhe os meus conselhos, mas ela não os aceitou logo. Foi um dinheiro que ela dava a um namorado que tinha e ele só a enganou, nunca mais o viu. Sim, eu ouço-a e ela a mim, eu digo coisas, ela diz coisas, rimos-se, se eu calho trazer uma revista ela lê, se trás ela leio eu também.*
- (6) *É preciso dar-lhe apoio sim, a higiene ela faz. Na casa ela ajuda, é tudo os dois, não tenho nenhuma empregada, não precisamos. Dos dinheiros, ela se quiser ajudar alguma coisa ajuda, se não quiser não ajuda. Os medicamentos eu tenho de comprar e dar-lhos, se não ela não os toma. Eu mostro-me compreensivo, procuro ouvi-la, mas ela fala muito pouco ultimamente, não sei se é da medicação...*

### **III. Partilha de responsabilidades pela prestação de cuidados/apoio:**

#### **1. Tem vindo a assumir a prestação de cuidados/ apoio sozinho?**

#### **2. Com quem partilha essas responsabilidades?**

- (1) *Sim, há uns 4 anos que estou só por aqui. Tenho os outros filhos a viver no estrangeiro, na Alemanha, dantes chegava a ir ter com eles lá por não aguentar este meu filho, quando ela andava pior. Temos então o apoio ao domicílio, mas é só para trazerem as refeições para o meu filho, eu para mim ainda não preciso.*
- (2) *Tenho um filho e uma nora que ajudam. A minha nora é muito boa, ela vem cá a casa, eu digo que não é preciso, mas ela limpa-me a casa à mesma. O meu filho às vezes pede ao irmão que o vá ajudar na fazenda, ele vai e gosta.*
- (3) *Sou eu e a minha irmã, que também vive aqui perto.*
- (4) *Tem sido eu sozinho. Damo-nos bem com a filha mais velha dela e com o namorado ela. Mas no dia a dia sou mais eu sozinho que estou com ela.*
- (5) *É sou eu sozinha.*
- (6) *Tenho sido mais eu sozinho a apoiá-la.*

### **IV. Conhecimento sobre a doença/situação do doente:**

#### **1. Quando se manifestou a doença?**

- (1) *Foi quando ele se quis matar, atirou-se de uns andaimes abaixo, nas obras em que andava a trabalhar, ele era pedreiro dantes, e um bom pedreiro. Ninguém sabia que ele era assim, doente.*
- (2) *Quando tinha 30 anos começou a “variar”, as pessoas chamavam-lhe o “troca burros”, também me chamam a mim, porque o meu pai que Deus tem dantes comprava e vendia animais.*
- (3) *Só me apercebi que tinha problemas psíquicos quando começou a beber e só fazia disparates, dizia asneiras, falava alto e sozinho pelas ruas...Talvez por eu ser irmã mais nova, nunca me apercebi que os problemas já vinham de trás...e depois como ele foi vários anos emigrante na Suíça eu não vi, mas foi lá que a doença se manifestou.*

- (4) *Conhecia-a, ela parece que já tinha a doença, mas ela nunca me disse que a tinha. Eu só me apercebi mesmo quando ela teve de ser internada. Antes podia ter a doença, mas ainda não era, como é que hei-de dizer, não era muito forte...era passageira. Foi quando foi internada, por causa dos cortes nos braços que ela. Eu cheguei a casa do trabalho e ela estava cheia de cortes, chamei os bombeiros, não queria ir para o hospital, dei-lhe tamanha “bolachada”, até me arrependi, mas foi remédio santo, e desde aí nunca mais se cortou, até hoje. Estava lá um bombeiro e nunca mais me esqueci, e o bombeiro vai assim pra mim: abençoado!*
- (5) *Quando aceitei que viesse para cá viver ainda não sabia. Só depois de muito tempo é que eu soube, que ela tinha os problemas que tem...ela depois foi-me contando, foi-se abrindo sobre os seus problemas da sua vida...*
- (6) *Ó pá, dizem-me que já foi há muito tempo, eu não sabia de nada. Só soube disso quando ela esteve em Coimbra internada há uns 30 e tal anos, e passou...só agora é que foi novamente descoberto, há coisa de 2 anos. Desde que o irmão veio da América é que tem sido pior. Quando ela estava na América não aconteceu nada, ele veio e agravou-se tudo.*

## **2.Quando iniciou o tratamento e como foi a adesão?**

- (1) *Andou internado, por lá, dantes não queria tomar os medicamentos, andava sempre à “cachaporra” com uns e com outros, mas depois foi aceitando. Ao princípio havia problemas com os comprimidos, não se sentia bem com eles, mas depois passou à injeção e gora tem sido só a injeção por mês, aceita bem.*
- (2) *(não desenvolveu esta resposta)*
- (3) *Ele teve já vários tratamentos, chegou a estar várias vezes internado no Hospital, na psiquiatria, e em centros...nunca estive de facto tanto tempo benzinho como agora, há quase meio ano que se anda a conseguir aguentar sem drogas e sem beber, e tem andado calmo.*
- (4) *Depois do último internamento tem aceitado bem a medicação.*
- (5) *Isso não sei, ainda não estava com ela. Mas desde que estou ela cumpre com a ida às consultas e toma a medicação certinha.*
- (6) *Ela não aderiu muito bem, ela não, não queria aceitar. É por isso que a médica fala assim para ela, é um bocadinho “coisa” porque ela não quer e ela ralha com a médica, para lhe tirar a medicação. A médica não pode, e ela disse-lhe que a vai pôr em tribunal, parece-me a mim.*

## **V. Recuperação**

### **1. O que julga ser necessário para a sua recuperação?**

#### **1.1.Ao nível do suporte informal (familiares, vizinhos, amigos...)?**

#### **1.2.Ao nível dos serviços de Saúde ou outros serviços?**

#### **1.3. Ao nível do sistema de protecção social?**

#### **1.4. Ao nível da comunidade em geral?**

- (1) *Os irmãos costumam telefonar do estrangeiro, perguntam-me por ele, mas não, não falam com ele, ele também está quase sempre o café. Tem é um outro aqui da terra, que também sofre destas doenças, encontram-se no café, são muito amigos. Deve ir às consultas, fazer as ordens dos médicos, também do Dr. Delegado de Saúde para recuperar e não andar para trás.*
- (2) *(não desenvolveu esta resposta)*
- (3) *Acho que não se pode fazer mais. Quando é de uma criança que se fala podemos obrigar, mas ele é adulto, faz da sua vida o que quiser. Não é por falta de ajudas...*
- (4) *Não sei...os amigos são mais as pessoas com quem eu faço trabalhos, mais nada. Um ou dois por aqui. As família dela é em Castelo Branco, a minha é só em Coimbra...às vezes nas consultas, uma pessoa pede para ser atendida e é atendida “às três pancadas”, não é bem atendida. Há pessoas que estão lá dentro uma meia hora, à outras que em menos de um quarto de hora e já está a consulta feita, é tipo, tome isto e vá-se embora. Dantes quando era a psiquiatra antiga dela eu entrava, ela gostava que eu entrasse, agora não...*
- (5) *Eu penso que aqui nós estamos muito atrasados ainda. Não há uma coisa que puxe pessoas assim de idade como eu, e sente-se que há uma falta de convívio, uma associação. Ouvimos na Televisão, e os presidentes da*

*câmara, que este tem sido bom para mim, graças a Deus...mas podiam fazer assim, uma hora ou duas horas de piscina, por exemplo.*

- (6) *Devia de ser internada, pelo menos que fosse uma semana ou duas internada. Ela devia ter mais apoio, mais apoio da família e não tem, devia ter do pai e do irmão e não tem. Tem apoio da irmã, ela todos os meses telefona, está meia hora ao telefone com ela, a dar-lhe força, a puxar e ela quando a tá a telefonar ela parece outra. Fica feliz, quando está com aquela coisa, fica toda feliz, mas depois passa-lhe. Ela tem pessoas amigas, mas são de longe. Ela tem uma amiga que é da Batalha, quando a encontra está um bocado com ela, a puxar por ela, mas é raro, é raro, sabe. Tinha amigas, tinha amigas na Batalha, vêm-na assim e não lhe dão confiança nenhuma. Vêm-na assim e olham para ela de lado, é que é mau. (amigas de que contexto, de quando?) Eram amigas de quando ela trabalhava no mosteiro, na escola da pedra. Agora vêm-na assim, e foi agora na FIABA, ela sentou-se no banco ao pé delas e elas não lhe deram confiança nenhuma. Viram bem que era ela, até começaram a abanar a cabeça e a apontar para ela. Em vez de falarem com ela, que isso ajudava, não. Ela diz que não fica sentida, mas fica, faz-se de forte, mas fica, eu sei bem.*

## **2.Acredita na recuperação do doente? Porquê?**

- (1) *Acredito, mas não sei porquê.*
- (2) *Eu quando vi que ele era assim comecei a tratar o meu filho com mais calma, é preciso muita paciência.*
- (3) *Eu tento acreditar que sim, mas tenho sempre um certo receio, que é normal acho eu.*
- (4) *Pode vir a melhorar, pode, mas a recuperação total não, já a médica disse isso. O comportamento da Sílvia é derivado à sua doença e se ela melhorar o comportamento pior desaparece, eu acho que vai desaparecer. Uma vez a psiquiatra falou comigo, disse para ter calma, para não a enervar, que assim talvez ela recupere mais, ensinou-me assim. Se ela recuperar mais depois já tem “genica”, já pode sair, ir até ali, aquolá, fazer isto e aquilo. Ela toma 16 comprimidos por dia, temos de compreender que lhe dê a moleza, é pena.*
- (5) *Se ela quiser, ela pode, mas ela tem que fazer mais sacrifício do que ela não faz. Tem que andar muito a pé, é verdade, está muito forte.*
- (6) *Eu já acreditei na recuperação dela, mas agora não estou, estou a ver que não, que não hipótese. Pode ser que venha a melhorar, pode ser...porque ela no hospital mesmo assim estava muito diferente do que está agora, no hospital estava mais alegre, e agora não. Eu digo que ela devia ser internada.*

## **VI. Unidade Sócio-Ocupacional**

### **1.Na sua opinião o que é uma Unidade/Centro Sócio-Ocupacional?**

### **2.De que forma poderia ser útil para a recuperação, reabilitação psicossocial e ou profissional do doente? Porquê?**

- (1) *Acho bem, na televisão já vi, essas casas existem para fazer bem aos doentes, era bom sim que ele fosse para uma casa dessas, tinham piscina, apanhavam as ervas do jardim, davam passeios, era bom sim...*
- (2) *(não desenvolveu esta resposta)*
- (3) *Era importante, pois haveria uma equipa de profissionais a dar uma melhor ajuda naturalmente, era preciso que houvesse poder político e financiamento, até porque ia dar emprego a mais gente. Tenho por exemplo uma filha que se licenciou em Serviço Social e está há 3 anos a trabalhar numa outra área, não conseguiu arranjar trabalho na sua área. Mas que um centro desses era útil, sim, parece-me que sim.*
- (4) *Era para passar o tempo, para se distrair, umas horas pelo menos, era bom. Enquanto lá ia pensava noutras coisas, não pensava só na doença, fazia-lhe bem, nem que fosse uma, duas horas, fazia uma coisa qualquer. Ela até gostava de tirar um curso, queria de computadores. Podia ser que esses centros tivessem esses cursos.*
- (5) *Ela ainda é nova, tem 38 anos, mas por exemplo, para mim eu acho que ela vai ter dificuldade em arranjar um trabalho, ela não leve a mal o que vou dizer, mas pela estrutura que ela tem, eu acho que sim, que vai ser difícil. Porque uma pessoa por exemplo está a trabalhar e temos de nos mexer muito e ela tem dificuldade, mas pronto, para estas pessoas devia de haver um recurso, um centro desses talvez que a ajudasse, não era só mandarem-na procurar trabalho.*
- (6) *Sim havia de ser criado um centro para ajudar as pessoas. E cada vez há mais pessoas assim, com esses problemas. Parece-me uma boa ideia, a ver se ela começava a recuperar mais alguma coisa, pra ela e para muitos assim. Eu tive um primo que teve destes problemas e ele teve-me a dizer, “ó pá, passeia com ela”, mas eu*

*não posso andar muito a pé, fico à rasca da coluna. Ela fala pouco, é um castigo para ela falar. Desde que a minha mãe morreu, ela tem “caído” mais, a minha mãe morreu já faz uns 8 meses e ela tem caído, caído uma coisa doida.*

#### **VII. Faça um comentário livre**

- (1) *Eu não posso obrigar o meu filho, eu gostava que se houvesse uma casa dessas ele fosse experimentar, mas tem de ser da vontade dele.*
- (2) *(não lhe foi proposto)*
- (3) *(não lhe foi proposto)*
- (4) *Comentou a doente por ele: penso que a psiquiatria é das doenças mais difíceis de compreender, porque se gente tem uma doença trata-se, se a gente tem uma infecção trata-se, uma ferida, qualquer coisa, agora a psiquiatria há muitos porquês para nenhuma resposta. É uma doença invisível, a gente sente-a, não tem resposta e para quem não a sente é muitos porquês! Só quem está com ela é que sabe, não dá como explicar às outras pessoas e é normal que as outras pessoas também não saibam compreender.*
- (5) *Não sei, pronto, eu estou sozinha, tenho 67 anos e problemas também da minha saúde, estou mais ela, nós aqui não temos ninguém, nem mais ajudas, mas precisávamos.*
- (6) *Acho que não é preciso, está tudo dito.*

## ANEXO H - Cronograma do Plano de Acção do Projecto

Actividades	Acções	Meses																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Elaboração e execução dos PII	Reuniões técnicas e reuniões com os destinatários																								
Acompanhamento clínico	Supervisão na (auto) gestão de medicação Articulação com Serviços de Psiquiatria																								
Acompanhamento psicológico individual	Consultas de psicologia/psicoterapia																								
Acompanhamento social	Consultas/atendimentos de Serviço Social																								
Apoio e monitorização nas actividades de vida diária	Sessões de Desenvolvimento Pessoal e Social e Treino de Competências																								
Promoção da autonomia e apoio Sócio-Ocupacional	Actividades Ocupacionais Lúdico-Recreativas e Actividades Produtivas																								
Apoio a Grupos de Auto-Ajuda	Criação de um Grupo de Auto-Ajuda dos utentes e outro dos familiares/cuidadores informais																								
Sensibilização e treino de familiares e outros cuidadores	Reuniões quinzenais Atendimentos sociais																								
Avaliação e desenvolvimento das habitações escolares e das competências profissionais	Apoio e encaminhamento para serviços de formação e de integração profissional																								
	Actividades Ocupacionais Produtivas																								
Acções de Sensibilização à problemática da Doença Mental e aos direitos das pessoas com Doença Mental	- Desenvolvimento e actualização constante do site informativo da <i>Amicitia</i> na Internet																								
	Realização de um Encontro Temático Anual																								
Participação da Amicitia em eventos sociais da Comunidade	Representação e divulgação da USO em Feiras, Exposições, Palestras, Encontros temáticos, outros eventos																								

**Legenda:** Actividades/acções com periodicidade diária e regular.

Actividades/acções a realizar aquando da admissão dos utentes e com a periodicidade irregular, condicionada pelas especificidades de cada caso.

Actividades/acções a realizar com periodicidade mínima mensal, mas sujeitas a periodicidade irregular, condicionada pelas especificidades de cada caso.

Actividades/acções de preparação da constituição dos Grupos de Ajuda Mútua e do Encontro Temático Anual.

Grupos de Ajuda Mútua: a reunir no mínimo uma vez por mês, ainda que cada grupo possa vir a definir a sua própria forma de funcionamento e periodicidade nas reuniões.

## ANEXO I- 1

### CrITÉrios do Modelo de AvaliaÇão da Qualidade das Respostas Sociais

CRITÉRIOS MEIOS	CRITÉRIOS RESULTADOS
<p>CrITÉrios que se reportam à forma como as actividades da resposta social são desenvolvidas, ou seja, o que se faz e como se faz</p>	<p>Avaliam o produto final das acções empreendidas, ou seja, o que se conseguiu alcançar como consequência da gestão que é feita dos Meios</p>
<p>1. Liderança, Planeamento e Estratégia Como a gestão desenvolve e prossegue a missão, a visão e os valores da organização e como a organização formula, implementa e revê a sua estratégia e a converte em planos e acções</p>	<p>5. Resultados Clientes O que a organização está a alcançar relativamente à satisfação dos seus clientes externos</p>
<p>2. Pessoas Como a organização gere, desenvolve e liberta o potencial dos seus colaboradores</p>	<p>6. Resultados Pessoas O que a organização está a alcançar relativamente à satisfação dos seus colaboradores</p>
<p>3. Parcerias e Recursos Como a organização planeia e gere as suas parcerias externas e os seus recursos internos de uma forma eficaz e eficiente</p>	<p>7. Resultados Sociedade O que a organização está a alcançar relativamente à satisfação das necessidades e expectativas da comunidade em que se insere</p>
<p>4. Processos Como a organização concebe, gere e melhora os seus processos de modo a gerar valor para os seus clientes</p>	<p>8. Resultados Chave do Desempenho O que a organização está a alcançar relativamente ao desempenho planeado</p>

Quadro retirado de “modelo de avaliação da qualidade de centro de actividades ocupacionais”, ed. ISS, IP

No âmbito do Subsistema da Acção Social gerido pelo ISS, I.P – Instituto da Segurança Social, as actividades de apoio social podem ser desenvolvidas por Estabelecimentos Integrados, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e outras entidades Públicas ou Privadas. Estas entidades constituem nos dias de hoje, o principal agente dinamizador e promotor de equipamentos e respostas sociais. Garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade, adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas, é um desafio que implicará o envolvimento e empenho de todas as partes interessadas.

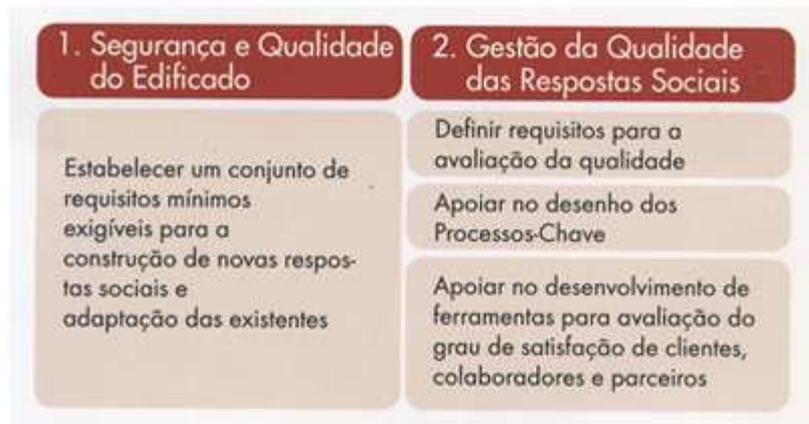
Neste âmbito, em 7 de Março de 2003, foi criado, pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, a União das Misericórdias Portuguesas e a União das Mutualidades Portuguesas, o “Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais”.

Neste contexto e com o objectivo de constituir um referencial normativo que permita avaliar a qualidade dos serviços prestados e consequentemente diferenciar positivamente as Respostas Sociais, o ISS, I.P. através do Departamento de Protecção Social de Cidadania, da então Área de Cooperação e Rede Social, Área de Investigação e Conhecimento e do Gabinete da Qualidade, concebeu Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais - Creche, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Lar Residencial, Centro de Actividades Ocupacionais, Lar de Infância e Juventude e Centro de Acolhimento Temporário.

Este trabalho permitiu uma reflexão importante sobre a organização e funcionamento das Respostas Sociais, objecto deste tipo de intervenção e sobre as medidas necessárias a implementar para a organização do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), bem como sobre os resultados a obter relativamente aos vários intervenientes na Resposta Social - clientes, colaboradores, parceiros e sociedade e ainda sobre o desempenho chave.

## ANEXO I- 2

### Objectivos do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais



### Produtos do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais concebidos para cada uma destas



Figura da página do site da Segurança Social que permite aceder ao download dos respectivos manuais



Retirado de <http://www.seg-social.pt/> - Acção Social /Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais, actualizado em 3/2011.