

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**RELATÓRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL  
NA COMUNIDADE  
“SAÚDE PARA TODOS”**



**Elaborado por:**

Orlando José Santos Rocha Vilar

**Orientador:**

Professora Doutora Helena José

**Coorientador:**

Professora Coordenadora Maria  
Pereira

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**“Saúde para todos”**

Projeto realizado no âmbito do I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

**Elaborado por:**

Orlando José Santos Rocha Vilar

**Orientado por:**

Professora Doutora Helena Maria Guerreiro José

**Coorientado por:**

Professora Coordenadora Maria Manuela Narciso Pereira

**Beja**

**2012**

## **DEDICATÓRIA**

A todos os que sofrem de transtorno psiquiátrico e seus familiares...

A todos os que no seu dia-a-dia cuidam de PESSOAS.

O homem sábio é aquele que não se entristece com as coisas que não tem, mas que se rejubila com as que tem.

(Epíteto)

## **AGRADECIMENTOS**

Embora este seja um Projeto realizado no âmbito do I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, há contributos de natureza diversa que não podem nem devem deixar de ser aqui realçados. Por esta razão quero expressar a minha gratidão:

Professora Doutora Helena Maria Guerreiro José minha orientadora e querida amiga, pela competência científica e acompanhamento do trabalho.

Professora Coordenadora Maria Manuela Narciso Pereira, minha coorientadora, por me colocar este desafio, pela competência científica, orientação dada, críticas e correções bem como pela amizade e disponibilidades demonstradas.

A minha esposa pela paciência, amor e carinho, que sempre me apoiou e me fez crescer como pessoa, e, acima de tudo pelo inestimável apoio que preencheu as falhas que fui tendo devido à força das circunstâncias.

Aos meus filhos que apesar de alguma falta de atenção e ausência, sempre me compreenderam e apoiaram.

Ao meu pai e em especial à minha mãe, que sinto que está sempre comigo para me apoiar e ajudar quando as adversidades surgem.

Mais uma vez, obrigado.

## Resumo

De acordo com Durán (1989) um projeto destina-se a melhorar o sistema de saúde e por conseguinte o nível de saúde da população. Deste modo, a situação de saúde da população é o quadro de referência para elaborar o projeto e definir os seus objetivos. Este trabalho foi realizado e desenvolvido com o objetivo de dar continuidade aos cuidados prestados ao doente com doença mental na comunidade, de forma a reabilitar o doente mental e reinseri-lo na sociedade, evitando fenómenos de estigma e exclusão social. Orienta-se no âmbito comunitário, pois promove a proximidade do ACES Central com o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HF EPE através da criação de uma equipa de cuidados de saúde mental na comunidade, denominada “Saúde para todos” no Centro de Saúde de Faro. Irá proporcionar aos utentes acessibilidade aos cuidados de saúde mental e psiquiátricos, visando a promoção da saúde Mental e prevenir estas doenças na população.

Sendo este tema muito abrangente e complexo, torna-se evidente a necessidade de desenvolver esforços, no sentido de prevenir e reabilitar clinica e socialmente os indivíduos que sofrem de doença mental, nomeadamente através da criação de programas de intervenção adequados. Tem como principais objetivos, a reabilitação clinica, a reinserção social do utente na comunidade local, a prevenção da recidiva da doença, a redução do estigma, a exclusão social associada à doença mental, a promoção do acesso aos direitos e à igualdade de oportunidades.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental, Comunidade, Intervenção.

## **Abstract**

According Duran (1989) a design intended to improve health care and therefore the level of health. Thus, the health situation of the population is the framework for developing the project and define its goals.

This work was performed and developed with the objective of continuity of care provided to patients with mental illness in the community. In order to rehabilitate the mentally ill and reinsert it in society, avoiding phenomena of stigma and social exclusion. It is oriented at the community level, it promotes the proximity of the Central ACES with the Department of Psychiatry and Mental Health oh HF EPE by creating a team of mental health care community, called "Health for All" at the Health Centre Faro which will provide users with access to mental health care and psychiatric disorders, aiming to promote mental health and prevent efforts to prevent these diseases in the population.

As this issue very comprehensive and complex it becomes evident the need to develop efforts to prevent and rehabilitate clinically and socially individuals suffering from mental illness, including through the creation of appropriate intervention programs. Having main objectives, clinical rehabilitation and social reintegration of the user in the local community, the prevention of recurrence of the disease, reducing stigma and social exclusion associated with mental illness and the promotion of access to rights and equal opportunities.

**Keywords:** Mental Health, Community, Intervention.

## INDICE

(Fl.)

O – <u>INTRODUÇÃO</u> .....	11
1 – <u>PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE:</u>	
<u>“SAÚDE PARA TODOS”</u> .....	17
1.1 – <u>JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO</u> .....	17
1.2. – <u>CONCEITOS, PSIQUIATRIA E SAUDE MENTAL</u> .....	23
1.2.1- <u>O adoecer mental</u> .....	23
1.2.2 – <u>Mudança de paradigma</u> .....	26
1.2.2.1- <u>O paradigma de Thomas Kuhn</u> .....	29
1.2.2.2- <u>O modelo concetual de Enfermagem: Meleis e a teoria das transições</u> . 32	
1.2.3 – <u>Serviços de Saúde Comunitária, Novos desafios</u> .....	35
1.2.3.1- <u>Reabilitação Psicossocial</u> .....	40
1.2.3.2- <u>Relação de ajuda</u> .....	41
1.2.4 – <u>Intervenção Comunitária</u> .....	46
1.3 – <u>DESENHO DO PROJETO</u> .....	48
1.3.1 – <u>Âmbito</u> .....	48
1.3.2 – <u>Estrutura do projeto (WBS)</u> .....	50
1.3.3 – <u>Metodologia</u> .....	51
1.3.4 – <u>Metas e Indicadores</u> .....	52
1.3.5 - <u>Stakeholders</u> .....	53
1.3.6 – <u>Orçamento</u> .....	55
1.4 – <u>EXECUÇÃO</u> .....	56
1.4.1 – <u>Atividades a desenvolver</u> .....	57
1.5 – <u>AVALIAÇÃO</u> .....	59
2 – <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u> .....	60
3 – <u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	62
ANEXOS.....	68
ANEXO I – <u>Diagrama de Gantt</u> .....	70

## INDICE DE FIGURAS

(Fl.)

Figura 1 – Estrutura do projeto (WBS) .....	51
---	----

## **SIGLAS**

ARS – Administração Regional de Saúde

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento

ASMAL – Associação de Saúde Mental do Algarve

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

CS – Centro de Saúde

CNSM- Conselho Nacional de Saúde Mental

CPLEE- Curso de Pós Licenciatura Especialização em Enfermagem

DPSM- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

HF EPE – Hospital de Faro Empresa Publica Empresarial

ICN- Conselho Internacional de Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WBS - Working breakdown structure

USF- Unidade de Saúde Familiar

## 0 - INTRODUÇÃO

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, possui as competências que lhe permite participar na avaliação multicausal, nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania, (...) evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção e restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade (OE, 2010).

Sendo que a saúde e o bem-estar dependem dos estilos de vida, os quais são determinados por fatores individuais, sociais e ambientais, no planeamento em saúde esses fatores não deverão ser menosprezados, assim como, a consciencialização, a participação do cidadão, o empoderamento deste na promoção da saúde e na prevenção da doença (Alto Comissariado da Saúde, 2009).

Considero um Projeto como um empreendimento que é planeado, o qual integra um conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas, com o fim de alcançar objetivos específicos dentro dos limites de um orçamento e de um período de tempo estimado (Prochonw & Schaffer, 1999).

O projeto, é um utensílio utilizado no âmbito da planificação e condução de ações e/ou objetivos, existindo uma exposição mental antecipada desses mesmos, sendo desenvolvido em contextos de trabalho tendo em conta a etapa que abrange, os meios possíveis de concretização e os obstáculos a ultrapassar. É um processo inacabado, pois poderá haver a adição de novos objetivos que possam ser relevantes para o autor, durante o período que o projeto abrange. Tem como finalidade a avaliação dos objetivos propostos de forma a ajudar a quem concebeu o projeto e, apreciar os seus resultados (Barbier,1993).

O projeto desenvolvido orienta-se no âmbito comunitário, pois fomenta a proximidade do ACES Central com o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HF EPE através da criação de uma nova equipa de cuidados comunitários de saúde mental, denominada "Saúde para todos". Será sediada no Centro de Saúde de Faro, proporcionará aos utentes, acessibilidade aos cuidados de saúde mental e psiquiátricos, visando a promoção da Saúde Mental e a respetiva prevenção destas doenças.

Deste modo pretende-se que a concretização deste projeto decorra num ambiente de disponibilidade e facilitador de aprendizagens constantes, de modo a desenvolver competências de autoformação. Promoverá e ampliará a dimensão da reflexão/ação, numa perspetiva de desenvolvimento profissional e pessoal, como resultado de um processo de aquisição de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação associados à enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O Planeamento em saúde, figura dentro do conteúdo que constituem o corpo de conhecimentos do que se convencionou chamar de “Saúde Pública”. A elaboração e implementação de planos e programas em saúde pública, veio conferir um maior grau de racionalidade técnica e validação aos cuidados de saúde primários. Porém, a saúde em geral e, os cuidados de saúde em particular, são um sector sensível e fonte de discussão ética e moral. Sendo a saúde considerada um direito ou um bem público parece legítimo que a sociedade tenha um papel consultivo na alocação de recursos de saúde.

O Planeamento em Saúde baseia-se na utilização de recursos escassos e sua racionalização, visando atingir os objetivos preconizados no intuito de minimizar os problemas de saúde considerados prioritários. Exige dos vários sectores económicos, uma eficaz coordenação de esforços (Imperatori & Giraldes, 1992).

Poderemos considerar, o planeamento em saúde, simultaneamente como um instrumento de intervenção social bem como de intervenção técnica, conceito com origem no planeamento económico, racionalização do uso de recursos, tendo em vista a procura de opções alternativas que maximizem os efeitos e os seus custos, análise de custo/benefício (Pineault, 1987).

Da mesma forma que o planeamento económico, o planeamento em saúde tem como características essenciais os objetivos bem definidos, uma visão para o futuro, a escolha de caminhos e ações alternativas.

O planeamento em saúde tem como finalidade obter ganhos de saúde, fornecendo instrumentos para a tomada fundamentada de decisões pela administração, com o objetivo de alterar o estado de saúde das populações e comunidade. Os ganhos em saúde indicam os ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido à doença, a traumatismos ou às sequelas, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, pela redução do sofrimento, que é evitável pela melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela doença. O acesso aos cuidados de saúde de qualidade traduz-se na sua obtenção no local e no momento em que são necessários,

com garantia de efetividade, eficiência, continuidade e satisfação do utente (Alto Comissariado Saúde, 2007).

Todo o planeamento é um ato de parcialidade social, no sentido de beneficiar interesses parciais de uma sociedade, sendo o papel do estado preponderante na formulação e implementação de planos e programas. Todo o empenho condiciona os resultados finais do processo. Todo o processo de planeamento, na sua globalidade tem uma dupla dimensão, política e técnica. Esta última, a mais usual, está relacionada com a noção de racionalidade técnica, percorrendo todas as fases do processo, tais como a análise da situação, determinação de prioridades, formulação de metas, objetivos e estratégias para resolver os problemas diagnosticados, a execução e a avaliação dos resultados obtidos (Alto Comissariado Saúde, 2007).

Relativamente ao instrumento estratégico, escolhido por cada vez mais países, o Plano Nacional de Saúde (planeamento por programas), permitiu o alinhamento das políticas de saúde, de forma coerente e fundamentada, com o objetivo da maximização dos ganhos em saúde para as populações. Segundo o Alto Comissariado da Saúde (2007), o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 é um exemplo de suporte essencial à gestão da saúde, sob o ponto de vista político, técnico e financeiro, e constitui um estímulo à cooperação interministerial e às políticas intersectoriais. O processo de planeamento, de estratégia e de gestão das políticas de saúde deve ser cíclico, interativo, explícito, fundamentado, monitorizado e avaliado. Permitirá a reconstrução de novos planos que criem novas opções estratégicas para a melhoria do sistema de saúde e da saúde das populações.

As questões relacionadas com o planeamento justificam-se pela constatação de recursos humanos, financeiros e materiais cada vez mais escassos, sendo necessário utilizá-los de maneira mais eficaz e mais eficiente. É urgente intervir nas causas dos problemas e, possuir instrumentos que permitam definir quais as prioridades de intervenção. É necessário evitar intervenções isoladas. Dever-se-ão implementar abordagens integradas, utilizar os recursos e, serviços atempada e adequadamente, de acordo com os principais problemas e necessidades de saúde identificados (Alto Comissariado Saúde, 2007).

O correto planeamento dos programas de saúde, no sistema de saúde, constitui um elemento crucial de proteção social e redução das iniquidades, dando um grande contributo para a coesão, a justiça e o bem-estar social.

No início do século XX, o termo de Saúde Mental surge e *consolida-se*, Ações em prol da saúde mental são as que promovem ou preservam as capacidades das pessoas, ou atuam positivamente sobre o seu contexto social melhorando as suas condições de vida (Direção Geral de Saúde, 2002).

A mudança de paradigma, no tratamento do doente psiquiátrico, alterou a concepção da doença mental, atribuindo um novo olhar ao doente psiquiátrico. Com essa nova visão, surgiram novos modelos de atendimento, tais como a desinstitucionalização dos doentes mentais internados, o menor tempo de internamento dos mesmos e a participação da família e da comunidade no processo de reabilitação. Esta nova concepção levou à criação de novos modelos de atendimento, tais como serviços básicos de saúde, comunidades terapêuticas, entre outros (Amarante, 1995).

A participação da família vem transformar a visão da saúde mental e desta forma o papel da enfermagem. Além da assistência ao doente, oferece-se apoio e orientação necessária para a família, para que essa possa ajudar no processo terapêutico. No modelo de atuação atual, a política assistencial preconiza a diminuição dos internamentos hospitalares e a criação de outros serviços de apoio, deslocando assim, o seguimento e evolução do tratamento para o interstício das dinâmicas familiares mobilizadas pela inclusão dos doentes mentais na sociedade (Amarante, 1995).

A ideia de cuidados em saúde mental baseada na comunidade constitui mais uma abordagem global do que uma solução organizacional. Estes devem visar a emancipação e usar técnicas de tratamento eficientes, que permitam às pessoas com perturbações mentais aumentar as suas aptidões de autocuidados, incorporando o ambiente social informal da família bem como os mecanismos de apoio formais (Amarante, 1995).

Os cuidados na comunidade podem identificar recursos e alianças saudáveis, que noutras circunstâncias, ficariam ocultas e inativas. As crenças, atitudes e respostas sociais, definem muitos aspetos dos cuidados de saúde mental. Os portadores de doenças mentais são membros da sociedade e o ambiente social contribui para a recuperação e reintegração (Amarante, 1995).

O nosso país adotou recentemente o modelo comunitário como referência, existindo ainda alguns resquícios da psiquiatria asilar. O tratamento institucional diminui a qualidade de vida dos indivíduos com perturbações mentais onde o custo é mais elevado e tem uma conotação negativa, face aos direitos humanos. Na maioria dos casos, os doentes portadores de doença mental sofrem múltiplos reinternamentos ao longo da vida por agudização da doença (OMS,2002).

Neste sentido, a passagem de um internamento em regime total ou parcial, implica um certo acompanhamento que possibilite uma passagem tranquila e com sucesso, do doente para a comunidade. Muitos doentes não têm casa, não têm rede social e não têm emprego, o que limita a integração da pessoa na comunidade. Deste

modo, o enfermeiro desempenha um papel facilitador, estimulador e motivador do doente a experimentar novas formas de vida social, através de várias técnicas que permitam dotar o indivíduo de maior autonomia e competências necessárias para se relacionar com a sociedade (OMS, 2002).

Devolver ao indivíduo alguma qualidade de vida, melhorar a sua autoestima, diminuir o estigma e apostar que é possível reintegrá-lo na comunidade, deve ser a aposta do Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria. Os indivíduos com doença mental devido à discriminação são bastante afetados na sua autoestima, devido à percepção que têm da desvalorização que lhes é atribuída e da rejeição social. Para diminuir a estigmatização tornam-se necessárias estratégias educativas e de sensibilização junto da população e a vivência dos doentes mentais nos contextos naturais.

Na comunidade (concelho de Faro), não existem serviços suficientes para dar resposta às necessidades de todos os doentes mentais e seus familiares. Por este fato, proponho a criação de uma equipa de cuidados comunitários de saúde mental, denominada “Saúde para todos” no Centro de Saúde de Faro.

O projeto de intervenção em saúde mental na comunidade visa a autonomia do indivíduo, portador de doença mental, objetivando a sua reintegração na comunidade, evitando os múltiplos reinternamentos. Considero que deveria existir uma melhor articulação entre o DPSM do HF EPE e a UCC-Faro, nomeadamente na referência de utentes que tenham sido internados no Serviço de Psiquiatria do referido hospital e que necessitem de continuidade de cuidados na comunidade, com vista ao seguimento em contexto de ambulatório. Poderia, esta lacuna ser colmatada com a implementação do projeto “Saúde para todos”.

Reconheço a especificidade do exercício especializado da enfermagem comunitária, que foi facilitada pelo desenvolvimento de conhecimentos e competências que o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Beja me permitiu. Esta aprendizagem de competências vai de encontro ao que declara o Conselho de Enfermagem Ordem dos Enfermeiros (2010)

*enfermeiro especialista* define-se por ser um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção. (p.2)

Este projeto irá desenvolver-se em várias fases. Na primeira será efetuado a justificação do projeto e o enquadramento do problema de saúde. Numa segunda fase, abordado o desenho do projeto de intervenção, incluindo o seu âmbito, estrutura do projeto, metodologia, metas e indicadores, *stakeholders* e orçamento. Por fim a sua exequibilidade, avaliação e considerações finais.

Devido à conjuntura económica do país, proponho que a equipa seja formada por profissionais do Centro de Saúde, rentabilizando desta forma os recursos existentes. Os utentes abrangidos pelo projeto serão os residentes nos concelhos da área geográfica de Faro e os utentes referenciados pelo HF EPE do DSMP, se solicitado.

A promoção da autonomia é um objetivo crucial neste projeto, através da capacitação dos utentes, família, técnicos e comunidade sobre a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da doença mental, desenvolvendo competências para redução de recaídas, com a finalidade de obter ganhos em saúde.

# 1– PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE “SAÚDE PARA TODOS”

## 1.1 – JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO

De acordo com Durán (1989) um projeto destina-se a melhorar o sistema de saúde e por conseguinte o nível de saúde da população. Deste modo, Durán refere que a situação de saúde da população é o quadro de referência para a elaboração do projeto e definição dos seus objetivos.

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental são uma das principais causas de incapacidade e morbidade, nas sociedades atuais. A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, estas perturbações resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Já temos neste momento, os conhecimentos e as capacidades necessárias para reduzir o peso que as perturbações mentais e comportamentais representam em todo o mundo, embora ainda haja muito por aprender.

As pessoas que sofrem de perturbações mentais, devido à sua vulnerabilidade psicológica e da situação de desvantagem social em que muitas das vezes se encontram, são frequentemente vítimas de violação dos direitos e liberdades fundamentais, dos direitos civis, políticos, económicos, sociais, restrições no acesso aos cuidados de saúde, a proteção social e a oportunidade de emprego.

A OMS em (2001) verificou um extraordinário alargamento do interesse internacional pela saúde mental, que levou a afirmar:

as políticas e programas de saúde mental devem promover os seguintes direitos, igualdade e não discriminação; direito a privacidade; autonomia individual; integridade física, direito a informação e participação; liberdade de religião; reunião e movimento. (pg.147).

Uma recomendação do Comité de Ministros publicado pelo conselho da Europa em 2004, relativa à proteção dos direitos do homem e da dignidade das pessoas atingidas por perturbações mentais que definem orientações para os Estados Membros para assegurar o respeito por esses direitos.

Segundo o Programa Operacional de saúde – Saúde XXI (2000), A obtenção de ganhos em saúde e de um melhor acesso a cuidados de qualidade por parte dos

cidadãos está estreitamente ligada tanto à qualificação dos profissionais de saúde como à proximidade e eficiência dos serviços nas comunidades locais

Privilegiou-se na elaboração deste programa Saúde XXI, a promoção, proteção, e segurança na saúde; o acesso a cuidados de saúde de qualidade e o reforço de parcerias com setor social e privado. Nesta perspetiva, prevê-se uma evolução adequada das políticas de saúde, nomeadamente na reorganização e aumento da capacidade dos serviços e um aumento da rede pública na área da saúde mental.

A Saúde mental é uma prioridade de saúde pública, tomando-se uma das principais causas de incapacidade e morbilidade, nas sociedades atuais (Plano Nacional de Saúde, 2007-2016).

Embora escassos, os dados existentes sugerem que a prevalência dos problemas de saúde mental, não se afasta muito da encontrada em países europeus com características semelhantes. A análise do sistema de saúde em Portugal mostra muitos aspetos positivos nas últimas décadas. Foi um dos primeiros países europeus a adotar uma lei nacional (1963) de acordo com os princípios da setorização, a qual permitiu a criação de centros de saúde mental em todos os distritos e, o aparecimento de vários movimentos importantes, tais como os da psiquiatria social e da ligação aos cuidados de saúde primários (Plano Nacional de Saúde, 2007-2016).

A lei da Saúde Mental, aprovada nos anos 90 (Lei nº 36/98 e o Decreto Lei nº 35/99) em Portugal trouxe avanços notórios nesta matéria definindo os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde mental e, respetiva regulamentação do processo de internamento compulsivo. Prevê, também, a participação de utentes e familiares no Conselho Nacional de Saúde Mental e, consagra o modelo comunitário para a prestação de cuidados de saúde mental. A criação de serviços descentralizados teve um impacto muito positivo para a melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados, permitindo respostas mais próximas das populações e uma maior articulação com os centros de saúde. A cobertura do território nacional por estes serviços ainda é muito incompleta, mas comparando a situação atual com a situação de há 30 anos, verifica-se que se deram passos muito importantes. O interesse dos profissionais de saúde mental nas últimas décadas, assim como a atenção dos organismos internacionais aumentou.

A OMS (2002) e outras organizações internacionais, com base na avaliação das reformas de saúde mental, defendem que os serviços de saúde mental devem organizar-se de acordo com os seguintes princípios:

- Garantir a acessibilidade a todas as pessoas: assumir geograficamente um setor com uma dimensão que possa assegurar os cuidados sem que para isso as pessoas tenham que se afastar significativamente do local de residência;
- Criar um conjunto diversificado de unidades e programas assegurando uma resposta efetiva as necessidades das populações;
- Envolver a participação dos utentes, família e diferentes entidades da comunidade;
- Estar articulado com os cuidados de saúde primários;
- Cooperar com as organizações não-governamentais e do setor social, na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves.

Em Portugal, os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves, a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados. A quantidade de pessoas em contato com os serviços públicos (168.389 pessoas em 2005) é uma ínfima parte das que têm problemas de saúde mental e, que têm acesso aos serviços públicos especializados nesta área. O número de contato dos indivíduos com estes serviços é de apenas 1,7% da população, o que se revela muito baixo em relação ao número esperado, pois pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica com alguma gravidade em cada ano (Plano Nacional de Saúde Mental, 2007/2016).

A maior parte dos recursos mantêm-se concentrados em Lisboa, Porto e Coimbra, no entanto, foram criados outros serviços, que funcionam parcialmente, por não existirem profissionais suficientes, o que torna a distribuição dos profissionais, nomeadamente os psiquiatras, extremamente assimétrica pelo país (Plano Nacional de Saúde Mental, 2007/2016).

Sabendo que 83% dos recursos é gasto pelo internamento, a prática baseada na evidência diz nos que as intervenções na comunidade são as preferidas dos utentes e seus respetivos familiares. Em muitos locais o único recurso existente continua a ser o internamento. Noutros, ainda se encontra a consulta externa e, por vezes, hospital de dia. Na maioria das localidades, não existem ainda “Equipas de saúde mental comunitária” com os respetivos programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise e trabalho com as famílias (Plano Nacional de Saúde Mental, 2007/2016).

A Problemática da acessibilidade aos cuidados especializados de Saúde Mental, a quase inexistência do contato com o ambulatório, o recurso preferencial aos serviços de urgência, as dificuldades nas marcações de consultas, a grande espera

entre a alta e a consulta, associadas ao grande número de reinternamentos, sugere a existência de problemas da continuidade de cuidados. A maior parte das equipas de saúde mental com um escasso número de psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos, mantém o padrão tradicional dos serviços de internamento psiquiátrico (Plano Nacional de Saúde Mental, 2007/2016).

De acordo com a avaliação efetuada com a participação dos profissionais, a qualidade dos serviços de ambulatório é inferior ao das unidades de internamento, num momento em que, a tendência é cada vez maior no sentido inverso. Os recursos disponíveis em Portugal é sem dúvida um dos fatores que tem dificultado o desenvolvimento e a melhoria dos serviços neste setor. Indiscutivelmente os recursos atribuídos à saúde mental são insuficientes, se atendermos ao impacto real das doenças mentais para a sociedade. Os recursos financeiros e humanos encontram-se distribuídos de forma muito diferente entre as várias regiões do país e, entre os hospitais psiquiátricos ou apenas departamentos de saúde mental e ambulatórios (Plano Nacional de Saúde Mental, 2007/2016).

Em Portugal existem dificuldades, tais como, a reduzida participação dos utentes e familiares; a escassa produção científica no sector da psiquiatria; a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis e uma ausência de programas de promoção/prevenção. Na atualidade já existem oportunidades que ajudam a mudar esta realidade, das quais se destacam, o programa de cuidados continuados integrados, o desenvolvimento das Unidades de saúde familiar e a criação de unidades de psiquiatria e saúde mental nos novos hospitais (Plano Nacional de Saúde Mental, 2007/2016).

Devido aos últimos acontecimentos no País e no mundo, a crise económica e social que atinge a população em geral, prevê um aumento significativo das doenças mentais, nomeadamente as depressões. Existem uma serie de fatores sociais, como o desemprego, diminuição do poder de compra (bens essenciais), aumento da criminalidade, entre outros, que poderão despontar na população doenças do foro psiquiátrico. Neste sentido os serviços de saúde, deverão estar preparados para o aumento significativo das doenças mentais, para a procura da parte dos utentes de ajuda nesta área. Nesta situação, a prevenção destas patologias é crucial, não só porque diminui os custos de abstinência prolongada dos profissionais nos serviços por “atestado médico ou baixa médica”, como diminui os internamentos nas instituições hospitalares.

Embora os dados epidemiológicos existentes, nos permitam fazer uma melhor caracterização do país, eles apontam-nos para uma prevalência de perturbações

psiquiátricas na população geral que ronda os 30%. Destas, aproximadamente 12%, são perturbações psiquiátricas graves. A depressão pode atingir 20% da população e tende a aumentar, sendo a primeira causa de incapacidade, na carga global de doenças nos países desenvolvidos. Em conjunto com a esquizofrenia, ela é responsável por 60% dos suicídios no Algarve, o que é bastante problemático tendo em conta outras regiões do país (Ministério da Saúde, 2004).

É objetivo deste governo “aumentar os ganhos em saúde para a população” com a continuação da execução dos programas nacionais prioritários, designadamente da saúde mental, redefinindo as políticas de saúde mental e consequente reestruturação dos serviços (Plano Nacional de Saúde Mental, 2007/2016). A “reestruturação dos serviços” passa por reduzir o número de camas nos hospitais psiquiátricos vindo a baixar gradualmente até aos dias de hoje, estando mesmo na agenda política o encerramento de algumas Instituições centenárias no nosso país.

A alternativa é a aposta na **rede comunitária**. O modelo comunitário é caracterizado pelo facto de as estruturas de intervenção:

- Estarem localizadas mais perto da residência dos cidadãos;
- Serem parte do sistema de saúde geral, o que diminui o estigma frequentemente associado às instituições psiquiátricas;
- Disponibilizarem a globalidade de cuidados (preventivos, terapêuticos e reabilitativos), de modo abrangente, com garantia da sua continuidade pela mesma equipa profissional e com estreita articulação entre os diversos prestadores.

De acordo com Sakellarides (2007), as estratégias locais de saúde são fundamentais para o desenvolvimento do sistema de saúde e, devem adotar um conjunto de metas de saúde devidamente selecionadas e limitadas, que incluem algumas das grandes prioridades nacionais em promoção e proteção da saúde. Dito isto, a estratégia a utilizar, neste projeto, passa pela formação de uma equipa multidisciplinar, em que cada profissional intervém no seu domínio de competências, para formar uma rede funcional de cuidados, através de uma consulta dirigida aos utentes com doença mental, que promove a inserção social, uma vez que trabalhar em rede é fazer circular conhecimentos, técnicas, habilidades, potencialidades e recursos.

A Organização Mundial de Saúde (2002) conclui que obtém melhores resultados de saúde para a população, quando os cuidados de saúde mentais e psiquiátricos são mais próximos das pessoas, existindo maior equidade, utilização

mais adequada dos serviços, maior satisfação dos utilizadores a um custo mais baixo. A procura de soluções deverá ter sempre em atenção uma lógica de proximidade.

Sendo a enfermagem, uma profissão que tem como seu grande objetivo ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional, o mais precocemente possível, as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alterações ou perturbações mentais têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam.

Cabe ao enfermeiro compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação do doente mental/família, assim como, as implicações para os seus projetos de vida. Para além de todas as capacidades referidas anteriormente, cabe ao enfermeiro, focar-se na promoção, na prevenção, na proteção no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas aos processos de transição geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, cujas competências devem ser de âmbito psicoterapêutico.

O Enfermeiro que trabalha na área da saúde mental desenvolve capacidades de âmbito terapêutico que lhe permite, durante toda a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psico educacionais, que lhe permite estabelecer uma relação de ajuda e confiança com o doente mental e suas famílias, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar caminhos para a resolução dos mesmos.

No que respeita à participação da enfermagem na equipa de intervenção em saúde mental na comunidade e, especificamente no tratamento do doente mental, o enfermeiro visa contribuir para a adequação das respostas do doente/família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão terapêutica, autocuidado, ocupação útil e stress do prestador de cuidados), tendo como objetivo principal, evitar o agravamento da situação, a desinserção social do doente e, promover a qualidade de vida de toda a família.

## 1.2-CONCEITOS, PSIQUIATRIA E SAUDE MENTAL

Segundo Barraclough e Gill (1996), “a psiquiatria é o ramo da medicina que trata das perturbações de natureza mental, emocional e comportamental”(pg 41).

A OMS (1946) citada por Valeria (1999) define saúde como “um estado de bem-estar mental completo físico, psíquico e social e não apenas a simples ausência de doença”. Se por um lado inclui o bem-estar mental, por outro lado o conceito surge aqui como algo de positivo e não apenas como ausência de sintomas.

Numerosos teóricos definiram saúde mental. Capelo (2000) afirma que o nível ótimo de saúde mental corresponde ao melhor estado possível que cada indivíduo concreto possa alcançar, enquanto Jahoda (1958) citado por Townsend (2006) define saúde mental como “uma função da personalidade relativamente constante e duradoura que se veria refletida perante circunstâncias externas ou internas” (pg.15). O mesmo autor identificou uma lista de seis indicadores que sugere uma reflexão sobre a saúde mental: uma atitude positiva acerca de si, crescimento, desenvolvimento, integração, autonomia, percepção da realidade e mestria ambiental (relativamente a grupos, comunidade e ambiente, o que significa que a pessoa consegue amar e ser amada pelos outros). Estes indicadores demonstram para Jahoda, que a pessoa tem uma boa saúde mental.

De acordo com o novo conceito de saúde, o indivíduo é visto como um sistema aberto interagindo com o ambiente que o rodeia. Mediante esta perspetiva, a saúde é tida como um processo evolutivo, dinâmico e histórico. Assim, a saúde e a doença fazem parte de um processo individual e ecológico, correspondendo aos polos de um contínuo que se encontra em constante mudança. Desta forma são tidos em conta os aspetos intrínsecos da personalidade, os aspetos sociais e culturais onde se encontra o indivíduo e, não os aspetos físicos do mesmo.

### 1.2.1 – O adoecer mental

Nas sociedades primitivas o feiticeiro era quem possuía, entre outros atributos, o poder de tratar a doença. Os “loucos”, sempre foram um grupo marginalizado, excluído e estigmatizado. Cada época é pautada por atitudes e comportamentos face ao desconhecido e inexplicável da saúde mental.

A forma de observar e tratar a doença mental evoluiu ao longo da história da civilização. Se umas culturas rejeitavam os loucos, prendendo-os e privando-os de uma série de direitos, outros os veneravam e idolatravam (Fazenda, 2008).

As perturbações mentais sempre existiram ao longo da história da humanidade, muito tempo antes dos profissionais de saúde mental surgirem no terreno. Segundo a Bíblia, o jovem David fez-se de louco ao procurar refúgio dos inimigos, junto à corte de um rei Filisteu, o rei Nabucodonosor da Babilónia. Andava em quatro patas pensando ser um lobo, são exemplos de descrições mitológicas e religiosas. Em tempos remotos (Idade da Pedra), a perturbação mental, foi considerada resultado de uma possessão demoníaca (conceção mágico-religiosa), cuja cura para a doença consistia em expulsar os espíritos malignos. A loucura é justificada pelo sobrenatural, por algo que escape à racionalidade humana e terrena (Gleitman, 2002).

Pelos achados encontrados (crânios trepanados), acreditou-se que uma das formas encontradas para a expulsão era proporcionar um caminho físico de fuga, abrindo buracos nos crânios dos doentes. Esse método foi substituído por tentativas de acalmar os demónios com música, afugentá-los por meio de orações ou exorcismo. Por vezes eram usadas técnicas dolorosas e desagradáveis com o intuito de provocar a “fuga do diabo”, como banhos gelados ou de água a ferver, privações de comida e tortura. Muitas vezes, estes procedimentos conduziam a estados progressivamente mais graves (Gleitman, 2002).

Na antiguidade e mesmo na Idade Média, a par desta teoria demonológica existia a conceção alternativa que atribuía a perturbação mental a causas naturais, considerando-a como uma doença, o que nem por isso correspondeu a um tratamento mais humano dos doentes.

Os “loucos” eram vistos como diferentes dos humanos saudáveis, constituíam um incómodo e/ou ameaça e, por isso, era do interesse da sociedade, para a sua proteção, que estes fossem segregados (Gleitman, 2002).

A loucura, no Renascimento passou a ser palco de algumas obras filosóficas e literárias, como: “O Elogio da Loucura” de Erasmos, “D. Quixote” de Cervantes ou até “Hamlet” de Shakespeare, retirando à loucura o lado oculto e misterioso.

Durante o século XVIII, a loucura passou a ser parte excluída mas passou a ser institucionalizada, fundaram-se por toda a Europa Hospitais, mas estes apenas serviam de lugar de confinamento, sem função, nem especialização médica. O seu tratamento era desumano, os loucos eram afastados da sociedade, tal como os criminosos, os vadios, idosos, epiléticos, doenças incuráveis, entre outros.

A loucura, no século XIX começou a ser vista como uma doença, um problema de saúde e não uma questão de manutenção da ordem pública. Tuke na Inglaterra, Riel na Alemanha e, sobretudo Pinel em França, durante a Revolução Francesa, defendiam a conceção da loucura como doença, conseguindo remover as correntes

dos doentes mentais e fazer com que os internados deixassem de ser prisioneiros, mas sim doentes necessitados de tratamento (Gleitman, 2002).

Surge a Psiquiatria como uma ciência administrativa e corretiva, com a função de vigiar e punir os loucos. O médico surge no asilo do doente mental. A loucura era combatida através da moral, inculcando valores morais e sociais de ordem civil. Na passagem do século XX, os asilos passaram a ser designados de hospitais mentais e surge uma maior preocupação com o diagnóstico e tratamento (Fazenda, 2008).

Devido ao afastamento dos doentes da sua família e comunidade (perda da individualidade e da identidade), a degradação das condições de vida, a rutura dos laços familiares e sociais, os maus-tratos físicos, a negligência, o abandono, gerados pela institucionalização, leva a que esta comece a ser vista como um problema.

No início deste século, assiste-se a um grande desenvolvimento de estudos técnicos e terapêuticos na área da Saúde Mental. A desinstitucionalização tem início nos EUA e por toda a Europa encerram-se hospitais gerais. Os doentes mentais são tratados sem o afastamento das suas famílias e das redes de pertença.

Os internamentos passaram a ter uma duração limitada, pretendendo-se estabilizar o quadro clínico agudo, fazer o diagnóstico, estabelecer um plano terapêutico e, posteriormente, acompanhar o doente em ambulatório.

Segundo Alves (2001), deste movimento nasce um outro, designado Higiene Mental, que pretende a integração da psiquiatria na vida da comunidade e lança as bases da psiquiatria comunitária. Este modelo de tratamento pressupõe várias mudanças no sistema imposto, tais como, a existência de uma rede de serviços que prestem cuidados diferenciados, consultas externas, hospitais de dia, internamentos de curta duração, equipas de intervenção em crise, unidades de reabilitação, residências protegidas, integração no serviço nacional de saúde. Os serviços de saúde mental passaram a estar integrados nos hospitais gerais e centros de saúde. O tratamento visa assim eliminar sintomas, melhorar a qualidade de vida, e a integração social e profissional do doente.

Nas sociedades contemporâneas e industrializadas este papel (higiene mental) encontra-se atribuído à medicina como ciência e como instituição. A ela cabe identificar a doença e a forma de a tratar. A psiquiatria tradicional tende a dar especial atenção aos elementos específicos da doença: distúrbios do contacto com a realidade, alucinações, dissociações formais do pensamento, e tem agido segundo o modelo médico de referência, voltado principalmente para a redução sintomatológica (Zamporri & Pintus, 1991).

Para além do critério científico, na definição do que se entende por doença, é preciso ter em conta a importância decisiva do conceito social da doença. Aquilo a que

se chama doença difere de sociedade para sociedade. Cada sociedade tem o seu conceito de doença, conforme a corrente de pensamento predominante.

O rótulo de doente implica uma alteração mais ou menos acentuada da relação entre o indivíduo e a sociedade onde está inserido. A doença confere-lhe direitos e deveres especiais, estando regulamentado em Portugal pelo Dec. Lei nº.36/98 de 24 julho.

O conceito social de doença mental vai estabelecer o papel atribuído ao doente, e o tipo de resposta a dar à doença (tipo de terapêutica e modelo de serviços de saúde). Assim, o adoecer tem causa multifatorial, uma vez que o ser humano é um ser holístico composto pelas diferentes dimensões, na sua componente biológica, psicológica e social. A manifestação de um comportamento diferente, mediante a cultura e sociedade em que o indivíduo se insere, pode ser negado, não havendo ampliação cultural e social, ou pode ser classificado de anormal ocorrendo ampliação social. Esta classificação e ampliação social, conjuntamente com a suscetibilidade inerente do sujeito e os estereótipos existentes, conduzem ao enfraquecimento do autocontrole. Forma-se assim um ciclo vicioso, pois cada aspeto influencia e é influenciado reciprocamente pelos outros, reforçando a ideia prévia de “anormal”. Desta forma, de acordo com os valores e matriz pelos quais uma determinada sociedade se guia, um comportamento pode ser considerado “normal” ou “anormal” (Kaplane & Sadock, 1990).

Assim, as pessoas enfrentam a mudança cultural quando se transferem para uma cultura diferente ou permanecem inalteradas, enquanto a cultura muda à sua volta. Quando a mudança é aguda e devastadora, os mecanismos adaptativos dos indivíduos e de seu apoio social podem ser subjugados. O choque cultural caracteriza-se por ansiedade e depressão, um senso de isolamento, desrealização, despersonalização e será minimizado se as pessoas fizerem parte de uma unidade familiar intacta e se estiverem preparadas para a nova cultura com antecedência (Kaplane & Sadock, 1990).

### 1.2.2 – Mudança de paradigma

Na segunda metade do século XX, ocorreu uma mudança do paradigma dos cuidados de saúde mental, devido em grande parte a três fatores independentes:

- ✓ Primeiro, registou-se um progresso significativo na psicofarmacologia, com a descoberta de novas classes de medicamentos, especialmente agentes neurolépticos e antidepressivos, bem como o desenvolvimento de novas formas de intervenção psicossocial.
- ✓ Segundo, o movimento dos direitos humanos transformou-se num fenómeno verdadeiramente internacional, sob a égide da recém-criada Organização das Nações Unidas, e a democracia fez avanços em todo o mundo.
- ✓ Em terceiro lugar, à recém-criada OMS.

Juntas, essas ocorrências estimularam o abandono dos cuidados em grandes instituições carcerárias a favor de um tratamento, mais aberto e flexível, na comunidade.

O que se procura na perspectiva comunitária é proporcionar bons cuidados e a emancipação das pessoas com perturbações mentais. Na prática, a perspectiva comunitária implica o desenvolvimento de uma ampla gama de serviços, em contextos locais.

As características da prestação de cuidados, no âmbito comunitário, são as seguintes:

- ✓ 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 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 têm em 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.

Estas inovações são acompanhadas no campo jurídico-político que as regulamentam, com políticas internacionais, nacionais e locais, que apresentam metas e diretrizes, com mudanças significativas no tratamento do doente com transtorno psiquiátrico.

A legislação em Portugal definiu a desinstitucionalização dos doentes na segunda metade do século XX, mas, as condições que foram definidas como suporte para tal mudança da instituição hospitalar para a vida em comunidade nunca se efetivaram, apesar de sucessivamente legisladas.

A nova Lei, publicada a 24 de Julho de 1998 (Lei nº 36/98- Lei de Saúde Mental) oficializa a necessidade de criação de uma rede diversificada de respostas articuladas entre si, pela via da colaboração interministerial e com as organizações sociais comunitárias. Por despacho do Diretor Geral da Saúde (de 17 de Outubro de 1994) foi oficialmente nomeada uma Comissão para o Estudo da Saúde Mental (CESM) e iniciado um debate sobre as contradições do sistema, com o objetivo de promover uma discussão alargada sobre a saúde mental, com a colaboração dos serviços e dos diferentes grupos profissionais, com o objetivo de elaborar propostas de orientação da política e portanto de reformulação da Lei da Saúde Mental.

A 24 de Julho de 1998 a lei nº 36/98 – Lei da Saúde Mental, regulamenta os princípios organizacionais de base que deverão incorporar todos os serviços:

A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social; Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível; O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais; No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes de saúde mental modernos.  
(artigo 3º)

A 24 de Julho de 1998 (Lei nº 36/98 – Lei da Saúde Mental), é concretizada uma proposta que não constitui de forma alguma uma rutura com os princípios (retóricos) aceites anteriormente, correspondendo a uma nova articulação e definição das necessidades e dos direitos e deveres dos utentes (definidos pela primeira vez). Os 44 artigos são dedicados à regulação do internamento compulsivo, necessidade que se foi fazendo sentir ao longo do tempo em que, cresceram as contradições entre a psiquiatria definida de acordo com os princípios da setorização mas, organizada numa atuação centrada no hospital. A “integração na comunidade” resultava, na

prática, numa desresponsabilização do hospital sem que, paralelamente, alguma outra estrutura comunitária, fosse responsabilizada pelos cuidados aos doentes e a assistência aos familiares.

Foi criado, no mesmo ano, (despacho conjunto do Ministério do Trabalho e Solidariedade e pelo Ministério da Saúde nº 407/98 de 18 de Junho, IIª Série), o enquadramento legal para a criação de dispositivos sócio ocupacionais e residenciais. Estes, operam no âmbito da desinstitucionalização e da inserção comunitária (fórum ocupacional, unidade de vida protegida e unidade de vida autónoma) cuja execução deve ser regulada por acordos de cooperação entre os Centros Regionais de Segurança Social, as Administrações Regionais de Saúde e as Autarquias. Também foram definidos (portaria 348-A de 18 de junho de 1998), programas no âmbito do mercado social de emprego (empresas de inserção). Uma outra medida já existente mas agora atualizada, é a de famílias de acolhimento.

Tem-se vindo a assistir, nos últimos anos à efetiva organização de equipamentos sociais com atividades outrora, negligenciados pelo estado, tais como, residências, centros de atividades ocupacionais, centros de formação, emprego protegido, cooperativas de inserção laboral, inserção laboral em mercado normal de trabalho, etc. A sua implementação corresponde à iniciativa da sociedade civil secundária o que se traduz numa localização geográfica com assimetrias importantes.

#### 1.2.2.1 - O Paradigma de Thomas Kuhn

O estudo de Thomas Kuhn, a Estrutura das revoluções Científicas, é o texto que trouxe à tona o uso do conceito de paradigma nos anos de 1970/80, aplicado à história do fazer científico (Baptista,1996).

A teoria central de Kuhn é que o conhecimento científico não cresce de modo cumulativo e contínuo. Ao contrário, esse crescimento é descontínuo, opera por saltos qualitativos, que não se podem justificar em função de critérios de validação do conhecimento científico. A sua justificação reside em fatores externos, que nada têm a ver com a racionalidade científica e que, contaminam a própria prática científica.

De acordo com Carrilho (1994)

a importância atribuída por Kuhn, aos fatores psicológicos e sociológicos na organização do trabalho científico, constitui um rude golpe na imagem da ciência que se foi consolidando desde o século XVIII e que tende a identificar a cientificidade com a racionalidade-

senão com a racionalidade «no seu todo», pelo menos com a racionalidade «no seu melhor» (p.45)

Os saltos qualitativos preconizados por Kuhn, ocorrem nos períodos de desenvolvimento científico, desencadeando uma mudança na filosofia da ciência, privilegiando os aspetos históricos e sociológicos na análise da prática científica e questionando e pondo em causa os princípios, as teorias, os conceitos básicos e as metodologias, que até então orientavam toda a investigação e toda a prática científica. O conjunto de todos esses princípios constitui o que Kuhn chama “Paradigma” (Baptista,1996).

De acordo com as ideias defendidas por Thomas Kuhn, um paradigma é o conjunto de conquistas da ciência que, representa um modelo próprio de formulação de hipóteses e de resolução aceitável de problemas, numa perspetiva universalmente aceite. O paradigma limita assim um conjunto de problemas e resoluções suscetíveis para cada investigação e análise teórica e prática. O paradigma acaba por ser o próprio campo de trabalho do cientista, o conjunto de regras pelo qual se rege na sua atividade.

Desta forma, limita e define para cada cientista individual os problemas suscetíveis de serem analisados e a natureza de respostas aceitáveis no mesmo contexto. Sendo assim, abre um campo de expectativas de soluções anteriores ao trabalho do cientista, pelo que este se limita a confirmar as mesmas, possuindo à priori certos pormenores que virá a concluir (Baptista,1996).

Kuhn (1972) considera que o desenvolvimento da ciência madura processa-se assim em duas fases, a fase da ciência normal e a fase da ciência revolucionária. A ciência normal é a ciência dos períodos em que o paradigma é unanimemente aceite, sem qualquer tipo de contestação no seio da comunidade científica. Nesta fase da ciência normal, o cientista não procura questionar ou extravasar o próprio paradigma, este limita-se a resolver dificuldades de menor importância que vão permitindo mantê-lo em atividade que possibilitam simultaneamente revelar a sua engenhosidade e a sua capacidade na resolução dos enigmas.

De acordo com Boaventura (1977)

Os problemas científicos transformam-se em puzzles, enigmas com um número limitado de peças que o cientista vai pacientemente movendo até encontrar a solução final. Aliás, a solução final, tal como o enigma, é conhecida antecipadamente apenas se desconhecendo os pormenores do seu conteúdo e do processo para a atingir. (p.215)

Deste modo, o paradigma que o cientista adquiriu durante a sua formação profissional fornece-lhe as regras do jogo, descreve-lhe as peças a utilizar e indica-lhe o caminho ou objetivo a atingir. É evidente que o cientista, nas suas primeiras tentativas pode cometer falhas, o que é perfeitamente natural, no entanto, tal fato é sempre atribuído à sua impreparação.

O mesmo autor defende que as regras definidas pelo paradigma e o próprio paradigma, não podem ser postas em dúvida, já que o paradigma é o sentido de toda a investigação e o próprio enigma a investigar não existiria sem ele. O que a experiência demonstra, é que o cientista, individualmente ou em grupo, vai conseguindo resolver os enigmas com maior ou menor dificuldade, à luz do paradigma vigente.

O decurso da ciência normal, não é só feita de êxitos, pois se assim fosse, não poderíamos assistir a inovações profundas que têm lugar ao longo do desenvolvimento científico e de acordo com Kuhn, ocorrem mudanças de paradigmas. Esta experiência pode ser partilhada por outros cientistas e para além disso, pode acontecer que, o número de incongruências seja cada vez mais significativo e a dificuldade em solucioná-las aumente consideravelmente, ou até mesmo, o cientista confrontar-se com incongruências de impossível solução à luz do paradigma.

Boaventura (1977) diz-nos que:

o efeito cumulativo deste processo pode ser tal que a certa altura se entre numa fase de crise. Incapaz de lhe dar solução, o paradigma existente começa a revelar-se como a fonte última dos problemas e incongruências, e o universo científico que lhe corresponde converte-se a pouco e pouco num complexo sistema de erros onde nada pode ser pensado corretamente. Já outro paradigma se desenha no horizonte científico e o processo em que ele surge e se impõe constitui a revolução científica e a ciência que se faz ao serviço deste objetivo é a ciência revolucionária. (p.215)

O novo paradigma irá redefinir os problemas e incongruências até então insolúveis, dando-lhes uma solução convincente, e é neste sentido que ele se vai impondo junto da comunidade científica. Essa substituição não ocorre de um modo rápido, sendo que o período de crise, caracterizado pela transição de um paradigma a outro, pode ser bastante longo.

Este período de crise evidencia claramente, que o espírito crítico e a audácia na procura da verdade, não são características do cientista. O cientista não passa a vida a por em dúvida aquilo que aprendeu, defende esse património de um modo insistente e procura resistir a mudanças bruscas que acarretem uma definição radical

do trabalho até então realizado. A imagem do cientista é a de um sujeito profundamente conservador e que a todo o custo procura resistir à mudança.

De acordo com Boaventura (1977)

Mais ou menos tempo será necessário para o novo paradigma se impor, mas uma vez imposto, ele passa a ser aceite sem qualquer discussão e as gerações futuras de cientistas são treinadas para aceitar que o novo paradigma resolveu definitivamente os problemas fundamentais. (p.216)

Abordar a teoria revolucionária de Kuhn na profissão de enfermagem faz sentido, na medida em que a existência de apenas um paradigma não é aceitável na enfermagem, pois tão nobre profissão, assiste e cuida de seres humanos que apresentam diversas percepções sobre as situações de saúde e doença.

Deste modo, na enfermagem, a existência de múltiplos paradigmas indica uma ciência forte e ativa que encoraja a criatividade e estimula o debate de ideias.

#### 1.2.2.2 – Modelo Concetual de Enfermagem: Meleis e a Teoria das Transições

As teorias de enfermagem têm como objetivo relacionar conceitos como utente, ambiente, saúde e processo de enfermagem de modo a explicar o desenvolvimento de inter-relações, a prática e o esclarecimento acerca dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

A procura pela clarificação dos cuidados de enfermagem vem de longe, de Florence Nightingale, que estabeleceu uma ligação entre o individuo doente, a interação com o enfermeiro e o ambiente.

Meleis (2010) considera que as teorias de enfermagem têm uma importante missão de inter-relacionar a teoria, pesquisa e a prática, que se completam mutuamente.

Segundo alguns profissionais Afaf Meleis não é apenas mais uma teórica, é uma enfermeira que ao refletir acerca do significado da enfermagem criou uma teoria prática e realista, que veio ajudar os enfermeiros a melhorar a sua forma de prestar cuidados.

Meleis atualmente é uma professora de enfermagem e sociologia na Escola de Enfermagem da Pensilvânia. Além destes cargos, ocupou também importantes lugares na Universidade da Califórnia e no Kuwait. Esta autora focou o seu estudo essencialmente em áreas ligadas às teorias de enfermagem e principalmente às

transições e reações do ser humano. Consolidou toda a sua investigação em artigos, monografias e livros, sendo o mais conhecido *Theoretical Nursing: Development and Progress* (Teorias de Enfermagem: Desenvolvimento e Progresso). Atualmente faz parte do *International Council on Women's Health Issues* e é membro ativo da *American Academy of Nursing*.

Refere a autora que, ao longo da vida o indivíduo enfrenta períodos de mudança de um estado para outro. Estes períodos de mudança são marcados por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. Esta instabilidade transicional é desencadeada por mudanças, situacionais ou de saúde-doença.

Meleis & Chick (1986) definiram transição como “uma passagem ou um movimento de um estado, condição ou lugar para outro”. Segundo os mesmos autores as transições têm conotação com o tempo e o movimento, remetendo para uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social.

As transições caracterizam-se por diferentes estádios dinâmicos, marcos e “pontos de viragem” e podem ser definidas por processos e/ou resultados finais (Meleis, 2010).

Certos aspetos da vida de um indivíduo são afetados mais do que outros pela transição que o indivíduo experiencia, sendo que a extensão e intensidade desta influência podem variar ao longo do tempo. As transições podem estar ligadas aos estágios da idade, eventos inesperados, às experiências de doença, carreiras profissionais, todas com íntima relação com o ambiente.

As respostas de quem passa pelas transições são variadas incluindo aspetos internos e externos que circundam este momento. Meleis considera a transição como o conceito central do seu modelo. Durante o período de mudança, o indivíduo vai adquirir novos conhecimentos e capacidades, sendo que, se por um lado a transição pode causar sentimento de perda, por outro podem surgir mudanças agradáveis e beneficiadoras que permitem a aquisição de novas capacidades e conhecimento. Este modelo remete para uma transição ecológica que ocorre sempre que a posição ou situação da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambos. O modelo explora tipo e padrões de transições, propriedades da experiência, condições (inibidoras ou facilitadoras), indicadores processuais, indicadores de resultados esperados da intervenção profissional.

A Teoria das Transições oferece-nos, assim, um constructo teórico para os cuidados de Enfermagem, utilizando os conceitos de papéis e transição de papéis, designados para estimular o desenvolvimento e ser objeto de pesquisa que adicione resultados ao corpo de conhecimento da Enfermagem, enquanto também providencia enquadramento para o diagnóstico e intervenções de Enfermagem (Meleis,2010).

Segundo Lopes (1998) as transições são acompanhadas por uma ampla gama de emoções, muitas, devidas a dificuldades encontradas durante a transição. Além do aspeto emocional, o bem-estar físico é também importante, uma vez que o desconforto físico pode interferir negativamente numa passagem bem-sucedida.

São mudanças muitas vezes dramáticas, que exigem aos profissionais, especialmente aos enfermeiros, novas perspetivas, reflexões e criatividade para a realidade presente, conduzindo a uma revisão na mentalidade e valores sociais. Nos pontos de transição de um estágio para outro, resultam fatores geradores de situações de stress, sendo que, nestes pontos vulneráveis é que os esforços devem ser intensificados no sentido de reorganizar os momentos transicionais.

De acordo com o mesmo, o cuidado transicional de enfermagem voltado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização permite identificar no utente fatores que identifiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direção a uma transição saudável.

Meleis (2010) considera que a transição tem características positivas dado que após a transição o individuo possui mais maturidade e estabilidade.

A transição é, assim, um conceito importante para a Enfermagem, se pensarmos que o foco da Enfermagem é cuidar de pessoas e que os paradigmas centrais da disciplina são a Pessoa, o ambiente e a saúde, na sua inter-relação como o reduto final do conhecimento e da prática da Enfermagem.

Como os enfermeiros veem os clientes como seres biopsicossociais, a habilidade para compreender o comportamento dos clientes é imperativa para fazer diagnósticos e intervenções apropriadas, não se podendo separar as influências psicossociais na saúde e bem-estar dos clientes (Meleis, 2010).

Aplicar a Teoria das Transições de Meleis, no contexto dos cuidados de saúde mental comunitária, é de extrema importância dado que para se prestar cuidados transicionais ao utente, o enfermeiro tem de compreender a transição do ponto de vista de quem a experiencia e ter em conta os vários fatores que medeiam os processos de transição (individuais, ambientais, etc...). Durante o processo de transição originam-se comportamentos que podem ou não ser observáveis. Estes englobam processos intrapsíquicos bem como o contexto sociocultural. Se o enfermeiro tiver conhecimento destes padrões pode avaliar, planear e implementar

estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica para o processo de transição com o objetivo de restabelecer a conexão e instabilidade geradas.

### 1.2.3 – Serviços de saúde comunitária, Novos desafios

A reforma psiquiátrica é vista como uma consequência de um conjunto de movimentos técnicos-assistenciais (o fecho de manicómios e a abertura de novos serviços) e de articulações sociais na defesa dos direitos humanos e dos ditos “loucos”. Entendida como um processo social complexo, envolve uma multiplicidade de atores e interesses sociais, em jogos de negociações e articulações que se desenvolvem numa grande teia de relações inter e extrainstitucionais. Portanto, como objeto de conhecimento, transcende apenas um método cognitivo ou teoria capaz de aprender a sua complexidade (Rotelli, Leonardis & Mauri 1990).

É incorreto afirmar que se trata somente de uma reestruturação do modelo assistencial ou de uma modernização de técnicas terapêuticas; ou ainda, de uma humanização no trato da loucura. Tais compreensões reduziriam a sua abrangência e/ou profundidade. Para Baptista (1996) citando Thomas Kuhn, a reforma psiquiátrica “é uma superação paradigmática”, ou, melhor, uma rutura radical com o que até então era conhecido como certo, surgindo assim novos saberes técnico científicos.

No campo teórico-assistencial tem-se operado a desconstrução de práticas (isolamento, por exemplo) e teorias (periculosidade, por exemplo), e construído conceitos que questionam o paradigma doença/cura e a relação sujeito/objeto. A nova abordagem trabalha dentro do binómio existência-sofrimento.

A reforma ultrapassa a reorganização dos serviços, procura recolocar a questão, recolocar a loucura, a partir da construção de novos saberes e práticas. Para isso, desconstrói a teoria que, considera a loucura como incapacidade da razão ou do juízo e, questiona a técnica do isolamento como método eficaz de conhecimento/cura. Em consequência, transfere o enfoque antes centrado na doença para o âmbito do sujeito. Não se trata de uma negação da doença e daquilo que ela possa trazer, tais como sofrimento, mal-estar, diferença, etc. Significa ocupar-se do sujeito, e não da loucura como a psiquiatria fez anteriormente, ao utilizá-la como legitimação de seu saber.

Para Goffman (1992), a institucionalização produz “a carreira moral do doente mental”. A pretensão da reforma é criar mecanismos em que o sujeito portador de doença mental sobreviva à sua maneira, com os seus direitos sociais garantidos e suas potencialidades reconhecidas. A loucura, assim tomada como sinónimo de uma

incapacidade racional e de juízo, implica considerar o louco como incapaz de tomar decisões sobre a sua própria vida. Tal enfoque pode ocasionar um isolamento, uma alienação, distanciando o sujeito dos seus contatos sociais, e invalidando os seus direitos de cidadania.

Pode-se resumir em três, as funções, ou lugares, que justificavam a existência do manicômio. A primeira, uma função médica, terapêutica. A loucura alicerçada nos conceitos de periculosidade, incurabilidade e cronicidade, colocava a psiquiatria como um serviço da ordem social. A segunda função é a de uma proteção social, também complexa, cujo discurso era o de proteger os loucos, tidos como vulneráveis, mas que na realidade exercia um papel higienista, de retirar os loucos, mendigos, da circulação social.

Constata-se que as práticas manicomiais colaboraram para a construção de um imaginário social que considera o “louco” nocivo, e, portanto, justificava a sua reclusão. A terceira e última função é a da proteção da sociedade. Havia que proteger a sociedade dos loucos, criminosos, alcoólatras, ou seja, daqueles de natureza degenerada. Este público pertencia a um mesmo grupo, os de “tendência perversa e perigosa”. No manicômio internavam-se os alcoólatras, mendigos, loucos, enfim, aqueles que eram considerados perturbadores da ordem social.

A psiquiatria e a doença mental são produtos historicamente dotados, próprios de determinados contextos sociais. A psiquiatria apropriava-se da doença mental como objeto médico-científico. Ficava a doença mental restrita aos muros do hospício, espaço reconhecido como operador do discurso e da prática médica. A psiquiatria era destinada a tratar do “desviante”. Encontrava-se na fronteira entre as normas médicas e sociais, entre o curar e o punir (Foucault, 1987).

As denúncias e críticas aos manicômios baseiam-se nas condições desumanas de “tratamento” dos portadores de transtorno mental. Procedimentos que encurralam o sujeito no seu sofrimento, tais como, eletrochoques, contenção física e química, medicação excessiva, banhos frios, etc. Tais denúncias clamam por formas humanizadas e éticas de tratamento que permitam ao sujeito falar do seu sofrimento, demonstrar as suas potencialidades, colocar-se no mundo.

Neste sentido, a prática anti manicomial implica em fazer circular a loucura e o portador de transtorno mental no meio social, de forma a possibilitar a construção de um coletivo nas amarras das diversas singularidades. Baseia-se num convite que se faz ao sujeito (portador de transtorno mental) a sustentar aquilo que é seu, a partir do respeito ao convívio social e não ao mero enquadramento social. Para isso, foi necessário realizar articulações que promovam novos valores sociais no campo

económico, político e ideológico, na procura pela construção de um lugar de cidadania para o portador de transtorno mental.

Diferentes espaços de críticas e debates sobre o então modelo de assistência em saúde foram ampliando-se. Neste período, a gestão da saúde mental orientou-se pelos seguintes princípios: congelamento do número de camas nos internamentos psiquiátricos, expansão da rede de ambulatório com um trabalho interdisciplinar (assistente social, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais) cujas unidades foram equipadas dentro das possibilidades de cada realidade, introdução dos conceitos de humanização e reinserção social.

Conforme Foucault (1987) analisa, os manicómios são produtos sociais, a sua extinção exige um processo complexo, contínuo e integral, um trabalho com a identidade da população que respeite as suas características singulares.

Durante muitos anos os hospitais psiquiátricos foram a principal referência, utilizando a maior parcela das verbas destinada à saúde mental. Quando se deparava com uma grande superlotação, a solução muitas vezes encontrada era aumentar o número de camas, tornando-se um lugar desumano, lugar de abandono e violência, e inadequado para tratar do portador de transtorno mental. No entanto, reduzir o número de internamentos, por si só, não indica que estamos a alcançar uma sociedade sem manicómios.

A oferta de novos serviços, um atendimento extra-hospitalar, prova a sociedade como é possível conviver e tratar dos portadores de transtornos mentais fora dos manicómios. Pois bem, não basta reconhecer os loucos e a loucura, trata-se de obter um novo coletivo com expressividade de articulação entre as diferenças, ou seja, conviver com a diferença sem excluí-la do social.

Serão necessárias mudanças nos mecanismos dos dispositivos de atendimento, que se propõem a uma alteração de objetivos, métodos e técnicas no tratamento do portador de transtorno mental. Acabar com os manicómios, por si só, não resolve o problema de segregação da loucura. Novas formas de gestão são necessárias para sustentar a nova lógica de trabalho. A gestão deve ser capaz de pensar em múltiplos cenários, de ter sensibilidade com a comunidade, de lidar com vários atores, de descentralizar competências. É a participação que, a todo o momento, fortalece o movimento pela mudança, e cria uma prática que não reproduz o automatismo das instituições fechadas (manicómios).

Acabar com os manicómios sem alternativas responsáveis de tratamento (equipar adequadamente os dispositivos e serviços de rede de atendimento, capacitar profissionais, etc.) é tão ou mais grave que a prática manicomial.

Desinstitucionalizar é um processo complexo. Basaglia (1985) vê no processo de institucionalização um complexo de “dano”, na medida em que o sujeito fica rendido à rigidez das suas normas e funcionamentos. Desta maneira, a desinstitucionalização ocorre na e pela prática, num movimento de desconstrução e transformação. As necessidades dos portadores de transtornos mentais e dos seus familiares são múltiplas. Uma possibilidade de trabalho é uma rede articulada, que envolva a interdisciplinaridade. É preciso romper com o lugar de verdade trazida pelo saber científico e com o cartesianismo doença-cura, fazer emergir novos sujeitos: existência-cura.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1997), uma melhoria nos cuidados de saúde dos doentes psiquiátricos, depende de uma melhor educação dos profissionais de saúde, do público em geral e, de um compromisso mais intensivo dos governos quanto ao desenvolvimento de serviços de atendimento aos doentes psiquiátricos e às suas comunidades.

A Saúde Mental na Comunidade é um movimento relativamente novo, que aproxima do quotidiano a população, principalmente nos bairros e instituições populares, onde a parcela da população vive, organiza-se e cria os seus canais de expressão (Andery, 1984). Para realizar um trabalho para a comunidade, a equipe deve compreender a estrutura da comunidade na qual está inserida, a sua organização, os seus problemas, as diferentes formas como os seus membros vivem, as suas crenças, valores e normas que a regem, suas necessidades e a maneira de satisfazê-las (Bleger, 1984). Essa compreensão deve-se estender a todos os profissionais, não somente àqueles que fazem parte da equipe multidisciplinar, mas também àqueles que trabalham diretamente com a população, tais como professores, grupos religiosos e autoridades.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu Fórum Global para a saúde Mental Comunitária, assinala a urgente necessidade para os países de fornecer uma rede de serviços comunitários de saúde mental, enviando uma mensagem para os países, que, é importante dar voz a este grupo excluído por todos, para reivindicar os seus direitos e assegurar a sua participação na sociedade. Neste fórum O Dr. Benedetto Saraceno, diretor do Abuso de substâncias Saúde e OMS Mental, no Fórum Global para a saúde Mental Comunitária em Genebra, referiu que, não são apenas os serviços comunitários de saúde mental acessíveis às pessoas vivendo com grave deficiência mental, sendo também mais seguros em cuidar das suas necessidades em relação aos hospitais e departamentos de saúde mental. Serviços de saúde mental comunitária também estão dispostos a ter menos possibilidades de negligência e

violação dos direitos humanos, que são muitas vezes encontradas em hospitais psiquiátricos. (OMS,2007)

**Já em 2001 a OMS referia:**

- Há cerca de 54 milhões de pessoas em todo o mundo com transtornos mentais graves, como esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar (doença maníaco-depressiva). Para além disso, 154 milhões de pessoas sofrem de depressão. Transtornos mentais são cada vez mais prevalentes em países em desenvolvimento, a consequência da persistente pobreza, fracas condições, a transição demográfica, o conflito em Estados frágeis e desastres naturais.
- Mais de 50% dos países em desenvolvimento não fornece qualquer assistência a pessoas com transtornos mentais na comunidade. Esses distúrbios trazem dificuldades significativas não só para aqueles que sofrem com eles, mas também para seus cuidadores, muitas vezes a família, dada a falta de recursos de saúde mental em países em desenvolvimento.
- Como resultado, mais de 75% das pessoas com transtorno depressivo maior em países em desenvolvimento são tratados inadequadamente.

Apesar da mensagem clara da OMS em 2001, a chamada para os serviços comunitários da saúde mental é especialmente oportuna uma vez que, apenas alguns países fizeram progressos suficientes nesta área. Para além disso, em muitos países, o encerramento dos hospitais psiquiátricos não é acompanhado pelo desenvolvimento de serviços à comunidade, deixando um vácuo de serviço.

Catherine Le Gaès Dr-Camus, Director-Geral Adjunto da OMS responsável em Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental referiu que esta temática deve ser do interesse geral, porque excessivas pessoas com transtornos mentais não recebem qualquer tipo de cuidado cuidado. O desafio imediato para os países de baixa renda é a utilização de cuidados primários de saúde, particularmente através de abordagens da comunidade que usam a baixo custo, os recursos disponíveis localmente para garantir atendimento adequado desses transtornos (OMS,2001).

O desafio é melhorar os sistemas de cuidados tomando eficazes modelos locais e disseminá-los em todo o país.

Opções viáveis disponíveis para a comunidade, para melhorar a vida das pessoas com problemas psiquiátricos e exercer os seus direitos a nível da comunidade, deteção e tratamento de doenças psiquiátricas incluem:

- Integração dos cuidados de saúde psiquiátricos dentro do sistema de cuidados de saúde primários;

- Reabilitação de doentes de longa permanência hospitalar na comunidade;
- Implementação de programas anti estigma para as comunidades;
- Início de base populacional intervenções eficazes de prevenção;
- Assegurar a plena participação e integração de pessoas com problemas psiquiátricos dentro da comunidade.

Para implementar essas intervenções eficazes, os governos precisam estabelecer políticas claras articulação dessas medidas e, em seguida, desenvolver planos sistemáticos com o orçamento dedicado e prazos acordados.

#### 1.2.3.1 - Reabilitação Psicossocial

Segundo a OMS (1995) a reabilitação psicossocial é como um processo que possibilita aos indivíduos debilitados, incapacitados ou com deficiências devidas a perturbações do foro mental a oportunidade de atingir altos níveis de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais.

Segundo Cordo (2003) a Reabilitação Psicossocial “É um processo mais abrangente que um mero conjunto de técnicas”.

O desenvolvimento de programas de base comunitária encontra na Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 de 24 Julho e Decreto Lei nº.35/99 de 5 Fevereiro) um conjunto de orientações que fundamentam a prossecução e implementação desta reabilitação:

- A prestação de cuidados deve ser promovida prioritariamente a nível da comunidade;
- O contexto da prestação deve ser a menos restritiva possível;
- A reabilitação psicossocial é assegurada por estruturas socio-ocupacionais, residenciais e de formação profissional;
- Os encargos com a reabilitação e a inserção social são da responsabilidade conjunta da Saúde, Segurança Social e Emprego.

Estas disposições da Legislação de Saúde Mental vão ao encontro das recomendações do Relatório Mundial da Saúde (2001) onde refere que:

os cuidados baseados na comunidade têm melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com doença mental (...) e respeitas os direitos humanos. Os serviços comunitários permitem intervenções precoces e reduzem o estigma associado ao tratamento (p.112)

Estes programas de base comunitária são também clarificadores face aos caminhos a seguir e face à justeza das solicitações das famílias, dos utentes e profissionais de saúde mental, que nos últimos anos sentem a necessidade de se avançar com maior expressão para a implementação do sistema de serviços de saúde mental comunitários.

Segundo Cordo (2003), “Em reabilitação, a ênfase é desviada dos sintomas psicopatológicos para as capacidades funcionais dos indivíduos.”

Segundo a mesma autora, a reabilitação psicossocial é difícil e cara, pelos seus múltiplos aspetos: formação, emprego, lazer, pedagogia da família, habitação, etc., sendo necessárias equipas multidisciplinares de profissionais de saúde mental (com ênfase nos enfermeiros) e de reabilitação que abranjam vários aspetos e áreas da vida do indivíduo, sendo necessário haver melhor comunicação, otimizando a filosofia, os objetivos e os métodos de intervenção.

#### 1.2.3.2 - Relação de Ajuda

A essência do cuidar existe desde o início da humanidade, uma vez que é imprescindível para manter e sustentar a vida do ser humano. Considera-se que foi esta atividade inata que esteve na origem da profissão de Enfermagem.

Atualmente, a Enfermagem é entendida como uma ciência e uma arte, isto é, a arte de cuidar, englobando cuidados técnicos, científicos e humanos, baseados na relação interpessoal. A sua essência é os cuidados às pessoas, integrada num modelo holístico, em que a pessoa é um todo não podendo ser dissociada em partes.

O cuidar em Enfermagem pressupõe um cuidar científico/profissional, baseado na disciplina de Enfermagem e mais orientado para o que é feito com ou em nome da pessoa, e menos para o que é feito à mesma ou para ela. Isto, porque cada pessoa é um ser único, com as suas histórias e experiências da vida. É nesta perspetiva que o cuidar poderá ser caracterizado como um verdadeiro encontro com o outro, um estar disponível para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, que se evidencia por abertura, compreensão e confiança (Moniz, 2003).

Os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, são seres com qualidades especiais, que se dedicam às pessoas, com intenção de as ajudar, orientar e auxiliar nas situações de vida próprias.

O enfermeiro tem que proteger os direitos humanos e legais do utente que está a seu cargo, tendo sempre em conta os seus valores, crenças culturais e religiosas. Tem o papel fundamental de ajudar o utente na recuperação da sua saúde e bem-estar através do processo de cura. O enfermeiro é também o pivô de todas as comunicações no sistema dos cuidados de saúde.

A relação de ajuda assume-se como indispensável na prestação de cuidados de Enfermagem, sendo considerada um instrumento válido e útil para os mesmos (Mendes, 2006).

Segundo o mesmo autor, o exercício profissional de Enfermagem, assegurado pelas regras de ética e deontologia profissional é caracterizado pela relação interpessoal, relação humana estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. É nesta vertente humanista que a relação de ajuda com o outro é primordial, uma vez que a mesma para além de auxiliar na cura contribui para a auto-realização da pessoa cuidada.

Deste modo é imprescindível que o enfermeiro deve avaliar a pessoa na sua totalidade, atendendo às características biológicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais. Quando uma das componentes da pessoa é perturbada, a totalidade da mesma é afetada.

A ajuda do enfermeiro deve basear-se em três pontos fundamentais: a escuta, que permite acolher a palavra do outro, proporcionando ao enfermeiro a identificação das necessidades expressas quer verbalmente, quer não verbalmente; a empatia, que implica ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, sabendo no entanto manter a distância que permite a relação terapêutica e a congruência, que implica que o enfermeiro deve ser autêntico com ele próprio (Saraiva, 2008).

Para dar cumprimento a isto, o enfermeiro deve demonstrar a presença física e humana e disponibilidade para desta forma aceder a totalidade da Pessoa (Saraiva, 2008).

Uma vez conseguida, a relação de ajuda permite que as pessoas ultrapassem de uma forma melhor os seus problemas, sendo este um dos grandes objetivos (Melo, 2008).

Os caminhos trilhados para alcançar este princípio de Enfermagem foram ,e, ainda são percorridos, sobre pedregulhos, exigindo esforços para conviver com o inacabado, com as diferenças, com as ambiguidades. Faz parte desta experiência doar-se, e cuidar faz parte dessa doação e da cientificidade que é esperada nesse

caminho. A Enfermagem Psiquiátrica não foge às regras da exploração num longo caminho a percorrer.

A prática da Enfermagem Psiquiátrica, desde os seus primórdios da sua existência, esteve marcada pelo modelo repressor, o cuidar significava a sujeição dos doentes internados às barbaridades dos guardas e carcereiros. Os tratamentos preconizados eram, geralmente, aplicados pelo pessoal de “Enfermagem”, que ocupava o lugar das religiosas, indivíduos leigos, ex-pacientes e serventes dos hospitais.

A assistência de enfermagem, no século XVIII, dava-se na perspetiva do tratamento moral de Pinel e da Psiquiatria descritiva de Kraepelin. Na época, o papel terapêutico atribuído às enfermeiras treinadas, era o de assistir o médico, manter as condições de higiene e utilizar medidas de hidroterápicas. O conhecimento de que se dispunha era o do senso comum, ou seja, entendia-os como ameaçadores e, por isso, sujeitos à reclusão. No interior das instituições asilares, e posteriormente dos hospitais psiquiátricos, as práticas de enfermagem constituíam-se de tarefas de vigilância e manutenção da vida dos doentes (Rodrigues,1999). As atividades envolviam as práticas de higiene, alimentação, supervisão e execução de tratamentos prescritos, como a insulino terapia, entre outros. Foi sendo exigida a Enfermagem uma assistência mais qualificada, com a introdução dos tratamentos somáticos, como a insulino terapia e outros, fazendo com que a prática fosse desenvolvida com a utilização de habilidades médico-cirúrgicas, conferindo-lhe um caráter científico.

O papel do enfermeiro na psiquiatria, acompanhou as transformações ocorridas na prática médica paralelamente, às tentativas de incorporação de novas técnicas e políticas direcionadas ao tratamento do doente mental. No final da década de 40, do século XX, nos Estados Unidos, Hildegard Peplau, enfermeira, formulou a Teoria das Relações Interpessoais, usando como instrumento, a observação sistemática das relações enfermeiro-paciente. Esta teoria pioneira nesse campo, reflete que à medida que aumenta a interação entre paciente-enfermeiro, aumenta a compreensão de papéis mútuos em torno desse problema. Este modelo teórico foi o primeiro a reconhecer, definir e compreender o que realmente acontece quando se estabelecem relações com o paciente, estabelecendo planos de assistência.

No final dos anos 60, este modelo teórico sistematizou a Enfermagem Psiquiátrica, procurando explicações sobre a loucura por meio de dois discursos: o psiquiátrico (organicista), e o psicológico com ênfase nos aspetos comportamentais das relações humanas. O enfermeiro, passou a ser reconhecido como integrante da equipe de psiquiatria e a ser respeitado como profissional.

Joice Travelbee, surgiu nos anos 70, consagrou a relação de pessoa a pessoa nesta profissão. Os seus métodos foram combinações de teorias existencial-humanistas, focalizando a relação do homem como ser existencial, que procura significado na sua vida e sofre com isso.

Hildegar Peplau, Joice Travelbee, e Minzoni descrevem a prática de Enfermagem Psiquiátrica baseadas no processo interpessoal, porém utilizam nomenclaturas diferentes para tal processo. Hildegar Peplau, denomina-o de processo interpessoal de cunho terapêutico; Joice Travelbee, define relação de pessoa a pessoa e Minzoni utilizou a relação interpessoal ou relação de ajuda.

Segundo Miranda (1999), o processo de procura, que permita a prática de Enfermagem Psiquiátrica “ *implica capacidade de observação disciplinada e o desenvolvimento de aptidões para aplicar os conhecimentos teóricos da relação interpessoal de ajuda*”. Refere como requisito básico a capacidade de amar, a capacidade técnica e científica e a capacidade de consciência crítica. Portanto, o enfermeiro deve usar a sua pessoa como meio para relação positiva com o sujeito.

Desta forma, o enfermeiro deve trabalhar com o sujeito, não deve resolver os problemas do sujeito, procurando encontrar a solução mais adequada para a sua condição, usando os seus conhecimentos e habilidades profissionais.

As atividades do enfermeiro, estão focalizadas na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, na ajuda ao doente a enfrentar as pressões da doença mental e na capacidade de assistir ao doente, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da doença mental.

Irving, aplicou o processo de enfermagem, o qual mostrou-se operacional dentro do novo paradigma de saúde mental, e conclui-se que é uma proposta de trabalho apropriada a equipas interdisciplinares.

No século anterior, nas décadas de 80 e 90, com os movimentos da Reforma da Assistência Psiquiátrica, a atenção do profissional de Enfermagem direcionou-se a novas formas de cuidar na saúde mental, procurando serviços extra-hospitalares (ambulatórios, oficinas terapêuticas). A enfermagem, no serviço de psiquiatria direcionou as suas atividades de forma diferenciada no tratamento dos doentes mentais, ações voltadas para a individualidade do sujeito, atitudes de respeito e dignidade para com o doente, a sua participação no tratamento, valorizando e estimulando o auto-cuidado, bem como a reinserção em grupos sociais e comunitários.

Com a demanda do mercado de trabalho, atualmente torna-se necessário uma abordagem conjunta com os demais profissionais, formando equipas interdisciplinares, utilizando-se a conceção única dos objetivos da própria profissão. A nova visão de

saúde mental exige superar obstáculos, recusa o determinismo e a cristalização de conhecimentos, os profissionais devem comprometer-se com o projeto de transformação da assistência a partir da transformação de si mesmos e consolidar a prática em equipa, procurando a integração e a distribuição de poder (Schimid, 1999).

No período de 1988 a 1997, num estudo bibliográfico sobre a produção científica e a atividade administrativa do enfermeiro, concluiu-se que os trabalhos realizados em instituições extra-hospitalares mostraram uma tendência de mudança nas práticas desses profissionais, os quais vêm a desenvolver atividades terapêuticas e de grupo, apresentando um espaço mais definido enquanto profissionais reconhecidos na equipe (Bertocello, 2001).

Miranda et al (1999), quando analisaram os cuidados de Enfermagem Psiquiátrica, colocaram que a sua qualidade deve estar em consonância com a ética e a prática social libertadora da Reforma Psiquiátrica. Defendem que deve-se conhecer a necessidade do indivíduo para, a partir dela promover o cuidado. Definem cuidar como “acolher o sujeito que se comporta de forma diferente, mover-se com ele no cotidiano e interagir, possibilitando alternativas de expressão da sua produção psíquica”, o que é fundamental na construção do processo de viver saudável.

A Enfermagem, nesta perspetiva, além de acolher o sujeito com a sua história de vida inserido no seu contexto psicossocial e político-cultural, pois sedia o acolher, o ouvir e intervir por meio de instrumentos e ações que possibilitam reabilitar e, com isso, a construção de uma melhor qualidade de vida.

O ponto fundamental da reabilitação psicossocial, é a construção da cidadania, sendo necessário um vínculo efetivo e contínuo, do profissional com o doente, bem como deste com o serviço de saúde (Figueiredo, 1999).

As atividades de Enfermagem, a partir da década de 90, do século XX, direcionaram-se a novas formas de cuidar na saúde mental, procurando serviços extra-hospitalares. A Enfermagem, nesses serviços direciona as suas atividades de forma diferenciada no tratamento dos doentes mentais, implicando atitudes de respeito e dignidade para com os doentes mentais, ações voltadas para a individualidade do doente e a participação deste no seu processo de tratamento, valorizando e estimulando o autocuidado, bem como a sua reinserção em grupos sociais e comunitários.

#### 1.2.4 - Intervenção Comunitária

Doenças psiquiátricas são as principais causas de morbidade na comunidade, mas a maioria das pessoas com essas doenças não recebem cuidados adequados. Abordar as necessidades não satisfeitas, para um aumento do acesso e melhoria da qualidade dos serviços é um dos principais objetivos da intervenção comunitária. Algum progresso em direção a esse objetivo tem sido alcançado através do desenvolvimento de intervenções eficazes de entrega e custo-benefício do serviço.

Desafios atuais dos serviços de saúde estão a reforçar, sustentar e difundir a prática de intervenções que melhorem a qualidade dos cuidados, promovam o acesso para aqueles com necessidades não atendidas, e aumentem a acessibilidade. Abordagens de intervenção na comunidade têm sido utilizadas com sucesso para promover a participação da comunidade e aumentar a capacidade de resposta às prioridades de saúde pública. Poucos estudos de saúde mental têm usado estratégias de intervenção comunitária. Na Saúde mental, a pesquisa de intervenção preventiva, é em grande parte limitada a extensões de intervenções práticas para grupos de alto risco.

Campanhas públicas para os problemas psiquiátricos têm tido poucas avaliações rigorosas. No entanto, intervenções na comunidade têm sido amplamente utilizadas para tratar outros problemas de saúde pública e melhorar a gestão de doenças crônicas. Por exemplo, as campanhas publicas têm sido usadas para reduzir os fatores de risco comportamentais, aumentar a detecção precoce, e promover a adesão aos tratamentos recomendado para a doença cardíaca, diabetes e cancro, inclusive para condições estigmatizadas como infecção pelo HIV.

Podemos definir **comunidades** (OMS, 2001) como grupos sociais com uma identidade coletiva ou atitudes e experiencias partilhadas, como as culturais, políticas, profissionais, ou com base na geografia, instituições, ou de comunicação. Dois campos de intervenção na comunidade são relevantes para os serviços de saúde mental (intervenções de saúde pública e intervenções de desenvolvimento comunitário).

Nas intervenções de saúde pública, as origens do problema de saúde são identificados a vários níveis (individual, familiar, organizacional, da comunidade e políticas públicas). Intervenções são implementadas dentro e entre os níveis para reduzir riscos para a saúde individual e coletiva. Por exemplo, uma intervenção de prevenção da diabetes pode incluir, educação escolar, aulas de culinária da família, a rotulagem nutricional melhorada, o acesso a alimentos frescos, políticas destinadas a promover percursos pedestres e de policiamento comunitário para promover a

segurança. Intervenções que operam em múltiplos níveis do quadro sócio ecológico podem ser mais eficazes e têm maior alcance nas populações.

Intervenções de saúde pública para as condições de saúde mental continuam em grande parte subdesenvolvidas, numa revisão na literatura internacional, sugeriu que na prevenção da saúde mental programas de promoção, podem efetivamente melhorar o acesso aos serviços sociais ou mudanças de atitudes, mas mudanças individuais de comportamento requer um tipo de intervenção mais local e individual.

A OMS (2001) recomenda princípios de integração de intervenções para a melhoria da qualidade da intervenção comunitária, através de um processo de melhoria da saúde da comunidade para alcançar uma mudança mais ampla na saúde das comunidades. A comunidade de saúde, modelo de processo de melhoria é baseada em dois estágios de desenvolvimento de intervenção e avaliação. Numa primeira fase constrói uma coligação das partes interessadas da comunidade para monitorizar os indicadores de saúde e identificar as prioridades. A segunda etapa envolve o desenvolvimento, implementação e avaliação do impacto das estratégias na melhoria da saúde projetadas, para abordar essas preocupações de alta prioridade para a saúde.

Serviços de saúde psiquiátricos têm-se centrado sobre as iniciativas das políticas de saúde ou, programas para melhorar o acesso aos cuidados adequados em resposta às preocupações generalizadas.

## 1.3 – DESENHO DO PROJETO

### 1.3.1 – Âmbito

O projeto de intervenção comunitária insere-se no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária e denomina-se “Saúde para todos”.

No Algarve existem três ACES, sendo que o ACES Central inclui os concelhos de Albufeira, Loulé, Faro, Olhão e S. Brás de Alportel. Este projeto vai ser implementado no ACES Central, mais propriamente na UCC de Faro.

Segundo o Alto Comissariado da Saúde (2008), o Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, constituindo o seu regime de organização e funcionamento, formando as suas unidades funcionais, entre as quais a Unidade de Cuidados na Comunidade. Segundo o artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, compete a estas Unidades funcionais (UCC) prestar cuidados de saúde a população de âmbito personalizado, no apoio psicológico, social, domiciliário e comunitário. Atuando na educação para a saúde integrando redes de apoio a família e, implementando unidades móveis de intervenção. Segundo o previsto no nº 2 do Artigo 7º, do Decreto-lei nº 28 de 2008, de 22 de Fevereiro, em cada Centro de Saúde de um ACES, funciona pelo menos uma UCC ou serviços desta unidade. Os profissionais que a integram trabalham autonomamente em termos técnicos, dependendo apenas do coordenador da unidade, (Alto Comissariado da Saúde, 2008).

A UCC Faro foi uma das primeiras a ser implementada no país no Centro de Saúde de Faro, sendo parte integrante da unidade funcional do ACES Algarve Central. A sua missão vai de encontro a Lei anteriormente referida.

Esta UCC é constituída por uma equipa multiprofissional de âmbito comunitário, que visa a prossecução dos cuidados de qualidade, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Consideramos um Projeto como um empreendimento que é planeado, o qual integra um conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas, com o fim de alcançar objetivos específicos dentro dos limites de um orçamento e de um período de tempo estimado (Prochonw & Schaffer, 1999). Como tal, o projeto poderá sofrer alterações, mediante as necessidades e orientações que nos serão apresentadas no decorrer da sua elaboração.

O projeto “Saúde para todos” vem dar resposta por um lado ao objetivo estratégico da Missão dos Cuidados de Saúde Primários, que nos encaminha para o desenvolvimento de métodos e competências de gestão de projetos de intervenção

em saúde nos cuidados de saúde primários, e, por outro lado, a missão da Unidade de Cuidados à Comunidade, que visa a melhoria do estado de saúde da população abrangida pelo mesmo, visando a obtenção de ganhos em saúde por parte desta mesma população.

A escolha do nome do projeto “Saúde para todos” vem de encontro ao principal objetivo do projeto que é a inclusão dos utentes que sejam referenciados pelo DSMP do Hospital de Faro que pretendam uma assistência na área da saúde mental, garantindo deste modo, que esta população possa ter acessibilidade e continuidade de cuidados na comunidade.

O tipo de intervenção que pretendo fazer é a formação de uma equipa de intervenção em Saúde Mental na comunidade, usufruindo dos recursos técnicos e materiais existentes no Centro de Saúde de Faro, onde irá ser sediado. Pretende-se com esta equipa de intervenção, constituir um espaço de trabalho, informação, intervenção psicossocial, capacitadora da autonomia e independência. Atuando nos determinantes comportamentais de um doente mental, na adoção de estilos de vida mais saudáveis e promovam uma atitude mais participativa, numa perspetiva de empoderamento da população visada. Um tal formato de intervenção será, sem dúvida, uma mais-valia para esta população.

### 1.3.2 – Estrutura do projeto (WBS)

A WBS, (Work breakdown structure), é uma estrutura analítica de projetos que consiste na esquematização do trabalho, tem como objetivo identificar de forma hierárquica os seus componentes. É uma ferramenta bastante utilizada como base para a maior parte do planeamento do projeto, (Prochonw & Schaffer, 1999) .

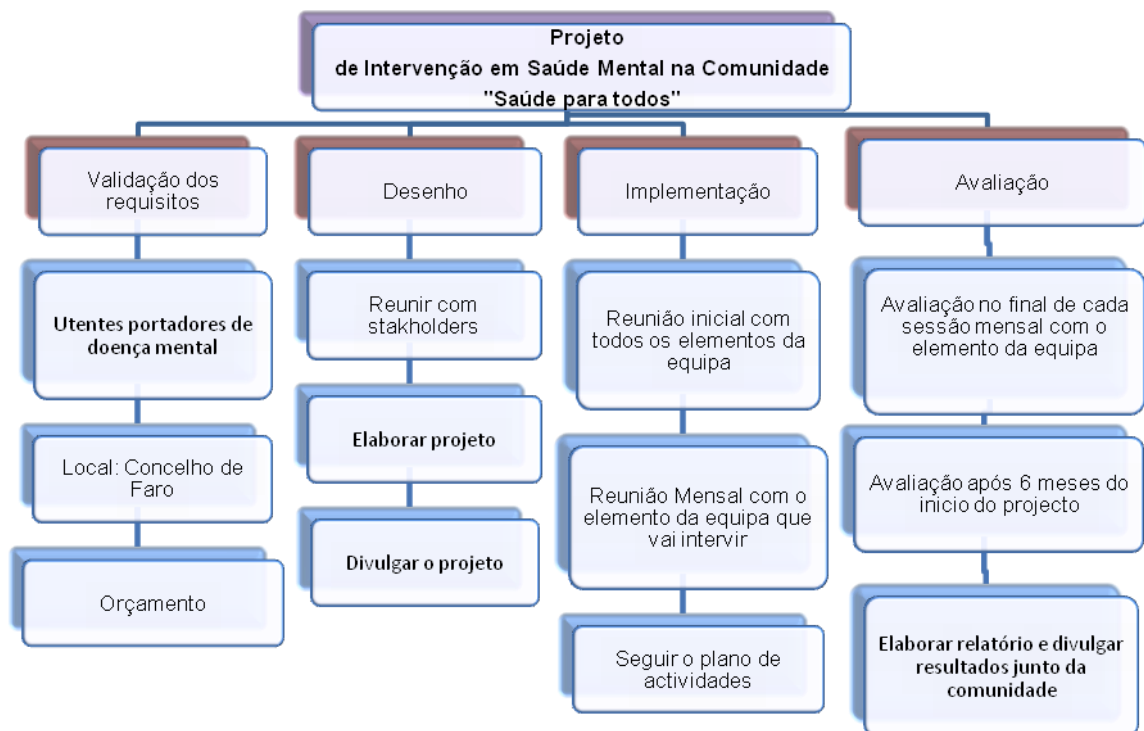


Fig. 1 - Work breakdown structure do projeto "Saúde para todos"

### 1.3.3 – Metodologia

Em termos metodológicos o projeto vai ser desenvolvido no concelho de Faro, nomeadamente a área geodemográfica que corresponderá à abrangida pela UCC Faro. Deste modo, a população-alvo deste projeto são:

- Utentes residentes no concelho da área geográfica de Faro.

Definimos os critérios de exclusão, utentes que estejam a ser seguidos pela Equipa de Intervenção Comunitária de Faro do DPSM do HF-EPE bem como doentes portadores de Perturbações Mentais Graves excetuando situações de emergência detetadas na comunidade que ainda não tenham sido referenciadas.

O projeto irá ter início em 28 de Janeiro de 2013, ver cronograma de gantt (Anexo I). A implementação do projeto consiste no agendamento de reuniões semanais da equipa do “Saúde para todos”, onde serão apresentados e distribuídos novos casos clínicos (gestão de utentes), discussão e avaliação dos projetos terapêuticos instituídos, decisão sobre estratégias a adotar no âmbito da saúde mental e avaliação, para encontrar soluções organizativas em função das necessidades encontradas.

O “Saúde para todos” irá funcionar na UCC do Centro de Saúde Faro. A área abrangida pelo projeto implica a utilização de novos espaços que tenham em conta principalmente a acessibilidade dos cidadãos aos serviços. Seria desejável situar-se na mesma área dos restantes serviços prestados pelos Centros de Saúde, o espaço deve oferecer acima de tudo privacidade.

O sistema de informação deverá ser adequado à realidade, deverá prever aspetos de clínica e de gestão do projeto. Preconiza-se a elaboração de ofícios informativos da atividade desenvolvida pelo “Saúde para todos”, com possibilidade de consulta integral do projeto, para consequente divulgação, objetivando a melhoria dos cuidados prestados.

A ARS do Algarve /ACES Central deverá fornecer apoio de uma viatura para possibilitar as deslocações da equipa aos diversos centros de saúde e às visitas domiciliárias. O “saúde para todos” irá funcionar 5/dias por semana, em consonância com o horário praticado nos Centros de Saúde, poderá haver uma necessidade pontual do desempenho de algumas atividades fora do horário de trabalho estipulado, mediante acessibilidade da população visada.

A divulgação será feita através de panfletos informativos afixados e distribuídos nos Centros de Saúde e no Departamento Psiquiatria e Saúde Mental. Aos intervenientes indiretos será através da apresentação do projeto em reuniões formais e previamente agendadas.

#### 1.3.4 – Metas e indicadores

A utilização de indicadores de saúde permitiu o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento da sua evolução ao longo dos anos.

De acordo com Rouquayrol (1993)

"Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a rigidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios ao planeamento de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo" (p.75).

Os indicadores de saúde devem revelar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma população. Existem dificuldades em entender alguns indicadores como por exemplo a natalidade e fecundidade. A alta natalidade num país subdesenvolvido é visto como indicador negativo. Já num hospital que efetua a reprodução assistida é considerado um indicador positivo. Indicadores podem e devem ser utilizados como ferramentas para auxiliar a avaliação da qualidade (International Society for Quality in Healthcare, 1999).

O presente projeto tem como objetivo a criação de uma equipa de cuidados comunitários de saúde mental que possibilite aos utentes acessibilidade aos cuidados de saúde mental e psiquiátricos, visando promover a saúde mental e prevenir as doenças mentais na população. Repensando na visão que o próprio utente, família e a sociedade têm em relação às pessoas que sofrem de doença mental, procurando a diminuição do preconceito (estigma) e conseqüentemente a discriminação por não serem normais na visão da sociedade. A equipa de saúde tem um papel importante nesta socialização, onde precisa estar organizada e preparada para dar resposta na comunidade.

Os objetivos deste projeto vão de encontro aos preconizados pela organização Mundial de saúde no seu livro de recursos sobre saúde mental, direitos humanos e legislação (OMS,2005)

Os objetivos específicos do projeto são:

- - Promover o acesso aos cuidados de saúde mental;
- - Integrar os cuidados comunitários de saúde mental no ACES Central - Centro de saúde de Faro;
- -Capacitar os técnicos de saúde, comunidade e utentes a fim de promover a saúde mental e prevenir a doença;

### 1.3.5 – Stakeholders

Stakeholder, é um termo que engloba os diversos intervenientes de um projeto. São de extrema importância na consecução do mesmo, uma vez que são estes os principais intervenientes e interessados. O seu envolvimento permite encontrar um equilíbrio/articulação de forças, minimizando riscos e impactos negativos na execução do projeto, com a finalidade de atingir os objetivos propostos. Desta forma os stakeholders articulam-se para que a sua organização seja estável e duradoura.

Em seguida será apresentado a lista de stakeholders:

#### **Internos**

##### Gestor de projeto

- Enfermeiro Orlando Vilar (enfermeiro especialista em saúde comunitária)

##### Sponsors do projeto

- Centro de Saúde de Faro;
- Hospital de Faro EPE;
- Equipa de Cuidados Integrados;

- Departamento de Saúde Mental do Hospital de Faro EPE;
- Equipa de Intervenção em Saúde Mental Comunitária de Faro;
- Unidade de Cuidados Continuados Faro;
- Órgãos de gestão da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, do Departamento Saúde Mental e do Hospital de Faro E.E.P.

#### Equipa gestora do projeto

- Orlando Vilar (enfermeiro especialista em saúde comunitária), assistente social, psicólogo, fisioterapeuta.

#### **Externos**

##### Outros parceiros

- Elemento-chave da Comunidade de Faro,
- Asmal,
- Câmara Municipal de Faro.

##### Clientes

- Todos os utentes que necessitem de apoio na doença mental. (consultar critérios de exclusão mencionados anteriormente)

### 1.3.6- Orçamento

Segundo, Prochonw & Schaffer (1999) o orçamento é considerado um resumo financeiro do projeto, no qual é indicado os recursos utilizados e os respectivos gastos.

O orçamento previsto engloba apenas os custos mínimos, devido as dificuldades económicas que o país atravessa.

Estimativa de orçamento para 1 mês de aplicação do projeto.

<b>Recursos humanos</b>	<b>Custo unitário</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Custo total</b>
Enfermeiro	7 €/h	140h	980 €
Psicólogo	Recurso do Centro de Saúde		
Fisioterapeuta Assistente Social	Recurso do Centro de Saúde		
Subtotal			
<b>Transporte</b>	Recurso do Centro de Saúde		
Subtotal			
<b>Total estimado</b>			

## 1.4 - EXECUÇÃO

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o desenho do planeamento deve conter três fases importantes, nomeadamente a elaboração do plano; a execução e a avaliação.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), a fase de execução é muito importante definem-se as razões mais importantes, nomeadamente a escassez de recursos, de forma a utilizá-los eficaz e eficientemente, a intervenção na causa dos problemas, a definição de prioridades, evitando intervenções isoladas, a utilização de infra-estruturas de elevado valor com vista a apoiar diversos equipamentos, sendo que estes podem ter utilizações várias, que só mediante um plano *a priori* definido, permitirá o seu uso.(p.23)

As atividades propostas vão de encontro com o que é referido por Hollander-Feldman e Oberlink (2003) em Rodrigues (2007), como componentes para a construção de uma comunidade *elder-friendly*. As autoras referem que estas comunidades são sustentadas por quatro pilares: Satisfação das Necessidades Básicas, que compreendem o contexto da habitação, segurança, alimentação; Otimização da Saúde e do Bem-estar Físico e Mental, onde são contemplados os comportamentos promotores de saúde, a promoção de atividades comunitárias que sejam elas próprias elementos promotores de bem-estar, e a disponibilização de serviços de saúde preventivos acessíveis; Promoção de Envolvimento Social e Cívico, que nos remete para a promoção de envolvimento efetivo com a comunidade e criação e suporte de relações significativas com a família, vizinhos e amigos; Maximização da Independência para os Elementos Mais Vulneráveis que passa pela disponibilização de recursos para que os elementos da comunidade possam continuar a viver nas suas casas e pela promoção de transportes acessíveis.

O projeto assenta nos princípios e valores orientados para a boa prática clínica:

- Intervenção centrada na pessoa;
- Articulação com a equipa multidisciplinar dos Centros de Saúde e a equipa multidisciplinar do Departamento Psiquiatria e Saúde Mental e do Hospital de Faro EPE;
- Quadro ético de responsabilidade social;
- Coordenação com os sectores social e privado, existentes na comunidade, numa linha coerente de assistência de saúde à população.

#### 1.4.1 – Atividades a desenvolver

As atividades a desenvolver no projeto de intervenção comunitária em saúde mental na comunidade, que se encontram esquematizadas no diagrama de gantt (Anexo I) denominado “Saúde para todos” são:

##### **Ações de formação desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde mental e destigmatização da doença mental.**

A atuação poderá ser efetuada nos diferentes contextos, tais como: domicílio, centro de saúde, comunidade escolar, locais de trabalho, lares, prisões, entre outros, em concordância com o definido no Regulamento Interno da UCC.

Os conteúdos a abordar e as atividades a desenvolver nas sessões terão por base a sua planificação prévia. De referir ainda, que no final das mesmas haverá um tempo de cerca de 15 minutos, onde se aceitam sugestões dos elementos da comunidade sobre temas de interesse a abordar nas sessões seguintes, e, ainda, esclarecimento de dúvidas. Achemos também importante, identificar o líder do grupo da comunidade para que este seja um dinamizador e um elo de ligação com a equipa gestora do projeto. A estas atividades correspondem no diagrama de gantt a “cidadania” (Anexo I).

##### **Apoio Pós Alta aos Utentes do DPSM do HF EPE (desde que este apoio seja solicitado) e Visitas domiciliárias para a Comunidade Geral.**

As visitas a realizar na vertente Apoio Pós Alta aos utentes serão efetuadas após pedido de colaboração da Equipa de Intervenção em Saúde Mental Comunitária de Faro, como definido nos critérios de inclusão e exclusão definidos no presente projeto. Preconiza-se a realização da visita domiciliária inicial na primeira semana Pós-Alta Hospitalar. As visitas seguintes sucedem-se consoante a necessidades detetadas e solicitadas.

Visitas Domiciliárias a Comunidade, são definidas e realizadas perante autonomia do enfermeiro responsável pelas mesmas, após devida referenciação. O objetivo é apoiar os cuidados comunitários na área psiquiátrica. A estas atividades correspondem no diagrama de gantt ao “domicílio” (Anexo I).

## **Apoio Clínico a utentes com Doença Mental**

É da responsabilidade do Enfº Orlando Vilar e preconiza toda e qualquer intervenção especializada a utentes portadores de doença mental comum, corretamente referenciados, a atuação poderá ser efetuada em diferentes *settings*, desde domicílio, centro de saúde, comunidade escolar, em concordância com o definido no Regulamento Interno da UCC Faro.

### **Ações de formação desenvolvidas no âmbito da promoção e prevenção da saúde mental e psiquiátrica**

Estas ações de formação irão atuar ao nível da promoção e prevenção da saúde mental e psiquiátrica intervindo precocemente no aparecimento dos primeiros sintomas. A estas atividades correspondem no diagrama de gantt à “Consulta de Enfermagem-Espaço de intervenção” (Anexo I).

### **Formação de técnicos**

Contempla a integração no plano de formação da UCC Faro, toda a formação no âmbito da saúde mental e psiquiatria ministrada a todos os restantes técnicos que demonstrem interesse nesta área e a solicitem formal ou informalmente, sejam eles adstritos à UCC ou não.

Cabe ao “Saúde para todos” a gestão e supervisão técnica de programas de intervenção no âmbito da promoção e proteção da saúde mental da população. O “Saúde para todos” deve ainda zelar pelo cumprimento dos objetivos, com a efetividade e eficiências desejadas.

## 1.5 - AVALIAÇÃO

Deve entender-se a avaliação como uma atividade permanente que percorre cada uma das etapas do planeamento. De acordo com Durán (1989) “a avaliação é um processo paralelo ao planeamento a avaliar e significa “analisar o processo de transformação, de alteração ou de mudança e atribuir um valor ao seu significado...”(p.209).

A avaliação da eficácia e eficiência deste projeto será realizada em vários momentos e medida através dos indicadores a definir. Para a concretização da melhoria contínua da qualidade adotaremos uma cultura e prática regulares de avaliação e a consequente utilização de objetivos e de indicadores. O “ Saúde para todos” identificará o progresso quer em termos de pontos fortes quer em pontos fracos e reverá os processos de forma a estabelecer e implementar novos planos de melhoria.

De acordo com Carvalho & Carvalho (2006) deve determinar-se, o momento da avaliação, a forma e as pessoas encarregues da recolha dos dados necessários, assim como do seu tratamento e análise posterior.

A avaliação incluirá para além da heteroavaliação a avaliação externa. Perante os resultados, teremos uma visão global das transformações obtidas. Deste modo, os resultados serão discutidos entre a equipa de projeto, tendo em consideração os objetivos propostos. Em suma, de acordo com a avaliação realizada serão ou não implementadas novas estratégias.

## 2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história recente da psiquiatria portuguesa é paradigmático do “pouco Estado” na sociedade, incapaz de impor as orientações políticas que legisla, ao poder médico e sua mescla de interesses profissionais em que as ambições da própria profissão se sobrepõem aos objetivos de reinserção dos doentes.

A integração da saúde mental no sistema nacional de saúde, várias vezes decretada desde 1971 (em 1984, 1987, 1989), apenas se começou a efetivar na década de 90 (Dec-lei 127/92 de 3 de Julho), numa orientação hospitalo-cêntrica que contraria o próprio espírito do movimento de desinstitucionalização. No confronto entre poder político e poder profissional, o poder político impôs a sua orientação de integração das estruturas regionalizadas e dispersas, orientação fundamentada em preocupações de cariz económico. Mas o poder profissional conseguiu impor a manutenção do seu espaço simbólico, o “grande hospital” especializado que atravessou todo o século XX e entrou no XXI.

A “des-hospitalização”, embora lenta e incompleta, foi-se realizando de fato mas sem o concurso de estruturas comunitárias de apoio, fossem elas as estruturas locais de cuidados psiquiátricos (nunca suficientemente distribuídos no terreno), ou as complementares estruturas de enquadramento social (praticamente inexistentes). Do ponto de vista da psiquiatria, essa preocupação era remetida para o seu exterior, como se não competisse ao “setor psiquiátrico” dinamizar a sua implementação. Subjacente estava a perceção, de que tal implementação contribuiria para a desertificação do hospital. Ao mesmo tempo, a realidade do tabu face à doença mental, que historicamente lhe justificou a exclusão, mantém-se nos tempos modernos e nele assenta a rejeição, pelas estruturas não psiquiátricas (nomeadamente pela segurança social), dos doentes mentais, seus equipamentos.

A sociedade civil tem corporizado algumas responsabilidades sociais de apoio na desinstitucionalização, nomeadamente pela organização de equipamentos, mas eles só de forma muito parcial e incipiente respondem às necessidades identificadas como lacunas de política social. A capacidade reivindicativa deste (relativa a este) grupo da população é praticamente inexistente, em grande parte refletindo a objetivação social do modelo médico de naturalização e individualização da doença mental que dificulta a sua perceção enquanto problema social.

Temos assim que, na realidade, quando se fala de integração comunitária, dos doentes mentais está-se quase exclusivamente a falar de “integração” dos doentes nas famílias. Do ponto de vista do Estado, as famílias representam o recurso mais económico da implementação da psiquiatria comunitária. Para a psiquiatria, as famílias são a estrutura extra-hospitalar menos exigente, não tratado como parceiro da estratégia terapêutica e de reabilitação, mas como mera transferência de tutela dependente. O doente deixa de estar sob a responsabilidade do hospital e passa para a responsabilidade da família, ambos sujeitos (o doente e o familiar) ao incumprimento das determinações médicas.

Por tudo isto relembro que viver num século de grandes transformações implica agir e não estagnar, refletir e interiorizar, para novamente agir em conformidade com o processo evolutivo, gerador e dinamizador da própria mudança. Nesta teia de vivências, aquisições, posicionamentos operacionais, situa-se a necessidade de implementação e viabilização deste projeto.

Torna-se premente o avivar da preocupação constante de colocar a pessoa no centro da atuação da equipa de saúde, cuidando dos utentes com humanidade e respeito, ajudando-os a viver com dignidade. É necessário viver o dia-a-dia sem esmorecer, cultivar um humorismo risonho, continuar amando, concentrando-se nas capacidades que ainda se conservam. Não podemos evoluir sem memória, o utente psiquiátrico possui tal como as outras pessoas, sabedoria, experiência vivida e acumulada. Assim, terminamos a construção deste documento com Alarcão (2006), que nos diz que, a vida é uma co construção de equilíbrios, passados, presentes e futuros, estes desequilíbrios são propostas viáveis para a organização da vida, permitindo proceder a diversos reajustes estruturais.

Este projeto possibilita a curto prazo, uma diminuição do número de internamentos e reinternamentos, pelo facto de possibilitar ao utente uma maior proximidade com os serviços de saúde e controlo da saúde.

No enfoque da mudança de paradigma, é evidente a modificação de postura do enfermeiro para uma abordagem holística, considerando a individualidade do ser humano, o relacionamento interpessoal, permeando a co-participação no processo de reabilitação e a promoção do autocuidado como forma de responsabilizar o sujeito pela sua saúde.

### 3- BIBLIOGRAFIA

Alarcão, M (2006). *(Des) equilíbrios familiares-Uma visão sistémica* (3ª ed). Coimbra: Quarteto Editora

Alves, F. (2001). *Acção social na área da saúde mental*. Lisboa: Universidade aberta

Alto Comissariado da Saúde (2001). Relatório Mundial de Saúde 2001.Saúde Mental Nova Conceção Nova Esperança. Recuperado em 2012, Março 10. Disponível em [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)

Alto Comissariado da Saúde (2007). Gestão da Saúde e o Plano Nacional 2004/2010. Recuperado em 2011, Outubro 18. Disponível em [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/2701AE65-E6A9-4F49-8BEF-8E0974295173/0/CE80Maria\\_do\\_Ceu\\_Soares\\_Machado.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/2701AE65-E6A9-4F49-8BEF-8E0974295173/0/CE80Maria_do_Ceu_Soares_Machado.pdf)

Alto Comissariado da Saúde (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de saúde primários-agora mais que nunca. Recuperado em 2012, Março 10. Disponível em [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)

Alto Comissariado da Saúde (2009). Estratégias de saúde em Portugal: o plano nacional de saúde 2004-2010. Recuperado em 2012, Janeiro 12 .Disponível em [http://www.content/blogs.dir/1/files/2007/11/despacho10\\_20091.pdf](http://www.content/blogs.dir/1/files/2007/11/despacho10_20091.pdf)

Amarante, P (1995). Loucos pela vida: a trajetória da história psiquiátrica no Brasil. (20ªed.). Rio de Janeiro: SDE/ENSP.

American Psychiatric Association (2002): DSM – IV – TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (1ªed). Lisboa: Climepsi editores

Andery, AA. (1984). *Psicologia na comunidade: Psicologia Social - O homem em movimento*. São Paulo: Editora Brasileira.

- Basaglia, F (1985). *A instituição Negada*. RJ: Graal
- Barbier, J.M. (1993). *Elaboração de projetos de Ação e planificação*. Porto: Porto Editora.
- Barraclough, J.G. (1996). *Bases da Psiquiatria Moderna* (4ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baptista, J.M. (1996). *A Ideia de Progresso em Thomas Kuhn, no contexto da nova filosofia da ciência*. Porto: Ed Afrontamento.
- Bertocello, N.M. (2001). Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em Saúde Mental, Ver Lat-Am Enfermagem, Ribeirão Preto (SP), Set/Out; 9(5),83
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Boaventura, S.S. (1977). *Da Sociologia da Ciência à Política Científica*. Recuperado em 2011, Dezembro 11. disponível em [http://www.ces.fe.uc.pt/publicacoes/rccs/001/BSousa\\_Santos\\_pp11-56.pdf](http://www.ces.fe.uc.pt/publicacoes/rccs/001/BSousa_Santos_pp11-56.pdf)
- Capelo, F.M. (2000). *A Integração do paciente dependente na família*. Monografia de Pós-Graduação .Instituto superior de Psicologia aplicada. Lisboa
- Carrilho, M.M (1994). *O que é filosofia-* Lisboa: Difusão Cultural
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com Doença Mental. Das Famílias para a Instituição, da Instituição para a Família*. Lisboa: Climepsi.
- Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2010). *Atribuição do título de enfermeiro especialista no momento atual. Parecer número 267/2010*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde: aspetos conceptuais e operativos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

Decreto-Lei nº36/1998 de 24 de Julho (Lei de Saúde Mental).

Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro (unidade de cuidados na comunidade)

Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro (unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde)

Direção Geral de Saúde (2002). Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Recuperado em 2011, Novembro 12. Disponível [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)

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

Figueiredo, A.E (1999). *Doença mental: exigência de integração e coerência. Informação Psiquiátrica*. Recuperado em 2011, dezembro 11. Disponível em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?mfn=15760&about=access&lang=pt#>

Foucault, M. (1987). *História da loucura*. São Paulo: Edições Perspectiva

Goffman, E. (1992). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspetiva.

Gleitman, H. (2002). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Imperatori, E.& Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde*( 3ªed). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Edições de Saúde.

International Society for Quality in Health Care (1999). *Qualidade na Gestão local de Serviços e Acções de Saúde*. Recuperado em 2011, Outubro 18. Disponível em [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/sade\\_e\\_cidadania/ed\\_03/05.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/sade_e_cidadania/ed_03/05.html)

Kaplan & Sadock. (1990) – Compêndio de Psiquiatria, (2ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas

Lopes, M. (1998). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Católica de Lisboa.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publisher Company

Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde (2004). Prioridades para 2004-2010: Mais Saúde para todos. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.

Ministério da Saúde, Saúde XXI (2000). *Programa Operacional da saúde 2000-2006*. Recuperado em 2011, Outubro 12. Disponível em <http://www.qca.pt/pos/download/2000/saude.pdf>

Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde Mental (2007/2016). *Resumo Executivo*. Lisboa. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (Obra original publicada em 2008).

Moniz, J.M.N. (2003). *A enfermagem e a Pessoa Idosa*. Loures : Lusociência

Mendes, J.M. G. (2006). A Relação de Ajuda: Um Instrumento no Processo de Cuidados de Enfermagem. *Informar*, 36/ , 71-77.

Melo, R.C.C.P. (2008). A relação de Ajuda; Contextos e Práticas Em Enfermagem. *Servir*, 2 , (67-73)

Miranda CML, (1999). O ensino, a pesquisa e a assistência de Enfermagem psiquiátrica. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro,7(2),189-92

Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório Mundial de Saúde 2001 – Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Lisboa Ministério da saúde. Direção Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde (1997). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: referência rápida. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde (2002) – Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Lisboa. Ministério da Saúde. Direção- Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2007). *Quinquagésima - sétima sessão do comité regional africano*. Relatório Final. Recuperado em 2011, Outubro 19. Disponível em <http://afrolib.afro.who.int/RC/RC%2057/Doc%20Pt/RELATORIO-FINAL.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. (Apresentado pelo Conselho diretivo após aprovação por unanimidade pelo colégio da especialidade de Enfermagem Comunitária em 11-09-2010). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Prochnow, Miriam, & Schaffer, W.B. (1999). Pequeno manual para elaboração de projetos. Rio do Sul: APREMAVI7AMAVI7FEEC.

Pineault, R & Daveluy, C. (1987). *La Planificacion Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias*. Barcelona: Ed. Masson. S.A. Salud y Gestion.

Rodrigues, R.M (1999). A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. Rev Lat-Am de Enfermagem, Ribeirão Preto (SP) (3) (33-40).

Rotelli, Leonardis & Mauri. (1990). *Desinstitucionalização, uma outra via*. SP: Hucitec

Rouquayrol, M.Z. (1993). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica. Recuperado em 2011, Outubro 19. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/o/D/esp/v11n1/v11n1a15.pdf>

Sakellarides, C. (2007). *Gestão da mudança e planejamento estratégico em saúde*. Lisboa: Gestão de Artes gráficas.

Saraiva D. M. R.F. (2008). Reflectir o cuidar em Enfermagem. Nursing , 230 (2) ( 14-20)

Valeria, V.V. (1999). Problematizando Conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. Revista gaucha Enferm.20,26-40.Recuperado em j em 2012, Janeiro 16.Disponivel em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4219/2229>

Zamporri, F & Pintus, L. (1991). IV Congresso de Psiquiatria S. João de Deus. Lisboa: Comunicações Editorial Hospitalidade

## ANEXOS

# ANEXO I

Diagrama de Gantt



	Semana 4							Semana 5							Semana 6							Semana 7							Semana 8						
	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
Implementação do projecto "Saúde para todos"	[ 16 Dias ]																																		
Reunião stakeholders	[ 28/01/13 - 29/01/13 ] [ 1 Dias ] Reunião stakeholders																																		
Contacto com as parcerias	[ 30/01/13 - 02/02/13 ] [ 3 Dias ] Contacto com as parcerias																																		
Contacto com a equipa multidisciplinar	[ 04/02/13 - 09/02/13 ] [ 5 Dias ] Contacto com a equipa multidisciplinar																																		
Definição das Actividades:	[ 04/02/13 - 09/02/13 ] [ 5 Dias ] Definição das Actividades:																																		
Cidadania	[ 04/02/13 - 09/02/13 ] [ 5 Dias ] Cidadania																																		
Apoio Após Alta/Domicílio	[ 04/02/13 - 09/02/13 ] [ 5 Dias ] Apoio Após Alta/Domicílio																																		
Apoio Clínico	[ 04/02/13 - 09/02/13 ] [ 5 Dias ] Apoio Clínico																																		
Consulta de Enfermagem ( espaço intervenção)	[ 04/02/13 - 09/02/13 ] [ 5 Dias ] Consulta de Enfermagem ( espaço intervenção)																																		
Saúde e formação - Formação de técnicos	[ 04/02/13 - 09/02/13 ] [ 5 Dias ] Saúde e formação - Formação de técnicos																																		
Contacto com a equipa multidisciplinar	[ 11/02/13 - 19/02/13 ] [ 6 Dias ] Contacto com a equipa multidisciplinar																																		
Avaliação do Projecto	[ 18/02/13 - 19/02/13 ] [ 1 Dias ] Avaliação do Projecto																																		