

# Pomar de Braços

Equipa de Saúde Mental Comunitária

Relatório de projeto

Ana Paula Monteiro Lucas

Trabalho realizado sob a orientação de

Professor Doutor José Marques, ESECS

Leiria, Março 2016

Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

# Pomar de Braços

Equipa de Saúde Mental Comunitária

Relatório de projeto

Ana Paula Monteiro Lucas

Trabalho realizado sob a orientação de

Professor Doutor José Marques, ESECS

Leiria, Março 2016

Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

## AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, por ...TUDO!

Ao meu orientador, Professor Doutor José Marques, por todo o rigor científico e interesse prestado no desenvolvimento deste trabalho.

À Dra. Íris Ramos Guerra, um agradecimento muito especial, pela disponibilidade, generosidade e por todo o apoio que me prestou.

A todos os que contribuíram direta ou indiretamente para que este trabalho fosse realizado.

Muito obrigada a todos!



## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo determinar a importância da criação de uma equipa comunitária de saúde mental no concelho de Alcobaça, compatível com beneficiários com diferentes níveis de recursos financeiros. Os problemas de saúde mental desempenham um grande impacto na sociedade que se traduzem em custos significativos em termos de sofrimento e incapacidade individual e familiar. Efetuou-se um levantamento de respostas no concelho de Alcobaça para a saúde mental e foram realizadas uma entrevista semiestruturada a uma psicóloga e inquéritos por questionário a técnicos da área da saúde e área social, a exercerem funções há vários anos no concelho de Alcobaça.

A investigação permitiu clarificar a existência de problemas no acesso aos cuidados especializados de saúde mental e a concomitante necessidade de uma resposta multidisciplinar e atempada na comunidade. Os resultados permitem concluir que 55% dos pacientes acompanhados pelos técnicos da área da saúde social não estão satisfeitos com as repostas de saúde mental existentes e que 94,1% destes técnicos consideram importante a criação de uma equipa de saúde mental comunitária para intervir junto das pessoas com perturbação mental, como forma de melhorar a sua qualidade de vida, bem como a dos seus familiares. As equipas multidisciplinares têm um impacto positivo na comunidade em termos de ganhos em saúde, evitando sofrimento por parte dos doentes e das suas famílias e reduzindo os internamentos hospitalares. Outro problema identificado está relacionado com a inexistência de resposta, eficaz, abrangente e facilitadora do acesso na comunidade a cuidados de saúde mental especializados.

Este projeto visa a criação de uma equipa multidisciplinar, denominada Pomar de Braços, composta por profissionais de várias áreas da Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, e Prática Psicomotora que desenvolvem a sua ação em rede com técnicos de outras áreas.

Esta equipa terá como principais objetivos, fazer a prevenção e promoção da saúde mental e bem-estar na comunidade e envolver todos os agentes da comunidade nos processos de desenvolvimento da pessoa.

**Palavras-chave:** Doença Mental, Intervenção Comunitária, Respostas Sociais, Saúde Mental



## ABSTRACT

This study aims to determine the importance of creating a community mental health team in the municipality of Alcobaça, compatible with beneficiaries with different levels of financial resource. Mental health problems play a large impact on society that translate into significant costs in terms of suffering and individual and family disability. We conducted a survey of services for mental health in the municipality of Alcobaça, a semi-structured interview to a psychologist, and surveys the technicians of the health and social area that for several years exercise functions in the municipality of Alcobaça.

The research has shown the existence of problems in access to specialized mental health care and the concomitant need for a multidisciplinary and timely response in the community. The results show that 55% of patients followed by technicians are not satisfied with the existing services for mental health and 94.1% of the technicians consider important the creation of a community mental health team to intervene with people with mental disorder, in order to improve their quality of life as well as their families. Multidisciplinary teams have a positive impact on the community in terms of health gains, avoiding suffering by patients and their families and reducing hospital admissions. Another problem identified is related to the lack of services that are effective, comprehensive, and facilitate access to specialized community mental health care.

This project aims to create a multidisciplinary team called Arms Orchard, composed of professionals from various fields of psychology, social work, nursing, and Psychomotor Practice, that develop their action in network with technicians from others areas.

This team will have as main objectives, the prevention and promotion of mental health and well-being in the community and involve all community agents in the person's development processes.

**Keywords:** Mental Illness, Community Intervention, Social Responses, Mental Health.



# ÍNDICE GERAL

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	iii
Abstract .....	v
Índice Geral.....	vii
Índice de Figuras .....	ix
Índice de Gráficos .....	xi
Abreviaturas .....	xiii
Introdução .....	1
Capítulo I - Enquadramento teórico da problemática do projeto.....	3
1. Saúde Mental, Família e Comunidade .....	3
1.1. Conceito de Saúde Mental .....	3
1.2. Conceito de Doença Mental.....	5
1.3. Perturbação Mental .....	7
1.4. Quadros de perturbação mental.....	9
1.5 A família da pessoa com doença mental.....	20
2. Intervenção Comunitária em Saúde Mental.....	22
3. Respostas sociais.....	27
Capítulo II – Projeto.....	31
1. Enquadramento contextual.....	31
1.1 Caracterização Geográfica do Concelho de Alcobaça.....	31
1.2 Caracterização Socioeconómica do concelho de Alcobaça .....	31
2. Projeto “Pomar de braços” .....	33
2.1. Identificação das necessidades ao nível da prestação de cuidados na área da saúde mental .....	33
2.2. Natureza do Projeto.....	46
2.3. Objetivos gerais.....	48

2.4. Objetivos específicos .....	48
2.5. Metas .....	48
2.6. Contexto de Implementação.....	49
2.7. Serviços prestados.....	49
2.8. População Diretamente abrangida.....	50
2.9. População Indiretamente abrangida .....	50
2.10. Recursos Humanos.....	50
2.11. Recursos Materiais .....	50
2.12. Recursos Financeiros .....	51
2.13. Planeamento da Intervenção .....	51
2.14. Resultados esperados .....	51
2.15. Calendarização/Atividades.....	52
2.16. Avaliação.....	53
<b>Conclusões .....</b>	<b>55</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>61</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>65</b>
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 4	

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figuras I-**Mapa do concelho de Alcobaça

**Tabela I-** Unidades de Apoio Social

**Tabela II-** Médicos Especialistas: Psiquiatria

**Tabela III-** Previsão Orçamento



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico I-** As principais perturbações mentais diagnosticadas no concelho de Alcobaça

**Gráfico II-** Encaminhamento para consultas de Psiquiatria

**Gráfico III-** Encaminhamento para consultas de Psicologia Clínica

**Gráfico IV-** Tempo de espera por uma consulta de Psicologia/Psiquiatria

**Gráfico V-** Prestação de cuidados após alta hospitalar

**Gráfico VI-** Quem assegura a prestação de cuidados de saúde mental

**Gráfico VII-** Grau de satisfação quanto à qualidade ao nível dos serviços de saúde mental

**Gráfico VIII-** Grau de satisfação quanto ao tipo de profissional ao nível dos serviços de saúde mental

**Gráfico IX-** O serviço de saúde mental a ser criado no concelho de Alcobaça



## ABREVIATURAS

**IPSS** – Instituições Particulares de Solidariedade Social

**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OPP** – Ordem dos Psicólogos Portugueses

**PNSM** – Plano Nacional de Saúde Mental

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho é elaborado no âmbito do Mestrado de Mediação Intercultural e Intervenção Social.

No decorrer do meu trabalho, enquanto técnica do Rendimento Social de Inserção de Alcobaça, deparo-me muitas vezes com a necessidade de encaminhar algumas pessoas para consultas de psicologia e/ou psiquiatria, no entanto, sinto muita dificuldade, porque ao nível dos serviços públicos de saúde mental não se consegue uma resposta célere e adequada.

Os problemas de saúde mental desempenham um grande impacto na sociedade, traduzindo-se em grandes custos em termos de sofrimento e incapacidade individual, de disfunção familiar e de diminuição da capacidade produtiva, com agravante que existem, também, como refere Esteves (2011) “problemas de acesso aos cuidados especializados de saúde mental e ao nível da continuidade de cuidados uma vez que há um elevado número de reinternamentos sem qualquer intervenção em ambulatório e um grande período de tempo decorrido entre a alta hospitalar e a consulta subsequente”.

Neste sentido, realizou-se uma investigação sobre a eventual necessidade de resposta urgente na área da saúde mental (psicologia, psiquiatria) compatível com beneficiários com diferentes níveis de recursos financeiros. Para tal, efetuou-se um levantamento de respostas no concelho de Alcobaça para a saúde mental.

Esta investigação servirá, para conhecer a existência ou inexistência de respostas na área da saúde mental ao nível da intervenção psicológica, psiquiátrica, social e também ao nível da prevenção e promoção da saúde mental ao longo do processo de desenvolvimento da pessoa.

É de salientar que esta investigação poderá fundamentar a necessidade de uma resposta na comunidade que permita o diagnóstico precoce, intervenção e prevenção da saúde mental com a melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

De notar que esta investigação eventualmente suscitará interesse por parte de outros profissionais que sintam a inexistência de resposta na comunidade (escolas, equipamentos da área da saúde e sociais), a pessoas com perturbação mental e as suas

famílias. Será útil para a comunidade em geral na produção de novos conhecimentos nesta área.

O projeto encontra-se organizado por dois capítulos, sendo o primeiro dedicado ao enquadramento teórico da temática da saúde mental, no segundo capítulo é descrito o enquadramento contextual do projeto e todos os seus elementos realizados no concelho de Alcobaça.

A ideia deste projeto surge da necessidade da prestação de cuidados na área da saúde mental, identificado por técnicos a trabalhar na comunidade em diferentes áreas e estruturas.

É de salientar, que a equipa da Pomar de Braços, se encontra neste momento constituída, por três psicólogas e uma técnica de Serviço Social, da qual faço parte. Todos os técnicos têm experiência na sua área de intervenção em estruturas ligadas à comunidade e com pretensões a poder desenvolver o referido projeto, inovador, no concelho de Alcobaça, no âmbito da saúde mental. Neste sentido, já se realizaram alguns workshops para se verificar adesão da comunidade.

# CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA DO PROJETO

## 1. SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA E COMUNIDADE

### *1.1. CONCEITO DE SAÚDE MENTAL*

Existem muitas definições para a Saúde mental, sendo a mais utilizada a que a define como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (OMS, 2002).

Uma pessoa com boa saúde mental sente-se bem consigo e na interação com os outros. Responde positivamente aos desafios e exigências do meio e do quotidiano. Este estado permite à pessoa desempenhar os seus papéis como estudar/trabalhar, relacionar-se com a família e com os amigos. (<http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/?id=11427>).

Ao longo da vida, todos nós podemos ser afetados por problemas de saúde mental, de maior ou menor gravidade. Algumas fases, como a entrada na escola, a adolescência, a menopausa e o envelhecimento, ou acontecimentos e dificuldades, tais como a perda de um familiar próximo, o divórcio, o desemprego, a reforma e a pobreza podem ser causa de perturbações da saúde mental (Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Maníaco-Depressivos, s.d.). Fatores genéticos, infecciosos ou traumáticos podem também estar na origem de doenças mentais graves. Como refere a nossa entrevistada:

*“Há efetivamente aspetos, que são aspetos, que são orgânicos, muitas vezes, há um determinado grupo de quadros de perturbações mentais que estão associados, há aspetos genéticos, nomeadamente os quadros psicóticos e que existe uma probabilidade maior. Porque estão associados a determinadas famílias, determinadas capacidades das pessoas desenvolverem nomeadamente se já houver essa carga genética. Depois relativamente aos outros quadros, outros quadros podem estar relacionados com questões sociais, de contexto social, com questões desenvolvimentais e com questões familiares e relacionais, em determinados contextos, determinadas características,*

*estão ou podem potencial muitíssimo o desenvolvimentos de determinados quadros (...) ou seja, a ideia de um desenvolvimento por exemplo, que exista muito pouco espaço, para a capacidade de escolha, em que existe pouca validação da possibilidade da pessoa poder ser ela própria, afirmar livremente as suas escolhas, onde não existem limites, ou por outro lado, existe uma superproteção, ou ainda, uma grande exigência, são aspetos ao nível do desenvolvimento que podem potencial quadros psicológicos, (...) ”. Entrevistada A (2016)*

No que concerne a infância e a adolescência, Alves (2001) menciona que “é de compreender que a criança e o adolescente em crise possam ser considerados pacientes portadores de um problema psicopatológico individual ou considerados portadores de um sintoma, sendo este um comportamento ou conjunto de comportamentos não só relativo à pessoa que o manifesta, mas também relativo ao conjunto da família e à sua rede de suporte” (p.182).

Na saúde mental a prevenção é de grande importância e só através dela se pode evitar a degeneração para um estado patológico, ou seja, dependendo da antecipação do diagnóstico e da intervenção, poderá tornar-se, ou não um caso de doença.

O objetivo da prevenção, em saúde mental, consiste em diminuir o aparecimento, duração e a incapacidade residual dos transtornos mentais. Deste modo, deve-se apostar na prevenção primária na saúde mental. Através deste tipo de prevenção pretende-se evitar a manifestação de uma doença ou transtorno mental, reduzindo assim a sua incidência. É imprescindível programas educativos de saúde mental e ações de sensibilização para a população em geral (Rede Social Alcobaça, 2007). Evidentemente, que o ponto de partida para a promoção da saúde mental depende tanto das necessidades como do contexto social e cultural, como salienta a profissional que entrevistamos:

*(...) Há uma prevenção que pode ser feita obviamente nas famílias (...) a qualidades dos vínculos nas famílias determina efetivamente a qualidade do nosso desenvolvimento e a qualidade psicológica, um desenvolvimento mais harmonioso e portanto ao nível das famílias, dos aspetos que mencionei a pouco, a, necessidade de existirem regras claras, mas por outro lado um acompanhamento afetivo e efetivo mas que permita não só orientar abrir a possibilidade da escolha, não determinar uma única escolha, mas aumentar, ou ajudar a perspetivar a existência de várias escolhas, de vários graus nas*

*escolhas, ou da forma como as coisas podem acontecer, ou nas diferentes alternativas, determina uma maior capacidade de adaptação e de resiliência”.*

## *1.2. CONCEITO DE DOENÇA MENTAL*

Segundo a DSM-V (2014), o transtorno mental é: “uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (p. 20).

É de salientar que doença mental é diferente de deficiência mental, como refere o DMS-V (2014) em que “a deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) caracteriza-se por deficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência. Os deficits resultam em prejuízos no funcionamento adaptativo, de modo que o indivíduo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade” (p. 31)

O termo doença mental detém, ainda hoje, um sentido depreciativo nas nossas sociedades, por falta de conhecimento, este conceito está quase sempre associado a pessoas incapazes e muito violentas. Segundo Leef (2008) “as doenças mentais são fortemente estigmatizadas em geral na maioria das sociedades. O estigma tem a sua origem na ignorância acerca da natureza destas doenças e nas falsas crenças acerca do comportamento das pessoas que delas sofrem” (p. 26)

Como refere o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) (2012) “Em Portugal existe uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa; uma percentagem importante das pessoas com doença mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental; muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial) hoje considerados essenciais” (p. 2)

Existem muitos mitos associados à doença mental, como por exemplo, o relativo à sua incurabilidade, que se acredita que não há cura e que é para toda a vida. A perigosidade é outro dos mitos, muito ligado à necessidade de controlo da agressividade imputada às pessoas com doença mental.

O mito da incapacidade é o que mais facilita a marginalização e exclusão de pessoas com perturbações mentais, porque existe uma ideia generalizada que estes doentes não conseguem trabalhar, nem gerir a sua vida pessoal a todos os níveis. Por último, o mito da perda de direitos, que leva à discriminação, dado que a pessoa não tem o direito de se apropriar dos seus bens, mas por outro lado, pode ser uma forma de proteger o doente bem como a sua família.

A doença mental tem sido alvo de três perspetivas preponderantes: A causalidade orgânica –que explica a doença mental com base em alterações intrínsecas ao próprio organismo, podendo ser observáveis e quantificáveis; A causalidade psicológica- tem como base fatores pessoais onde se incluem sentimentos, emoções, pensamento e comportamento, tendo em conta a relação entre o doente, o seu meio familiar e a história de vida; A causalidade social- a doença mental é perspetivada enquanto uma entidade indivisível do contexto em que surge, que implica que o surgimento e a evolução da doença esteja relacionada com os aspetos culturais, económicos e com os papéis sociais que os indivíduos desempenhem em vários domínios da vida, sejam eles, laborais, familiares, afetiva, escolar, lazer, etc. (Alves, 2001).

No que concerne a perspetiva psicossocial, a doença mental é consequência da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, não se conseguindo delimitar fronteiras entre os referidos fatores, porque se encontram todos interligados.

A nível do género, vários estudos referem que existe um predomínio da doença mental invariavelmente superior nas mulheres do que nos homens, este fenómeno está relacionado com aspetos socioculturais inerentes a configuração da categoria género, ou seja, o desempenho de vários papéis sociais pelas mulheres e acumulação dos mesmos (educadora, trabalhadora, entre outras), que se tornam vulnerabilidades favorecedoras do surgimento da doença mental. No que diz respeito às classes sociais, vários estudos referem que as classes sociais mais desfavorecidas têm mais probabilidades de ter uma

doença do foro mental, neste sentido, agregam a doença mental à exclusão social. (Alves, 2001)

### *1.3. PERTURBAÇÃO MENTAL*

Conforme a OMS (citado por Fazenda, 2008) “a perturbação mental caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social” (p. 18)

As perturbações são identificadas e diagnosticadas através dos métodos clínicos semelhantes aos utilizados para perturbações físicas. Esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese recolhida como o indivíduo e com outras pessoas, incluindo a família, um exame clínico sistémico para definir o estado mental e os testes e investigações especializados que foram necessários. Os sinais e sintomas foram definidos detalhadamente para permitir uma aplicação uniforme no mundo todo. Assim os critérios de diagnóstico para as perturbações mentais e do comportamento foram padronizados intencionalmente e, atualmente, torna-se possível diagnosticar uma perturbação de forma tão confiável e precisa como a maioria dos distúrbios físicos comuns (Alves, 2001).

Como um diagnóstico preciso é requisito para uma intervenção apropriada, bem como para a epidemiologia precisa e a monitorização ao nível da comunidade, os avanços nos métodos de diagnóstico vieram facilitar, consideravelmente, a aplicação de princípios clínicos e de saúde pública na área da saúde mental.

Segundo a Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB) estima-se que: em cada 100 pessoas 30 sofram, ou venham a sofrer, num ou noutro momento da vida; a depressão é a doença mental mais frequente, sendo uma causa importante de incapacidade; e, em cada 100 pessoas, aproximadamente, 1 sofre de esquizofrenia. Os transtornos mentais e comportamentais acarretam terríveis distúrbios na vida daqueles que são afetados e de suas famílias. Ainda que, não seja possível medir toda a angústia e infelicidade, um dos métodos de aferir o seu impacto é usar instrumentos que medem a qualidade da vida.

Os dados disponibilizados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2015) em que 1 em cada 5 portugueses sofrem de uma perturbação mental e Portugal é apontado como um dos países europeus em que se consomem mais psicofármacos, sendo que o aumento da sua prescrição e a sua utilização, muitas vezes como resposta de eleição ou única para as perturbações mentais, contribui para a cronicidade destas perturbações.

É de lastimar, que não se atribua à saúde mental e aos transtornos mentais a mesma importância dada à saúde física. O impacto económico dos transtornos mentais é imenso, durável e desmedido, acabando por impor ao doente, à família e à comunidade custos muito elevados. Em Portugal, estima-se que a perda de produtividade devida ao absentismo e ao presentismo causados por problemas de Saúde Psicológica pode custar às empresas cerca de €300 milhões por ano (OPP, 2014). A entrevistada refere que:

*“Por exemplo, em Portugal (...), as perturbações psicológicas, são responsáveis por grande parte, (...) nas empresas, nas grandes organizações, da grande parte do presentismo. Portanto há aqui uma diferença; durante muitos anos, o foco das organizações e das empresas esteve mais no absentismo (...). Até que ponto é que os quadros de perturbação psicológica impediam as pessoas de estar presente no local de trabalho, associados a todos custos (...). Passaram-se a conhecer muito melhor também as formas de presentismo e o impacto social, impacto económico que estas perturbações psicológicas têm a este nível. Efetivamente, as pessoas estão presentes no seu trabalho mas sem condições psicológicas para poderem estar a trabalhar, isto (...) são aspetos que pagamos muito caro, em vários níveis, sobretudo ao nível da saúde psicológica das pessoas pode efetivamente minar todo o funcionamento da sociedade”.*

Entrevistada A (2016)

Se tivermos em conta que as doenças mentais estão associadas à mortalidade prematura e a taxas mais elevadas de suicídio e que são ainda responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade e grande sofrimento pessoal e familiar, teremos a perceção do impacto social, económico e demográfico incomensurável. Destaca-se entre as 10 principais causas gerais de incapacidade (depressão, alcoolismo, esquizofrenia e doença bipolar) (OPP, 2011).

“Com base nos dados epidemiológicos recolhidos na última década, é hoje, evidente que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental se

tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbidade e morte prematura, principalmente nos países ocidentais industrializados” (PNSM, 2012:1).

#### *1.4. QUADROS DE PERTURBAÇÃO MENTAL*

##### *1.4.1. PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS*

O DSM-V (2014) define perturbações psicóticas por “anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos” (p. 87)

Quando se fala de psicoses subentende-se que existam outras perturbações distintas que não podem ser confundidas com elas. Gimenez e Pedinielli (2006) mencionam que “os termos «Psicose», «psicótico» designam doenças ou organizações que são as herdeiras médicas de uma parte dos sentidos contidos no termo «loucura»” (p. 14). Neste sentido, os mesmos autores referem que se pode sustentar duas posições distintas: 1) a loucura não existe, existem somente doenças mentais e empregar o termo «loucura» é anticientífico, arcaico e ofensivo; 2) a doença mental é um reagrupamento médico de indícios que readquire uma parte daquilo que define loucura. A “loucura” esteve sempre associada a desordem e incongruência do pensamento e dos comportamentos.

No que concerne à Esquizofrenia, podemos salientar que se trata de um transtorno grave que começa perto do fim da adolescência ou no início da idade adulta. Representa-se por distorções do pensamento e da percepção e também por emoções inadequadas. O transtorno abarca as funções básicas que dão à pessoa normal um senso de individualidade e singularidade. O comportamento pode revelar-se gravemente perturbado durante certas fases do distúrbio, levando a consequências sociais desfavoráveis (Relatório sobre a Saúde no Mundo, 2001).

O tratamento farmacológico adequado e o acompanhamento psicológico é imprescindível, para que o doente se possa comportar de forma mais ajustada na família, no trabalho e na sociedade, atenuando assim os sintomas. Estes sintomas

prendem-se com ideias delirantes, discurso desorganizado, comportamento marcadamente desorganizado ou catónico, entre outros. Como menciona a entrevistada:

*(...) Os psicofármacos, quanto muito regulam a expressão de determinados sintomas, eu costumo dizer que os nossos sintomas psicológicos tem muitos a ver com aquilo que se passou na nossa vida, por aquilo que se passa na nossa vida e faz parte da nossa historia e que vai sendo atualizado, portanto que implica muitas vezes aprender a lidar com aspetos que são mais difíceis, com situações dolorosas pelas quais passamos, desenvolver recursos para lidar com elas, desenvolver recursos de regulação emocional e novos comportamentos que sejam mais adaptativos, aumentar os graus de liberdade nas nossas escolhas e portanto, aprender a lidar e gerir conflito, gerir situações de stress (...) aumentar o grau de satisfação com as nossas relações, portanto não há resposta psicofarmacológica que permita ajuda a este nível, isso só é possível fazer numa relação segura, próxima, assegurada pelos psicólogos.*

Entrevistada A (2016)

Considera-se que existe perturbação do humor quando esta é suficiente intensa para provocar uma deficiência na atividade ocupacional ou em qualquer outra atividade social ou no relacionamento com os outros.

As desordens de humor são imensas, no entanto destaca-se a Depressão Major ou unipolar e a desordem bipolar ou psicose maníaco-depressiva. Pires (2003) lembra que “a desordem depressiva é uma das desordens mais comuns encontradas pelos profissionais de saúde. (...) A depressão aumenta o risco de ataques cardíacos e é frequentemente um factor que complica seriamente a diabetes, o câncer e a trombose; a depressão é a primeira causa de incapacidade” (p.159). Uma pessoa que sofra de depressão, não consegue prestar atenção, tem o apetite diminuído ou aumentado, sofre de insónia ou hipersónia, sente fadiga ou pouca energia, tem baixa autoestima, dificuldades de concentração e demonstra sentimentos de pouca esperança.

Como refere a entrevistada:

*“ (...) A depressão traz a dificuldade de investirmos relacionalmente, a motivação, ou os aspetos negativos da depressão trazem a dificuldade em sentir aspetos gratificantes e dificuldade em implicar e investirmos do nosso tempo e afetos nas diferentes áreas da nossa vida, (...) do ponto de vista relacional, no plano relacional e familiar, no plano*

*amoroso em todas as nossas relações familiares e do ponto de vista do nosso desempenho profissional e escolar. No fundo, todas as áreas de funcionamento podem ser afetadas”.*

Entrevistada A (2016)

A depressão é uma das perturbações mentais de grande predomínio, em que os doentes carecem de cuidados psiquiátricos, causando muito sofrimento e absentismo laboral. A sua prevalência estima-se de 13% a 20% na população geral. A depressão é uma doença e não uma forma de reação psicológica, podendo caracterizar-se como uma perturbação de ritmos biológicos e nem todas as depressões têm a mesma gravidade. Esta depende da severidade dos sintomas. Por exemplo, a depressão major, é a de maior gravidade. A depressão grave lema muitas vezes ao suicídio e nestes casos deve-se estabelecer medidas de proteção do doente, tendo por vezes que o hospitalizar. Numa primeira fase, principalmente na depressão melancólica é necessário o tratamento psicofarmacológico, no entanto deve-se complementar coma psicoterapia cognitiva ou comportamental (Alves, 2001).

Existem sintomas idênticos entre a depressão e a ansiedade, por exemplo, os medos, a insegurança, entre outros. O que é importante é que ambas devem ser diagnosticas e tratadas corretamente por profissionais especializados na área da saúde mental.

Segundo Pires (2003) “a ansiedade é uma experiência vulgar, mesmo do dia-a-dia e certamente que ninguém terá deixado de a conhecer durante a sua vida. Dentro dos limites, desempenha um papel positivo e útil, orientador na adopção de comportamentos preventivos relativamente as ameaças” (p.75)

Mecanismo de origem biológica, biologicamente eficaz, a emoção baseia-se na perceção de uma ameaça ou perigo, tratando-se de um mecanismo de sobrevivência que desencadeia uma estratégia para lidar com a ameaça através de uma reação involuntária e automática. A situação é sentida como difícil e ameaçadora e o indivíduo vê-se a si próprio como ineficaz ou inadequado para lidar com a tarefa. A nossa entrevistada refere que:

*“(...) e os quadros de ansiedade e os quadros de depressão (...), podem trazer marcado grau de invalidação, podem impedir a pessoa claramente de funcionar, ou seja, tem graus e vão-se desenvolvendo de forma a aumentar o grau de invalidação, ou minar*

*várias áreas de funcionamento da pessoa, mas claramente o lado de cuidar de si própria, da forma como investimos e cuidamos ou não de nós. Também o reconhecimento dos limites que temos e das nossas vulnerabilidades e de cuidarmos delas ou não, do cuidado connosco, mesmo também do ponto de vista da nossa saúde física”*

Entrevistada A (2016)

No entanto, a ansiedade poderá ser uma emoção negativa, representada por sinais corporais de tensão ou de preocupação excessiva relativamente ao futuro. Esta preocupação poderá ser desproporcional levando a distúrbios psicológicos. “Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, enquanto *ansiedade* é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados sobrepõem-se, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autónoma aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva” (DSM-V, 2014: 189).

Nos quadros de ansiedade existe preocupações excessivas acerca de um número de acontecimentos ou atividades do quotidiano (trabalho, desempenho escolar, etc). A pessoa tem dificuldade em controlar a intensidade e frequência da sua preocupação. A ansiedade pode manifestar-se a nível fisiológico, cognitivo e comportamental; os sintomas passam por agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldade de concentração ou mente vazia; irritabilidade; tensão muscular e/ou perturbação do sono. A ansiedade, preocupação e sintomas físicos têm repercussões no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes (DSM-V, 2014).

A entrevistada menciona que:

*“As perturbações mentais são essencialmente os quadros de ansiedade e os quadros de depressão, nós sabemos que estas são as situações mais frequentes (...) também sabemos que em 2050, segundo dados da união Europeia em projeções realizadas, (...) a depressão vai ser a principal causa de incapacidade (...) dai uma enorme de*

*necessidade de se prevenir estes quadros e de se fazer uma prevenção e da necessidade de intervenção psicológica”.*

Entrevistada A (2016)

A maior parte das vezes a ansiedade poderá ser desproporcional aos acontecimentos, causando sofrimento e interferindo na qualidade de vida e no desempenho profissional, social e familiar dos indivíduos, tudo isto tem a ver com a forma como experienciamos determinados acontecimentos na nossa vida. A ansiedade e a depressão são também consideradas como fatores secundários do transtorno alimentar, que surge em todos grupos socioeconómicos e etários. “Os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado com alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial” (DSM-V, 2014: 329).

Apesar da imensa investigação existente a Anorexia nervosa continua a constituir um desafio em termos da sua compreensão e tratamento, sendo ainda considerada por muitos clínicos como uma das formas mais frustrantes e recalcitrantes da psicopatologia. É de salientar que anorexia é um dos distúrbios mais frequentes na adolescência, sendo a mortalidade superior à dos outros doentes psiquiátricos com internamentos mais frequentes que na população geral.

Segundo os critérios de diagnóstico da DSM-V (2014) para a anorexia nervosa estes prendem-se com o medo exagerado de ganhar peso ou de engordar, mesmo quando muito magra e a forma como são experienciados o peso e a forma corporal.

Por exemplo, a anorexia nervosa, não é uma mania que passa com a idade, ou um problema estético, mas sim, uma expressão dos elementos nucleares do eu e uma tentativa ativa com sucesso parcial de construir uma identidade.

O medo exagerado de manter o peso nos valores habituais e a distorção da imagem do corpo originam uma luta relutante por uma magreza desmedida. Além da redução alimentar e do emagrecimento, também surgem alterações psicopatológicas e alterações endócrinas. A bulimia nervosa é outra doença de restrição alimentar ou de dietas. Neste quadro existe também maior predomínio no sexo feminino, sendo que nestes casos as

doentes mostram uma autodepreciação que raramente se encontra na anorexia nervosa. (Alves, 2001)

Segundo Fonseca (2011) “A etiologia das Perturbações do Comportamento Alimentar é multifatorial. Na nossa sociedade ocidental a prevalência estimada da Anorexia Nervosa é de 0,4% e da Bulimia Nervosa de 1%. Constituem fatores de risco na adolescência: o sexo feminino, as dietas repetidas, o temperamento perfeccionista, ser um maturador precoce, ter sido alvo de comentários desagradáveis relacionados com o peso, baixa autoestima, história de lutos ou perdas, disfunção familiar” (Fonseca, 2011: 203).

Estes doentes mostram problemas de personalidade, sendo esta um dos conceitos mais difíceis de definir, dado que os fatores que o integram e a forma com se relacionam entre si, daí que as desordens da personalidade são vistas como tendo um caráter duradouro e inflexível, desviando-se das expectativas sociais, provocando perturbação ou mal-estar.

Temos que ter em conta que a personalidade com influência da psicopatologia pode originar alguma confusão por valorizar fatores constantes e permanentes, podendo dificultar a compreensão de um início de perturbação e também a terapêutica (Alves, 2001).

“Um *transtorno da personalidade* é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo” (DSM-V,2014: 645).

Quando a perturbação de personalidade se revela pelo sofrimento individual estamos perante uma perturbação neurótica se for pela própria evolução crónica da sintomatologia, estaremos diante de uma perturbação psicótica (Alves, 2001).

“Os transtornos da personalidade estão reunidos em três grupos, com base em semelhanças descritivas. O Grupo A inclui os transtornos da personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica. Indivíduos com esses transtornos frequentemente parecem esquisitos ou excêntricos. O Grupo B inclui os transtornos da personalidade antissocial, *borderline*, histriônica e narcisista. Indivíduos com esses transtornos costumam parecer dramáticos, emotivos ou erráticos. O Grupo C inclui os transtornos da personalidade

evitante, dependente e obsessivo-compulsiva. Indivíduos com esses transtornos com frequência parecem ansiosos ou medrosos. Deve-se observar que esse sistema de agrupamento, embora útil em algumas pesquisas e situações educacionais, apresenta sérias limitações e não foi consistentemente validado”. (DSM-V,2014: 646)

As pessoas com graves alterações de personalidade podem correr o risco de ter comportamentos que levem à dependência do álcool ou drogas. Segundo o DSM-V (2014) “Os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento são potencialmente graves, geralmente temporários, mas às vezes desenvolvem-se síndromes persistentes do sistema nervoso central (SNC) no caso dos efeitos de substâncias de abuso, medicamentos ou de várias toxinas” (p. 487)

O uso diário de substâncias tem um impacto negativo na vida das pessoas, dadas as graves consequências, que por exemplo, o consumo de álcool e drogas trazem ao nível individual, laboral, familiar e nas interações sociais. É de salientar, que as crises económicas e as consequências que daí emergem, como por exemplo o desemprego e a estigmatização social, levam por vezes ao aumento do consumo de substâncias ilícitas.

“A dependência, pode ser psicológica e/ou física, indica a necessidade tão intensa de consumir uma substância que se não for satisfeita se traduzirá por fortes perturbações físicas e/ou emocionais. Na noção de dependência está sempre presente uma perda de controlo no consumo do produto, isto é, o indivíduo tem a sensação de não poder passar sem a substância” (Alves, 2001: 238).

No que concerne às perturbações da infância e do desenvolvimento Alves (2001) menciona que “a infância e adolescência constituem períodos do desenvolvimento que, no entanto, não são imunes aos problemas psiquiátricos” (p. 141)

Durante muitos anos pensou-se que as pessoas teriam que atingir um grau de desenvolvimento para surgirem problemas psiquiátricos. Durante o desenvolvimento são particularmente importantes as alterações com repercussão na aprendizagem escolar. Como refere a entrevistada:

*“As crianças e os adolescentes, podem desenvolver os mesmos tipos de quadros que o adulto, nas crianças e nos adolescentes a prevalência vai para os quadros de ansiedade e para os quadros de depressão. (...) sendo que, aqui as manifestações podem ser*

*ligeiramente diferentes. Obviamente, a faixa de desenvolvimento, a faixa etária na qual se desenvolve a perturbação psicológica também determina, uma especificidade na forma, na forma como essa sintomatologia é expressa. Da minha experiência, eu não trabalho com crianças, trabalho com adolescentes e com adultos, mas da minha experiência com os adolescentes, os quadros que surgem mais são os quadros de ansiedade e cada vez mais, os quadros de ansiedades ligados ao desempenho, de uma forte exigência, muito perfeccionismo, ou por outro lado, de apatia. Um desinteresse e uma desmotivação total”.*

Entrevistada A (2016)

Na saúde mental da infância e da adolescência não é fácil traçar um limite entre o normal e o patológico. Um sintoma isolado não implica forçosamente a presença de psicopatologia. Diversos sintomas podem surgir ao longo do desenvolvimento normal de uma criança, sendo por vezes transitórios e sem evolução patológica, dado que o mesmo sintoma pode estar presente nos mais variados quadros psicopatológicos (Marques e Cepêda 2009).

Os transtornos mentais e comportamentais são comuns durante a infância e a adolescência. Atribui-se insuficiente atenção a essa área da saúde mental. Existem muitos jovens que sofrem de doença mental grave e poucos recebem tratamento adequado.

“A CID – 10 identifica duas grandes categorias específicas em Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Perturbações do Desenvolvimento Psicológico e Perturbações do Comportamento e Emocionais. Este último grupo de perturbações constitui cerca de 90% de todas as perturbações psiquiátricas na idade escolar. Na 1ª categoria estão incluídas perturbações do desenvolvimento de funções específicas como a aprendizagem e perturbações globais do desenvolvimento (o autismo, por exemplo). A 2ª categoria inclui as perturbações do comportamento, a hiperatividade/défice de atenção e as perturbações emocionais da infância” (Marques e Cepêda, 2009: 21).

As perturbações de ansiedade são o maior grupo de problemas de saúde mental durante a infância. Estas perturbações podem ter impacto negativo significativo no dia-a-dia da criança, na sua trajetória desenvolvimento e interferir com objetivos relacionados nas áreas académica, social ou familiar. Muitas perturbações de ansiedade persistem e, se

não forem alvo de tratamento, aumentam a probabilidade de problemas na idade adulta. A entrevistada explica que:

*“Em relação à escola, à semelhança do que acontece noutros contextos, muitas vezes, o trabalho multidisciplinar não está facilitado (...), parece-me que é absolutamente imprescindível que haja um esclarecimento, com uma linguagem que seja clara e que possa ser partilhada com outros profissionais de saúde, nomeadamente, médicos de família, os técnicos de Serviço Social e os enfermeiros de forma a que possa perceber-se que há uma especificidade em cada uma destas áreas, mas que há aspetos que são complementares, um trabalho que permita potenciar-se o bem estar”.*

Entrevistada A (2016)

#### 1.4.2. O ESTIGMA E A EXCLUSÃO SOCIAL

O conceito de estigma refere-se à conotação negativa das relações sociais que conscientes ou não, rejeitam e excluem a pessoa diferente, no entanto, as pessoas mais próximas e a família vão aceitando e acompanhando a evolução e as suas dificuldades. Deste modo, vão-se habituando às alterações de comportamento do seu familiar e às suas dificuldades. A loucura da pessoa doente prende-se com o fato desta ter construído um mundo e uma realidade que não nos pode descrever e explicar de uma forma socialmente aceite (Silva, 2001).

Um dos grandes obstáculos que se coloca às pessoas com perturbação mental, é o estigma social. "Este fenómeno constitui para os doentes uma fonte de sofrimento, representando um obstáculo à concretização de projectos pessoais e à integração social plena (...)" (Xavier, 2013: 10). Quase sempre baseado na ignorância e em mitos, afetando de forma significativa a vida de muitos doentes, sendo rejeitados, discriminados, levando mesmo à exclusão social, tendo como consequência o afastamento social do doente e a diminuição da procura de ajuda. "A discriminação das pessoas com doença mental afecta não só indivíduos com patologias graves, mas também com outras condições psiquiátricas, como formas mais ligeiras de depressão ou ansiedade" (Xavier, 2013:15). Por vezes, o receio ou a vergonha em falar acerca da sua doença pode constituir um dos maiores problemas quando se tem uma doença mental.

Pode conduzir à perda das amizades, a sentimentos de isolamento e atrasar a recuperação. Como refere a nossa entrevistada:

*“ (...) Ao nível das famílias, acho que é absolutamente fundamental, do ponto de vista comunitário ser passada esta mensagem, em relação aos pais ou poder chegar aos pais esta mensagem, de que o mal-estar psicológico não é sinal que se é tonto ou doido ou que se está maluco, que não é um motivo para vergonha. Aliás, todos nós podemos vir a desenvolver um quadro de perturbação emocional, pelo menos uma vez na vida, em função de acontecimentos significativos. Todos nós somos vulneráveis, todos nós temos vulnerabilidades, todos nós temos coisas que sentimos na nossa vida como difíceis e dolorosas, costumo dizer também que nós só nos tornamos pessoas frágeis quando não cuidamos das nossas vulnerabilidades”.*

Entrevistada A (2016)

A doença mental tem um impacto enorme na vida familiar, na vida social, e no desempenho profissional. "O seu impacto na vida das pessoas com doença mental é evidente, condicionando perda de oportunidades, prejuízo da auto-estima e auto-conceito, qualidade de vida, suporte social e *empowerment* e actuando como uma barreira ao desempenho dos papéis sociais habituais. O estigma parece ainda comprometer o acesso a cuidados de saúde, não apenas ao tratamento psiquiátrico, mas também a cuidados médicos gerais, com aumento da morbilidade e mortalidade desta população vulnerável" (Xavier, 2013: 10).

Com efeito, sem o apoio comunitário, sem acesso aos recursos e serviços em igualdade de oportunidades, a reabilitação e a vida social destas pessoas é colocado em causa. Assim, os doentes continuam a ser “marginalizados, ignora-se o sofrimento humano e a tragédia pessoal e familiar que a doença acarreta, a própria designação é socialmente evitada" (Figueira, 2002: xiii).

A entrevistada lembra que:

*“Fazer a prevenção de quadros psicológicos, psiquiátricos, muitas vezes também, bastante mais graves, que nos trazem custos tremendos, do ponto de vista familiar, do ponto de vista dos recursos da própria comunidade, quando já temos internamentos atrás de internamentos. Tudo isto consome recursos na escola, ao nível da saúde, do ponto de vista, muitas vezes da justiça. Portanto, há aqui um trabalho de*

*desmistificação do estigma, de absoluta e imprescindível necessidade ao nível da prevenção da saúde mental”.*

Entrevistada A (2016)

Segundo Costa (2005) os fatores patológicos podem originar situações de exclusão, nomeadamente de natureza psicológica ou mental tendo como consequências as ruturas familiares. Com a mudança de política dos hospitais psiquiátricos, os tratamentos passaram a ser em ambulatório a doentes que anteriormente se encontravam em regime de internamento. Deste modo, alguns doentes ficaram sem suporte familiar porque não foram aceites pela própria família devido aos seus comportamentos violentos, empurrando-os assim para uma situação de sem-abrigo.

Os doentes sentem que os valores da sociedade, como o sucesso e a competitividade dificultam a sua integração e reconhecimento social. Os profissionais de saúde podem e devem contribuir para combater o estigma através da prática clínica, exercendo-a de forma humana e relacional, na interação com os doentes e as suas famílias (Xavier, 2013).

Se existissem recursos humanos e respostas adequadas e suficientes para a saúde mental, de forma a promover a participação e inclusão social dos doentes na sociedade, o estigma, diminuiria. Como refere Monteiro (2006), a grande maioria dos doentes com perturbações mentais tendem a isolaram-se, em vez de confrontar os outros, portanto o medo que a sociedade tem destes doentes é infundado e, por esta razão não lhes dão oportunidades de trabalho e acesso a habitação. As recaídas não surgem de forma repentina, mas de forma gradual, se a família, os amigos e os profissionais de saúde se tiverem atentos aos primeiros sinais da doença, as crises podem ser detetadas e tratadas antes da situação se tornar bastante grave e incontrolável. Estes doentes normalmente são muito ansiosos, tímidos e passivos, mais sujeitos a serem vítimas do que agressores.

Tendo em conta o Manifesto Anti-Estigma da OPP (2015), 75% das pessoas que sofrem de problemas de saúde psicológica são alvo de preconceitos, desvalorizadas e consideradas preguiçosas, com falta de caráter. O estigma é um grande impedimento a uma vida completa e satisfatória. Dificilmente fazem amigos, não conseguem manter um emprego e ter uma vida social ativa.

### *1.5 A FAMÍLIA DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL*

As famílias encontram-se mal equipadas para lidarem com a doença mental em casa, na maior parte dos casos, constituídas por agregados pequenos, residem em habitações pouco espaçosas trabalham durante todo o dia, encontrando-se ausentes durante muitas horas, não tendo tempo disponível para desempenharem o papel de cuidadores (Alves, 2001).

A doença mental arrasta toda a família para um grande desgaste e sofrimento, tanto físico como psicológico. Muitas das vezes sentem-se impotentes e confusos sem saberem o que fazer e como fazer para apoiarem o seu familiar, dado que, a família não é acompanhada nem os ensinam a cuidar do seu doente. Sentem-se sozinhos em todo este processo, chegando, por vezes, a desenvolver também quadros de depressão, ansiedade e esgotamento. Segundo Silva (2001), “os problemas que mais afectam as famílias não são os da organização do quotidiano (redução do rendimento económico e desorganização dos horários, interrupções do sono, dependência do doente a nível de actividades do quotidiano, etc), mas os que se referem ao seu clima emocional, aos relacionamentos no seu seio e à saúde mental dos restantes elementos. Muitas famílias verbalizam conflitos e tensões quotidianas relacionadas com os sintomas-silêncio absoluto, apatia, verborreia constante, ininterrupta e desordenada, imprevisibilidade do paciente, etc., que origina insegurança e incerteza. A família, reage às tensões que vive, desenvolvendo por vezes sentimentos de culpa, ansiedade e raiva” (p, 210).

As famílias que têm estruturas mais flexíveis, com papéis bem definidos e que se encontram disponíveis para trocar de papéis sempre que necessário, respondem melhor à doença mental do seu familiar. No fundo, a flexibilidade, alternância e complementaridade no exercício dos papéis, são fatores absolutamente decisivos em termos da capacidade para lidar com estes quadros. No entanto, também depende do elemento da família que adoece, a mãe, pai ou filho, dados os papéis e funções que cada um desempenha no sistema familiar. Tem que se ter em conta que a doença mental num elemento da família implica sempre uma reestruturação familiar, exigindo resolução de problemas e proximidade afetiva (Silva, 2001).

A família é realmente muito importante em todo o processo de reabilitação, no entanto, há situações em que podem prejudicar o seu familiar, inconscientemente, através da

omissão de informação relevante para a equipa médica, em outras situações chegam mesmo a alterar as tomas da medicação a pedido do seu familiar, sem consultar previamente o médico, todas estas situações acarretam consequências graves para o doente.

As atitudes dos familiares perante a doença do seu familiar podem ser várias, ou seja, podem sentir rejeição da situação que estão a passar, sendo uma forma de se proteger da angústia e ansiedade que tudo isso provoca, a indiferença ou desinteresse, podendo chegar mesmo a uma situação de negligência. Estas famílias passam muitas vezes também por conflitos, que podem ser conscientes ou inconscientes. Outra situação é o protecionismo, protegem e defendem muito o seu familiar. A perturbação ou processo patológico face à doença e o desequilíbrio que ela provoca na estrutura da família podem ter como consequência o desenvolvimento de reações patológicas na família (Alves, 2001). A família é peça fundamental no processo de recuperação do doente e para a sua reinserção social, no entanto, sabe-se que não é uma tarefa fácil, para que a desinstitucionalização do doente mental aconteça, é necessário que os serviços envolvam a família, orientando-a sobre a doença, pois somente com apoio, a família consegue manter o doente com perturbação mental desinstitucionalizado. No entanto, as equipas médicas ainda falham neste sentido e muitas vezes esquecem-se de envolver a família neste processo de recuperação.

É essencial que os terapeutas estejam despertos para as necessidades dos cuidadores, pois necessitam de apoio para lidarem todos os dias com o stress emocional que a tarefa de cuidar de doente com perturbação mental exige, segundo Alves (2001):

- Rotinas interrompidas por crise e hospitalizações frequentes;
- Comportamentos e atitudes difíceis de compreender, alucinações, delírios, alterações repentinas do sono e do humor;
- Estigma e isolamento social resultantes;
- Supervisão das tomas de medicação, que as pessoas com doença mental crónica são muito reticentes em fazer;
- Supervisão das rotinas de vida diária, como a higiene pessoal, a alimentação, entre outros.

As famílias sentem e expressam muitas dificuldades ao desempenharem o seu papel de cuidadores informais, além de chegarem imensas vezes a um estado limite de cansaço e

desorientação, sem terem tempo para cuidarem delas próprias, a maioria das vezes também não sentem apoio por parte dos serviços de saúde. Segundo Silva (2001), as dificuldades que as famílias enfrentam prendem-se com a comunicação com a equipa terapêutica, queixam-se da pouca atenção que a equipa terapêutica dispensa, principalmente os médicos, que não lhes prestam a informação necessária sobre a doença e o prognóstico e também da falta de tempo que os técnicos demonstram para estarem com elas e com o doente. A atitude a tomar face ao doente, a família queixa-se de falta de orientação e ajuda para compreender e lidarem melhor com as crises e com os outros comportamentos sintomáticos e com a dificuldade na toma da medicação. O clima emocional e relacional na família, em que elas sentem dificuldade em lidar com o grande silêncio ou da agressividade da pessoa doente. Outra das queixas é a integração da pessoa doente na vida social, a desocupação profissional, o isolamento social e conseqüente redução das redes de amigos. No que concerne a programar o futuro, as famílias colocam muito explicitamente com muita angústia a seguinte questão: *e quando eu morrer? Quem vai olhar por ele?* Neste sentido, sentem-se sós, isolados e sem apoios (Silva, 2001).

## 2. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE MENTAL

As equipas multidisciplinares são especialmente relevantes no manuseamento de transtornos mentais, dadas as difíceis necessidades dos pacientes e as suas famílias em diferentes etapas do desenvolvimento da sua doença.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), “existe hoje uma evidência científica sólida que a melhor forma de responder às necessidades dos doentes e famílias é organizar os serviços com Equipas de Saúde Mental Comunitária, constituídas por profissionais de áreas complementares, trabalhando segundo um modelo integrado de gestão de cuidados, o que por sua vez implica a necessidade de aquisição de perícias específicas, na sua maioria inexistentes nos programas de formação atualmente existentes em Portugal”.

As políticas de Saúde Mental dirigidas para a comunidade preveem uma articulação única com os cuidados de saúde primários. Os clínicos gerais, prestam cuidados a

indivíduos e famílias, de forma personalizada e com carácter de continuidade e globalidade, características estas que se mantêm quando provêm a sua ação de uma lista de utentes para um grupo populacional, numa equipa. Deste modo, acompanham o progresso individual e familiar desde o nascimento até à morte e auxiliam assim ao eclodir da grande maioria dos distúrbios mentais nas suas fases mais incipientes, quer se trate de simples reações adaptativas, em fases críticas do ciclo de vida, ou de descompensações psicóticas iniciais a protestar rápida referenciação para os cuidados psiquiátricos.

“O modelo de saúde mental comunitária implica uma perspetiva biopsicossocial das questões da saúde/doença mental, assim como um conjunto de valores que preconizam a equidade no acesso aos serviços, o tratamento na comunidade, o respeito dos direitos humanos, uma visão de recuperação, a promoção da vida independente e da integração social e a participação de utentes e famílias” (Fazenda, 2009: 112).

Ornelas (2005) menciona que “a aplicação do modelo comunitário de intervenção em relação às pessoas com doença mental, aos familiares e aos profissionais na área da saúde mental, implica a reflexão aprofundada acerca do papel específico que cada um destes grupos terá que desempenhar no envolvimento da saúde mental comunitária”.

O Relatório Mundial de Saúde (2001) refere que “a prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas do que o tratamento institucional. A transferência de doentes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também eficaz em relação ao custo e respeita os direitos humanos. (...) Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento” (p. 13)

O relatório supracitado menciona ainda que as características da prestação de cuidados, no âmbito comunitário são:

- Serviços situados perto do domicílio, inclusive os cuidados proporcionados por hospitais gerais na admissão de casos agudos, e instalações residenciais de longo prazo na comunidade;

- Intervenções relacionadas tanto com as deficiências (deficits de competências recursos cognitivos, comportamentais, sociais, interpessoais) quanto com os sintomas;
- Tratamento e outros cuidados específicos para o diagnóstico e resposta às necessidades de cada indivíduo;
- Uma ampla gama de serviços que tem conta as necessidades das pessoas com perturbações mentais e comportamentais;
- Serviços que são combinados e coordenados entre profissionais de saúde mental e organismos da comunidade;
- Serviços ambulatoriais e não estáticos, inclusive aqueles que podem oferecer tratamento no domicílio;
- Parceria com os prestadores de cuidados e atendimento das suas necessidades;
- Legislação de suporte a todos estes aspetos (Relatório Mundial de saúde, 2001).

Segundo Ornelas (2012), “O modelo comunitário de intervenção tem como principal objetivo a integração nos contextos comunitários (uma perspetiva contextualista) e não nas estruturas e/ou serviços. Este modelo comunitário inspira-se nos princípios da saúde mental comunitária que preconizam que as pessoas, independentemente do diagnóstico atribuído, ou de qualquer outra vulnerabilidade social e/ou física, devem viver e manter-se na comunidade, mesmo nos momentos mais difíceis, mas com acesso aos recursos disponíveis” (p. 12). Não nos podemos esquecer que isto só é possível com um trabalho em conjunto com a família uma vez que é um suporte fundamental no tratamento e reabilitação do doente.

A Lei nº 36/98 de 24 de Julho estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo das pessoas com doença mental. O artigo nº3 da lei nº 36/98 estabelece que o tratamento deve ser efetuado em meio o menos restrito possível para evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social. Realça também que os serviços comunitários devem assegurar a reabilitação psicossocial através de estruturas residenciais, em que a prestação de cuidados deve ser assegurada por uma equipa multidisciplinar, habilitada a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

“Por sua vez, a comunidade e as famílias experimentam uma espécie de estranheza, para não dizer incómodo, que rejeita, ainda que subliminarmente e não de um modo agressivo e perturbador. Isto acaba por ser compreensível, já que todos os que se sentem impotentes ficam mais tranquilos quando entregam a razão da sua impotência aos cuidados de alguém” (Cordo, 2013: 12).

A impotência da família, passa muitas vezes pela dificuldade em lidarem com as situações de crise dos seus familiares, com os conflitos que isso suscita, por verem que não há uma resolução para as dificuldades que têm que enfrentar no dia-a-dia, pela falta de apoio por parte dos profissionais em saúde mental, pelo isolamento social que ficam sujeitos, por vezes também pelas dificuldades económicas e muitas vezes pelo desconhecimento da perturbação mental que atinge o seu familiar.

Segundo Leff (2008), “o facto de se reinserir os pacientes institucionalizados na comunidade não garante a sua inclusão social. Isto só pode ser alcançado quando ambas as partes da relação são capazes e têm vontade de se envolver: os pacientes a realojar e os residentes da comunidade acolhedora. Os pacientes que passaram anos numa instituição psiquiátrica têm deficiências em termos de competências sociais em parte devidas ao ambiente de privação social onde estiveram encarcerados e em parte como resultado da sua doença psiquiátrica crónica” (p. 25)

O trabalho sendo remunerado ou não, tem muitas vantagens, dado que alarga o horizonte social de uma pessoa, leva-a a interagir com um novo grupo de pessoas e daí e desenvolver uma nova rede social. O indivíduo tende a melhorar se desempenhar um papel ativo e interventivo na sociedade, o que poderá apresentar o acréscimo da autoestima. Reinsere os doentes institucionalizados na comunidade não assegura a sua inclusão social, isto só pode ser atingido quando ambas as partes da relação têm capacidade e vontade de se compreender, ou seja, os doentes a realojar e os residentes da comunidade acolhedora (Leff, 2008).

Nos últimos 40 anos o processo de desinstitucionalização tem demonstrado que a maior parte dos doentes crónicos podem viver em sociedade, em família, no entanto, tem evidenciado também, se não tiverem continuidade nos tratamentos, na comunidade onde estão inseridos, não se pode considerar que estejam em sociedade, dado que apresentam uma deficiente integração e um funcionamento social desadequado e insuficiente. Estes

doentes normalmente isolam-se porque se deparam com poucos recursos, originando sucessivas hospitalizações (síndrome da porta-giratória). É importante que as pessoas com doença mental crónica tenham algum suporte familiar ou institucional, pois necessitam de tratamento farmacológico constante para evitar as recidivas e hospitalizações (Alves,2001). Neste sentido, podemos referir que a garantia da saúde mental prende-se com a intervenção simultânea em diferentes áreas, nomeadamente a área social, tornando-se importante a articulação entre elas de forma a minorar o sofrimento e maximizar a qualidade de vida dos doentes e familiares.

Segundo a OMS e outras organizações internacionais (citado no Plano Nacional de Saúde Mental, 2008) sustentam que os serviços de saúde mental devem organizar-se de acordo com os seguintes princípios:

- Garantir a acessibilidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental;
- Assumir a responsabilidade de um setor geo-demográfico, com uma dimensão tal que seja exequível assegurar os cuidados essenciais sem que as pessoas se tenham que afastar claramente do seu local de residência (dimensão estimada entre 200.000 e 300.000 habitantes);
- Integrar um conjunto diferenciado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral, de forma a assegurar uma resposta efetiva às diferentes necessidades de cuidados das populações;
  - Ter uma coordenação comum;
- Envolver a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade;
- Estar estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde;
- Colaborar com o setor social e organizações não-governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves.
- Prestar contas da forma como cumprem os seus objetivos (Plano Nacional de Saúde Mental, 2008).

É de referir que muitas pessoas com perturbações mais ligeiras se encontram em sofrimento por falta de intervenção psicológica, daí que se torna imprescindível respostas na comunidade adequadas para fazer face a estes problemas, passando por uma rede de cuidados primários de forma a evitar o avanço inevitável da doença, sendo que a única resposta não seja o internamento. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (2008) “O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%),

quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efectivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias. Uma consequência inevitável desta distribuição de recursos é o reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade registado em Portugal. Muitos serviços locais de saúde mental continuam reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia, não dispendo de Equipas de saúde mental comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise e trabalho com as famílias” (p. 8)

### 3. RESPOSTAS SOCIAIS

Em Portugal existe uma grande lacuna ao nível das respostas, destinadas a pessoas com perturbação mental, que sejam adequadas e eficazes.

A saúde mental não se pode desassociar da vertente social, dado que o trabalho em equipa é imprescindível para o sucesso das intervenções de modo a suprimir as necessidades dos doentes e das suas famílias.

No âmbito do Despacho conjunto 407/98, de 15 de Maio, visa aprovar as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, bem como as coordenadas para elaboração do plano regional de articulação saúde/ação social. Este modelo tem como objetivo promover a autonomia, a integração social, saúde e reforçar as competências e capacidades das famílias para lidarem com essas situações.

Neste sentido, e tendo em conta o Guia Prático de Apoios Sociais para pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico da Segurança Social (2016) é possível o doente com doença mental ou perturbação mental ter acesso a respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social que se encontrem em situação de carência e desigualdade socioeconómica, dependência e vulnerabilidade social. Existem, segundo este Guia, 4 tipos de resposta em função da gravidade da doença e do grau de autonomia da pessoa:

**O Fórum socio-ocupacional** é destinado a jovens e adultos com doença psiquiátrica crónica, grave e estabilizada, com poucas capacidades de se relacionarem e integrarem socialmente, tendo como objetivo promover a autonomia e o relacionamento com os outros; promover a reintegração social, familiar e profissional; encaminhar, se necessário, para estruturas residenciais adequadas; integrar em programas de formação

profissional, em emprego normal ou protegido. É a única resposta que não requer a residência do doente, durante o dia a pessoa frequenta o fórum e recebe apoio com a sua reintegração social, familiar e/ou profissional ou eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido é destinada a pessoas com doença mental temporária ou permanente.

**Unidade de vida autónoma** tem capacidade para cinco ou sete utentes, dirigido também para a jovens e adultos com doença psiquiátrica grave, em fase estabilizada, com capacidade mental para uma reintegração social e profissional. O seu objetivo é proporcionar alojamento; garantir a individualização e a estabilidade dos utentes numa vida normalizada, quer socialmente, quer no trabalho, neste sentido a pessoa reside num apartamento e recebe apoio no sentido de se integrar em programas de formação profissional ou em emprego normal ou protegido. Esta unidade é dirigida a pessoas adultas com problemas psiquiátricos graves estabilizados e de evolução crónica, mas autónomas, e sem uma residência satisfatória.

**Unidade de vida apoiada-** esta resposta tem capacidade para 20 utentes, é destinada a situações mais graves, ou seja, a jovens e adultos com doença mental crónica e sem autonomia suficiente para poderem viver sozinhos ou com a família, embora não precisem de intervenção médica psiquiátrica a tempo inteiro. Os objetivos desta unidade passam por proporcionar alojamento; Garantir a satisfação das necessidades básicas; Promover a integração dos utentes na comunidade através de programas de reabilitação psicossocial e/ou ocupacionais; Promover as relações familiares. Deste modo, a pessoa reside num apartamento e recebe apoio nas atividades do dia-a-dia. Esta unidade é destinada a pessoas adultas que, por limitação mental crónica e fatores sociais graves, não têm autonomia para viver sozinhos ou com a família, mas que não precisam de intervenção médica frequente.

**Unidade de vida protegida** tem capacidade para cinco a sete utentes jovens e adultos com problemas psiquiátricos graves, clinicamente estáveis, que possam tornar-se mais autónomos se tiverem uma atividade profissional, ou se estiverem integrados num programa de reintegração psicossocial. Destina-se a treino da autonomia do doente, este reside num apartamento. Esta unidade tem como objetivos, promover a reabilitação, a autonomia e a reintegração social; promover uma relação próxima com a comunidade para uma melhor integração; evitar os internamentos em instituições. Na tabela seguinte podemos verificar a distribuição do tipo de unidade disponível nas ARS Centro e deste

modo, também podemos analisar que existem poucas respostas deste tipo para assegurar o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes.

Tabela I-Unidades de Apoio Social

ARS	Tipo de Unidade	Nº de Unidades	Capacidade avaliada em nº de utentes
Centro	Fórum Sócio ocupacional	6	107
Centro	Unidade de vida apoiada	1	17
Centro	Unidade de vida protegida	1	7

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

Os doentes são encaminhados para este tipo de resposta através dos serviços de saúde ou da Segurança Social e o pagamento será calculado consoante os rendimentos do agregado familiar.

É importante referir, que os cuidados continuados integrados de saúde mental aplicada às pessoas com doença mental incluem equipas de apoio domiciliário previstas no Decreto-Lei nº8/2010, de 28 de janeiro de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental ainda não foram implementadas, o que tem prejudicado imenso pessoas com perturbação mental



## CAPÍTULO II – PROJETO

### 1. ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL

#### *1.1 CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO CONCELHO DE ALCOBAÇA*

O concelho de Alcobaça, pertence ao distrito de Leiria, fica situada na confluência dos rios Alcoa e Baça, na zona litoral centro de Portugal. Este concelho conta com 13 freguesias, sendo o segundo concelho mais industrializado do distrito e um dos mais populosos. Em Alcobaça, podemos encontrar o célebre mosteiro cisterciense de Santa Maria fundado em 1148 por D. Afonso Henriques.

É sede de um município com 408, 14 km<sup>2</sup> de área e 55 844 habitantes (INE, 2013), subdividido pelas 13 freguesias: Alcobaça e Vestiaria; Alfeizerão; Aljubarrota; Bário; Benedita; Cela; Cós, Alpedriz e Montes; Évora de Alcobaça, Maiorga; Pataias e Martingança; São Martinho do Porto; Turquel e Vimeiro.

#### *1.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA DO CONCELHO DE ALCOBAÇA*

Com base nos dados do INE (Instituto Nacional de Estatística) Censos 2011, verifica-se que o total de população empregada no concelho de Alcobaça é de 23.303 indivíduos.

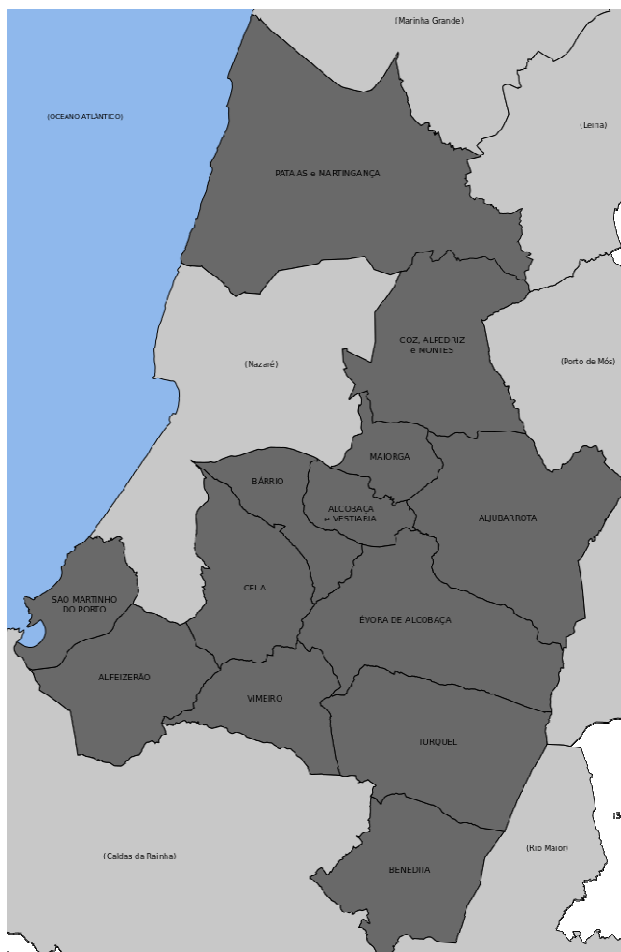
No que concerne à população empregada por setor de atividade económica, verifica-se que é o setor terciário com 57,6% que totaliza o maior número de trabalhadores, seguindo-se o setor secundário com 37,6% e finalmente o setor primário com 4,7%.

Ao nível dos serviços de saúde, o concelho de Alcobaça conta com um vasto conjunto de serviços ao dispor da população, como por exemplo: o Hospital Lopes de Oliveira que se localiza na sede de conselho, que possui serviços de internamento, urgência e diversas consultas de especialidade.

No que concerne ao Centro de saúde, este é dotado de um vasto leque de recursos, aos mais diversos níveis, tanto materiais como humanos e abrange 14 extensões de saúde, espalhadas pelas diversas freguesias.

O hospital Bernardino Lopes de Oliveira de Alcobaça foi inaugurado a 15 de agosto de 1890, atualmente integra o centro hospitalar de Leiria. A área de atração da unidade de Alcobaça abrange de acordo com número do INE de 2011, cerca de 98,000 habitantes residentes nos concelhos de Alcobaça, com exceção das freguesias de Alfeizerão, Benedita e S. Martinho do Porto) e Nazaré.

Figura I- Mapa do concelho de Alcobaça



Fonte: <http://www.jf-alcobacaevestiarria.pt/>

## 2. PROJETO “POMAR DE BRAÇOS”

### *2.1. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES AO NÍVEL DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL*

Antes de proceder à elaboração do projeto ‘Pomar de Braços’, importa conhecer a opinião dos profissionais da área da saúde e da área social sobre a necessidade de construção de uma resposta social direcionada à prestação de cuidados na área de saúde mental. Para o efeito optou-se pela realização de uma entrevista semiestruturada a uma psicóloga (Anexos 3 e 4) com alguns anos de experiência e que exerce a sua profissão no concelho de Alcobaça e pela aplicação de um inquérito por questionário a uma amostra de profissionais da área da saúde e da área social do referido concelho. A amostra foi definida com base no número de instituições que pertencem ao concelho de Alcobaça.

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados fundamentais desta investigação. Assim, tendo presente a revisão bibliográfica e com base nos dados recolhidos, os inquéritos e a entrevista pretendemos analisar e refletir sobre a necessidade da prestação de cuidados na área da saúde mental no concelho de Alcobaça. A interpretação dos dados obtidos através dos questionários será complementada com a análise da entrevista realizada. Em conjunto, as informações obtidas permitem construir uma imagem mais atualizada sobre a situação dos doentes mentais no concelho de Alcobaça e, em particular, sobre as carências ao nível das respostas sociais direcionadas para uma intervenção com este grupo populacional.

Na recolha dos dados usados de seguida, optámos pela aplicação do inquérito por questionário (Anexo 1), de forma anónima e com perguntas abertas e fechadas, foi utilizada a ferramenta GoogleForms para a elaboração do questionário e posterior envio do mesmo através de endereço eletrónico para os diversos destinatários. Esta opção instrumental, baseou-se na análise das vantagens que este instrumento de recolha apresenta, nomeadamente, uma maior sistematização dos resultados fornecidos, uma maior facilidade de análise, bem como, redução do tempo e dos custos, na recolha dos dados. O objetivo deste inquérito por questionário é tentar compreender o parecer dos profissionais de saúde e da área social relativamente à prevenção e promoção da saúde mental e bem-estar no concelho de Alcobaça.

O universo é composto por todos os profissionais da área social que trabalham nas instituições de solidariedade social do concelho de Alcobaça, entidades públicas e profissionais de saúde. Amostra pretendida era de 50 profissionais de Saúde e da área social, mas após o final do período de recolha dos questionários verificou-se que, apesar dos esforços realizados, a taxa de resposta foi inferior ao esperado, tendo-se rececionado 20 inquéritos (Anexo 2).

A maioria dos profissionais inquiridos trabalha em IPSS, são todos do sexo feminino, têm entre 6 a 10 anos de experiência profissional, o que indica que têm já algum conhecimento da realidade que estamos a estudar.

Podemos verificar que a grande maioria dos doentes com perturbação mental (90%), toma psicofármacos e que os doentes raramente são encaminhados para consultas de psicologia, o que vai dificultar a recuperação do doente, como mencionou a entrevistada A que “a única resposta que existe é a resposta farmacológica, quando na realidade, os quadros de perturbação psicológica, estão associados claramente aqueles dois aspetos que há pouco mencionei, que é a capacidade de escolha e a capacidade de conseguir tolerar alguma frustração, não há nenhuma medicação que ponha as pessoas a fazer isto”. A mesma entrevistada manifesta-se crítica quanto a considerar a terapêutica medicamentosa como a melhor solução para a maioria das perturbações mentais:

*“Não, de todo (...), existem quadros de perturbação psicológica que claramente que cronicizam e que a única resposta que existe é a resposta farmacológica, quando na realidade, os quadros de perturbação psicológica, estão associados claramente aqueles dois aspetos que há pouco mencionei, que é a capacidade de escolha e a capacidade de conseguir tolerar alguma frustração, não há nenhuma medicação que ponha as pessoas a fazer isto, ou seja, os psicofármacos, quanto muito, regulam a expressão de determinados sintomas, eu costumo dizer que os nossos sintomas psicológicos têm muitos a ver com aquilo que se passou na nossa vida, por aquilo que se passa na nossa vida e faz parte da nossa historia e que vai sendo atualizado. Portanto, que implica muitas vezes aprender a lidar com aspetos que são mais difíceis, com situações dolorosas pelas quais passamos, desenvolver recursos para lidar com elas, desenvolver recursos de regulação emocional de novos comportamentos que sejam mais adaptativos, aumentar os graus de liberdade nas nossas escolhas e portanto, aprender a lidar e gerir conflitos, gerir situações de stress (...) aumentar o grau de satisfação*

*com as nossas relações. Portanto não há resposta psicofarmacológica permite ajuda a este nível, isso só é possível fazer numa relação segura, próxima, assegurada pelos psicólogos”*

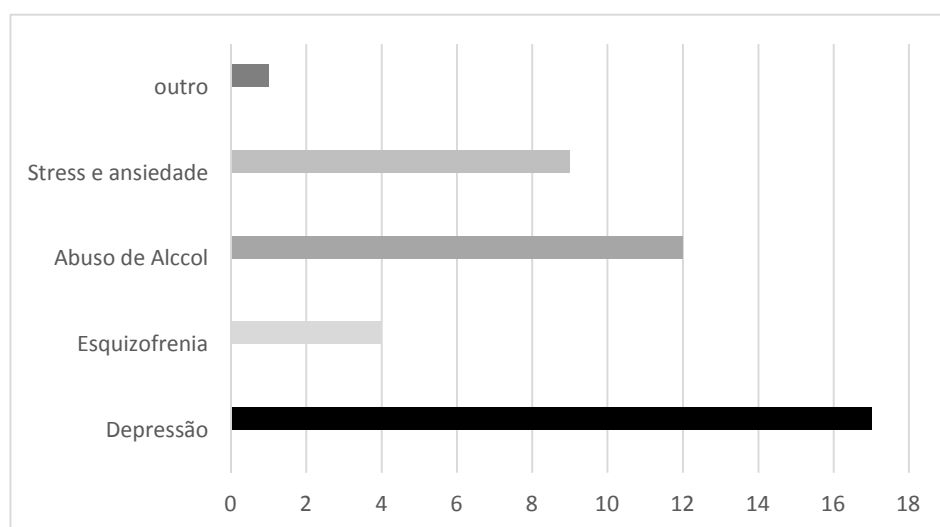
(Entrevistada A, 2016)

É de salientar que entre 2004 e 2009, observou-se um crescimento de 25,3% no consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos. Estes dados são comprovados pela OCDE. Portugal situa-se acima da média dos países desta organização no consumo de ansiolíticos (OPP, 2011).

A avaliação dos dados, da amostra recolhida, demonstra que os inquiridos são todos do sexo feminino, maioritariamente técnicos de Serviço Social (55,6%), logo de seguida de outros profissionais não especificados (38,9%). Podemos constatar que os profissionais de saúde, não se encontram muito disponíveis para responder os estes questionários relacionados com a saúde mental.

A maioria dos profissionais inquiridos trabalha em IPSS, têm entre 6 a 10 anos de experiencia profissional, o que indica que têm já algum conhecimento da realidade que estamos a estudar.

Gráfico I- Principais perturbações mentais diagnosticadas no concelho de Alcobaça



Fonte: Inquérito aplicado a técnicos da área social e da saúde do concelho de Alcobaça

No gráfico I, podemos verificar que a principal perturbação mental diagnosticada no concelho de Alcobaça é a depressão (85%), logo de seguida, abuso de álcool (60%) e stress e ansiedade (45%).

Este resultado, vai ao encontro das estatísticas nacionais relativas à saúde mental, que também mencionam que os quadros depressivos e os quadros de ansiedade são os mais frequentes e que são um motivo de incapacidade para os doentes, sendo imprescindível as intervenções psicológicas. Não podemos descorar da percentagem elevada de perturbações relacionadas com o abuso de álcool, dado que também necessitam de muita ajuda especializada.

A prevalência perturbação mental tem vindo a aumentar na Europa e em Portugal, em 2008 a União Europeia estimava que cerca de 50 milhões de pessoas (cerca de 11% da população) tinham algum tipo de perturbação mental. Relativamente a Portugal, 1 em cada 5 cidadãos ao longo da vida experienciou uma perturbação mental (23%). Neste sentido, Portugal manifesta uma prevalência de perturbações mentais acima da média europeia. (OPP, 2011)

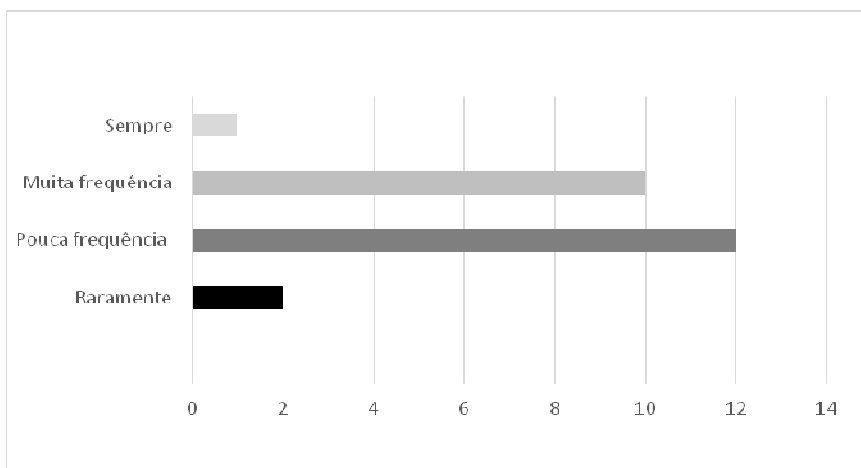
Segundo a entrevistada A (2016),

*“As consequências da doença mental podem ser a vários níveis. (...) há consequências que são pessoais, ou seja, ao nível dos cuidados consigo própria (...) e os quadros de ansiedade e os quadros de depressão trazem marcada, podem trazer marcada o grau de validação. Podem impedir a pessoa claramente de funcionar, ou seja, tem graus e vão-se desenvolvendo de forma a aumentar o grau de invalidação, ou minar várias áreas de funcionamento da pessoa, mas claramente o lado de cuidar de si própria, da forma como investimos e cuidamos ou não de nós. Também o reconhecimento de limites que temos e das nossas vulnerabilidades e de cuidarmos delas ou não, do cuidado conosco, mesmo também do ponto de vista da nossa saúde física”.*

Quando inquiridos se as crianças tomam psicofármacos, a maioria (60%) dos profissionais respondeu que não. Em termos de comparação entre as crianças e os adultos, relativamente a toma de psicofármacos, constatamos que a percentagem das crianças que tomam psicofármacos é menor do que os adultos.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 determinava como meta uma redução de 20% no consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos antidepressivos no mercado do SNS. No entanto este consumo evoluiu no sentido contrário à meta apresentando um aumento acentuado do consumo destes psicofármacos.

Gráfico II-Frequência de encaminhamento para consulta de psiquiatria



Fonte: Inquérito aplicado a técnicos da área social e da saúde do concelho de Alcobaça

No gráfico III, verificamos que 50% dos inquiridos responderam que os doentes são encaminhados para consultas de psiquiatria com pouca frequência e 35% responderam com muita frequência, estes valores estão muito próximos, o que dificulta a análise.

Tabela II-Médicos Especialistas: Psiquiatra

Territórios		Especialistas / Psiquiatria		
Âmbito Geográfico	Anos	2012	2013	2014
Município	Alcobaça	1	1	1

Fonte: Pordata

Interpretando a tabela II, realçamos que desde 2012, existe somente um psiquiatra para dar resposta a todos os doentes com perturbação mental do concelho de Alcobaça.

Segundo a Entrevistada A (2016),

*“no hospital, por aquilo que eu sei, há uma consulta externa de psiquiatria, que funciona, mediante encaminhamento do médico de família. Tem de ser feito pelo o médico de família, numa consulta de medicina familiar, portanto, é o próprio medico de família que avalia conjuntamente com o seu paciente acerca da necessidade de uma consulta de especialidade nesta área, (...) é uma consulta por aquilo que eu sei, acontece de 15 em 15 dias e muitas das pessoas que chegam às consultas de psicologia clinica no contexto privado, surgem realmente com esta referência de que, tendo em conta, o grau de imobilização e de sofrimento que têm não conseguem ser vistos em tempo útil, porque o tempo de espera é muito grande, não só para ter uma primeira consulta. Existem muitas pessoas a solicitar este serviço e com poucos recursos, poucos médicos e poucos psicólogos (...) a trabalharem no SNS, portanto esta é claramente uma lacuna. Também, o que faz com que não só o tempo de espera para a primeira consulta seja muito elevado, mas também o intervalo entre intervenções ou entre consultas também seja muito longo, o que na realidade também faz com que os aspetos e as vantagens da intervenção psicológica se diluam no tempo”.*

*A entrevistada reconhece que ao nível da intervenção psicológica existe uma carência de respostas adequadas às necessidades de doentes com perturbação mental, dado que “(...) faltam estruturas ao nível da intervenção psicológicas (...), ao nível do SNS as respostas que eu falei há pouco, não existe uma equipa multidisciplinar de saúde mental(...)”*

(Entrevistada A, 2016).

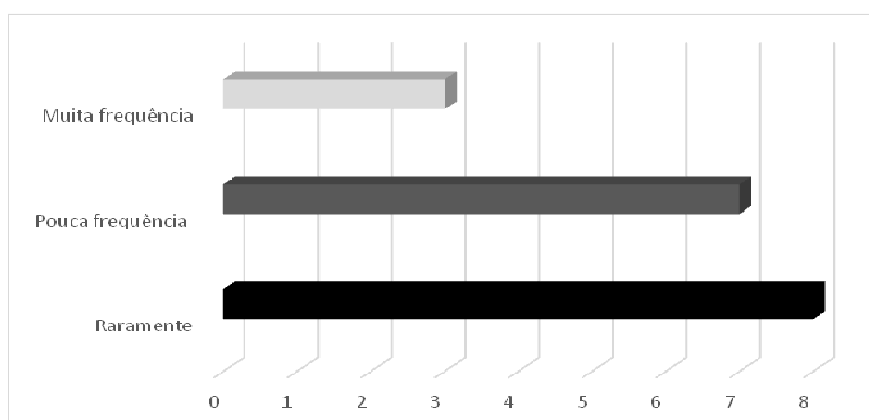
A ausência de equipas multidisciplinares surge como particularmente limitadora da intervenção na recuperação do doente. A sua constituição permitiria desenvolver um conjunto de intervenções positivas junto dos doentes com perturbações mentais. Como reconhece a nossa entrevistada:

*(...) Respostas integradas, pensadas, estruturadas e que beneficiem das diferentes intervenções, da dimensão psicológica, psiquiatra, farmacológica, social, ao nível dos cuidados de enfermagem e também em algumas situações, ao nível do encaminhamento para outros recursos da comunidade (...). Depois do ponto de vista de determinados*

*quadros psicológicos que necessitariam também de outras estruturas nomeadamente os quadros psicóticos (...). Em termos de reabilitação e para trabalho, de aspetos mais comportamentais, mais ligados ao treino de atividade da vida diária, rotinas saudáveis, autocuidados, não existe nenhuma estrutura que faça isto.*

(Entrevistada A, 2016)

Gráfico III-Frequência de encaminhamento para consulta de Psicologia Clínica



Fonte: Inquérito aplicado a técnicos da área social e da saúde do concelho de Alcobaça

Neste gráfico referente ao encaminhamento dos doentes para consultas de psicologia podemos constatar que a esmagadora maioria respondeu, raramente ou pouca frequência, apenas 16,7% dos inquiridos é que responderam que os doentes são encaminhados com muita frequência para as consultas de psicologia. Podemos concluir que a maioria dos doentes não tem acompanhamento psicológico, o que vai dificultar a sua reabilitação. Apuramos que os inquiridos (94,7%) responderam que é o médico de família que faz os encaminhamentos para as consultas de especialidade. É de salientar, que o médico de família tem um papel importante a desempenhar nestas situações, dado que são o primeiro contato com o doente, assegurando também os cuidados essenciais e a solução de alguns problemas. No entanto, os economistas da saúde e os psicólogos têm desenvolvido análises de custo-efetividade que possibilitam estimar a efetividade das intervenções psicológicas na diminuição dos custos com a saúde. Os estudos desenvolvidos aludem para a efetividade e potencial da intervenção psicológica na melhoria do estado de saúde do cidadão e na diminuição dos custos diretos (número de consultas; número de dias de internamentos; consumo de fármacos) e indiretos

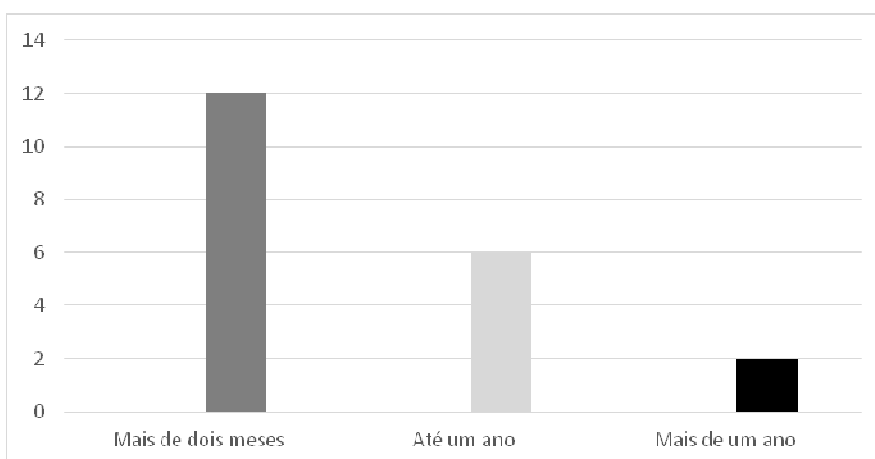
(absentismo; redução dos encargos do Estado com os benefícios fiscais para o doente e menor produtividade) (OPP, 2011).

Relativamente a esta temática, a entrevistada A (2016) menciona que:

*“(...) um aspeto que me parece importante, é a questão da exclusividade e da especificidade e por outro lado da complementaridade das intervenções multidisciplinares. Há aqui uma questão que é importante, que é a diferenciação entre as intervenções psicológicas, e exclusividade e a especificidade deste nível, com a diferenciação, o acompanhamento psiquiátrico e o suporte farmacológico que pode ser feito, mas também com algumas intervenções ao nível da neurologia. Há aspetos de franja que parecem ser iguais e não são iguais e permitem potenciar mais ainda, não só a prevenção, mas muito também as intervenções que podem ser feitas e os resultados que podem ser obtidos já com quadros de perturbação psicológica”.*

Tendo em conta, os estudos desenvolvidos pela London School of Economics and Political Science possibilitam verificar que a intervenção psicológica tem um grau de custo-efetividade que permite não só pagar a própria intervenção como adquirir ganhos em saúde, dado que a intervenção psicológica possui custos reduzidos e taxas de recuperação elevadas analogamente aos custos elevados da incapacidade. Sendo importante referir que é imprescindível a intervenção psicológica na recuperação e integração do doente na sociedade, dado que permite reduzir o número de recaídas e consecutivos internamentos (OPP, 2011).

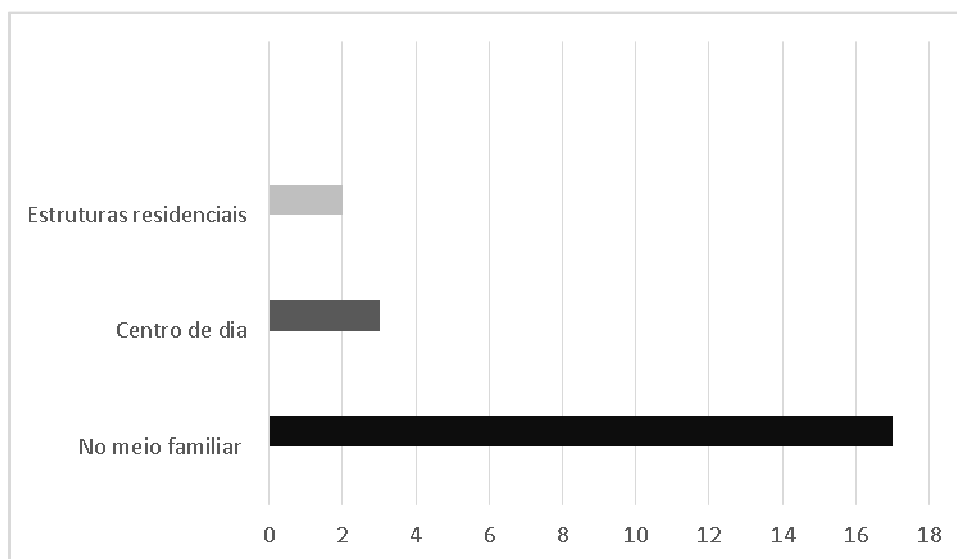
Gráfico IV-Tempo de espera por uma consulta de psicologia/psiquiatria



Fonte: Inquérito aplicado a técnicos da área social e da saúde do concelho de Alcobaça

Questionados quanto ao tempo de espera por consultas de psiquiatria ou psicologia, podemos verificar que uma parte significativa (60%) respondeu que os doentes aguardam mais de dois meses pela consulta e 30% inquiridos responderam que os doentes aguardam até um ano pela consulta, somente 10% responderam que os doentes aguardam mais de um ano. Como explicou a Dra. Iris (2016) que: *“o tempo de espera é muito grande, não só para ter uma primeira consulta porque existem muitas pessoas a solicitar este serviço e com poucos recursos, poucos médicos e poucos psicólogos (...) a trabalharem no SNS e portanto esta é claramente uma lacuna também, o que faz com que não só o tempo de espera para a primeira consulta seja muito elevado, mas também o intervalo entre intervenções ou entre consultas também seja muito longo, o que na realidade também faz com que (...) os aspetos e as vantagens da intervenção psicológica se diluam no tempo”*.

Gráfico V- Local da prestação de cuidados após alta hospitalar



Fonte: Inquérito aplicado a técnicos da área social e da saúde do concelho de Alcobaça

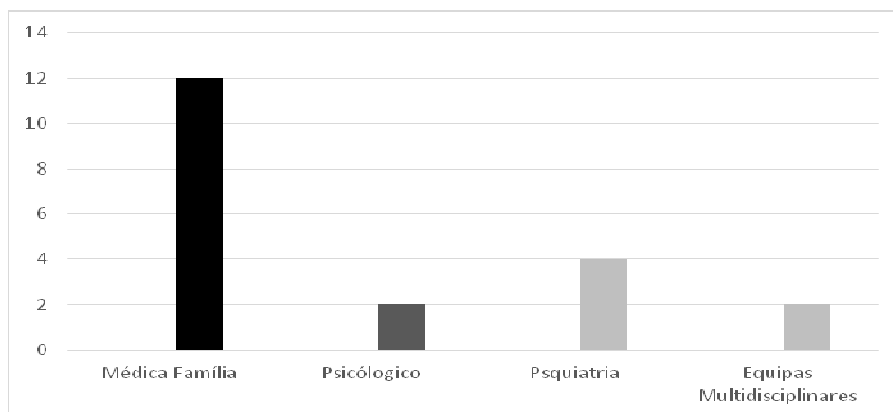
Tal como se pode verificar no gráfico V, os doentes que carecem de reabilitação psicossocial após alta hospitalar, a prestação de cuidados é assegurada principalmente no meio familiar. A família é um suporte essencial para recuperação do doente, no entanto, é fundamental que haja respostas adequadas na comunidade capazes de apoiar estes doentes e as suas famílias. Estas famílias passam por grandes dificuldades, a todos os níveis, como indica Silva (2001:213) “Na verdade, o funcionamento do sistema familiar, ao integrar a perturbação mental de um dos seus elementos fica alterado. Esse funcionamento alterado, muitas vezes até patológico, ao reproduzir-se, não permite que a situação evolua, ou seja, favorece a dependência familiar, misto de proteção e controle, que resulta na maioria numa inadequação da pessoa doente para a vida social”. A relevância da família e dos amigos como estrutura de suporte é corroborada pela nossa entrevistada que sustenta:

*“(...) termos um bom grupo de suporte, família que nos apoie, termos qualidade nas nossas relações, termos atividade de lazer. Portanto, termos grupos de intervenção profissional e de supervisão profissional e rede social de suporte que poderemos contar, com quem possamos partilhar situações de dificuldade, são alguns aspetos que nos permitem fazer prevenção de saúde mental”.*

(Entrevistada A, 2016)

Para auxiliar estas famílias torna-se necessário a intervenção familiar com técnicos especializados de forma a melhorar ou facilitar a comunicação e as relações dentro da família, para que o conflito, tanto interno, como interpessoal, intrínseco a qualquer sistema, se possa transformar numa oportunidade de crescimento para todos os elementos da família.

Gráfico VI- Profissional que assegura a prestação de cuidados de saúde mental

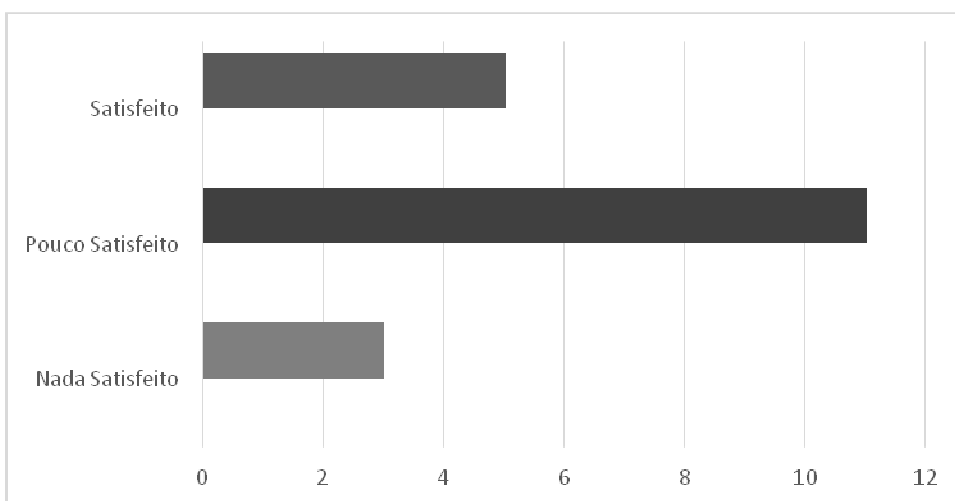


Fonte: Inquérito aplicado a técnicos da área social e da saúde do concelho de Alcobaça

Relativamente ao gráfico VI, podemos constatar que são os médicos de família, que asseguram a prestação de cuidados de saúde mental, aos doentes após alta hospitalar. Estes dados revelam que existe uma lacuna ao nível das respostas para a saúde mental, por vezes o acompanhamento do médico de família não é suficiente para a maioria dos casos e faltam técnicos de várias áreas (psicologia, serviço social e enfermagem) que trabalhem em articulação de forma a melhorar o bem-estar dos doentes.

Concluiu-se, em diversos estudos em 2008, se os centros de saúde em Portugal tivessem no corpo clínico profissionais de saúde mental, permitia reduzir o número de consultas dos médicos de família, o número de prescrições de psicofármacos, os custos de prescrição e referenciação de doentes. É indispensável, tornar a psicologia acessível a todos os doentes, para que isso aconteça é necessário aumentar a quantidade de psicólogos nos centros de saúde. Relativamente aos doentes com depressão somente 8% recebe tratamento de psiquiatras, 3% é acompanhado por um psicólogo, a esmagadora maioria é acompanhada pelo médico de família. No caso de o acompanhamento ser realizado pelo médico de família, o tratamento é quase unicamente farmacológico, podendo causar dependência, tratamentos muito longos e aumento de efeitos secundários. (OPP, 2011)

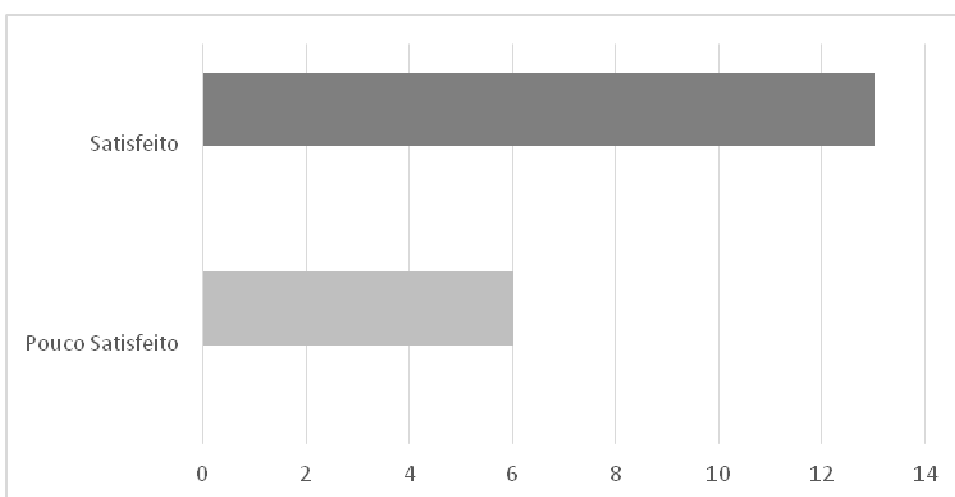
Gráfico VII-Grau de satisfação quanto à qualidade ao nível dos serviços de saúde mental



Fonte: Inquérito aplicado a técnicos da área social e da saúde do concelho de Alcobaça

Em relação ao “Grau de satisfação quanto à qualidade ao nível dos serviços de saúde mental”, podemos observar que 55% dos inqueridos respondeu que os doentes que acompanham estão pouco satisfeitos, 25% demonstram satisfação e 15% não estão nada satisfeitos.

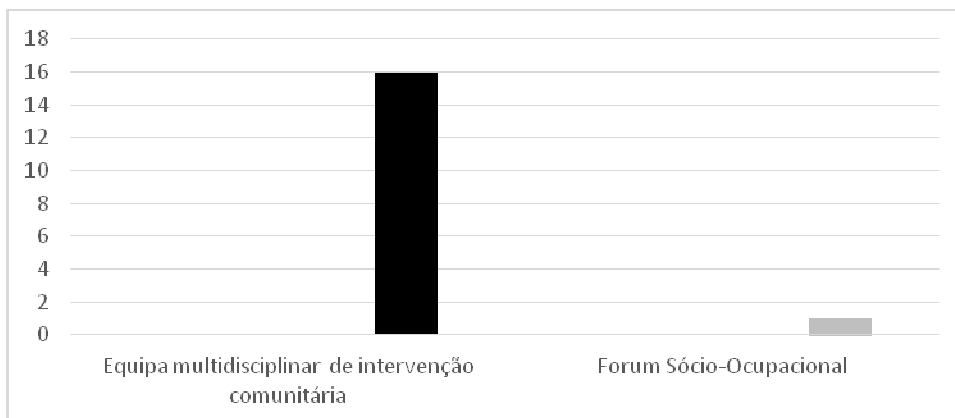
Gráfico VIII-Grau de satisfação quanto ao tipo de profissional ao nível dos serviços de saúde mental



Fonte: Inquérito aplicado a técnicos da área social e da saúde do concelho de Alcobaça

Ao contrário da insatisfação manifestada em relação aos serviços de saúde mental, os doentes (68,4%) demonstram-se satisfeitos quanto aos profissionais de saúde que os acompanham, como podemos verificar no gráfico VIII.

Gráfico IX-Avaliação da importância de um serviço de saúde mental a ser criado no concelho de Alcobaça



Fonte: Inquérito aplicado a técnicos da área social e da saúde do concelho de Alcobaça

O gráfico acima representado, indica-nos que os inqueridos consideraram ser importante a implementação de uma equipa multidisciplinar de intervenção comunitária no concelho de Alcobaça, de forma a dar resposta aos doentes com perturbação mental como garantia da satisfação das suas necessidades a vários níveis e a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a dos seus familiares.

É possível concluir que as equipas multidisciplinares têm um impacto positivo na comunidade em termos de ganhos em saúde, evitando sofrimento por parte dos doentes e das suas famílias e reduzindo os internamentos hospitalares. Como menciona a entrevistada A (2016),

*“nomeadamente também porque em algumas situações é mesmo importante e tendo em conta que já existe uma cronicização de determinados quadros, muitos quadros precisam em termos de intervenção também de algum suporte psicofarmacológico, já porque houve uma cronicização, não é possível intervir imediatamente sem que as pessoas tenham uma regulação sintomática e nessas situações é muito importante o suporte psicofarmacológico que seja, que no fundo que as pessoas vão recebendo o apoio psicológico, vai permitir desenvolver outro tipo de competências que as pessoas possam deixar de fazer esse suporte psicofarmacológico e sentirem-se mais autónomas*

*que desenvolvem com as intervenções psicológicas, do ponto de vista cognitivo, do ponto de vista comportamental, do ponto de vista da regulação emocional.”*

## 2.2. NATUREZA DO PROJETO

Este projeto surge da necessidade da prestação de cuidados na área da saúde mental, identificado por técnicos a trabalhar na comunidade em diferentes áreas e estruturas.

As principais lacunas detetadas na comunidade prendem-se com a dificuldade no acesso a cuidados nesta área que permitam um desenvolvimento pessoal e familiar mais adaptativo, responsivo, flexível e integrado.

Outro problema identificado está relacionado com a inexistência de resposta, eficaz, abrangente, (complementar a outras) e facilitadora do acesso na comunidade a cuidados de saúde mental especializados, inclusivamente para situações de carência económica atestada e sinalizadas pela equipa e/ou outros serviços.

Com este projeto será possível criar uma equipa multidisciplinar, composta por profissionais de várias áreas da Psicologia, serviço social, enfermagem, e prática psicomotora que desenvolvem a sua ação em rede com outros técnicos com especialidades na área da saúde, educação, equipamentos sociais, entidades empregadoras da comunidade.

O projeto é inovador porque permitirá uma resposta mais abrangente, eficaz e integrada, na área da saúde mental, em termos de prevenção primária, secundária e terciária. Permitirá ainda diminuir fatores de risco e diminuir situações de comorbilidade (associação entre vários quadros emocionais e orgânicos), inclusive situações de exclusão social pelo estigma aos quadros de saúde mental. Esta resposta integrada permitirá o acompanhamento num todo, em termos de ciclo de vida desde a infância até à geriatria e nos níveis pessoal, familiar, social e da articulação com os cuidados de saúde primários (Médicos de Saúde Familiar, desenvolvimento infantil e doenças crónicas) e secundários (consultas de psiquiatria, neurologia, pediatria, terapia da fala e nutrição e outros serviços clínicos hospitalares) e outras entidades da comunidade (escolas, Segurança Social, Autarquia, equipamentos sociais, Associações

Profissionais e civis). Irá ainda proporcionar a possibilidade de intervenção domiciliária nas áreas da saúde mental, cuidados continuados, paliativos e social.

Do ponto de vista da área da formação, este projeto permitirá também a realização de consultoria externa a técnicos com outras áreas de formação, como educadores, professores, com vista a potenciar uma visão integrada das situações em que intervêm do ponto de vista das necessidades psicológicas. O objetivo central é o desenvolvimento de uma rede interdisciplinar que permita o esclarecimento de dúvidas, o aconselhamento relativamente a possíveis estratégias de intervenção, bem como, nas dificuldades psicológicas já mais estruturadas, o encaminhamento para intervenções especializadas.

O impacto económico dos problemas de Saúde Psicológica traduz-se também na diminuição da produtividade: entre a população ativa os problemas de Saúde Psicológica são responsáveis por quase metade do absentismo e grande parte do presentismo laboral. Em Portugal, estima-se que a perda de produtividade devida aos dois fenómenos diretamente causados por problemas de Saúde Psicológica pode custar às empresas cerca de €300 milhões por ano (OPP, 2011).

Se tivermos em conta que as doenças mentais estão associadas à mortalidade prematura e a taxas mais elevadas de suicídio. São ainda responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade e por grande sofrimento pessoal e familiar. Representam um impacto social, económico e demográfico incomensurável.

Fazendo a ligação com os dados acima referidos e as ações de prevenção que se pretendem implementar, espera-se ainda que a intervenção da Pomar de Braços venha igualmente permitir o desenvolvimento de projetos de investigação com vista a melhorar a resposta face às necessidades (dificuldades/problemáticas) emergentes, na sua zona de abrangência.

### *2.3. OBJETIVOS GERAIS*

- Prevenção e promoção da saúde mental e bem-estar na comunidade;
- Envolver todos os agentes da comunidade nos processos de desenvolvimento da pessoa.

### *2.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS*

- Potenciar uma visão mais integrada com a perspetiva de que o desenvolvimento pessoal é um processo contínuo e dinâmico.
- Permitir uma maior abertura à experiência com vista a um melhor conhecimento e mobilização dos recursos pessoais, familiares e comunitários.
- Desenvolver a capacidade de escolha, informada e consciente como principal recurso de um desenvolvimento emocionalmente mais flexível, juntamente com a capacidade de tolerância à frustração e incerteza.
- Proporcionar oportunidades de acesso a informação.
- Facilitar o acesso a cuidados de saúde mental especializados.
- Promover a integração da informação disponibilizada pelos parceiros e mobilização de recursos, assegurando a diferenciação e complementaridade das intervenções, por forma a que os processos possam ser, para os utentes, globalmente mais transformadores.

### *2.5. METAS*

Com este projeto na área da saúde mental pretende-se potenciar redes, tendo como função prioritária a prevenção e o envolvimento de todos os agentes da comunidade, nos múltiplos processos de desenvolvimento pessoal e social.

Conforme os dados disponibilizados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015) que apontam para o facto de um em cada 5 portugueses sofrerem de uma perturbação mental que Portugal é apontado como um dos países europeus em que se consomem

mais psicofármacos, e que o aumento da sua prescrição e a sua utilização, muitas vezes como resposta de eleição ou única para as perturbações mentais, contribui para a cronicidade destas perturbações, podemos ainda dizer que a ação da Pomar de Braços permitirá reduzir a cronicidade dos problemas de saúde psicológica e contribuir para a diminuição da taxa de internamentos recorrentes.

Assim, tendo em conta a prevalência supra-referenciada (1 em cada 5 pessoas) para os quadros psicológicos, que o concelho de Alcobça tem 55.844 habitantes (INE, 2013) e que os rácios internacionais (dados Ordem dos Psicólogos Portugueses) preveem a existência de 1 psicólogo para cada 5000 habitantes, podemos dizer que a Pomar de Braços procurará abranger nos seus cuidados 20.000 habitantes.

## *2.6. CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO*

O projeto pretende ser implementado na cidade de Alcobça, em futuras instalações a alugar, respeitando as normas indicadas pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

## *2.7. SERVIÇOS PRESTADOS*

- Acompanhamento psicossocial;
- Ateliers;
- Avaliação de candidatos e respetivas famílias;
- Consultas de psicologia;
- Implementação dos planos de intervenção (Sessões individuais de avaliação e treino de competências nos contextos naturais);
- Intervenção Individual, Familiar ou Institucional;
- Participação em reuniões com redes sociais orientadas para a promoção da saúde mental;
- Reunião de parcerias para monitorização do projeto;
- Sessões psico-educativas junto da rede social de suporte (Método para desenvolver trabalho com pessoas doentes e familiares);
- Supervisão técnica;
- Tertúlias;
- Visitas domiciliárias.

## *2.8. POPULAÇÃO DIRETAMENTE ABRANGIDA*

Os destinatários diretos, ou seja, os diretamente favorecidos pela execução dos objetivos e metas ou efeitos do projeto são, pessoas com problemas de saúde mental referenciadas para avaliação ou em acompanhamento pelas instituições e serviços de apoio social residentes no concelho de Alcobaça.

## *2.9. POPULAÇÃO INDIRETAMENTE ABRANGIDA*

Os destinatários indiretos, ou seja, aqueles que serão favorecidos pelo impacto do projeto, será toda a comunidade em geral do concelho de Alcobaça, bem como os doentes, as suas famílias e as entidades patronais.

## *2.10. RECURSOS HUMANOS*

A Equipa “Pomar de Braços” é uma Equipa multidisciplinar, composta por profissionais de várias áreas da Psicologia (4), serviço social (1) enfermagem (1) e prática psicomotora (1) que desenvolvem a sua ação em rede com outros técnicos com especialidades na área da saúde, educação, equipamentos sociais, entidades empregadoras da comunidade.

## *2.11. RECURSOS MATERIAIS*

- Aluguer de espaço
- Aquisição de equipamento informático e telecomunicações
- Aquisição de mobiliário
- Criação da marca Pomar de Braços
- Criação de logótipo

## 2.12. RECURSOS FINANCEIROS

Pretendemos criar uma Bolsa Social, o preço das intervenções será variável consoante os rendimentos e despesas, do agregado familiar, dependendo sempre de uma avaliação prévia dos recursos económicos. Esta bolsa será criada através de angariação de fundos e donativos.

Ambicionamos realizar protocolos com várias IPSS's e entidades privadas de forma a facilitar o acesso dos seus clientes e funcionários a intervenção psicológica e/ou formação especializada.

Tabela III-Previsão do orçamento

<b>Elemento de despesa</b>	<b>Valor específico</b>	<b>Valor Total</b>
Renda espaço	300,00	300,00
Material informático	400,00	400,00
Mobiliário	700,00	700,00
Registo da marca	150,00	150,00
Criação de Logotipo	240,00	240,00
<b>Total</b>	<b>1790,00</b>	<b>1790,00</b>

## 2.13. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

O planeamento da intervenção do projeto visa facilitar o acesso de pessoas com carência económica ou situação social desfavorecida (e que por esse motivo se encontram em risco de exclusão social) e da população em geral, a cuidados e intervenções integradas e sistematizadas no âmbito da saúde mental.

## 2.14. RESULTADOS ESPERADOS

Em termos futuros a implementação deste projeto permitirá a nosso ver, aumentar a resposta especializada e integrada na área da saúde mental, reduzir a prevalência de

doenças mentais no concelho de Alcobaça, facilitar o acesso a informação esclarecedora acerca dos quadros de saúde mental, diminuindo o estigma social associado a estas situações, diminuir a taxa de institucionalização, o absentismo por razões psicológicas e emocionais e o abandono escolar e aumentar a sensação de bem-estar e qualidade de vida na comunidade.

### 2.15. CALENDARIZAÇÃO/ATIVIDADES

<b>Tipos</b>	<b>Especificação</b>	<b>Participantes</b>	<b>Calendarização</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Recursos</b>
Consulta Psicologia/ Psicoterapia	Desenvolvimento/ Transformação Pessoal	Utentes	Diário	Reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida	Psicólogo
Apoio Psicossocial Visitas domiciliárias	Informações e encaminhamento na área dos direitos e deveres sociais	Utentes	Diário	Minorar o sofrimento e maximizar a qualidade de vida de utentes e familiares	Assistente Social
Atelier	Dinâmicas de Grupo Tarefas Programadas	População em Geral	Mensal	Otimizar proximidade com a comunidade	Psicólogo Assistente Social Colaborador
Tertúlias	Aprofundar vários Temas	População em Geral	Trimestral	Otimizar proximidade com a comunidade	Psicólogo
Intervenção Individual, Familiar ou Institucional	Prevenção Saúde Mental	Utentes	Diário	Melhorar a qualidade de vida dos doentes	Psicólogo
Reuniões	Internas Externas	Entidades da Comunidade Equipa do projeto	Sempre que necessário	Otimizar a relação entre parceiros e entidades locais	Técnicos de várias áreas
Formação	Interna Externa	Instituições Entidades	Sempre que necessário	Enriquecimento e desenvolvimento de novas competências	Psicólogo
Supervisão Técnica	Novas estratégias de Intervenção	Outros psicólogos Técnicos de outras áreas	Sempre que necessário	Aconselhamento relativamente a possíveis estratégias de intervenção	Psicólogo

## *2.16. AVALIAÇÃO*

Neste projeto existirão duas fases distintas de avaliação: uma, interna e outra externa. Estas serão efetuadas semestralmente de forma a realizar-se uma boa avaliação. No que concerne a avaliação interna, esta consistirá em reuniões com os técnicos afetos ao projeto. Para a avaliação de cada atividade serão construídos instrumentos de avaliação, nomeadamente relatórios.

No que se refere a avaliação externa, esta será realizada através questionários aplicados aos parceiros e aos clientes de forma verificar o grau de satisfação do serviço prestado.

O resultado da avaliação será entregue a todos os parceiros e afixados em placares no espaço físico onde se desenvolverá o projeto.



## CONCLUSÕES

Esta investigação permitiu atestar a clara inexistência de respostas suficientemente abrangentes, específicas, integradas e atempadas no âmbito da saúde mental no concelho de Alcobaça.

Os serviços e recursos humanos existentes ao nível de Centro de Saúde e equipamentos sociais, não permitem dar resposta às necessidades da população do concelho a pessoas com condições socioeconómicas diversas.

Existe um grande tempo de espera entre o pedido de ajuda e consultas específicas na área da psicologia ou psiquiatria. O intervalo entre consultas é no mínimo de 2 meses, o que não permite uma intervenção mais estruturada que vise não só a eliminação de sintomas, mas também transformação, reparação ou desenvolvimento de recursos para lidar com o mal-estar psicológico.

A resposta farmacológica como resposta de eleição, sem integração de respostas de outras áreas de intervenção, como a psicológica ou social conduz, na grande maioria das vezes, à cronicização dos quadros com profundo impacto emocional, individual, familiar, social e profissional. Portugal é o 4º país da Europa em que o consumo de psicofármacos é maior (OPP, I Censos Psicológico, 2013).

Ao nível das empresas e organizações, os custos do presentismo, em consequência dos problemas de saúde psicológica ascendem a 300 milhões de euros por ano.

Ainda segundo este organismo, a relação custo-efetividade para as intervenções psicológicas é de 3-8€. O que significa que por cada 3 € investidos é possível ganhar mais 5€.

Mais uma vez também esta relação é reforçada, através das conclusões de diversos estudos de 2008, já anteriormente mencionados, de que a integração de técnicos da área da saúde mental permite reduzir, nos Centros de Saúde reduzir o nº de consultas no médico de família, o número de prescrições de psicofármacos, os custos de prescrição e referenciação de doentes. Em termos de prevenção permitem ainda diminuir custos com internamentos.

Importa ainda referir a menor disponibilidade para os próprios técnicos da saúde responderem a um inventário mais específico na área da saúde mental. Ao nível do Hospital distrital recusaram inclusivamente ceder os seus dados. Este aspeto permite assinalar a menor disponibilidade dos próprios serviços para considerar a saúde mental como um vetor absolutamente imprescindível do desenvolvimento humano, bem como uma prioridade ao nível da reestruturação das prioridades dos Equipamentos das áreas da saúde e social.

Várias lacunas ficaram atestadas ao nível dos cuidados nesta área que permitam um desenvolvimento pessoal e familiar mais adaptativo, responsivo, flexível e integrado.

Tal facto, aponta ainda para a necessidade de maior esclarecimento dos eventuais parceiros e agentes na comunidade, acerca do estigma associado às intervenções em saúde mental, bem como acerca das vantagens das intervenções multidisciplinares.

Dos resultados desta investigação, ficam bem claras a ausência de respostas por parte de vários técnicos a trabalharem na área da saúde e social no concelho.

Dezoito anos volvidos após a criação da lei da Saúde Mental (Lei n.36/98 de 24 de julho) que faz o enquadramento para o internamento compulsivo, mantemo-nos a criar respostas mais no fim da linha do que propriamente outras que permitam acompanhar as situações nos vários graus e a prevenir o sofrimento humano. Como chegou a dizer publicamente o Bastonário da Ordem dos Psicólogos junto do ministro da saúde e a propósito da integração de mais psicólogos no SNS, “o que interessa é poupar no sofrimento das pessoas e não nos recursos prioritários”

A Pomar de Braços, equipa de intervenção em saúde mental comunitária, é assim designada pelos outros braços que ainda fazem falta, numa relação de cooperação e de sinergias técnicas, com o objetivo último de ampliar o valor da dignidade humana. Não há saúde mental, nem intervenção em saúde mental sem o valor da dignidade humana.

A doença mental compromete o valor da dignidade humana e o exercício de uma cidadania plena. A intervenção nesta área permitirá restituir estes valores.

A Pomar de Braços terá como principal objetivo facilitar ao acesso a cuidados especializados na área da saúde mental, em consonância com os diferentes recursos económicos dos seus beneficiários.

Alcobaça foi em tempos (décadas de 20 e 30, campanha Nacional da Fruta), atendendo à sua tradição frutícola, designada como “O Pomar de Portugal”. Continua, várias décadas depois a ser associada, por estas razões históricas e geográficas, aos mesmos pomares que foram referência na história e ensino da Agronomia em Portugal.

Iniciado o século XXI urge o desenvolvimento de outros pomares. Partindo do mesmo conceito, um Pomar implica uma relação entre causalidades circulares em que o respeito pela existência de várias dinâmicas diferentes permite alcançar o fim último, um desenvolvimento harmonioso e a constante renovação. Diferenciação, especificidade e complementaridade são vitais não apenas no desenvolvimento humano mas, também, na intervenção em saúde mental.

Espera-se que através destes braços, possam surgir novos braços, para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa, participativa e integradora. Com oportunidades mais equilibradas, no respeito por uma consciência individual e social mais ecológica.

Braços que se ligam, entrelaçam e suportam, quando é necessário reforçar o grupo e lidar com a vulnerabilidade. Que cuidando dela a transformam em mais-valias. A Pomar pretende construir uma rede de braços que escolhem a flexibilidade e a alternância, a responsabilidade individual e coletiva.

Também em termos de saúde mental, todos estamos ligados e o que acontece tem mesmo interferência em todos, mais tarde, ou mais cedo, de uma forma mais ou menos óbvia, nas famílias, na escola, nas empresas. É urgente transformar a saúde mental numa prioridade da saúde, das comunidades e da sociedade.

Através da Pomar de Braços, equipa de saúde mental, será possível criar uma equipa multidisciplinar, composta por profissionais de várias áreas da Psicologia, serviço social, enfermagem, e prática psicomotora que desenvolverão a sua ação em rede com outros técnicos com especialidades na área da saúde, educação, equipamentos sociais, entidades empregadoras da comunidade.

O projeto é inovador porque permitirá uma resposta mais abrangente, eficaz e integrada, na área da saúde mental, em termos de prevenção primária, secundária e terciária. Permitirá ainda dar resposta a mais situações através da criação de uma Bolsa Social

que fará intervenções com um custo compatível com o nível de rendimentos de cada agregado e diminuir fatores de risco e diminuir situações de co-morbilidade. Um acesso mais fácil aos cuidados de saúde mental, por parte das pessoas com carência económica ou situação social desfavorecida tornará possível diminuir o risco de exclusão social.

Esta resposta integrada permitirá o acompanhamento num todo, em termos de ciclo de vida desde a infância até à geriatria e nos níveis pessoal, familiar, social e da articulação com os cuidados de saúde primários e secundários e outras entidades da comunidade. Irá ainda proporcionar a possibilidade de intervenção domiciliária nas áreas da saúde mental, cuidados continuados, paliativos e social.

Do ponto de vista da área da formação, este projeto permitirá também a realização de consultoria externa a técnicos com outras áreas de formação. O objetivo central é o desenvolvimento de uma rede interdisciplinar que permita o esclarecimento de dúvidas, o aconselhamento relativamente a possíveis estratégias de intervenção, bem como, nas dificuldades psicológicas já mais estruturadas, o encaminhamento para intervenções especializadas.

O trabalho realizado pela Pomar de braços permitirá reduzir o impacto económico dos problemas de saúde psicológica no concelho de Alcobaça. Espera-se ainda que a intervenção da Pomar de Braços venha igualmente permitir o desenvolvimento de projetos de investigação com vista a melhorar a resposta face às necessidades (dificuldades/problemáticas) emergentes, na sua zona de abrangência.

A ação da Pomar de Braços permitirá aos seus beneficiários e parceiros, potenciar uma visão mais integrada do desenvolvimento pessoal como um processo contínuo e dinâmico. Permitirá uma maior abertura à experiência com vista a um melhor conhecimento e mobilização dos recursos pessoais, familiares e comunitários.

Do ponto de vista individual, ajudará a assegurar o desenvolvimento da capacidade de escolha, informada e consciente como principal recurso de um desenvolvimento emocionalmente mais flexível, juntamente com a capacidade de tolerância à frustração e de resolução de dificuldades.

Permitirá reduzir a prevalência de doenças mentais no concelho de Alcobaça, facilitar o acesso a informação esclarecedora acerca dos quadros de saúde mental, diminuindo o estigma social associado a estas situações, diminuir a taxa de institucionalização, o absentismo por razões psicológicas e o abandono escolar e aumentar a sensação de bem-estar e qualidade de vida na comunidade.

Da Pomar de Braços se esperam novos frutos!



## BIBLIOGRAFIA

ALVES, F. (org.) (2001), *Ação social na área da saúde mental*. Lisboa, Universidade Aberta.

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Maníaco-Depressivos (ADEB). *O que é a saúde mental*. Disponível em <http://www.adeb.pt/pages/que-e-saude-mental>, consultado em 14-02-2015.

CORDO, M. (org.) (2013), *Contigo e por ti. Reabilitação da pessoa com doença mental*, Lisboa: Ed. Principia.

COSTA, Alfredo B. (2005), *Exclusões Sociais*. Coleção: Cadernos democráticos-Fundação Mário Soares. Edição Gradiva.

Despacho conjunto nº 407/98 de 15 de Maio. Disponível em [http://www.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp\\_C\\_407\\_98](http://www.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98), consultado a 20-03-2016

DSM - IV, (2000), *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais*, Lisboa: Climepsi Editores.

DSM - V, (2014), *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed.

Entidade Reguladora da Saúde (2015), *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*. Disponível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1500/Estudo\\_Saude\\_Mental\\_\\_versao\\_publicar\\_\\_v.2.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo_Saude_Mental__versao_publicar__v.2.pdf), consultado a 18-03-2016

Esteves, M. T. (2011), *Saúde mental comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)*, Dissertação de Mestrado em Política Social, ISCTE, Lisboa (<http://hdl.handle.net/10400.5/4505>)

FAZENDA, I. (2008), *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*, Lisboa: Climepsi Editores

FAZENDA, I. (2009), “*Novos desenvolvimentos em saúde mental e comunitária*”, in Revista do Serviço de Psiquiatria. Psilogos Vol.06 N°2 e Vol. 07 N°s 1 e 2. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. pp. 111-119.

FIGUEIRA, M. (2002), *Esquizofrenia - Conhecer a doença*, Lisboa: Climepsi. pp.23-24.

FIGUEIRA, M. (2002), Prefácio. In P. Afonso (2002). *Esquizofrenia. Conhecer a doença*, Lisboa: Climepsi Editores; pp.21-24.

GIMENEZ, Guy; PEDINIELLI, J. (2006), *As psicoses do adulto*, Lisboa: Climepsi editores.

Guia Prático de Apoio Sociais para pessoas com Doença do Foro mental ou Psiquiatrico. (2016), Instituto da Segurança social. Disponível em [http://www.seg-social.pt/documents/10152/14963/apoios\\_sociais\\_doentes\\_foro\\_mental\\_psiquiatrico/d3cdf8e3-8fcd-41ec-8de3-33bf597e2e15](http://www.seg-social.pt/documents/10152/14963/apoios_sociais_doentes_foro_mental_psiquiatrico/d3cdf8e3-8fcd-41ec-8de3-33bf597e2e15), consultado a 26-03-2016

LEFF, J. (2008), “*O papel das famílias e das redes de apoio social*” in *Actas do Primeiro Congresso de Reabilitação e Inclusão na Saúde Mental*, (coord.) Manuel Viegas Abreu, Eduardo Ribeiro dos Santos, Coimbra: Almedina.

Lei n.36/98 de 24 de julho. *Diário da República N. 169/98 - I Série A*. Lisboa.

MARQUES, C; CEPÊDA, T. (2009), *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados primários*. Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

MONTEIRO, Fátima J. (2006), *Prevenção do Estigma Social da Doença Mental*. Saúde Mental reabilitação e Cidadania. Lisboa, Editor: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Folheto SNR n°56. Disponível em [file:///C:/Users/Ana%20Paula/Downloads/Folheto056%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Paula/Downloads/Folheto056%20(1).pdf), consultado a 27-03-2016

Ordem dos psicólogos Portugueses (2015) <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/1398>, consultado em 27-03-2016

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Evidência Científica sobre custo – efectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Disponível em [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1\\_evidencia\\_cientifica\\_sobre\\_custo\\_efectividad\\_de\\_intervencao\\_psicologicas\\_em\\_cuidados\\_de\\_saude.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efectividad_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf), Consultado em 19-03-2016

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2013), Os Números da Ordem – Resultados do Censo dos Membros Efectivos, Gabinete de Estudos da OPP

Ordem dos psicólogos portugueses. (2015) PIIS 21. Revista oficial da ordem dos psicólogos portugueses. Nº 9. Disponível em [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21\\_n9\\_web.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21_n9_web.pdf), consultado em 1-05-2015.

Organização Mundial de Saúde. (2002), *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*; Disponível em <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>, consultado em 22-08-2015.

ORNELAS, J. (2005). “O modelo comunitário de intervenção em saúde mental na era pós-hospitalar”. in J. Ornelas, Fátima J. Monteiro, M. João Vargas Moniz e Teresa Duarte (Coord.). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e os seus Familiares*, Lisboa: AEIPS, pp. 11-18.

PIRES, C. (2003), *Manual de Psicopatologia*, ISLA.

Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — (2008) Resumo Executivo Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental

PORDATA. Disponível em <http://www.pordata.pt>. Consultado a 17-04-2015

Rede Social. (2007), *Diagnóstico Social do concelho de Alcobaça*. Disponível em <file:///C:/Users/Ana%20Paula/Downloads/Diagn%C3%B3stico%20Social.pdf-2007> Consultado em 14-02-2015.

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

SILVA, Luísa F. (2011), *Ação Social na área da família*. Lisboa, Universidade Aberta.

União de Freguesias  
De Alcobaça e Vestiaria. Disponível em <http://www.jf-alcobacaevestiaria.pt>, consultado  
em 14-03- 2016.

Xavier, S. (2013), “O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos? Mental Health Stigma: Where *do We Stand?*”, in *Revista do Serviço de Psiquiatria* do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Vol. 11, N.º 2, PsiLogos.

## ANEXOS

## ANEXO 1- INQUÉRITO SOBRE SAÚDE MENTAL

## Inquérito Sobre Saúde Mental

No âmbito do Mestrado de Mediação Intercultural e Intervenção Social da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Leiria, está realizar-se um estudo sobre a Saúde Mental, no concelho de Alcobaça. Este questionário é fundamental para o sucesso deste estudo e destina-se a recolher informação junto dos profissionais de saúde e da área social no referido concelho. Este questionário é de preenchimento individual e as respostas de cada inquérito são anónimas e

### 1. Sexo

- 
- Feminino
- Masculino

### 2. Profissão

- 
- Médico
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Técnico Superior de Serviço Social
- Outro:

### 3. Local de trabalho\*

### 4. Indique, por favor, o tempo de experiência profissional

Escolha uma das seguintes respostas

- [1-5]
- [6-10]
- [11-15]
- [16-20]
- Outro:

### 5. Com base na população com que trabalha, quais as principais perturbações mentais diagnosticadas?

- Depressão
- Esquizofrenia
- Abuso de álcool
- Stress e ansiedade
- Perturbações alimentares
- Outro:

**6. A maioria das pessoas que acompanha e que sofrem de alguma perturbação psicológica, toma psicofármacos?**

- Sim
- Não

**7. Acompanha crianças/adolescentes com alguma perturbação psicológica que tomem psicofármacos?**

- Sim
- Não

**8. Os doentes são encaminhados para consultas de especialidade?**

	Nunca	Raramente	Pouca frequência	Muita frequência	Sempre
Consulta de Psiquiatria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Consulta de Psicologia Clínica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**9. Por quem é feito o encaminhamento?**

- Médico de família
- Enfermeiro
- Outro:

**10- Quando encaminhados para consulta de psiquiatria ou psicologia no hospital da área de residência, quanto tempo esperam em média até terem consulta?**

**11. Após alta hospitalar, em que contexto é assegurado a prestação de cuidados aos doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial?**

- No meio familiar
- Centros de dia
- Estruturas residenciais
- Outro:

**12. Tendo em conta a pergunta anterior , quem assegura a prestação de cuidados de saúde mental?**

- Médico de família
- Psicólogo
- Psiquiatra
- Equipas multidisciplinares
- Outro:

**13. Foi dada continuidade ao acompanhamento referido na questão anterior?\*** \_

- Sim
- Não

**14. Qual o sistema de saúde mais utilizado pelos doentes?**

**15. Considera que a comunidade está informada sobre a doença mental?**

- Sim
- Não

**16. Considera que na comunidade existe algum estigma face à doença mental?**

- Sim
- Não

**17. Indique o grau de satisfação manifestada pelos doentes ao nível dos serviços de saúde (SNS) relativamente aos seguintes aspetos:**

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito
Continuidade do tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade do tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. No seu entender, o concelho de Alcobaça, tem respostas adequadas para pessoas com problemas de saúde mental?**

- Sim
- Não

**18.1.Em caso afirmativo, considera que essas respostas promovem a integração na comunidade das pessoas com problemas de saúde mental?**

- Sim
- Não

**19. Caso tenha respondido "NÃO" na questão 18 que serviço considera ser mais relevante criar em Alcobaça?**

- Equipa multidisciplinar de intervenção comunitária
- Residências
- Fórum Sócio-ocupacional
- Unidade de vida protegida (UVP)
- Unidade de vida autónoma (UVAU)
- Outro:

ANEXO 2-GRÁFICOS

Gráfico 1- Sexo

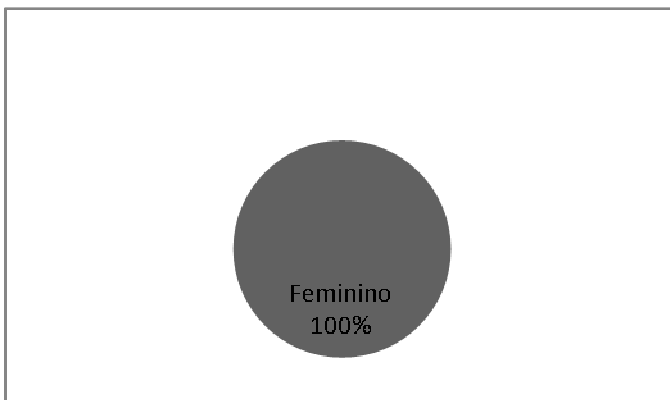


Gráfico 2-Profissão

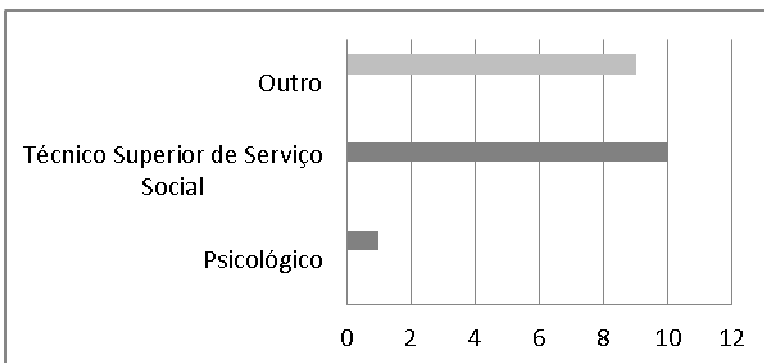
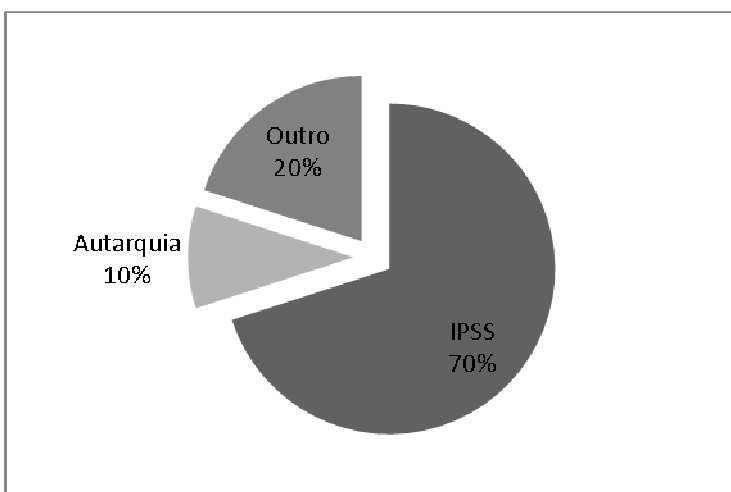
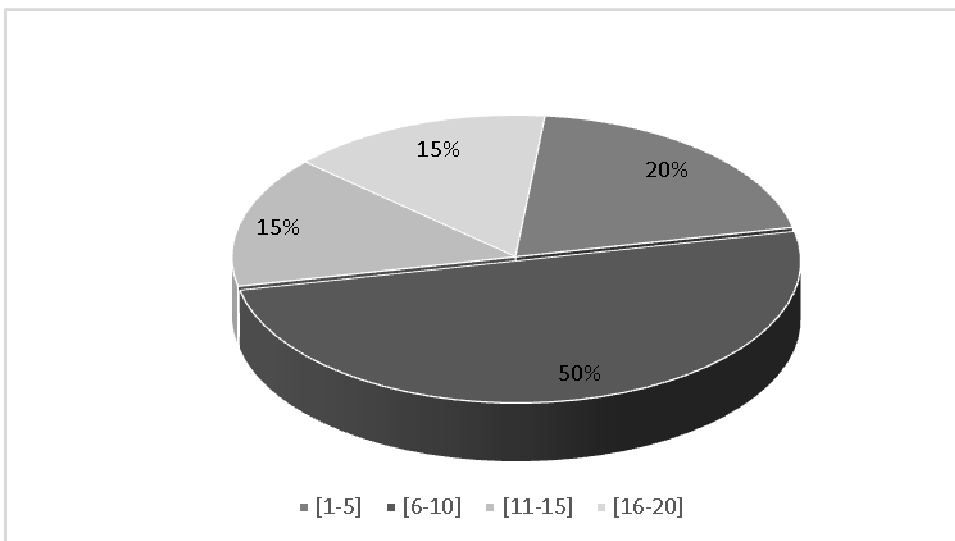


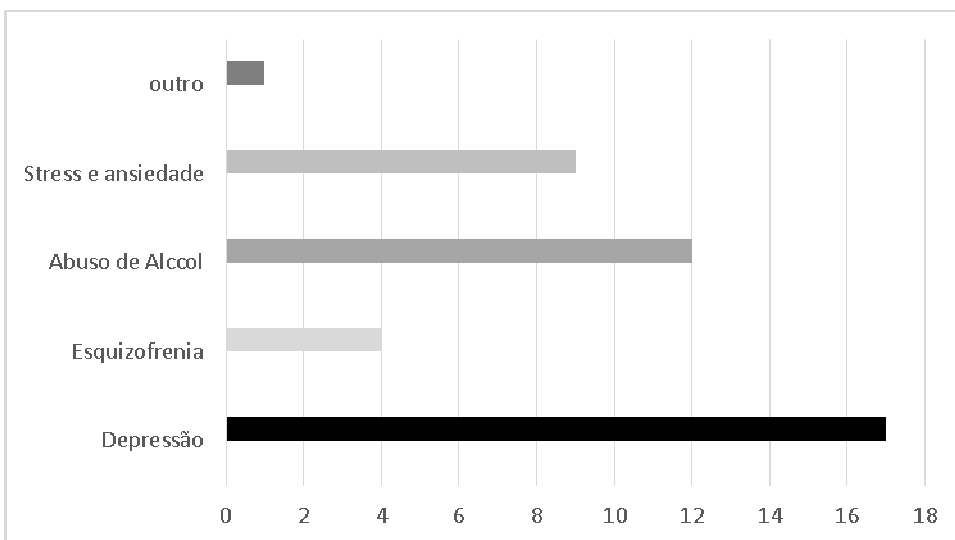
Gráfico 3-Local de Trabalho



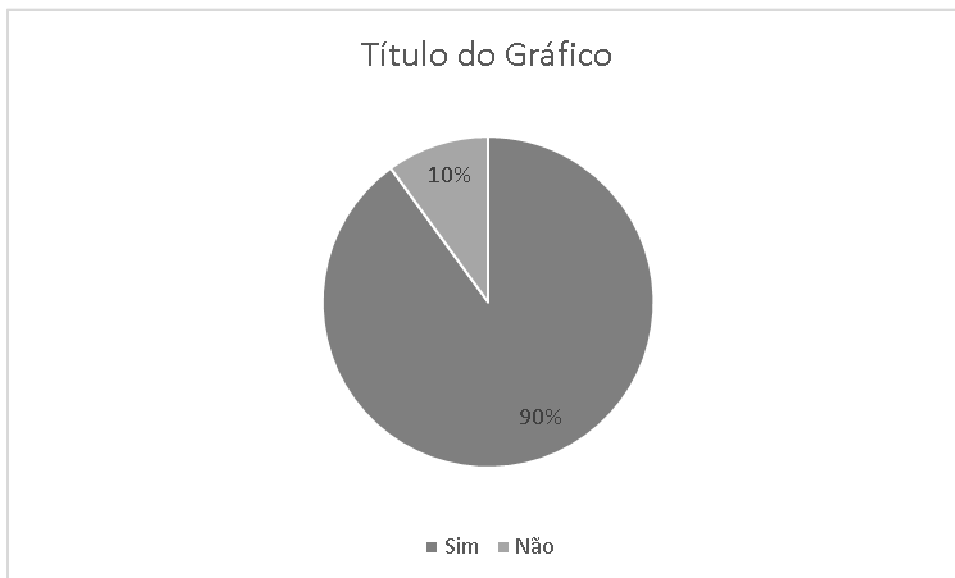
4. Indique, por favor, o tempo de experiência profissional



5. Com base na população com que trabalha, quais as principais perturbações mentais diagnosticadas?

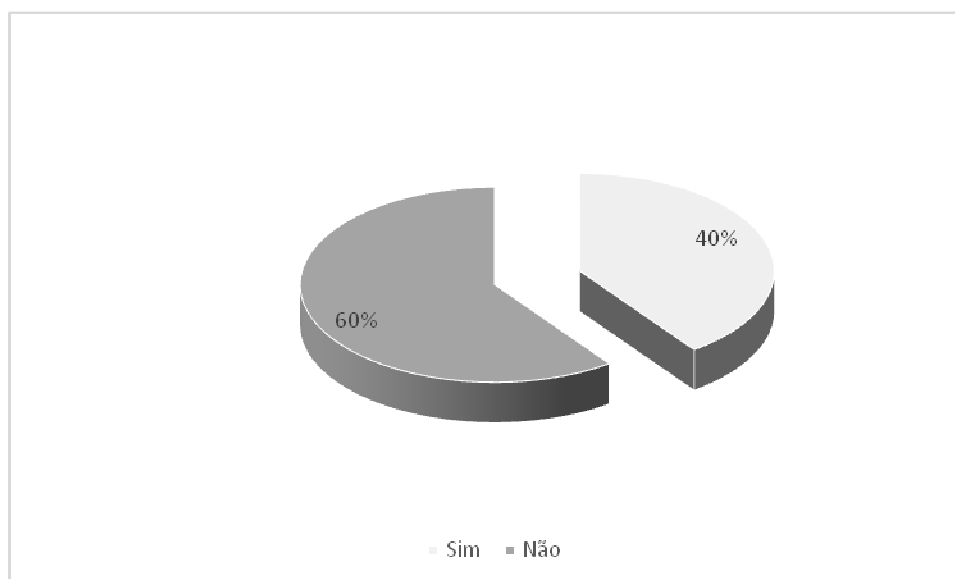


6. A maioria das pessoas que acompanha e que sofrem de alguma perturbação psicológica, toma psicofármacos?



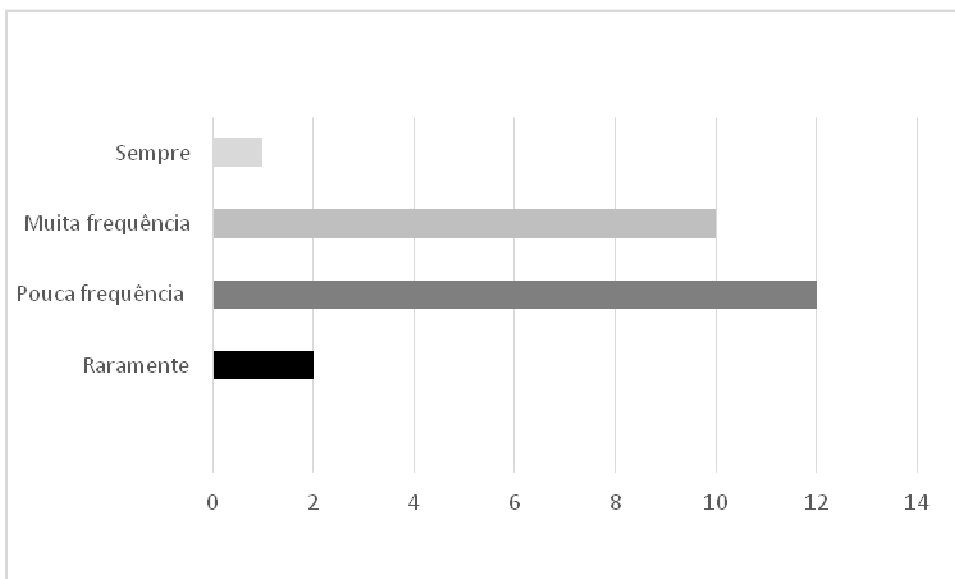
Fonte: Inquérito aplicado a técnicos da área social e da saúde

7. Acompanha crianças/adolescentes com alguma perturbação psicológica que tomem psicofármaco?

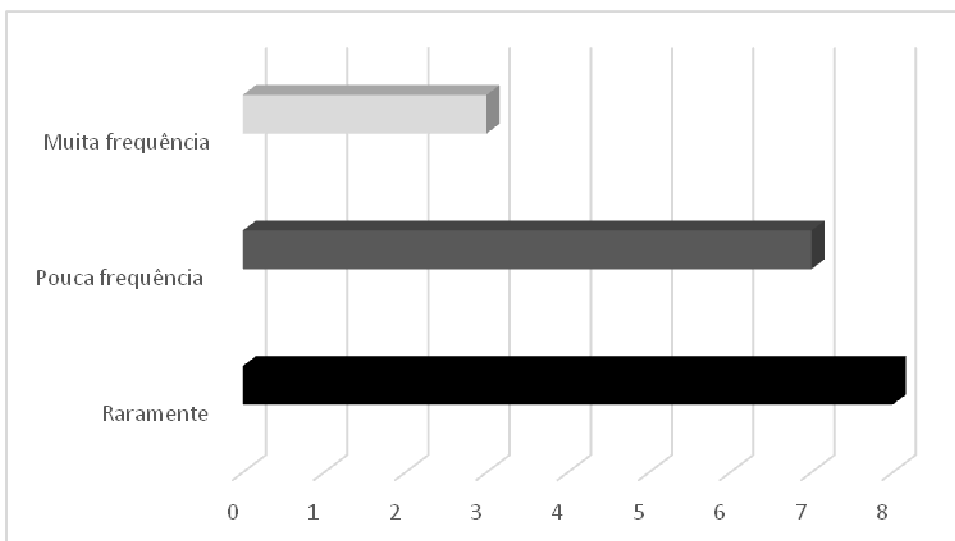


Fonte: Inquérito aplicado a técnicos da área social e da saúde

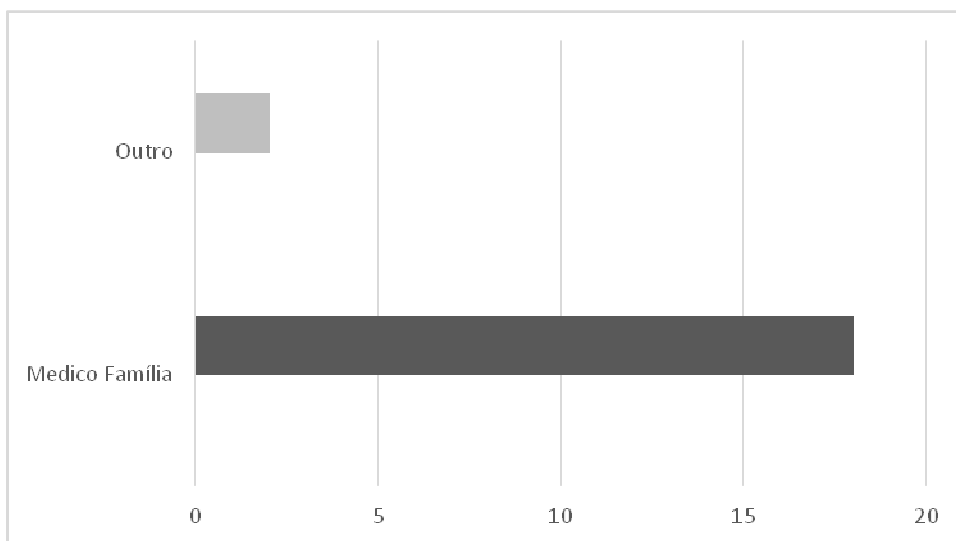
8. Consulta de Psiquiatria [Os doentes são encaminhados para consultas de especialidade?]



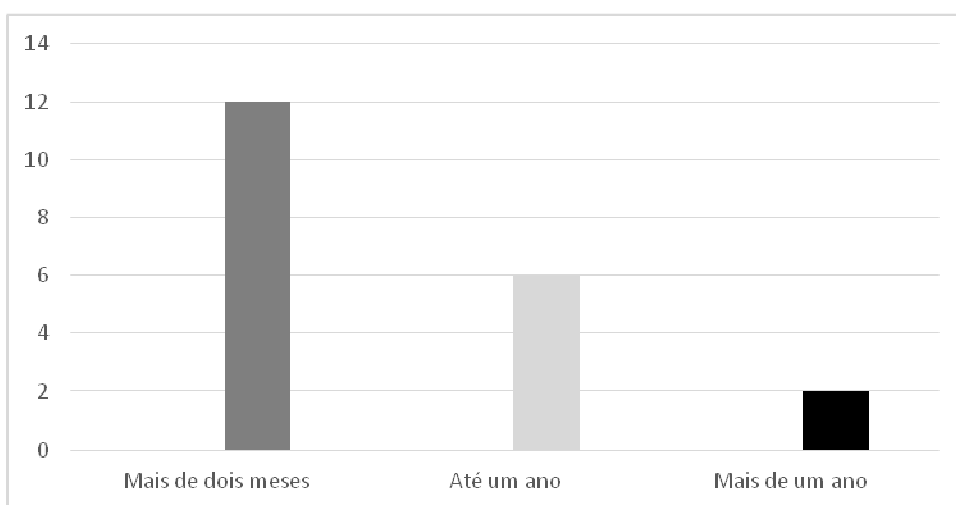
8. Consulta de Psicologia Clínica [Os doentes são encaminhados para consultas de especialidade?]



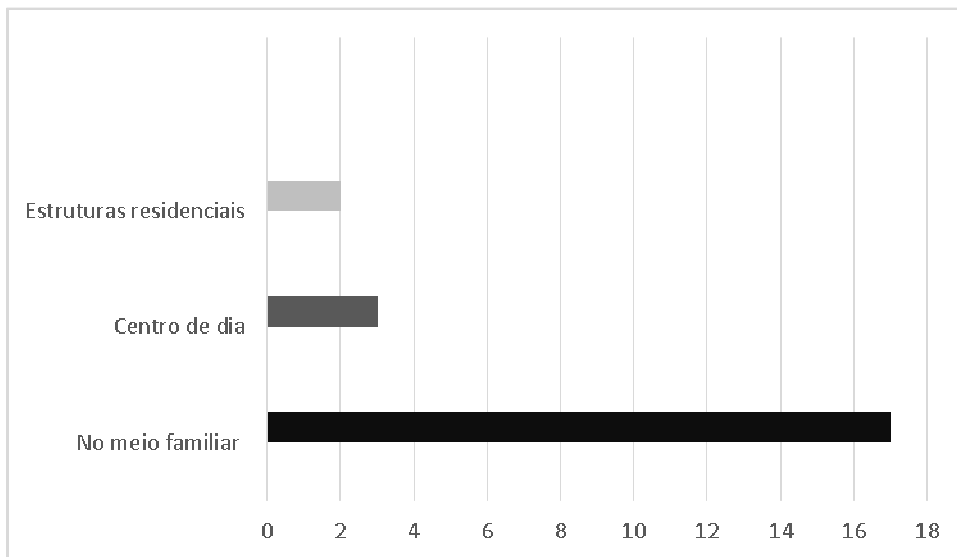
9. Por quem é feito o encaminhamento?



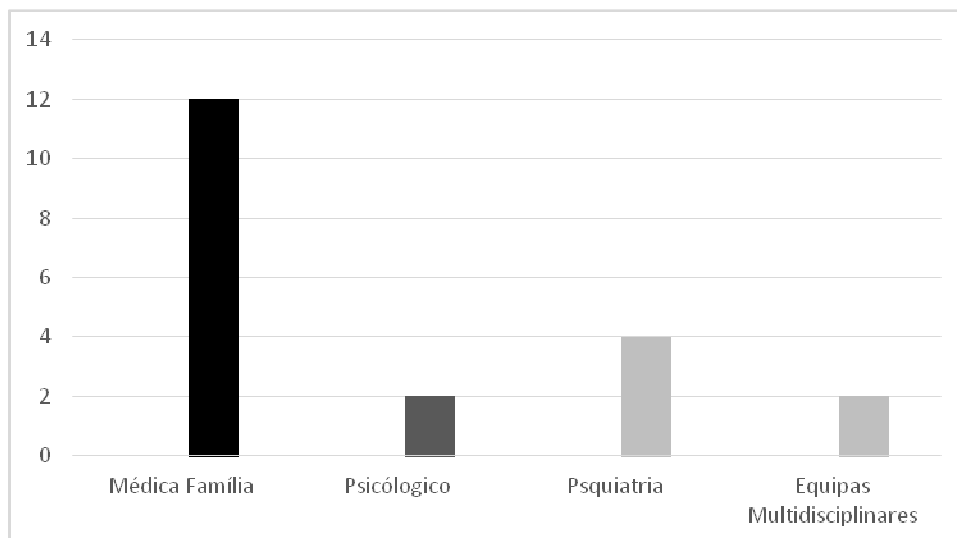
10. Quando encaminhados para a consulta de psiquiatria ou psicologia no hospital da área de residência, quanto tempo esperam em média até terem consulta?



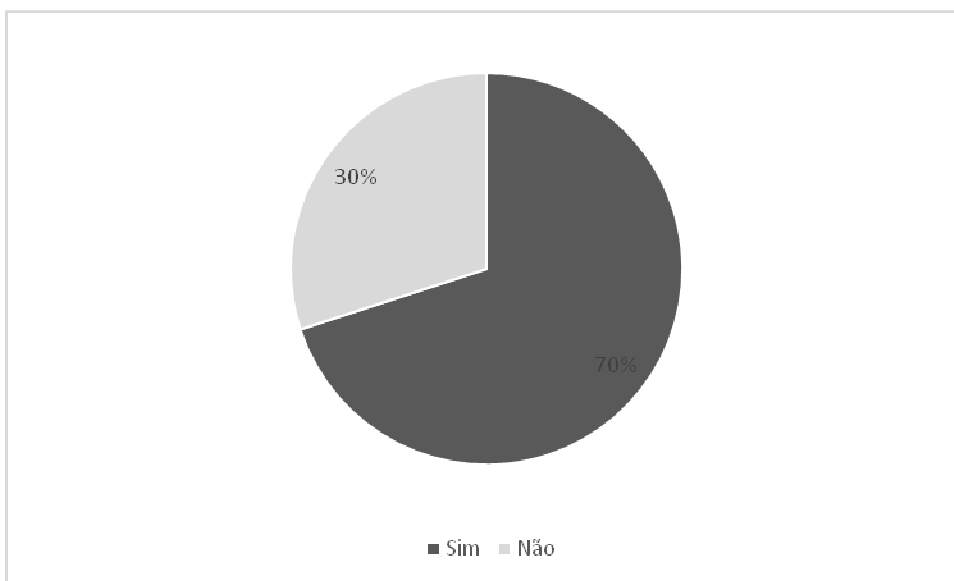
11. Após a alta hospitalar, em que contexto é assegurada a prestação de cuidados aos doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial?



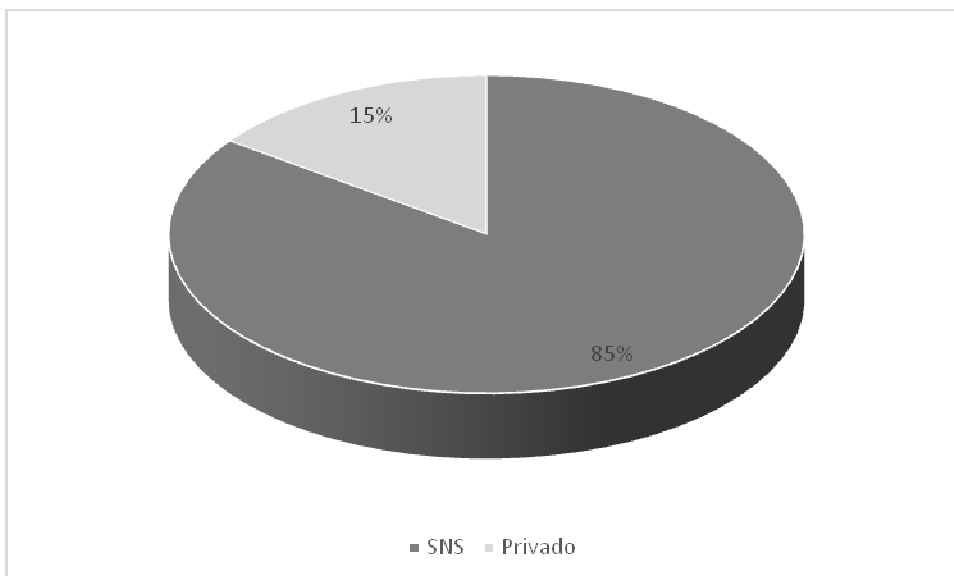
12. Tendo em conta a pergunta anterior, quem assegura a prestação de cuidados de saúde mental?



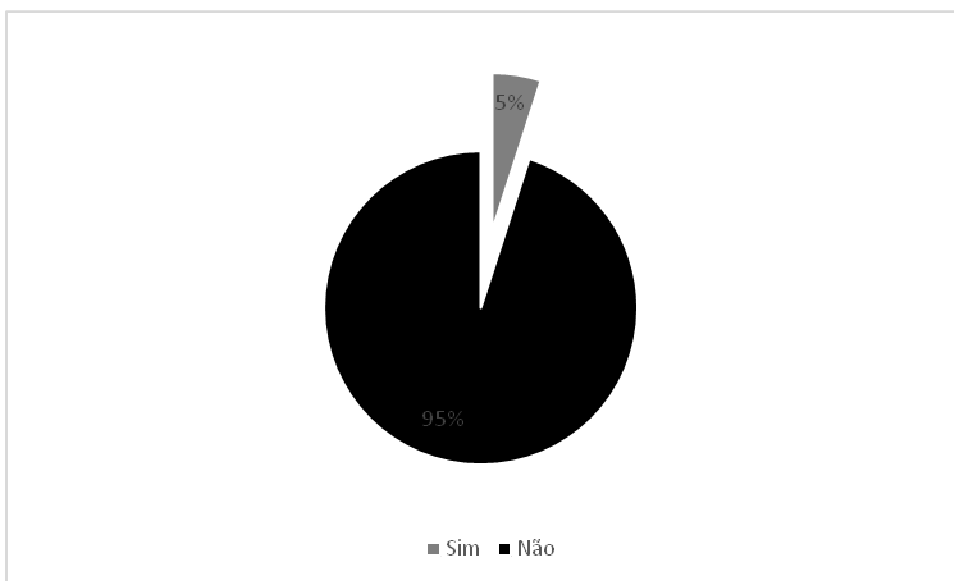
13. Foi dada continuidade ao acompanhamento referido na questão anterior?



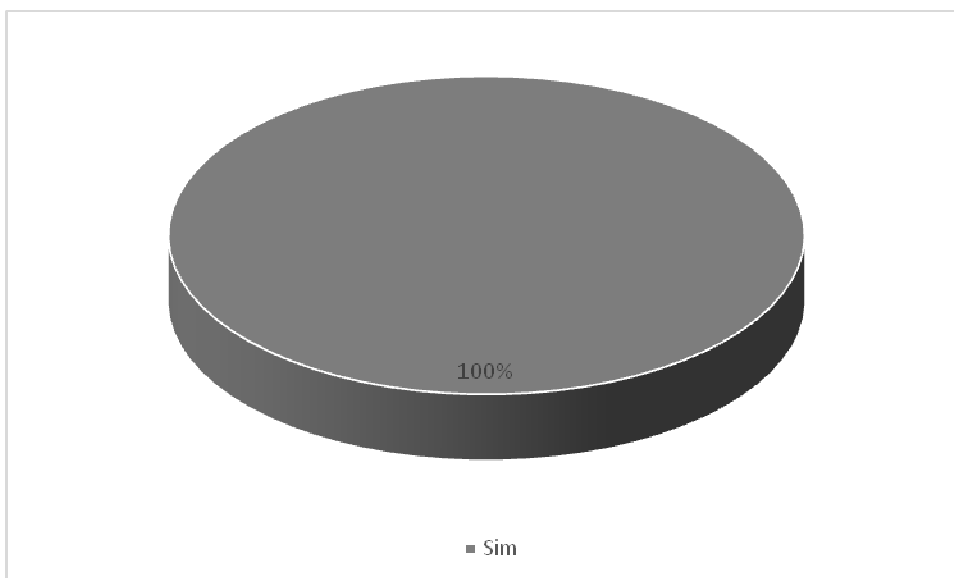
14. Qual o sistema de saúde mais utilizado pelos doentes?



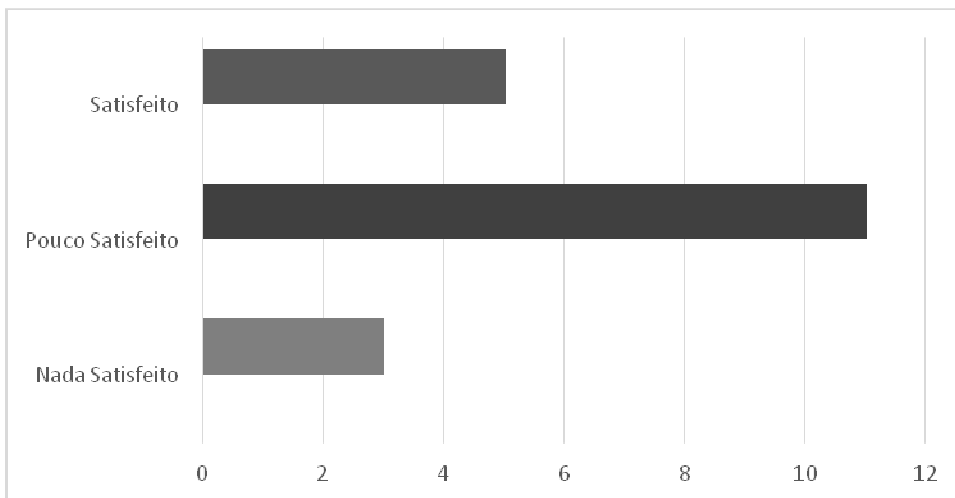
15. Considera que a comunidade está informada sobre a doença mental?



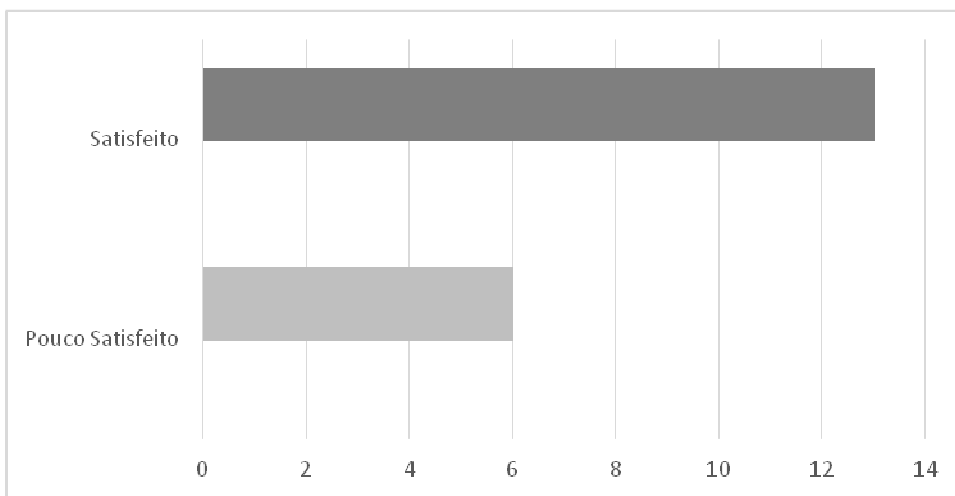
16. Considera que na comunidade existe algum estigma face à doença mental?



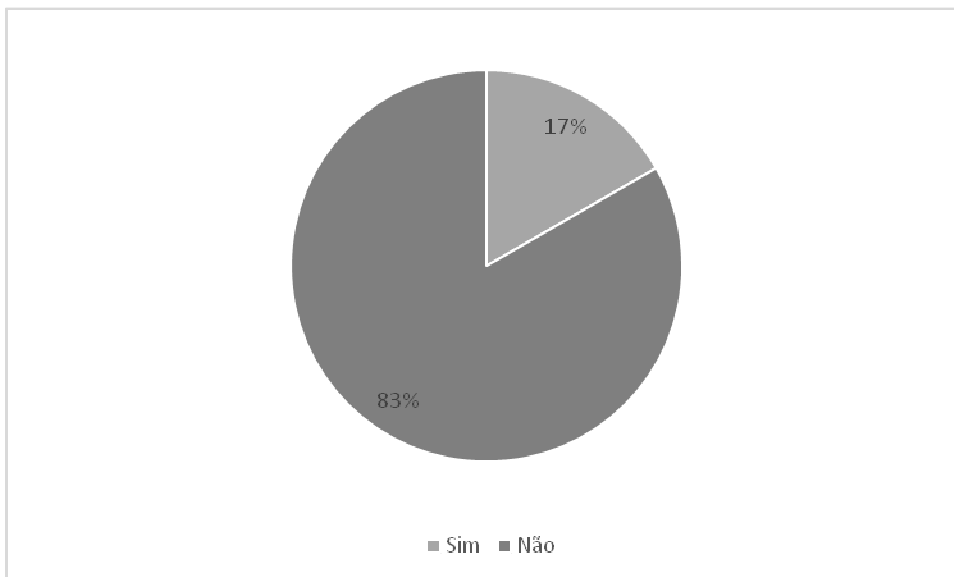
17. Qualidade do tratamento [17. Indique o grau de satisfação manifestada pelos doentes ao nível dos serviços de saúde (SNS) relativamente aos seguintes aspetos:]



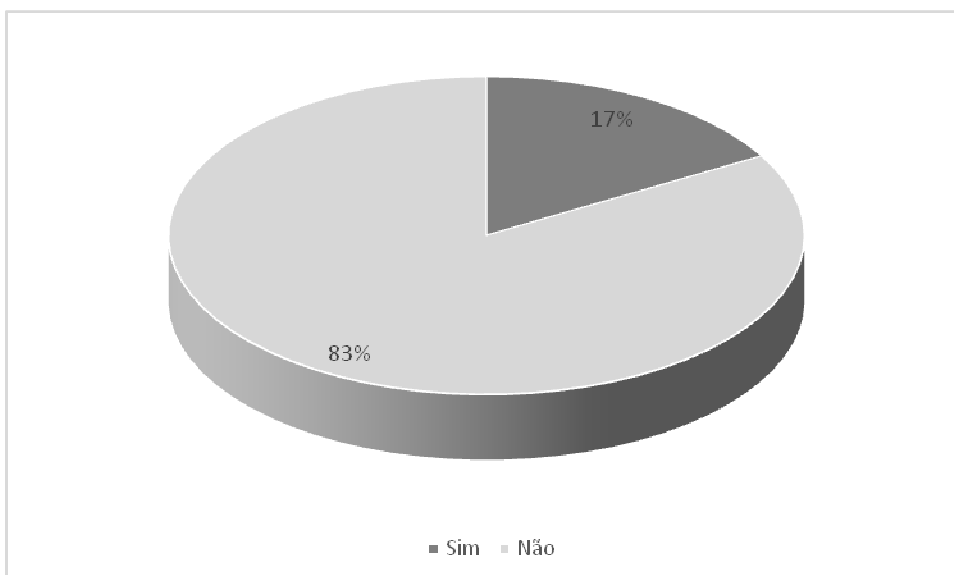
Tipo Profissional [17. Indique o grau de satisfação manifestada pelos doentes ao nível dos serviços de saúde (SNS) relativamente aos seguintes aspetos:]



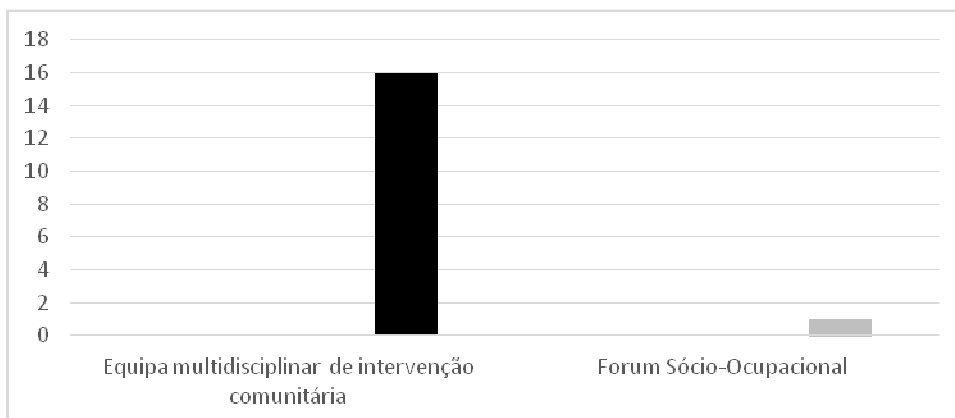
18. No seu entender, o concelho de Alcobaça, tem respostas adequadas para pessoas com problemas de saúde mental?



18.1. Em caso afirmativo, considera que essas respostas promovem a integração na comunidade das pessoas com problemas de saúde mental?



19. Caso tenha respondido "NÃO" na questão 18 que serviço considera ser mais relevante criar em Alcobaça?



## ANEXO 3-GUIÃO DE ENTREVISTA

## Guião de Entrevista

### **1.Dados pessoais**

1.1.Nome

1.2.Habilitações literárias

### **2.Situação profissional**

2.1.Há quanto tempo exerce esta profissão

2.2.Fale-me um pouco do seu percurso profissional

### **3.Doença mental**

3.1.Qualquer pessoa pode desenvolver uma doença mental?

3.2.O que pode contribuir para que isso aconteça?

3.3.Quais são as perturbações mentais que afetam mais as pessoas adultas?

3.4. Que tipo de perturbação mental as crianças e adolescentes podem desenvolver?

3.5.Existe alguma prevenção que possa ser feita?

3.6.Existe desconhecimento e estigma face a doença mental?

### **4.Consequências da doença mental**

4.1.No doente?

4.2.Na Família?

4.3.Na relação com os amigos?

4.4.No desempenho escolar? (crianças e adolescentes)

4.5.No desempenho profissional?

4.6.Na sociedade?

4.7.Existe cura para a doença mental?

## **5.Respostas saúde mental**

5.1.No seu entender, os hospitais e centros de saúde conseguem dar resposta (consultas de psiquiatria, psicologia e pedopsiquiatria) adequada e atempada aos doentes com perturbação mental?

5.2.Na sua opinião, os doentes após alta hospitalar, têm na comunidade as respostas eficazes para a sua reabilitação e integração na mesma?

5.3.Enquanto psicóloga, concorda que a terapêutica medicamentosa seja a solução para a maioria das perturbações mentais?

5.4. Quais são as dificuldades com que se depara no acompanhamento dos seus pacientes?

5.5.No seu entender, no concelho de Alcobaça existem respostas adequadas que previnam e promovam a saúde mental?

## ANEXO 4- ENTREVISTA

Boa noite Dra. obrigada por ter aceitado dar esta entrevista. Estou a realizar um estudo ao nível da saúde mental e pretendo realizar um projeto no âmbito do Mestrado de Mediação Intercultural e Intervenção Social, da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Leiria.

### **1.Começo por perguntar-lhe as suas habilitações literárias?**

**Entrevistada** -Ora bem, eu sou Licenciada em Psicologia Clínica, pela universidade de Coimbra e tenho também uma pós- graduação em psicoterapia e cognitiva comportamental, feita na Associação Portuguesa de Terapias comportamentais e cognitivas de Lisboa (APTCC).

### **2.Há quantos tempo exerce esta profissão?**

**Entrevistada**-20 anos

### **3.Pode falar-me um bocado do seu percurso profissional?**

**Entrevistada**- Ora, eu comecei o meu percurso profissional, fiz dois estágios profissionais em simultâneo, em simultâneo porque fazia meio tempo para cada um deles e comecei com o estágio profissional no Estabelecimento prisional de Lisboa (...) na antiga e já extinta equipa de intervenção psicológica, portanto nos serviços clínicos do Estabelecimento Prisional de Lisboa e na comunidade terapêutica (...) projeto comunidade terapêutica, ou seja, que era um projeto terapêutico que existia numa (...) na ala A, foi um projeto que foi desenvolvido durante vários anos e a data inclusivamente pioneiro. (...) que preconizava já intervenção psicológica, em quadros de toxicodependência. O outro estágio profissional que fiz, como já mencionei em simultâneo foi no departamento de psiquiatria de Saúde Mental do Hospital São Francisco Xavier, mais concretamente, no serviço de internamento do departamento de psiquiatria, estes dois estágios tiveram duração de um ano e ao fim desse ano, eu fui contratada para integrar a equipa de psicólogos no Estabelecimento Prisional (...) onde realmente tive durante dois anos, em que me mantive como contratada como psicóloga e portanto na altura era algo que raro acontecer (...) realmente entrei para a equipa nessas condições, onde me mantive durante dois anos, ou de onde saí, porque, entretanto abriu um concurso para o departamento de psiquiatria nomeadamente para as recentes formadas, as mais recentes equipas comunitárias no departamento de psiquiatria do

Hospital São Francisco Xavier, que foram a equipa de Parede e a equipa de cascais e portanto integrei a partir de então a equipa de cascais, comunitária de Cascais. Portanto era uma equipa multidisciplinar, na altura assumi as minhas funções em 1998 (...) esta equipa multidisciplinar, era composta por 4 psiquiatras, 1 psicólogo clínico, que portanto que era eu, uma enfermeira especialista em saúde mental e uma Técnica de Serviço Social, que prestava, portanto, a sua intervenção, na sua área de abrangência rondava os 120 mil utentes e como equipa comunitária, articulávamos, obviamente com estruturas dos serviços da comunidade, nas diferentes áreas, na articulação com os cuidados de saúde primários. Trabalhávamos com todas as freguesias do Concelho de Cascais, Alcabideche e agora não me consigo lembrara dos outros, eram 4, e portanto eram várias freguesias e trabalhávamos com 84, um número que nunca mais se esqueci, 84 médicos de família e fazíamos esta articulação estreita com os cuidados de saúde primários, também muito na sensibilização, não só ao nível da sinalização, mas da prevenção da saúde mental. Portanto, foi um trabalho muitíssimo enriquecedor, muito também da desmitificação, na questão do estigma e a população que víamos, era uma população com características muito específicas, onde predominavam quadros de ansiedade e quadros de depressão. Mas também havia uma taxa elevada de quadros psiquiátricos mais grave, nomeadamente os quadros psicóticos, onde, na altura já fui contratada pelo fato de ter formação cognitiva comportamental, o que permitia efetivamente também fazer uma intervenção mais estruturada no ponto de vista de relação comportamental e relação sintomatologia, mais nos estilos de vida, nos quadros psicóticos, mas trabalhava muito com os quadros de depressão, quadros de ansiedade e nessa altura constitui também dentro da equipa um grupo. O primeiro grupo de psicoterapia em contexto hospitalar, no hospital geral (...) psicoterapia direcionada para às questões do luto e que foi também um trabalho que teve um grande impacto na comunidade, em termos de dotar as pessoas de recursos psicológicos para poderem fazer, concluir os seus lutos, muitos deles processos de lutos patológicos, em que intervinha. Realmente eu e a enfermeira de saúde mental e que tinha também todos um trabalho de apoio pela equipa, obviamente, nas questões que eram encaminhadas, era feito uma triagem. Um trabalho muito rico, depois disso, eu, portanto nessa altura comecei o consultório, clinica privada em Lisboa, com supervisão em Lisboa também (...) e nessa altura feita no serviço, pouco tempo depois e em 2000 comecei realmente o meu percurso na APTCC. A formação na APTCC, dentro dos pós- graduação em psicoterapia comportamental, o que me permitiu passado um tempo, começar a própria

supervisão na APTCC com o professor Doutor Branco Vasco, que continuo ainda hoje ligada na minha supervisão. Em 2002, tive quartos anos na equipa de saúde mental, acabei também por sair, uma vez que me tinha, aliás, casei em 1998, portanto estive durante os três primeiros anos da minha vida de casada a morar em Alcobaça e ir dia sim, dia não a ir para Lisboa para poder estar com o meu marido (rizos). Era importante nessa altura e me custando imenso, tendo sido uma riqueza enorme (...) aquilo que eu sinto realmente e as pessoas que me acompanharam nesta equipa. (...) ou seja, sentia por outro lado, pelo ponto de vista da minha vida pessoal seria importante criar outros tipos de raízes e portanto começava a pensar na possibilidade de ter filhos e por isso mesmo comecei a tentar perceber se haveria alguma possibilidade de vir para cá, de estar mais próximo da minha família. Nessa situação, ainda do meu marido e o projeto de vida nessa altura era poder ser mãe também, sermos pais, nessa altura, integrei a equipa da formação profissional no CEERIA. Também como psicóloga clinica e portanto as minha funções foram funções ao nível da avaliação psicológica, ao nível da avaliação de candidatos para a formação , ao nível do acompanhamento de jovens , não só na formação , mas também no treino de competências psicossociais. Portanto, em relação a essa área com jovens do CEERIA e tinha também funções ao nível da colocação destes jovens, tinha um horário normal de trabalho e o acompanhamento também pós colocação com todas as questões que surgiam no ponto de vista da adaptação ao local de trabalho e nos contextos relacionais (,,). Portanto, foi criado também o centro de recursos de CEERIA e eu fiquei também com esse trabalho, com a coordenação desse trabalho, na altura passei a ter funções ao nível da reconversão profissional, nas situações ao nível das deficiências adquiridas, tinha aqui um trabalho de articulação com outras estruturas da comunidade, não só empresas mas entidades que acolhiam também os jovens, mas também com o centro de emprego e as equipas do centro de emprego. Portanto, no CEERIA trabalhava com jovens dos concelhos de Alcobaça e Porto de Mós e portanto tinha também um trabalho de acompanhamento destes jovens e também das suas famílias (...).

Depois disso, realmente houve também aqui uma altura, fui sempre mantendo o consultório em Lisboa, mesmo estando a trabalhar, ia duas vezes por semana a Lisboa, mantinha-me a fazer o consultório e a fazer a formação na APTCC. Em 2006, também por minha iniciativa deixei, também, na altura, comecei a dedicar-me apenas à clinica privada, a formação e a supervisão. Nessa altura quando saí, ligo-me ao projeto da

Clínica Nossa Senhora da Conceição em Alcobaça, portanto em que o desafio que me foi lançado foi criar uma equipa de vários profissionais que se constituíssem aqui como uma equipa de profissionais de várias áreas. Formar uma equipa multidisciplinar e portanto, a partir dessa altura, comecei também e depois de conhecer um bocadinho, aquela que era, estamos a falar de uma equipa que funciona a partir do setor privado, porque acreditava que era possível fazer um trabalho com qualidade e que se destacasse também pela abrangência (...) das intervenções. Mesmo enquanto equipa multidisciplinar, na área do Serviço Social, na área da psicologia, na área da psiquiatria, que havia aqui um trabalho importante a fazer e portanto fui constituindo também uma equipa, primeiro com várias psicólogas, com modelos de intervenção diferentes para trabalharem com faixas etárias e portanto faixas de desenvolvimento diferentes, de forma também podermos dar resposta da melhor maneira possível as necessidades da população. Assim, também surge em 2014, primeiro em projeto, 2015 já com algumas intervenções estruturadas, o projeto de intervenção comunitária, aí já com integração também de um técnico de serviço social que veio aqui colmatar uma área importantíssima desta equipa. Portanto (...) desde, falta só aqui mencionar um aspeto, que é o fato que desde 2011, passei a estar ligada à criação da Ordem dos psicólogos Portugueses. Portanto primeiro como membro da Assembleia dos representantes do Centro e em 2012 sou, portanto, convidada e nomeada para ficar como presidente da delegação Regional do Centro, foram criadas por decreto de Lei as delegações regionais, funções das quais, tive um ano. Em 2013 houveram as primeiras eleições para os corpos sociais e portanto nessa altura também o trabalho que nós desenvolvemos, portanto as pessoas, votaram efetivamente pela nossa lista e portanto desde 2012 que continuo a ser. Estes mandatos são válidos por três anos e portanto encontro-me a fazer o último ano deste triénio, que termina agora em 2016, sendo que em outubro de 2016 voltará a haver novas eleições. Portanto, tem sido também um trabalho muitíssimo desafiante e muitíssimo merecido, ao nível de dar formação, da psicologia em Portugal e pela defesa da qualidade das intervenções psicológicas e pelo esclarecimento das intervenções psicológicas e quais são as vantagens e mais-valias para a população que necessita de saúde psicológica e também de esclarecimento acerca do trabalho que pode ser feito a este nível complementar, com outras áreas de intervenção, obviamente, sempre afirmando aqui, obviamente a exclusividade dos atos psicológicos.

#### **4. Qualquer pessoa pode desenvolver uma doença mental?**

**Entrevistada-** Sim, qualquer pessoa pode sofrer uma doença mental.

### **5.O que pode contribuir para que isso aconteça?**

**Entrevistada-** Os fatores que podem contribuir para isso podem ser de ordens diferentes. Há efetivamente aspetos, que são aspetos, que são orgânicos, muitas vezes, há um determinados grupo de quadros de perturbações mentais que estão associados, há aspetos genéticos, nomeadamente os quadros psicóticos e que existe uma probabilidade maior. Porque estão associados a determinadas famílias, determinadas capacidades das pessoas desenvolverem nomeadamente se já houver essa carga genética. Depois relativamente aos outros quadros, outros quadros podem estar relacionados co questões sociais, de contexto social, com questões desenvolvimentais e com questões familiares e relacionais, em determinados contextos, determinadas características, estão ou podem potenciar muitíssimo o desenvolvimentos de determinados quadros (...) ou seja, a ideia de um desenvolvimento por exemplo que exista muito pouco espaço, para a capacidade de escolha em que existe pouca validação da possibilidade da pessoa poder ser ela própria, afirmar livremente as suas escolhas, onde não existem limites, ou por outro lado existe uma superproteção, ou ainda, uma grande exigência, são aspetos ao nível desenvolvimento que podem potenciar quadros psicológicos, ocorrência de quadros psicológicos.

### **6.Quais são as perturbações mentais que afetam mais as pessoas adultas?**

**Entrevistada-** As perturbações mentais são essencialmente os quadros de ansiedade e os quadros de depressão, nós sabemos que estas são as situações mais frequentes (...) também sabemos que em 2050, segundo dados da união Europeia em projeções realizadas, (...) a depressão vai ser a principal causa de incapacidade (...) dai uma enorme de necessidade de se prevenir estes quadros e de se fazer uma prevenção e da necessidade de intervenção.

### **7.Que tipo de perturbação mental as crianças e adolescentes podem desenvolver?**

**Entrevista-** *“As crianças e os adolescentes, podem desenvolver os mesmos tipos de quadros que o adulto, nas crianças e nos adolescentes a prevalência vai para os quadros de ansiedade e para os quadros de depressão. (...) sendo que, aqui as*

*manifestações podem ser ligeiramente diferentes. Obviamente, a faixa de desenvolvimento, a faixa etária na qual se desenvolve a perturbação psicológica também determina, uma especificidade na forma, na forma como essa sintomatologia é expressa. Da minha experiência, eu não trabalho com crianças, trabalho com adolescentes e com adultos, mas da minha experiência com os adolescentes, os quadros que surgem mais são os quadros de ansiedade e cada vez mais, os quadros de ansiedades ligados ao desempenho, de uma forte exigência, muito perfeccionismo, ou por outro lado, de apatia. Um desinteresse e uma desmotivação total.*

### **8.Existe alguma prevenção que possa ser feita?**

**Entrevistada-** Há sempre prevenção, mal de nós se não pudesse ser feita prevenção, aqui estamos quase dias ou várias horas a falar desta parte, (...) porque há uma prevenção que pode ser feita obviamente nas famílias (...) a qualidade dos vínculos nas famílias determina efetivamente a qualidade do nosso desenvolvimento e a qualidade psicológica, um desenvolvimento mais harmonioso e portanto ao nível das famílias, dos aspetos que mencionei a pouco, a, necessidade de existirem regras claras, mas por outro lado um acompanhamento afetivo e efetivo mas que permita não só orientar abrir a possibilidade da escolha, não determinar uma única escolha, mas aumentar, ou ajudar a perspetivar a existência de várias escolhas, de vários graus nas escolhas, ou da forma como as coisas podem acontecer, ou nas diferentes alternativas, determina uma maior capacidade de adaptação e de resiliência. A capacidade de escolha no fundo é um dos vetores fundamentais para um desenvolvimento psicológico mais saudável e por outro a capacidade para conseguir tolerar alguma frustração e daí também, a questão dos limites serem, ser outro pilar, absolutamente estrutural no desenvolvimento das nossas crianças, nos nossos adolescentes e na forma como as relações se vão estruturando dentro e fora da família. As famílias são por si só, sistemas potencialmente disfuncionais, basta pensarmos que temos varias pessoas no mesmo contexto de proximidade, com idades diferentes, portanto, com personalidades, desejos e necessidades diferentes, espera que exista algum conflito, a necessidade de resolver esses conflitos também a qualidade dos vínculos e a forma como estas pessoas funcionam não só umas com as outras mas a necessidade de contato com o mundo exterior. Do ponto de vista da relação com o exterior, há aqui um papel dos educadores, da comunidade e dos agentes educativos na relação, na forma como acompanham, não só as crianças mas também os adolescentes e

portanto a escola tem um papel extremamente fundamental na articulação com as famílias, porque é efetivamente um papel que é e deve ser complementar obviamente também na ligação aos cuidados de saúde, as questões de saúde, o acompanhamento do médico de família e a poder sentir, este aspeto é muito importante. Como dizia, as famílias tendem para alguma disfuncionalidade e que as crises possam ser vistas como efetivamente oportunidades de crescimento e sabermos de algum, como costume dizer, é muito importante que as pessoas aprendam a queixar-se de uma forma produtiva e queixar de uma forma produtiva tem que ver com aprender de algum modo a falar daquilo que nos necessitamos e não daquilo que nos queremos, nem sempre o que nos queremos é o que nos necessitamos e por vezes nos pais acabamos por não perceber a forma como comunicamos com os nossos filhos e na verdade as vezes estamos a pedir coisas aos nossos filhos que nem nós próprios estamos a fazer com eles até na própria forma que estamos a comunicar com eles, aqui muitos aspetos que são paradoxais na própria comunicação, é verdade que a comunidade escolar deve estar atenta na relação com as crianças, na relação com os adolescentes, a sinais de eventuais sofrimento, eu costume dizer que a este nível não me preocupam apenas crianças ou adolescentes, no meu caso que trabalho com adolescentes e adultos. Os adolescentes que tem maus resultados escolares, mas preocupo-me muitíssimo com os adolescentes que surgem com quadros de ansiedade e com quadros de desempenho, de uma exigência absolutamente superlativa e com um sofrimento muito mais calado e muito menos partilhado, muito menos visível e muito mais engolido e por vezes com famílias que não se apercebem deste sofrimento, como se adolescência justificasse tudo em termos de comportamento e as vezes há alteração de comportamento absolutamente, (...) algumas delas absolutamente patológicas. Que não são valorizadas pela família como sendo sinais de sofrimento, mas como sendo algo transitório porque faz parte da adolescência, não é saudável um adolescente passar todo o seu tempo no quarto não ter momentos rigorosamente nenhuns de interação com quem quer que seja, nem com a família, nem outras relações que possam ser gratificantes, fora de casa, portanto, isto é um sinal muitas vezes de sofrimento. Os cuidados da articulação das famílias, esta percepção que pode haver algum desconforto mais mantido no tempo, existe desconforto e há desconforto transitório e que é produtivo e que serve para nós resolvermos situações difíceis, não é? Outra coisa é o sofrimento do qual se fica, que permanece e que passa a fazer parte de um padrão, é esse tipo de sofrimento que os pais, os professores, os colegas podem e devem estar atentos e nessa altura que se deve pedir ajuda psicológica e fazê-lo permite

realmente resolver situações que se podem tornar situações muito difíceis, com prognóstico por vezes muito mais reservado.

### **9- No seu entender existe desconhecimento e estigma face a doença mental?**

**Entrevistada-** Sim, há realmente ainda a vários níveis, ao nível das famílias, acho que é absolutamente fundamental, do ponto de vista comunitário ser passada esta mensagem, em relação aos pais ou poder chegar aos pais esta mensagem, de que o mal-estar psicológico não é sinal que se é tonto ou doido ou que se está maluco, que não é um motivo para vergonha. Aliás, todos nós podemos vir a desenvolver um quadro de perturbação emocional, pelo menos uma vez na vida, em função de acontecimentos significativos. Todos nós somos vulneráveis, todos nós temos vulnerabilidades, todos nós temos coisas que sentimos na nossa vida como difíceis e dolorosas, costume dizer também que nós só nos tornamos pessoas frágeis quando não cuidamos das nossas vulnerabilidades. Vulnerabilidades todos temos, passamos a ser muito mais frágeis se efetivamente não cuidarmos do que é mais vulneráveis em nós, isso implica sentir coisas boas e coisas más e aprender a cuidar do que é bom, mas também a lidar com o que é difícil e doloroso, isto é uma mensagem que é muito importante, relativamente aos pais, mas é também uma mensagem muito importante de passar na comunidade escolar, nos agentes educativos, nos professores, nos encarregados de educação, nos Diretores dos agrupamentos e das escolas (...). Muitas vezes até na articulação, ou seja, se este trabalho for feito, temos depois aspetos de situações muito mais graves, podemos fazer prevenção ao nível dos estilos de vida muito mais saudáveis, ao nível da questão dos consumos das drogas, em termos de percursos de delinquências de toxicodependências e até de situações muito mais graves(...) e mais extremadas ainda a este nível (...). Em relação à escola, à semelhança do que acontece noutros contextos, muitas vezes, o trabalho multidisciplinar não está facilitado (...), parece-me que é absolutamente imprescindível que haja um esclarecimento, com uma linguagem que seja clara e que possa ser partilhada com outros profissionais de saúde, nomeadamente, médicos de família, os técnicos de Serviço Social e os enfermeiros de forma a que possa perceber-se que há uma especificidade em cada uma destas áreas, mas que há aspetos que são complementares, um trabalho que permita potenciar-se o bem estar. Fazer a prevenção de quadros psicológicos, psiquiátricos, muitas vezes também, bastante mais graves, que nos trazem custos tremendos, do ponto de vista familiar, do ponto de vista

dos recursos da própria comunidade, quando já temos internamentos atrás de internamentos. Tudo isto consome recursos na escola, ao nível da saúde, do ponto de vista, muitas vezes da justiça. Portanto, há aqui um trabalho de desmistificação do estigma, de absoluta e imprescindível necessidade ao nível da prevenção da saúde mental. Depois relativamente, um aspeto que me parece importante, é a questão da exclusividade e da especificidade e por outro lado da complementaridade das intervenções multidisciplinares, há aqui uma questão que é importante, que é a diferenciação entre as intervenções psicológicas, e exclusividade e a especificidade deste nível, com a diferenciação, o acompanhamento psiquiátrico e o suporte farmacológico que pode ser feito, mas também com algumas intervenções ao nível da neurologia. Há aspetos de franja que parecem ser iguais e não são iguais e permitem potenciar mais ainda, não só a prevenção mas muito também as intervenções que podem ser feitas e os resultados que podem ser obtidos já com quadros de perturbação psicológica.

#### **10-Quais as consequências que um doente pode ter com uma perturbação mental?**

**Entrevistada-** As consequências podem ser a vários níveis, já fui falando aqui de algumas, há consequências que são pessoais, ou seja, ao nível dos cuidados consigo própria (...) e os quadros de ansiedade e os quadros de depressão (...), podem trazer marcado grau de invalidação, podem impedir a pessoa claramente de funcionar, ou seja, tem graus e vão-se desenvolvendo de forma a aumentar o grau de invalidação, ou minar várias áreas de funcionamento da pessoa, mas claramente o lado de cuidar de si própria, da forma como investimos e cuidamos ou não de nós. Também o reconhecimento dos limites que temos e das nossas vulnerabilidades e de cuidarmos delas ou não, do cuidado connosco, mesmo também do ponto de vista da nossa saúde física. Ao nível relacional porque a depressão traz a dificuldade de investirmos relacionalmente, a motivação, ou os aspetos negativos da depressão trazem a dificuldade em sentir aspetos gratificantes e dificuldade em implicar e investirmos do nosso tempo e afetos nas diferentes áreas da nossa vida, (...) do ponto de vista relacional, no plano relacional e familiar, no plano amoroso em todas as nossas relações familiares e do ponto de vista do nosso desempenho profissional e escolar. No fundo, todas as áreas de funcionamento podem ser afetadas. Aqui ao nível da necessidade das intervenções psicológicas são tão

importantes. Por exemplo, em Portugal (...), as perturbações psicológicas, são responsáveis por grande parte, (...) nas empresas, nas grandes organizações, da grande parte do presentismo. Portanto há aqui uma diferença; durante muitos anos, o foco das organizações e das empresas esteve mais no absentismo (...). Até que ponto é que os quadros de perturbação psicológica impediam as pessoas de estar presente no local de trabalho, associados a todos custos (...). Passaram-se a conhecer muito melhor também as formas de presentismo e o impacto social, impacto económico que estas perturbações psicológicas têm a este nível. Efetivamente, as pessoas estão presentes no seu trabalho mas sem condições psicológicas para poderem estar a trabalhar, isto (...) são aspetos que pagamos muito caro, em vários níveis, sobretudo ao nível da saúde psicológica das pessoas pode efetivamente minar todo o funcionamento da sociedade.

### **11- Existe cura para a doença mental?**

**Entrevistada** - quer dizer, a palavra cura, não é uma palavra que se aplique tanto no contexto da doença mental, a palavra que nós mais empregamos, é tratamento ou intervenção, porque a cura tem um bocadinho de espetativa mágica de que nós resolvemos algo é irreversível. Não há nada irreversível na saúde mental, ou melhor, não algo que se atinja e que fique lá, porque o equilíbrio psicológico é algo que, há vários aspetos que nós podemos ir metendo do ponto de vista de regularmos as nossa exigências, termos um bom grupo de suporte, família, termos qualidade nas nossa relações, termos atividade de lazer, portanto termos grupos de intervenção profissional e de supervisão profissional e rede social de suporte que poderemos contar, com quem possamos partilhar situações de dificuldade, são alguns aspetos que nos permite fazer prevenção de saúde mental, mas nós sabemos também que não há nada que seja absoluto e que esteja sempre garantido do ponto de vista psicológico. Portanto, cuidarmos de nós de ponto de vista psicológico, é algo que nunca está acabado, (...) é algo que precisa de acontecer e de ir acontecendo ao longo das nossas vidas, portanto a palavra “cura” (...) é algo que não se aplica.

**12-No seu entender, os hospitais e centros de saúde conseguem dar resposta (consultas de psiquiatria, psicologia e pedopsiquiatria) adequada e atempada aos doentes com perturbação mental?**

**Entrevistada-** (...) bem, aqui (...) no hospital, por aquilo que eu sei, há uma consulta externa de psiquiatria, que funciona, mediante encaminhamento do médico de família, tem de ser feito pelo o médico de família, numa consulta de medicina familiar, portanto, e é o próprio medico de família que avalia conjuntamente com o seu paciente acerca da necessidade de uma consulta de especialidade nesta área, (...) agora é uma consulta por aquilo que eu sei, acontece de 15 em 15 dias e muitas das pessoas que chegam as consultas de psicologia clinica no contexto privado, surgem realmente com esta referência de que, tendo em conta, o grau de imobilização e de sofrimento que têm não conseguem ser vistos em tempo útil. O tempo de espera é muito grande, não só para ter uma primeira consulta porque existem muitas pessoas a solicitar este serviço e com poucos recursos, poucos médicos e poucos psicólogos (...) a trabalharem no SNS e portanto esta é claramente uma lacuna também, o que faz com que não só o tempo de espera para a primeira consulta seja muito elevado, mas também o intervalo entre intervenções ou entre consultas também seja muito longo, o que na realidade também faz com que (...) os aspetos e as vantagens da intervenção psicológica se diluam no tempo.

**13- No seu entender, os hospitais e centros de saúde conseguem dar resposta (consultas de psiquiatria, psicologia e pedopsiquiatria) adequada e atempada aos doentes com perturbação mental?**

**Entrevistada-** Dos vinte anos que eu realmente intervenho neste contexto, com a população de Alcobaca, claramente não, claramente são insuficientes.

**14- Na sua opinião, os doentes após alta hospitalar têm na comunidade as respostas eficazes para a sua reabilitação e integração na mesma?**

**Entrevistada-** (...) Não, faltam estruturas ao nível da intervenção psicológicas, para já, pela própria, (...) ao nível do SNS as respostas que eu falei a pouco, não existe uma equipa multidisciplinar de saúde mental. Portanto com respostas integradas, pensadas, estruturadas e que beneficiem das diferentes intervenções, da dimensão psicológica, psiquiatra, farmacológica, social, ao nível dos cuidados de enfermagem e também em algumas situações, ao nível do encaminhamento para outros recursos da comunidade também, não existe esta resposta. Depois do ponto de vista de determinados quadros psicológicos que necessitariam também de outras estruturas nomeadamente os quadros

psicóticos. Em termos de reabilitação e para trabalho, de aspetos mais comportamentais, mais ligados a treino de atividade da vida diária, rotinas saudáveis, auto cuidados, não existe nenhuma estrutura que faça isto.

**15- Enquanto psicológica, concorda que a terapêutica medicamentosa seja a solução para a maioria das perturbações mentais?**

Dra. Iris- Não, de todo, vamos lá ver, ou seja, existem quadros de perturbação psicológica que claramente que cronicização e que a única resposta que existe é a resposta farmacológica, quando na realidade, os quadros de perturbação psicológica, estão associados claramente aqueles dois aspetos que há pouco mencionei, que é a capacidade de escolha e a capacidade de conseguir tolerar alguma frustração, não há nenhuma medicação que ponhas as pessoas a fazer isto, ou seja, os psicofármacos, quanto muito regulam a expressão de determinados sintomas, eu costumo dizer que os nossos sintomas psicológicos tem muitos a ver com aquilo que se passou na nossa vida, por aquilo que se passa na nossa vida e faz parte da nossa história e que vai sendo atualizado, portanto que implica muitas vezes aprender a lidar com aspetos que são mais difíceis, com situações dolorosas pelas quais passamos, desenvolver recursos para lidar com elas, desenvolver recursos de regulação emocional e novos comportamentos que sejam mais adaptativos, aumentar os graus de liberdade nas nossas escolhas e portanto, aprender a lidar e gerir conflito, gerir situações de stress (...) aumentar o grau de satisfação com as nossas relações, portanto não há resposta psicofarmacológica que permita ajuda a este nível, isso só é possível fazer numa relação segura, próxima, assegurada pelos psicólogos.

**16- Quais as dificuldades que a Dra. se depara no acompanhamento aos seus pacientes?**

**Entrevistada-** Claro, por estarmos a passar por uma crise económica, teve algum impacto ao nível das respostas que as pessoas necessitam e procuram, não é? Eu sou da opinião que, e enquanto psicoterapêutica há vários anos nunca ninguém deixou de ser acompanhada na minha equipa ou por mim por dificuldades financeiras, ou seja, penso que é sempre possível ajustar, não mexendo na qualidade das nossas intervenções, ajustar um projeto terapêutico a disponibilidade financeira, não é? Portanto parece-me que por um lado é importante que houvesse mais intervenções e que elas fossem mais

facilmente disponibilizadas para as pessoas que a questão do preço das intervenções não fosse limitadora, esta é uma das dificuldades mas normalmente acaba por ser contornada, são situações mais transitórias e no fundo às vezes também obrigam a alguma criatividade com os nossos e em termos de construção de alguma alternativa com os nossos pacientes.

**17- No seu entender no concelho de Alcobaça existem respostas adequadas e que promovam a saúde mental?**

**Entrevistada-** São muito escassas (...) nos sabemos que é preciso fazer um trabalho de muita proximidade de desmistificação das intervenções psicológicas e muito ao nível da questão do estigma que permite as pessoas queixarem-se com mais facilidade e entenderem que a queixa produtiva no sentido de pedido de ajuda, não é, é algo que traz ganhos inegáveis do ponto de vista de sofrimento e muitas vezes individual e familiar, do trabalho ao nível do estigma, facilitar o trabalho ao nível das intervenções psicológicas e depois é absolutamente imprescindível que os psicólogos se possam articular em equipas multidisciplinares com outros técnicos. Nomeadamente, também porque em algumas situações é mesmo importante e tendo em conta que já existe uma cronicização de determinados quadros, muitos quadros precisam em termos de intervenção também de algum suporte psicofarmacológico, já porque houve uma cronicização, não é possível intervir imediatamente sem que as pessoas tenham uma regulação sintomática e nessas situações é muito importante o suporte psicofarmacológico que seja, que no fundo que as pessoas vão recebendo o apoio psicológico, vai permitir desenvolver outro tipo de competências que as pessoas possam deixar de fazer esse suporte psicofarmacológico e sentirem-se mais autónomas que desenvolvem com as intervenções psicológicas, do ponto de vista cognitivo, do ponto de vista comportamental, do ponto de vista da regulação emocional, também porque ao nível das estruturas, e do ponto de vista do equipamento sociais claramente também há respostas que são ineficazes, falta aqui claramente a este nível um fórum socio-ocupacional ou estruturas residenciais que estejam mais direcionadas também para um suporte mais em permanência e para o desenvolvimento de outros projetos psicoterapêuticos. Não só psicoterapêuticos mas também com uma dimensão um bocadinho mais, multidisciplinar e aqui entram realmente as outras valências do

trabalho comunitário como a psiquiatria, serviço social e muitas vezes também (...) a enfermagem.

**18-Tem mais alguma coisa que queira acrescentar para enriquecer este trabalho?**

Falta também um fórum socio-ocupacional, profissional, que permite em situações de internamentos trabalhar aspetos psicológicos, as estruturas que nós temos para ponto de vista internamento são escassas, ou seja, os internamentos são rápidos e não permitem muitas vezes trabalhar outras dimensões, nomeadamente o ponto de vista psicológico. O treino de algumas competências seria muitíssimo facilitado que houvesse estruturas deste tipo.

