

GUIÃO DE INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO **RECOVERY** PARA A PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Modelo **InterComuniCaRe**

Cofinanciado por:



Ermelinda Macedo
Analisa Candeias
Filomena Gomes
Ana Duarte
Bárbara Pires
Carla Azevedo
Sílvia Peixoto
Catarina Iglésias
Irene Silva
Antónia Garcia
(Coords.)

GUIÃO DE INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO **RECOVERY** PARA A PESSOA COM DOENÇA MENTAL



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem



Irmãs Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS



Guião de Intervenção na Promoção do *Recovery* para a Pessoa com Doença Mental

Autores

Ermelinda Macedo

Analisa Candeias

Filomena Gomes

Ana Duarte

Bárbara Pires

Carla Azevedo

Sílvia Peixoto

Catarina Iglésias

Irene Silva

Antónia Garcia

Março 2019

Este Guião foi desenvolvido no âmbito do projeto (NORTE-01-0145-FEDER-023855), cofinanciado pelo Programa Operacional Regional do Norte (NORTE 2020), através do Portugal 2020 e do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER).

Braga, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

ISBN – 978-989-98852-2-6

AGRADECIMENTOS

Às pessoas com doença mental que participaram no Projeto InterComuniCaRe.

Às investigadoras do Projeto.

Às instituições envolvidas: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e Casa de Saúde do Bom Jesus – Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado

Coração de Jesus.

Às entidades financiadoras.

Ana Paula Macedo

Presidente da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Janeiro de 2019

Tenho grande prazer em apresentar esta publicação que reflete as sinergias de há muitos anos de um grupo de profissionais de instituições articuladas, quer de saúde, como é o Casa de Saúde do Bom Jesus - Instituto da Irmãs Hospitaleiras Sagrado Coração de Jesus, quer de ensino, como é a Escola Superior de Enfermagem, da Universidade do Minho, para colocar, na educação e formação de estudantes e profissionais, a saúde mental no centro da agenda de saúde global.

Esta obra representa um dos possíveis contributos no processo de construção de um movimento que privilegia a saúde mental e que permite fazer a diferença, para um número considerável de pessoas que esperam da sociedade, dos profissionais de saúde, e dos decisores políticos a dedicação e a mesma atenção aos problemas mentais, quanto às doenças físicas.

A saúde mental não é apenas essencial para o bem-estar individual, mas também para melhorar o desenvolvimento humano, o crescimento económico e a redução da pobreza. Esta afirmação tem sido ecoada “Não há desenvolvimento sem saúde e nem saúde sem saúde mental”.

A maioria dos países ao longo do século passado tem apresentado melhorias sem precedentes nas taxas de mortalidade e na saúde física, em contraste com a componente de saúde mental que em muitos lugares não melhorou. Segundo dados da OMS (2018), até 450 milhões de pessoas em todo o mundo são estimadas a sofrer em qualquer momento de algum tipo de doença mental ou desordem cerebral, incluindo transtornos comportamentais e abuso de substâncias.

Os cuidados de saúde mental até agora não receberam o nível de visibilidade, o compromisso e os recursos que deveriam estar garantidos pela sua magnitude, apenas uma percentagem pequena dos orçamentos nacionais de saúde, na maioria dos países, é destinada à saúde mental. Mais de 40% dos países não têm política de saúde e mais de 30% não têm um programa de saúde mental. Uma consequência deste facto é a atenção inadequada e a lacuna no tratamento.

Mesmo os países que têm uma política de saúde mental permanentemente negligenciam faixas de populações mais vulneráveis, 90% dos países não possuem uma política de saúde mental que inclua crianças e adolescentes, outros estigmatizam e violam os direitos humanos, sendo que o seu combate representa um fardo oculto.

Embora responsáveis políticos considerem a existência de uma falta de investimento na saúde mental, parece ser inaceitável que o relatório Mundial de Saúde (2018) traga dados atualizados que mostram que quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo são devido a desordens de neuropsiquiatria, representando 30,8% do total de incapacidades e 12,3% da carga total da doença. Este último número deverá aumentar para 15% no futuro. O aumento será particularmente acentuado nos países em desenvolvimento, principalmente devido ao número de indivíduos que entram na idade de risco para esses transtornos, incluindo os afetados por conflitos violentos, guerras civis e desastres, fatores geradores de problemas sociais. Se tomarmos o exemplo da depressão que atualmente ficou em quarto lugar entre as 10 principais causas da carga global da

doença, prevê-se que no ano 2020, esta esteja posicionada em segundo lugar. O cenário piora se tivermos em conta o número de suicídios, uma vez que existe uma associação entre o suicídio e a depressão.

Apesar deste quadro há boas notícias. Hoje estamos em melhor posição para aproveitar a riqueza acumulada de conhecimento e as tecnologias que nos permitem de forma mais eficaz gerir, tratar e prevenir uma ampla gama de problemas mentais e neurológicos. Houve grandes avanços no desenvolvimento de tratamentos para a maioria dos transtornos mentais e na compreensão do funcionamento cérebro e dos fatores psicossociais. Com os novos tratamentos, a maioria das pessoas com distúrbios comportamentais pode tornar-se membro produtivo da comunidade e viver uma vida normal. Sem dúvida que o grande investimento será sempre nas abordagens preventivas efetivas, baseadas numa melhor compreensão da inter-relação entre os determinantes biológicos, psicológicos e sociais.

O presente projeto é um exemplo que vai para além dos conhecimentos adquiridos na área da saúde mental, houve interação direta com a pessoa alvo dos cuidados, dando-se privilégio à promoção e qualidade de vida.

A partir de uma metodologia de investigação ação, baseada nas políticas comunitárias de intervenção no domicílio, foi possível o estudo de soluções relativamente ao *recovery* das pessoas com doença mental e a concretização de um programa especializado, individualizado, gerador de um aplicativo denominado de "Guião de Intervenção na Promoção do Recovery para a Pessoa com Doença Mental". Este instrumento inovador integrou um conjunto de atividades de articulação, sistematizadas, entre o internamento e o acompanhamento pós-alta, junto de pessoas com elevados níveis de recaída/reinternamento, no sentido da sua recuperação clínica e pessoal, pretendendo-se como resultado as boas práticas para o *recovery* da doença mental.

Não faltarão leitores interessados em contribuir para a disseminação do conhecimento na área do *recovery* de pessoas com doença mental, e ao grupo não faltarão motivos para prosseguir as suas investigações.

Paula Palmeira

Enfermeira Diretora da Casa de Saúde do Bom Jesus - Instituto das Irmãs
Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
Janeiro de 2019

A Casa de Saúde do Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus) tem a satisfação de estar associada ao presente manual denominado "*Guião de Intervenção na Promoção do Recovery para a Pessoa com Doença Mental*" que é o culminar do trabalho de investigação e de intervenção clínica "*InterComuniCaRe – Doença mental: intervenção comunitária no caminho do recovery*", desenvolvido em parceria com a Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

É para nós uma honra poder partilhar a concretização deste manual com a Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, com a qual temos estabelecida uma relação de parceria com décadas de existência, a favor da formação de profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, da melhoria das práticas assistenciais em Saúde Mental e Psiquiatria.

Assumimos a aposta nesta iniciativa de investigação, como um compromisso com a melhoria contínua dos serviços que prestamos. Enquanto instituição hospitaleira

temos um estilo próprio de assistência à pessoa com doença mental, assente numa abordagem holística. Ambicionamos as melhores práticas, procurando sempre "*fazer o bem, bem feito*", numa constante interpelação, criatividade e incentivo, de fazer sempre mais e melhor. Acreditámos poder contribuir com a nossa experiência, pautada pela ciência e humanismo, em diversos contextos, desde a promoção da saúde mental, até ao desenvolvimento de inúmeros projetos pioneiros de reabilitação psicossocial na comunidade, na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

O *recovery* das pessoas com doença mental constituiu o objeto de estudo nesta área de intervenção, num contexto atual fortemente marcado pela aposta comunitária das políticas de saúde mental. Os programas de intervenção comunitária com vista ao *recovery*, *empowerment* e qualidade de vida, estão reconhecidos como sendo relevantes para a promoção da recuperação da pessoa com doença mental.

Este guião resulta da implementação de um programa especializado e individualizado, em contexto domiciliário, alicerçado numa investigação multidisciplinar em saúde. Remete-nos para a importância atual da implementação de boas práticas, com compromisso e esperança. Acreditamos que para as pessoas com doença mental atingirem uma vida plena na sociedade, é necessário ampliar as suas competências e que, com base na escolha e na participação, possam assumir o controlo e a responsabilidade pela sua própria vida.

O presente guião assume-se como um instrumento inovador e de particular relevância por tudo aquilo que ele representa na esfera da Saúde Mental e Psiquiatria. Afirma-se pela autenticidade do seu propósito em apresentar um conjunto de conhecimentos científicos e de boas práticas, devidamente validados, essenciais para orientar e apoiar os profissionais de saúde neste âmbito.

Esta obra reitera a necessidade de um maior investimento em intervenções comunitárias de acompanhamento de pessoas com doença mental, após a alta

hospitalar. Um trabalho articulado, com base em parcerias com outras entidades existentes na comunidade, constitui-se como um fator facilitador do processo de *recovery* da pessoa com doença mental.

Realçamos a partilha das múltiplas experiências vivenciadas, quer pela equipa de investigadores, quer pelas pessoas que participaram no projeto, evidenciadas neste manual. Traduzem a riqueza subjetiva da implementação do programa de intervenção, fortemente pautado pelo estabelecimento de relações interpessoais de proximidade e de confiança, essenciais nesta área da saúde.

Esperamos que os profissionais de saúde encontrem neste manual algumas orientações para a sua prática profissional, em prol da saúde mental das pessoas, centradas na recuperação pessoal e direcionadas para apoiar os seus percursos de vida, atendendo aos objetivos, potencialidades, expectativas e desejos.

Desejos comuns a todas as pessoas... não menos comuns a pessoas que experienciam, num determinado momento da sua vida, um problema de saúde mental.

Desejos como autonomia, realização e felicidade... essenciais para que possam alcançar o *recovery*.

INTRODUÇÃO	15
1. SIGNIFICADOS E SENTIDOS DO <i>RECOVERY</i>	17
1.1. <i>RECOVERY</i> : UMA MUDANÇA CONCEPTUAL	19
1.2. O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE <i>RECOVERY</i> : REALIDADES E PERSPETIVAS	27
1.3. COMPROMISSOS PARA UMA TRANSFORMAÇÃO CONTÍNUA	33
2. PROJETO INTERCOMUNICARE: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NO CAMINHO DO <i>RECOVERY</i>	39
2.1. DESENVOLVIMENTO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	41
2.2. CARATERIZAÇÃO DAS FASES DO PROJETO	44
2.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	46
2.3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	46
2.3.2. Instrumento de Avaliação das Necessidades de Pessoas com Experiência de Doença Mental	47
2.3.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social	47
2.3.4. Mini-Mental State Examination	48
2.3.5. Instrumento de Avaliação de Ganhos em Saúde.....	48
2.3.6. Índice de Graffar	49
3. PROGRAMA INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO: MODELO INTERCOMUNICARE	51
3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO	53
3.2. APRESENTAÇÃO DAS SESSÕES DE INTERVENÇÃO	56
4. POTENCIALIDADES, OBSTÁCULOS E DESAFIOS DA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NO <i>RECOVERY</i>	69
4.1. POTENCIALIDADES.....	71
4.2. OBSTÁCULOS.....	75
4.3. DESAFIOS.....	78
5. PROJETO INTERCOMUNICARE: EXPERIÊNCIAS E TESTEMUNHOS.....	83

5.1. EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO	85
5.2. PESSOAS EM PROCESSO DE <i>RECOVERY</i>	97
CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

ANEXOS

ANEXO I – Diário de Intervenção

ANEXO II – Boletim de Acompanhamento

ANEXO III – Guia Terapêutico

ANEXO IV – Registo de auto-monitorização do Humor

ANEXO V – Plano de Ocupação Semanal

ANEXO VI – Questionário Sócio-demográfico e Clínico (follow-up)

Viver com uma doença mental em comunidade ainda não é um percurso fácil de desenvolver. A nossa sociedade ocidentalizada, embora já bastante vanguardista no que diz respeito aos cuidados de saúde, apresenta um elevado índice de estigma perante a pessoa com doença mental, assim como um défice relativamente ao acompanhamento que lhe pode ser disponibilizado. O grande desafio atual passa pelo desenvolvimento de estratégias que possibilitem o enriquecimento desse acompanhamento e a diminuição do estigma.

O *Guião de Intervenção na Promoção do Recovery para a Pessoa com Doença Mental* é o output final de um projeto de investigação-ação, o Projeto InterComuniCaRe, desenvolvido no âmbito de uma parceria entre a Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e a Casa de Saúde do Bom Jesus – Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, na região de Braga. Este foi cofinanciado pelo Programa Operacional Regional do Norte (NORTE 2020), através do Portugal 2020 e do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER).

A equipa que desenvolveu o InterComuniCaRe foi constituída de forma multidisciplinar e contou com enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, enfermeiros generalistas, psicólogos e assistente social. As dinâmicas das duas instituições parceiras são diferentes, porém com sinergias comuns, e foi no desenvolvimento do trabalho conjunto, com diversas visões, que surgiu este *Guião*, espelhando, esperamos nós, a melhor forma de trabalhar em equipa e em cooperação.

O *Guião de Intervenção na Promoção do Recovery para a Pessoa com Doença Mental* encontra-se dividido em quatro partes essenciais. A primeira parte (Capítulo 1) diz respeito a um enquadramento conceptual e teórico, que pode servir de base para aqueles que desejam enveredar pela promoção do *recovery*; é um capítulo que apresenta resultados nacionais e internacionais em relação à saúde mental e à psiquiatria, estabelecendo alguns compromissos para o futuro. Na parte seguinte (Capítulo 2) é apresentado o Projeto InterComuniCaRe, a sua origem e as suas fases de desenvolvimento; são ainda apresentados os instrumentos utilizados nas avaliações realizadas ao longo deste caminho.

A terceira parte do *Guião* (Capítulo 3) consiste na apresentação do Programa Individual de Intervenção – Modelo InterComuniCaRe, que poderá servir como suporte para os profissionais de saúde que procurem desenvolver programas de intervenção na comunidade, e em especial domiciliários; é um programa apresentado de forma generalizada, tendo em conta os diferentes planos de intervenção desenvolvidos ao longo do projeto. Na quarta parte (Capítulo 4 e Capítulo 5) são apresentadas potencialidades, obstáculos e desafios de programas de intervenção comunitários; são ainda expostas as experiências das pessoas que constituíram a equipa do Projeto InterComuniCaRe e alguns testemunhos de pessoas com doença mental que nos deram o privilégio de as acompanhar em parte do seu processo de *recovery*.

Este *Guião* pertence a todos aqueles que desejem contribuir para o desenvolvimento e promoção do *recovery* da pessoa com doença mental. Sendo resultado de um esforço de equipa, de colaboração e de multidisciplinidade, pretendemos que o *Guião de Intervenção na Promoção do Recovery para a Pessoa com Doença Mental* se estabeleça como um alicerce na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, em especial dos cuidados de saúde mental e psiquiátricos, visando a melhor integração e a adaptação possível da pessoa com doença mental na sociedade.

1. SIGNIFICADOS E SENTIDOS DO *RECOVERY*

Os pontos positivos que eu encontrei foram as ferramentas que me proporcionaram (...) ultrapassar possíveis recaídas e motivação para viver com mais alegria e positivismo.

M.M., 61 anos, pessoa em processo de *recovery*

1. SIGNIFICADOS E SENTIDOS DO RECOVERY

1.1. RECOVERY: UMA MUDANÇA CONCEPTUAL

A globalização faz parte da vida em sociedade nos dias de hoje e, com ela, têm existido nos últimos anos grandes transformações e uma intensa evolução. Em relação à saúde, sendo uma área essencial para a sociedade, também esta tem vindo a passar por essas transformações e evolução, em que os cuidados de saúde são prestados de forma completa, com a maior qualidade possível e atendendo à especificidade de cada um que deles necessita. É certo que esta realidade se encontra mais presente nos países ocidentalizados, porém, são fortes os esforços mundiais para que os cuidados de saúde estejam ao alcance de todos.

A saúde mental e a psiquiatria também têm vindo a sofrer alterações, em especial no que diz respeito aos paradigmas que norteiam os cuidados nas últimas décadas. A passagem de uma ideia de hospitalização e internamento prolongado, para a noção de que a comunidade é o espaço ideal para o tratamento e prevenção de problemas, tem vindo a ser realizada de forma gradual. De forma internacional é aceite que a pessoa com doença mental estabeleça o seu processo de *recovery* no seu ambiente, rodeada daquilo que lhe é familiar, sendo este paradigma cada vez mais premente nos cuidados de saúde estabelecidos em saúde mental e psiquiatria. A hospitalização e os internamentos são necessários em casos de agudização e identificação primária de doença, todavia, a tendência visa a que sejam utilizados estes serviços apenas quando se apresentarem absolutamente indispensáveis, tanto

no que diz respeito à manutenção das dinâmicas do próprio indivíduo, como às daqueles que os rodeiam.

Ao longo do século XX, surgiram diversas tendências na luta pelos direitos humanos. Desde as caminhadas feministas até às mais recentes caminhadas e manifestações ecológicas, assistimos, durante esses anos, a uma valorização do bem-estar do ser humano e daquilo que o compõe. O conceito de *recovery* surgiu através da ação das próprias pessoas com doença mental, na sequência de movimentos que decorreram, em maior força, na década de 70 do século XX. É um movimento de origem anglo-saxónica, muito influenciado pelas correntes de desinstitucionalização que ocorreram durante esse período em relação aos internamentos hospitalares prolongados que tipificavam os cuidados em saúde mental e psiquiatria.

A palavra *recovery* – recuperação em português – foi primeiramente utilizada por pessoas com doença mental que se encontravam a viver em comunidade e visionavam alcançar os mesmos direitos e deveres das restantes pessoas que os circundavam, sendo necessário estabelecer um processo de saúde no sentido de existir uma maior adaptação e integração nas rotinas sociais. Na saúde mental e psiquiatria, a palavra *recovery* surgiu como algo revolucionário (Jorge-Monteiro e Matias, 2007) e com um sentido positivo de contribuição para a sociedade. As pessoas com doença mental, e as suas famílias, desejavam fazer parte da comunidade onde se encontravam e, para isso, iniciaram um movimento de luta e inclusão. Desta forma, e com a ajuda de diversos profissionais de saúde, o movimento começou a ganhar forma e a espalhar-se a nível mundial.

A transformação surge nesta transição: passar de *viver em* para *viver com*. Ainda que a saúde mental e a psiquiatria fossem amplamente marcadas pelo estigma, as pessoas desejavam criar algo em conjunto. Ao longo dos anos a transformação foi-se organizando, em especial no que diz respeito à visão por parte dos profissionais de saúde, que são meios vinculativos para que a mesma se estabeleça. Estes profissionais começaram também a ser mais ativos e a trabalhar mais em

comunidade, ajudando as pessoas com doença mental na transição do seu processo saúde-doença.

Atualmente, não é possível falar de cuidados de saúde mental e psiquiatria sem falar em *recovery*. O conceito veio para ficar e para transformar. Aliás, cada vez mais se assiste à mudança do paradigma hospitalar para o paradigma comunitário, no sentido de envolver aquele que precisa de cuidados de saúde, em geral, no seu mundo. A saúde mental e a psiquiatria não poderiam ficar atrás, e é o sentido comunitário que, hoje em dia, norteia grande parte dos cuidados de saúde neste âmbito. Tal como foi dito anteriormente, os internamentos hospitalares são necessários, porém, a prevenção desses mesmos internamentos é ainda mais urgente.

Existem duas linhas orientadoras para o estabelecimento de um processo de *recovery* (Slade, 2011). A primeira orienta o *recovery* num sentido de trabalho particular da pessoa com doença mental – é ela que vivencia a sua experiência de doença e, portanto, é ela que deve trabalhar na sua recuperação, não podendo ser substituída. A segunda linha orientadora remete para o *recovery* como um caminho individual e único – logo, cada pessoa vivencia o seu processo de *recovery* de forma diferente e irrepitível. Estas duas linhas são importantes para a definição do *recovery*, visto que não existe uma regra para o seu desenvolvimento. Apenas tomando a individualidade de cada um, as suas potencialidades e as suas ameaças, os seus desafios e as suas capacidades, é possível construir um processo adequado de *recovery*.

De acordo com a World Health Organization (WHO) a saúde mental faz parte da saúde e do bem-estar do indivíduo (WHO, 2013), e é definida, no site desta organização, como "a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community". Tendo em conta esta definição como a base da atuação em saúde mental e psiquiatria, é

possível afirmarmos que o *recovery* assume um papel essencial no desenvolvimento de cuidados neste campo de ação da saúde. Se não existe saúde sem saúde mental, o investimento no processo de *recovery* é primordial para que a pessoa com doença mental consiga alcançar resultados de excelência no que diz respeito ao cumprimento do seu potencial, ao desenvolvimento do seu bem-estar e ao envolvimento produtivo numa comunidade que a pode, e deve, aceitar. Aliás, a WHO enumera dez factos¹ essenciais sobre a saúde mental que convém reter quando a problemática do *recovery* é abordada, tendo em conta a sua magnitude a nível mundial (Figura 1).

Ao longo dos últimos anos têm sido desenvolvidas diferentes definições de *recovery*. No entanto, existe um eixo que as norteia: o *recovery* é um caminho único e pessoal, dizendo respeito à pessoa que o vive na sua globalidade. Para este *Guião de Intervenção* tomamos como base para a definição de *recovery* o que refere Mike Slade no documento “100 ways to support *recovery*: A guide for mental health professionals”, de 2009, que foi traduzido para português através da ação da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, em 2011. Utilizando a tradução portuguesa, *recovery* apresenta dois tipos de significado, clínico e pessoal, respetivamente: i) “a noção de recuperação clínica surge da experiência dos profissionais de saúde mental e preconiza o tratamento de sintomas, o restabelecer o funcionamento social e outros modos de «recuperar a normalidade»” e; ii) “a recuperação pessoal é uma noção que surgiu da vivência das pessoas que experienciam a doença mental e significa algo diferente da recuperação clínica” (Slade, 2011, p.11).

¹ A tradução foi realizada pela equipa dos autores, encontrando-se o original em inglês em: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/

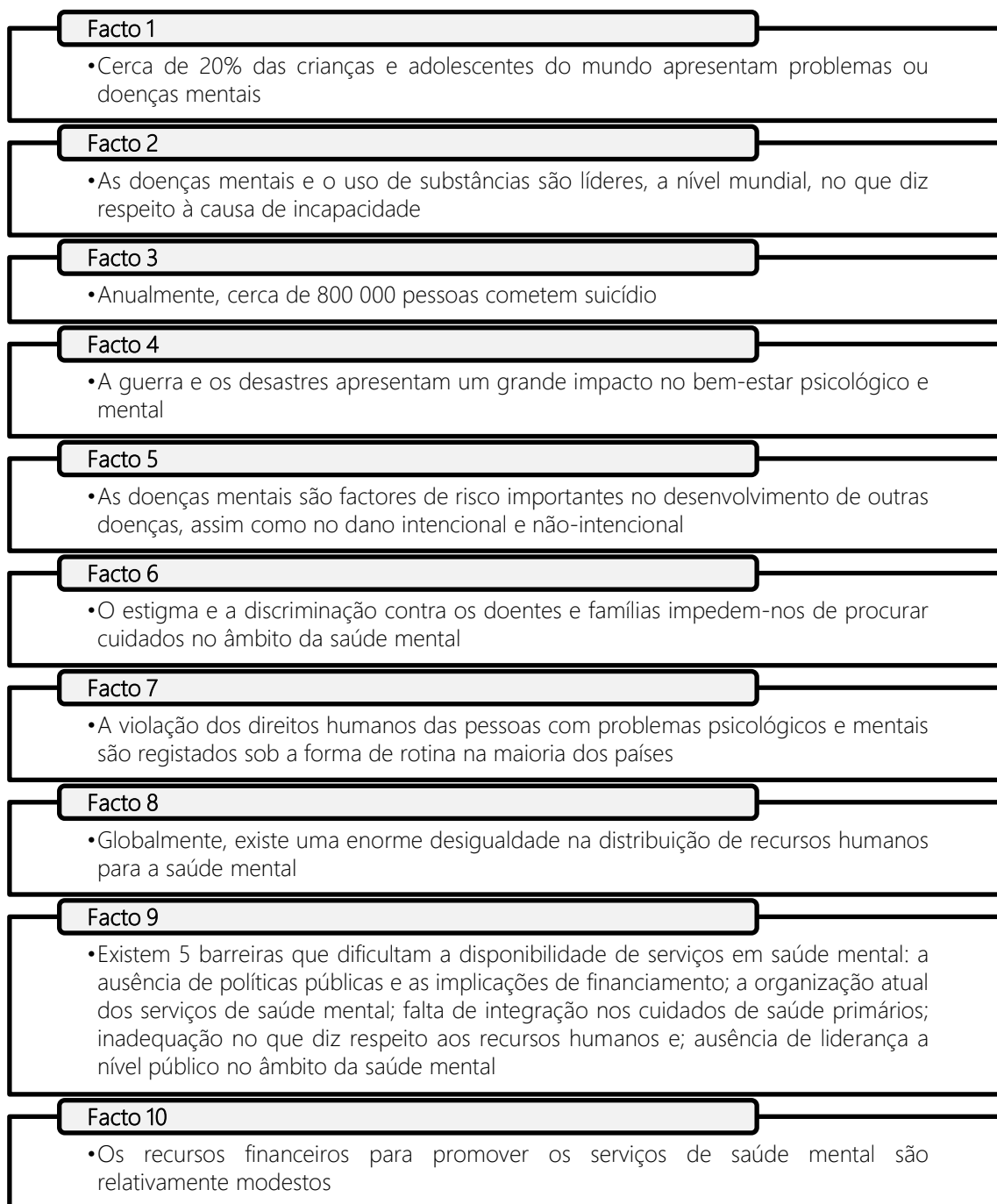


Figura 1. Dez factos sobre saúde mental (WHO)

No entanto, em relação ao *recovery* pessoal, também é possível utilizarmos a definição de Anthony (1993) que, tal como menciona Slade (2011), é uma definição mais ampla: *recovery* pessoal "is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by

illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness" (Anthony, 1993, p.527).

Através destas definições constata-se que o processo de *recovery* não se baseia somente na ausência de sintomas próprios da doença. Aliás, a pessoa com doença mental não deve ser rotulada de acordo com as manifestações psicopatológicas que apresenta – isso seria redutor e estigmatizante. A pessoa vai muito mais além da sua doença e do seu tratamento, vai mais além das suas capacidades ou potencialidades. A pessoa é tudo isso e muito mais, visto que a soma das suas partes é um resultado que ultrapassa todas estas junções – aliás, a pessoa é por si mais do que realmente aparenta ser. Reduzir o *recovery* ao controle da doença e suas manifestações seria um ato de crueldade para com toda a evolução que aconteceu nos últimos anos no que diz respeito à saúde mental e psiquiatria. O processo de *recovery* e as suas dinâmicas podem acontecer na vida de todos aqueles que, com doença mental, se encontram dispostos a recuperar. Para tal, é necessário que exista por parte dos profissionais de saúde um acompanhamento nesse sentido.

Esse acompanhamento é exatamente aquilo que deve significar: um suporte, um apoio, uma ajuda. Não podem os profissionais de saúde viver o *recovery* pela pessoa com doença mental, nem podem olhar para este processo como algo negativo ou com ausência de expectativas. O que se pode esperar, no momento atual, é que o *recovery* possa ser visto com base nas seguintes mensagens² (Slade & Longden, 2015), tendo em conta as condições que se podem melhorar para o futuro (Figura 2).

A pessoa que se encontra em *recovery* encontra-se envolvida num estado evolutivo, que implica dinâmicas próprias e a definição de objetivos pessoais que pertencem

² A tradução foi realizada pela equipa dos autores, encontrando-se o original em inglês em: Slade, Mike & Longden, Eleanor (2015). The empirical evidence about mental health and recovery: how likely, how long, what helps?. Victoria: MI Fellowship

ao nível da subjetividade de cada um. Este processo deve ser avaliado pela pessoa com doença mental e, assim, apresenta um significado diferente para cada um que o vive, e que se pretende que ocorra da melhor forma possível. A evidência científica (Jääskeläinen et al., 2013; Slade & Longden, 2015) indica que cada vez mais as pessoas com doença mental recuperam do seu problema de saúde, tendo, para isso, de existir programas de intervenção realistas e com um acompanhamento completo, apresentando igualmente sistemas de avaliação adequados. Devem também existir mais estudos de investigação no âmbito do *recovery*, trazendo para a luz da evidência resultados sólidos que indiquem caminhos a seguir. Não é suficiente, apenas, desenvolver programas de intervenção: a sua eficiência (e consequentemente a sua eficácia) deve ser avaliada e medida, sendo colocadas em relevo as mudanças a introduzir.

1. O <i>recovery</i> é avaliado de melhor forma pela pessoa que se encontra a viver essa experiência	4. Muitas pessoas com problemas de saúde mental recuperam
2. Se uma pessoa já não apresenta critérios para uma doença mental, então não se encontra doente	5. O diagnóstico não é uma base sólida
3. O tratamento é uma rota entre muitas no processo de <i>recovery</i>	6. O impacto dos problemas de saúde mental é confuso
	7. Algumas pessoas escolhem não utilizar serviços de saúde mental

Figura 2. Mensagens sobre o *recovery*

A ênfase dada pela comunidade científica à doença, aos seus critérios e à manifestação dos sintomas pode, muitas vezes, acarretar algumas consequências,

em especial quando os profissionais de saúde se centram apenas no diagnóstico e não deixam espaço para analisar os progressos que a pessoa em processo de *recovery* pode apresentar. É na complementaridade de tratamentos, em integração com as dinâmicas sociais, familiares e de adaptação pessoal que o profissional de saúde se pode focar.

O estigma encontra-se demasiadamente associado aos serviços de saúde mental e, como tal, muitas das pessoas com doença mental optam por não recorrer a esta oferta (Repper, 2012), optando por um *recovery* livre dos meios hospitalares ou unidades de saúde. Carecem de ser desenvolvidos estudos de investigação neste sentido, isto é, no sentido de verificar quais os números associados às pessoas que fazem esta opção, identificando vantagens e desvantagens. Muitas vezes são pessoas com um bom suporte social e relacional, com um bom suporte financeiro e altos níveis de motivação. Ainda assim, a informação sobre esta opção é escassa e os profissionais de saúde poderiam debruçar-se um pouco mais sobre ela, talvez abandonando posturas paternalistas e normativas relativas aos processos individuais de *recovery*, que devem ser transformados em algo positivo, de crescimento e com ganhos reais (Repper, 2012), e não apenas em caminhos estigmatizados e que tragam más experiências.

Existem três palavras que podem ser associadas ao *recovery* e ao seu sucesso (Repper, Perkins, Shepherd & Boardman, 2011): esperança, controlo e oportunidade. A esperança, que significa acreditar que algo em construção correrá pelo melhor, encontra-se relacionada com relações sociais positivas, bom suporte social e uma qualidade de vida favorável, por parte da pessoa com doença mental. O controlo, que poderá vincular a pessoa ao seu processo de *recovery*, passa por um adequado conhecimento do estado de saúde da pessoa, das suas capacidades e das possibilidades relativas ao seu tratamento – a família e os amigos podem e devem ser envolvidos na construção deste conhecimento. Por último, a oportunidade, que diz respeito ao crescimento daquele que vive o processo de *recovery*, à promoção

da sua autoestima e autoconfiança, através de uma descoberta de si próprio. A oportunidade pode ser encontrada num percurso de grandes dificuldades, quando a pessoa é ajudada, através da sua rede de suporte social, a definir os seus objetivos, a encontrar as suas potencialidades e a desenvolver as suas capacidades.

O processo de *recovery* não tem de ser um caminho isolado, é um caminho que se faz de uma forma mais segura se a pessoa com doença mental for acompanhada. As dificuldades e as ameaças podem ser transformadas em forças e oportunidades, tendo em conta as grandes descobertas que a pessoa poderá fazer durante a experiência destas vivências.

1.2. O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE *RECOVERY*: REALIDADES E PERSPETIVAS

Em Portugal têm vindo a ser desenvolvidos grandes esforços naquilo que diz respeito à intervenção comunitária no espaço da saúde mental e psiquiatria. Os anos de desinstitucionalização das pessoas com doença mental foram, de certa forma, uma alavanca para proporcionar este tipo de intervenção, embora ainda se continue a assistir ao desenvolvimento de outros esforços para articular a disponibilidade de recursos físicos, a formação de recursos humanos e a preparação das comunidades para integrar estas pessoas. Tal como foi referido anteriormente, ainda se assiste à presença de estigma no que diz respeito às dinâmicas da saúde mental e da psiquiatria, sendo este um dos focos onde as políticas públicas se devem centrar.

Dos estudos efetuados nos últimos anos, sabemos que ainda existe muito a fazer na realidade portuguesa. De acordo com o Programa Nacional para a Saúde Mental (PrNSM), desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde, existem algumas conclusões importantes em relação aos últimos dados de 2016 (PrNSM, 2017, p.4): i) “as pessoas estão a viver mais anos, mas com incapacidades na área da saúde mental, o que implica uma sobrecarga para a Sociedade”; ii) “o número de mortos por saúde mental é baixo e está, na maioria, relacionado com o suicídio [e] (...) é no Alentejo onde acontecem o maior número de suicídios, na maioria homens”; iii) existe um “maior rigor e qualidade na prescrição de medicamentos na área da saúde mental”; iv) aumentaram “os registos de perturbações mentais nos Centros de Saúde” e; v) aumentaram “os cuidados e serviços na área da saúde mental para as crianças/adolescentes e adultos”.

Ainda assim, a realidade portuguesa e a realidade internacional, pedem que sejam desenvolvidos maiores impulsos relativamente ao desenvolvimento de serviços que visem o acompanhamento durante o processo de *recovery*. Em Portugal, sabemos que o registo das perturbações da ansiedade, humor e demenciais aumentou e, sabemos ainda, que o número de internamentos hospitalares foi reduzido (PrNSM, 2017) – talvez, em parte, devido à ação que as instituições de solidariedade social têm vindo a desenvolver a nível comunitário, em particular as instituições religiosas. No entanto, verificamos que existe um aumento do consumo de psicofármacos, em especial no uso de medicamentos por parte de crianças e adolescentes; convém ainda salientar que existe um maior número de profissionais de saúde preparados no âmbito da saúde mental e psiquiatria, e ainda uma maior utilização dos serviços disponibilizados em ambulatório (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017).

Deste modo, convém lembrar quais os aspetos estratégicos (Figura 3) que dizem respeito à Missão (PrNSM, 2017, p.14) que se pretende executar em Portugal, no

sentido de proporcionar à população mudanças profundas que lhe permitam uma melhor experiência ao nível da saúde mental:

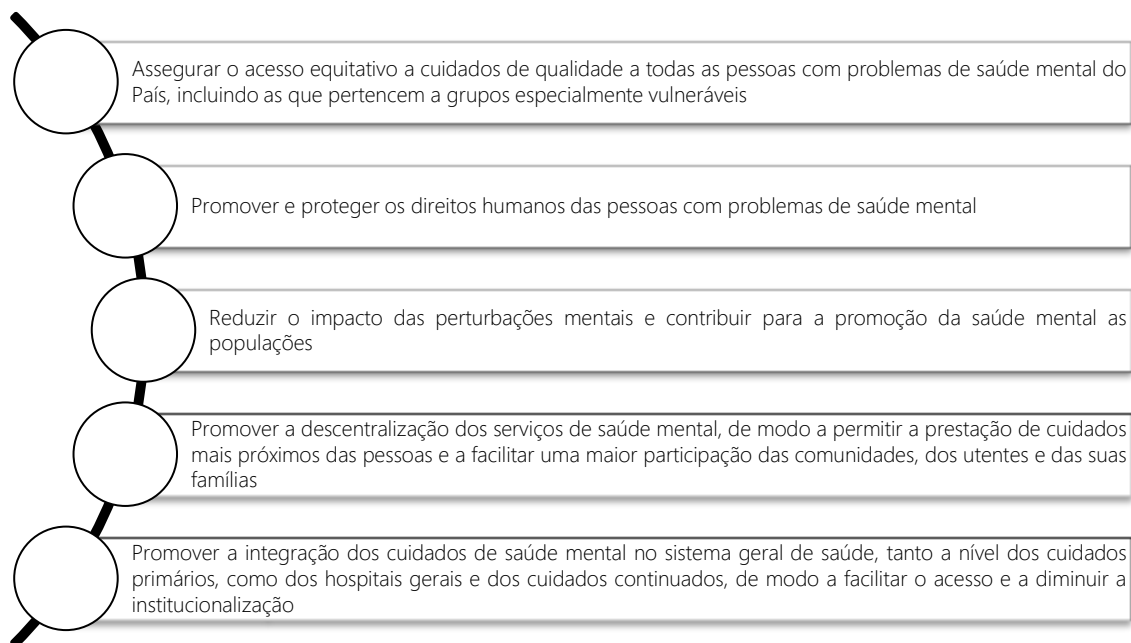


Figura 3. Aspetos estratégicos PrNSM 2017

Ao nível da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (RNCCISM) apontamos aspetos que dizem respeito aos cuidados de saúde de articulação entre os serviços públicos, privados e de natureza social. De acordo com a legislação em vigor, como são exemplos o Decreto de Lei nº22 de 10 de fevereiro de 2011 e a Portaria nº68 de 16 de fevereiro de 2017, os Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental dizem respeito a políticas de desenvolvimento de *recovery*, implementadas por equipas multidisciplinares e tendo em conta as capacidades da pessoa com doença mental que delas possa usufruir. De destacar as equipas de apoio domiciliário preconizadas, a funcionar em sete dias da semana, cujos objetivos passam por (Decreto de Lei nº22 de 10 de fevereiro de 2011, p.720): i) “maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial”; ii) “reforçar a sua rede de suporte social através da promoção de relações interpessoais significativas; iii) “melhorar a sua integração social e o acesso aos recursos comunitários”; iv) “prevenir internamentos hospitalares e admissões em unidades

residenciais; v) “sinalizar e encaminhar situações de descompensação para os Serviços Locais de Saúde Mental” e; vi) “apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio”.

Estes objetivos concretos são parte daquilo que é preconizado para o *recovery*. Aliás, a legislação portuguesa encontra-se na vanguarda das políticas públicas relativas à saúde mental e psiquiatria, pese embora que, ao nível funcional, ainda exista um longo caminho a percorrer. Tendo em conta que o processo de *recovery* se estabelece por aqueles que o vivenciam na primeira pessoa, será essencial que exista uma operacionalização de recursos e serviços para que o mesmo se desenvolva, assim como o fomento de estudos de investigação que permitam a avaliação dos resultados que se vão obtendo. Só assim se conseguem dar passos seguros naquilo que é o bem-estar e melhoria da saúde da população.

Em relação às práticas internacionais, cabe-nos igualmente fazer uma breve apresentação do que se encontra a ser desenvolvido noutros países, e da sua importância para o desenvolvimento do *recovery* ao nível da saúde mental e psiquiatria. De mencionar que as políticas relacionadas com o *recovery* se encontram, à semelhança das restantes políticas relacionadas com a saúde mental, mais desenvolvidas nos países ocidentalizados e bastante marcadas pelo desenvolvimento do conceito de saúde anglo-saxónico, embora a WHO enfatize a importância das diferenças culturais na abordagem ao desenvolvimento do processo de *recovery* (WHO, 2017). Cada sociedade, com a sua cultura, apresenta uma forma própria de ver o *recovery* e de o abordar pelo que os profissionais de saúde devem estar despertos para os cuidados de saúde multiculturais.

Por exemplo, em Inglaterra, de 2009 a 2014, foram desenvolvidos diversos estudos, que se incluíram num programa denominado REFOCUS, dirigido a pessoas com doença mental e profissionais de saúde, e que tinha como objetivo geral aumentar os níveis de apoio por parte dos profissionais de saúde às pessoas utilizadoras dos serviços de promoção do *recovery*, através das suas relações e práticas de trabalho

(Bird, Leamy, Le Boutillier, Williams & Slade, 2014). O Modelo REFOCUS é determinado por quatro partes distintas: a intervenção, a mudança da prática, o impacto da experiência na pessoa que utiliza os serviços e os benefícios do mesmo (e.g. aumento da esperança, desenvolvimento do *empowerment* ou incremento da qualidade de vida). Este programa foi desenvolvido no âmbito das atividades do National Institute of Health Research e apresentou uma amostra de 714 utilizadores de serviços comunitários de saúde mental e 1169 profissionais de saúde, através da colaboração com 54 stakeholders (Slade et al., 2017).

Ainda em Inglaterra, assistimos à ação de um grupo de trabalho desenvolvido pelo Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust, denominado de Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC). O propósito deste grupo de profissionais, que existe desde 2011, é trabalhar em parceria com as comunidades no sentido de desenvolver sistemas e recursos para suporte ao *recovery* e desenvolvimento do bem-estar da pessoa com doença mental, dos seus familiares e amigos. O centro ImROC trabalha com profissionais de saúde, pessoas com doença mental em *recovery*, familiares e instituições, estabelecendo igualmente consultadoria em relação à promoção e desenvolvimento do *recovery*, tanto a nível nacional como internacional; apresenta como pressupostos o reconhecimento das pessoas como ativos e com forças, a construção de inter-relações, o estabelecimento de uma *network* e a promoção da mudança (Lewis, King, Herbert, & Repper, 2017).

Em Itália, Buonocore et al. (2018) desenvolveram uma intervenção individualizada de seis meses com pessoas com esquizofrenia, após internamento, constituindo uma amostra de 104 participantes, tendo sido realizado um acompanhamento após a intervenção. Nesta intervenção foram desenvolvidos aspetos relacionados com a função cognitiva, social e funcional; da amostra, 56,76% dos participantes apresentou índices de *recovery*, de acordo com os critérios avaliados pela equipa, e uma das dimensões com maior influência neste processo foi a sociocognitiva.

Biringer, Davidson, SundfØr, Ruud & Borg (2017), na Noruega, realizaram um estudo de investigação num centro comunitário de saúde mental (e que abrange cerca de 34 000 habitantes), onde são estabelecidos serviços de ambulatório e são realizadas consultas periódicas com um profissional de saúde, que pode ser psicólogo, psiquiatra, enfermeiro especialista em saúde mental, terapeuta ocupacional ou assistente social. Este estudo, de cariz qualitativo, foi desenvolvido através de uma amostra de dez participantes, cujo objetivo geral foi explorar as expetativas das pessoas que usufruíam dos serviços no início do seu processo de *recovery*. Das narrativas dos participantes, os autores salientam que as suas expetativas estão relacionadas com a esperança para o *recovery*, o desenvolvimento de um entendimento, a descoberta de ferramentas de coping e a disponibilização de aconselhamento/assistência profissional.

Transitando agora para fora do espaço europeu, podemos aludir às atividades de Shawyer et al. (2017), na Austrália, em que profissionais de saúde de serviços locais irão desenvolver um programa de intervenção com base no Modelo REFOCUS, com dois grupos: um de intervenção, em que as pessoas utilizadoras dos serviços são acompanhadas por profissionais com treino em *recovery* de acordo com o REFOCUS, e outro, de controlo, em que as pessoas utilizadoras dos serviços são acompanhadas por profissionais sem treino prévio em *recovery*. Este estudo, bastante alargado, ainda se encontra em execução, mas consideramos um bom exemplo em como é possível adaptar bons exemplos de práticas a nível de saúde para diferentes comunidades, com diferentes realidades.

São diversos os contextos onde o *recovery* pode, e deve, ocorrer. Regressando aos cenários portugueses, a ênfase dada ao *recovery* tem sido alargado na última década, talvez por influência dos pressupostos descritos no Plano Nacional de Saúde Mental (PINSM, 2008) ou, talvez, por ação intensiva das instituições de solidariedade social, que querem fazer face ao que é preconizado pela legislação relativa à RNCCISM – e que as ajuda a otimizar os serviços que disponibilizam à

comunidade, mantendo o cariz da sua missão social e humanitária. No entanto, ainda existem longos caminhos a percorrer com vista a promover os diferentes processos de *recovery* e contribuir para a melhoria da saúde, num sentido total e abrangente.

1.3. COMPROMISSOS PARA UMA TRANSFORMAÇÃO CONTÍNUA

O movimento pela promoção do *recovery* da pessoa com doença mental não irá abrandar o seu ritmo. A prova encontra-se na multiplicidade de projetos e programas já em destaque e ação nas diferentes comunidades, de acordo com as inúmeras culturas e respeito pelas normas que regem as sociedades. Certo é, também, que os estudos de investigação nesta área começam igualmente a surgir, o que providencia números realistas sobre os resultados daquilo que um *recovery* adequado proporciona ao nível da saúde.

Através da intervenção clínica e da investigação é possível a produção de conhecimento que alavanca o futuro do *recovery*. Ainda assim, deixamos a formulação de alguns compromissos a desenvolver, possivelmente, no futuro, no sentido de promover a motivação de outros profissionais para o envolvimento neste caminho:

1. Aumentar o número de estudos de investigação no âmbito do recovery

Em geral, é urgente que o número de estudos de investigação e projetos longitudinais no âmbito da saúde mental e psiquiatria seja aumentado. Dentro desta temática da saúde, o *recovery* assume uma particular importância, visto que apenas podemos dar passos para o futuro se o passado e o presente forem avaliados.

O compromisso passa por desenvolver estratégias nos serviços e unidades de saúde que visem o desenvolvimento destes estudos, possibilitando, as lideranças, o tempo necessário para que se desenvolva investigação. Igualmente também o financiamento deste tipo de projetos poderá ser um desafio, visto que é escasso e muitas vezes distribuído de forma restrita. O desenvolvimento da investigação neste espaço passa igualmente pela criação de linhas criativas de pensamento, muitas vezes estabelecidas em alternativa à rigidez das normas e regras utilizadas, até ao momento, para investigar.

2. Promover e melhorar o trabalho multidisciplinar no âmbito da saúde mental e psiquiatria

Não é possível desenvolver cuidados de saúde de qualidade, e adequados às realidades de cada uma das comunidades que compõem a sociedade, se os diferentes profissionais de saúde não colaborarem entre si. É da riqueza das diversas visões e diversas competências que advêm os ganhos para a saúde mental e psiquiatria. Os programas de intervenção individualizados devem ser dirigidos às necessidades que a pessoa com doença mental apresenta e, para isso, é necessária uma avaliação multidisciplinar para se realizar um acompanhamento adequado.

As lideranças dos serviços e unidades de saúde apresentam um papel essencial na integração deste compromisso, pois podem funcionar como eixos estimuladores do

trabalho multidisciplinar e plural. O respeito pelo outro, a capacidade de ouvir e a empatia podem ser igualmente catalisadores deste trabalho e cabe, a cada profissional de saúde, o seu aprimoramento para um maior sucesso da equipa.

3. Aumentar o número de programas de intervenção individualizados e adequados aos objetivos, às capacidades e potencialidades de cada um

Cada pessoa é única, individual e não repetível. Assim deve ser cada um dos programas de intervenção dirigidos à pessoa com doença mental em processo de *recovery* – únicos, individuais e irrepetíveis. Cada pessoa apresenta necessidades, potencialidades e capacidades próprias. De acordo com este pressuposto, os programas de intervenção devem ir de encontro às expectativas das pessoas que os experienciam que, obviamente, devem ser conhecidas antes do início de uma intervenção.

Aumentar o número de programas de intervenção também deve ser visto como um compromisso, visto que, na realidade portuguesa (e igualmente na realidade internacional), estes ainda são escassos. Este aumento poderia ajudar na prevenção de recaídas, na promoção da saúde mental e na adequação dos processos de *recovery*, possibilitando à pessoa com doença mental um acompanhamento mais completo e eficiente.

4. Ouvir mais aquilo que as pessoas com doença mental têm para dizer em relação ao seu processo de recovery

Muitas vezes os profissionais de saúde apresentam atitudes paternalistas na concretização dos cuidados. Associado este facto ao estigma ainda presente na esfera da saúde mental e da psiquiatria, sobra pouco espaço para que as pessoas

que vivenciam o *recovery* sejam ouvidas em relação às suas experiências. Tal como foi referido anteriormente, o *recovery* que pertence à própria pessoa com doença mental, devendo esta sentir-se segura para ser escutada.

Esperança, confiança e determinação devem ser encontradas durante o *recovery* e cabe aos profissionais de saúde proporcionar a oportunidade de envolvimento da pessoa que o experimenta. Afinal, tomando em conta que a grande riqueza de uma relação é o produto que as partes desenvolvem, igualmente o *recovery* pode ser visto como um processo em que o resultado final é maior do que as diferentes etapas que o caracterizam.

5. Promover o envolvimento das pessoas que constituem o suporte social das pessoas em *recovery*

A experiência de *recovery* é facilitada se a pessoa que a vivencia apresentar um adequado suporte social, que a apoie e que facilite as dinâmicas de integração e adaptação à sociedade. As pessoas que constituem o suporte social durante este processo devem ajudar de acordo com o seu relevo e importância para aquele que se encontra no processo, e o seu envolvimento é basilar para o sucesso da intervenção.

Os profissionais de saúde podem funcionar como meios facilitadores deste envolvimento, tendo em conta que o conhecimento das pessoas que constituem a rede social da pessoa com doença mental deve ser prévio ao início do *recovery*. Igualmente as expectativas das pessoas que formam este suporte devem ser conhecidas, assim como as suas potencialidades e capacidades, possibilitando a otimização de recursos durante o processo. Envolver significa que existe uma compreensão de todas as partes que se encontram em intervenção sendo importante, para isso, relações de clareza e sintonia mútua.

6. Reconhecer que o *recovery* é das pessoas que o vivem, não dos profissionais de saúde

Este é um compromisso particularmente difícil de satisfazer. Assiste-se, nos dias de hoje, a uma necessidade de propriedade por parte dos profissionais de saúde naquilo que diz respeito aos sucessos e alcance de objetivos das pessoas com doença mental – talvez porque os caminhos apresentam alguns obstáculos já previamente conhecidos ou, talvez, porque os profissionais também apresentam grandes níveis de envolvimento emocional nos processos.

O caminho do *recovery* pertence só e somente à pessoa que o atravessa. Os profissionais de saúde são meios vinculativos para a ajuda neste caminho, proporcionando o acompanhamento necessário que cada pessoa dele necessitar, e assumindo um compromisso que deverá ser levado até ao fim.

7. Estimular o desenvolvimento de políticas, normas e diretivas públicas no sentido de promover o *recovery*

O *recovery* deve ser mais trabalhado ao nível da oferta dos serviços de saúde públicos. As políticas de saúde atuais apontam nesse sentido e, embora com condições económico-financeiras algo adversas, sabemos que a médio e longo prazo os resultados são considerados ganhos em saúde: é um rumo para a diminuição de internamentos hospitalares, para a estabilidade do tratamento farmacológico, com conseqüente diminuição da prescrição de fármacos suportada pelos sistemas públicos de saúde, e maior qualidade dos cuidados em saúde.

Os líderes políticos devem estar despertos para estes ganhos e para o trabalho que ainda é necessário realizar para os conseguir. A aposta passa igualmente por

desenvolver competências nos profissionais de saúde que trabalham no âmbito do *recovery* e estimular a formação de outros para que possam dar contributos neste processo. A aposta passa ainda por trabalhar com as diferentes comunidades que constituem a nossa sociedade: só através da educação para a saúde e da promoção da saúde mental conseguimos obter a diminuição do estigma associado a estes cuidados e ajudar numa integração plena das pessoas com doença mental no seu ambiente.

2. PROJETO INTERCOMUNICARE: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NO CAMINHO DO *RECOVERY*

*Sou doente há muitos anos e nunca ninguém me ajudou assim. Todas as doentes deviam ter
um apoio destes.*

M.M., 66 anos, pessoa em processo de *recovery*

2. PROJETO INTERCOMUNICARE: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NO CAMINHO DO RECOVERY

2.1. DESENVOLVIMENTO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

O Projeto InterComuniCaRe apresentou como foco de atenção o desenvolvimento do conhecimento na área da saúde mental, que é incluída no conceito global de saúde assumido pela WHO e pretendeu consolidar a articulação entre a investigação regional e os serviços na área da saúde, nomeadamente na prestação de serviços de saúde. Assumiu-se como um projeto com objetivos de desenvolvimento de conhecimento na dimensão da saúde mental, desenvolvido por duas instituições, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e Casa de saúde do Bom Jesus - Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, que se dedicam quer ao ensino, quer à assistência da pessoa com doença mental, conjugando sinergias há longos anos na formação de estudantes neste campo do conhecimento em saúde.

A Casa de saúde do Bom Jesus - Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, que se apresenta como entidade envolvida no projeto, dedica-se à assistência de pessoas com doença mental, assumindo na prestação de cuidados uma filosofia de continuidade, tendo por objetivo último a reabilitação psicossocial. Esta instituição tem vindo a articular-se e a colaborar com a Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, nos projetos de ensino a que esta se

propõe anualmente. Neste sentido, as sinergias entre as duas instituições, com ação na região de Braga, são também promotoras de uma filosofia de investigação que se apresentou como uma mais-valia ao desenvolvimento do projeto numa área relevante e de desafio societal, com impacte na saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas com doença mental.

A Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36 de 24 de julho de 1998) prevê cuidados na comunidade que promovam a reabilitação psicossocial, devendo a prestação de cuidados ser assegurada por equipas multiprofissionais, uma por cada setor geográfico, tal como foi designado posteriormente no PINSM (2008). Deste modo, no seguimento das orientações do PINSM, que visam uma intervenção comunitária consistente, foi criado um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados em saúde mental pelo Decreto de Lei n.º 8 de 28 janeiro de 2010, com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Decreto de Lei n.º 22 de 10 de fevereiro de 2011. Estas unidades e equipas de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental incluem unidades residenciais, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário e devem articular-se com a RNCCISM (Portaria nº149 de 8 de abril de 2011; Portaria nº68 de 16 de fevereiro de 2017).

Assim, e para a concretização dos objetivos inerentes aos princípios implícitos no PINSM (2008), nomeadamente a promoção do *recovery*, é necessária uma articulação entre as instituições de saúde e as instituições de ensino, com o propósito de cumprir a desinstitucionalização e como objetivo último de contribuir para a promoção da saúde mental das populações e reduzir o impacto das doenças mentais. Assim, tendo como igual referência os valores implícitos no PINSM, e a importância dos cuidados continuados e integrados em saúde mental, o *recovery* das pessoas com doença mental torna-se um forte objeto de estudo nesta área de intervenção, tal como foi referido no capítulo anterior.

Os serviços de saúde mental devem estar vocacionados para promover o *recovery* pessoal, significando que não podem existir modelos únicos, respeitando a

subjetividade do fenômeno. Para tal, a compreensão dessa subjetividade torna-se uma importante habilidade clínica inerente à intervenção em saúde mental (Slade, 2011). Sendo o *recovery* um objetivo da assistência em saúde mental, a comunidade científica tem vindo a implementar ações nesse sentido, nomeadamente assentes em programas de intervenção, que na sua generalidade resultam em efeitos positivos.

A evidência empírica aponta para que programas de intervenção comunitária em direção ao *recovery*, *empowerment*, qualidade de vida e bem-estar, sensação de felicidade, esperança e percepção pessoal de benefício, entre outras variáveis, apresentam potencial para a promoção do *recovery* da pessoa com doença mental (Tierney & Kane, 2011; Chiba, Miyamoto, Kawakami, Harada, 2014; Boevinka, Kroona, van Vugta, Delespaulc & van Osc, 2016). Outros autores propõem o desenvolvimento de investigação que sugira evidência relativamente à eficácia dos programas de intervenção que promovam o *recovery*, na medida em que encontraram diferenças nas filosofias de intervenção, e apenas algumas centradas na perspetiva holística inerente ao conceito de *recovery* (Whitle, Strickler, Drake, 2012).

Tendo como objeto de estudo o *recovery* da pessoa com doença mental, este projeto vai de encontro à filosofia nacional vigente de continuidade de cuidados na área da saúde mental, com ênfase na assistência comunitária. Assim, o Projeto InterComuniCaRe pretendeu avaliar as necessidades da pessoa com doença mental após a alta hospitalar, desenvolver e implementar um programa de intervenção individual no domicílio e construir um manual de suporte ao desenvolvimento e acompanhamento do processo de *recovery*.

Deste modo, o Projeto InterComuniCaRe deu resposta aos objetivos através de uma investigação-ação, implementada por uma equipa de investigadores especializados no âmbito da saúde mental, suportada pela colaboração efetiva da investigação científica e desenvolvimento tecnológico entre as entidades envolvidas no projeto,

com vista ao desenvolvimento do conhecimento na área da saúde mental. A equipa de investigação encarou, e encara, as pessoas com doença mental em processo de *recovery* capazes de desenvolver uma vida com propósito e significado, para atingirem uma melhor saúde mental, independentemente da presença de doença mental. Assim, o produto final do projeto é o presente *Guião*, que se pretende que constitua um instrumento importante para os profissionais de saúde que exerçam a sua atividade centrada nas políticas comunitárias de saúde mental, com vista à promoção do *recovery*.

2.2. CARATERIZAÇÃO DAS FASES DO PROJETO

Este projeto dividiu-se em diferentes fases, sequenciais e interdependentes, pressupondo a valorização das sinergias e a colaboração e articulação efetiva entre os investigadores das instituições envolvidas. A equipa, numa primeira fase, procedeu à revisão do estado da arte, através da análise de literatura e consulta de peritos (profissionais de saúde) na área da saúde mental e psiquiátrica, avaliando as necessidades de intervenção no que diz respeito ao *recovery*. Também foram consultadas pessoas com doença mental e, assim, foram realizadas entrevistas exploratórias aos peritos e a estas pessoas, cujos resultados, em conjunto com os dados empíricos e teóricos existentes, contribuíram para o desenvolvimento de um instrumento de avaliação das necessidades da pessoa com doença mental.

Uma segunda fase teve como objetivos construir o instrumento mencionado no parágrafo anterior e constituir a amostra do estudo de investigação. Procedeu-se ao tratamento da informação resultante das diferentes abordagens (revisão do estado da arte e consulta de peritos/pessoas com doença mental) que, ao ser compilada,

resultou no Instrumento de Avaliação das Necessidades de Pessoas com Experiência de Doença Mental. A amostra deste estudo foi constituída por utentes que se encontravam internados na CSBJ, em específico na Unidade de S. João de Deus e S. Luís Gonzaga – unidades de curto internamento. Os critérios de exclusão na amostra foram: pessoas que apresentassem problemas de adição, demência, debilidade mental, idade inferior a 18 anos e que não residissem no distrito de Braga.

De referir que o Projeto InterComuniCaRe foi submetido ao parecer da Comissão de Ética da Casa de Saúde do Bom Jesus – Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, tendo sido a sua implementação aprovada por esta comissão. A todos os elementos da amostra foi explicado em que é que consistia o projeto e a intervenção, sendo-lhes pedido que assinassem um consentimento informado, livre e esclarecido – caso não assinassem este documento, as pessoas seriam excluídas do estudo.

Algumas fases do projeto decorreram de forma sobreposta, em especial no que diz respeito à constituição da amostra e a implementação de uma intervenção domiciliária. Deste modo, sempre que um elemento da amostra era selecionado, a equipa procedia a um momento de avaliação inicial (M0) nos últimos dias de internamento da pessoa, procedendo à aplicação de um conjunto de instrumentos que forneciam dados e indicadores que possibilitavam o desenho de um Programa de Intervenção Individual (PII). Este PII foi desenvolvido em quatro meses, com 16 sessões, no domicílio da pessoa com doença mental em processo de *recovery* que a equipa se encontrava a acompanhar. Existiam mais dois momentos de avaliação: um momento de avaliação intermédio (M1), dois meses após o início do PII e; um momento de avaliação final (M2), quatro meses após o início de PII. A equipa de investigação desenvolveu igualmente visitas domiciliárias de *follow-up* no sentido de avaliar o estado de saúde da pessoa após a implementação do PII.

À medida que a amostra ia sendo constituída, a intervenção domiciliária implementada e a informação colhida, ia sendo construída uma base de dados, utilizando o Statistical Package for the Social Sciences 25.0, que nos permitiu uma análise estatística baseada nos três momentos de avaliação, com comparações e construção de indicadores, constituindo-se esta outra fase do projeto.

Uma última fase a apresentar é a divulgação de resultados e do conhecimento desenvolvido, que envolveu a apresentação de trabalhos em congressos e outros encontros científicos (sob a forma de comunicações orais e pósteres), publicação de artigos científicos em revistas internacionais e divulgação do Projeto InterComuniCaRe em ações nacionais e regionais promovidas por diferentes instituições. Foi ainda realizada uma divulgação digital, através da criação de um site, de uma página de Facebook e Instagram, que serviu de *link* para as diferentes gerações que constituem a sociedade, e que permitiu uma interface mais imediata com a população.

2.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

2.3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este instrumento foi construído pela equipa de investigação no sentido de recolher informação relativa a dados sociodemográficos e clínicos de cada elemento da amostra, preservando o princípio da confidencialidade. A aplicação deste questionário fornecia informação sobre: o sexo, a idade, a morada, o estado civil, as habilitações literárias, a situação profissional e financeira, a fonte de rendimento, a situação habitacional, o tipo de família, os filhos, o agregado familiar e dados clínicos, como por exemplo o diagnóstico psiquiátrico, o número de internamentos

e de anos de acompanhamento psiquiátrico e o local onde a pessoa era acompanhada.

2.3.2. Instrumento de Avaliação das Necessidades de Pessoas com Experiência de Doença Mental

Este instrumento foi igualmente desenvolvido pela equipa de investigação, tendo como base a revisão de literatura realizada e a consulta aos peritos/pessoas com doença mental como já foi referido anteriormente. O IAN contempla um total de 44 questões, de resposta tipo Likert com 5 posições (nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes, sempre), avaliando 6 dimensões: Dimensão Relações Sociais (RS), Dimensão Doença (D), Dimensão Económico (E), Dimensão Serviços de Saúde/profissionais (SSP), Dimensão Psicológico (P) e Dimensão Ambiente (A). Relativamente à pontuação, cada dimensão tem uma pontuação definida, sendo que quanto mais elevado o valor, menor a necessidade da pessoa nessa área.

2.3.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social

É um instrumento utilizado para avaliar a Satisfação com o Suporte Social, desenvolvida por Pais-Ribeiro (2011), que tem como objetivo verificar o grau de satisfação dos participantes relativamente à sua família, amigos, intimidade e atividades sociais. Trata-se de uma escala multidimensional, constituída por 15 itens de autopreenchimento e de resposta tipo Likert, com cinco posições (concordo totalmente, concordo na maior parte, não concordo nem discordo, discordo na maior parte e discordo totalmente). Este questionário avalia quatro dimensões ou factores: Satisfação com Amigos (SA), Intimidade (IN), Satisfação com a Família (SF) e Atividades Sociais (AS). A pontuação total da escala resulta da soma da totalidade de todos os itens. A pontuação de cada fator resulta da soma dos itens que

pertencem a cada um dos fatores. A pontuação total da escala pode variar entre 15 e 75, sendo que à pontuação mais elevada corresponde uma maior percepção de suporte social. Dado que o número de itens que compõe cada fator é diferente, as pontuações mínimas e máximas por fator são também distintas. Assim, para que se pudessem fazer comparações, a equipa, por indicação do autor, converteu a pontuação de cada dimensão entre a escala de 0 a 100.

2.3.4. Mini-Mental State Examination

O Mini-Mental State Examination é um instrumento de aplicação breve, utilizado com o objetivo de avaliar o funcionamento cognitivo (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994). É um instrumento que permite realizar o rastreio breve do prejuízo cognitivo, isto é, detetar mudanças cognitivas que ocorrem ao longo do tempo. Este instrumento avalia vários domínios cognitivos: a orientação temporal e espacial, a memória, atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade viso-construtiva. A pontuação total do instrumento corresponde ao somatório da pontuação obtida em todos os itens, sendo que a pontuação total máxima que se pode obter neste instrumento é de 30 pontos. Os domínios apresentam as seguintes pontuações: Orientação – 10 pontos; Retenção – 3 pontos; Atenção e cálculo – 5 pontos; Evocação – 3 pontos; Linguagem – 8 pontos; Habilidade construtiva – 1 ponto.

2.3.5. Instrumento de Avaliação de Ganhos em Saúde

O Instrumento de Avaliação de Ganhos em Saúde, habitualmente denominado de EQ-5D, é um instrumento genérico de autopreenchimento que pretende avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde que permite gerar um índice representando o valor do estado de saúde de um indivíduo (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich & Vieira, 1999). Este instrumento foi desenvolvido pelo grupo

EuroQoL a partir de 1987 e tornado público desde 1990, e baseia-se num sistema classificativo que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013). Cada uma destas dimensões tem três níveis de gravidade associados, correspondendo a sem problemas (nível 1), alguns problemas (nível 2) e problemas extremos (nível 3) vividos ou sentidos pelo indivíduo. Para além do preenchimento deste sistema descritivo, é solicitado ao participante que registe a avaliação que faz do seu estado de saúde em geral numa escala visual analógica de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável) denominada frequentemente por termómetro EQ-VAS (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013).

2.3.6. Índice de Graffar

O Índice de Graffar classifica a classe socioeconómica em classe alta (superior), classe média/alta, classe média, classe média/baixa e classe baixa (inferior) (Amaro, 1990). Este instrumento avalia cinco áreas, Profissão, Instrução, Fonte Principal de Rendimento, Tipo de Habitação e Local de Residência, sendo que cada uma varia numa pontuação de 1 a 5. No somatório total a Classe alta (superior) é aquela cuja pontuação é mais baixa (5 a 9 pontos) enquanto a Classe baixa (inferior) tem a pontuação mais elevada, variando entre 22 e 25 pontos.

3. PROGRAMA INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO: MODELO INTERCOMUNICARE

Foi muito importante ter a vossa visita uma vez por semana. Consegui perceber um pouco mais sobre a minha doença e o que fazer quando sentir que estou a ficar doente.

R. M., 50 anos, pessoa em processo de *recovery*

3. PROGRAMA INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO: MODELO INTERCOMUNICARE

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

Quando se aborda o *recovery* é importante salientar que não está implícita uma remissão absoluta dos sintomas, mas sim a superação dos efeitos associados à doença mental tais como o estigma, desemprego, pobreza, a perda de um papel social, isolamento social ou a perda do sentido da vida. Tal como foi referido, não é algo que os serviços possam fazer pela pessoa, sendo a contribuição dos profissionais de saúde apoiar a pessoa no caminho a percorrer rumo à recuperação. Por outro lado, o trajeto para a recuperação é individual. O melhor caminho de apoio irá variar de pessoa para pessoa.

A intervenção na comunidade não tem como finalidade pôr fim às disfunções patológicas, “mas desenvolver as potencialidades da pessoa, a partir do ponto em que se encontra no sentido de intensificar o seu funcionamento positivo” (Rebelo, Gonçalves, & Bolina, 2015, p. 25). Neste sentido, torna-se fulcral o planeamento de programas de intervenção individuais direcionados a pessoas com doença mental, aquando da alta de um internamento numa unidade de cuidados. Não chega mudar a ênfase de um modelo curativo para um modelo preventivo, é necessário “ultrapassar a simples prevenção da doença mental, que é um programa negativo, para a atitude positiva de tentar encontrar os caminhos e os meios para as pessoas viverem as suas vidas no seu melhor” (Rebelo, Gonçalves, & Bolina, 2015, p. 25).

A atividade dos profissionais de saúde, ainda que centrada na pessoa, a todo o momento pode ser conduzida sob a linha orientadora que visa as interações da pessoa no seu contexto de vida familiar, laboral, de lazer ou outros, contribuindo para seja possível para a mesma lidar melhor com os problemas do seu meio ou para que o consiga modificar no sentido favorável à sua saúde (Rebelo, Gonçalves, & Bolina, 2015, p. 23). Esta é uma actividade orientada para o *recovery* pessoal, centrada nos valores de cada um, na responsabilidade, orientada para a escolha e com o intuito de despertar o poder nas pessoas (Slade, 2011).

Quando mudar os comportamentos pessoais é considerado o objetivo do programa de intervenção, o *empowerment* individual pode ser utilizado por alguns profissionais para enfatizar a capacidade de cada indivíduo de controlar a sua própria saúde. Porém, a transformação pessoal é um produto coletivo, e implica um real aumento de poder para mudar as condições de vida e os ambientes onde se vive (Rebelo, Gonçalves, & Bolina, 2015).

O PII construiu-se tendo por base as necessidades identificadas através dos instrumentos de avaliação aplicados, o relato das pessoas com doença mental e ainda a observação da realidade *in loco* por parte dos investigadores. Só com estes três elementos é que a equipa conseguiu definir um programa único para cada participante.

O PII é estruturado através das dimensões que coincidem com as definidas do IAN: relações sociais, doença, económica, serviços de saúde/profissionais, psicológica e ambiente. Cada programa é constituído de acordo com os resultados da avaliação inicial e é organizado tendo em conta a priorização das necessidades que mais carecem de intervenção. Depois de identificadas as dimensões são definidas as intervenções para cada dimensão. Tal como foi referido no capítulo anterior, o PII foi implementado ao longo de dezasseis sessões, uma vez por semana, em contexto de domicílio, tendo apresentado uma duração de quatro meses; no programa estão

contempladas três avaliações, M0, M1 na oitava sessão, e a M2 na décima sexta sessão.

Na tabela seguinte (Tabela 1) são descritas de forma sucinta todas as sessões realizadas e as principais temáticas abordadas. Além das dezasseis sessões previstas, foram contempladas uma Sessão 0, correspondente à avaliação inicial, e uma Sessão *Follow-up*; esta última foi acrescentada ao planeamento inicial uma vez que se tornou imprescindível o acompanhamento e a avaliação da situação da pessoa depois da intervenção. Para a realização da visita *Follow-up*, a equipa definiu os seguintes critérios: a pessoa ter terminado o PII até M2; o término do PII ter ocorrido há pelo menos um mês; a pessoa aceitar receber a equipa em visita domiciliária e a pessoa manter a residência no distrito de Braga.

Sessões	Temática
Sessão 0	Avaliação inicial – M0 (antes da alta clínica)
Sessão 1	Apresentação e Avaliação das Necessidades no Domicílio
Sessão 2	Experiência da Pessoa
Sessão 3	Objetivos de <i>Recovery</i>
Sessão 4	Compreender para Capacitar
Sessão 5	Capacitar para Recuperar
Sessão 6	Intervir com as Pessoas que constituem o Suporte Social
Sessão 7	Estratégias de <i>Recovery</i>
Sessão 8	Avaliação Intermédia – M1
Sessão 9	Intervir para Recuperar
Sessão 10	O estigma no <i>Recovery</i>
Sessão 11	Hábitos e Rotinas
Sessão 12	A pessoa e a Comunidade
Sessão 13	A pessoa e a Rede de Cuidados
Sessão 14	A pessoa e a Interação Social
Sessão 15	Plano de Prevenção de Recaídas
Sessão 16	Avaliação Final – M2
Sessão <i>Follow-up</i>	A pessoa no Pós-intervenção

Tabela 1. Sessões iniciadas e temáticas abordadas

3.2. APRESENTAÇÃO DAS SESSÕES DE INTERVENÇÃO

A intervenção para cada pessoa foi definida de acordo com as necessidades identificadas na avaliação inicial e organizada de acordo com a priorização das necessidades que mais careciam de intervenção. De salientar que o PII é uma ferramenta dinâmica e individualizada, na medida em que, ao longo da sua implementação, e mediante novas necessidades, deve ser sempre alterado e adaptado às circunstâncias da pessoa.

As dimensões apresentadas e o alvo de intervenção em cada sessão podem ser replicados e trabalhados em diversas sessões mediante a necessidade apresentada pela pessoa. Neste sentido, por exemplo, com uma pessoa, se necessário, pode ser realizada apenas uma intervenção em todas as sessões, ou seja, o PII pode ser sustentado apenas com essa intervenção. Da mesma forma que, caso não se verifique a necessidade de intervenção de alguma dimensão definida, esta pode ser suprimida.

Como se pode verificar nas seguintes tabelas (Tabela 2 a Tabela 19), que são meramente orientadoras, em cada sessão podem ser trabalhadas mais que uma dimensão, pois existem dimensões que se sobrepõem e que devem ser trabalhadas em conjunto.

Realçamos que foi desenvolvido um Plano de Prevenção de Recaídas, construído ao longo de toda a intervenção - ao longo das várias sessões apresentadas neste *Guião* são abordados os pontos que o constituem. A penúltima sessão tem como objetivo fazer as principais sínteses de toda a intervenção, resultando um plano estruturado.

O Programa Individual de Intervenção – Modelo InterComuniCaRe apresentado nas tabelas seguintes, organizadas cronologicamente tendo em conta a sessão do programa, foi desenvolvido tendo em conta o número da sessão, as dimensões em que a equipa devia intervir, os objetivos da sessão, as intervenções a desenvolver e uma avaliação. De referir que o Programa Individual de Intervenção – Modelo InterComuniCaRe é apresentado de forma generalizada neste Guião, estruturando-se neste documento como uma compilação de todos os PII desenvolvidos ao longo do projeto.

Tabela 2. Sessão 0: Avaliação Inicial

Sessão 0	Avaliação inicial – M0 (antes da alta clínica)
Dimensões	Doença, Relações Sociais, Psicológica, Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais e Económica.
Objetivos	Apresentar o projeto de investigação, a equipa e os objetivos; Obter consentimento informado; Identificar as necessidades das pessoas com doença mental antes da alta clínica; Realizar avaliação inicial.
Intervenções	Realizar apresentação da equipa; Comunicar os objetivos da investigação/apoio domiciliário; Aplicar os instrumentos de avaliação; Disponibilizar contactos do projeto.
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que o Consentimento Informado se encontre preenchido e que tenham sido aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico e Clínico; Índice de Graffar; Instrumento de Avaliação de Necessidades; Escala de Satisfação com o Suporte Social; Mini-Mental State Examination; Euroqol EQ-5D.

Tabela 3. Sessão 1: Apresentação e Avaliação das Necessidades no Domicílio

Sessão 1	Apresentação e Avaliação das Necessidades no Domicílio
Dimensões	Doença, Relações Sociais, Psicológico, Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais e Económica.
Objetivos	Avaliar as necessidades no domicílio; Relembrar os pressupostos da investigação/visitas domiciliárias; Definir dia e a hora das visitas domiciliárias semanais.
Intervenções	Avaliar as necessidades reais da pessoa (em todos os domínios – e.g. psicológicos, económicos, relacionais, (...)); Proporcionar o estabelecimento de uma relação terapêutica; Avaliar as dinâmicas familiares; Avaliar as relações na comunidade; Relembrar os objetivos da investigação/visitas domiciliárias; Informar sobre os resultados obtidos na avaliação inicial (M0).
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção (ANEXO I) e que haja um agendamento efetivo das visitas domiciliárias.

Tabela 4. Sessão 2: Experiência da Pessoa

Sessão 2	Experiência da Pessoa
Dimensões	Doença e Relações Sociais
Objetivos	Avaliar as necessidades no domicílio (continuação); Entregar e preencher o Boletim de Acompanhamento (ANEXO II); Avaliar a experiência pessoal com a doença.
Intervenções	Identificar as necessidades pessoais, dinâmicas familiares e relações sociais; Reforçar a relação terapêutica; Preencher os seguintes itens do Boletim de Acompanhamento: identificação pessoal; acompanhamento de saúde; identificação do cuidador; agendamento das visitas domiciliárias; guia terapêutico prescrito. Avaliar a experiência pessoal com a doença, nomeadamente: início da doença; percurso/vivência com a doença; principais sintomas; adesão ao regime terapêutico.
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção e que se preencha o Boletim de Acompanhamento.

Tabela 5. Sessão 3: Objetivos de *Recovery*

Sessão 3	Objetivos de <i>Recovery</i>
Dimensões	Doença, Psicológica e Relações Sociais.
Objetivos	<p>Identificar as expectativas e os objetivos pessoais que a pessoa definiu para o seu <i>recovery</i>;</p> <p>Compreender a experiência da pessoa com a doença;</p> <p>Avaliar a capacidade/vontade em adquirir conhecimento sobre a características da doença que manifesta;</p> <p>Compreender a experiência da família/pessoa significativa/cuidador com a doença.</p>
Intervenções	<p>Conhecer os objetivos de <i>recovery</i> definidos pela pessoa (se necessário ajudar nessa definição);</p> <p>Avaliar a experiência da pessoa com a doença, nomeadamente:</p> <p>Conhecimentos sobre a doença: definição, sinais/sintomas, regime medicamentoso, sinais de alerta;</p> <p>A manifestação de emoção expressa como expressões emocionais excessivas (de hostilidade, criticismo, culpabilidade, intolerância perante a sintomatologia...);</p> <p>A vivência da doença: consequências, alterações de dinâmicas familiares, impacto causado na sua vida;</p> <p>Estratégias utilizadas para lidar com a doença.</p> <p>Avaliar a experiência da família/pessoa significativa/cuidador com a doença, designadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimentos sobre a doença: definição, sinais/sintomas, regime medicamentoso, sinais de alerta; • A manifestação de emoção expressa como expressões emocionais excessivas (de hostilidade, criticismo, culpabilidade, intolerância perante a sintomatologia...); • A vivência da doença: consequências, alterações de dinâmicas familiares; • A importância de diminuir a tensão familiar.
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção.

Tabela 6. Sessão 4: Compreender para Capacitar

Sessão 4	Compreender para Capacitar
Dimensões	Doença, Relações Sociais, Psicológica, Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais e Económica.
Objetivos	Compreender as dificuldades sentidas pela pessoa face à sua condição.
Intervenções	Avaliar as dificuldades sentidas pela pessoa face à doença, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades pessoais; • Dificuldades familiares/grupo de pares; • Dificuldades na comunidade; • Dificuldades de manter hábitos e rotinas.
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção.

Tabela 7. Sessão 5: Capacitar para Recuperar

Sessão 5	Capacitar para Recuperar
Dimensões	Doença e Psicológica
Objetivos	Capacitar a pessoa em relação em relação à doença; Capacitar a pessoa em relação ao regime terapêutico.
Intervenções	Promover o desenvolvimento de conhecimentos da pessoa em relação à doença, de acordo com as suas expetativas, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • Definição; • Sinais e sintomas; • Tratamento; • Desmistificação de mitos/ideias preconcebidas. Promover o desenvolvimento de conhecimentos da pessoa em relação ao regime terapêutico, particularmente: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar dúvidas/dificuldades da pessoa em relação ao regime terapêutico; • Explicar os diferentes tipos de medicação; • Informar dos efeitos da medicação; • Explicar a importância do cumprimento e rotinas da toma da medicação (horário e dosagem); • Esclarecer mitos/ideias preconcebidas.

Cont.

Intervenções	<p>Promover a adesão ao regime terapêutico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Definir estratégias para uma adesão ao regime terapêutico;• Ensinar estratégias para uma adesão ao regime terapêutico;• Treinar as estratégias definidas para uma adesão ao regime terapêutico (de acordo com necessidades e capacidades da pessoa): e.g. realizar do treino de preparação da caixa de medicação semanal, colocar alarme sonoro para lembrar a toma da medicação,...
Registo da Sessão	<p>No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção e que se preencha o Guia Terapêutico (ANEXO III).</p>

Tabela 8. Sessão 6: Intervir com as Pessoas que Constituem o Suporte Social

Sessão 6	Intervir com as Pessoas que Constituem o Suporte Social
Dimensões	<p>Doença, Relações Sociais, Psicológica, Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais e Económica.</p>
Objetivos	<p>Promover o desenvolvimento de conhecimentos das pessoas que constituem o suporte social, em relação à doença e regime terapêutico;</p> <p>Promover uma relação entre a pessoa e a família/rede de suporte social informal e formal.</p>
Intervenções	<p>Identificar dúvidas/dificuldades da das pessoas que constituem o suporte social;</p> <p>Explicar a doença, sinais e sintomas e tratamento;</p> <p>Reforçar a importância do cumprimento do regime terapêutico;</p> <p>Esclarecer mitos/ideias preconcebidas;</p> <p>Conhecer a relação existente entre a pessoa e a das pessoas que constituem o suporte social;</p> <p>Avaliar a relação com as pessoas que constituem o suporte social;</p> <p>Incentivar as pessoas que constituem o suporte social a verbalizar aspetos positivos/potencialidades em relação à pessoa;</p> <p>Fazer o levantamento das principais necessidades no relacionamento com as pessoas que constituem o suporte social/ambiente.</p> <p>Identificar, juntamente com a pessoa e com as pessoas que constituem o suporte social, estratégias de coping na relação.</p>
Registo da Sessão	<p>No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção.</p>

Tabela 9. Sessão 7: Estratégias de *Recovery*

Sessão 7	Estratégias de <i>Recovery</i>
Dimensões	Doença, Relações Sociais, Psicológica, Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais e Económica.
Objetivos	Compreender as dificuldades sentidas pela pessoa na sua gestão económica; Definir estratégias para lidar com as dificuldades sentidas; Definir as estratégias a implementar.
Intervenções	Avaliar a gestão económica da pessoa: Avaliar o rendimento mensal; Recolher informação sobre os gastos mensais; Identificar estratégias de gestão do seu orçamento mensal, se necessário. Desenvolver técnicas de resolução de problemas: e.g. definir o problema com clareza, realizar lista de possíveis soluções, analisar as consequências de cada solução elencada, escolher a melhor solução, desenvolver um plano para levar a cabo a prossecução da solução escolhida; Monitorizar e avaliar as estratégias adotadas.
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção.

Tabela 10. Sessão 8: Avaliação Intermédia

Sessão 8	Avaliação Intermédia – M1
Dimensões	Doença, Relações Sociais, Psicológica, Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais e Económica.
Objetivos	Realizar a avaliação intermédia.
Intervenções	Aplicar os instrumentos relativos à avaliação intermédia.
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção e que tenham sido aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico e Clínico; Índice de Graffar; Instrumento de Avaliação de Necessidades; Escala de Satisfação com o Suporte Social; Mini-Mental State Examination; Euroqol EQ-5D.

Tabela 11. Sessão 9: Intervir para Recuperar

Sessão 9	Intervir para Recuperar
Dimensões	Doença, Relações Sociais, Psicológica, Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais e Económica.
Objetivos	Definir estratégias para lidar com as dificuldades sentidas (continuação).
Intervenções	<p>Treinar técnicas de resolução de problemas;</p> <p>Treinar as estratégias a implementar (treinar técnicas adequadas às necessidades identificadas pela/para a pessoa):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treino de preparação da caixa de medicação semanal; • Treino de Estimulação Cognitiva; • Auto-monitorização do humor; • Monitorização das alterações do conteúdo e forma do pensamento; • Treino da assertividade; • Auto-monitorização do padrão de sono; • Psicoeducação, e.g. sinais e sintomas, relações sociais, alimentação,...; • Treino de gestão e uso do dinheiro; • Procura ativa de emprego.
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção e que se preencha o Registo de Auto-monitorização do Humor (ANEXO IV).

Tabela 12. Sessão 10: O Estigma no *Recovery*

Sessão 10	O Estigma no <i>Recovery</i>
Dimensões	Doença, Relações Sociais, Psicológica, Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais e Económica.
Objetivos	<p>Monitorizar as intervenções realizadas;</p> <p>Abordar o conceito do estigma, nas várias dimensões;</p> <p>Avaliar o impacto do estigma no seu <i>recovery</i>.</p>
Intervenções	<p>Avaliar as intervenções realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar momentos de partilha de sentimentos/emoções e dificuldades sentidas; • Avaliar em conjunto com a pessoa as intervenções realizadas; • Realizar, caso necessário, ações de melhoria.

Cont.

Intervenções	<p>Esmiuçar o conceito de estigma:</p> <ul style="list-style-type: none">• Discriminação e suas consequências;• O modo de lidar com a discriminação e o estigma;• A importância da informação no combate ao estigma e à discriminação. <p>Informar sobre os direitos e deveres da pessoa com doença mental.</p>
Registo da Sessão	<p>No final desta sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção (com ênfase na evolução da pessoa relativamente às estratégias promovidas na última sessão).</p>

Tabela 13. Sessão 11: Hábitos e Rotinas

Sessão 11	Hábitos e Rotinas
Dimensões	Relações Sociais e Ambiente.
Objetivos	<p>Monitorizar as intervenções realizadas;</p> <p>Compreender hábitos e rotinas da pessoa;</p> <p>Promover hábitos e rotinas da pessoa.</p>
Intervenções	<p>Avaliar as intervenções realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporcionar momentos de partilha de sentimentos/emoções e dificuldades sentidas;• Avaliar em conjunto com a pessoa as intervenções realizadas;• Encontrar estratégias alternativas, caso seja necessário. <p>Incentivar hábitos e rotinas da pessoa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Conhecer hábitos e rotinas da pessoa;• Avaliar as expectativas da pessoa em diversificar as suas ocupações;• Explorar novas possibilidades de ocupações. <p>Construir com a pessoa um Plano de Ocupação Semanal.</p>
Registo da Sessão	<p>No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção (com ênfase na evolução da pessoa relativamente às estratégias promovidas na última sessão) e que se preencha o Plano de Ocupação Semanal (ANEXO V).</p>

Tabela 14. Sessão 12: A Pessoa e a Comunidade

Sessão 12	A Pessoa e a Comunidade
Dimensões	Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais.
Objetivos	Monitorizar as intervenções realizadas; Compreender os conhecimentos da pessoa sobre os recursos e serviços de saúde existentes na comunidade; Promover a adesão aos recursos na comunidade.
Intervenções	<p>Avaliar as intervenções realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar momentos de partilha de sentimentos/emoções e dificuldades sentidas; • Avaliar em conjunto com a pessoa as intervenções realizadas; • Monitorizar o plano de ocupação semanal; • Encontrar estratégias alternativas, caso seja necessário. <p>Avaliar os conhecimentos da pessoa sobre os recursos e serviços de saúde existentes na comunidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saber quais os recursos/serviços de saúde existentes na comunidade; • Saber quais os recursos/serviços de saúde conhecidos pela pessoa; • Saber que recursos/serviços de saúde a pessoa utiliza; • Saber os recursos/serviços de saúde que a pessoa necessita; • Experiência na utilização destes serviços; • Benefícios/dificuldades sentidas no acesso aos serviços. <p>Incentivar o acesso aos recursos identificados na comunidade.</p>
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção (com ênfase na evolução da pessoa relativamente às estratégias promovidas na última sessão) e que se continue a completar o Plano de Ocupação Semanal.

Tabela 15. Sessão 13: A Pessoa e a Rede de Cuidados

Sessão 13	A Pessoa e a Rede de Cuidados
Dimensões	Ambiente e Serviços de Saúde e Profissionais.
Objetivos	<p>Monitorizar as intervenções realizadas;</p> <p>Promover a adesão aos recursos na comunidade;</p> <p>Promover o acesso aos serviços de saúde;</p> <p>Alargar a rede de cuidados.</p>
Intervenções	<p>Avaliar as intervenções realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar momentos de partilha de sentimentos/emoções e dificuldades sentidas; • Avaliar em conjunto com a pessoa as intervenções realizadas; • Monitorizar o plano de ocupação semanal; • Encontrar estratégias alternativas, caso seja necessário. <p>Incentivar adesão aos recursos da comunidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acesso aos recursos identificados na comunidade; • Utilização dos serviços de saúde na comunidade; • Conhecimentos acerca dos recursos de saúde a recorrer aquando de uma situação de crise. <p>Promover a continuidade de cuidados através de contactos com parceiros existentes na comunidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar quais os recursos que a pessoa precisa; • Incentivar a adesão aos recursos na comunidade; <p>Promover a continuidade de cuidados através de contactos com parceiros existentes na comunidade (continuação):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articular com os serviços da comunidade, sempre que se justificar: <ul style="list-style-type: none"> o Articular com o serviço social da área de residência; o Realizar parcerias com instituições/serviços existentes na comunidade que deem resposta às necessidades da pessoa (e.g) centros de saúde, hospitais, cruz vermelha, câmaras municipais, banco alimentar, redes locais de inserção social, redes locais de intervenção social, Cáritas, (...).
Registo da Sessão	<p>No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção (com ênfase na evolução da pessoa relativamente às estratégias promovidas na última sessão) e que se continue a completar o Plano de Ocupação Semanal.</p>

Tabela 16. Sessão 14: A Pessoa e a Interação Social

Sessão 14	A Pessoa e a Interação Social
Dimensões	Relações Sociais.
Objetivos	Monitorizar as intervenções realizadas; Compreender as relações sociais da pessoa.
Intervenções	<p>Avaliar as intervenções realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar momentos de partilha de sentimentos/emoções e dificuldades sentidas; • Avaliar em conjunto com a pessoa as intervenções realizadas; • Monitorizar o plano de ocupação semanal; • Encontrar estratégias alternativas, caso seja necessário. <p>Avaliar a interação social;</p> <p>Identificar as dificuldades sentidas;</p> <p>Definir estratégias para lidar com o problema, e.g. sair uma vez por semana, ir às compras, tomar um café,...;</p> <p>Implementar estratégias de coping para lidar com o seu problema.</p>
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção (com ênfase na evolução da pessoa relativamente às estratégias promovidas na última sessão) e que se continue a completar o Plano de Ocupação Semanal.

Tabela 17. Sessão 15: Plano de Prevenção de Recaídas

Sessão 15	Plano de Prevenção de Recaídas
Dimensões	Doença, Relações Sociais, Psicológica, Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais e Económica.
Objetivos	Construir o Plano de Prevenção de Recaídas.
Intervenções	<p>Preencher os seguintes itens do Plano de Prevenção de Recaídas:</p> <p>Sinais de Alerta;</p> <p>O que fazer se experienciar os sinais de Alerta;</p> <p>Quem posso contactar se experienciar os sinais de Alerta.</p>
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção (com ênfase na evolução da pessoa relativamente às estratégias promovidas na última sessão) e que se preencha o Plano de Prevenção de Recaídas.

Tabela 18. Sessão 16: Avaliação Final

Sessão 16	Avaliação Final – M2
Dimensões	Doença, Relações Sociais, Psicológica, Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais e Económica.
Objetivos	Realizar a avaliação final.
Intervenções	Aplicar os instrumentos relativos à avaliação intermédia.
Avaliação	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção e que tenham sido aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico e Clínico; Índice de Graffar; Instrumento de Avaliação de Necessidades; Escala de Satisfação com o Suporte Social; Mini-Mental State Examination; Euroqol EQ-5D.

Tabela 19. Sessão *Follow-up*: A pessoa no Pós-Intervenção

Sessão Follow-up	A Pessoa no Pós-intervenção
Dimensões	Doença, Relações Sociais, Psicológica, Ambiente, Serviços de Saúde e Profissionais e Económica.
Objetivos	Avaliar o processo de <i>recovery</i> da pessoa após a intervenção.
Intervenções	<p>Identificar as atuais condições sociodemográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morada; • Estado Civil; • Habilitações Literárias; • Situação Profissional; • Situação Financeira; • Fonte de Rendimento; • Situação Habitacional; • Tipo de Família. <p>Identificar atual situação clínica e social, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adesão a consulta de acompanhamento de Psiquiatria; • Reinternamento em psiquiatria; • Recorrência a uma urgência de psiquiatria; • Adesão aos Cuidados de Saúde Primários (consulta com médico, enfermeiro de família e assistente social); • Avaliar o estado atual em relação ao momento da alta; • Avaliar interação social.
Registo da Sessão	No final desta Sessão pretende-se que se efetue o registo da mesma em Diário de Intervenção e que se preencha o Questionário Sociodemográfico e Clínico - VD – Follow-up (ANEXO VI).

4. POTENCIALIDADES, OBSTÁCULOS E DESAFIOS DA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NO *RECOVERY*

*Quando fui para a Casa de Saúde não sabia porque é que lá estava. Vocês ajudaram-me a
perceber muitas das minhas ideias.*

A.A., 22 anos, pessoa em processo de *recovery*

4. PROGRAMA INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO: MODELO INTERCOMUNICARE

4.1. POTENCIALIDADES

A avaliação de necessidades por parte dos profissionais de saúde deve corresponder a um dos primeiros componentes do acompanhamento do processo de *recovery*. Destacamos a possibilidade de ser possível, com este tipo de programas, avaliar as necessidades das pessoas com doença mental *in loco*. Este aspeto faz com que a identificação das necessidades seja mais fidedigna, com a identificação das reais necessidades e dificuldades sentidas pela pessoa no seu próprio ambiente. Tendo ainda em conta a experiência dos peritos consultados no início do desenvolvimento do InterComuniCaRe, num momento inicial, quando se estabelecem as visitas domiciliárias, e se realiza uma avaliação eficaz, torna-se possível avaliar quais as problemáticas e planear uma intervenção estruturada e adequada à situação.

É importante conhecer o meio em que a pessoa se insere e realizar o estudo da situação familiar, identificando, desta forma, possíveis situações disfuncionais que possam contribuir para esse desajuste da pessoa ou família. Esta avaliação de necessidades torna-se mais eficiente e eficaz quando são promovidas várias situações, como, por exemplo, a avaliação de necessidades *in loco* (e através de instrumentos de medida), com utilização do relato da pessoa em *recovery*.

Outra das potencialidades identificadas através da intervenção comunitária desenvolvida com este projeto é o estabelecimento de uma relação de parceria

direta com a pessoa. Esta relação tem por base a confiança, e é formada de acordo com a disponibilidade da pessoa que acompanhamos, sem as barreiras ou rotinas de um internamento.

Estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas com doença mental é uma das habilidades mais importantes dos profissionais de saúde. Embora seja importante para todas as profissões da saúde, a relação terapêutica é crucial para o sucesso das intervenções junto de pessoas que precisam de cuidados de saúde mental e psiquiátricos, pois a própria relação e a comunicação associada a ela fundamentam o tratamento e o êxito (Videbeck, 2012) do mesmo.

Um dos aspetos referidos pelos peritos como sendo importante para o *recovery* da pessoa com doença mental são os serviços de saúde. Serviços especializados e de proximidade são ferramentas fundamentais para intervir e apoiar as pessoas com doença mental no regresso à comunidade, pois só a identificação de necessidades é facilitada através da presença dos profissionais de saúde no domicílio. Esta dimensão encontra-se claramente espelhada no PINSM (2008) e no PrNSM (2017), que incentiva a articulação dos cuidados especializados de saúde mental com os cuidados de saúde primários, assim como com outros sectores considerados relevantes.

A par da relação de parceria com a pessoa que se obtém através de um serviço de proximidade e da relação estabelecida entre os intervenientes, é possível também fomentar a relação e intervenção junto das pessoas que constituem o seu suporte social. Torna-se fundamental conseguirmos trabalhar igualmente a forma como a família ou amigos, acolhem a pessoa, e como poderão ajudar na continuação do processo de *recovery*. É possível que as pessoas que constituem o suporte social da pessoa com doença mental apresentem alguns défices em relação ao conhecimento sobre a doença, o tratamento e as suas próprias capacidades. Intervir no desenvolvimento do conhecimento e capacidades possibilita uma diminuição da

sobrecarga daqueles que fazem parte do suporte social e uma melhoria das dinâmicas familiares, com vista à redução de crises e/ou reinternamentos.

Um serviço de proximidade pressupõe um acompanhamento mais regular e sistemático. Todos os peritos consultados na primeira fase desta investigação realçam o facto de este aspeto ser uma das principais potencialidades de um serviço de apoio domiciliário. Referem igualmente que se torna fulcral existir uma equipa multidisciplinar que acompanhe as pessoas nas primeiras semanas após alta hospitalar, com envolvimento das pessoas que constituem o suporte social da pessoa com doença mental, no sentido de travar um fenómeno comum que, habitualmente, se designa de *porta-giratória*.

Quando uma pessoa tem alta de uma unidade de cuidados, e volta para o contexto prévio ao internamento, poderá encontrar os mesmos obstáculos que existiam antes do mesmo, fazendo então sentido um acompanhamento mais próximo, realizado por uma equipa multidisciplinar. É pouco benéfico colocar expectativas demasiado altas se a pessoa ainda se encontra no início do seu percurso de *recovery*, pois esta poderá apresentar muita dificuldade em corresponder às mesmas (Slade, 2011, p.20).

As pessoas necessitam de recuperar não só das problemáticas derivadas da doença mental, mas também dos efeitos que esta tem a nível emocional, físico, intelectual, social e espiritual. A interação com os outros e a participação ativa na vida são importantes recursos para o bem-estar da pessoa em *recovery*. Aliás, muitas pessoas em *recovery* referem em especial que, a espiritualidade, representa um suporte importante quando se sentem abandonados (Slade, 2011). A existência de uma equipa especializada que, de alguma forma, possa acompanhar a pessoa e os significativos com a proximidade e a regularidade pretendida, pode possibilitar a facilitação do processo de *recovery*.

A regularidade da intervenção é outra das potencialidades identificadas. De acordo com a nossa experiência, e com o relato dos peritos consultados, consideramos que

existe uma insuficiência no que diz respeito à regularidade de acompanhamento das pessoas com doença mental que têm alta após um internamento. A nossa experiência confirma ainda que, a maioria das pessoas que têm alta, não têm o devido acompanhamento comunitário o mais precoce possível, e com a regularidade pretendida, donde poderá advir uma recaída e, por consequência, um reinternamento.

Talvez fosse benéfico que todas as pessoas com doença mental, após um internamento, tivessem uma primeira consulta de acompanhamento da especialidade (psiquiatria) para aferir a evolução da situação poucos dias após a saída da unidade de cuidados. Seria ainda importante a existência de mais respostas a esse nível, pois estas são escassas e, assim, era possível abranger um número mais alargado de pessoas.

Uma das características mais apreciáveis do trabalho na comunidade é o facto de podermos, e devermos, trabalhar com base na articulação entre serviços e instituições. Estas sinergias permitem que o processo de *recovery* e adaptação seja mais facilitado - toda a rede de cuidados que seja possível construir é essencial, sendo um fator de proteção da pessoa com doença mental. A articulação entre serviços e instituições não só é importante no momento da alta, como durante o internamento. Os peritos realçaram que é fulcral que a equipa de cuidados da comunidade saiba quais as intervenções realizadas durante o internamento, com o objetivo de dar continuidade aos cuidados necessários.

Para o sucesso do processo de *recovery* é também importante a implementação de um suporte de cuidados adequado. Este suporte de cuidados contempla não só o acompanhamento ao nível da saúde, mas o acompanhamento em todos os seus contextos (e.g. social, económico ou ambiente). Neste sentido, a existência de uma equipa multidisciplinar que possa acompanhar a pessoa torna-se uma potencialidade e um factor de proteção, sempre com o objetivo máximo de promover os processos e a integração da pessoa na comunidade. Nesta articulação

de cuidados pretende-se que a equipa da comunidade faça também uma avaliação de necessidades ao nível dos cuidados de saúde, de encaminhamento para respostas sociais, de ocupação ou de aconselhamento e, mediante os resultados da avaliação, a equipa pode elaborar um plano de intervenção para trabalhar com a pessoa, ajudando, de alguma forma, na colmatação de necessidades.

Outra das potencialidades de um apoio de proximidade é a promoção da integração social que é, muitas vezes, identificada como sendo um foco urgente de atuação no pós-alta e que mais carece de intervenção. A integração social está presente a nível do emprego, de ocupação, da interação social, de hábitos e das rotinas – se não existe uma equipa de intervenção de proximidade, as dificuldades a este nível podem ser extensas. Acompanhando a pessoa na concretização para conseguir uma ocupação estruturada e/ou atividades sociais que a satisfaçam, permitimos que a mesma tenha rotinas mais saudáveis e, desta forma, facilitamos a sua integração social.

4.2. OBSTÁCULOS

Trabalhar mais em comunidade torna-se fundamental na área da saúde mental e psiquiatria, porém, existem algumas dificuldades que podem condicionar o processo de *recovery* da pessoa com doença mental. Estas devem ser reconhecidas, para que possam ser trabalhadas na construção de um futuro mais estruturado.

Um dos obstáculos com que nos deparamos durante este percurso foi o acompanhamento imediato da pessoa após a alta de uma unidade de cuidados. Esta dificuldade pode dever-se a vários fatores, tais como: ausência de informação entre os serviços de internamentos e os serviços de cuidados de saúde primários acerca da alta (ou licenças de ensaio) da pessoa; dificuldade na transmissão da

informação acerca do plano terapêutico da pessoa para o seu enfermeiro e ou médico de família; escassez de equipas que realizem um acompanhamento de proximidade à pessoa com doença mental e aqueles que constituem a sua rede de suporte social ou; inexistência de um protocolo/linhas orientadoras que possam demarcar os profissionais de saúde no acompanhamento imediato da pessoa com alta de uma unidade de cuidados.

A morosidade na marcação da consulta de acompanhamento pela especialidade de psiquiatria apresenta-se como outro obstáculo frequentemente relatado, tanto pelas pessoas com doença mental, bem como pelos profissionais de saúde consultados. Esta dificuldade acarreta um sentimento de vulnerabilidade e *stress* para a pessoa com doença mental e pessoas do suporte social, podendo existir um sentimento de abandono, receando uma nova descompensação ou um reinternamento. De facto, ao realizarmos as visitas *follow-up* deparamo-nos com esta realidade. A maioria das pessoas que a equipa acompanhou ainda não tinha tido a primeira consulta de psiquiatria pós-alta tendo, por vezes, como alternativa, de recorrer ao serviço de urgência dos hospitais gerais. Este meio torna-se o mais célere para as pessoas conseguirem um acompanhamento imediato da especialidade, no sentido de tentarem ajustar algumas dificuldades que surgiram neste período, e.g. ajustes de medicação, nova sintomatologia ou renovação de receituário. Este obstáculo poderá prejudicar o trabalho em rede, ou seja, a interligação existente entre todos os intervenientes na saúde da comunidade (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos ou terapeutas ocupacionais) e todas as instituições que nela desempenham funções.

Outro dos obstáculos sentidos pela equipa foi o défice de comunicação entre os diferentes profissionais de saúde e as diferentes equipas. Este facto condiciona todo o trabalho de continuidade e parceria que deve existir entre as várias estruturas comunitárias, e que têm como finalidade apoiar a pessoa com doença mental na comunidade – em especial o trabalho de cooperação que deve existir entre os

serviços privados e os públicos. Os peritos consultados foram frontais em afirmar que, nesta esfera, ainda existem diversos entraves a uma comunicação eficiente e vantajosa que permita, em equipa, planear e intervir junto da pessoa com doença mental e seus significativos. Compreende-se que estas lacunas interferem de forma direta no processo de *recovery*, existindo um défice no apoio que se pode disponibilizar; melhorar essa comunicação seria um fator de proteção para a pessoa com doença mental.

A continuidade de cuidados é fundamental para que exista sucesso durante os diferentes processos de *recovery*. Quando se fala em continuidade de cuidados em saúde mental e psiquiatria surge a necessidade de existir uma equipa especializada que, de alguma forma, possa acompanhar a pessoa, a sua família e os seus amigos. Esta equipa de cuidados continuados tem de ser multidisciplinar e constituída por elementos de várias áreas de intervenção, uma vez que as necessidades das pessoas são diferentes.

Frequentemente ocorre o fenómeno já referido da *porta-giratória*, ou seja, as pessoas com doença mental, após um internamento, nem sempre conseguem lidar com a sua condição e com a falta de apoio que encontram, ocorrendo uma descompensação de sintomas que as leva, novamente, a uma unidade de cuidados para controlo da agudização. Todas as complicações de sintomatologia trazem aspetos negativos para a pessoa e, a intervenção dos profissionais de saúde na comunidade pretende evitar estes problemas. Estes só podem ser diminuídos se existir um trabalho em rede, através de uma adequada comunicação entre os mesmos e entre as diferentes equipas, o que permitirá uma continuidade de cuidados mais profícua.

Durante as visitas domiciliárias que realizámos durante o decorrer do projeto, deparámo-nos com um obstáculo relacionado com a mediação de conflitos do agregado familiar que acompanhámos. Esta dificuldade é propiciada pela falta de conhecimento sobre os cuidados a desenvolver durante o processo de *recovery*,

revelando que toda a experiência pessoal com a doença acarreta, por vezes, sentimentos de incapacidade, frustração, intolerância e desesperança. O mais difícil foi ajudar no desenvolvimento de uma visão para além do diagnóstico de doença mental, pois existia um foco na palavra *doença* e não nas características positivas e potencialidades que as pessoas com doença mental apresentam - e que muitas vezes são desvalorizadas, ou até esquecidas, pelas próprias pessoas e por aqueles com quem se relacionam.

Ao longo da implementação deste projeto deparamo-nos com outro obstáculo: o conflito entre o papel de profissional de saúde e o de investigador; foi árduo, em algumas situações, distinguir as ações pertencentes a cada um dos papéis. Apesar de todos os conflitos internos para conciliar estas duas funções, consideramos que é possível existir um equilíbrio entre elas.

O trabalho na comunidade é, muitas vezes, exaustivo e, de forma amiúde, inconstante. Existem variáveis que não são possíveis de controlar, o que torna a nossa intervenção ainda mais desafiante. Outro dos obstáculos com que nos deparamos foi com a gestão de imprevistos, como por exemplo a distância entre domicílios, o ajuste do tempo necessário ao tempo definido para cada sessão, as alterações no agendamento das visitas domiciliárias ou a desmarcação das mesmas, por parte da pessoa com doença mental, sem aviso prévio.

4.3. DESAFIOS

Depois do caminho percorrido, com potencialidades e obstáculos, emergem alguns desafios que nos parecem importantes no caminho do *recovery* da pessoa com

doença mental. Estes desafios são voltados para estas pessoas e para os profissionais de saúde, e têm em conta a articulação entre os diferentes serviços e estruturas de apoio existentes no desenvolvimento de uma intervenção comunitária.

Os desafios encontrados pela nossa equipa de investigação, que devem ser superados no sentido de melhorar a intervenção comunitária e, por consequência, facilitar o *recovery* e a integração das pessoas com doença mental foram os seguintes (Figura 4):

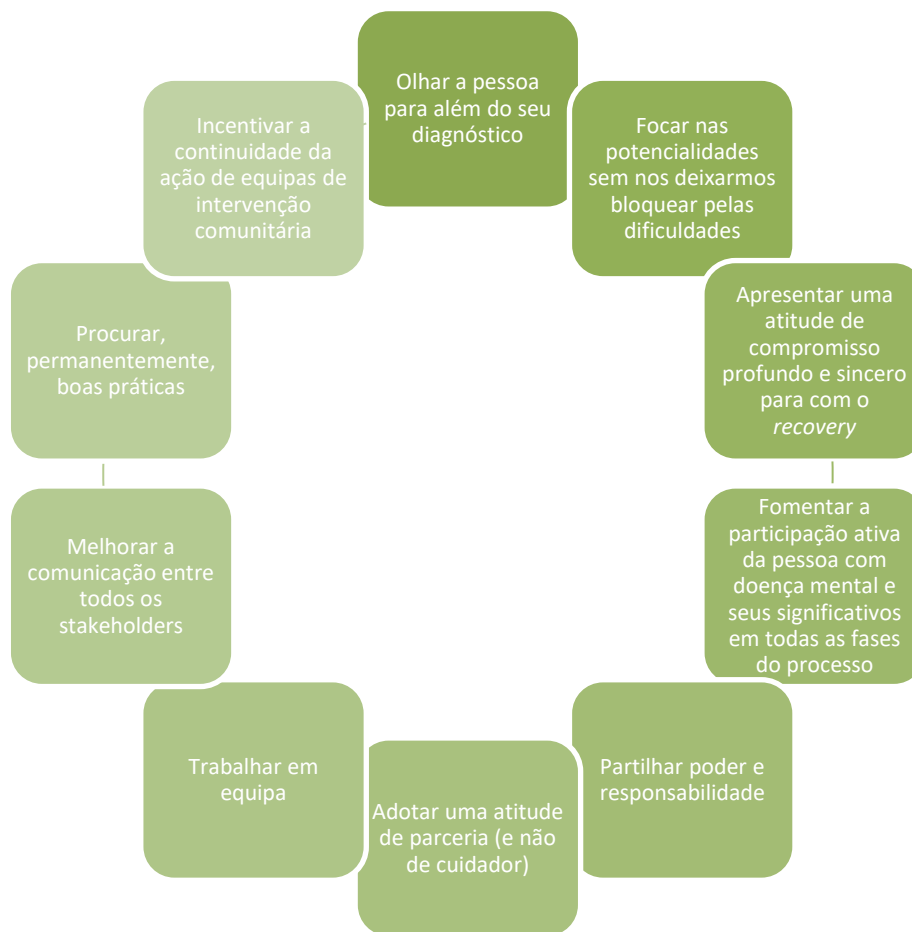


Figura 4. Desafios encontrados

A base da intervenção em comunidade pode ter por princípio a superação destes desafios. O foco da intervenção é a pessoa com quem trabalhamos, e devemos ter noção que a mesma não se encontra sozinha, apresenta uma rede, estrutura e um contexto familiar (ou social) que não podem ser esquecidos.

Trabalhamos com e para a pessoa e, desta forma, não devemos reduzir a sua essência a um diagnóstico psiquiátrico, mas devemos sim focar-nos nas suas capacidades, expectativas e no seu projeto de vida. A manutenção neste foco é um desafio importante, porém, é importante para a intervenção que podemos desenvolver com as pessoas que constituem o suporte social da pessoa com doença mental, visto que, muitas vezes, estas ocupam um papel importante na facilitação das condições necessárias ao *recovery*, em especial se existirem crises ou outros problemas.

Não nos devemos esquecer que o *recovery* é algo que é trabalhado e experimentado pela pessoa com doença mental. A pessoa necessita de recuperar não só da doença mental, mas também dos efeitos que esta exerce a nível emocional, físico, intelectual, social ou espiritual, pelo que, a interação com os outros e a participação ativa na vida são importantes recursos para o bem-estar (Slade, 2011, p. 23).

No decurso desta investigação foram algumas as pessoas com doença mental que desistiram/abandonaram o programa intervenção. Os motivos que justificam este comportamento foram diversos e passaram por processos de reagudização clínica, recusa em continuar a intervenção por não acharem importante o contributo da mesma para o seu processo de *recovery*, não terem disponibilidade para agendamento de visitas domiciliárias ou, ainda, mudança de residência.

Lidar com estas contrariedades é algo inevitável para quem estabelece uma intervenção clínica com pessoas na comunidade. De facto, nem sempre o que nós entendemos como prioritário e essencial (nós, profissionais de saúde e investigadores), é igual ao que a pessoa, e as pessoas que constituem a sua rede de suporte social, apresentam como priorização de necessidades. O principal desafio passa por adequar as nossas expectativas às expectativas da pessoa com doença mental que acompanhamos em comunidade, e onde nunca nos devemos esquecer que trabalhamos em parceria, com e para a pessoa.

A intervenção comunitária pretende apoiar as pessoas a ultrapassarem as limitações causadas pela sua doença e, assim, atingirem um nível potencial de funcionamento independente na comunidade – e este é um grande desafio. Este nível potencial pode ser alavancado através da aprendizagem de competências e desenvolvimento de novas capacidades, de mudanças ambientais, da (re) criação de redes de suporte social e ambientes que dêem apoio às competências adquiridas, desenvolvendo um novo significado e propósito para a vida, muito para além dos efeitos da doença mental.

5. PROJETO INTERCOMUNICARE: EXPERIÊNCIAS E TESTEMUNHOS

Vou sentir saudades vossas. Ajudaram-me muito. Quando quiserem podem voltar.

M. D., 63 anos, pessoa em processo de *recovery*

5. PROJETO INTERCOMUNICARE: EXPERIÊNCIAS E TESTEMUNHOS

5.1. EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

Ermelinda Macedo

Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem

Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Investigadora Responsável

Foi um percurso gratificante e com grandes desafios. Investigar na área da saúde mental e psiquiátrica in loco tornou-se um processo interessante, mas também transportou para muitas dificuldades. Vivenciaram-se situações diversas, as quais trouxeram consigo muitos sentimentos e emoções, muitas vezes difíceis de gerir. Esta experiência fez-me pensar muitas vezes que é difícil separar o papel do investigador do profissional de saúde.

A investigação leva-nos a cumprir muitos requisitos que, por vezes, não são compatíveis com o que encontramos no ambiente real e próprio de cada um. As pessoas alvo deste projeto trouxeram-me muita aprendizagem e crescimento enquanto investigadora e enquanto pessoa. São pessoas que precisam que a ciência faça muito por elas. Quer a prestação de cuidados, quer a investigação, ficam limitadas com atitudes de discriminação face às pessoas que cuidados e que queremos investigar. Foi necessário da parte dos investigadores persistência e

perseverança para que, apesar das limitações desta amostra, esta investigação fosse concluída.

O contacto com as pessoas nos seus domicílios trouxe-nos dados que a própria investigação não traduz objetivamente. Assegurou-nos algumas pistas mais subjetivas que nos revelaram como as pessoas vivem com as suas doenças, a necessidade de falarem sobre si, sobre os seus problemas e inquietações, não sendo fácil transportá-las para a escrita. Esta investigação implicou vários contactos com as pessoas nos seus domicílios (16 visitas domiciliárias a cada). Perdemos sujeitos entre os momentos de avaliação, por razões diversas. A seleção da amostra não foi ao encontro do projetado. Houve a necessidade de, neste percurso, que continuo a classificar como gratificante, de reajustarmos estratégias de implementação do projeto. Criar um Guia de Intervenção para profissionais relativo à promoção do recovery da pessoa com doença mental era o nosso objetivo. Penso que conseguimos, apesar de todas as dificuldades inerentes a este percurso. Mas mantenho a ideia que a investigação na saúde mental e psiquiátrica, tendo em conta a recuperação das pessoas com dificuldades nesta área da saúde, tem necessidade de ser desenvolvida. Ouvir as pessoas é fundamental; conhecer a realidade em que vivem é fundamental e a adaptação constante às alterações ocorridas é frequente.

Estar perto das pessoas permitiu perceber que são pessoas que precisam ser ouvidas; são pessoas que vivem sós; são pessoas que precisam que se interprete o que não é dito. A equipa deste projeto foi constituída por pessoas com experiência nesta área e, ainda assim, não se pode dizer que foi um processo linear. Para além da objetividade da investigação, ficam as sensações... São pessoas que precisam ser ajudadas; são pessoas que precisam de tempo para (re)aprender a gerir a sua vida e as suas emoções. Estes pormenores não podem ficar de lado, mesmo sabendo que a investigação quantitativa não tem em conta estes aspetos. Mas é importante que se faça esta reflexão. As pessoas com doença mental precisam que a investigação seja

desenvolvida tendo em conta as linhas que nos orientam para a recuperação e para a intervenção comunitária.

Não posso deixar de dizer que trabalhar na comunidade (no domicílio) destas pessoas torna-se uma tarefa mais difícil, porque as surpresas e os imprevistos acontecem com muita mais frequência. É um meio menos controlável. As portas, por vezes, não se abrem; as pessoas às vezes não estão em casa, apesar da marcação; as pessoas são reinternadas e, estas situações, levam-nos a reajustar as intervenções, sem que, com isso, se desvirtue o processo investigativo.

Estou certa que tudo fizemos para que conseguíssemos dar um contributo sério relativo a orientações sobre a recuperação da pessoa com doença mental. Acrescento que desenvolver um projeto de investigação não se limita aos participantes e aos sentimentos, sensações e emoções que estes nos suscitam, mas é um percurso com muitos contornos que exigem muita coordenação para que se consiga o objetivo final. No entanto, o que lembra são os ensinamentos que se tiraram, e nesse aspeto, as pessoas participantes foram as que marcaram mais profundamente. Foi para elas que trabalhámos!

Um grande bem-haja aos participantes deste estudo.

Um grande bem-haja às investigadoras do projeto.

Um grande bem-haja às instituições envolvidas (Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e Casa de Saúde do Bom Jesus).

Analisa Candeias

Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem

Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Investigadora

Na verdade, penso que o Projeto InterComuniCaRe surge na esfera dos serviços e da investigação em saúde mental para ocupar um espaço - espaço esse que possibilita à pessoa com doença mental em processo de recovery uma vivência plena em sociedade, mantendo-se produtiva e útil. O caminho feito por este projeto, que não é o primeiro em Portugal no âmbito da oferta de promoção do recovery, mas é inovador naquilo que diz respeito à articulação entre a investigação e a intervenção clínica, traduz-se num esforço multidisciplinar e que vai muito para além das paredes das instituições que desenvolveram esta parceria. O caminho feito por este projeto passou pela intimidade daqueles que vivem o processo de recovery, pelas suas vidas familiares e pelo respeito em relação às suas expectativas.

Além de ter sido desenvolvido num clima de uma aprendizagem constante, o InterComuniCaRe é uma mais valia para aqueles que acreditam no potencial humano, nas capacidades individuais de cada um e numa saúde mais global e envolvente. Este Guião de Intervenção, que é considerado um resultado final tecnológico do caminho percorrido, dirige-se em especial aos profissionais de saúde que desenvolvem as suas competências no âmbito da saúde mental e psiquiatria, mas é igualmente dirigido a todos aqueles que querem, como nós, aprender um pouco mais sobre o recovery.

O espaço que a equipa de investigadoras ocupou, nestes cenários comunitários de desenvolvimento do potencial da pessoa com doença mental, é um espaço que deixa oportunidade para novos caminhos e novos projetos tendo em vista o recovery, sendo realizado um pequeno, mas seguro, contributo para o crescimento da qualidade dos cuidados em saúde.

Filomena Gomes

Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem

Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Investigadora

Num tempo em que se preconiza que o doente com problemas de saúde mental esteja completamente inserido na família e comunidade, trabalhar num projeto que contribua para o sucesso dessa integração traz uma enorme satisfação. Este projeto, no entanto, previa mais que isso. Pretendia ajudar a pessoa que passou por um processo de internamento num serviço de psiquiatria, a lidar com a sua própria doença e com outras dificuldades do seu dia-a-dia.

Assim, o projeto InterComuniCaRe permitiu que se estabelecessem normas de intervenção nas pessoas que, após o internamento, pudessem regressar às suas rotinas do quotidiano com um empowerment superior ao anterior a essa experiência. Nestas intervenções foram considerados os diferentes ritmos de aquisição de competências para lidar com as situações de vida diária, as experiências e trajetórias pessoais e o seu contexto familiar e social.

Com este projeto pretendíamos quebrar preconceitos e criar pontes na relação entre as pessoas e o meio e o resultado final junto das pessoas que passaram pela experiência da intervenção desenvolvida confirma-o.

Considero que o recovery pode ser um detalhe no caminho para a integração da pessoa no seu quotidiano, mas a vida é feita de detalhes.

Ana Duarte

Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem

Enfermeira Generalista

Investigadora – Bolseira

O projeto InterComuniCaRe é um projeto muito completo. Com todo o embasamento teórico necessário a um projeto de investigação, o InterComuniCaRe contempla a parte comunitária, de apoio direto às pessoas.

Ao longo da minha permanência no Projeto pude colaborar em vários momentos, mas aquele que considero mais enriquecedor é o contacto com as pessoas, com a comunidade. Ver a evolução de cada pessoa após a alta, a sua reintegração na família e comunidade é verdadeiramente gratificante.

No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer. Muitas, mesmo muitas, são as pessoas que, por terem doença mental são discriminadas pela sociedade e até pela família. São muitas as dificuldades a ultrapassar e muito poucos os recursos a que recorrer.

Este Projeto é, assim, uma pequena gota num oceano. Mas, num oceano cada gota é fundamental. Espero que o InterComuniCaRe sirva de incentivo para um olhar diferente para as pessoas com doença mental que entram no processo de Recovery e que precisam, na maioria das vezes, de apoio.

Bárbara Pires

Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem

Enfermeira Generalista

Investigadora – Bolseira

A doença mental apresenta, em Portugal, uma incidência e prevalência significativas comparativamente a diversos países da Europa, o que torna esta dimensão essencial e determinante para e na a qualidade de vida dos portugueses. O Projeto InterComuniCaRe caracteriza-se por uma intervenção em contexto comunitário e em contacto com as necessidades específicas das pessoas com doença mental, tornando-se um catalisador no processo de recovery.

A oportunidade de pertencer a uma equipa de investigação multidisciplinar direcionada para a conquista de uma prática mais ampla e concreta no foro da doença mental permitiu-me compreender a complexidade dos processos que lhe são inerentes, contrabalançados com as necessidades detetadas na implementação dessas mesmas práticas.

Considero que são projetos como o InterComuniCaRe, que proporcionam um acompanhamento individualizado e com intuito do recovery da pessoa com doença mental, e que fomentam a procura por respostas às necessidades reais de cuidados, que promovem a saúde e a qualidade de vida das pessoas com doença mental, bem como a qualidade dos cuidados e assistência em saúde.

Carla Azevedo

Casa de Saúde do Bom Jesus

Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Investigadora

Aquando do início do projeto já tinha previamente a noção que é fundamental trabalhar na comunidade, nomeadamente na aplicação de programas de intervenção no recovery na área da saúde mental. Com um serviço de proximidade conseguimos alcançar o meio da pessoa e suas famílias/pessoas significativas/cuidadores, possibilitando desta forma avaliar as suas necessidades, planejar e intervir de forma mais adequada em cada situação.

O InterComuniCaRe tornou-se inovador devido à sua alta sensibilidade de avaliação das necessidades no contexto do domicílio, colmatando diversas carências detetadas no planeamento do projeto, nomeadamente com a escassez de serviços neste âmbito. Trabalhar na comunidade é um grande desafio pois é um contexto imprevisível e influenciado por várias condicionantes. Todo o percurso realizado foi uma constante aprendizagem que requereu uma grande capacidade de reflexão e adaptação de toda a equipa de investigação.

Considero que o Guião de Intervenção será uma ferramenta muito importante e que possibilitará que os profissionais de saúde que intervêm na área de saúde mental e psiquiatria, possam replicá-lo nos seus locais de trabalho. Desta forma, considero ainda muito importante que todos os profissionais de saúde que trabalham na comunidade (e os que referenciam para a comunidade, sendo agentes promotores de saúde) possam intervir conseguindo desta forma potenciar e promover o recovery na pessoa com doença mental."

Sílvia Peixoto

Casa de Saúde do Bom Jesus

Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Investigadora

A comunidade constitui-se como meio de excelência para a promoção do recovery nas pessoas com doença mental. Tendo isto como uma certeza, o projeto InterComuniCaRe surgiu para colmatar esta necessidade.

O InterComuniCaRe apresenta, a meu ver, uma intervenção inovadora com bons indicadores de processo. Desde logo a avaliação das necessidades in loco, que permite avaliar de uma forma mais fidedigna todas as dificuldades que a pessoa sente para permanecer na comunidade. Este "simples" pormenor faz com que toda a intervenção programada, através de uma equipa multidisciplinar e com aplicação de um programa individual de intervenção, possa corresponder e colmatar as suas necessidades.

Não trabalhamos para a pessoa, mas com a pessoa. Ao longo da intervenção não nos focamos meramente na doença e nos seus pontos negativos, muito pelo contrário, a pessoa "deve ser vista" nas suas potencialidades e expetativas. O Enfermeiro constitui-se como um dos elementos na promoção do recovery. Possui um corpo de conhecimentos que lhe permite intervir em vários domínios, destaco a importância da relação terapêutica, aspeto fundamental no trabalho na comunidade.

Sendo este um serviço de proximidade e com regularidade, esta intervenção vai permitir uma continuidade de cuidados, continuidade esta, que é apontada como uma lacuna atual no âmbito comunitário. Com esta intervenção pretende-se comprovar a importância do trabalho na comunidade na promoção do recovery, e acima de tudo potenciar a implementação de mais equipas de apoio de domiciliário tão fulcral nesta área.

Catarina Iglésias

Casa de Saúde do Bom Jesus

Psicóloga

Investigadora

O projeto InterComuniCaRe constituiu uma fase importante no meu desenvolvimento enquanto profissional. O trabalho na comunidade com pessoas com doença mental é essencial para manter um nível de funcionamento adequado e prevenir recaídas após um internamento. Atualmente o tempo de duração dos internamentos nos serviços de psiquiatria é cada vez mais curto, o que exige um acompanhamento após alta mais próximo e com objetivos bem definidos.

Este projeto evidencia os ganhos que os utentes, os serviços de saúde e a própria sociedade podem ter quando tal acontece. A existência de profissionais de saúde que acompanham a pessoa durante cerca de 4 meses, apoiando na reorganização da vida pessoal, familiar e laboral após internamento é algo que é essencial para que a recuperação pessoal aconteça.

Foi e continua a ser muito gratificante sentir que este trabalho teve um impacto positivo na vida daqueles com quem interagimos. A esperança é que a divulgação destes resultados possa promover mais debate acerca deste tema e que constitua uma alavanca para que serviços comunitários deste género sejam implementados nos nossos serviços de saúde mental.

Irene Silva

Casa de Saúde do Bom Jesus

Psicóloga

Investigadora

Este projeto para além de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico ao nível da intervenção na área do Recovery e permitir aso profissionais de saúde que trabalham nesta área melhorar as suas práticas, é uma mais valia porque acredita no potencial humano, focando-se nas capacidades individuais de cada um. Acredita que no meio da adversidade que a doença mental provoca, uma intervenção individualizada, baseada nas potencialidades e necessidades específicas possibilitará à pessoa reestruturar a sua vida pessoal, social e profissional, dando-lhe propósito e significado.

Para além disto, este Projeto vem ainda colmatar défices na investigação no âmbito da Saúde Mental, área que se encontra ainda pouco estudada em Portugal, e assim promover práticas de intervenção validadas cientificamente, na área da Reabilitação Psicossocial. Espera-se que com a divulgação dos resultados deste projeto promova o desenvolvimento de programas comunitários que contribuam para a qualidade de vida das pessoas com doença mental e reduzam o impacto destas doenças na sociedade portuguesa.

Antónia Garcia

Casa de Saúde do Bom Jesus

Assistente Social

Investigadora

Como participante no Projeto InterComuniCaRe, em parceria com a Universidade do Minho e a Casa de Saúde do Bom Jesus, na qual sou assistente social, considerei sobejamente enriquecedor a partilha de conhecimentos e práticas profissionais multidisciplinares em prol de uma causa comum: a intervenção comunitária em pessoas com experiência em doença mental que foram apoiadas no pós-alta, com vista à elaboração de um guião de intervenção para melhor conhecimento na área da saúde mental, produzindo futuramente impacto na saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Esta investigação/ação trouxe um novo alento para acreditar que a intervenção no domicílio é possível e o processo de recovery da pessoa não é uma miragem. Permitiu também avaliar as necessidades reais e as barreiras de inclusão que ainda existem na comunidade em variados contextos. Estou convicta que é possível ajudar a pessoa a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença, através da aprendizagem de competências e a aquisição de novas capacidades no seu contexto real, mas, para tal, é necessária uma mudança de paradigma.

Constatei, no decorrer do projeto, que o distrito de Braga não tem ainda redes de suporte social formal e informal suficientes para dar continuidade às competências adquiridas e outras possíveis de desenvolver para a pessoa atingir o seu potencial máximo de funcionamento.

Muito há ainda a melhorar, ressaltando a necessidade de trabalho em rede, contribuindo para a definição das necessidades das pessoas e da comunidade e para a promoção da equidade e justiça social. É imperativo escutarmos a perspetiva da pessoa que vivencia essa experiência e que pretende libertar-se do peso do estigma e dos preconceitos, construindo o seu percurso para a realização pessoal.

5.2. PESSOAS EM PROCESSO DE RECOVERY

"Foi muito importante ter a vossa visita uma vez por semana. Consegui perceber um pouco mais sobre a minha doença e o que fazer quando sentir que estou a ficar doente."

R. M., 50 anos, pessoa em processo de *recovery*

"Não tenho nada a apontar como negativo, só coisas positivas. Consegui escrever o meu plano (plano de prevenção de recaídas) e assim vou conseguir pedir ajuda quando precisar."

P.D., 51 anos, pessoa em processo de *recovery*

"Vou sentir saudades vossas. Ajudaram-me muito. Quando quiserem podem voltar".

M. D., 63 anos, pessoa em processo de *recovery*

"Consegui melhorar. Deixar de ter medos e até consegui um emprego novo!"

M. M., 43 anos, pessoa em processo de *recovery*

"Gosto muito de vocês. Vou sentir saudades! Ajudaram-me a mim e à minha cuidadora! Agora já não passo tanto tempo sem fazer nada."

A.F., 51 anos, pessoa em processo de *recovery*

"Ajudaram-me muito numa fase em que precisava. Sempre tive altos e baixos e é difícil manter-me bem. Com a vossa ajuda consegui, pelo menos, sentir-me um pouco melhor."

M.R., 50 anos, pessoa em processo de *recovery*

"Consegui falar sobre coisas que não falo com a minha família."

O.C., 56 anos, pessoa em processo de *recovery*

"A Equipa de Enfermagem foi magnífica no acompanhamento da recuperação do meu estado de saúde. Deram-me determinadas instruções no sentido de cumprir os horários da medicação e a hora de deitar para haver um efeito melhor. Também foi muito positiva a forma como expuseram a maneira urbana e educação a ter no prédio com os restantes vizinhos, para evitar problemas evitáveis, até o meu marido melhorou com a ação das visitas, uma vez que estava cansado de tudo o que se passava."

"Nada posso (podemos) dizer de qualquer coisa negativa, pois adorei estas visitas e agradeço tudo o que me deram e Deus vos ajude pelo trabalho que fizeram em prol duma doente. Um grande abraço e muito obrigado."

M. C., 64 anos, pessoa em processo de *recovery* e A. G., 73 anos marido de uma pessoa em processo de *recovery*

"Gostei muito de vos ter cá. Que pena que já vão embora. No início sentia-me confusa, agora já estou melhor."

M.G., 55 anos, pessoa em processo de *recovery*

"A minha vida nunca foi fácil. Já tive muitos internamentos e sempre me senti infeliz. Consegui falar convosco sobre coisas que me magoam muito. Ajudaram-me a não olhar para tudo sempre com pessimismo."

R. V., 60 anos, pessoa em processo de *recovery*

"Sou doente há muitos anos e nunca ninguém me ajudou assim. Todas as doentes deviam ter um apoio destes."

M.M., 66 anos, pessoa em processo de *recovery*

"A minha filha é muito difícil. Não a posso deixar sozinha. Quando vêm cá sinto mais apoio. O dia-a-dia não é nada fácil!"

A.A., 75 anos, pai de uma pessoa em processo de *recovery*

"Quando vim do internamento sentia-me muito em baixo. Agora já estou melhor. É pena que este apoio não seja para todos. Gostava de vos ter aqui mais tempo."

M.F., 69 anos, pessoa em processo de *recovery*

"Os pontos positivos que eu encontrei foram as ferramentas que me proporcionaram de modo a encontrar mais rápida e eficaz forma de maneira a ultrapassar possíveis

recaídas e motivação para viver com mais alegria e positivismo. Acho sinceramente que tudo o que me facultaram foi mais do que podia imaginar. Senti que havia profissionalismo e vontade de ajudar. Portanto, não consigo ver nenhum ponto negativo."

M.M., 61 anos, pessoa em processo de *recovery*

"Quando fui para a casa de saúde não sabia porque é que lá estava. Vocês ajudaram-me a perceber muitas das minhas ideias."

A.A., 22 anos, pessoa em processo de *recovery*

O processo de criação de um programa de intervenção comunitário no âmbito do *recovery* da pessoa com doença mental pode ser complexo e, ao mesmo tempo, enriquecedor. Intervir e investigar na esfera da saúde mental e da psiquiatria é, cada vez mais, urgente e necessário, embora com todas as limitações conhecidas neste momento, e que foram sendo apresentadas neste Guião.

Sabemos que a intervenção e a investigação em comunidade apresentam maiores probabilidades de êxito se forem estabelecidas em parceria e com um trabalho de equipa multidisciplinar, onde sejam respeitadas as diferentes facetas dos profissionais de saúde que trabalham com a pessoa com doença mental. Os caminhos a percorrer neste sentido são árduos e exigem esforço por parte destes profissionais, todavia, consideramos que os produtos finais, que passam pela promoção do *recovery* e pela melhoria da qualidade dos cuidados e acompanhamento em saúde, são reflexo das boas práticas que se podem desenvolver.

O sucesso do Projeto InterComuniCaRe é representado neste documento. O *Guião de Intervenção na Promoção do Recovery para a Pessoa com Doença Mental*, inovador em Portugal e concordante com as realidades internacionais que vamos conhecendo, pode ser utilizado como um instrumento para todos os profissionais de saúde que trabalham com a pessoa com doença mental, tanto no que diz respeito à preparação do processo de *recovery*, como ao desenvolvimento de práticas comunitárias que visem a promoção deste processo.

Neste *Guião* foram apresentadas bases conceptuais e teóricas sobre o *recovery* e compromissos que a equipa de investigação gostaria de ver cumpridos no futuro. O desenvolvimento do Projeto InterComuniCaRe pode igualmente servir de suporte a outros projetos que os profissionais de saúde desejem implementar, tendo em conta que uma avaliação eficaz produz indicadores preciosos no que diz respeito à produção de uma biografia dos serviços de saúde mental e psiquiatria.

O Programa Individual de Intervenção – Modelo InterComuniCaRe, apresentado neste *Guião*, é o espelho do trabalho multidisciplinar realizado durante este percurso. Um programa desenvolvido de forma gradual, no domicílio da pessoa com doença mental, ou seja, em proximidade, permite intervir de forma mais consistente e eficaz, através de passos concretos e reais – tendo potencialidades, obstáculos e desafios. A inclusão das nossas experiências como elementos que constituíram a equipa do Projeto InterComuniCaRe é importante porque, além de profissionais de saúde, somos também investigadores, e foi na dualidade deste processo que o projeto se desenvolveu. Os testemunhos deixados pelas pessoas com doença mental que acompanhámos são um motor para futuras intervenções que se queiram desenvolver, pois é por elas que o *recovery* é vivenciado, sendo este um processo irrepetível.

O *Guião de Intervenção na Promoção do Recovery para a Pessoa com Doença Mental* pode, e deve, ser utilizado por todos, em especial aqueles que veem o *recovery* como uma das portas para o futuro dos cuidados da saúde mental e da psiquiatria. A aposta neste futuro passa pela mudança de paradigma, pelo diálogo e pela colaboração entre todos aqueles que potenciam o processo de *recovery*, tendo em conta que será sempre a pessoa com doença mental a maior privilegiada neste caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaro, F. (1990). Escala de Graffar. In: A. B. Costa. et al. (Eds.). *Currículos Funcionais. IIE, II.*: Lisboa.

Anastácio, C. C., & Furtado, J. P. (2012). Reabilitação Psicossocial e Recovery: Conceitos e Influências nos Serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde Mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(9), 72-83.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.

Baccari, I. O., Campos, R. T., & Stefanello, S. (2015). Recovery: Revisão Sistemática de um Conceito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 125-136.

Bird, V., Leamy, M., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2014). *REFOCUS: Promoting recovery in mental health services* (2^a ed.). London: Rethink Mental Illness.

Biringer, E., Davidson, L., SundfØr, B., Ruud, T. & Borg, M. (2017). Service users' expectations of treatment and support at the Community Mental Health Centre in their recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 505–513.

Boevinka, W., Kroona, H., van Vugta, M., Delespaulc, P., van Osc, J. (2016). A user-developed, user run recovery programme for people with severe mental illness: A randomised control trial. *Psychosis*. 8(4), 287-300.

Buonocore, M., Bosia, M., Baraldi, M. A., Bechi, M., Spangaro, M., Cochi, F., Bianchi, L., Guglielmino, C., Mastromatteo, A. R. & Cavallaro, R. (2018). Achieving recovery in patients with schizophrenia through psychosocial interventions: A retrospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 72, 28–34.

Chiba, R., Miyamoto, Y., Kawakami, N., Harada, N. (2014). Effectiveness of a program to facilitate recovery for people with long-term mental illness in Japan. *Nursing and Health Sciences*, 16, 277–283.

Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. (2017). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Obtido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>.

Decreto de Lei nº22/2011 de 10 de Fevereiro. Diário da República nº29/2011 - I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto de Lei nº8/2010 de 28 de Janeiro. Diário da República nº19/2010 - I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Portugal - Saúde Mental em Números 2015. Obtido em 2017, dezembro 11 em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>

Duarte, T. (2007). Recovery da Doença Mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 25 (1), 127-133.

Ferreira, P., Ferreira, L. & Pereira, L. (2013). Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664-675.

Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., & Vieira, G. (1999). Desenvolvimento da versão portuguesa do instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.

Folstein M., Folstein S., McHugh P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.*, 12(3), 189-98.

Guerreiro M., Silva A. P., Botelho M., Leitão O., Castro-Caldas A., Garcia C. (1994). Adaptação à População Portuguesa da Tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).

Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J. & Miettunen, J. A. (2013). Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296–1306.

Jorge-Monteiro, F., & Matias, J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efetivas?. *Análise Psicológica*, 25(1), 111-125.

Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Diário da República nº169/1998 – I Série A. Lisboa.

Lewis, A., King, T., Herbert, L., & Repper, J. (2017). Co-Production – Sharing Our Experiences, Reflecting on Our Learning. Nottingham: ImROC.

Monteiro, F. J., & Matias, J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efetivas?. *Análise Psicológica*, 25(1), 111-125.

Ornelas, J. H. (2005). O modelo comunitário de intervenção em saúde mental na era pós-hospitalar. Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus familiares, 19-43.

Ornelas, J. H. (2007). Psicologia Comunitária Contributos para o Desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 25(19), 5-11.

Pais Ribeiro, J. L. (2011). Escala de satisfação com o suporte social. (1ªed.). Lisboa: Placebo Editora LDA.

Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. (2008). Obtido em 2017, dezembro 11 em

<https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. (2008). Obtido em 2017, dezembro 02 em

http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental20072016_-_resumoexecutivo.pdf. ISBN: 978-989-95146-6-9.

Portaria nº149/2011 de 8 de Abril. Diário da República nº70/2011 – I Série. Lisboa: Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social.

Portaria nº68/2017 de 16 de Fevereiro. Diário da República n.º 34/2017 – Série I. Lisboa: Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde.

Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). Obtido em 2017, 12 dezembro em <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/saude-mental.aspx>.

Rebelo, M. F., Gonçalves, M. J., & Bolina, F. M. (2015). *A 3ª Face da Lua - Saúde Mental em Cuidados de Saúde Primários* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Repper J. (2012). Recovery: a journey of discovery. In: *Handbook of mental health nursing*. Tee S, Brown, J. & Carpenter, D., ed. London: Hodder & Stoughton. 100-120.

Repper, J., Perkins, R., Shepherd, G., & Boardman, J. (2011). *Recovery - Rebuilding life with mental health problems - A journey of discovery for family, friends and carers*. Obtido em https://www.meridenfamilyprogramme.com/download/recovery/why-recovery-for-carers-families-and-friends/ImROC_Recovery_relatives_and_friends.pdf

Shawyer, F., Enticott, J. C., Brophy, L., Bruxner, A., Fossey, E., Inder, B., Julian, J., Kakuma, R., Weller, P., Wilson-Evered, E., Edan, V., Slade, M. & Meadows, G. N. (2017). The PULSAR Specialist Care protocol: a stepped-wedge cluster randomized control trial of a training intervention for community mental health teams in recovery-oriented practice. *BMC Psychiatry*, 17:172.

Slade, M. & Longden, E. (2015). The empirical evidence about mental health and recovery: how likely, how long, what helps?. Victoria: MI Fellowship.

Slade, M. (2011). 100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais da Saúde Mental. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Slade, M., Bird, V., Chandler, R., Clarke, E., Craig, T., Larsen, J., Lawrence, V., Le Boutillier, C., Macpherson, R., McCrone, P., Pesola, F., Riley, G., Shepherd, G., Tew, J., Thornicroft, G., Wallace, G., Williams, J., & Leamy, M. (2017). REFOCUS: Developing a recovery focus in mental health services in England, Nottingham: Institute of Mental Health.

Tierney, K., Kane, C. (2011). Promoting Wellness and Recovery for Persons With Serious Mental Illness: A Program Evaluation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(2), 77–89.

Videbeck, S. L. (2012). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

Whitley, R., Strickler, D., Drake, R. (2012). Recovery Centers for People with Severe Mental Illness: A Survey of Programs. *Community Mental Health Journal*, 48, 547-556.

World Health Organization (2017). Promoting recovery in mental health and related services. - WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version). Obtido em 2018, dezembro 10 em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254810/WHO-MSD-MHP-17.10-eng.pdf;jsessionid=C3F2A4F71D0EE93417676229EE1AE845?sequence=1>

World Health Organization. (2013). Investing in mental health: evidence for action. Obtido em 2019, janeiro 10 em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1

ANEXO I – Diário de Intervenção

ANEXO II – Boletim de Acompanhamento

BOLETIM
DE
ACOMPANHAMENTO

Este "Guia de Apoio" contém informação importante para a sua saúde.
Tem como objetivo o registo de informação pessoal, agendamento de
marcações, registo dos medicamentos e do injetável que faz.

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome:

Morada:

Tlf.

Tlm.

ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE

Médico Psiquiatra:

Local de Acompanhamento:

Centro de Saúde:

Médico de Família:

Enf. Família:

Terapeuta de Referência:

IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Nome

Morada:

Parentesco:

Tlf. ou Tlm.:

Plano de Prevenção de Recaídas:

Lembre-se que a prevenção é sempre a melhor abordagem. Por isso, é importante que esteja atento (a) aos seus sinais de alerta e ponha em prática as estratégias que aprendeu ao longo do seu percurso terapêutico.

1 – Sinais de Alerta

-

-

-

-

-

2 – O que fazer se experienciar os sinais de alerta

-

-

-

-

-

3 – Quem posso contactar se experienciar os sinais de alerta

-

-

-

-

-

Direitos e deveres:

1. Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis;
2. Receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade;
3. Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros;
4. Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito;
5. Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação;
6. Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;
7. Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença;
8. Receber justa remuneração pelas atividades e pelos serviços por ele prestados;
9. Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.

(Lei n.º 36/98. DR 169/98 SÉRIE I-A de 1998-07-24)

GUIA DE TRATAMENTO

Nome:

Medicamento	Peq. Alm.	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	Obs.

Observações:

Rúbrica:

____/____/____

ANEXO IV – Registo de auto-monitorização do Humor

Monitorização do Estado do Humor

Mês _____



5



4



3



2



1

Dia	Humor (1 a 5)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

ANEXO V – Plano de Ocupação Semanal

Plano de Ocupação Semanal

Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							

ANEXO VI – Questionário Sócio-demográfico e Clínico (follow up)

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA – Follow-up

Dados Sociodemográficos e Clínicos

Nome: _____

Data de

Nascimento: / / **Idade:** **Anos** **Sexo:** **Masculino** **Feminino**

Tempo de alta da

Intervenção: _____ **Meses**

Morada:

Mantém-se a mesma

Mudou de Residência

Motivo: _____

Nova Residência: _____

Estado Civil:

Mantém-se o mesmo

Mudou de Estado Civil

Motivo: _____

Novo Estado Civil: _____

Habilitações

Literárias:

Mantém-se as mesmas

Mudou de Habilitações

Motivo: _____

Novas Habilitações Literárias: _____

Situação

Profissional:

Mantém-se a mesma

Mudou de Situação Profissional

Motivo: _____

Nova situação profissional: _____

Situação

Financeira:

Mantém-se a mesma

Mudou de Situação Financeira

Motivo: _____

Nova situação financeira: _____

Fonte de Rendimento	Mantém-se o mesmo <input type="checkbox"/>
	Mudou de Fonte de Rendimento <input type="checkbox"/> Motivo: _____ Nova fonte de rendimento: _____
Situação Habitacional	Mantém-se a mesma <input type="checkbox"/>
	Mudou de Situação Habitacional <input type="checkbox"/> Motivo: _____ Nova situação habitacional: _____
Tipo de Família	Mantém-se a mesma <input type="checkbox"/>
	Mudou de tipo de família <input type="checkbox"/> Motivo: _____ Novo tipo de família: _____

Dados Clínicos_ Follow-up

Cuidados Hospitalares:

Já teve consulta de acompanhamento de Psiquiatria: Sim Não

Local: _____

Data da alta clínica: _____ Data da consulta: _____

Depois da alta clínica já teve algum internamento no serviço de psiquiatria? Sim Não

Já recorreu a uma consulta de urgência de psiquiatria depois de terminar a nossa intervenção?

Sim Não Qual o motivo: _____

Cuidados de Saúde Primários:

Aquando da alta clínica, foi-lhe entregue carta de alta para MF? Sim Não

Já teve consulta com MF depois da alta clínica? Sim Não

Teve constrangimentos na renovação do receituário? Sim Não

Já teve consulta com EF depois da alta clínica? Sim Não

Em comparação com a data da alta clínica, hoje como se sente? Melhor Na Mesma Pior

Por que motivo? _____

Tem saído de casa regularmente? Sim Não

Qual o motivo: _____



InterComuniCaRe