



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O Projeto CuiDando: a qualificação de um projeto de intervenção comunitária

Luís Carlos Pires Durães



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Luís Carlos Pires Durães

O Projeto CuiDando: a qualificação de um projeto de intervenção comunitária

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho de Projeto

Trabalho realizado sob a orientação de

Professora Doutora Carminda Morais

e coorientação de

Professora Doutora Isabel Amorim

Abril de 2021

RESUMO

Reconhecida a sua importância no bem-estar e saúde global das pessoas, bem como o seu impacto transversal na sociedade, a evolução das respostas e serviços na área da saúde mental não tem acompanhado o progresso das políticas públicas neste âmbito, persistindo importantes barreiras ao acesso equitativo a respostas adequadas e de qualidade. Importa, assim, o desenvolvimento de projetos comunitários, voltados para as pessoas com doença mental e para as suas reais necessidades e das suas famílias e cuidadores, capazes de os reconhecer como os agentes principais da sua recuperação e integração social. Neste desígnio, assumiu-se como objetivo principal deste Trabalho de Projeto qualificar, numa lógica participada e colaborativa, uma resposta comunitária de intervenção em saúde mental existente no território de Barcelos – o Projeto CuiDando.

O Projeto CuiDando é um projeto de intervenção comunitária em saúde mental desenvolvido pela Casa de Saúde S. João de Deus em Barcelos que, com dez anos de trabalho desenvolvido com e para as pessoas com doença mental, e sólidos ganhos em saúde demonstrados ao longo do seu percurso, se apresenta hoje muito orientado para a sua operacionalização no imediato, urgindo criar uma visão estratégia que potencie a sua efetividade e impacto e coloque definitivamente os cidadãos no centro dos seus cuidados, potenciando o seu *empowerment* e *recovery*, na prossecução da sua verdadeira integração comunitária.

Considerando o planeamento em saúde baseado em metodologias participativas estruturante do desenvolvimento de respostas mais integradas e efetivas em saúde pública, assumiu-se este como pressuposto central do projeto. Assim, centrada nas pessoas com doença mental, seus familiares e cuidadores, a qualificação do Projeto Cuidando pretende contribuir para a valorização da multiplicidade de perspetivas e para a participação ativa e efetiva de todos os envolvidos nos processos de diagnóstico, planeamento, ação e avaliação, rumo à real transformação social.

Mais, assume-se neste trabalho o planeamento e pensamento estratégicos como base para uma ação estratégica, capaz de considerar a globalidade da cadeia de causas e consequências, ao longo do tempo, do problema social que o projeto CuiDando se propõe resolver, e por isso contribuir para um processo partilhado, dinâmico e interativo e para uma tomada de decisão verdadeiramente intencional, informada e plural.

O presente Relatório, em que culmina o percurso desenvolvido para a obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária, espelha, assim, o resultado de

um plano de ação e intervenção que seguiu os pressupostos da Metodologia do Planeamento em Saúde, com recurso à revisão bibliográfica, análise de orientações estratégicas e de políticas públicas e institucionais e à facilitação de sessões de trabalho com a equipa do projeto, os seus beneficiários e respetivos familiares e parceiros comunitários, na elaboração, participada e colaborativa, de um Documento de Consenso do Projeto CuiDando, consubstanciado pela co-construção do Plano Estratégico que o norteia.

A partir da elaboração participada deste Plano, o CuiDando desenvolveu e concretizou de uma forma mais estruturada e precisa o seu modelo de criação de valor, objetivos, metodologias de atuação e resultados esperados, otimizando-os e reformulando-os, e definiu, assim, uma estratégia de consolidação e crescimento a longo prazo, de comunicação e avaliação de impacto, que permitirá potenciar a sua sustentabilidade e impacto social e económico.

Paralelamente, crê-se que o desenvolvimento deste Trabalho contribuirá, também, para o reconhecimento e valorização do desenvolvimento profissional dos Enfermeiros, designadamente dos Enfermeiros habilitados com o Mestrado de Enfermagem Comunitária, no seio das organizações da sociedade civil e da economia social, como parte ativa na construção de soluções colaborativas e sustentadas para desafios sociais e globais na área da saúde.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Planeamento em Saúde Comunitária; Planeamento Estratégico; Planeamento Participativo.

ABSTRACT

Recognized its importance in the well-being and global health of population, as well as its transversal impact on society, the evolution of responses and services in the mental health field of intervention has not kept pace with the progress of public policies in this field, , there are still important barriers to access to an equitable response to adequate and quality responses. Therefore, it is important to develop community projects, aimed at people with mental disorders and their real needs and that of their families and caregivers, capable of recognizing them as the main agents of their recovery and social integration processes. In this context, the main objective of this Project was to qualify, in a participatory and collaborative logic, a community mental health service established in the territory of Barcelos - the CuiDando Project.

“CuiDando” is a community intervention project in mental health developed by Casa de Saúde S. João de Deus, in Barcelos, which, with ten years of intervention with and for people with mental illness, has shown solid health gains. However, its path, today, is too oriented towards its immediate operationalization, requiring the creation of a strategic vision that enhances its effectiveness and impact and definitively puts the citizen at the center of its intervention, enhancing their empowerment and recovery, in the pursuit of their real community integration.

Considering that health planning based on participatory methodologies structures the development of more integrated and effective responses in public health, this was assumed as the central assumption of the project. Thus, centered on people with mental illness, their families and caregivers, the qualification of the Project "CuiDando" aims to contribute to the consideration of the multiplicity of perspectives and to the active and effective participation of all those involved in the processes of diagnosis, planning, action and evaluation, towards real social transformation.

Furthermore, this Project assumes strategic planning and strategic thinking as the basis for strategic action, capable of considering the global chain of causes and consequences, over time, of the social problem that Project CuiDando aims to solve, contributing for a shared, dynamic and interactive process and for an intended, informed and plural decision process.

This Report, which represents the culmination of the path developed to obtain the degree of Master and Specialist in Community Nursing, concretizes the result of an action and intervention plan that obeyed the assumptions of the Health Planning Methodology, using bibliographic review, analysis of public guidelines, institutional policies and policies

and facilitation of working sessions with the project team, its beneficiaries, their families and community partners in the project, in the preparation of the CuiDando “Consensus Document” consubstantiated by the co-construction of the Strategic Plan that guides it..

Based on the participatory elaboration of this Plan, CuiDando developed and defined its model of value proposal, its objectives, operating methodologies and expected results in a more structured, concrete and precise way, optimizing and reformulating them, defining a long-term consolidation and growth strategy, a communication strategy and an impact assessment methodology, which will enhance its sustainability and social and economic impact.

At the same time, it is believed that the development of this Project will also contribute to the recognition and appreciation of professional nursing development, namely of qualified nurses with a Master's Degree in Community Nursing, within the scope of civil society and social economy organisations, as an active part in the construction of collaborative and sustained solutions to social and global health challenges.

Descriptors: Community Health Nursing; Community Mental Health Services; Community Health Planning; Strategic Planning; Participative Planning.

*Crio em mim esperança sentida,
não mera utopia desnudada,
Tenho no íntimo crença repartida,
Onde minh'alma seja amada.*

*Nuno Sousa,
Sentido Consentido
beneficiário do Projeto CuiDando*

SUMÁRIO

RESUMO	2
ABSTRACT	4
ÍNDICE DE QUADROS	9
SIGLAS E ACRÓNIMOS	10
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - DA DOENÇA À SAÚDE MENTAL: UM COMPROMISSO COM A COMUNIDADE	15
1. SAÚDE E DOENÇA MENTAL NA COMUNIDADE: UMA QUESTÃO EMERGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	16
1.1. SAÚDE MENTAL: UM CONCEITO MULTIDIMENSIONAL.....	17
1.2. DOENÇA MENTAL: UMA PRIORIDADE ADIADA	24
2. DA DOENÇA MENTAL À PESSOA COM DOENÇA MENTAL: A INEVITABILIDADE DAS RESPOSTAS INTEGRADAS	30
2.1. DA INCAPACIDADE À AUTONOMIA E FUNCIONALIDADE.....	32
2.2. DA ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA À REABILITAÇÃO E <i>RECOVERY</i>	35
CAPÍTULO II - CUIDANDO 2022: UM PROCESSO PARTICIPADO DE CRESCIMENTO	42
3. DEZ ANOS DE CUIDANDO: UM PERCURSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DE RESPOSTAS	43
3.1. O INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS E A CASA DE SAÚDE S. JOÃO DE DEUS DE BARCELOS	44
3.2. O PROJETO CUIDANDO	47
3.2.1. CuiDando, hoje.....	51
3.2.2. CuiDando, com vista ao futuro.....	53

4.	CUIDANDO 2022: UM REFORÇO DA EFETIVIDADE DA RESPOSTA.....	56
4.1.	PLANEANDO O CAMINHO	56
4.1.1.	Prioridades de intervenção	57
4.1.2.	Objetivos	60
4.1.3.	Estratégias de intervenção	61
4.1.4.	Estratégias de avaliação.....	65
4.2.	REFLETINDO O PERCURSO	68
5.	O CUIDANDO 2030: PERSPETIVAS PARA O FUTURO	82
	NOTA CONCLUSIVA	84
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
	APÊNDICES.....	92
	APÊNDICE A – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES	93
	APÊNDICE B – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO	99
	APÊNDICE C – FICHA DE PRESENCAS	101
	APÊNDICE D – FICHA DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA	103
	APÊNDICE E – MATRIZ DE ENQUADRAMENTO LÓGICO DO PROJETO.....	105
	APÊNDICE F – PLANO ESTRATÉGICO “CUIDANDO 2022”	107
	APÊNDICE G – DOCUMENTO DE CONSENSO	198
	APÊNDICE H – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES REFORMULADO	201
	APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO REFORMULADO	208
	APÊNDICE J – CONTRIBUTOS PARA A SUSTENTABILIDADE	210
	ANEXOS	236
	ANEXO 1 – PROCEDIMENO INTERNO – PROJETO CUIDANDO	237

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Pilares e Objetivos Estratégicos ISJD - 2019-2022	46
Quadro 2: Atividades-chave e Indicadores do Projeto CuiDando.....	50
Quadro 3: Resultados do Projeto CuiDando em 2019.....	52
Quadro 4: Priorização das Áreas de Intervenção.....	59
Quadro 5: Indicadores de Avaliação do Projeto	66
Quadro 6: Resultados da Avaliação Subjetiva das Sessões	69

SIGLAS E ACRÓNIMOS

Siglas

ACS – Alto Comissariado da Saúde

AOE – Atividades Ocupacionais Estruturadas

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CMB – Câmara Municipal de Barcelos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSSJD-B – Casa de Saúde S. João de Deus - Barcelos

ESS – Escola Superior de Saúde

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

ISJD – Instituto S. João de Deus

MGF – Medicina Geral e Familiar

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PII – Plano Individual de Intervenção

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSM – Plano Nacional da Saúde Mental

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCCI-SM – Rede Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

Acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

COVID-19 – Doença por Coronavírus 2019

EQUASS – European Quality in Social Services

INTRODUÇÃO

Durante décadas definida apenas no negativo da doença, entende-se hoje a saúde mental como uma componente integral e essencial da saúde, interdependente da saúde física (Portugal, 2019a), que se concretiza no estado de bem-estar no qual uma pessoa percebe suas próprias capacidades e competências, lida eficazmente com as tensões normais da vida, trabalha de forma produtiva e é capaz de uma contribuição ativa para sua comunidade (OMS, 2018). Fortemente influenciada por fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais, ela constitui um pilar fundamental de saúde pública (Portugal, 2019a).

A doença mental, por sua vez, assume-se como a principal causa de incapacidade e a terceira causa em termos de carga da doença na Europa, é responsável por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis e está associada à mortalidade prematura, vivendo as pessoas diagnosticadas com uma doença mental grave, em média, 20 anos a menos que a população geral (Portugal, 2019b).

Em Portugal, que ocupa um preocupante segundo lugar entre os países europeus, as doenças mentais e do comportamento correspondem a 23,8% dos anos vividos com incapacidade do total de todas as doenças, com quase um quarto (22.9%) das pessoas entrevistadas no último estudo nacional realizado (Almeida [et al], 2013) a reunir critérios de diagnóstico de uma perturbação mental. Esta realidade aporta um significativo impacto económico, representando os custos globais com a saúde mental em Portugal 3.7% do PIB (Portugal, 2019a), entre custos diretos e indiretos.

Contudo, apesar da reconhecida importância da saúde mental no bem-estar e saúde global e do seu impacto transversal na vida das pessoas, nas sociedades e na economia, a evolução das respostas e serviços em Portugal não tem sido capaz de acompanhar a evolução das políticas públicas neste âmbito (Macedo [et al], 2019), persistindo importantes barreiras ao acesso equitativo a respostas adequadas e de qualidade.

Efetivamente, da mesma forma que o próprio conceito de saúde mental evoluiu de um conceito simplista de “ausência de doença” para um constructo multidimensional, complexo e integrado na saúde global das pessoas, também no que se refere às respostas neste âmbito se verificou a necessidade de transição para modelos baseados na comunidade, socialmente inclusivos, privilegiando a continuidade dos cuidados, a

facilidade de acesso sem discriminação e a implicação da comunidade no processo de reabilitação da pessoa com doença mental (Portugal, 2019a).

Importa, assim, o desenvolvimento de projetos comunitários, voltados para as pessoas com doença mental e para as suas reais necessidades e das suas famílias, capazes de os reconhecer como os agentes principais da sua recuperação e integração social. Mais, importa qualificar os projetos que existem no terreno e que demonstram já resultados consolidados e sólidos ganhos em saúde, no sentido de potenciar o seu impacto na vida das pessoas que acompanham, de forma articulada e integrada com as respostas do Serviço Nacional de Saúde. Corresponde, inclusive, esta intervenção às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, nomeadamente às de estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde da comunidade e de contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrando e coordenando Programas de Saúde de âmbito comunitário, na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (Regulamento n.º 428/2018).

Neste sentido, apresenta-se como de suma importância e pertinência a qualificação do projeto CuiDando da Casa de Saúde de S. João de Deus – Barcelos (CSSJD-B) que, com dez anos de trabalho desenvolvido com e para as pessoas com doença mental no concelho de Barcelos, se apresenta hoje muito orientado para o que é a sua operacionalização no imediato, urgindo criar uma visão estratégica que coloque os cidadãos e a família no centro dos seus cuidados, no sentido da sua verdadeira integração comunitária.

Integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária, com vista à obtenção do grau de mestre e especialista em saúde comunitária, o presente Trabalho de Projeto teve assim como objetivo principal *qualificar, numa lógica participada e colaborativa, uma resposta comunitária de intervenção em saúde mental no território de Barcelos – o Projeto CuiDando da Casa de Saúde S. João de Deus – Barcelos*, através da elaboração, numa lógica participada e colaborativa, de um *Documento de Consenso do Projeto CuiDando* e da co-construção do seu *Plano Estratégico*, com base na facilitação de sessões de trabalho, baseadas em instrumentos e metodologias participativas, com a equipa do projeto, com os seus beneficiários e respetivos familiares e parceiros comunitários.

Considerando-os como fundamentais para o desenvolvimento de respostas mais integradas e efetivas em saúde pública, assumiu-se neste Trabalho como estratégia-base de intervenção, o recurso ao Planeamento em Saúde e às Metodologias

Participativas, com vista a assegurar a centralidade das atividades desenvolvidas e dos seus resultados nos beneficiários do Projeto CuiDando, na sua perspetiva e experiência próprias, nas suas necessidades e aspirações.

O presente Relatório encontra-se organizado em dois capítulos, um de natureza teórica e outro de natureza empírica. O primeiro está estruturado em dois pontos, que compreendem uma breve abordagem aos conceitos de saúde e doença mental, seus principais determinantes sociais e impactos individuais, económicos e sociais, e um enquadramento dos principais conceitos associados à saúde e doença mental e aos modelos norteadores das melhores práticas de intervenção na área. O segundo capítulo encontra-se dividido em três pontos: um que se traduz no diagnóstico situacional do projeto, onde é feito um enquadramento organizacional da Casa de Saúde S. João de Deus – Barcelos e do Projeto CuiDando, seus principais dados de atividade, metodologia de intervenção, indicadores, resultados e perspetivas futuras; um que explora de forma cuidada a metodologia utilizada, seu planeamento e definição de prioridade, objetivos e estratégias de intervenção e avaliação; e um último ponto onde se apresentam sugestões de continuidade de intervenção e intervenções futuras, com base no trabalho desenvolvido neste Trabalho de Projeto. Por fim apresenta-se uma breve nota conclusiva.

Tratando-se o presente de um Relatório Crítico de Atividades no âmbito de um Trabalho de Projeto que procurou responder a um problema organizacional prático e concreto, investiu-se neste Relatório numa análise mais profunda da abordagem metodológica utilizada, bem como numa cuidada análise do percurso desenvolvido, apresentadas no segundo capítulo, em comparação com o enquadramento teórico apresentado no primeiro capítulo.

A sua estrutura bem como referências bibliográficas apoiam-se nas *Orientações para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos*, aprovado pelo Conselho Pedagógico da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, em julho de 2013.

CAPÍTULO I

DA DOENÇA À SAÚDE MENTAL: UM COMPROMISSO COM A COMUNIDADE

1. SAÚDE E DOENÇA MENTAL NA COMUNIDADE: UMA QUESTÃO EMERGENTE DE SAÚDE PÚBLICA

O Enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária, atuando no âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, tem como foco da sua atenção a comunidade e a sua intervenção dirige-se aos projetos de saúde dos grupos de pessoas a vivenciar processos de saúde-doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida, designadamente, através do desenvolvimento de programas de capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da sua cidadania (Regulamento n.º 348/2015).

Tal como o conceito de saúde global, que se refere a um completo bem-estar físico, mental e social, também o conceito de saúde mental representa bem mais que a ausência de doença ou perturbação (OMS, 2018), traduzindo-se num conceito complexo e historicamente influenciado pelos contextos sociopolíticos e pela evolução das políticas e práticas em saúde (Gaino [et al], 2018).

Tradicionalmente definida apenas no negativo da doença (Portugal, 2019a), entende-se hoje que a saúde mental se assume como uma componente integral e essencial da saúde, podendo concretizar-se, partindo da conceção de saúde global, no estado de bem-estar no qual uma pessoa percebe suas próprias capacidades e competências, lida eficazmente com as tensões normais da vida, trabalha de forma produtiva e é capaz de uma contribuição ativa para sua comunidade (OMS, 2018), apresentando-se, neste contexto, como uma componente fundamental do bem-estar das pessoas, interdependente da sua saúde física, fortemente influenciada por fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais (Portugal, 2019a).

Representando, assim, bem mais que a mera ausência de doença, a saúde mental é fundamental para nossa capacidade individual e coletiva, enquanto seres humanos, de pensarmos, de nos emocionarmos, interagirmos uns com os outros e desfrutarmos da vida, tornando-se clara, desta forma, a importância de se considerar a sua promoção, proteção e reabilitação como uma preocupação vital das pessoas, comunidades e sociedades em todo o mundo (OMS, 2018), assumindo-se como uma componente central no seio da moderna saúde pública (Herrman [et al], in Pais Ribeiro [et al] 2015). Efetivamente, designando tanto um conjunto de práticas de natureza comunitária e institucional, quanto o ser de cada pessoa em relação com uma dimensão do seu bem-

estar, é natural que se entenda que ela constitui um pilar fundamental de saúde pública (Portugal, 2019a), tendo vindo a ser constantemente referida e destacada, desde o projeto “As Metas da Saúde para todos no ano 2000” e do “Relatório Mundial de Saúde de 2001”, ao “Plano Nacional de Saúde 2004-2010” e o “Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016”, como objeto prioritário de estudo e intervenção do âmbito da saúde pública (Pais Ribeiro [et al] 2015).

Este percurso revela a transformação referida por Alves e Rodrigues (2010) das políticas em saúde e a progressiva adoção de uma perspetiva de saúde pública global, que não se reduz à mera provisão de financiamento para cuidados médicos, mas antes a considera numa perspetiva abrangente, que assume os determinantes sociais da saúde como aspeto central da intervenção.

1.1. SAÚDE MENTAL: UM CONCEITO MULTIDIMENSIONAL

Enquadrando esta conceção de saúde e de saúde mental no seu devido contexto histórico, podemos deixar de lado a discussão intensa decorrida ao longo dos anos 60 sobre a controversa noção de *absoluto bem-estar*, para nos focarmos na visão multidimensional que este enquadramento encerra em si mesmo, transpondo o paradigma profundamente biomédico de entendimento de saúde como ausência de doença, e focando, para efeitos de leitura deste trabalho, na noção de produção social de saúde, que inclui no seu conceito aspetos sociais, económicos, culturais e ambientais, entendendo a doença mental para além do diagnóstico de uma perturbação e a pessoa com doença mental enquanto um ser capaz de equilíbrio, de participar ativamente na sua comunidade, trabalhar, e aspirar e desenvolver o seu potencial máximo com qualidade de vida (Gaino [et al], 2018), detentor de direitos e de aspirações.

Partindo deste pressuposto, e de que são vários, então, os fatores sociais, psicológicos e biológicos que determinam o nível de saúde mental de uma pessoa (OMS, 2018) o conhecimento destes determinantes sociais e económicos da saúde mental apresenta-se como de suma importância, na medida em que pode ser integrado na formulação de políticas numa perspetiva de Saúde Pública, contribuindo para melhorar a saúde mental das populações e reduzir a carga global de doença (Alves e Rodrigues, 2010) associada às perturbações mentais.

Indo ao encontro do preconizado pela Direção Geral de Saúde (George, 2014) ao afirmar que, dado se estimar que 70% dos determinantes em saúde se encontrem fora do setor específico da saúde, será fundamental que eles sejam tidos em conta e devidamente ponderados e considerados nos Planos e Programas que visam a criação de valor, ou seja, a obtenção de ganhos em saúde, consubstanciados por processos centrados nos cidadãos e nas cidadãs, onde a liderança em enfermagem e o trabalho em equipa multidisciplinar se constituam cada vez uma realidade em (co)construção.

Com efeito, conhecer os determinantes sociais, reconhecer o seu efeito na saúde mental das populações e perceber os seus mecanismos de atuação reveste-se de uma ainda maior importância, quando consideramos que as desigualdades encontradas no padrão de saúde mental, entre diferentes pessoas e populações, estão fortemente associadas aos determinantes de saúde (Oliveira, 2020), sendo cerca de 90% das condições de saúde mental determinada por fatores sociais e ambientais (Sederer, in Oliveira, 2020).

Neste alinhamento, para Caldas de Almeida (in Portugal, 2020a), o progresso no conhecimento científico em saúde mental abriu portas para uma nova abordagem à natureza e às causas dos problemas de saúde mental marcado pela compreensão:

- a) de como os fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais se combinam para influenciar a saúde mental;
- b) de quão inseparáveis são a saúde mental e a saúde física e de como é complexa e profunda a influência de uma sobre a outra.

Com maior influência que os fatores genéticos e biológicos, os fatores de ordem económica e social assumem-se como importantes determinantes da saúde mental da pessoa, contribuindo para o seu padrão de saúde mental e bem-estar psicológico o contexto social e económico específico em que vive, nomeadamente o seu nível de rendimento e pobreza, a diferente exposição a eventos adversos ao longo da vida, como violência interpessoal ou emergências humanitárias, bem como as condições específicas de vulnerabilidade e resiliência que estes contextos e exposição produzem (OMS e FCG, 2014).

Em perfeita sintonia com estas conclusões, numa recente revisão bibliográfica sobre o tema, Oliveira (2020), verifica o profundo alinhamento dos principais determinantes da saúde mental encontrados nos autores que consulta também com os avançados por Alves e Rodrigues (2010) e os identificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), e de que se destacam a violência e as pressões socioeconómicas persistentes, as rápidas mudanças sociais, condições stressantes de trabalho, discriminação de

gênero e exclusão social, estilos de vida pouco saudáveis, problemas de saúde física e violações dos Direitos Humanos.

Seguindo o modelo proposto por Lund [et. al.] (in Portugal, 2019a), poderíamos dizer que os determinantes sociais da saúde mental englobam cinco domínios-chave – demográfico, económico, habitacional, ambiental e social/cultural – que integram entre si, influenciado e sendo influenciados pelas vivências e experiências da pessoa.

Nesta mesma perspetiva de visão integrada do ser humano no seu contexto, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) vêm trazer uma ênfase renovada na implementação de uma abordagem de saúde pública à problemática da saúde mental, não se focando apenas nas necessidades das pessoas com doença mental, mas também nos determinantes da saúde mental, tradicionalmente externos ao âmbito de intervenção da saúde, propondo a nova Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, para além da redução das desigualdades no acesso a cuidados para as pessoas com problemas de saúde mental, um particular investimento na melhoria da saúde mental das populações e na redução dos problemas de saúde mental na carga global da doença (Portugal, 2019a).

Poderemos assim, partindo da conceção de que os determinantes em saúde são as diferentes condições que influenciam e afetam o estado de saúde individual, familiar ou comunitário (George, 2014), considerar consensual que, dos diferentes determinantes em saúde identificados, para além de fatores individuais como a existência de doenças crónicas e outras comorbilidades ou o consumo abusivo de drogas, os seguintes se apresentam como os determinantes sociais de maior relevo no domínio da saúde mental (Llobet [et al], 2020; Oliveira, 2020; Portugal, 2019a; OMS, 2018; OMS e FCG, 2014; Alves e Rodrigues, 2010; Fryers [et al], 2005; Patel e Kleinman, 2003):

a) **O ambiente familiar e as experiências pré-natal e na primeira infância**

Circunstâncias adversas numa fase precoce, nomeadamente a gravidez, podem condicionar défices no desenvolvimento fetal (designadamente o consumo de substâncias nocivas, stress ou depressão materna) e ter um importante impacto negativo na saúde das crianças com implicações a longo prazo, gerando um círculo vicioso em que, por exemplo, comportamentos abusivos de substâncias por parte dos pais estão relacionados com fenómenos de violência familiar, ou doença mental diagnosticada em mães (nomeadamente psicose ou depressão) com o risco de parto pré-termo, desnutrição ou outros problemas de desenvolvimento infantil.

Outros fatores como experiências negativas, comportamentos abusivos ou abusos e perdas conduzem a um impacto negativo no padrão de saúde mental e bem-estar psicológico individual.

Por outro lado, o estabelecimento de relações afetivas saudáveis com os elementos de referência familiar desde uma fase precoce é um importante catalisador do nosso saudável desenvolvimento psicológico e intelectual e de uma adequada regulação emocional.

A interação e as experiências que vivemos durante a primeira infância estão, assim, intimamente relacionadas com o desenvolvimento de mecanismos de *coping*, de expressão e regulação emocional e de interação pessoal e, portanto, com a nossa maior proteção ou vulnerabilidade para a doença ou perturbação mental.

b) O nível educacional

Apesar de o mecanismo por detrás desta associação não ser consensual nos diferentes estudos realizados, são vários os que vêm demonstrando a influência do nível educacional no padrão de saúde mental das pessoas, verificando-se uma importante relação inversa entre o nível de educação e a existência de uma doença mental.

Efetivamente, a falta de acesso à educação ou a oportunidades efetivas de estudo, a falta de prevenção e o abandono escolar precoce parecem conduzir a uma maior vulnerabilidade à doença ou perturbação mental.

Isto, porque se considera que um maior nível de educação permitirá antever uma maior capacidade de acesso a empregos mais bem remunerados, melhores condições de habitação e uma maior inclusão social e, a contrapeso, um nível educacional baixo poderá constituir-se como um marcador de condições adversas na infância, de um nível socioeconómico baixo ou estar associado a outros fatores negativos como o desemprego, a pobreza e exclusão social, que se constituem como barreiras acrescidas ao acesso a cuidados de saúde especializados.

c) O rendimento, a existência de dívidas e a pobreza

Numa perspetiva integrada, a pobreza refere-se à falta de meios (sociais, económicos, educacionais), traduzindo-se, do ponto de vista epidemiológico, por um baixo nível socioeconómico e educacional, pela falta ou más condições de habitação, abrigo ou de alimentação adequada, desemprego e baixa coesão familiar ou liberdade de escolha e ação.

Efetivamente, estando a privação socioeconómica intimamente ligada ao risco de desenvolver doença mental, sabe-se hoje que grupos socioeconomicamente mais vulneráveis têm o dobro do risco de ter problemas de saúde mental face a pessoas de grupos mais privilegiados, verificando-se uma maior prevalência dos problemas de saúde mental mais comuns, como depressão e ansiedade, em pessoas de níveis socioeconómicos mais baixos, principalmente com menor nível de escolaridade e maior privação material/desemprego. Em Portugal temos também assistido à consolidação deste fenómeno, estando a depressão, não só mais concentrada nas pessoas mais pobres e com menor educação, como também é progressivamente mais prevalente à medida que descemos cada degrau do estatuto socioeconómico.

Uma das principais explicações para o mecanismo desta associação, a da causalidade social, enquadra-a na relação próxima entre o baixo nível socioeconómico e a maior adversidade ambiental, designadamente acontecimentos de vida stressantes, menor qualidade de cuidados maternos ou escassos recursos sociais.

Por outro lado, a teoria da seleção social, inverte o polo desta relação. Nesta perspetiva, ao invés das condições socioeconómicas conduzirem a pessoa a experimentar fatores de risco para o desenvolvimento de uma doença mental, é a doença mental, pelas limitações que implica na vida da pessoa, e que podem repercutir-se em níveis inferiores de escolaridade, qualidade de emprego e remuneração ou maior vulnerabilidade das relações familiares, isolamento e exclusão social, que conduz a pessoa a níveis socioeconómicos mais baixos. Nesta perspetiva, ao considerar estes fatores como preditivos de um mau prognóstico relativamente ao *outcome* da doença mental, a pobreza assume-se não só como um fator de risco para o desenvolvimento de uma doença mental, como, simultaneamente, contribui para o seu pior prognóstico.

A pobreza constitui-se ainda como um dos mais importantes entraves ao acesso a cuidados de saúde, quer primários, quer especializados em saúde mental, compreensivos, culturalmente apropriados e adequados às necessidades da pessoa.

d) A incerteza e instabilidade no emprego e o desemprego

O desemprego está, na sua globalidade, associado a maiores níveis de doença e mortalidade precoce. À incerteza, insegurança ou instabilidade laboral, e à vulnerabilidade que a perda de emprego representa, associam-se frequentemente a baixa autoestima, o *mobbing* e alterações de autoconceito,

particularmente em contextos de falta de suporte social, nos quais a situação de desemprego pode levar à pobreza. Assim, se, por um lado, a estabilidade laboral e a satisfação com o trabalho estão associadas a melhores níveis de saúde mental e de bem-estar, a incerteza e instabilidade relacionam-se com taxas mais elevadas de ansiedade e depressão e com maior risco de suicídio.

Para além do impacto no autoconceito da pessoa, o desemprego pode ainda representar um aumento do estigma social, diminuição do contacto social, menor satisfação com a vida e perda de rendimento que podem afetar o bem-estar psicológico, agravados porque para além da perda ou instabilidade de rendimento, a pessoa pode passar a enfrentar um aumento significativo das suas despesas em saúde.

e) **As condições habitacionais e de urbanização**

A boa qualidade das condições habitacionais não só promove segurança e abrigo físico e psicológico, como espelha o nível de segurança mais global que a pessoa possui (social, económica, física e psicológica), sendo por vezes referida como um dos melhores indicadores do nível socioeconómico da pessoa. Têm sido encontradas associações positivas entre viver em meios mais urbanizados e citadinos e o risco de desenvolvimento de uma doença mental, associando-se fatores como maior stress no dia-a-dia, enfraquecimento de relações familiares e de vizinhança, estilos de vida menos saudáveis e uma maior exposição a violência.

Também as pessoas em situação de sem-abrigo se encontram, por estas razões, expostas a um maior risco de doença, mental e outras, e de mortalidade prematura.

f) **Instabilidade e exclusão social, discriminação e estigma**

A exclusão social, muitas vezes motivada pelo desemprego, discriminação e estigmatização a que podemos ser sujeitos, pelas múltiplas vulnerabilidades a que conduz, constitui-se como um importante fator preditor de um aumentado risco de desenvolvimento de doença mental e mortalidade prematura.

Quando enfrentamos uma situação limite destas, uma multiplicidade de outros fatores de risco é ativada e amplificada, como a nossa capacidade de aceder a bens essenciais, a uma habitação condigna e a níveis adequados de educação, mas também a um ambiente de vida e de relacionamento positivo e saudável e, mesmo, ao exercício da nossa cidadania ativa e dos nossos Direitos Fundamentais.

Com efeito, pessoas com algum tipo de incapacidade, em situação de sem abrigo, migrantes ou integrantes de algum grupo minoritário, tal como pessoas institucionalizadas (particularmente crianças provenientes de ambientes familiares destruídos ou pessoas com doença mental) encontram-se numa situação de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma doença mental, quando comparadas com pessoas que integram grupos socialmente mais privilegiados.

Do mesmo modo, também pessoas sujeitas a diversas formas de discriminação e violência, seja relacionada com género, estigma, marginalização, abuso ou *bullying* apresentam uma prevalência superior de doenças mentais.

Ainda, tendo o género influências sobre diferentes determinantes de saúde, como a posição socioeconómica, o acesso a educação e a recursos sociais e a vulnerabilidade à violência, e pese embora a prevalência global da doença mental não seja diferentes entre homens e mulheres, as mulheres apresentam um risco duas vezes superior ao dos homens de desenvolver uma perturbação mental comum, como depressão, perturbação da ansiedade ou risco de suicídio.

g) Acontecimentos de vida stressantes, a insegurança e desesperança

Tal como nas situações de instabilidade social, discriminação e violência, ou na instabilidade face ao rendimento e emprego, também as situações de catástrofe natural ou conflito a que milhões de pessoas estão sujeitas no mundo, bem como situações de abuso infantil, violência (familiar, conjugal, em situação de conflito ou guerra), doenças crónicas ou lesões incapacitantes constituem vivências potencialmente traumáticas capazes de produzir efeitos altamente negativos no padrão de saúde mental e bem-estar psicológico, estando fortemente relacionados com um elevado risco de depressão, perturbação de ansiedade e de stress pós-traumático e suicídio.

Do mesmo modo, também a perda dos laços familiares, de vizinhança e de proximidade, a desesperança e o sentimento de incapacidade individual contribuem para a formação de um círculo vicioso que predispõe a pessoa a situações de maior vulnerabilidade, por um lado, e diminuindo a sua capacidade de procurar e conseguir apoio e suporte, por outro, resultando numa maior deterioração social e risco de pobreza global.

h) O contexto cultural

Considerando-se os próprios conceitos de saúde e de doença mental conceitos complexos e historicamente influenciados pelos contextos sociopolíticos e

culturais, para além do contexto social, também o contexto cultural se assume, necessariamente, como um determinante social da saúde mental.

Desde logo, porque o contexto cultural em que vivemos contribui sobremaneira para o enquadramento de diferentes patologias, nomeadamente do foro mental, e para a definição do que é considerado “normal” e “aceitável” e daquilo que é considerado “patológico” e, portanto, “doença” ou “doença mental”. E depois porque, simultaneamente, a cultura influencia o padrão individual e comunitários de ativação de recursos de apoio e procura de ajuda, designadamente pela sua forte relação com as representações sociais, o estigma e o preconceito a que muitas vezes se associam as doenças mentais.

Por fim, o ambiente cultural em que nos desenvolvemos pode ainda predispor, precipitar ou perpetuar uma doença mental através da propiciação de diferentes tipos de personalidade mais vulneráveis, pela criação e cristalização de acontecimentos e papéis de vida stressantes, relações familiares tóxicas ou abusivas ou outras práticas culturais menos saudáveis ou padrões de comportamento demasiado rígidos.

Para além de compreendermos, pelo exposto, a razão pela qual se considera hoje que a grande maioria das perturbações mentais é determinada por fatores de ordem social e ambiental, acredita-se que fica de igual modo demonstrada e patente a forma como estes diferentes fatores, consensuais entre os diversos autores que os estudam, se relacionam, estão interligados e são interdependentes.

De facto, nesta relação multidimensional da saúde e da doença mental, podem também antever-se os impactos da doença mental na vida das pessoas e das comunidades e a dificuldade de se quebrar com o círculo vicioso de exclusão e deterioração a que muitas vezes as pessoas com doença mental são conduzidas, com poucos ou nenhuns recursos individuais, familiares ou comunitários para lhe fazer face, revelando-se, desta forma, como um dos mais prementes desafios da saúde pública atual.

1.2. DOENÇA MENTAL: UMA PRIORIDADE ADIADA

A doença mental constitui-se hoje como um importante problema de saúde pública, com impacto significativo na vida as pessoas, nas sociedades e na economia, assumindo-se como a principal causa de incapacidade e a terceira causa em termos de carga da

doença na Europa, sendo responsável por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis (Portugal, 2019b), concretamente, por 7,1% dos anos de vida ajustados à incapacidade e por 21,2% dos anos vividos com incapacidade (Portugal, 2019a; OMS, 2016).

A maioria das pessoas é afetada por um problema de saúde mental ao longo da sua vida, que pode ir desde um episódio ligeiro de depressão ou ansiedade – permitindo a continuação da atividade produtiva, embora com perdas de produtividade e absentismo – a condições mais graves, com consequências em termos de incapacidade. Em 2015 estimava-se que cerca de 110 milhões de pessoas viviam com alguma perturbação mental na Europa, correspondendo a 12% da população, número que aumenta para 137 milhões (15%) se foram incluídas perturbações associadas ao consumo de substâncias e, muito mais, se incluídas perturbações neurológicas como as demências (Portugal, 2019a).

E se na Europa, de forma generalizada, a prevalência das doenças mentais é um importante desafio de saúde pública, em Portugal a situação é ainda mais preocupante, ao considerarmos que quase um quarto (22.9%) das pessoas entrevistadas no Estudo Nacional de Saúde Mental (Almeida [et al], 2013) reunia critérios de diagnóstico de uma perturbação mental, verificando a prevalência significativamente superior à identificada na Europa e que coloca Portugal num preocupante segundo lugar entre os países europeus (Portugal, 2019b) correspondendo às doenças mentais e do comportamento 23,8% dos anos vividos com incapacidade do total de todas as doenças.

A depressão, que constitui 4,3% da carga global de doenças e está entre as maiores causas de incapacidade em todo o mundo e 11% de todos os anos vividos com incapacidade globalmente (Portugal, 2019b), afeta 10% dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por 14.628 anos potenciais de vida perdidos, assumindo a demência assume uma frequência de 20,8 por cada 1000 habitantes, colocando Portugal no 4.º lugar entre os países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) com mais casos por cada 1000 habitantes, ocupando o 5º lugar no que respeita ao consumo de medicamentos antidepressivos (Portugal, 2019a).

Altamente prevalentes, as perturbações mentais, para além de fortemente associadas à incapacidade, conforme explanado, apresentam simultaneamente uma importante relação com a mortalidade prematura, vivendo as pessoas diagnosticadas com uma doença mental grave, em média, 20 anos a menos que a população geral (Portugal, 2019b). O Observatório Português dos Sistemas de Saúde, avança, a título de exemplo,

no seu Relatório de Primavera 2019 (Portugal, 2019b), a probabilidade de 40 a 60% superior que as pessoas com depressão major ou esquizofrenia enfrentam de morrer prematuramente devido a problemas físicos de saúde (como cancro, doenças cardiovasculares ou diabetes), muitas vezes não tratados, quando comparados com a população em geral.

As consequências económicas associadas a estas perdas são igualmente significativas e alarmantes, estimando-se que os custos globais dos transtornos mentais, incluindo custos diretos e indiretos, através de cuidados e perda de produtividade, ultrapassam os 450 mil milhões de euros por ano na União Europeia (OMS, 2016) e que o seu impacto global cumulativo em termos de perdas de produção económica significará cerca de 15 mil milhões de euros entre 2011 e 2030 (OMS, 2013a).

Efetivamente, no seu relatório anual "*Health at a Glance*" em 2018 (OCDE, 2018), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, com referência a estimativas de 2015, avançava que os custos globais com a doença mental na União Europeia eram superiores a 60 mil milhões de euros, representando mais do que 4% do Produto Interno Bruto (PIB) destes países. Destes, 190 mil milhões correspondiam a custos diretos do sistema de saúde, 170 mil milhões a programas de segurança social e 240 mil milhões a custos indiretos da doença. Praticamente a mesma proporção é mantida quando atentamos aos custos globais da saúde mental em Portugal, que correspondem a 6,6 mil milhões de euros, 3,7% do PIB. Destes, 2 mil milhões traduzem-se em custos diretos com o sistema de saúde, investidos na prevenção, deteção, tratamento e reabilitação da doença mental, incluindo despesas com medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, hospitalizações, consultas, cuidados de reabilitação, cuidados comunitários e de longa duração, entre outros. Para além destes, 1,7 mil milhões correspondem a custos diretos com benefícios sociais destinados a pessoas com doença mental e, por fim, 2,9 mil milhões de euros traduzem-se em custos indiretos no mercado de trabalho, relacionados com perdas de emprego, de produtividade ou absentismo.

Conseguimos perceber, desta análise realizada pelo Conselho Nacional de Saúde (Portugal, 2019a) que, no caso particular da saúde mental, os custos indiretos são realmente expressivos, correspondendo em Portugal a cerca de 44% dos custos globais estimados (uma percentagem superior à da União Europeia de 40%), sendo superiores aos custos diretos com os cuidados de saúde. Ainda, se somados os custos indiretos e os custos diretos com benefícios sociais, pode perceber-se que estes representam

quase 70% dos custos globais da doença (superiores aos 68% da União Europeia), face a 30% de custos efetivos associados a cuidados de saúde.

Alerta ainda o mesmo Conselho (Portugal, 2019a) que, apesar de avultados, importará considerar que estas estimativas deixam de fora os custos associados a doenças físicas e acidentes relacionados com os problemas de saúde mental, diminuição das oportunidades de emprego e de perda de produtividade de cuidadores informais, por exemplo, pelo que se devem considerar estas estimativas como conservadoras e subestimadas.

Da mesma forma que o próprio conceito de saúde mental evoluiu de um conceito apenas compreendido no negativo de doença para um conceito multidimensional, complexo e integrado na saúde global da pessoa, também a conceção quanto às melhores respostas no âmbito da saúde mental evoluíram das tradicionais respostas institucionais (depois de várias décadas em que a resposta asilar – denominada manicómio – se constituía como o único instrumento existente em Portugal) para uma noção de necessidade de transição para modelos baseados na comunidade, socialmente inclusivos, privilegiando os cuidados ambulatoriais que assegurassem a continuidade dos cuidados, a facilidade de acesso sem discriminação e a implicação da comunidade no processo de reabilitação da pessoa com doença mental (Portugal, 2019a).

Esta nova visão de descentralização e democratização dos cuidados em saúde mental, pese embora sucessivamente interrompida, adiada ou bloqueada, motivou, particularmente desde a década de 90, uma importante evolução ao nível das políticas em saúde mental em Portugal (Santos e Santos, 2020; Portugal, 2019b), de que se destacam:

- a) a nova Lei da Saúde Mental (Lei 36/98, de 24 de julho), em 1998, que passou a regular o internamento compulsivo e a determinar que a prestação de cuidados fosse promovida prioritariamente ao nível da comunidade, valorizando unidades de reabilitação e estruturas residenciais especializadas e estruturas de formação e reinserção profissional;
- b) a criação da Comissão Nacional para a Saúde Mental em 2006, com o objetivo de, para além de averiguar a situação da prestação de cuidados de saúde mental, criar um Plano de Reestruturação e desenvolvimento destes serviços;
- c) o Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2016 (PNSM), derivado do trabalho da Comissão constituída e aprovado em 2008, em linha com as orientações da OMS e de outras organizações internacionais com ação na saúde mental;

- d) a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (RNCCI-SM), em 2010, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados criada em 2006, numa lógica de integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, alargando assim o âmbito da sua intervenção à área específica da saúde mental.

Contudo, apesar destes importantes marcos e da reconhecida importância da saúde mental no bem-estar e saúde global das pessoas e do seu impacto transversal na sociedade, ela continua a não receber a atenção e investimento merecido por parte das políticas de saúde e das comunidades (Santos e Santos, 2020; Portugal, 2019a), persistindo importantes desafios sem resposta, como sejam as transformações demográficas e as desigualdades, as barreiras à reforma dos cuidados de saúde mental e a ausência de respostas da comunidade, a equidade do acesso aos serviços de saúde e a urgência de combater o estigma e a discriminação a que estão ainda sujeitas as pessoas com doença mental. Apesar de ter sido consensualmente bem elaborado e de ter traçado objetivos precisos para levar a cabo uma reforma séria dos cuidados de saúde mental em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Mental deparou-se com inúmeros obstáculos que impossibilitaram a sua implementação plena, perdendo-se a oportunidade de reforma integrada que prometia, em linha com as orientações da Organização Mundial da Saúde e de outras organizações internacionais (Portugal, 2019a).

De facto, no momento da sua elaboração, reconhecia-se que apenas uma pequena parte das pessoas com problemas de saúde mental tinha acesso a serviços públicos especializados, que a maior parte dos recursos se concentrava nas grandes cidades de Lisboa, Porto e Coimbra e que os restantes serviços funcionavam apenas parcialmente, continuando os internamentos a consumir a maioria (83%) dos recursos disponíveis neste âmbito (Santos, 2020).

Infelizmente estes problemas de acessibilidade a cuidados especializados pela população, agravados pelos problemas identificados no PNSM 2007-2016 relacionados com a continuidade dos cuidados, marcados pelo longo intervalo entre a alta do internamento e a primeira consulta subsequente ou a elevada taxa de reinternamentos antes dessa mesma consulta, persiste até hoje, quase 15 anos volvidos.

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental, em 2010, prometeu, uma vez mais, grandes expectativas nos serviços e respostas de saúde mental, particularmente junto daqueles que deles iriam usufruir e dos seus familiares e

cuidadores, contudo, embora legisladas, as unidades e equipas previstas foram consecutivamente adiadas, começaram a ser implementadas no terreno apenas no ano de 2017 e através de algumas experiências piloto (Santos e Santos, 2020), mantendo-se hoje esta oferta drasticamente insuficiente face às necessidades existentes, e muito assimétrica (Portugal, 2019a).

De qualquer forma, e pese embora a saúde mental nunca tenha sido capaz de se assumir como uma efetiva prioridade de saúde em Portugal, apesar do impacto da doença mental na qualidade de vida e bem-estar das pessoas e comunidades e dos custos diretos e indiretos que implicam, a criação da RNCCI-SM, juntamente com as restantes políticas públicas e da saúde desenvolvidas ao longo das últimas duas décadas, deve representar, de alguma maneira, uma esperança para a Saúde Mental em Portugal, reafirmando a tendência de descentralização dos cuidados para a comunidade, focada na qualidade e adequação dos serviços prestados às pessoas com doença mental, tendo como principal linha orientadora a sua participação ativa, informada e efetiva nos seus processos de tratamento e recuperação (Santos e Santos, 2020).

2. DA DOENÇA MENTAL À PESSOA COM DOENÇA MENTAL: A INEVITABILIDADE DAS RESPOSTAS INTEGRADAS

Da mesma forma que ao longo das últimas décadas assistimos a um esforço global de passar a entender, definir e abordar a saúde mental para além da ausência de doença mental, importa agora continuar a investir esforços em deixar de abordar a doença mental como o foco principal de qualquer intervenção especializada, e antes focar a nossa ação concertada numa perspetiva mais integrada e compreensiva da pessoa com doença mental.

Com efeito, hoje compreende-se que a doença mental não se opõe tão pouco à saúde mental, que uma situação de patologia pode conviver com boa ou má saúde mental e que o sofrimento psicológico ou uma má saúde mental, para além de se constituírem como condições que necessitam de uma resposta específica, assumem-se, de igual forma, como determinantes modificáveis do risco para o desenvolvimento de problemas mentais. Já não servem as dicotomias entre a mente e o corpo como quadro de referência, sendo urgente a identificação de respostas capazes de sínteses criativas, pragmáticas e avaliáveis, em que, num sistema complexo, as estruturas da saúde interajam com outras estruturas das mais variadas naturezas, como a educação, o trabalho, a habitação, a cultura, o desporto ou o ambiente (Portugal, 2019a).

Emerge, assim, a necessidade cada vez mais premente de que as políticas da saúde mental se foquem no desenvolvimento de serviços e respostas de saúde mental na comunidade, dado que a intervenção comunitária nesta área de ação não contribui apenas para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde pelas pessoas com doença mental, diminuindo o *gap treatment* reconhecido e denunciado desde 1990 por diversas instituições europeias, como contribui de forma determinante para uma efetiva adesão ao tratamento, à diminuição do estigma e proteção dos direitos humanos, facilitando a intervenção precoce e a reabilitação psicossocial, através da colaboração integrada dos serviços sociais e dos cuidados de saúde primários e uma visão mais compreensiva e holística da pessoa com doença mental, do seu estado de saúde e enquadramento psicossocial (Portugal, 2019b).

Importa, ainda, de acordo com o explanado anteriormente, reconhecer a forma como a saúde mental e os seus problemas são determinados pelas condições sociais e ambientais, para que a abordagem à saúde mental não se limite à abordagem tradicional do setor da saúde e garantir um maior investimento nas organizações de base

comunitária, considerando o seu forte potencial de reforçar a prestação de cuidados comunitária em saúde mental (Portugal, 2019a).

Apesar da evolução de políticas públicas dos últimos anos e das iniciativas crescentes de prevenção da doença e de promoção da saúde mental destinadas à população em geral, assiste-se ainda a uma intervenção direcionada a pessoas com doença mental muito focada na estabilização sintomática em contexto hospitalar, culminando na alta, o que coloca em causa a eficiente gestão do seu processo de saúde-doença e manutenção da sua qualidade de vida na comunidade.

O Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 (OMS, 2013a) preconiza, neste mesmo sentido, que se considere, em todas as políticas e estratégias definidas e implementadas, a necessidade de promover os direitos humanos, combater a estigmatização, capacitar as pessoas com doença mental, suas famílias e comunidades e que atuem sobre os principais riscos modificáveis para a doença mental, promovendo, também, a sensibilização pública sobre saúde mental.

Em alinhamento com este, o Plano Nacional de Saúde Mental 2017-2016, na sua proposta de extensão a 2020, orienta para que se associem programas e estratégias que visem a promoção da recuperação e bem-estar de pessoas com problemas de saúde mental, eliminando a discriminação e as barreiras à sua participação no trabalho, na educação e na vida social, traduzindo-se numa abordagem particularmente importante para reduzir as desigualdades nos fatores de risco psicossocial e no acesso aos serviços de saúde mental (Portugal, 2017).

Contudo, e apesar de o Plano Nacional de Saúde Mental preconizar a adoção de um modelo organizativo em que a prestação de cuidados de saúde mental seja baseada na comunidade, em articulação com os hospitais gerais, com os cuidados de saúde primários e com os cuidados continuados (Portugal, 2019a), o sucesso da reorganização da rede hospitalar em saúde mental (particularmente com a transferência da maioria dos internamentos psiquiátricos para hospitais gerais), a insuficiente resposta de uma rede de cuidados continuados em saúde mental ainda mantém um número elevado de doentes de longa duração em internamento hospitalar (Portugal, 2017).

Concomitantemente, as dificuldades de articulação entre os serviços de saúde mental e os cuidados de saúde primários ainda são uma realidade e a prestação de cuidados continuados em saúde mental ainda é muito limitada e assimétrica dado que, apesar de prevista para 2019, a criação de equipas comunitárias de saúde mental em cada região de saúde ainda não se tornou uma realidade, sendo necessário expandir rapidamente

as respostas nesta área, orientadas pelos princípios da universalidade e equidade (Portugal, 2019a).

No seguimento da conceção de saúde mental antes explorada, bem como dos seus principais determinantes sociais e aspetos psicossociais, é cada vez mais indispensável a assunção da pessoa como um todo, à luz do conceito de saúde global, colocando-a no centro de todos os processos que lhe digam respeito, garantindo que se assume como o agente principal dos cuidados e que é capaz de lhes aceder de forma eficiente e efetiva. Ao entendermos a saúde mental como mais que a ausência de doença e aos diferentes agentes influenciadores e determinantes da saúde mental, facilmente compreendemos que intervir eficazmente na doença mental extravasa largamente o simples diagnóstico e compensação clínica da pessoa com doença mental, e a importância de entender *a pessoa para além da doença*. De facto, viver com problemas de saúde mental implica várias áreas da nossa vida pessoal, familiar e profissional, sendo fundamental um tratamento, seguimento, acompanhamento, reabilitação e apoio social adequados, direcionados quer à pessoa que vive com uma doença mental, quer aos seus familiares e cuidadores, para que estes possam ter uma participação plena na sociedade, no mercado de trabalho e na sua vida familiar (Portugal, 2019a).

Este importante constructo, cada vez mais presente nas diversas abordagens, orienta os profissionais e as intervenções para uma prática interdisciplinar, em que a tónica da intervenção se foca menos na incapacidade ou no motivo de incapacidade da pessoa e muito mais na promoção da sua autonomia e funcionalidade e na construção de uma nova realidade e experiência de vida, com independência e qualidade.

2.1. DA INCAPACIDADE À AUTONOMIA E FUNCIONALIDADE

Neste paradigma, a doença mental não se enquadra na ausência de saúde ou em um não valor, mas antes como um resultado de fenómenos negativos de alteração de três domínios fundamentais (Sequeira e Sampaio, 2020):

- a) **integração:** ao longo de toda a vida, de forma progressiva e ininterrupta, todos os nossos sistemas, do mais simples ao mais complexo se vão desenvolvendo, evoluindo e integrando. Mesmo numa situação de doença ou desintegração dos nossos sistemas neurofisiológicos, fenómenos da vida afetiva e intelectual, continuamos a funcionar, apenas de uma forma diferente. Assim, a doença não

se apresenta como a ausência de saúde (de funcionamento), mas como um funcionamento diferente e que importa reconhecer e equilibrar.

- b) **adaptação:** entendendo a saúde mental como a interação da pessoa com o seu contexto, a adaptação traduz-se na relação entre a pessoa, as suas representações mentais e atividades e o contexto que a rodeia, na forma como é por ela percebido. A doença mental não se apresenta, assim, como a ausência de saúde (ou de absoluta capacidade de adaptação), mas antes como uma dificuldade de adaptação coerente, conveniente e consciente ao mundo percebido, que importa reforçar e suportar.
- c) **autonomia:** a doença mental é entendida, neste contexto, como a ausência parcial de funcionamento independente da pessoa, conduzindo muitas vezes à errada percepção da pessoa com doença mental como alguém que perdeu completamente a sua autonomia para decidir de forma independente de acordo com os seus valores.

Esta visão, implica uma compreensão de **Autonomia** como um conceito relacional, num processo de construção conjunta com o outro, de *coprodução* de vida, considerando que, enquanto seres de relação profundamente influenciados pelas relações, positivas e negativas, que desenvolvemos, e pelo meio ambiente e contexto histórico, político e social em que crescemos e vivemos (Chemela, 2018), as nossas escolhas nunca serão puramente individuais e dependem do cenário e das relações que as possibilitam, libertam ou constroem (Silva e Andrade, 2018).

Refere-se assim a autonomia, segundo os mesmos autores, à nossa capacidade individual de lidar com estas redes de relações e dependências, estando por isso intimamente vinculada ao exercício da nossa cidadania e capacidade de reconhecer e reivindicar os nossos direitos, ampliando a nossa capacidade de assumirmos a nossa responsabilidade pela nossa própria vida, num exercício constante de emancipação de qualquer situação que nos faça sentir limitados ou vulneráveis.

O conceito de autonomia sugere, então, a capacidade percebida para controlar, lidar com situações e tomar decisões sobre a vida, de acordo com as próprias regras e preferências individuais (OMS, in Chemela, 2018). Citados pela mesma autora, e no mesmo sentido da conceção da Organização Mundial de Saúde, Cordo (in Chemela, 2018) aponta como objetivos a constar nos projetos de reabilitação de pessoas com doença mental favorecer o desenvolvimento de estratégias que permitam à pessoa enfrentar o seu meio, procurar o seu melhor estado de saúde e melhorar o seu desempenho funcional para além das suas capacidades residuais, enquanto que Proot

[et. al.] (in Chemela, 2018) identifica três dimensões, interrelacionadas, essenciais à autonomia:

- a) **autodeterminação:** que se refere à capacidade da pessoa com doença mental para fazer escolhas e tomar decisões relativamente à sua vida e saúde;
- b) **independência:** que inclui aspetos do domínio físico, psicológico e social e as questões relacionadas com o planeamento e organização da própria vida;
- c) **autocuidado:** que envolve capacidades, como a mobilidade e cognição, e as atividades de vida diária necessárias ao seu funcionamento saudável.

Torna-se, desta forma, imperativo o desenvolvimento de ações com vista ao desenvolvimento de capacidades e competências das pessoas com doença mental neste domínio, que respeitem a sua singularidade e liberdade, e que proporcionem oportunidades reais de reinserção social, oportunidade de novas experiências e bem-estar nessas vivências (Silva e Andrade, 2018).

Seguindo este enquadramento conceptual, importa clarificar, então, os conceitos de **Incapacidade** e de **Funcionalidade**, aspetos essenciais à intervenção integrada na doença e saúde mental na comunidade.

Têm sido propostos ao longo do tempo diferentes modelos concetuais de compreensão destes dois conceitos, podendo, de alguma forma, ser sintetizados numa dialética entre um modelo mais “biomédico” e uma modelo mais “social”, divergindo estas duas perspetivas, principalmente, na atribuição do ónus ao problema da incapacidade (OMS, 2014a):

- a) No modelo descrito como biomédico, a incapacidade é entendida como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença ou problema de saúde, que demanda um tratamento médico individual por profissionais especializados. Nesta perspetiva, intervenção clínica é considerada como o centro da intervenção e os cuidados a prestar devem ter como objetivo a cura ou a adaptação da pessoa à sua incapacidade, eventualmente pela alteração do seu comportamento para consigo próprio e para com o meio.
- b) No chamado modelo “social” da incapacidade, em oposição ao anterior, a incapacidade é considerada, essencialmente, como um problema criado pela sociedade à pessoa com doença mental, que lhe veda a sua integração plena na sociedade. Nesta perspetiva, rejeita-se a hipótese de a incapacidade ser um atributo da pessoa, entendendo-a, antes, como um conjunto complexo de condições, designadamente criadas pelo ambiente. Assim, para além de uma intervenção técnica especializada, perspetiva-se neste modelo uma ação social,

da responsabilidade coletiva da sociedade, no sentido de se transformar o contexto para que seja mais inclusivo e integrador das pessoas com incapacidade, garantindo a sua participação plena em todas as suas dimensões essenciais, assumindo-a como uma questão essencialmente política e de matéria dos Direitos Humanos.

Na sua Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013b), define os dois conceitos por oposição, entendendo a “incapacidade” como um termo abrangente, que se refere a deficiências, limitações de atividade e restrições de participação da pessoa, que denota, os aspetos negativos da sua interação com os seus fatores individuais e ambientais, e “funcionalidade” como um termo abrangente referente às funções e estruturas do corpo, atividades e participação, que denota os aspetos positivos da sua interação e os seus fatores contextuais.

O modelo aqui proposto para abordagem passa, assim, pela junção dos modelos médico e social, na busca de uma abordagem compreensiva e biopsicossocial que, integrando as diferentes dimensões da saúde (biológica, individual e social), conceba a funcionalidade e a incapacidade humanas como uma interação dinâmica e complexa entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões, distúrbios) e os fatores individuais e contextuais (Sampaio e Luz, 2009), assumindo que a intervenção num destes elementos tem o potencial de modificar um ou mais dos outros.

2.2. DA ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA À REABILITAÇÃO E *RECOVERY*

É também com base nesta visão de funcionalidade da pessoa com doença mental, na consciência de que quanto mais longo for o período de internamento mas complexo será o processo de reintegração e inclusão na comunidade (Matos in Chemela, 2018) e no reconhecimento da importância de uma intervenção concertada de base comunitária na promoção da sua autonomia que o *Plano de Ação para a Reestruturação e o Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016* vem reforçar uma vez mais a necessidade de reorganização dos serviços de saúde mental, investindo na reabilitação psicossocial, através da prestação de cuidados comunitários, afirmando-os como a melhor forma de assegurar a prevenção de novas descompensações clínicas e reinternamentos (CNRSSM, 2007).

Esta orientação vai ao encontro do já preconizado pela OMS (2001) no seu *“Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança”*, onde, reconhecendo o potencial de intervenção precoce e diminuição do estigma dos serviços comunitários, estes eram reconhecidos como mais eficientes e com melhores resultados sobre a qualidade de vida das pessoas com doença mental, face ao tradicional tratamento “institucional”.

Reconhece-se, assim, a necessidade de se investir num melhor acompanhamento pós-alta das pessoas com doença mental, e na continuidade e integração dos cuidados de saúde, ultrapassando a abordagem biomédica da estabilização sintomática, para uma abordagem mais compreensiva e integrada da pessoa, focada na sua **Reabilitação Social**. Esta, que surge como uma nova estratégia de intervenção em saúde mental, pode definir-se como um processo que visa assegurar às pessoas que vivem com alguma doença mental a oportunidade de explorar o seu potencial máximo de funcionamento independente na sua comunidade, quer através do reforço das competências individuais, quer da introdução de transformações sobre o contexto (OMS, 2001) na construção de um ambiente mais inclusivo e capacitador. Podendo concretizar-se, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde Mental (in Canada, 2016), numa intervenção concertada com o objetivo de apoiar a pessoa no seu processo de adaptação aos desafios que a doença mental aporta à sua vida quotidiana, de recuperação de capacidades que possam estar alteradas e no desenvolvimento de novas estratégias e competências individuais para lhes fazer face, tendo sempre como finalidade a melhoria da sua autonomia e qualidade de vida.

Concomitantemente, o conceito de **Recovery**, ou Recuperação, abre, dentro das perspetivas da reabilitação social, uma nova janela de oportunidades de compreensão, empatia e respeito absoluto pelos Direitos Fundamentais da pessoa com doença mental, dos seus familiares e cuidadores, emergindo como um novo paradigma na intervenção em saúde mental e como uma visão orientadora dos sistemas e serviços de saúde mental (Duarte, 2007).

Afirma-se, desde logo, por se tratar de um novo paradigma de intervenção que surge diretamente da ação das próprias pessoas com doença mental, num movimento de emancipação e luta por uma maior integração comunitária e inclusão social das pessoas com doença mental e dos seus familiares e cuidadores, de uma oportunidade de contribuição ativa para a sociedade (Macedo [et al], 2019) e pelo fim dos longos processos de institucionalização que maioritariamente experimentavam como única opção de tratamento.

Neste processo, as pessoas são, inclusive, entendidas e reconhecidas como os principais agentes ativos no seu próprio processo de transformação e reabilitação, capazes de assumir a responsabilidade pela sua própria vida (Jorge-Monteiro e Matias, in Canada 2016), rompendo, assim, com a noção perpetrada ao longo do tempo, em que a doença mental era vista como algo irreversível, prenúncio de uma deterioração progressiva e sem retorno. Contribuindo desta forma para o combate ao estigma na doença mental e aos preconceitos muitas vezes associados à doença mental como sinónimo de incapacidade absoluta, inevitável e permanente.

O conceito encerra em si mesmo, desta forma, uma noção mais otimista de recuperação e de complementaridade pessoal, e assume-se como um processo profundamente pessoal, de redescoberta de um sentimento de identidade e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir ativa e intencionalmente para a comunidade, através da reaquisição de papéis sociais significativos ao nível do emprego, da educação e da família (Duarte, in Carvalho e Cordeiro, 2018).

Com efeito, não implicando a remissão absoluta dos sintomas associados a uma doença mental, traduz-se em muito mais do que na recuperação da doença em si mesma (Duarte, 2007), significando, de forma mais lata, uma superação individual das condicionantes de viver com uma doença mental, como o estigma, o isolamento e a perda de papéis sociais, de emprego, de oportunidades e de autodeterminação a que a pessoa com doença mental é muitas vezes sujeita, bem como da pobreza e da eventual perda do sentido de si ou da vida (Lopes, in Cruz, 2019) muitas vezes relatada.

Desta forma, traduz-se na construção de uma nova atitude, um novo modo de vida, uma experiência única de reconquista de esperança, de confiança pessoal, de participação social, de autocontrolo sobre a própria vida e da superação da “carreira de doente psiquiátrico” (Anthony, Cohen e Farkas, in Carvalho e Cordeiro, 2018).

O *Recovery* é, assim, um processo complexo e dinâmico que envolve componentes individuais e é influenciado pelas características e oportunidades dos contextos e pela qualidade das relações e interações entre os indivíduos e os contextos envolventes, em que a família e as redes de proximidade, bem como o acesso a recursos sociais como habitação, emprego e educação, se assumem como importantes fontes de suporte e interdependência (Onken [et al], in Duarte, 2007).

Em suma, e pese embora o *Recovery* se assuma como um processo profundamente individual e como um conceito em construção, o que por vezes tem condicionado a sua total compreensão e implementação (Duarte, 2007), pode afirmar-se consensualmente que, por um lado, ele se refere a um caminho único e pessoal, dizendo respeito à pessoa

que o vive na sua globalidade (Macedo [et al], 2019) e, por outro, que ele rompe com a abordagem tradicional (Slade, 2012):

- a) ao assumir a pessoa com doença mental como parte da solução, ao invés de a ver como o problema em si mesmo;
- b) ao partir, inclusive, do princípio de que ela tem em si a capacidade de assumir responsabilidade por este processo e pela sua própria vida e que é dela que emerge o potencial de recuperação e não dos profissionais que lhe prestam cuidados (a quem cabe ser elemento facilitador e de suporte);
- c) as passar a entender as preocupações anteriores, como sintomas, fatores de risco ou internamentos como questões secundárias;
- d) e, em contrapartida, entender como central a perspectiva da pessoa, as suas vontades e aspirações, antes vistas como periféricas ao processo de cura.

Nesta perspectiva, a noção de recuperação traduz, simultaneamente, dois significados: de **recuperação clínica**, que se refere à eliminação dos sintomas, à recuperação do funcionamento social e de outras formas de “regresso ao normal”, e de **recuperação pessoal**, que tem por base a experiência vivida pelas pessoas com doença mental (Slade, 2012) e que pode ser entender-se como o processo único e profundamente pessoal de alteração das próprias atitudes, valores, sentimentos, papéis e competências da pessoa com doença mental, com vista ao desenvolvimento de novos sentidos e objetivos da uma vida satisfatória, útil e com esperança, mesmo dentro dos limites causados pela doença (Anthony, in Slade 2012).

Este processo evolutivo, e que implica dinâmicas próprias e a redefinição de novos objetivos pessoais, pode ser entendido, então, como um trabalho individual da pessoa com doença mental, que vivencia a sua experiência de doença e, portanto, cabe-lhe incontornavelmente a si própria trabalhar na sua recuperação, e, simultaneamente, como um caminho individual e único, em que cada pessoa vivencia um processo íntimo, único e irrepetível (Slade, in Macedo [et al], 2019) apoiado e suportado pelos seus familiares, pelos profissionais de saúde e pelos seus demais recursos sociais.

Com base nesta conceção, e partindo das narrativas de vida de pessoas com doença ou experiência de doença mental, podem considerar-se, então, quatro domínios-chave de recuperação essenciais a este processo (Andressen [et al], in Canada, 2016; Slade, 2012):

- a) **Esperança**: elemento catalisador de todo o processo, assume-se como uma componente da recuperação frequentemente descrita pelas pessoas com doença mental como tal.

- b) **Autoidentidade:** que se refere ao processo de redescoberta e redefinição de si próprio e da doença, respondendo a um dos impactos descritos como os mais negativos da doença mental, de perda do sentido de si e do futuro;
- c) **Sentido da vida:** variando de pessoa para pessoa ou ao longo do processo, refere-se à reavaliação e redefinição de objetivos e metas de vida pela pessoa com doença mental;
- d) **Responsabilidade Pessoal:** que implica a capacidade de assumir responsabilidade pela própria vida, pela autogestão do seu processo de saúde-doença e bem-estar, a autonomia relativamente às decisões acerca da sua vida, pelas próprias ações, e a disposição para assumir riscos.

Duarte (in Carvalho e Cordeiro, 2018), avança então, assumindo a capacidade de a pessoa com doença mental para, no processo de recuperação pessoal, desenvolver uma identidade positiva, enquadrar a “doença mental” e tornar-se capaz de a autogerir, e desenvolver, neste processo, papéis sociais valorizados, as seguintes mestas para o processo de *Recovery*: ter esperança em relação ao futuro, possuir determinação pessoal, adotar estilos de vida saudáveis, aprender a gerir os sintomas e dificuldades da doença mental, vencer o estigma, estabelecer e diversificar as ligação e relações sociais, estabelecer objetivos pessoais, ter apoio de outros que acreditem e não desistam deles e readquirir papéis sociais valorizados e exercer a sua cidadania.

Nesta mesma lógica de entendimento, e partindo, da mesma forma, destes quatro domínios-chave do processo de recuperação pessoal, Repper [et al] (in Macedo [et al], 2019) referem existir três conceitos que podem resumir um processo de *Recovery* bem-sucedido: esperança, controlo e oportunidade. Para estes autores, a *esperança*, relacionando-se com a capacidade de acreditar que algo em construção atingirá o seu melhor potencial, está particularmente associada à existência de condições de vida favoráveis, de relações sociais positivas e de um bom suporte social. Por outro lado, o *controlo*, implicando um adequado conhecimento sobre o seu estado de saúde, capacidades e perspetivas de tratamento, é descrita pelos autores como o elemento de vinculação da pessoa com doença mental ao seu processo de *Recovery*, em que familiares e amigos devem ser ouvidos e envolvidos. Por fim, a *oportunidade* refere-se à redescoberta pela pessoa com doença mental, mesmo num percurso marcado por grandes dificuldades, das suas potencialidades e capacidades, e ao desenvolvimento e reforço da sua autoestima e autoconfiança, através de uma descoberta de si próprio, num processo de crescimento individual, mas apoiado nas suas redes familiares e de suporte social.

É neste pressuposto que, a par dos significativos avanços ao nível da psicofarmacologia, a reabilitação psicossocial e *Recovery* são hoje consideradas componentes essenciais da reabilitação de pessoas com doença mental (Marques e Queirós, 2012), reconhecidas como elemento fundamental no desenvolvimento de competências sociais e aumento da sua funcionalidade e na sua integração social nos contextos por si aprendidos, para trabalhar, residir, estudar e socializar (Portugal, 2008).

Em perfeito alinhamento com este entendimento, no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Portugal, 2008) são referenciadas como principais dimensões a intervir, tendo como meta a prestação dos cuidados no meio menos restritivo possível, isto é, na comunidade, no sentido de favorecer a autodeterminação das pessoas e o compromisso individual com o desenvolvimento suportado de um percurso de vida próprio. São elas:

- a) Reabilitação profissional, que envolve, para além da inserção profissional e das medidas de apoio ao emprego, as relacionadas com a orientação e a formação profissional com vista ao aumento de qualificações;
- b) Reabilitação residencial, onde a intervenção passa pelo suporte ao desenvolvimento de estratégias de gestão das atividades da vida diária, do orçamento doméstico, do seu processo de saúde-doença e das relações interpessoais;
- c) Participação social, que se concretiza na promoção do acesso aos recursos da comunidade, designadamente sociais, no domicílio e através de grupos de ajuda mútua, e a utilização de serviços ocupacionais e promotores do *empowerment*.

O mesmo alinhamento com os princípios e objetivos do *Recovery* pode ser encontrado na estrutura e princípios orientadores das diferentes Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, designadamente nos objetivos das Equipas de Apoio Domiciliários preconizadas (Decreto de Lei nº22 de 10 de fevereiro de 2011), de que se destacam: maximizar a autonomia da pessoa, reforçar a sua rede de suporte social e relações interpessoais, melhorar a sua integração social e o acesso aos recursos comunitários, prevenir internamentos hospitalares e apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados.

Persiste, contudo, a necessidade emergente de que estas equipas, os seus atributos e intervenção, bem como, na sua globalidade, a legislação e políticas públicas verdadeiramente vanguardistas referentes à saúde mental em Portugal, sejam uma efetividade também na sua implementação no terreno. Só assim as pessoas com doença mental poderão, finalmente e de facto, aceder a cuidados de saúde verdadeiramente adequados, equitativos, dignos e compreensivos, onde a sua experiência, perspetiva, objetivos e aspirações não só são considerados, como

constituam elemento central dos cuidados, prestados com a sua parceria e orientação, e as condições da sua participação e integração plenas sejam reforçadas pelos profissionais e serviços de saúde, rumo a uma intervenção de base verdadeiramente comunitária integrada, efetiva e inclusiva.

CAPÍTULO II

CUIDANDO 2022: UM PROCESSO PARTICIPADO DE CRESCIMENTO

3. DEZ ANOS DE CUIDANDO: UM PERCURSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DE RESPOSTAS

O Diagnóstico de Situação apresenta-se como a primeira etapa da elaboração do planeamento em saúde, sendo que só a partir da sua definição é que se inicia o percurso de intervenção. Deve ser suficientemente aprofundado por forma a explicar com clareza, depois da sua correta identificação, as causas dos problemas de saúde, pelo que é essencial que corresponda às necessidades em saúde da população que abrange (Tavares, 1990). Assim, o Diagnóstico de Situação fundamenta as atividades desenvolvidas nos grupos, comunidades ou populações, pelo que se pode afirmar que a sua concordância com as necessidades alicerça a pertinência dos projetos implementados (Tavares, 1990).

Enquanto caracterizador do estado da situação / estado de saúde de uma população, o Diagnóstico de Situação proporciona a obtenção de um instrumento que permite colocar em prática as políticas de saúde, sociais e institucionais, estabelecer prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados obtidos por determinado projeto, plano ou programa (Imperatori e Giraldes, 1993).

No caso, o Projeto CuiDando contava já com um Diagnóstico de Situação próprio, elaborado pela equipa do projeto com o apoio de um consultor externo no decorrer do Programa de Capacitação para o Investimento Social em que participava. Este foi, naturalmente, considerado como ponto de partida, considerando-se, contudo, oportuno e fundamental, o reconhecimento com maior profundidade do projeto, da sua metodologia de intervenção e resultados, bem como o reforço do carácter participado e colaborativo do processo, garantindo a participação adequada de todos os atores-chave do processo, e designadamente dos seus beneficiários principais, as pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares.

Assim, partindo da revisão bibliográfica sobre as melhores práticas nacionais e internacionais neste domínio e as mais recentes orientações estratégicas para a atenção a esta problemática, da análise dos Relatórios de Atividade do projeto entre 2016 e 2019 e da auscultação da equipa e da Direção da organização, apresentar-se-á, de seguida, então, o enquadramento e percurso globais ao longo dos últimos dez anos de implementação do Projeto CuiDando no terreno, integrando-o na política e estratégia organizacional que o promove, e as necessidades de capacitação e qualificação identificadas em conjunto pela equipa técnica do projeto, Direção da CSSJD-B e seus beneficiários.

3.1. O INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS E A CASA DE SAÚDE S. JOÃO DE DEUS DE BARCELOS

A Ordem Hospitaleira de S. João de Deus desenvolve a sua missão em mais de 50 países, distribuídos pelos 5 continentes, através de mais de 400 Obras Assistenciais, constituindo-se, atualmente, como uma das maiores organizações do mundo especializadas em serviços sociais e da saúde. Com a sua primeira Obra em Portugal em 1606, a Ordem foi, após um período de extinção no país, restaurada e, em maio de 1928, erigida canonicamente a Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus.

O Instituto S. João de Deus (ISJD), Instituição Particular de Solidariedade Social, fundado a 11 de novembro de 1977, foi criado para proceder à gestão dos Estabelecimentos Hospitalares da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira, tendo âmbito nacional e prosseguindo fins de saúde, assistência, reabilitação e reinserção social (ISJD, 2020) nos seus 8 Estabelecimentos Hospitalares / Centros Assistenciais, distribuídos pelas Regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Madeira e Açores.

Através destes Estabelecimentos, e de uma vasta equipa multidisciplinar de 1065 colaboradores e 98 voluntários, responde diariamente a cerca de 1800 pessoas, designadamente nos domínios da psiquiatria e saúde mental, alcoologia, toxicodependência, medicina física e reabilitação e prestação de cuidados nas diferentes valências da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Concretiza-se esta intervenção mediante a prestação de serviços e de outras iniciativas de promoção do bem-estar e qualidade de vida das pessoas, nomeadamente nos seguintes domínios (ISJD, 2020a):

- a) Apoio às pessoas com deficiência e incapacidade;
- b) Apoio à integração social e comunitária;
- c) Proteção social dos cidadãos nas eventualidades da doença, velhice, invalidez e morte, bem como em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;
- d) Prevenção, promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa, de cuidados continuados e de reabilitação e assistência medicamentosa;
- e) Outras respostas sociais, não incluídas nas anteriores, desde que contribuam para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos.

Modernizando-se, adaptando-se e evoluindo, quer no seu posicionamento estratégico face aos novos desafios de uma sociedade evolutiva, quer na aposta na qualificação técnica das suas respostas, serviços e profissionais, o ISJD tem-se afirmado como um dos principais parceiros do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nos domínios da prestação de cuidados nas áreas da saúde mental e psiquiatria a nível nacional, bem como nas diferentes respostas da RNCCI.

Neste contexto, o ISJD (2020a) tem como principais orientadores da sua intervenção:

MISSÃO - *Prestar cuidados de saúde e apoio social humanizados à população em geral, inspirados no estilo carismático de S. João de Deus, de acordo com a doutrina social da Igreja, com excelência técnica e rigor científico, dando particular atenção aos mais desprotegidos e contando com Colaboradores especializados e comprometidos com o princípio de “fazer bem o bem”.*

VISÃO - *Potenciar no ISJD, através dos seus Estabelecimentos, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social humanizados e baseados nos princípios da Hospitalidade, que se afirmem pela qualidade.*

VALORES - *A Hospitalidade assume-se como o valor central do ISJD, que se exprime e concretiza em quatro valores-chave: Qualidade, Respeito, Responsabilidade, Espiritualidade. Estes, por sua vez, concretizam-se em atitudes, como a visão holística do ser humano, integrando a dimensão espiritual e o respeito pela dignidade; a criatividade, inovação e empreendedorismo; a assistência integral; o rigor técnico e científico; o envolvimento multidisciplinar; e a transparência.*

Como base da sua gestão estratégica, o IJSD (2020a) definiu a sua Política da Qualidade fundamentando-se nos seguintes princípios:

- Focalização no cliente, pela satisfação das suas necessidades e expetativas;
- Garantia de uma boa gestão de comunicação interna e externa;
- Melhoria permanentemente de uma efetiva relação de confiança com os clientes, colaboradores, voluntários, parceiros e outras partes interessadas;
- Promoção da formação e satisfação dos colaboradores com vista à excelência técnica dos serviços e ao rigor científico, fomentando uma conduta humanizadora do trato e do cuidar;
- Garantia da sustentabilidade económica e financeira, a partir da eficiência na utilização dos recursos e a eficiência nos resultados;

- Focalização na manutenção e conservação das infraestruturas e nas condições do ambiente de trabalho consoante as necessidades e os recursos disponíveis;
- Compromisso entendido e assumido por todos os colaboradores com a melhoria contínua.

Resumem-se, no quadro em baixo, os Objetivos Estratégicos do ISJD, enquadrados nos referentes Pilares Estratégicos, para o quadriénio 2019-2022.

1. PILARES ESTRATÉGICOS E OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA 2019-2022	
PILARES ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
I. AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA	1. Promover a autonomia e a qualidade de vida dos utentes 2. Promover a hospitalidade assistencial
II. SUSTENTABILIDADE E ESTRUTURAS	3. Garantir a sustentabilidade 4. Criar e melhorar as condições físicas dos equipamentos
III. CAPITAL HUMANO E CONHECIMENTO	5. Atualizar permanentemente as competências dos colaboradores 6. Otimizar o capital humano
IV. RELAÇÕES EXTERNAS E COMUNICAÇÃO	7. Melhorar a comunicação 8. Consolidar parcerias
V. CULTURA E IDENTIDADE INSTITUCIONAL	9. Melhorar o desempenho da Instituição 10. Promover a inovação 11. Reforçar a identidade institucional

Fonte: Plano Estratégico ISJD 2019-2022

Quadro 1: Pilares e Objetivos Estratégicos ISJD - 2019-2022

A Casa de Saúde S. João de Deus - Barcelos (CSSJD-B) é um estabelecimento quase centenário, fundado a 4 de janeiro de 1928, considerando-se um Centro Assistencial na área da Psiquiatria, Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, dependente jurídica e administrativamente do ISJD. Pautada pela inovação, humanização, qualidade técnica e científica esta Instituição assume, atualmente, na região Norte, um papel preponderante na prestação de cuidados de saúde mental.

Com capacidade permanente de resposta a 350 pessoas, que se distribuem por uma unidade de psiquiatria aguda, três unidades de longo internamento de apoio máximo e uma de apoio moderado, uma unidade de psicogeriatrics e demências, e uma unidade de treino de autonomia e duas residências autónomas integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental, a CSSJD-B adotou no ano 2000 um modelo de prestação de cuidados de base comunitária criando várias respostas de reabilitação psicossocial (residenciais e de apoio domiciliário).

Alinhando-se com os Objetivos Estratégicos e a filosofia Hospitaleira da Ordem de S. João de Deus, a Casa de Saúde de S. João de Deus prossegue (ISJD, 2020b)

“fins de saúde, assistência, reabilitação e reinserção social, através da prestação de cuidados de saúde de uma forma integral, desde a manutenção de estabilidade clínica, ao desenvolvimento das capacidades funcionais e cognitivas dos utentes, bem como passando pelo processo de normalização do seu quotidiano, através da ocupação estruturada”.

Para a prossecução destes objetivos, a CSSJD-B conta com a colaboração diária de uma equipa multidisciplinar de cerca de 160 colaboradores que, de forma articulada, pretende promover uma abordagem integrada, compreensiva e transdisciplinar aos beneficiários das suas diferentes respostas, nas suas diferentes dimensões, que se traduza numa prática de cuidados especializada, individualizada e holística.

3.2. O PROJETO CUIDANDO

A funcionar em pleno, o Projeto CuiDando consiste numa unidade móvel de apoio domiciliário integrado na área da saúde mental e tem por objetivo a prestação de apoio domiciliário, permanente ou pontual, a pessoas com doença mental e significativo nível de incapacidade psicossocial. Contabiliza neste momento 10 anos de atividade com evidência de ganhos em saúde nas pessoas acompanhadas, nos seus familiares e na comunidade em geral, tendo como área de intervenção o concelho de Barcelos, com uma população estimada de 120 391 habitantes (FFMS, 2011) distribuída pelas suas 61 freguesias.

O Projeto nasce em outubro de 2009, cofinanciado pelo Alto Comissariado da Saúde (ACS) e por orçamento próprio da Casa de Saúde S. João de Deus - Barcelos, concretizando-se numa unidade que se desloca semanal ou quinzenalmente à casa das pessoas referenciadas, com o objetivo de promover a sua estabilização clínica e a efetiva utilização dos recursos e respostas da comunidade, com vista à redução dos

reinternamentos e dias de internamento em serviços de psiquiatria motivados por situação de descompensação clínica.

Em alguns meses de atividade o projeto reuniu várias evidências que permitiram validar a sua importância e impacto, motivando a Casa de Saúde, com o fim da parceria com o ACS, a reunir esforços para angariar novos parceiros e garantir a manutenção da sua resposta no terreno. Para o efeito, celebrou um Protocolo de Parceria com o Município de Barcelos para cofinanciamento de algumas das despesas da resposta, a que uniu diversas iniciativas autónomas de angariação de fundos e a canalização de donativos para o projeto e para a sua continuidade.

A equipa multidisciplinar do projeto CuiDando é constituída por enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, psicóloga e monitores, tendo o acompanhamento de médico psiquiatra e assistente social em regime de assessoria. O trabalho é feito em articulação entre todos os profissionais envolvidos, para que as 30 pessoas acompanhadas (máximo de acompanhamentos em simultâneo) possam ser atendidos de acordo com as áreas prioritárias a trabalhar, proporcionando-lhes, dessa forma, uma intervenção estruturada, individualizada e compreensiva.

A intervenção dos Gestores de Caso, tendo em consideração as expectativas e necessidades dos beneficiários e dos seus familiares e cuidadores, operacionaliza-se através de sessões quinzenais (frequência que pode ser aumentada ou reduzida em função da necessidade) de psicoeducação, assim como de promoção de estilos de vida saudáveis, adesão à terapêutica, reforço dos laços familiares e de suporte, inclusão social e integração profissional e ocupacional e a deteção e intervenção precoces em situação de descompensação clínica, em articulação com as entidades comunitárias públicas e/ou privadas, num exercício constante de potenciação do seu uso e impacto.

Esta intervenção tem em consideração as expectativas e necessidades dos beneficiários e dos seus familiares e cuidadores e operacionaliza-se através de sessões quinzenais (frequência que pode ser aumentada ou reduzida em função da necessidade) de psicoeducação, ensino de estratégias para lidar com a doença, assim como de promoção de estilos de vida saudáveis, em articulação com as entidades comunitárias públicas e/ou privadas, num exercício constante de potenciação do seu uso e impacto.

Assumindo-se hoje como uma valência de ambulatório do Serviço de Reabilitação Psicossocial da CSSJD-B, devidamente integrada no seu organigrama e certificada pelo referencial de Qualidade EQUASS Assurance (European Quality in Social Services Assurance) desde julho de 2013, o projeto registou, até ao momento cerca de 300

acompanhamentos, em que mais de 130 pessoas com doença mental e 165 familiares e cuidadores beneficiaram de uma intervenção individualizada e de proximidade.

Tendo como principais áreas de atuação a promoção da estabilidade clínica, a prevenção de internamentos, facilitação do acesso a serviços na comunidade e a promoção da inclusão social, o projeto apresenta, conforme o seu Relatório de Execução anual, como atividades-chave:

2. ATIVIDADES-CHAVE E INDICADORES DO PROJETO CUIDANDO		
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO SUMÁRIA	INDICADOR
Execução dos PII's	O Plano Individual de Intervenção (PII) condensa o processo terapêutico acordado entre o beneficiário do projeto, seu cuidador informal e a equipa multidisciplinar e dele constam expectativas, necessidades, objetivos, metas e estratégias definidas conjuntamente. A sua execução visa uma melhoria da qualidade de vida da pessoa.	% objetivos totalmente alcançados % concretização dos objetivos
Aprofundamento de capacidades e competências de gestão da doença	Estabelecimento de relação empática e terapêutica, visitas domiciliárias regulares, sessões de psicoeducação, promoção da adesão à terapêutica, monitorização do estado clínico da pessoa, encaminhamento para os serviços oficiais de saúde quando necessário, facilitando uma gestão mais eficiente da doença e a consequente estabilidade clínica.	Nº dias de internamento Nº de internamentos
Incentivo à frequência de atividades ocupacionais estruturadas (AOE)	Avaliação da necessidade de AOE, informação acerca de AOE existentes, promoção de reflexão crítica, proposta de integração em AOE, acompanhamento, monitorização da integração e continuidade na AOE.	% utentes integrados em atividade ocupacional estruturada
Manutenção do acompanhamento Cuidados de Saúde Primários (CSP)	Avaliação do último contacto com os cuidados de saúde primários e avaliação de histórico de exames auxiliares de diagnóstico, psicoeducação, articulação com CSP, acompanhamento à consulta se necessário, monitorização da frequência das consultas.	% de utentes que frequentaram pelo menos uma consulta no decorrer do acompanhamento

Monitorização da frequência das Consultas de Especialidade de Psiquiatria	Avaliação do último contacto com a consulta de especialidade de Psiquiatria, articulação com Médico de Família se necessário, articulação com médico psiquiatra assistente, acompanhamento à consulta se necessário, monitorização da frequência das consultas	% de frequência das consultas de psiquiatria programadas
Autoavaliação e monitorização do bem-estar do utente	Solicitação de preenchimento de questionário: "Self-Evaluation of Wellbeing", esclarecimento de dúvidas	% de utentes que aumentam em pelo menos 5% o seu bem-estar
Avaliação da satisfação dos clientes	Avaliação da satisfação dos beneficiários face aos serviços prestados com vista ao fomento de um processo dinâmico e constante de melhoria na prestação de cuidados.	% de utentes com avaliação de satisfação global \geq "Bom"
Avaliação e monitorização da sobrecarga do cuidador informal	Avaliação da sobrecarga associada à prestação de cuidados, co recurso à "Entrevista de Zarit para a sobrecarga do cuidador", esclarecimento de dúvidas.	% de cuidadores que diminuem em pelo menos 5% a sua sobrecarga
Avaliação da satisfação dos Cuidadores / Familiares	Avaliação da satisfação dos cuidadores e familiares face aos serviços prestados com vista ao seu envolvimento efetivo no processo dinâmico e constante de melhoria na prestação de cuidados.	% de cuidadores / famílias com avaliação de satisfação global \geq "Bom"
Reuniões de Trabalho	Incentivo à participação e envolvimento de todos os colaboradores e partes interessadas nas dinâmicas institucionais e da resposta, de modo a serem informados de todas as situações, dando as suas sugestões e opiniões. Momentos privilegiados para se efetuar o levantamento de necessidades e potencialidades de todas as partes.	Nº de reuniões realizadas/nº reuniões com memorando

Quadro 2: Atividades-chave e Indicadores do Projeto CuiDando

Mais que uma vez reconhecido pela Rede Social de Barcelos como um importante projeto de inovação na intervenção às pessoas com doença mental no seu próprio domicílio, capacitando-os e aos seus familiares e cuidadores para uma mais eficiente autogestão do processo de saúde-doença, e possibilitando melhores níveis de qualidade de vida nas suas próprias casas, é atualmente reconhecido como um projeto-chave na resposta a um dos Eixos Prioritários de Intervenção do Plano de Desenvolvimento Social de Barcelos 2021 (Portugal, 2015a). Fruto dos resultados alcançados, e em linha com os Objetivos Estratégicos do Plano Nacional para a Saúde Mental, da Rede Nacional de Cuidados Integrados em Saúde Mental, o CuiDando foi ainda reconhecido como uma das 9 Boas Práticas Europeias em Saúde Mental e Bem-Estar pela Comissão Europeia no seu Relatório “*Good Practices and Policy Recommendations on Mental Health and Well-being*” (Comissão Europeia, 2018).

3.2.1. CUIDANDO, HOJE

No ano de 2019 foram acompanhadas pelo projeto um total de 49 pessoas com doença mental, tendo-se registado 15 altas e 15 novas admissões, num acompanhamento médio de 30 pessoas por mês, na sua maioria por diagnóstico de esquizofrenia ou outras alterações psicóticas (16) ou perturbações de humor (16).

Dos 49 acompanhamentos registados, 55% referiam-se a pessoas do sexo feminino e 45% do sexo masculino, 33% vivem sozinhos, 62% em família nuclear e 5% recebem o apoio da sua família alargada.

No que respeita à faixa etária dos acompanhamentos efetuados, a maioria dos beneficiários do projeto situa-se nas faixas etárias entre os 30 e os 60 anos de idade, tendo-se verificado, contudo, 3 pessoas com menos de 30 anos e 8 com mais de 60.

Do total de pessoas acompanhadas, 56% encontra-se a frequentar alguma atividade ocupacional estruturada, revelando uma percentagem significativa (44%) de pessoas que não dispõem de qualquer ocupação, e 11% não dispõem de qualquer fonte fixa de rendimento, colocando-os numa situação de extrema fragilidade.

Ainda no que respeita ao exercício do projeto em 2019 e, concretamente, à medicação do impacto das suas intervenções, o projeto apresenta como principais resultados alcançados:

RESULTADOS DO PROJETO CUIDANDO EM 2019		
INDICADOR	META	RESULTADO
Dias de internamento	Reduzir em 75% o número de dias de internamentos de toda a população acompanhada tendo por base comparativa o período de acompanhamento e os 365 dias prévios à integração de cada utente.	91%
Internamentos	Reduzir em 65% o número de internamentos de toda a população acompanhada tendo por base comparativa o período de acompanhamento e os 365 dias prévios à integração de cada utente.	75%
Nível de Satisfação global dos Beneficiários	% de beneficiários com nível de satisfação global > ou = 3 no inquérito de avaliação de satisfação	100%
Nível de Satisfação global dos Familiares	% de familiares / cuidadores com nível de satisfação global > ou = 3 no inquérito de avaliação de satisfação	100%
Sobrecarga dos Cuidadores	% de cuidadores que diminuem em pelo menos 5% a sua Sobrecarga	61%
Objetivos alcançados dos PII	% global de objetivos totalmente alcançados dos PII	84%
Consultas de psiquiatria	% de frequência de consultas de especialidade programadas	95%
Consulta de medicina geral e familiar	% de utentes que frequentaram pelo menos uma consulta de médico de família no decorrer do acompanhamento	95%
Atividade ocupacional	% de utentes integrados em respostas ocupacionais	56%
Qualidade de Vida dos utentes	% de utentes que aumentaram em pelo menos 5% a sua Qualidade de Vida	61%

Quadro 3: Resultados do Projeto CuiDando em 2019

Apesar de se registar um trabalho em rede com outras respostas sociais e da saúde do território, o projeto não identifica outras parcerias formais, para além da estabelecida com o Município de Barcelos, que comparticipa parte dos custos reais da resposta, mediante Acordo de Parceria assinado entre as duas entidades.

3.2.2. CUIDANDO, COM VISTA AO FUTURO

Entendendo o carácter dinâmico, complexo e interdependente dos vários fenómenos sociais que vivem as pessoas com doença mental, o projeto CuiDando, compreende os seus sólidos resultados ao longo dos seus 10 anos de implementação no terreno não como um ponto de chegada, mas antes como um impulso para entrar num processo de qualificação interna, com vista a reforçar a efetividade da sua resposta, designadamente nos domínios da integração socioprofissional das pessoas com doença mental durante e após o seu acompanhamento pela equipa e uma melhor articulação com os agentes-chave da comunidade empregadora.

Identificam-se, neste sentido e com vista a cumprir esse propósito, quatro grandes áreas de necessidade de qualificação do projeto e capacitação da equipa:

- a) Avaliação de impacto;
- b) Comunicação estratégica;
- c) Planeamento estratégico;
- d) Otimização de processos e procedimentos.

No que respeita à capacidade de **avaliação do impacto** gerado pela sua intervenção, a equipa do projeto não parece conseguir, neste momento, por um lado, perceber-lo e comunica-lo com exatidão, nem ao retorno do seu investimento, pelo que deteta a necessidade de melhorar o seu modelo de avaliação de impacto, para um que permita uma verificação mais precisa e robusta da sua intervenção, impacto e sustentabilidade. Por outro lado, identificam-se oportunidades de melhoria na seleção dos instrumentos utilizados, que permitam uma mais rigorosa do ponto de vista técnico-científico dos resultados alcançados.

Pese embora o projeto CuiDando já reúna elementos de avaliação importantes e resultados positivos consolidados, este modelo de avaliação de impacto poderia ser melhor sistematizado, consolidado e comunicado, com recurso a indicadores e instrumentos, procedimentos e técnicas de tratamento e análise da informação mais sensíveis à determinação de ganhos, no âmbito de um projeto com especificidades próprias inerentes ao cuidado a pessoas com doença mental, seus familiares e cuidadores, que permita, inclusive a monetização da resposta, pela avaliação do seu custo-utilidade e custo-efetividade.

Esta necessidade reveste-se de maior importância quando considerada a estratégia de sustentabilidade do projeto que passa, exclusivamente, pela captação de investimento

social, ambicionando a sua contratualização pelo Serviço Nacional de Saúde, dependendo, qualquer uma delas, da sua capacidade de comprovar e comunicar eficazmente o impacto gerado pela sua intervenção.

Não dispondo de recursos internos especializados no domínio do *marketing* e comunicação, identifica-se, no que se refere ao domínio da **comunicação estratégica**, a necessidade de se desenhar uma estratégia de comunicação externa do projeto, designadamente junto de potenciais beneficiários, parceiros e dos diferentes recursos e respostas da comunidade com que articula a sua intervenção.

Assim, o desenvolvimento de uma linha de comunicação e de um posicionamento da “marca” do projeto, que comuniquem a sua missão e valores, e de ferramentas e estratégias que permitam potenciar a construção da imagem, o diálogo e aproximação da equipa aos seus parceiros e resultados, contribuirá para a comunicação de uma iniciativa mais firme e sustentada, com canais de comunicação amadurecidos e adaptados às exigências atuais, permitindo comunicar a relevância, qualidade e resultados positivos do projeto, permitindo-lhe alcançar um maior número de potenciais beneficiários.

Por outro lado, no que concerne à área do **planeamento estratégico**, possuindo o conhecimento técnico especializado para desenvolver a sua atividade, identifica-se na equipa, com vista a ser capaz de potenciar a sua efetividade e potencial de impacto, a necessidade de reforçar um conjunto de aspetos internos associados à proposta e modelo de criação de valor da intervenção, por um lado, e gestão de partes interessadas, por outro, no sentido de as potenciar não só no momento de referenciação de potenciais beneficiários, mas também no momento da alta, envolvendo-as no *follow up* e na promoção de alternativas reais de integração profissional e ocupacional, aspeto intimamente relacionado com o processo de *Recovery* dos seus beneficiários.

Efetivamente, para dar o próximo passo na integração socioprofissional das pessoas com doença mental, o projeto necessita de consolidar as parcerias existentes, envolvê-las de forma mais transversal no *core* da sua intervenção e conseguir um plano de captação e envolvimento de novas partes interessadas. Para isso ser possível, será necessário a equipa refletir em conjunto sobre os elementos basilares do projeto, nomeadamente na sua proposta de valor, traçando objetivos e metas claramente definidos e partilhados.

Concomitantemente, nos próximos três anos o projeto ambiciona, para além de gerar indicadores de impacto social positivo mais rigorosos e consolidados, testar um modelo de escalabilidade da resposta para outras áreas geográficas, assim como aumentar a equipa afeta ao projeto, o que demanda uma consistente reflexão sobre a melhor estratégia de crescimento e sustentabilidade do projeto a longo prazo, particularmente quando considerado que o modelo de sustentabilidade do projeto está, atualmente, fortemente alicerçado na sua capacidade de gerar e manter parcerias efetivas.

Por fim, deteta-se ainda, com vista ao aumento do poder de impacto da intervenção da equipa e do projeto, a **otimização de processos e procedimentos**, designadamente pela introdução de ferramentas no domínio das tecnologias da informação.

A manutenção de processos clínicos em papel em articulação com o Regulamento Geral de Proteção de Dados, implica que os Gestores de Caso, atualmente, apliquem os diferentes instrumentos nas visitas domiciliárias em documentos que depois têm de ser transferidos para a base de dados informática para cotação e monitorização, duplicando o tempo despendido nesta tarefa. Da mesma forma, sempre que surge alguma questão não prevista pelos técnicos no decorrer das visitas, há a necessidade de articulação telefónica com a equipa que se encontra na CSSJD-B para acesso à distância ao Processo Clínico Individual, apresentando-se como uma situação, novamente, pouco eficiente. Assim, a equipa potenciaria a sua intervenção se tivesse recurso a todo o processo clínico diretamente num suporte tecnológico, que lhe permitisse a aplicação e cotação imediata dos diferentes instrumentos utilizados, bem como a atualização do processo clínico e restantes registos inerentes a cada visita domiciliária, no momento de cada acompanhamento, garantindo maior eficiência do processo e maior rigor e eficácia na informação colhida e registada.

No mesmo sentido, o procedimento de gestão de referenciações, altas e integração de novos beneficiários na equipa poderia ser melhorado no sentido de garantir uma maior celeridade no processo, por um lado, e uma maior adequação do perfil de cada Gestor de Caso às necessidades específicas de cada pessoa integrada no acompanhamento pela equipa, e um mais fácil reconhecimento dos diferentes elementos da equipa pelos parceiros comunitários.

4. CUIDANDO 2022: UM REFORÇO DA EFETIVIDADE DA RESPOSTA

Referindo-se o presente Relatório a um Trabalho de Projeto, ele espelha o resultado de um Plano de Ação e Intervenção que seguiu os pressupostos da Metodologia do Planeamento em Saúde, com recurso à revisão bibliográfica, análise de orientações estratégicas e de políticas públicas e institucionais e à facilitação de sessões de trabalho, baseadas em instrumentos e metodologias participativas, com a equipa do projeto, com os seus beneficiários e respetivos familiares e parceiros comunitários.

Serviu de alicerce à proposta de realização do Projeto, a mesma conceção que sustenta o planeamento a seguir apresentado e que se traduz na consciência de que importa, conforme enquadrado no Capítulo I deste Relatório, o desenvolvimento de projetos comunitários, voltados para as pessoas com doença mental e para as suas reais necessidades e das suas famílias, que promovam a estabilidade clínica na sua própria casa e uma verdadeira integração familiar, social e laboral. Mais, importa qualificar os projetos que existem no terreno e que demonstram já resultados consolidados e sólidos ganhos em saúde, no sentido de potenciar o seu impacto na vida das pessoas que acompanham, ao invés de se aumentarem necessidades e duplicarem recursos em respostas desagregadas e desarticuladas.

Neste sentido, apresenta-se como de suma importância e pertinência a qualificação do projeto CuiDando da Casa de Saúde de S. João de Deus - Barcelos que, com dez anos de trabalho desenvolvido com e para as pessoas com doença mental no concelho de Barcelos, se apresenta hoje muito orientado para o que é a sua operacionalização no imediato, urgindo criar uma visão estratégia que coloque os cidadãos e a família no centro dos seus cuidados, no sentido da sua verdadeira integração comunitária.

4.1. PLANEANDO O CAMINHO

O Planeamento da Saúde é entendido como a racionalização na utilização dos recursos escassos, com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados prioritários (Imperatori e Giraldes, 1993).

Neste projeto, traduzir-se-á no planeamento da intervenção que visa qualificar o Projeto CuiDando, da Casa de Saúde de S. João de Deus - Barcelos, numa lógica participada e colaborativa, designadamente nos domínios da estratégia e impacto.

Assim, os resultados do Diagnóstico devem apontar as potencialidades identificadas, bem como variados problemas, suas causas e seus efeitos. Estas informações, depois de sistematizadas e trianguladas (entre elas e com outras fontes de dados secundários, como as políticas locais e públicas no domínio da intervenção) devem ser apresentadas e debatidas com o público envolvido, iniciando-se, assim, a análise compartilhada da realidade e a definição de prioridades (Gomes [et al], 2015).

4.1.1. PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO

O Projeto CuiDando tem demonstrado de forma sólida os ganhos em saúde obtidos através da sua intervenção na prevenção de reinternamentos de pessoas com doença mental por descompensação clínica e ausência de suporte pós-alta. Contudo, este enfoque particular no resultado imediato da sua intervenção, não tem permitido espaço para a equipa avaliar os reais impactos a longo prazo da sua intervenção na vida das pessoas que o projeto integra, detetando a equipa como ponto de partida para este projeto a necessidade de escalar o projeto para o passo seguinte, na integração/reintegração profissional e social dos seus beneficiários na *pós-estabilização*.

Verificando-se, efetivamente, que a equipa detém um conhecimento profundo ao nível técnico e clínico, verifica-se, de igual forma, algumas lacunas ao nível da gestão de projetos de inovação social, nomeadamente ao nível do planeamento estratégico, da comunicação, angariação de fundos e parcerias estratégicas, que permitam trabalhar com eficiência na integração comunitária, promoção das competências sociais na comunidade e colmatar o *gap* que identificam na articulação com possíveis respostas ocupacionais/laborais estáveis e permanentes. Simultaneamente, regista-se que a única fonte externa de financiamento do projeto, assegurada pela Câmara Municipal de Barcelos, se traduz na comparticipação do combustível necessário à deslocação da equipa, representando o projeto um importante peso para a estrutura organizacional, reconhecendo a Direção da CSSJD-B a necessidade de se encontrar um modelo alternativo de sustentabilidade, que ultrapasse a utilização exclusiva de rendimentos próprios.

Com base nestes pressupostos, o processo de estabelecimento de prioridades foi realizado com a participação dos diferentes atores principais da operação do projeto (Direção e equipa técnica), depois enquadradas com as avaliações de satisfação e testemunhos das pessoas com doença mental, recolhidos anualmente pela equipa na avaliação anual da sua intervenção. Tendo sempre em consideração que qualquer

processo de tomada de decisão engloba, de alguma forma, a adoção de critérios ponderados, com base nos quais se opta entre as diferentes alternativas possíveis (Tavares, 1990).

Considerando que o Projeto CuiDando se encontrava a desenvolver uma candidatura a um instrumento de capacitação externo, financiado pelo Programa Operacional de Inclusão Social e Emprego – Portugal Inovação Social, considerou-se oportuno e adequado garantir a coerência da linguagem utilizada no processo a decorrer e neste projeto, pelo que, de forma a selecionar, dos problemas identificados, aqueles a intervir de forma prioritária, foi estruturado um processo de priorização em duas etapas.

Primeiro, procedeu-se ao agrupamento das necessidades / oportunidades de melhoria identificadas pela equipa de acordo com o seu nível de similitude nas grandes áreas de intervenção possíveis no instrumento do Portugal Inovação Social, resultando nas seis grandes áreas apresentadas no Quadro 4, em baixo.

Depois, à classificação, pelos elementos da equipa, das áreas de intervenção agrupadas, mediante a aplicação de critérios de determinação de prioridades, definidos por Pineault e Daveluy (1987) como as características de referência que permitem discernir entre dois elementos comparáveis ou de características mensuráveis, às quais se atribuem valores normativos. Considerando Tavares (1990) esta fase da definição de critérios, e da sua ponderação, como crucial para todo o processo de determinação de prioridades, dado que será com base neles que se obterá, no final desta etapa do Planeamento em Saúde, a lista ordenada de problemas prioritários.

Neste processo, e partindo da premissa de que os principais critérios para estabelecer prioridades neste projeto se enquadram no âmbito da determinação da importância do problema, da capacidade de solucioná-lo e da exequibilidade da solução (Pineault e Daveluy, 1987), foram aplicados três critérios clássicos de cariz epidemiológico:

- (a) **magnitude** – provavelmente o critério mais simples e conhecido utilizado para definir a importância de um problema de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993), este critério caracteriza o problema pela sua dimensão (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990), normalmente definida em função de indicadores epidemiológicos, foi, neste processo, considerada com base no impacto negativo que a ausência de intervenção tem, na perceção da equipa, no projeto;
- (b) **vulnerabilidade** – a vulnerabilidade, ou capacidade de solucionar um problema (Pineault e Daveluy, 1987), corresponde à possibilidade de intervenção (Tavares, 1990), ou seja, à sensibilidade do problema à nossa intervenção (Pineault e Daveluy, 1987);

(c) **exequibilidade** - refere-se, como indica o próprio nome, à viabilidade de execução das intervenções possíveis (Tavares, 1990);

e três outros critérios identificados em conjunto com a Direção da CSSJD-B:

(d) **alinhamento estratégico** – referindo-se à consistência destas prioridades com as prioridades definidas a nível nacional para o âmbito de atuação do projeto e no domínio da inovação social e o alinhamento estratégico com a estratégia e política institucionais;

(e) **potencial de transcendência** – de cada uma das áreas para o sucesso noutras áreas de potencial intervenção, perspetivando-se agir nas áreas-tronco, com maior capacidade de potenciar o desenvolvimento posterior das restantes;

(f) **ausência de capacidade interna para a sua resolução** – considerado como um critério fundamental pela Direção, representa a necessidade da organização de apoio externo à equipa do projeto ou Direção para a intervenção na área em questão.

Considerada para todos a mesma ponderação na decisão final, com vista a diminuir a subjetividade na aplicação destes critérios, para Imperatori e Giraldes (1993) a principal limitação desta etapa, a sua classificação foi realizada em duas fases:

a) primeiro, cada elemento da equipa classificou de forma independente estas áreas, de 1 a 5;

b) depois, com o apoio do facilitador, foram discutidas e consensualizadas em equipa as classificações atribuídas a cada uma – obtenção de consenso – resultando no quadro em baixo:

PRIORIZAÇÃO DAS ÁREAS DE INTERVENÇÃO							
ÁREAS DE INTERVENÇÃO	CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO						Classificação Total
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	
Estratégia, Parcerias e Crescimento	5	5	5	5	5	5	30
Avaliação de Impacto	5	4	3	4	5	4	25
Marketing, Comunicação e Angariação de Fundos	5	3	3	4	5	4	24
Gestão de operações e tecnologias de informação	2	3	3	3	4	1	16

Quadro 4: Priorização das Áreas de Intervenção

Foram assim identificadas três áreas prioritárias de intervenção – (1) *Estratégia, Parcerias e Crescimento*, (2) *Avaliação de Impacto* e (3) *Marketing, Comunicação e Angariação de Fundos* – optando-se por se concentrar a intervenção deste projeto exclusivamente na resposta à área prioritária com maior ponderação absoluta, da *Estratégia, Parcerias e Crescimento*, entendendo-se que servirá esta como base de trabalho para a intervenção nas duas outras prioridades identificadas, a trabalhar pela organização com recurso ao apoio de consultoria externa.

Efetivamente, crê-se que a partir da elaboração participada de um Plano Estratégico, o projeto terá a oportunidade de desenvolver e definir de uma forma mais estruturada, concreta e precisa o seu modelo de proposta de valor, objetivos, metodologias de atuação e resultados esperados, otimizando-os e reformulando-os, e assim definir uma estratégia de consolidação e crescimento a longo prazo (nomeadamente a sua expansão para o Concelho de Esposende, intenção da Direção da CSSJD-B) que permita potenciar o seu impacto social e económico.

4.1.2. OBJETIVOS

A fixação de objetivos é a terceira fase do planeamento em saúde, configurando-se como uma *“etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”* (Imperatori e Giraldes, 1993; p. 77).

Nesta etapa, com vista à correta avaliação posterior dos resultados alcançados, é fundamental proceder-se a uma correta definição dos problemas considerados prioritários, bem como da seleção dos seus indicadores, à fixação dos objetivos a atingir com a execução do projeto e à sua tradução em objetivos operacionais (Imperatori e Giraldes, 1993), que devem ser, quanto à sua estrutura, pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990).

Em baixo, apresentam-se, com base neste pressuposto, os objetivos geral e específicos fixados, bem como a sua tradução em objetivos operacionais.

Objetivo geral:

Qualificar, numa lógica participada e colaborativa, uma resposta comunitária de intervenção em saúde mental no território de Barcelos – o Projeto CuiDando da Casa de Saúde S. João de Deus - Barcelos.

Objetivos específicos:

1. Elaborar, numa lógica participada e colaborativa, o Documento de Consenso do Projeto CuiDando, da Casa de Saúde S. João de Deus - Barcelos, "*CuiDando - Onde estamos e para onde seguimos: uma perspetiva partilhada*", até dezembro de 2019.
2. Co-construir o Plano Estratégico do Projeto CuiDando, da Casa de Saúde de S. João de Deus - Barcelos, numa lógica participada e colaborativa, até março de 2020.

Objetivos operacionais:

- 1.1. Realizar, até dezembro de 2019, 2 sessões de trabalho com a equipa do projeto para compreensão da dimensão operacional da intervenção e conhecimento da perspetiva da equipa sobre o projeto, seus potenciais de melhoria e de inovação;
- 1.2. Realizar, até dezembro de 2019, 10 visitas a beneficiários do projeto e seus cuidadores para compreensão da sua perspetiva da intervenção do projeto, identificação conjunta dos seus aspetos mais relevantes e de potencialidades de otimização dos processos;
- 1.3. Realizar, até dezembro de 2019, 1 sessão de trabalho com a Direção da CSSJD-B para compreensão do percurso e processos anteriores e conhecimento da perspetiva da gestão de topo sobre a integração do Projeto CuiDando na estratégia e política institucionais;
- 1.4. Realizar, até dezembro de 2019, 1 sessão de discussão alargada, com elementos da equipa e da Direção, para apresentação, validação e negociação do Plano de Ação;
- 2.1. Realizar, até março de 2020, 3 sessões de trabalho conjunto com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando e parceiros comunitários para a co-construção do Plano Estratégico "CuiDando 2022";
- 2.2. Realizar, até março de 2020, 1 sessão de discussão alargada, com elementos da equipa e da Direção, para apresentação, validação e negociação do Plano Estratégico "CuiDando 2022".

4.1.3. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

A Seleção das Estratégias de Intervenção corresponde à 4.^a etapa do Planeamento em Saúde, em que se pretende definir as técnicas específicas necessárias à realização dos objetivos previamente fixados na etapa anterior (Imperatori e Giraldes, 1993).

Considerando-se como objetivo principal deste projeto qualificar, numa lógica participada e colaborativa, uma resposta comunitária de intervenção em saúde mental com cerca de 10 anos de implementação no terreno, assume-se como estratégia principal e transversal a todas as atividades e ações planeadas o recurso às metodologias participativas.

Quando falamos de metodologias participativas de projetos, falamos, fundamentalmente, de uma abordagem caracterizada pela valorização da multiplicidade de perspetivas presentes no contexto de um projeto (Schiefer [et al], 2007), ao invés de nos centrarmos exclusivamente na perspetiva “do perito” ou da gestão de topo.

Assim, e considerando que o recurso ao Planeamento em Saúde e às Metodologias Participativas contribuem de forma ativa para o desenvolvimento de respostas mais integradas e efetivas em saúde pública, importa que este projeto assuma como estratégia base de intervenção uma que, ao invés de se focar no perito, se centre nas pessoas, na sua perspetiva e experiência próprias, nas suas necessidades e aspirações.

As metodologias participativas desempenham, inegavelmente, um importante papel no processo de diagnóstico, planeamento, ação e avaliação dos processos de intervenção social, pelo que integrar a participação das pessoas nestes processos é hoje um requisito fundamental (Ferreira e Almeida, 2016) quando se almeja a real transformação social, através de projetos e intervenções concebidos de forma partilhada e colaborativa, por pessoas e para pessoas.

Os métodos participativos assumem-se, efetivamente, como os mais adequados à produção de conhecimento relevante quanto às prioridades, perceções e práticas de instituições e cidadãos, dado que, ao mesmo tempo que têm o potencial de fornecer informação valiosa para o processo de tomada de decisão por partes dos órgãos de gestão, constituem em si mesmo exercícios de capacitação de todas as pessoas envolvidas no processo, favorecendo a transformação social desejada (Ferreira e Almeida, 2016) por via da mobilização harmonizada de todos os intervenientes do processo.

Tendo como objetivos últimos a elaboração participada de um Diagnóstico de Situação no domínio da estratégia e impacto e a co-construção de um Plano Estratégico, este projeto demanda a utilização transversal destas metodologias, devendo o planeamento ser encarado como um *“processo dinâmico e interativo, feito por todos e para todos, sujeito a revisão permanente e pressupondo transparência e vontade”* (Delgado, 2013, p. 7), onde a participação efetiva das pessoas carece de ser fomentada e credibilizada.

Assim, as atividades desenvolvidas neste projeto têm, necessariamente, de se centrar em estratégias que sirvam, precisamente, estas duas finalidades.

De facto, se atentarmos à noção de estratégia nas organizações sociais, percebemos facilmente a inevitabilidade de se basear o processo do Planeamento Estratégico nas pessoas, sendo consensual na prática que a não utilização deste tipo de metodologias tem um grande potencial de conduzir a uma maior insatisfação, incompreensão e controvérsia face às políticas e estratégias a implementar e a um maior distanciamento e clivagens entre os responsáveis pelo planeamento e pela sua execução e as pessoas que beneficiarão das respostas a criar (Ferreira e Almeida, 2016).

No seguimento deste raciocínio, se recorrermos ao levantamento exaustivo de definições de estratégia realizado por Mintzberg com o objetivo de as sintetizar em grandes conceitos, podemos perceber que a estratégia de uma organização depende tanto de fontes planeadas como de fontes não planeadas, isto é (Franco e Azevedo, 2012, p. 165):

“O Plano Estratégico, fruto de um processo de Planeamento Estratégico, é uma afirmação de intenções por parte da gestão da organização – corresponde às fontes planeadas. Mas o que realmente se faz na prática, a Estratégia Realizada, segundo esta noção de estratégia como padrão, vai ser uma combinação de intenções – Estratégia Intencional – e de tomadas de decisão que vão emergindo ao longo do tempo, fruto de circunstâncias externas ou internas que não se previram no planeamento – Estratégias Emergentes. [...] O Pensamento Estratégico é a essência da gestão estratégica. Assim como a Ação Estratégica.”

Importa assim que, para além de se assegurar que a equipa, como um todo, conhece os objetivos e metas a alcançar, compreende também a missão e visão que o sustenta e o quadro de valores que as suportam, importa, ainda, que ela seja capacitada no sentido de poderem contribuir ativamente para uma ação estratégica sólida e adequada, na construção de projetos dinâmicos e moldáveis, que integrem todos os intervenientes na construção de uma solução partilhada, para um problema comum.

Desta forma, para além de se garantir a participação dos diferentes elementos da equipa operacional do projeto e da Direção da CSSJD-B, importará fomentar e reconhecer o valor da participação dos parceiros comunitários do projeto, dos seus investidores sociais (financiadores) e beneficiários. De facto, ao considerarmos as pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares, como participantes ativos do processo de planeamento, estamos a ampliar a nossa capacidade de análise e compreensão da

realidade a intervir e a promover mais e melhores soluções potenciais para os problemas identificados (Gomes [et al], 2015).

Por forma a contribuir para uma participação ainda mais efetiva e o processo mais transparente e democrático, importa também que estes processos envolvam toda a diversidade de públicos possível e adequada (elementos da gestão e da operação, mas também parceiros, beneficiários ou outras partes interessadas) desde logo, na negociação do Plano de Ação e respetivo Cronograma (Gomes [et al], 2015). Assim, e diretamente dos objetivos que este projeto se propõe atingir, derivam duas atividades independentes, mas interligadas:

- (1) Elaboração participada do Documento de Consenso “*CuiDando - Onde estamos e para onde seguimos: uma perspetiva partilhada*”;
- (2) Co-construção do Plano Estratégico do Projeto CuiDando, que se intitulou de “*Da transformação que queremos, ao impacto que alcançamos*”.

Apresentadas com maior detalhe no APÊNDICE A – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES, traduzem-se, globalmente, na realização de:

- **2 sessões de trabalho com a equipa do projeto** para compreensão da dimensão operacional da intervenção e conhecimento da sua perspetiva sobre o projeto, seus potenciais de melhoria e de inovação;
- **10 visitas a beneficiários do projeto** – pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares – para compreensão da sua perspetiva da intervenção do projeto, identificação conjunta dos seus aspetos mais relevantes e de potencialidades de otimização de procedimentos e processos;
- **1 sessão de trabalho com a Direção da CSSJD-B** para compreensão do percurso e processos anteriores do projeto CuiDando e conhecimento da perspetiva da gestão de topo sobre a integração do projeto na estratégia e política institucionais;
- **1 sessão de discussão alargada**, com elementos da equipa e da Direção da CSSJD-B, para apresentação, validação e negociação do Diagnóstico de Situação nos domínios da estratégia e impacto e do Plano de Ação;
- **3 sessões de trabalho conjunto com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando e parceiros comunitários** para a co-construção do Plano Estratégico “CuiDando 2022”;
- **1 sessão de discussão alargada**, com elementos da equipa e da Direção da CSSJD-B, para apresentação, validação e negociação do Plano Estratégico “CuiDando 2022”.

Para as executar, foi mobilizado um conjunto de métodos, técnicas e instrumentos caracterizados pela prevalência de procedimentos que asseguraram o envolvimento ativo de todos os atores sociais implicados no projeto (Schiefer [et al], 2007), que se encontram descritos com maior pormenor no Apêndice antes citado e no ponto 5º deste Relatório, constituindo base das atividades planeadas, e que se executaram de acordo com o Cronograma (APÊNDICE B) acordado por todos os intervenientes do projeto.

4.1.4. ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A elaboração e execução de um plano, programa ou projeto pressupõem a existência de uma Avaliação. Esta última etapa do Planeamento em Saúde tem como finalidade melhorar e orientar para o futuro partindo das informações recolhidas no processo, e não apenas justificar as atividades realizadas. A avaliação deve, para permitir este importante ciclo, ser precisa e pertinente, no sentido de determinar o grau de sucesso na obtenção dos objetivos fixados, analisando, de igual forma, se as estratégias utilizadas foram as mais apropriadas ao desenvolvimento das atividades (Tavares, 1990).

Torna-se, assim, necessário identificar e selecionar os melhores indicadores de avaliação, que se traduzem em instrumentos de medida fundamentais para avaliar e controlar os programas e projetos implementados, permitindo monitoriza-los e medir os avanços registados (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990). É, neste pressuposto, imperiosa a formulação de indicadores que vão ao encontro da correta interpretação das intervenções e que reflitam de forma inteligível e fidedigna o caminho escolhido e a distância que falta percorrer para se atingir os objetivos e metas pretendidos, permitindo, monitorizar e avaliar os progressos e identificar e esclarecer áreas de melhoria.

Assumindo-se como pertinente a eventual seleção de indicadores que meçam a estrutura, o processo e o resultado do projeto (Tavares, 1990), referindo-se este autor aos dois tipos de indicadores mais utilizados como os que medem “o resultado ou impacto” e os que medem “a atividade ou a sua execução”.

Tendo como objetivo último qualificar um projeto de forma participada e colaborativa, todas as estratégias de intervenção selecionadas têm como principal aspeto unificador o de partir sempre da experiência, perspetiva e aspirações dos próprios participantes para o desenvolvimento das ações planeadas e para a co-construção dos documentos estratégicos identificados como prioritários, considerando-se, tendo em conta os objetivos definidos, como indicadores mais adequados a cada uma das estratégias

usadas para melhor medir a sua efetividade, execução e impacto, os apresentados no Quadro 5, em baixo.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO PROJETO		
	OBJETIVO	INDICADOR
INDICADORES DE PROCESSO	O1 / O2	Taxa de execução das atividades
		Taxa de adesão dos participantes às atividades
		Nível de satisfação dos participantes
INDICADORES DE RESULTADO	O1	Execução do Documento de Consenso
	O2	Execução do Plano Estratégico

Quadro 5: Indicadores de Avaliação do Projeto

A monitorização e avaliação da Taxa de Execução das atividades e da Adesão dos participantes a cada uma delas será realizada através das Fichas de Presença (APÊNDICE C) de cada sessão planeada e dinamizada e da documentação de suporte eventualmente distribuída em cada sessão.

O nível de satisfação dos participantes face às sessões será avaliado através de uma Ficha de Avaliação Subjetiva da Sessão (APÊNDICE D), baseada na que integra o Sistema de Gestão da Qualidade do ISJD, mas elaborada para este efeito, onde numa Escala de Likert os participantes se posicionam quanto à sua satisfação com os diversos aspetos da sessão, nomeadamente pertinência e adequação dos conteúdos e objetivos às suas necessidades, condições físicas e de estrutura, relacionamento entre os diferentes participantes no desenvolvimento das atividades propostas e domínio do tema pelo facilitador das sessões.

Contudo, no sentido de verificarmos, antes de avançar para a execução do projeto, a consistência da intervenção planeada quer no que se refere à coerência interna e externa do projeto, quer ao seu enquadramento e alinhamento com o ambiente interno e externo, entendeu-se como necessária a execução da Matriz de Enquadramento Lógico do projeto (APÊNDICE E) que sumariza e evidencia a execução planeada.

De acordo com o anteriormente referido, as diferentes etapas de um processo colaborativo e participado identificam e realçam diferentes e valiosas informações que

são a base de um projeto participado e do seu sucesso, devendo, para isso, ser devidamente organizadas, segundo uma lógica apropriada, que permita facilmente observar a sua integração nas diferentes fases de execução do projeto, apresentando-se a Matriz de Enquadramento Lógico como um instrumento de excelência para esta sistematização da informação (Gomes [et al], 2015).

Segundo os mesmos autores (2015), desenvolvido na década de 70, este instrumento é ainda muito utilizado no Planeamento de Projetos Participativos graças à sua eficácia na articulação dos aspetos estratégicos de um projeto, seus resultados esperados, indicadores de avaliação e fontes de verificação dos mesmos, numa união entre o que seria o seu “planeamento estratégico” e o seu “plano de avaliação e monitorização”. Reforçam ainda como importante característica deste instrumento, a sua estrutura inteligível, onde uma série de conceitos, interligados, é utilizada simultaneamente, de forma clara e flexível. Simultaneamente, a elaboração de forma colaborativa deste recurso permite ainda ao projeto ampliar o entendimento comum dos diferentes elementos da equipa / agentes envolvidos, melhorando os processos de gestão e acompanhamento da execução das atividades.

4.2. REFLETINDO O PERCURSO

Com o objetivo último de co-construir um Plano Estratégico para o Projeto Cuidando (APÊNDICE F) verdadeiramente participado, colaborativo e capaz de responder às reais necessidades de todos os atores envolvidos – profissionais das áreas da gestão e da operacionalização, pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares e parceiros comunitários e de investimentos social – foram planeadas para o desenvolvimento deste Projeto diferentes ações direcionadas aos diferentes agentes-chave de mudança neste domínio de intervenção, envolvendo, desta forma, todas as partes interessadas do Projeto Cuidando no seu desenvolvimento desde o primeiro momento.

Isto, por se considerar que apenas processos de planeamento participados, que incorporem o contributo reflexivo da pluralidade dos intervenientes, permitem conduzir à máxima eficiência e impacto dos projetos, opondo-se a qualquer modelo tecnocrático, autoritário ou “centrado no perito” de organização de atividades, pouco sustentáveis e desadequados à criação de soluções robustas e eficientes. Neste sentido, conscientes de que a participação nos processos de planeamento deve ser uma preocupação dos responsáveis pela sua execução, e que pode ser viabilizada através de técnicas mais estruturadas, como reuniões de trabalho em equipa ou comunitárias (Capucha, 2008), o projeto a que respeita este Relatório teve como critério basilar o de prever em todas as atividades desenvolvidas a participação livre e plena de todos os intervenientes no processo de construção e implementação do Plano desenvolvido.

De acordo com o definido na fase de planeamento das estratégias de avaliação do Trabalho de Projeto a que respeita este Relatório, para além dos indicadores de resultado – execução do Documento de Consenso e do Plano Estratégico – foram previstos indicadores de processo, não apenas com o objetivo de avaliar o desenvolvimento das intervenções, mas também de permitir e promover ações de melhoria a implementar no decorrer da intervenção, entre a sessão avaliada e as seguintes, com vista a corrigir eventuais falhas, aproximar ao máximo possível a intervenção das expectativas dos participantes e otimizar cada sessão ao seu potencial máximo.

Destes, verifica-se a realização da totalidade de ações previstas, a inclusão de uma nova atividade face ao inicialmente planeado e uma taxa de participação global de 100% dos elementos convidados a integrar as diferentes sessões, e que envolveram, no total:

- a) 13 pessoas com doença mental;

- b) 5 cuidadores e familiares de pessoas com doença mental;
- c) 3 elementos da Direção da CSSJD-B;
- d) 5 elementos da equipa operacional do projeto;
- e) 4 elementos da CSSJD-B, de diferentes áreas de intervenção, externos à equipa do projeto;
- f) 6 elementos de parceiros comunitários (representantes da Câmara Municipal de Barcelos, Câmara Municipal de Esposende, Agrupamento de Centros de Saúde Cávado III – Barcelos/Esposende / Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e Hospital de Braga).

No que respeita à satisfação dos diferentes participantes com as sessões, a média de avaliações foi superior a 4 para todos os itens avaliados, numa escala de 1 a 5, conforme o quadro em baixo, sendo o resultado de satisfação global com o programa (incluindo todas as sessões) de 4.9, revelando uma vez mais, considera-se, o potencial das metodologias participativas na promoção do alinhamento e harmonia de diferentes partes na construção de soluções comuns para importantes problemas sociais.

AValiação Subjetiva das Sessões	MÉDIA DE RESULTADOS
Objetivos da Reunião/Sessão	4,8
Importância da Reunião/Sessão	4,9
Conteúdos da Ordem de Trabalhos	4,9
Estrutura da Reunião/Sessão	4,9
Recursos Didáticos Utilizados	4,7
Documentação fornecida	4,4
Instalações	4,7
Relacionamento entre participantes	4,8
Satisfação Global com as sessões / com o programa	4,9

Quadro 6: Resultados da Avaliação Subjetiva das Sessões

De todos os domínios avaliados apenas um apresenta um resultado médio inferior a 4,5 (4,4) que, ainda que representando uma diferença muito ténue em relação aos restantes, valerá a pena analisar e enquadrar. Efetivamente, por se terem concretizado todas as sessões de trabalho em ações de construção colaborativa do produto final, os participantes recebiam em todas as sessões informação (impressa e apresentada) que

lhes permitia o desenvolvimento das estratégias e instrumentos planeados para a sessão, mas nunca no final da sessão foram distribuídos os “resultados do momento”. Esta questão, identificada no decorrer o projeto e devidamente enquadrada e fundamentada junto dos participantes, aconteceu quer porque o foco do autor estava em reunir a informação ao longo das sessões para poder devolve-la, em jeito de produto final, no final da intervenção, quer porque a própria dinâmica colaborativa implicava um trabalho posterior de aglutinação e sistematização da informação que não foi possível acomodar-se entra cada uma das sessões. De qualquer forma, todos os participantes foram incentivados a fazer verter nas suas avaliações essa questão para que, em trabalhos futuros, esse possa ser um aspeto a acautelar-se em planeamento.

Será, ainda assim, justo considerar-se que o desenvolvimento deste projeto permitiu, não só o desenvolvimento de competências transversais à prática do enfermeiro especialista em saúde comunitária, como também investir particularmente nas competências inerentes à intervenção junto da comunidade, nomeadamente no que respeita à sua capacitação de intervir nos processos que lhe dizem diretamente respeito, desde a sua génese e implementação, elementos basilares do campo de intervenção do enfermeiro detentor do título de especialista em enfermagem de saúde comunitária (Regulamento n.º 428/2018).

Em verdade, e considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, é imperativo que o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública seja capaz de realizar as diferentes etapas do Planeamento em Saúde, promovendo a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos (Regulamento n.º 428/2018). O reforço destas competências no enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, crê-se, não só tem o poder de influenciar positivamente os projetos de saúde comunitária implementados, garantindo um melhor planeamento, acompanhamento e monitorização dos seus resultados e impactos, como concorre para a afirmação do enfermeiro com esta especialidade para a liderança de processos de transformação social e da saúde na comunidade, através de projetos desenhados com e para as pessoas, mantendo-as no centro do processo de planeamento e decisão.

Foi assumidamente essa a principal intenção da realização deste Trabalho de Projeto, respondendo não só a um interesse pessoal e profissional do autor pelas áreas do planeamento participativo, gestão participada e implementação de projetos comunitários, mas também a uma necessidade identificada em vários projetos que não compreendem esta lacuna como um dos aspetos que diretamente concorrem para o seu insucesso.

Com vista a responder a esta necessidade identificada pela equipa do Projeto CuiDando, e tendo sempre como fim respeitar a sua essência e percurso de valor, maximizando as atividades de âmbito comunitário que desenvolve e os ganhos que delas resultam, e considerando a relevância e especificidades do Programa de Saúde e objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde no âmbito da saúde mental, (competência específica do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, reconhecida pelo Regulamento n.º 428/2018), foi desenhado um plano de ação para a realização deste Trabalho de Projeto que teve em todas as suas diferentes ações o alinhamento comum de permitir: ouvir todas as vozes envolvidas no projeto, garantindo espaço para que se sentissem ouvidas e reconhecidas, conhecer e compreender a perspetiva de cada uma, e reunir consenso sobre o caminho a seguir. Assim, planearam-se sessões de trabalho colaborativo por grupos de atuação: equipa do projeto, para compreensão da dimensão operacional da intervenção e conhecimento da sua perspetiva sobre o projeto, seus potenciais de melhoria e de inovação, beneficiários e familiares, para compreensão da sua perspetiva da intervenção do projeto, identificação conjunta dos seus aspetos mais relevantes e de potencialidades de otimização de procedimentos e processos, Direção e órgãos de gestão, para compreensão do percurso e processos anteriores do projeto CuiDando e conhecimento da perspetiva da gestão de topo sobre a integração do projeto na estratégia e política institucionais e momentos de reunião e discussão alargada entre eles e os parceiros comunitários, para reunião de consenso sobre a estratégia a assumir para o projeto.

Sobre elas, mais que as voltar a referir ou aos instrumentos aplicados, importará, neste espaço de exercício reflexivo sobre a prática e o percurso percorrido, atentar em quatro aspetos, que decorrem diretamente do desenvolvimento das atividades descritas.

A importância de se entender o planeamento em saúde como um processo evolutivo, dinâmico e flexível

Planear consiste em projetar uma mudança, antecipar uma realidade desejável, prevendo as etapas necessárias para transformação dessa mesma realidade (Capucha, 2008). Implica assim, necessariamente, a mobilização ativa de conhecimento técnico e científico para prever o que vai mudar, mas também a definição de como esta mudança deve acontecer. No mesmo sentido, para Tavares (1990), o planeamento em saúde, que se pressupõe ser um processo contínuo, permite-nos escolher a melhor solução entre várias alternativas, tendo em consideração os constrangimentos da atualidade e ainda os que se preveem para o futuro, e a previsão dos recursos necessários para, em

conformidade com uma ordem de prioridades previamente estabelecida, atingir os objetivos determinados. Importa ainda que este seja todo um processo flexível, para que as intervenções desenvolvidas permitam o acompanhamento das mudanças que produzem, por forma a tornar possível a introdução de correções ao percurso inicialmente previsto e traçado.

Não foi exceção de tal conceção o percurso que origina este relatório. Efetivamente, no decurso deste Trabalho de Projeto, verificou-se a necessidade de se implementarem alterações ao previamente planeado com vista ao atingimento dos objetivos propostos, dado o aprofundamento do conhecimento sobre o contexto, que engloba a equipa, a estrutura e os beneficiários do projeto CuiDando, e da situação pandémica entretanto instalada por COVID-19. De entre pequenos ajustes, despiciendo nesta análise, sobressaem duas alterações mais significativas ao plano de ação previamente definido, ambas relacionadas com a Atividade 2 – *Co-construção do Plano Estratégico “CuiDando 2022”*, expressas no APÊNDICE H – PLANEAMENTO DE ATIVIDADES REFORMULADO e APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO REFORMULADO.

A primeira, fruto, simultaneamente, da inexperiência de participação da equipa do projeto em processos colaborativos e horizontais, e o desconhecimento sobre as diferentes ferramentas de planeamento trabalhadas no decurso das sessões, e das restrições aos contactos de proximidades entretanto implementadas no país relacionadas com a COVID-19, traduziu-se:

a) No acrescento de sessões de mentoria com a equipa pós-sessões de grupo

De facto, detetou-se no decurso da implementação das atividades a necessidade de se acrescentar ao Plano de Ação previamente negociado, duas sessões de mentoria com a equipa operacional do projeto, com vista a melhor enquadrar, explicar e compreender os resultados e conclusões de cada uma das atividades realizadas nas sessões de grupo e respetivos produtos, bem como a reforçar a importância, pertinência e mais-valias dos métodos participativos, porventura mais morosos e exigentes, mas mais transparentes, inclusivos e eficientes. Efetivamente, entendendo o processo de aprendizagem como um através do qual as nossas experiências geram mudanças relativamente permanentes no nosso comportamento, e atendendo a noção de estratégia como padrão antes explorada neste trabalho e à necessidade que dela resulta de capacitar a equipa para a “ação estratégica”, esta necessidade, não identificada no momento do Diagnóstico, foi reconhecida e respondida no desenvolvimento do projeto, assegurando a capacidade de racionalização da tomada de decisão e colaboração sincronizada que garantem que a

transformação de uma determinada realidade se processe de forma mais eficiente, alcançando os objetivos fixados e minimizando os problemas de saúde considerados prioritários (Imperatori e Giraldes, 1993).

Estas duas sessões foram acrescentadas ao Plano de Ação depois de consensualizadas com a Direção da CSSJD-B e da própria equipa, e realizadas num ambiente seguro, de partilha livre e colaboração plena.

b) Na alteração do formato da ação de devolução de resultados e consenso

Inicialmente pensada num formato de reunião alargada, envolvendo a Direção da CSSJD-B, a equipa operacional do projeto, os parceiros comunitários mais relevantes e representantes dos beneficiários do projeto – pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares –, devido às restrições de circulação e contactos entretanto estabelecidas pelas Autoridades de Saúde Nacional e Local, e pelo próprio Plano de Contingência COVID-19 da CSSJD-B, esta ação foi convertida numa reunião de consenso em dois momentos, que permitiram validar os resultados e assegurar o alinhamento de todos os principais intervenientes do projeto na estratégia proposta para 2022. Realizou-se primeiro, de forma presencial, com a equipa do projeto e a Direção da CSSJD-B, e depois, por via telemática, com parceiros comunitários. Quanto à imprescindível devolução dos resultados do trabalho desenvolvido e das perspetivas para o futuro aos beneficiários da intervenção, considerou-se mais oportuno e pertinente ficar da responsabilidade da equipa operacional do projeto, dadas as restrições de contacto e a limitação de grande parte dos beneficiários envolvidos em aceder a vias telemáticas.

Pese embora o consenso obtido por todos os envolvidos, e considerando-se o carácter evolutivo e dinâmico do próprio Plano Estratégico desenvolvido, ele estará, naturalmente, sujeito a possíveis alterações que assegurem a sua melhoria continua e adaptabilidade à evolução da própria organização e políticas públicas, e o autor deste trabalho disponível para suportar este desenvolvimento, entendendo-o, antes mais, como parte do seu compromisso moral para com este trabalho e este projeto.

A segunda alteração, prendeu-se com o acrescento de uma atividade no decorrer do processo, no seguimento de uma oportunidade de financiamento externo para o projeto. Assim, depois de discutida a questão com a Direção da CSSJD-B, de quem partiu a proposta de colaboração, incluiu-se neste Trabalho de Projeto o apoio à equipa técnica do CuiDando na reformulação de alguns aspetos centrais da candidatura submetida ao instrumento *Parcerias para o Impacto*, do Portugal Inovação Social, cofinanciado pelo Programa Operacional de Inclusão Social e Emprego, e na elaboração da resposta à

Entidade de Missão do Portugal Inovação Social, à solicitação de esclarecimentos adicionais sobre o projeto.

Esta colaboração centrou-se na facilitação de duas sessões de trabalho com a equipa técnica, partindo dos resultados intermédios obtidos pelo projeto à data, com o objetivo fundamental de apoiar a identificação dos aspetos mais relevantes a incluir nos diferentes campos e na sua concretização. Os resultados desta colaboração podem ser encontrados no APÊNDICE J deste Relatório, com o título de “*Contributos para a sustentabilidade do projeto*”, importante referir, neste momento, que a respetiva foi aprovada na sua totalidade em abril de 2020, considerando-se, neste momento, o projeto CuiDando financiado a 100% por financiamentos externos à organização. Inclusive, a utilização dos Documentos Estratégicos produzidos e coproduzidos no decurso deste Trabalho de Projeto, para além de motivarem e sustentarem a exploração de estratégias alternativas de sustentabilidade do projeto, suportaram também a sua expansão para o Concelho de Esposende e a sua escalabilidade, igualmente financiada pelo mesmo programa de incentivos, para o território da Região de Lisboa e Vale do Tejo, justificando-se, neste momento, ponderar-se a pertinência do desenho de um modelo estruturado de escalabilidade e replicação da resposta noutros contextos.

A importância de se conhecer e compreender profundamente o contexto de intervenção

Assume-se como condição fundamental de qualquer projeto de intervenção de base comunitária o conhecimento da realidade do contexto, o que, no caso do presente Trabalho de Projeto, ultrapassava a informação que derivava da revisão bibliográfica sobre a área de intervenção do CuiDando ou, mesmo, os seus Relatórios de Atividades anuais. Assim, utilizou-se como primeira estratégia, depois de elaborada a revisão bibliográfica e consultadas as políticas públicas e institucionais no âmbito de intervenção do projeto, bem como os seus Relatórios de Atividades dos anos anteriores, e depois das reuniões de elaboração do Diagnóstico de Situação do Projeto, várias estratégias, instrumentos e ferramentas colaborativas, com vista a conhece-lo em profundidade, melhor descritas em todas as ações da Atividade 1 e na ação 1 da Atividade 2.

Destacando-se, desde logo, as sessões de trabalho conjuntas para conhecimento das diferentes perspetivas de *todos* os envolvidos no projeto e a fundamental sessão de triangulação de perspetivas, consenso e negociação quanto ao plano de ação a seguir para a co-construção do Plano Estratégico “CuiDando 2022”.

Previsivelmente, diferentes “partes” deste processo terão perspetivas, preocupações e sensibilidades diferentes para aspetos distintos do projeto e da sua intervenção e, na busca de uma estratégia alargada, inclusiva e concertada, importa garantir-se que todos são e se sentem ouvidos e considerados no produto final. Para isso, foram fundamentais as sessões e trabalho com a equipa e as visitas a diferentes beneficiários do projeto, acompanhando a equipa nas suas visitas regulares, permitindo não só conhecer na primeira pessoa e a “viva-voz” os impactos do projeto nas vidas que acompanha, mas também uma observação participada das práticas e procedimentos. Do mesmo modo, também a sessão de trabalho com a Direção da CSSJD-B permitiu enquadrar, compreender e contextualizar toda a informação e experiência resultante destas ações e elaborar um plano de ação mais harmonioso e consensual.

Do mesmo modo, a construção conjunta, por toda a equipa, Direção e parceiros comunitários, de uma *Árvore de Problemas* (Anexo 1 do Apêndice F, produto da 1ª reunião de trabalho), com base num debate precedido por uma discussão em pequenos grupos, permitiu melhor compreender, recorrendo a uma metodologia colaborativa e participada, a identificação das melhores estratégias para a resolução dos problemas identificados, assim como a priorização dos problemas a solucionar e das estratégias a implementar – o que veio, inclusive e oportunamente, validar as atividades propostas inicialmente para o desenvolvimento deste Trabalho de Projeto. Juntamente com as restantes *sessões de trabalho e de mentoria*, permitiu esta estratégia uma melhor compreensão do contexto – interno e externo – e do próprio problema na realidade a intervir, permitindo um melhor e mais adequado resultado final.

Sobre estas sessões de trabalho e de mentoria, e no que ao conhecimento do contexto e conseqüente ajuste do planeamento diz respeito, vale a pena reforçar três aspetos que mereceram reflexão ao longo deste processo:

- a) a mais-valia de se contar com as diferentes perspetivas, motivações e aspirações de todos os envolvidos neste grupo coeso de intervenção;
- b) a co-dependência e retroalimentação de todas as intervenções planeadas;
- c) a dificuldade do trabalho em colaboração e das parcerias comunitárias.

Esta reflexão sobre a mudança remete-nos, sem dúvida, para um processo de negociação, muitas vezes discutido e analisado em sessões de orientação do desenvolvimento deste trabalho de projeto, na promoção do conhecimento e da aprendizagem coletiva sobre as diferentes realidades com que se trabalha, bem como sobre os diversos pontos de vista dos agentes com diferentes posições e responsabilidades no que concerne à intervenção que se pretende levar a cabo

(Capucha, 2008). Importando referir que a validação e incentivo da Direção da CSSJD-B a toda a equipa e o seu envolvimento individual na reflexão sobre o problema e sobre as estratégias de intervenção planeadas no projeto, a facilitação de todos os processos por parte do coordenador do Projeto CuiDando, o seu envolvimento e acompanhamento atento, aliados à orientação por parte da equipa de orientação deste trabalho, e o envolvimento e capacidade de trabalho de todos os elementos da equipa e dos parceiros comunitários e, sem dúvida, a disponibilidade e envolvimento dos beneficiários do projeto, foram decisivos para a execução das atividades planeadas. Mais, o facto de se contar, em todas as sessões de trabalho, com diferentes visões e focos de atenção sobre um mesmo problema, permitiu a construção de uma análise multidimensional e abrangente da problemática e o desenho de um Plano Estratégico integrado e multissetorial, acreditamos, capaz de responder às diferentes necessidades da equipa na sua execução e monitorização.

Simultaneamente, esta tomada de consciência na prática, alerta-nos para uma questão complementar – a da necessidade de articulação e da interdependência das intervenções. Se, por um lado, podemos olhar para a colaboração entre diferentes áreas de especialidade e intervenção como uma mais valia do trabalho comunitário, importa, de igual forma, que ela seja vista como uma necessidade absoluta, sendo impossível trabalhar-se na comunidade de forma isolada ou independente, assumindo-se o trabalho interdisciplinar como o único possível na promoção de melhores condições de saúde das populações, por definição, uma questão multifatorial. Esta condição coloca ao enfermeiro da comunidade, particularmente ao enfermeiro com esta área de especialização, o desafio de ser capaz de promover canais de comunicação e articulação efetivos, de servir de elemento pivô no trabalho em parceria, enquanto facilitador do diálogo entre equipas e entre estas e os mais diversos *clusters* da comunidade, com a consciência de que as intervenções em saúde comunitária para serem efetivas terão forçosamente de ser articuladas e dependem das intervenções de todos os diferentes *stakeholders* do projeto.

Contudo, esta articulação nem sempre é fácil e verificadamente assume-se este como um dos principais desafios do enfermeiro especialista em saúde comunitária que atua na comunidade – o de conhecer as motivações de cada uma das partes interessadas para a ação e de as mobilizar para agir.

Neste percurso de conhecimento, valorização e mobilização para a ação das comunidades, não deverá o enfermeiro da comunidade agir de forma isolada e só será bem-sucedido se for capaz de envolver todas as partes interessadas no processo, ouvindo-as e envolvendo-as efetivamente.

A importância do trabalho colaborativo e da criação participada

Remete-nos, neste seguimento, a reflexão em cima para uma mais profunda sobre a grande mais valia e a incontornabilidade do trabalho colaborativo quando se pretende uma intervenção comunitária real e uma transformação duradoura. Reconhecidamente, a existência de um propósito comum, o sentido de comunidade e a participação colaborativa dos diferentes profissionais são alguns dos indicadores de qualidade das organizações (Capucha, 2008) mas, mais que isso, constituem-se de facto como critérios fundamentais para o sucesso de qualquer planeamento e intervenção. Efetivamente, apenas projetos em que todos os elementos implicados no processo de execução e monitorização são efetivamente envolvidos no seu planeamento e construção, podem ser convenientemente executados, com o máximo de eficiência e impacto e com o compromisso efetivo de todos os atores-chave para com o seu sucesso.

No processo de co-construção do Plano Estratégico “Cuidando 2022”, foi evidente o envolvimento de toda a equipa técnica e da Direção da CSSJD-B na discussão, aprimoramento e validação do modelo e dos conteúdos propostos, mas também dos representantes de diferentes partes interessadas e parceiros do projeto, de que se destacam os do ACES Cávado III – Barcelos/Esposende, do Hospital de Braga, das Câmaras Municipais de Barcelos e de Esposende e das Unidades de Internamento Agudo e de Residência Autónoma da Casa de Saúde de S. João de Deus, e, naturalmente, dos beneficiários do projeto, pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares.

As intervenções de enfermagem da equipa do projeto visam, fundamentalmente, o apoio aos seus beneficiários na alteração de comportamentos, pretendendo a adoção de estilos de vida mais saudáveis e promotores do equilíbrio, no sentido da promoção da sua autonomia e independência na sua própria casa, em relação à sua saúde, à saúde dos que delas dependem e à da sua comunidade.

Isto remete-nos para o conceito de *empowerment*, entendido como um processo de “dar poder” que permite aos indivíduos aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania, permitindo que as escolhas sejam feitas pelos próprios. É um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (Regulamento n.º 348/2015). Contudo, ao passo que o *empowerment* para a saúde individual se refere, sobretudo, à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controlo sobre a sua vida pessoal, importa mais atentar ao conceito de *empowerment* para a saúde da comunidade, que pressupõe que os indivíduos atuem em conjunto para

alcançar uma maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e a qualidade de vida da sua comunidade.

Concretiza esta definição, um dos aspetos centrais deste Trabalho de Projeto, entendo a comunidade como o conjunto alargado das pessoas com doença mental, suas redes familiares e de proximidade, mas também os restantes agentes-chave da sua plena integração comunitária, nos domínios de políticas públicas e intervenções sociais e da saúde. Neste processo, pretende-se que o cidadão se torne consciente do seu próprio poder para alcançar os seus objetivos e resolver problemas, aumentando o controlo que tem sobre a sua própria saúde. Esta perspetiva pressupõe, assim, um processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre os envolvidos, nomeadamente, os profissionais da equipa e os beneficiários do projeto (Leal, 2006).

O enfermeiro deve assim assumir o papel de pivô, tendo por função ajudar, apoiar e criar condições para que o cidadão assuma o controlo sobre o seu projeto de saúde. Os profissionais devem ter como propósito da sua intervenção a capacitação dos seus interlocutores para adquirirem poder sobre as suas vidas e o reconhecimento da detenção desse poder, aumentando o número de escolhas disponíveis, assim como a sua capacidade para influenciar os cidadãos e as organizações que afetam as suas vidas. O papel do utente é o de um parceiro bem informado e ativo que acredita nas suas capacidades para agir de forma independente e eficaz, ou seja, passa a ser um solucionador ativo dos seus problemas (Leal, 2006).

Transferindo este conceito para o da intervenção do autor deste Trabalho de Projeto na qualificação do Projeto CuiDando, de intervenção comunitária em saúde mental, não só se destaca a especial importância das estratégias e metodologias equacionadas e adotadas ao longo deste percurso, como a função que ele assumiu ao longo de todo o processo, de facilitar o grupo de participantes a trabalhar em conjunto e chegar a um resultado colaborativo, baseado da experiência, conhecimento e capacidade criativa de *todos* os participantes (Schiefer [et al], 2007), na prática constante de um exercício de escuta ativa e diálogo, aspetos fundamentais para a construção da confiança necessária à implementação das atividades planeadas e à consequente co-construção de resultados adequados às finalidades e objetivos visados (Ferreira e Almeida, 2016).

Aspeto muito valorizado, desde logo, por todas as partes envolvidas logo no momento do Diagnóstico, em que se deixou claro que, com base da estratégia definida, se partiria para a definição do futuro do projeto tendo por princípio que as informações recolhidas, de forma participativa, pertencem ao público envolvido e que se reconhecia que estavam eles a doar, em prol de um diagnóstico participativo, parte de seu tempo, do seu

conhecimento, da sua base de informações e da sua sabedoria, colaborando na mobilização ativa de outros agentes comunitários e de relevo (Gomes [et al], 2015).

Assim, com base participativa e colaborativa, estamos confiantes de que se conseguiu o desenvolvimento de um Plano Estratégico para o qual todos os elementos envolvidos tiveram a oportunidade de contribuir e de se apropriar, enquanto partes ativas no seu desenvolvimento, e, assim, com o qual se comprometeram, em algum nível, na sua implementação e sucesso. Garantindo que as vozes mais importantes de todo o processo, das pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares, foram ouvidas, consideradas e valorizadas.

Partir-se-á, assim, para a sua implementação no terreno no biénio de 2021-2022 com a confiança de que:

- a) as necessidades a que ele visa responder são reconhecidas e valorizadas por todos os principais agentes-chave do processo;
- b) as estratégias adotadas para lhe responder são partilhadas por todos os intervenientes e foram previamente negociadas com todos;
- c) o grau de compromisso das partes e a potencialidade de sucesso e efetividade da intervenção definitivamente maiores.

Para isso concorreu de forma absoluta e inquestionável a disponibilidade e receptividade de todos os elementos da equipa, claro, mas principalmente dos parceiros desafiados a refletir sobre o futuro do projeto – o CuiDando 2022 – e dos diferentes representantes dos beneficiários do projeto envolvidos no processo. Efetivamente, assumiu-se como indiscutível catalisador do processo de aprendizagem individual e da qualidade do Plano proposto, a colaboração de todos e a sua disponibilidade para um processo horizontal de crescimento conjunto e partilhado.

A importância da centralização dos processos nos seus beneficiários

Efetivamente, por fim, mas não menos importante, sublinhou e destacou a necessidade incontornável de se colocarem as pessoas no centro de todos os processos. De se desenvolverem projetos comunitários com e para as pessoas, considerando a sua perspetiva, experiências, necessidades e aspirações como ponto de partida e como diapasão da reflexão e da construção colaborativa de mais e melhores soluções comunitárias.

Investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitar os cidadãos e desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores são prioridades estratégicas para a

melhoria da saúde e bem-estar da população e para a redução das desigualdades em saúde descritas na estratégia *Health 2020* que constitui o quadro de referência para as políticas europeias de saúde (OMS, 2014b).

O projeto CuiDando concorre diretamente para este fim ao ambicionar contribuir para que as pessoas com doença mental a residir na área de influência do ACES Cávado III – Barcelos / Esposende, sejam capazes de viver no seu próprio domicílio, apoiadas e integradas do ponto de vista socioprofissional e com melhores níveis de qualidade de vida, através, fundamentalmente, do acompanhamento domiciliário para psicoeducação e capacitação da pessoa com doença mental e dos seus familiares e cuidadores e da articulação com os diferentes atores-chave da comunidade para garantir o acompanhamento clínico e o acesso e uso efetivo dos recursos e respostas sociais da comunidade pelos seus beneficiários.

Contudo, ainda assim, e pese embora o projeto contemple no seu Procedimento interno (ANEXO 1, ponto 4.4.) a realização de uma entrevista e anamnese iniciais para elaboração do Plano Individual de Intervenção, onde constem as motivações, expectativas e objetivos dos beneficiários para o seu percurso de acompanhamento na equipa, e que sejam chamados, anualmente, a responder a um questionário de Satisfação quanto ao projeto, nunca antes tinham sido convidados e desafiados a integrar o processo de construção de um documento estratégico e norteador da intervenção da iniciativa.

Este passo marca um derradeiro salto do projeto para a verdadeira centralidade nas pessoas e nas comunidades, permitindo não só antever uma resposta mais individualizada e efetiva, como concorre, em simultâneo, para o preconizado na Carta de Ottawa (1986) quando orienta para que os cidadãos tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e bem-estar. Este acesso passa pelo incremento da promoção da saúde, através do aumento da literacia em saúde e do *empowerment* dos cidadãos enquanto processo que visa capacitar as pessoas e as comunidades, para assim, agirem sobre os fatores determinantes da saúde, individual e coletiva, no sentido de a poderem controlar e melhorar. Assumindo-se esta como uma externalidade positiva fortíssima do tipo de estratégia de intervenção utilizada e indo ao encontro do recomendado pelo Plano Nacional de Saúde, na sua revisão e extensão a 2020, e que se apresenta como um documento agregador e orientador do qual emanam as medidas consideradas relevantes para obtenção de mais ganhos em saúde, de que todas as intervenções em saúde assentem em quatro eixos estratégicos e transversais, nomeadamente, a cidadania em saúde, a equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, a

qualidade em saúde e as políticas saudáveis, tendo em vista a obtenção de mais valor em saúde, de uma governação da prática dos cuidados de saúde mais orientada para a qualidade e reforço da satisfação das necessidades da população (Portugal, 2015b).

Paralelamente, deve reforçar-se ainda que esta estratégia de intervenção colaborativa e participada, e que envolve os “sujeitos sociais” da intervenção como a parte interessada central do processo de construção, se encontra intimamente relacionada e perfeitamente alinhada com o preconizado pelas boas práticas no âmbito da governação clínica e de saúde, ao contribuir para a que se consiga reduzir ou controlar a ocorrência de sofrimento e complicações associadas às doenças crónicas, bem como aumentar os níveis de funcionalidade e de qualidade de vida relacionados com a saúde (Portugal, 2011).

Neste contexto, a governação clínica e de saúde apresenta como finalidade última orientar as equipas por forma a alcançarem os resultados clínicos e de saúde desejados, melhorando, por um lado, os níveis de saúde e os resultados clínicos a nível individual e, por outro, os resultados de saúde de grupos e comunidades, num processo de mobilização e envolvimento de todos os intervenientes (Portugal, 2011), considerando as pessoas – profissionais, parceiros e beneficiários – como o pilar essencial no qual se centram todos os processos, de onde devem partir todas as análises e perspetivas de co-construção de uma comunidade mais resiliente, informada, apoiada e saudável.

Necessário será, então, fazer a ponte entre o conceito de Governação Clínica e de Saúde e o da prática colaborativa e participada que, implicando a mobilização dos conhecimentos, experiência e *background* de todos os envolvidos, permite uma intervenção mais eficaz, rigorosa e efetiva, apresentando-se, assim, como uma estratégia que visa a melhoria contínua da qualidade dos processos assistenciais e de intervenção em saúde (Portugal, 2011).

5. O CUIDANDO 2030: PERSPETIVAS PARA O FUTURO

Com a realização deste Trabalho do Projeto, o CuiDando pode antever uma prática mais sustentada e robusta no próximo biénio, mais alinhada e alicerçada na real perceção conjunta da realidade de intervenção e do potencial de evolução e crescimento.

Depois deste percurso de reconhecimento de diferentes experiências e motivações, de balanço e discussão de diferentes perspetivas e aspirações, o projeto CuiDando encontra-se mais bem preparado para um processo de ação e decisão estratégicas, fundamentadas mais na capacidade real dos processos e no seu alinhamento com os objetivos de todos os agentes-chave da intervenção, que em suposições funcionais e perceções múltiplas e, eventualmente, desconectadas do todo.

Contudo, este é apenas um primeiro passo para um ciclo de inovação e transformação dos processos e procedimentos, de um projeto com um enorme valor e potencial de crescimento e escalabilidade.

Quanto trabalhamos com pessoas e para as pessoas, somos sempre capazes de identificar o que poderíamos ter feito mais, o que ainda falta fazer e o que não podemos deixar de fazer em oportunidades futuras. Deste Trabalho de Projeto, destacam-se quatro etapas e desafios futuros, no domínio da estratégia e do impacto, que o Projeto CuiDando poderá acolher, partindo da implementação do Plano Estratégico agora consensualizado e validado, bem como da candidatura efetuada ao instrumento Parcerias para o Impacto, do Portugal Inovação Social, agora aprovada:

a) Elaboração de um Manual de Procedimentos

Pese embora exista um Processo e Procedimento próprios do ISJD que sustentam e enquadram a intervenção do Projeto CuiDando, a evolução que ele apresentou ao longo dos anos, os resultados sólidos que demonstra em ganhos em saúde para as pessoas com doença mental que apoia e o papel comunitário decisivo que atualmente representa, o projeto mereceria uma revisão do procedimento atual e a eventual criação de um Manual de Procedimentos próprio, que permitisse, inclusive, a sua mais fácil e integrada escalabilidade para outras regiões do país, e a mais segura e articulada integração de novos elementos na equipa do projeto.

b) Criação de um Modelo de Escalabilidade

O Projeto CuiDando é hoje uma referência na intervenção comunitária no âmbito da Saúde Mental nos concelhos em que intervém. O seu potencial de impacto positivo nas vidas das pessoas que acompanha é sério e valioso e teria, julga-

se, todo o potencial de escalabilidade para outras regiões do país, quer através de outros Estabelecimentos do Instituto S. João de Deus, quer através de parceiros externos à instituição. Contudo, para isso ser possível, o projeto beneficiaria de desenhar e testar um Modelo de Escalabilidade que, integrado na estratégia agora definida, permitisse antever as expectativas de crescimento sustentado e integrado.

c) Consolidação das estratégias de articulação com agentes-chave de entidades empregadoras

Os objetivos do projeto ultrapassam a promoção da estabilização clínica das pessoas com doença mental no seu domicílio, considerando a integração socioprofissional e ocupacional como uma dimensão vital e fundamental à sua real integração social e qualidade de vida. Importará no futuro à equipa, na prossecução deste objetivo, debruçar-se no desenvolvimento de estratégias firmes de articulação horizontal e de proximidade com os agentes da comunidade empregadora local (empregadores, Instituto de Emprego e Formação Profissional e centros de recursos e de formação e qualificação) com objetivos operacionais e indicadores de avaliação próprios, que considerem, por exemplo, a sua consciencialização e capacitação para a integração de pessoas com doença mental na sua atividade e para a promoção da saúde mental de todos os seus colaboradores.

d) Validação de escalas e instrumentos de recolha de dados

Por fim, considerando a tipologia de intervenção, a estrutura das respostas de apoio substitutas e o rigor verificado com que a equipa intervém nas suas diversas atividades, considera-se oportuno que o Projeto possa iniciar, em breve, um processo de validação de todos os Instrumentos de Avaliação de Impacto utilizados, ou a sua eventual substituição por outros validados para a população portuguesa, garantindo maior robustez ao modelo de intervenção, empiricamente válido e validado, rumo a um modelo sustentado em instrumentos, procedimentos e técnicas de tratamento e análise da informação sensíveis à determinação dos reais ganhos em saúde alcançados, no âmbito de um projeto com especificidades próprias inerentes ao cuidado a pessoas com doença mental, suas famílias e cuidadores.

NOTA CONCLUSIVA

Em Portugal têm vindo a ser desenvolvidos grandes esforços naquilo que diz respeito à intervenção comunitária no espaço da saúde mental, designadamente no que respeita à transição do modelo de hospitalização e internamento prolongado para um modelo baseado na prevenção da doença e na promoção da saúde, onde a pessoa com doença mental possa desenvolver o seu processo de *Recovery* no seu próprio ambiente, rodeada daquilo que lhe é familiar (Macedo [et al], 2019). Contudo, a evolução das respostas e serviços não tem sido capaz de acompanhar o progresso das políticas públicas, persistindo importantes barreiras de acesso a um acompanhamento efetivo, adequado e de qualidade à maioria das pessoas (Portugal, 2019a).

As entidades da sociedade civil e da economia social podem assumir-se, neste contexto, como importantes parceiros do Serviço Nacional de Saúde, integrando o sistema de saúde de respostas às necessidades das pessoas com doença mental, seus familiares e cuidadores. Para isso, devem dotar-se de conhecimentos e competências técnicas, que lhes permitam a elaboração, execução, gestão e avaliação de projetos comunitários, voltados para as pessoas com doença mental e para as suas reais necessidades e das suas famílias, capazes de os reconhecer e integrar como os agentes principais do seu processo de recuperação.

A realização deste Trabalho de Projeto, tendo contribuído para a qualificação do Projeto CuiDando da Casa de Saúde S. João de Deus de Barcelos, reforçou a sua efetividade e capacidade de centralização nos seus beneficiários, mas também de se posicionar no contexto intra e extraorganizacional, de uma forma estruturada, articulada e integrada com as demais respostas no âmbito da saúde global das pessoas com saúde mental, reforçando o seu potencial de impacto e sustentabilidade.

Reforça este percurso a necessidade de se entender o Planeamento em Saúde como um processo colaborativo, dinâmico e flexível, assente num profundo conhecimento e compreensão do contexto de intervenção e na participação informada e efetiva das pessoas – beneficiários finais da intervenção – elementos centrais de todas as fases de planeamento e decisão. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem a oportunidade de assumir neste plano um papel decisivo e catalisador, nomeadamente na capacitação de grupos e comunidades (Regulamento n.º 428/2018) para a prossecução dos seus objetivos de saúde e na liderança de processos de transformação social verdadeiramente participados, colaborativos e capazes de responder às reais necessidades das pessoas e das suas comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986.

ALMEIDA, J.C.; XAVIER M.; CARDOSO, M.; PEREIRA, M.; CORRÊA, R.; GUSMÃO, R.; GAGO, B.; TALINA, M.; SILVA, J. – **Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório**. [Em linha] Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2013. [consultado em 20 de novembro de 2020]. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

ALVES, A.; RODRIGUES, N. – **Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: 2010. Vol. 28 (2), p. 127-131.

ANTHONY, W. – **Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's**. [Em linha] Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993. [consultado em 17 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/anthony1993c.pdf>.

CANADA, E. – **Promoção do Recovery na Pessoa com Doença Mental Grave**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2016. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

CAPUCHA, Luís – **Planeamento e Avaliação de Projetos - Guião prático**. 1ª ed. Lisboa: Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2008. ISBN 978-972-742-285-2.

CARDOSO, A.; BYRNE, M.; XAVIER, M. – **Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e crenças em profissionais do serviço de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: 2016. ISSN 0870-9025. Vol. 34, N.º3, p. 209-219.

CARVALHO, José Carlos ; CORDEIRO, Raul – **Recovery e os cuidados de enfermagem de saúde mental na comunidade na comunidade**. **Hospitalidade**. Lisboa. ISSN 0871-0090. Ano 82, N.º 319 (2018), p. 12-16.

CHEMELA, Ana Raquel Ribeiro – **Promoção do Autoconceito e da Autonomia na Pessoa em Sofrimento Psicológico**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de

Lisboa, 2018. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

COMISSÃO EUROPEIA – **Good Practices in Mental Health and Well-being: mental health services in the community.** [Em linha]. EU, 2018. [consultado em 15 de novembro de 2020]. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2018_goodpractices_en.pdf

COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (CNRSSM) – Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal: Plano de Acção 2007 – 2016. [Em linha] Lisboa: 2007. [Consultado em 23 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2018/05/Reestrutura%C3%A7%C3%A3o-e-Desenvolvimento-dos-Servi%C3%A7os-de-Sa%C3%BAde-Mental-em-Portugal-Plano-de-a%C3%A7%C3%A3o-2007-2016.pdf>

CRUZ, Tânia – *Reabilitação psicossocial e recovery.* **Hospitalidade.** Lisboa. ISSN 0871-0090. Ano 83, N.º 323 (2019), p. 27-30.

DECRETO-LEI n.º 22/2011. DR n.º 29/2011, Série I (2011/02/10) p. 716-723.

DELGADO, Cecília – **Cidadãos, técnicos e políticos: do que falamos, quando falamos de participação pública?** [Em linha]. Fórum Sociológico, 2013. [Consultado em 28 Dez. 2020]. Disponível em: <https://journals.openedition.org/sociologico/834>.

DIAS, A.M.; CUNHA, M.; SANTOS, A.; NEVES, A.; PINTO, A.; SILVA, A.; CASTRO, S. – Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. [Em linha] Millenium, 2011. [consultado em 27 novembro 2020]. Disponível em: <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>.

DUARTE, T. – **Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental.** [Em linha] *Análise Psicológica*, 2007 [Consultado em 27 de novembro de 2020] Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a10.pdf>

FERREIRA, Virgínia; ALMEIDA, Helena Neves - **Kit de ferramentas para diagnósticos participativos.** Coimbra: CES – Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. 2016. ISBN 978-989-8847-02-7.

FFMS - **População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários** [Em linha]. Portugal: PORDATA, 2011. [Consultado em 28 Dez. 2020]. Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%a7%a3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+et%a1rios-22>.

FRANCO, Raquel C.; AZEVEDO, Carlos – Gestão e Planeamento Estratégico nas OSFL. In AZEVEDO, Carlos; FRANCO, Raquel C.; Menezes, João W. (coord.) – **Gestão das Organizações Sem Fins Lucrativos – o desafio da inovação social**. Porto: PositivAgenda – Edições Periódicas e Multimédia, Lda, 2012. ISBN 978-989-20-2865-1

FRYERS, T.; MELZER D.; JENKINS, R.; BRUGHA, T. – **The distribution of the common mental disorders: social inequalities**. [Em linha] Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2005. [consultado em 20 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://cpementalhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1745-0179-1-14.pdf>

GAINO, L.; SOUZA, J.; CIRINEU, C.; TULIMOSKY, T. – **O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo**. [Em linha] Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 14(2). p. 108-116. SMAD: 2018. [consultado em 10 de dezembro de 2020] Disponível em: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>.

GEORGE, F. – **Sobre Determinantes da Saúde**. [Em linha]. Lisboa, 2014. [Consultado em 23 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>

GOMES, Marcos Ortiz; SOARES, Neluce; BRONZATTO, Luiz Augusto - **Metodologias Participativas, Elaboração e Gestão de Projetos**. Minas Gerais: SOMA, 2015.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS – **Centros Assistenciais – Casa de Saúde S. João de Deus**. [Em linha]. Lisboa, 2020. [Consultado em 10 Dez. 2020]. Disponível em: <https://www.isjd.pt/pt/centros-assitenciais/casa-de-saude-s-joao-de-deus-barcelos>

INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS – **Relatório de Gestão 2019**. [Em linha]. Lisboa, 2020. [Consultado em 17 Dez. 2020]. Disponível em: <https://www.isjd.pt/media/files/relatoriogestao-isjd-2019.pdf>

LEAL, Isabel – Perspectivas em Psicologia da Saúde. **Coleção Psicologia: série Psicologia e Saúde**. 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-066-5.

LLOBET, Montserrat; MERINO, Juan; SEQUEIRA, Carlos – Aspetos Psicossociais e Doença Mental. In SEQUEIRA, Carlos; SAMPAIO, Francisco – **Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções**. Lisboa: Lidel, 2020. ISBN 978-989-752-413-4.

MACEDO, E.; CANDEIAS, A.; GOMES, F.; DUARTE, A.; PIRES, B.; AZEVEDO, C.; PEIXOTO, S.; IGLÉSIAS, C.; SILVA, I.; GARCIA, A. – **Guião de intervenção na promoção do recovery para a pessoa com doença mental**. [Em linha]. Universidade do Minho, 2019. [Consultado em 27 de novembro de 2020] Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/59637/1/Gui%C3%A3o%20de%20interven%C3%A7%C3%A3o%20na%20promo%C3%A7%C3%A3o%20do%20Recovery%20da%20pessoa%20com%20doenla%20mental.pdf>

MARQUES, A.; QUEIRÓS, C. – **Guia do Processo de Reabilitação Psiquiátrica**. Porto: LIVPSIC & Laboratório de Reabilitação Psicossocial FPCEUP/ESTSPIPP. 2012. ISBN: 978-989-8148-87-2

OLIVEIRA, Purificação – Determinantes em Saúde Mental. In SEQUEIRA, Carlos; SAMPAIO, Francisco – **Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções**. Lisboa: Lidel, 2020. ISBN 978-989-752-413-4.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Mental health action plan 2013-2020**. [Em linha] Genebra: OMS, 2013a. [Consultado em 15 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/424776/retrieve>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. [Em linha] OMS, 2001 [Consultado em 20 de novembro de 2020]. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Genebra: OMS. 2003. ISBN 9241545992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: 2014a. [EM LINHA] <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-pdf.aspx>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão**. [Em linha] OMS: 2013b. [consultado em 23 de novembro de 2020] Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing: EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing.** [Em linha] Bruxelas: EU, 2016. [consultado em 23 de novembro de 2020]. Disponível em: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Health 2020: the European policy for health and well-being.** [Em linha] OMS, 2014b. [consultado em 13 dezembro 2020]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/priority-areas>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Mental health: strengthening our response.** Fact Sheet. [Em linha] Genebra, 2018. [consultado em 12 de dezembro de 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN – **Social determinants of mental health.** [Em linha] Genebra: OMS, 2014. [consultado em 20 de novembro de 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE) – **Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.** [Em linha] Paris: OECD Publishing, 2018. [consultado em 23 de novembro de 2020]. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1614688972&id=id&accname=guest&checksum=9F0FDA57E5757B5B99B93049B8DF04B4

PAIS RIBEIRO, J.; NETO, C.; SILVA, M.; ABRANTES, C.; COELHO, M.; NUNES, J.; COELHO, V. – **Ulterior validação do Questionário de Saúde Geral de Goldberg de 28 itens.** [Em linha] Psicologia, Saúde & Doenças. 16(3). p. 278-285. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde: 2015. [consultado em 12 de dezembro de 2020] Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v16n3/v16n3a01.pdf>.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. – **Poverty and common mental disorders in developing countries.** [Em linha] Bulletin of the World Health Organization, 2003. [consultado em 20 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/81/8/Patel0803.pdf?ua=1>

PINEAULT, Raynald; DAVELUY, Carole – **La planificación Sanitária: Conceptos, Métodos, Estrategias.** 1.ª edição. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión, 1987.

PORTUGAL. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental - **Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020**. [Em linha] Lisboa: Ministério da Saúde, 2017. [consultado em 23 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

PORTUGAL. Conselho Local de Ação Social de Barcelos – **Plano de Desenvolvimento Social: Barcelos 2021**. Barcelos: Rede Social de Barcelos, 2015a.

PORTUGAL. Conselho Nacional de Saúde. **Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década**. Lisboa: CNS, 2019a. ISSN: 2184-6960.

PORTUGAL. Coordenação Nacional para a Saúde Mental – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.

PORTUGAL. Direção Geral Da Saúde (DGS) – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Revisão e Extensão a 2020**. Lisboa: DGS, 2015b.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Governança Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011.

PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde – **Saúde, um Direito Humano – Relatório de Primavera 2019**. Lisboa: OPSS, 2019b.

REGULAMENTO N.º 356/2015 de 25 de junho – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental**. Diário da República n.º 122, Série 2. Pp 17034 – 17041.

REGULAMENTO N.º 348/2015 de 19 de junho - **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Diário da República n.º 118, Série 2. pp 16481-16486.

REGULAMENTO N.º 428/2018 de 16 de julho de 2018 – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar**. Lisboa: 2018. Diário da República n.º 135, Série II 19354-19359.

SAMPAIO, R.; LUZ, M. – **Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde**. [Em linha] Cad. Saúde Pública, 2009. [consultado em 23 de novembro de 2020] Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2009.v25n3/475-483/pt>

SANTOS, José Manuel– Políticas e Programas de Saúde Mental. In SEQUEIRA, Carlos; SAMPAIO, Francisco – **Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções**. Lisboa: Lidel, 2020. ISBN 978-989-752-413-4.

SANTOS, José Manuel; SANTOS, Cristina – Organização dos Serviços de Saúde Mental. In SEQUEIRA, Carlos; SAMPAIO, Francisco – **Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções**. Lisboa: Lidel, 2020. ISBN 978-989-752-413-4.

SCHIEFER, Ulrich; et. al – **MAPA - Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos**. São João do Estoril: Príncipia. 2007. ISBN 978-972-8818-58-6.

SCHIEFER, Ulrich; TEIXEIRA, Paulo; MONTEIRO, Susana – **MAPA - Manual de Facilitação para Gestão de Eventos e Processos Participativos**. São João do Estoril: Príncipia. 2006. ISBN 972-8818-65-3.

SEQUEIRA, Carlos; SAMPAIO, Francisco – **Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções**. Lisboa: Lidel, 2020. ISBN 978-989-752-413-4.

SILVA, L.; ANDRADE, E. – **Autonomia no campo da saúde mental: uma revisão da literatura nacional**. [Em linha] Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, Vol 1, 2018. [consultado em 23 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4979/497955551010/html/index.html>.

SLADE, M. – **100 Formas de Ajudar a Recuperação: Guia para Profissionais de Saúde Mental**. Coordenação da edição Portuguesa F. Palha. Porto: 2012.

TAVARES, A. - **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE A
PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

Atividade 1		Onde estamos e para onde seguimos, uma perspetiva partilhada – Elaboração participada de um Documento de Consenso		
Ação	Objetivos	Estratégias e Instrumentos	Duração	
1.1	<p>Compreendendo a perspetiva técnica e operacional - Realização de 2 sessões de trabalho com a equipa do projeto para compreensão da dimensão operacional da intervenção e conhecimento da perspetiva da equipa sobre o projeto, seus potenciais de melhoria e de inovação.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreender as perspetivas da equipa sobre o projeto CuiDando, suas atribuições, processos e resultados; 2. Analisar a perspetiva da equipa quanto ao potencial de melhoria, evolução e crescimento do projeto CuiDando; 3. Colocar em diálogo diferentes perspetivas e visões sobre o projeto CuiDando, suas atribuições, processos e resultados, atuais e futuros; 4. Identificar atividades-chave, processos e procedimentos-base da intervenção; 5. Identificar potenciais de melhoria do projeto com base na perspetiva da equipa. 	<p>Os diferentes elementos da equipa são convidados a elencar as atividades-chave da sua intervenção, identificando as atividades centrais de cada processo e o seu papel em cada uma delas, escritas no quadro branco pelo facilitador. Depois, as diferentes perspetivas são comparadas, analisadas e discutidas em conjunto, formando blocos centrais de negociação e oportunidades de consenso.</p> <p>Depois de consensualizada esta dimensão operacional do projeto, com recurso ao <i>brainstorming</i>, os participantes são desafiados a formular uma proposta de valor para o projeto, identificando os principais resultados alcançados pelo projeto, os principais desafios atuais e, atendendo ao seu percurso, o seu potencial de melhoria e de crescimento. Uma vez mais, o objetivo da estratégia, mais que chegar a um consenso sobre a proposta de valor e objetivos do projeto, será o de colocar em diálogo as diferentes perspetivas dos elementos da equipa, com foco no conhecimento exploratório profundo das diferentes visões do que é e pode ser o projeto CuiDando.</p> <p>Será por fim feita, pelo facilitar das sessões de trabalho, uma síntese dos principais aspetos que emergiram das discussões e atividades das sessões, assumindo com a equipa de que eles serão a base da elaboração do Diagnóstico de Situação do projeto CuiDando nos domínios de impacto e estratégia, bem como do Plano de Ação a propor numa ação futura.</p>	6 h 00
1.2	<p>Compreendendo a perspetiva interna, na primeira pessoa – Realização de 10 visitas a beneficiários do projeto para compreensão da sua perspetiva da intervenção do projeto, identificação conjunta dos seus aspetos mais relevantes e de potencialidades de otimização dos processos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreender a perspetiva dos beneficiários, pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares, sobre o projeto CuiDando; 2. Identificar, na primeira pessoa, os principais pontos fortes do projeto, as características da intervenção mais valorizadas pelas pessoas com doença mental, e os seus principais impactos nas vidas dos beneficiários bem como pontos menos conseguidos; 3. Identificar, através da observação participada, potencialidades de otimização de processos e procedimentos e necessidades de capacitação da equipa nos domínios da avaliação de impacto e estratégia. 	<p>Para a compreensão da perspetiva dos beneficiários do projeto - pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares - e uma melhor compreensão dos processos e procedimentos da equipa, serão realizadas sessões de acompanhamento da equipa no terreno, garantindo o acompanhamento de todos os elementos da equipa.</p> <p>Será utilizada uma metodologia mista de recolha de informação: por um lado, através da observação participada, poder-se-á compreender, melhor e na prática, os processos e os procedimentos e as diferentes perspetivas sobre as atividades-chave do projeto. Paralelamente, esta estratégia permitirá uma observação externa da intervenção do projeto, permitindo o reconhecimento de outros potenciais fatores de sucesso e melhoria da intervenção. Por outro lado, em casa visita domiciliária será criado um momento não formal de entrevista não estruturada com as pessoas com doença mental, pedindo-lhes que partilhem um pouco a sua história e a influência do projeto na sua vida, identificando, na sua perspetiva, quais os aspetos centrais da intervenção, as características que mais valorizam e os impactos e resultados que reconhecem nesta metodologia e intervenção em comparação com outras que tenham experimentado.</p>	18 h 00

1.3	<p>Compreendendo a perspetiva estratégica e de integração – Realização de 1 sessão de trabalho com a Direção da CSSJD-B para compreensão do percurso e processos anteriores e conhecimento da perspetiva da gestão de topo sobre a integração do Projeto CuiDando na estratégia e política institucionais.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreender as perspetivas da Direção da CSSJD-B sobre o projeto CuiDando, suas atribuições, processos e resultados e integração estratégica na organização; 2. Conhecer, com base no percurso e processos anteriores, a perspetiva da Direção da CSSJD-B quanto ao potencial de melhoria, evolução e crescimento do projeto CuiDando; 3. Identificar atividades-chave, processos e procedimentos-base da intervenção; 4. Identificar potenciais de melhoria e crescimento do projeto com base na perspetiva da Direção da CSSJD-B. 	<p>Será inicialmente pedido à Direção da CSSJD-B que partilhe, com base no percurso e processos passados do Projeto CuiDando, a sua visão de futuro para o projeto, de crescimento e escalabilidade, identificando os aspetos de reforço e melhoria que consideram fundamentais e prioritários.</p> <p>Depois, serão apresentados os resultados das ações anteriores, analisando as mesmas questões à luz da perspetiva da equipa operacional do projeto e da dos seus beneficiários principais – pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares –, sendo solicitado à Direção o exercício de as enquadrar na sua estratégia e política institucionais.</p> <p>Será por fim feita, pelo facilitar da sessão de trabalho, uma síntese dos principais aspetos que emergiram das diferentes ações desenvolvidas até ao momento, e recordada a Direção da CSSJD-B que eles serão a base da elaboração do Diagnóstico de Situação do projeto CuiDando nos domínios de impacto e estratégia, bem como do Plano de Ação a propor na ação seguinte.</p>	3 h 00
1.4	<p>Triangulando perspetivas – Realização de 1 sessão de discussão alargada, com elementos da equipa e da Direção, para apresentação, validação e negociação do Plano de Ação.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentar, com base nas ações anteriores, uma proposta de Plano de Ação à equipa e Direção da CSSJD-B; 2. Colocar em diálogo, com base nos resultados das ações anteriores, as diferentes perspetivas e visões sobre o projeto CuiDando, suas atribuições, processos e resultados, atuais e futuros; 3. Negociar o Plano de Ação apresentado com os diferentes participantes e validar; consensualizar e envolver toda a equipa na estratégia de intervenção. 	<p>Com recurso a uma apresentação multimédia serão apresentados à equipa o Diagnóstico de Situação do projeto nos domínios de impacto e estratégia e o Plano de Ação proposto, elaborados de forma participada e com base nos resultados das três ações anteriores.</p> <p>Partindo dos diferentes aspetos identificados no Diagnóstico de Situação, será promovido pelo facilitador uma discussão alargada sobre as diferentes perspetivas e posicionamentos face ao projeto CuiDando, sua situação atual e potencial de evolução, com vista à formulação de um consenso sobre o potencial de melhoria e crescimento do projeto.</p> <p>Uma vez atingido esse ponto comum, será apresentada e discutida com maior detalhe a proposta de Plano de Ação e negociadas as ações, objetivos e estratégias planeadas.</p>	3 h 00

PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

Atividade 2		Da transformação que queremos, ao impacto que alcançamos – Co-construção do Plano Estratégico do Projeto CuiDando		
Ação	Objetivos	Estratégias e Instrumentos	Duração	
2.1	<p>O quê, do problema à solução – Realização da 1ª sessão de trabalho conjunto com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando e parceiros comunitários para a co-construção do Plano Estratégico “CuiDando 2022”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concretizar, de forma participada e colaborativa, o problema a que o CuiDando pretende responder, suas causas e consequências; 2. Identificar, de forma participada e colaborativa, as atividades-chave do projeto CuiDando; 3. Contribuir para a elaboração da Proposta de Valor do Projeto CuiDando; 4. Contribuir para a definição dos Objetivos Estratégicos e Operacionais do projeto CuiDando para o triénio 2020-2022. 	<p>Árvore de Problemas: Depois da apresentação a todos os participantes da sessão do percurso e enquadramento histórico e institucional do projeto CuiDando, bem como do atual processo de qualificação que atravessa, os participantes são convidados construir a Árvore de Problemas a que o Projeto CuiDando responde. Para isso, são divididos em dois grupos e cada grupo deve discutir e elencar, em cartões de cores diferentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> (a) o principal problema a que, na sua ótica, o projeto CuiDando deve dirigir a sua intervenção; (b) as diferentes consequências da ausência de resposta a esse problema nos mais variados níveis (sociais, da saúde e qualidade de vida, de empregabilidade, integração e inclusão social); (c) as principais causas que identificam para esses problemas. <p>Depois de identificadas, é pedido a cada grupo que tente procurar as relações causais e de dependência entre cada uma das causas e consequências identificadas e que as estruturam numa árvore. De seguida, cada grupo apresenta os seus contributos e com a ajuda do facilitador eles são agrupados em <i>clusters</i> de intervenção, criando, simultaneamente, um consenso quanto ao problema a que o projeto CuiDando pretende responder e a necessidade da sua intervenção, e um consenso quanto às principais causas e consequências do problema. É explicado ao grupo de participantes que a Árvore de Problemas pode agora ser transformada na Árvore de Objetivos do projeto, convertendo o Problema principal identificado no seu Objetivo Específico, as Causas desse problema nas Atividades/Objetivos Operacionais e as Consequências identificadas nos resultados e finalidades do projeto.</p> <p>Teoria da Mudança: Depois de identificado o problema, suas principais causas e consequências, é pedido aos mesmos grupos que, com base neste consenso, construam a Teoria da Mudança que no seu entendimento melhor lhes responderá. Assim, devem discutir em grupo e identificar de forma sucinta em cartões coloridos:</p> <ol style="list-style-type: none"> (a) as principais atividades a desenvolver pelo projeto; (b) os principais resultados imediatos dessas atividades para os beneficiários do projeto; (c) o impacto que esses resultados podem ter a médio e longo prazo na vida das pessoas; (d) a transformação, a nível macro, que acontece na sociedade, fruto desses impactos positivos. <p>Uma vez mais, cada grupo apresenta em plenário os resultados da sua discussão e, com o contributo do facilitador, é criada a Teoria da Mudança colaborativa subjacente ao projeto CuiDando, pela articulação e harmonização dos contributos dos diferentes elementos presentes na sessão (representantes da equipa operacional do projeto e da Direção da CSSJD-B, mas também do corpo clínico da instituição e</p>	4 h 00

		dos principais parceiros comunitários, como do ACES e dos Gabinetes de Coesão Social dos Municípios de atuação do projeto e do CEISUC, responsável pela Avaliação de Impacto do Projeto).	
<p>Como, da solução à proposta de valor – Realização da 2ª sessão de trabalho conjunto com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando e parceiros comunitários para a co-construção do Plano Estratégico “CuiDando 2022”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validar a Proposta de Valor do projeto CuiDando co-construída na sessão anterior; 2. Analisar, de forma colaborativa, o ambiente interno e externo do projeto CuiDando; 3. Identificar, de forma colaborativa, os recursos estratégicos do projeto CuiDando e os seus fatores críticos de sucesso; 	<p>Em articulação com a sessão anterior, é apresentada para discussão e validação pelo facilitador a Árvore de Problemas consolidada, com base nos resultados da sessão, e a Proposta de Valor do projeto Cuidando, com base na Teoria da Mudança previamente co-construída pela equipa e parceiros.</p> <p>Análise SWOT: de seguida, os participantes serão divididos em quatro grupos. A cada grupo é pedido que reflita sobre um diferente quadrante de uma tradicional Análise SWOT referindo-se ao programa apresentado – forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. É dado a cada grupo 15 min para discutirem entre si e concretizarem as suas reflexões numa folha de <i>flipchart</i> da forma que entenderem como mais adequada. Findo esse período, os facilitadores mudam o <i>flipchart</i> de cada grupo, pedindo-lhes que continuem a tarefa a partir do ponto em que foi deixada pelo grupo anterior. Após duas rondas, os <i>flipcharts</i> regressam ao seu grupo inicial e é pedido a cada grupo que apresente o resultado colaborativo final. Depois da apresentação do produto de cada grupo é fomentada a discussão por parte de todos dos diferentes conteúdos e feita, por parte do facilitador, a consolidação dos contributos, vertidos, posteriormente, na Análise SWOT do projeto CuiDando a incluir no seu Plano Estratégico.</p> <p>Recursos estratégicos e Fatores Críticos de Sucesso: em plenário, é pedido aos participantes que em debate aberto se vão posicionando quanto ao valor e importância que atribuem a cada um dos recursos do projeto CuiDando (Físicos/Materiais, Reputacionais, Organizacionais, Financeiros, Humanos/Intelectuais e Tecnológicos) quanto a quatro dimensões:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) valiosos, porque permitem explorar oportunidades ambientais e criar valor para os beneficiários; (b) raros, na medida em que não são suficientes para todos os serviços alternativos, mas também não são exclusivos do projeto; (c) difíceis de imitar, na medida em que serviços alternativos não os conseguem duplicar facilmente; (d) não substituíveis, porque a sua função e valor não podem ser substituídos por recursos semelhantes. <p>Permitirá esta estratégia identificar os recursos estratégicos do projeto e abrir portas à discussão seguinte, em que é solicitado a cada participante que categorize, dos diferentes aspetos-chave da intervenção do CuiDando previamente elaborada os fatores críticos do sucesso da sua intervenção, que os distinguem de outros serviços com o mesmo propósito e sem os quais os resultados alcançados seriam colocados em causa.</p>	8 h 00
<p>Com quem, CuiDando - uma base de parcerias – Realização da 3ª sessão de trabalho conjunto com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando e parceiros comunitários para a co-construção do Plano Estratégico “CuiDando 2022”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar uma análise participada e colaborativa das principais partes interessadas do projeto CuiDando; 2. Contribuir para a definição de uma proposta de valor para as partes interessadas do projeto CuiDando; 3. Contribuir para a definição de estratégias de aproximação e envolvimento de partes interessadas no projeto. 	<p>Matriz e Mapa de Partes Interessadas: depois, com recurso ao um <i>brainstorming</i> em planetário, é pedido aos participantes que identifiquem as principais partes interessadas do projeto CuiDando, categorizando-os, com o suporte do facilitador quanto ao seu nível de interesse e influência no projeto. À medida que os vai registando no quadro branco, no respetivo quadrante (alto interesse/alta influência; alto interesse/baixa influência, baixo interesse/alta influência, baixo interesse/baixa influência) o facilitador vai estimulando e direcionando o grupo para a identificação de mais partes interessadas para além dos óbvios agentes de articulação direta habituais.</p>	4 h 00

			<p>Uma vez identificados todos os <i>stakeholders</i> reconhecidos pelos participantes, os participantes são divididos em dois grupos e a cada grupo é atribuído um conjunto de partes interessadas com vista à elaboração do seu diagnóstico de valor/potencial de parceira e estratégias de envolvimento de <i>stakeholders</i>. Para cada parte interessada, deve o grupo responder, para isso, a quatro questões, com respeito ao âmbito de intervenção do projeto CuiDando, depois apresentadas para reflexão e consenso em plenário:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) O que é importante para este <i>stakeholder</i>; (b) Como pode este <i>stakeholder</i> contribuir para o sucesso da intervenção; (c) Como pode este <i>stakeholder</i> bloquear a atividade do projeto; (d) Como pode o projeto, então, envolver mais o <i>stakeholder</i> no desenvolvimento das atividades. <p>Depois de respondidas estas questões para todas as partes interessadas, cada grupo partilha com o restante grupo os resultados do seu trabalho, que são discutidos em plenário e os produtos finais (a resposta final para cada parte interessada) são registados pelo facilitador no quadro branco que se vai transformando num Mapa de Partes Interessadas colaborativo e consensual a todos os participantes.</p>	
2.2	<p>Harmonizando intenções, negociando o futuro – Realização de 1 sessão de discussão alargada, com elementos da equipa e da Direção, para apresentação, validação e negociação do Plano Estratégico “CuiDando 2022”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentar e validar o Plano Estratégico “CuiDando 2022”; 2. Negociar a sua integração na estratégia e política institucionais. 	<p>Com recurso a uma apresentação multimédia e à distribuição física da proposta de Plano Estratégico “CuiDando 2022” pelos participantes, esta é apresentada pelo facilitador e são enquadrados e explorados cada um dos seus aspetos-chave.</p> <p>Depois desta apresentação e explicação, são consideradas as perspetivas de cada participante sobre o documento estratégico, sua concretização e integração institucional, negociadas as estratégias da sua implementação e validada a sua versão final.</p>	3 h 00

APÊNDICE B
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO

ATIVIDADE		2019			2020		
		10	11	12	1	2	3
Elaboração do Projeto de intervenção e Planeamento das Atividades							
1	<i>Onde estamos e para onde seguimos, uma perspetiva partilhada</i> - Elaboração participada de um Documento de Consenso						
	1.1 <i>Compreendendo a perspetiva técnica e operacional</i>						
	1.2 <i>Compreendendo a perspetiva interna, na primeira pessoa</i>						
	1.3 <i>Compreendendo a perspetiva estratégica e de integração</i>						
	1.4 <i>Triangulando perspetivas</i>						
2	<i>Da transformação que queremos, ao impacto que alcançamos</i> – Co-construção do Plano Estratégico do Projeto CuiDando						
	<i>O quê - do problema à solução</i>						
	2.1 <i>Como - da solução à proposta de valor</i>						
	<i>Com quem - CuiDando, uma base de parcerias</i>						
	2.2 <i>Harmonizando intenções, negociando o futuro</i>						
Avaliação das atividades desenvolvidas							
Elaboração do Relatório de Atividades							

APÊNDICE C
FICHA DE PRESENÇAS

APÊNDICE D
FICHA DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA

Ficha de Avaliação da Reunião / Sessão de Trabalho

SESSÃO: _____

DATA: _____

A. ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

		1	2	3	4	5	
1. Objetivos da Reunião/Sessão	Confusos						Muito Claros
2. Importância da Reunião/Sessão	Nada Importante						Muito Importante
3. Conteúdos da Ordem de Trabalhos	Nada Interessantes						Muito Interessantes
4. Estrutura da Reunião/Sessão	Incorreta						Muito Correta
5. Recursos Didáticos Utilizados	Inadequados						Totalmente adequados
6. Documentação fornecida	Inadequada						Totalmente Adequada
7. Instalações	Más						Muito Boas
8. Relacionamento entre participantes	Pouco Relevante						Muito Relevante

		1	2	3	4	5	
B. SATISFAÇÃO GLOBAL	Mau						Muito Bom

Sugestões/oportunidades de melhoria: _____

APÊNDICE E
MATRIZ DE ENQUADRAMENTO LÓGICO DO PROJETO

MATRIZ DE ENQUADRAMENTO LÓGICO DO PROJETO

Lógica de Intervenção		Indicadores verificáveis	Fontes de verificação									
Objetivo Geral	Qualificar, numa lógica participada e colaborativa, uma resposta comunitária de intervenção em saúde mental no território de Barcelos – o Projeto CuiDando da Casa de Saúde S. João de Deus - Barcelos.											
Objetivo Específico	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar, numa lógica participada e colaborativa, o Documento de Consenso do Projeto CuiDando, da Casa de Saúde S. João de Deus – Barcelos, “<i>CuiDando - Onde estamos e para onde seguimos: uma perspetiva partilhada</i>”, até dezembro de 2019. Co-construir o Plano Estratégico do Projeto CuiDando, da Casa de Saúde de S. João de Deus – Barcelos, numa lógica participada e colaborativa, até março de 2020. 	<ol style="list-style-type: none"> Execução do Documento de Consenso Execução do Plano Estratégico 	<ol style="list-style-type: none"> Documento de Consenso Plano Estratégico 									
Objetivos Operacionais	<ol style="list-style-type: none"> Realizar, até dezembro de 2019, 2 sessões de trabalho com a equipa do projeto para compreensão da dimensão operacional da intervenção e conhecimento da perspetiva da equipa sobre o projeto, seus potenciais de melhoria e de inovação; Realizar, até dezembro de 2019, 10 visitas a beneficiários do projeto e seus cuidadores para compreensão da sua perspetiva da intervenção do projeto, identificação conjunta dos aspetos mais relevantes e de potencialidades de otimização dos processos; Realizar, até dezembro de 2019, 1 sessão de trabalho com a Direção da CSSJD-B para compreensão do percurso e processos anteriores e conhecimento da perspetiva da gestão de topo sobre a integração do Projeto CuiDando na estratégia e política institucionais; Realizar, até dezembro de 2019, 1 sessão de discussão alargada, com elementos da equipa e da Direção, para apresentação, validação e negociação do Plano de Ação; Realizar, até março de 2020, 3 sessões de trabalho conjunto com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando e parceiros comunitários para a co-construção do Plano Estratégico “<i>CuiDando 2022</i>”; Realizar, até março de 2020, 1 sessão de discussão alargada, com elementos da equipa e da Direção, para apresentação, validação e negociação do Plano Estratégico “<i>CuiDando 2022</i>”. 	<p>Para todos os objetivos operacionais:</p> <p>Taxa de execução de atividades;</p> <p>Taxa de adesão dos participantes às atividades;</p> <p>Nível de satisfação dos participantes</p>	<p>Para todos estes Indicadores:</p> <p>Planos de sessão;</p> <p>Memorandos;</p> <p>Registos de presenças;</p> <p>Ficha de Avaliação Subjetiva da sessão.</p>									
Atividades	1. Onde estamos e para onde seguimos, uma perspetiva partilhada – Elaboração participada de um Documento de Consenso	Responsável										
	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Compreendendo a perspetiva técnica e operacional – Realização de 2 sessões de trabalho com a equipa do projeto para compreensão da dimensão operacional da intervenção e conhecimento da perspetiva da equipa sobre o projeto, seus potenciais de melhoria e de inovação; 1.2. Compreendendo a perspetiva interna, na primeira pessoa – Realização de 10 visitas a beneficiários do projeto e seus cuidadores para compreensão da sua perspetiva da intervenção do projeto, identificação conjunta dos seus aspetos mais relevantes e de potencialidades de otimização dos processos; 1.3. Compreendendo a perspetiva estratégica e de integração – Realização de 1 sessão de trabalho com a Direção da CSSJD-B para compreensão do percurso e processos anteriores e conhecimento da perspetiva da gestão de topo sobre a integração do Projeto CuiDando na estratégia e política institucionais. 1.4. Triangulando perspetivas – Realização de 1 sessão de discussão alargada, com elementos da equipa e da Direção, para apresentação, validação e negociação do Plano de Ação. 	Luís Durães										
	2. Da transformação que queremos, ao impacto que alcançamos – Co-construção do Plano Estratégico do Projeto CuiDando	Cronograma de Atividades										
	<ol style="list-style-type: none"> 2.1. O quê, como e com quem – Realização de 3 sessões de trabalho conjunto com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando e parceiros comunitários para a co-construção do Plano Estratégico “<i>CuiDando 2022</i>”; 2.2. Harmonizando intenções, negociando o futuro – Realização de 1 sessão de discussão alargada, com elementos da equipa e da Direção, para apresentação, validação e negociação do Plano Estratégico “<i>CuiDando 2022</i>”. 	2019										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	2020											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

APÊNDICE F
PLANO ESTRATÉGICO “CUIDANDO 2022”



Estratégia CuiDando 2022

Capacitação para o Investimento Social

Ação 3 | Plano Estratégico



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS
Casa de Saúde S. João de Deus
Barcelos

Portugal
INOVACÃO
SOCIAL

Cofinanciado por:



PO ISE
PROGRAMA OPERACIONAL
INCLUSÃO SOCIAL
E EMPREGO

PORTUGAL
2020



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

“Mas, uma vez que os empreendedores sociais estejam identificados, apoiados e fortalecidos, qual é a componente que falta?
A resposta é parcerias.”

Sally Osberg

Getting beyond better: how the development community can leverage social enterprises to help the extreme poor – the world bank

SUMÁRIO

ENQUADRAMENTO E ANÁLISE DO SETOR	5
1. A SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL	6
ENQUADRAMENTO E ANÁLISE ORGANIZACIONAL	9
2. A ORDEM HOSPITALAIREIRA, O ISJD E A CSSJD-B	10
2.1. ISJD: uma visão para 2022.....	10
2.2. A Casa de Saúde de São João de Deus – Barcelos	12
3. O PROJETO CUIDANDO	13
3.1. Proposta de valor	13
3.2. Proposta de futuro: análise interna e externa do projeto	15
3.2.1. Análise SWOT	15
3.2.2. Recursos estratégicos	16
3.2.3. Fatores críticos do sucesso	17
3.3. Os parceiros	20
3.3.1. Matriz de análise das partes interessadas	21
3.3.2. Contributos para definição de uma Proposta de Valor para as Partes Interessadas.....	22
A ESTRATÉGIA CUIDANDO 2022	25
4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2022	26
5. PLANO DE AÇÃO 2020-2022	27
ANEXOS.....	29
Anexo 1 Árvore de Problemas	30
Anexo 2 Modelo de Avaliação de Impacto	32
Anexo 3 Plano de Comunicação Estratégica	63

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento deriva de um processo de capacitação da equipa do projeto CuiDando, integrado numa candidatura aprovada ao programa **Capacitação para o Investimento Social**, do Portugal Inovação Social, que visa financiar o desenvolvimento de competências de gestão que permitam às organizações da Economia Social implementar com sucesso um projeto de inovação social.

O processo inicial envolveu a realização de um *Diagnóstico de Necessidades de Capacitação* e de um *Plano de Capacitação*, ambos elaborados por uma entidade externa ao projeto e à Casa de Saúde de S. João de Deus – Barcelos / Instituto São João de Deus.

Com base nesses documentos, foram identificadas áreas-chave de capacitação para dar resposta às necessidades específicas da equipa e selecionados os parceiros de terreno / prestadores de serviço para assegurarem as ações de consultoria e mentoria planeadas, entre julho de 2019 e julho de 2020.

ENQUADRAMENTO E ANÁLISE DO SETOR

1. A SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

A doença mental constitui-se hoje como um importante problema de saúde pública, com impacto significativo na vida as pessoas, nas sociedades e na economia, assumindo-se como a principal causa de incapacidade e a terceira causa em termos de carga da doença na Europa, sendo responsável por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis (Portugal, 2019b), concretamente, por 7,1% dos anos de vida ajustados à incapacidade e por 21,2% dos anos vividos com incapacidade (Portugal, 2019a; OMS, 2016).

A maioria das pessoas é afetada por um problema de saúde mental ao longo da sua vida, que pode ir desde um episódio ligeiro de depressão ou ansiedade – permitindo a continuação da atividade produtiva, embora com perdas de produtividade e absentismo – a condições mais graves, com consequências em termos de incapacidade. Em 2015 estimava-se que cerca de 110 milhões de pessoas viviam com alguma perturbação mental na Europa, correspondendo a 12% da população, número que aumenta para 137 milhões (15%) se foram incluídas perturbações associadas ao consumo de substâncias e, muito mais, se incluídas perturbações neurológicas como as demências (Portugal, 2019a).

E se na Europa, de forma generalizada, a prevalência das doenças mentais é um importante desafio de saúde pública, em Portugal a situação é ainda mais preocupante, ao considerarmos que quase um quarto (22.9%) das pessoas entrevistadas no Estudo Nacional de Saúde Mental (Almeida [et al], 2013) reunia critérios de diagnóstico de uma perturbação mental, verificando a prevalência significativamente superior à identificada na Europa e que coloca Portugal num preocupante segundo lugar entre os países europeus (Portugal, 2019b) correspondendo às doenças mentais e do comportamento 23,8% dos anos vividos com incapacidade do total de todas as doenças.

A depressão, que constitui 4,3% da carga global de doenças e está entre as maiores causas de incapacidade em todo o mundo e 11% de todos os anos vividos com incapacidade globalmente (Portugal, 2019b), afeta 10% dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por 14.628 anos potenciais de vida perdidos, assumindo a demência assume uma frequência de 20,8 por cada 1000 habitantes, colocando Portugal no 4.º lugar entre os países da OCDE com mais casos por cada 1000 habitantes, ocupando o 5º lugar no que respeita ao consumo de medicamentos antidepressores (Portugal, 2019a).

Altamente prevalentes, as perturbações mentais, para além de fortemente associadas à incapacidade, conforme explanado, apresentam simultaneamente uma importante relação com a mortalidade prematura, vivendo as pessoas diagnosticadas com uma doença mental grave, em média, 20 anos a menos que a população geral (Portugal, 2019b). O Observatório Português dos Sistemas de Saúde, avança, a título de exemplo, no seu Relatório de Primavera 2019 (Portugal, 2019b), a probabilidade de 40 a 60% superior que as pessoas com depressão major ou esquizofrenia enfrentam de morrer prematuramente devido a problemas físicos de saúde (como cancro, doenças cardiovasculares ou diabetes), muitas vezes não tratados, quando comparados com a população em geral.

As consequências económicas associadas a estas perdas são igualmente significativas e alarmantes, estimando-se que os custos globais dos transtornos mentais, incluindo custos diretos e indiretos, através de cuidados e perda de produtividade, ultrapassam os 450 mil milhões de euros por ano na União Europeia (OMS, 2016) e que o seu impacto global cumulativo em termos de perdas de produção económica significará cerca de 15 mil milhões de euros entre 2011 e 2030 (OMS, 2013a).

Efetivamente, no seu relatório anual “Health at a Glance” em 2018 (OCDE, 2018), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, com referência a estimativas de 2015, avançava que os custos globais com a doença mental na União Europeia eram superiores a 60 mil milhões de euros, representando mais do que 4% do Produto Interno Bruto (PIB) destes países. Destes, 190 mil milhões correspondiam a custos diretos do sistema de saúde, 170 mil milhões a programas de segurança social e 240 mil milhões a custos indiretos da doença. Praticamente a mesma proporção é mantida quando atentamos aos custos globais da saúde mental em Portugal, que correspondem a 6,6 mil milhões de euros, 3,7% do PIB. Destes, 2 mil milhões traduzem-se em custos diretos com o sistema de saúde, investidos na prevenção, deteção, tratamento e reabilitação da doença mental, incluindo despesas com medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, hospitalizações, consultas, cuidados de reabilitação, cuidados comunitários e de longa duração, entre outros. Para além destes, 1,7 mil milhões correspondem a custos diretos com benefícios sociais destinados a pessoas com doença mental e, por fim, 2,9 mil milhões de euros traduzem-se em custos indiretos no mercado de trabalho, relacionados com perdas de emprego, de produtividade ou absentismo.

Conseguimos perceber, desta análise realizada pelo Conselho Nacional de Saúde (Portugal, 2019a) que, no caso particular da saúde mental, os custos indiretos são realmente expressivos, correspondendo em Portugal a cerca de 44% dos custos globais estimados (uma percentagem superior à da União Europeia de 40%), sendo superiores aos custos diretos com os cuidados de saúde. Ainda, se somados os custos indiretos e os custos diretos com benefícios sociais, pode perceber-se que estes representam quase 70% dos custos globais da doença (superiores aos 68% da União Europeia), face a 30% de custos efetivos associados a cuidados de saúde.

Alerta ainda o mesmo Conselho (Portugal, 2019a) que, apesar de avultados, importará considerar que estas estimativas deixam de fora os custos associados a doenças físicas e acidentes relacionados com os problemas de saúde mental, diminuição das oportunidades de emprego e de perda de produtividade de cuidadores informais, por exemplo, pelo que se devem considerar estas estimativas como conservadoras e subestimadas.

Contudo, apesar da reconhecida importância da saúde mental no bem-estar e saúde global das pessoas e do seu impacto transversal na sociedade, ela continua a não receber a atenção e investimento merecido por parte das políticas de saúde e das comunidades, persistindo importantes desafios sem resposta, como sejam as transformações demográficas e as desigualdades, as barreiras à reforma dos cuidados de saúde mental e a ausência de respostas da comunidade, a equidade do acesso aos serviços de saúde e a urgência de combater o estigma e a discriminação a que estão ainda sujeitas as pessoas com doença mental. Apesar de ter sido

consensualmente bem elaborado e de ter traçado objetivos precisos para levar a cabo uma reforma séria dos cuidados de saúde mental em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Mental deparou-se com inúmeros obstáculos que impossibilitaram a sua implementação plena, perdendo-se a oportunidade de reforma integrada que prometia, em linha com as orientações da Organização Mundial da Saúde e de outras organizações internacionais (Portugal, 2019a). De facto, no momento da sua elaboração, reconhecia-se que apenas uma pequena parte das pessoas com problemas de saúde mental tinha acesso a serviços públicos especializados, que a maior parte dos recursos se concentrava nas grandes cidades de Lisboa, Porto e Coimbra e que os restantes serviços funcionavam apenas parcialmente, continuando os internamentos a consumir a maioria (83%) dos recursos disponíveis neste âmbito (Santos, 2020).

Infelizmente estes problemas de acessibilidade a cuidados especializados pela população, agravados pelos problemas identificados no PNSM 2007-2016 relacionados com a continuidade dos cuidados, marcados pelo longo intervalo entre a alta do internamento e a primeira consulta subsequente ou a elevada taxa de reinternamentos antes dessa mesma consulta, persiste até hoje, quase 15 anos volvidos.

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental, em 2010, prometeu, uma vez mais, grandes expectativas nos serviços e respostas de saúde mental, particularmente junto daqueles que deles iriam usufruir e dos seus familiares e cuidadores, contudo, embora legisladas, as unidades e equipas previstas foram consecutivamente adiadas, começaram a ser implementadas no terreno apenas no ano de 2017 e através de algumas experiências piloto (Santos e Santos, 2020), mantendo-se hoje esta oferta drasticamente insuficiente face às necessidades existentes, e muito assimétrica (Portugal, 2019a).

De qualquer forma, e pese embora a saúde mental nunca tenha sido capaz de se assumir como uma efetiva prioridade de saúde em Portugal, apesar do impacto da doença mental na qualidade de vida e bem-estar das pessoas e comunidades e dos custos diretos e indiretos que implicam, a criação da RNCCI-SM, juntamente com as restantes políticas públicas e da saúde desenvolvidas ao longo das últimas duas décadas, deve representar, de alguma maneira, uma esperança para a Saúde Mental em Portugal, reafirmando a tendência de descentralização dos cuidados para a comunidade, focada na qualidade e adequação dos serviços prestados às pessoas com doença mental, tendo como principal linha orientadora a sua participação ativa, informada e efetiva nos seus processos de tratamento e recuperação. (Santos e Santos, 2020).

ENQUADRAMENTO E ANÁLISE ORGANIZACIONAL

2. A ORDEM HOSPITALEIRA, O ISJD E A CSSJD-B

A **Ordem Hospitaleira de S. João de Deus**, desenvolve a sua missão em mais de 50 países, distribuídos pelos 5 continentes, através de mais de 400 Obras Assistenciais, constituindo-se, atualmente, como uma das maiores organizações do mundo especializadas em serviços sociais e da saúde. Com a sua primeira Obra em Portugal em 1606, a Ordem foi, após um período de extinção no país, restaurada e, em maio de 1928, erigida canonicamente a Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus.

O **Instituto S. João de Deus (ISJD)**, Instituição Particular de Solidariedade Social, fundado a 11 de novembro de 1977, criado para proceder à gestão dos Estabelecimentos Hospitalares da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira, tem âmbito nacional, prosseguindo fins de saúde, assistência, reabilitação e reinserção social nos seus 8 Estabelecimentos Hospitalares / Centros Assistenciais.

Assim, e segundo o Art.º 2º dos seus Estatutos, intervém nos domínios da psiquiatria e saúde mental, alcoologia, toxicoddependência, medicina física e reabilitação, e prestação de cuidados nas diferentes valências da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

2.1. ISJD: uma visão para 2022

Modernizando-se, adaptando-se e evoluindo, quer no seu posicionamento estratégico face aos novos desafios de uma sociedade evolutiva, quer na aposta firme na qualificação técnica das suas respostas, serviços e profissionais, o ISJD tem-se afirmado como um dos principais parceiros do Serviço Nacional de Saúde nos domínios da prestação de cuidados nas áreas da saúde mental e psiquiatria, bem como nas diferentes respostas da RNCCI, mantendo-se fiel aos seus valores e missão, no estilo carismático de S. João de Deus, *“chegando onde outros não chegam, estando onde outros não estão”*.

MISSÃO | Prestar cuidados de saúde e apoio social humanizados à população em geral, inspirados no estilo carismático de S. João de Deus, de acordo com a doutrina social da Igreja, com excelência técnica e rigor científico, dando particular atenção aos mais desprotegidos e contando com Colaboradores especializados e comprometidos com o princípio de *“fazer bem o bem”*.

VISÃO | Potenciar no ISJD, através dos seus Estabelecimentos, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social humanizados e baseados nos princípios da Hospitalidade, que se afirmem pela qualidade.

VALORES | A Hospitalidade assume-se como o valor central do ISJD, que se exprime e concretiza em quatro valores-chave: Qualidade, Respeito, Responsabilidade, Espiritualidade. Estes, por sua vez, concretizam-se em atitudes, como a visão holística do ser humano, integrando a dimensão espiritual e o respeito pela dignidade; a

criatividade, inovação e empreendedorismo; a assistência integral; o rigor técnico e científico; o envolvimento multidisciplinar; e a transparência.

POLÍTICA DA QUALIDADE | Como base da sua gestão estratégica, o IJSD definiu a sua Política da Qualidade fundamentando-se nos seguintes princípios:

- Focalização no cliente, pela satisfação das suas necessidades e expectativas;
- Garantia de uma boa gestão de comunicação interna e externa;
- Melhoria permanentemente de uma efetiva relação de confiança com os clientes, colaboradores, voluntários, parceiros e outras partes interessadas;
- Promoção da formação e satisfação dos colaboradores com vista à excelência técnica dos serviços e ao rigor científico, fomentando uma conduta humanizadora do trato e do cuidar;
- Garantia da sustentabilidade económica e financeira, a partir da eficiência na utilização dos recursos e a eficiência nos resultados;
- Focalização na manutenção e conservação das infraestruturas e nas condições do ambiente de trabalho consoante as necessidades e os recursos disponíveis;
- Compromisso entendido e assumido por todos os colaboradores com a melhoria contínua.

PILARES ESTRATÉGICOS E OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA 2019-2022

PILARES ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
I. AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA	1. Promover a autonomia e a qualidade de vida dos utentes 2. Promover a hospitalidade assistencial
II. SUSTENTABILIDADE E ESTRUTURAS	3. Garantir a sustentabilidade 4. Criar e melhorar as condições físicas dos equipamentos
III. CAPITAL HUMANO E CONHECIMENTO	5. Atualizar permanentemente as competências dos colaboradores 6. Otimizar o capital humano
IV. RELAÇÕES EXTERNAS E COMUNICAÇÃO	7. Melhorar a comunicação 8. Consolidar parcerias
V. CULTURA E IDENTIDADE INSTITUCIONAL	9. o desempenho da Instituição 10. Promover a inovação 11. Reforçar a identidade institucional

2.2. A Casa de Saúde de São João de Deus – Barcelos

A Casa de Saúde S. João de Deus – Barcelos (CSSJD-B) é uma Instituição quase centenária, sendo que toda a sua existência pode ser caracterizada pela dedicação à pessoa doente e à sociedade. Pautada pela inovação, humanização, qualidade técnica e científica esta Instituição assume, atualmente, na região Norte, um papel preponderante na prestação de cuidados de saúde mental.

Com capacidade de internamento de 350 pessoas, que se distribuem por uma unidade de psiquiatria aguda, três unidades de longo internamento de apoio máximo e uma de apoio moderado, uma unidade de psicogeriatrics e demências, e uma unidade de treino de autonomia e duas residências autónomas integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental, a CSSJD-B adotou no ano 2000 um modelo de prestação de cuidados de base comunitária criando várias respostas de reabilitação psicossocial (residenciais e de apoio domiciliário).

Os nossos objetivos centram-se na filosofia hospitaleira da Ordem de S. João de Deus, prosseguindo fins de saúde, assistência, reabilitação e reinserção social, através da prestação de cuidados de saúde de uma forma integral, desde a manutenção de estabilidade clínica, ao desenvolvimento das capacidades funcionais e cognitivas dos utentes, bem como passando pelo processo de normalização do seu quotidiano, através da ocupação estruturada.

Para a prossecução destes objetivos, a CSSJD-B conta com a colaboração diária de uma vasta equipa multidisciplinar que, de forma articulada, promove uma abordagem integrada, compreensiva e transdisciplinar aos beneficiários das suas diferentes respostas, nas suas diferentes dimensões, que se traduz numa prática de cuidados especializada, individualizada e holística.

3. O PROJETO CUIDANDO

Com cerca de dez anos de implementação em Barcelos, o projeto CuiDando, que se concretiza numa **unidade móvel de apoio domiciliário integrado em doença mental e demência**, é hoje reconhecidamente uma boa prática na intervenção junto de pessoas com doença mental de evolução prolongada, propondo-se ser uma **resposta complementar** às proporcionadas pelos serviços sociais e de saúde, baseada numa lógica de **Gestão de Caso, de acompanhamento de proximidade e de potenciação dos recursos da comunidade**.

3.1. Proposta de valor

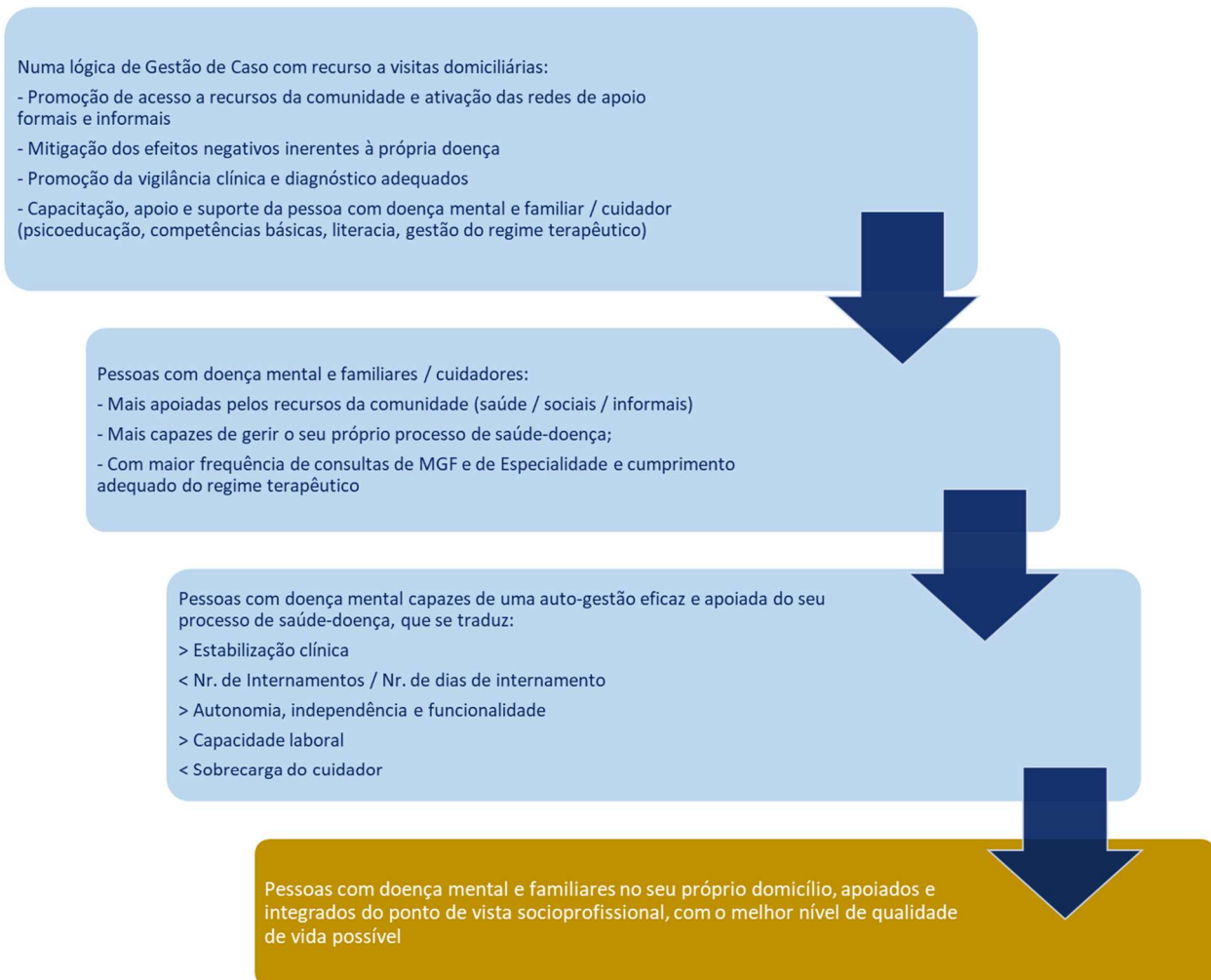
O projeto CuiDando é hoje uma resposta integrada e de proximidade, de intervenção comunitária, direcionada a pessoas com doença mental ou demência. Consiste numa **unidade móvel de apoio domiciliário integrado na área da Saúde Mental** destinada a pessoas com doença mental de evolução prolongada ou demência. Com este acompanhamento de proximidade, baseado numa metodologia de **Gestão de Caso**, perspetiva a **estabilização clínica** e a **efetiva utilização dos recursos e respostas da comunidade**, favorecendo assim a sua **autonomia, independência e qualidade de vida na sua própria casa, e reduzindo os internamentos ou dias de internamento** em serviços de saúde motivados por situação de descompensação clínica.

Propõe-se, assim, reduzir a elevada taxa de reinternamentos de pessoas com doença mental de evolução prolongada, relacionados com a inexistência de um apoio integrado que assegure o seu acompanhamento no domicílio e a sua **real integração familiar, comunitária e socioprofissional**. Na prossecução destes objetivos, atua, fundamentalmente, a dois níveis: na dificuldade de acesso aos diferentes recursos comunitários (sociais e da saúde) por parte das pessoas com doença mental, por um lado, e na dificuldade de manutenção da estabilização clínica no domicílio, por outro, que limitam uma verdadeira integração socioprofissional e a permanência no domicílio, com o melhor nível de qualidade de vida possível.

Até ao momento, o projeto registou cerca de **300 acompanhamentos**, em que mais de **130 pessoas com doença mental ou demência** e **165 familiares / cuidadores** beneficiaram de uma intervenção individualizada e de proximidade.

A intervenção dos Gestores de Caso, tendo em consideração as expectativas e necessidades dos beneficiários e dos seus familiares e cuidadores, operacionaliza-se através de sessões quinzenais (frequência que pode ser aumentada ou reduzida em função da necessidade) de psicoeducação, assim como de promoção de estilos de vida saudáveis, adesão à terapêutica, reforço dos laços familiares e de suporte, inclusão social e integração profissional e ocupacional e a deteção e intervenção precoces em situação de descompensação clínica, em articulação com as entidades comunitárias públicas e/ou privadas, num exercício constante de potenciação do seu uso e impacto.

Assim, e numa resposta direta às causas e consequências das insuficientes competências das pessoas com doença mental de evolução prolongada para gerirem de forma eficaz o seu processo de saúde-doença (ANEXO 1 – Árvore de Problemas) o projeto CuiDando tem como **Teoria da Mudança Social** subjacente à sua intervenção a apresentada na figura em baixo:



O CuiDando, mais que uma vez reconhecido pela Rede Social de Barcelos como um importante projeto de inovação na intervenção às pessoas com doença mental no seu próprio domicílio, capacitando-os e aos seus familiares e cuidadores para uma mais eficiente autogestão do processo de saúde-doença, e possibilitando melhores níveis de qualidade de vida nas suas próprias casas, é atualmente reconhecido como um projeto-chave na resposta a um dos Eixos Prioritários de Intervenção do Plano de Desenvolvimento Social de Barcelos 2021. Fruto dos resultados alcançados e robustamente alinhado com os Objetivos Estratégicos do Plano Nacional para a Saúde Mental, da Rede Nacional de Cuidados Integrados em Saúde Mental e da Estratégia Nacional para as Demências, o CuiDando é ainda reconhecido como uma Boa Prática em Saúde Mental e Bem-Estar pela Comissão Europeia no seu Relatório “*Good Practices and Policy Recommendations on Mental Health and Well-being*”.

3.2. Proposta de futuro: análise interna e externa do projeto

Depois de devidamente enquadrado o setor, a organização e o projeto, importa pensá-lo no futuro, com base nas diferentes ações de capacitação dinamizadas. Nesse sentido, apresentam-se de seguida os resultados da análise interna e externa realizada ao projeto, designadamente: análise SWOT, dos Recursos Estratégicos e dos Fatores Críticos do Sucesso do projeto face às respostas substitutas.

3.2.1. Análise SWOT

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento, experiência e especificidade, identificação com o projeto e envolvimento da equipa técnica – gestores de caso; - Metodologia de intervenção – horizontal e de proximidade, com base na gestão de caso, o foco na integração socioprofissional, para além da estabilização clínica, e a não substituição dos recursos e serviços da comunidade; - Gratuitidade da resposta – garante o acesso universal às pessoas com critérios de inclusão; - Âmbito geográfico de intervenção / abrangência do projeto - Sólido histórico de trabalho de proximidade e de rede com os agentes locais; - Aspetos organizacionais e reputacionais da Casa de Saúde; - Descaracterização da equipa e da viatura – garante privacidade e respeito pela autodeterminação- A Casa de Saúde constitui uma rede em si mesma – a experiência, os contactos e o potencial de articulação que advém das diferentes respostas da Casa, nomeadamente da RNNCI e Unidade de Internamento de Curta Duração, mas também a partilha de Corpo Clínico com Hospital de Referência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistência de momentos de discussão de casos ou partilha de informação (formais), que dificulta a continuidade dos cuidados na ausência de um dos elementos - Rede de parcerias pouco formal com agentes-chave da comunidade
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> - O caráter multidimensional do problema - faz com que a nossa resposta tenha potencial para responder a necessidades/problemas comuns de outras organizações / agentes da comunidade - Apesar de ainda não se terem efetivado conforme planeado no terreno, todas as mais recentes orientações nacionais e internacionais apontam para uma resposta de proximidade e de integração comunitária favorecedora da autodeterminação e independência, nos moldes do projeto 	<ul style="list-style-type: none"> - Estando o sucesso da intervenção intimamente relacionado com o trabalho de parceria com os agentes-chave da comunidade: potenciais alterações na relação, equipas ou dinâmica interna de trabalho dos parceiros - Enquadramentos legais desadequados às necessidades/problemas das pessoas com doença mental e seus cuidadores - Sucessiva não priorização da Saúde Mental nos Planos Nacionais de Saúde e Orçamentos de Estado - Rendimentos tendencialmente baixos dos beneficiários (incapazes de participar a resposta)

3.2.2. Recursos estratégicos

Consideram-se recursos estratégicos deste projeto, que concorrem como fatores críticos para o sucesso da intervenção, os de ordem organizacional, intelectual e de reputação.

Recursos	Valiosos	Raros	Difíceis de Imitar	Não substituíveis
Físicos/Materiais	Não	Usualmente não	Não	Não
Reputacionais	Usualmente sim	Sim	Sim	Usualmente sim
Organizacionais	Sim	Sim	Sim	Sim
Financeiros	Sim	Usualmente sim	Não	Não
Humanos/Intelectuais	Sim	Sim	Sim	Usualmente não
Tecnológicos	Não	Usualmente não	Não	Não

Consideram-se **recursos organizacionais** de relevo para o projeto, fundamentalmente, a diversidade de respostas perfeitamente estruturada e enquadrada na área da saúde mental, que não só asseguram o *know-how* da equipa de gestão e coordenação, como potenciam as sinergias entre diferentes respostas/recursos/atores-chave complementares da intervenção do projeto, como a Unidade de Internamento de Curta Duração e as Unidades da RNCCI, como do próprio corpo clínico, muitas vezes as pessoas de contacto, simultaneamente, nos Hospitais de Referência. Alargando-se este benefício, de igual forma, à equipa do projeto – Gestores de Caso. Paralelamente, os **recursos intelectuais** são também, de forma inequívoca, fatores críticos do sucesso do projeto. Não apenas pela larga experiência e qualificação na área específica da intervenção da equipa de gestão, mas também pelo grau de especialidade e experiência da equipa operacional do projeto – gestores de caso –, o seu domínio da metodologia de intervenção difícil de replicar, e, não menos relevante, a sua identificação, dedicação e envolvimento no projeto.

Por fim, aos **recursos reputacionais**, correspondem, desde logo, a história e histórico de intervenção do ISJD, a perceção social sobre a qualidade da sua intervenção e dos seus recursos, mas também os ativos intangíveis que daí podem advir, como a maior facilidade do acesso e constituição de novas parcerias, ou de acesso a novos investidores sociais. Esta carga reputacional, por outro lado, pode apresentar-se como negativa, quando direcionado o prisma para o beneficiário do projeto, dado o estigma, que ainda persiste, associado às instituições psiquiátricas, pelo que se traduz numa dimensão deste recurso que, estratégico e fator de sucesso, deve ser gerida de forma equilibrada, nomeadamente no que respeita a ações de comunicação estratégica.

3.2.3. Fatores críticos do sucesso

O projeto Cuidando não encontra correspondência direta no território na sua área de intervenção. As pessoas que preenchem os critérios de inclusão no projeto e que residem em áreas onde ele não existe, ou que não são integradas por falta de vaga ou referênciação, quando conseguem uma resposta na comunidade, ela passa por uma *resposta substituta*, cujos objetivos e resultados não se aproximam dos do projeto. Especificamente, em respostas de internamento (serviços de psiquiatria ou outras tipologias residenciais não especializadas).

O que distingue, particularmente, a metodologia de intervenção do projeto Cuidando relativamente à adotada por estas *respostas substitutas*, assumindo-se como fatores críticos do seu sucesso, encontra-se sumariado no quadro em baixo.

FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO DO PROJETO CUIDANDO	
A figura de Gestor de Caso	Não se sobrepondo ou substituindo a nenhum serviço social ou da saúde, público ou particular, a intervenção tem base numa Gestão de Caso, procurando a estabilização clínica no domicílio e o efetivo acesso aos recursos da comunidade, potenciando-os, contribuindo para uma rede de suporte de proximidade mais efetiva e segura.
O foco da intervenção	Ao contrário das respostas substitutas, o Cuidando foca-se na estabilização clínica, no restabelecimento de redes de segurança de proximidade e na promoção da integração comunitária e socioprofissional, com vista à prevenção de episódios de descompensação clínica e de necessidade de reinternamento. As respostas tradicionais continuam a focar-se na compensação clínica em regime de internamento, após descompensação, tendo como fim último a alta do internamento, não considerando a sua manutenção ao longo do tempo no domicílio. Em vez disso, o projeto entende o beneficiário em todas as suas dimensões, elaborando-se um Plano de Intervenção verdadeiramente biopsicossocial e espiritual.

<p>O setting de intervenção</p>	<p>O contexto de internamento é forçosamente um contexto pouco flexível, pouco individualizado e conotado (pela própria história passada dos beneficiários do projeto) como restritivo e coercivo. Associado frequentemente a memórias de pouca estabilidade, confiança ou segurança e a emoções negativas por parte das pessoas com experiência de doença mental. Por outro lado, o seu domicílio é tradicionalmente associado a sentimentos de segurança, proteção e conforto, familiar e individual. Assume-se este como um aspeto fundamental da intervenção. Contudo, a opção deste como o <i>setting</i> de intervenção ultrapassa este benefício, para alcançar um outro fator crítico de sucesso: o facto de ser a equipa a deslocar-se à casa da pessoa materializa a preocupação pelo seu estado de saúde e percurso de vida – “(...) quando vou ao hospital eu é que tenho de ir procurar os médicos, mas nesta equipa são eles que me procuram, eles é que se importam comigo e se preocupam, que vêm a minha casa” (SIC) –, simultaneamente, e igualmente importante, permite a realização de um diagnóstico clínico e psicossocial mais rigoroso. Efetivamente, por vezes, decorrentes da própria patologia, nem sempre as pessoas estão conscientes do seu real estado de saúde e das suas reais necessidades. Ao se deslocar à casa das pessoas após alta ou referenciação, a equipa pode trabalhar no sentido de fazer um diagnóstico de necessidades reais e atuais e estabelecer novos objetivos e metas para esta nova fase da vida da pessoa, a atingir em conjunto com os Gestores de Caso, ainda que no imediato não consigam antever essa necessidade.</p>
<p>O papel do familiar / cuidador</p>	<p>O projeto integra como primeira e principal rede de segurança a própria família e os cuidadores, quando estes existem. Este é um trabalho que ultrapassa largamente o processo de corresponsabilização (método tradicional das respostas existentes) mas antes se baseia num processo de capacitação e de suporte, de promoção e restabelecimento de laços e de psicoeducação e mediação familiar. Concretamente, a intervenção pode passar pela identificação de redes de apoio, formais e informais, quer para a pessoa com doença mental, quer para os seus familiares e cuidadores, pelo seu reforço e suporte, ou pelo acompanhamento da pessoa com doença mental na reavaliação e reconhecimento das redes de que já dispõe, melhorando a sua satisfação com o suporte social de que já beneficia.</p>

O projeto CuiDando apresenta-se, assim, como mais eficaz e eficiente que as respostas substitutas existentes (de qualquer forma escassas), que passam, fundamentalmente, pelo acompanhamento em consulta externa no

hospital, pelos internamentos em serviços de psiquiatria para estabilização clínica e sintomática e pela sua integração em fóruns socio-ocupacionais, quando estes existem e se mostram adequados à situação social e clínica da pessoa.

O Cuidando, por outro lado, promove um acompanhamento de proximidade, dentro do contexto de vida da pessoa, com visitas domiciliárias programadas, assegurando o contacto e acompanhamento permanentes, mas com reduzidos custos de estrutura (= **uma resposta descentralizada, na casa das pessoas, com reduzidos custos de estrutura**).

Tendo por base o trabalho no sentido da promoção do acesso aos recursos comunitários disponíveis, potenciando a sua utilização na estabilização e integração da pessoa, garantindo o acompanhamento pós-alta, o projeto apresenta-se como uma resposta mais eficiente que as alternativas disponíveis, potenciando-as, como uma externalidade positiva (= **o projeto não replica serviços, mas promove o acesso das pessoas aos recursos existentes e disponíveis, potenciando a sua utilidade e impacto**).

Efetivamente, analisando o indicador de redução de reinternamentos, percebemos que no ano de 2018, a título de exemplo, foi possível reduzir-se a taxa de reinternamentos e de dias de internamento dos beneficiários do projeto, em 70% e 90%, respetivamente, tendo por base comparativa o período de acompanhamento e os 365 dias prévios à integração da pessoa no projeto (= **efetivamente o projeto apresenta-se como uma estratégia comprovada de estabilização clínica e prevenção de reinternamentos**).

Considerando o custo do projeto por utente (cerca de 1000€/ano) e o custo assumido para um utente no SNS - 2409€ por episódio de internamento de psiquiatria crónica e não crónica¹ ou de 42€/dia no caso de internamento de psiquiatria crónica¹ (portanto, 15 330€/ano) - é possível estimar-se facilmente a poupança gerada ao SNS pelo projeto (= **para além de mais efetivo, o projeto é mais eficiente que os serviços disponibilizados atualmente pelo SNS direcionados a este público-alvo**).

Deverão ainda ser considerados todos os ganhos não medidos atualmente pelo projeto, assim como os intangíveis, e que se prendem com o aumento da qualidade de vida da pessoa e do seu cuidador / familiar, a diminuição de sobrecarga associada aos cuidados percebida pelo cuidador, a diminuição do sofrimento de ambos, e a perspetiva de reintegração comunitária e laboral que os modelos tradicionais não promovem ou permitem (= **para além de mais eficiente o projeto permite a manutenção da pessoa na sua própria casa, capacitando o cuidador para melhor lidar com a situação, o que se traduz num aumento evidente da qualidade de vida e bem-estar de ambos**).

O projeto não se assume como a criação de um serviço paralelo aos existentes nem a duplicação de recursos, antes assegura que se retira dos recursos existentes o máximo proveito e que se diminui o *gap* entre eles e as pessoas que deles precisam, numa lógica integrativa e capacitadora (em detrimento de um modelo paternalista e sobreprotetor), pela manutenção da estabilização clínica e sintomática da pessoa no seu próprio domicílio (= **o projeto tem como um dos seus focos principais a promoção do poder de impacto na vida das pessoas das respostas e serviços já existentes na sociedade**).

¹ Utilizados valores disponibilizados na Plataforma One Value

3.3. Os parceiros

Pese embora conte com um sólido trabalho e intervenção e articulação comunitária, o Projeto não conta no momento com outras parcerias formais que não a estabelecida com a Câmara Municipal de Barcelos e o Grupo de Ação Social Cristã, organização sem fins lucrativos local, que desenvolve intervenção nos domínios da prevenção de riscos e minimização de danos. Ainda assim, apresentam-se como principais parceiros do projeto, atualmente:

- **CAMARA MUNICIPAL DE BARCELOS** | parceiro inquestionável do projeto, a CMB apoia atualmente o projeto com a comparticipação de parte dos custos reais da resposta, mediante protocolo recentemente assinado entre as duas entidades.
- **HOSPITAL DE BRAGA** | hospital de referência na área da psiquiatria no nosso território, é imperativa a continuação do trabalho de proximidade com este centro de cuidados para, enquanto gestores de caso / técnicos de referência, termos conhecimento dos casos prioritários de intervenção, estes nos serem referenciados pela equipa da consulta externa e continuarmos a trabalhar no sentido de se garantir a continuidade de cuidados de forma articulada com os diversos serviços de saúde.
- **ACES CÁVADO III BARCELOS/ESPOSENDE** | no mesmo sentido importa reforçar-se o trabalho de rede e parceria constante e efetivo com ACeS, nomeadamente com os MGF's e equipas das diferentes Unidades Funcionais, como USF's, UCSP's e UCC's, garantindo o acompanhamento por MGF de todos os utentes beneficiários da resposta, mas também a sua referenciação para a equipa do projeto e a resposta articulada às suas necessidades.
- **REDE SOCIAL DE BARCELOS** | não menos importante, surge como vital o trabalho de proximidade com a Rede Social de Barcelos, parceiro fundamental desta resposta. Efetivamente, grande parte das referenciações recebidas que não são efetuadas pelo próprio ou por familiares, partem de serviços da sociedade civil, como centros comunitários ou projetos de Equipas de Rua ou intervenção em situações de dependência ou situação de sem-abrigo, assumindo-se estas entidades como veículos privilegiados de informação sobre o projeto, gratuito para os seus beneficiários, àqueles que dele possam usufruir. Do mesmo modo poderão ser referenciados para o projeto CuiDando utentes que não detenham todos os critérios de inclusão ou não integrem o grupo-alvo de intervenção. Nestas situações importa que a rede funcione efetivamente como tal, de forma articulada e informada, no caminho de se promover a cada um a resposta que realmente precisa e responde às suas necessidades, numa lógica de trabalho colaborativo e participado e de coresponsabilização pela resolução dos problemas sociais prioritários do nosso território.

Contudo, sendo consensual dentro da equipa do projeto a necessidade emergente de se trabalharem as redes de parceiros no sentido de, não só potenciar o impacto da resposta, como também assegurar a sua sustentabilidade a longo prazo, a evolução da equipa e da metodologia de intervenção, e a efetividade da transformação gerada na vida dos beneficiários. Apresentam-se assim, em baixo, dois instrumentos de análise das partes interessadas (stakeholders) do projeto.

Num primeiro momento, são identificados os principais stakeholders, e organizados numa matriz em função do seu grau de interesse pelo projeto e do seu nível influência para o sucesso do projeto. Depois, em forma de contributo para a definição de uma proposta de valor para as partes interessadas, apresenta-se o resultado de uma análise às motivações para a ação das partes interessadas, em que se avançam algumas possibilidades de estratégias de envolvimento.

3.3.1. Matriz de análise das partes interessadas

Influência ↑	Manter Satisfeitos (Potenciais bloqueadores – negociar)	Envolver (Aliados – usar como fonte de poder)
	<ul style="list-style-type: none"> - Instituto de Emprego e Formação Profissional - Associações de Empresários e Entidades empregadoras - Centros Qualifica - Entidades de Formação Profissional - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitais de Referência - ACES – USF / UCSP / UCC - Câmara Municipais - Centro de Recursos para a Inclusão - ISS, IP – SAAS / RSI - NLIB, Centros Sociais e outras Respostas da comunidade - Comunidade interna da Casa (Corpo Clínico)
	Monitorizar com mínimo esforço (desaceleradores - monitorizar)	Manter informados (membros da rede – construir base política)
	<ul style="list-style-type: none"> - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens - Centros paroquiais e outras respostas complementares 	<ul style="list-style-type: none"> - Rede Social / CLAS – Barcelos e Esposende - Juntas de Freguesia - Outras respostas da rede de cuidados / RNCCI-SM
	Interesse →	

3.3.2. Contributos para definição de uma Proposta de Valor para as Partes Interessadas

Stakeholder	O que é importante para o stakeholder	Como é que pode o stakeholder contribuir para o projeto	Como pode o stakeholder bloquear o projeto	Estratégias de envolvimento do stakeholder
Hospitais de Referência / Serviços de Especialidade	<ul style="list-style-type: none"> - Atingir os seus indicadores contratualizados; - Reduzir o número de internamentos e dias de internamento e consultas recorrentes; - Assegurar uma alta segura; - Conseguir respostas para “casos sociais”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Referenciar potenciais beneficiários, adequada e atempadamente; - Facilitar o acesso a dados relevantes para o projeto, de acordo com o RGPD; - Facilitar contacto do Gestor de Caso com Eq. Clínica; - Facilitar processos (como o acesso a consultas de vigilância, pe). 	<ul style="list-style-type: none"> - Não referenciar beneficiários; - Descredibilizar/Desaconselhar o projeto; - Não facilitar o acesso a dados relevantes para o projeto, de acordo com o RGPD; - Dificultar articulação diária do gestor de caso com o serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Negociar possibilidade com o parceiro / corpo clínico de o Gestor de Caso: a) acompanhar 1ª consulta pós-integração no projeto; b) enviar <i>relatório de acompanhamento</i> a cada consulta, de acordo com modelo definido; - Apresentar possibilidade de Incluir no processo de formação dos internos de psiquiatria saídas com equipa do projeto.
ACES – USF / UCSP / UCC	<ul style="list-style-type: none"> - Atingir os seus indicadores contratualizados - Não crescer tempo / trabalho às suas equipas 	<ul style="list-style-type: none"> - Referenciar potenciais beneficiários, adequada e atempadamente; - Facilitar processos (como prescrição ou toma de terapêutica). 	<ul style="list-style-type: none"> - Não referenciar beneficiários; - Descredibilizar/Desaconselhar o projeto; - Dificultar articulação diária do gestor de caso com o serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar projeto em Reunião de Coordenadores de UF's; - Apresentar projeto junto da UCC/ECCI; - Apresentar projeto junto da equipa de saúde familiar (USF/UCSP) de cada beneficiário; - Reuniões de monitorização
Câmara Municipais	<ul style="list-style-type: none"> - Responder à sua missão de apoiar os municípios e org. da sociedade civil - Resolver problema prioritário no concelho; - Visibilidade pública e social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter apoio financeiro ao projeto; - Ativar outros recursos da comunidade; - Assumir gestão de questões de âmbito social através dos seus Gabinetes de Coesão Social / Balcão Único; - Facilitar e promover acesso a novos parceiros e potenciais investidores sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suspender protocolo de parceria / apoio financeiro; - Não se envolver ativamente na facilitação de processos e articulação com entidades locais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar projeto, apoio concedido e resultados anuais em CLAS; - Partilha e análise de relatório anual; - Inclusão do logotipo em todos os documentos oficiais;

<p>NLIB, Centros Sociais e outras Respostas da comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter resposta para referências que não se encaixam nos seus perfis de intervenção; - Melhorar as suas competências de intervenção específicas; - Atingir os seus objetivos próprios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Referenciar potenciais beneficiários, adequada e atempadamente; - Constituir-se como respostas de seguimento / encaminhamento de questões de âmbito social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não referenciar beneficiários ou referenciar pessoas sem critérios de inclusão; - Não se envolver ativamente na facilitação de processos e articulação com outras entidades da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ação de capacitação de IPSS's e Técnicos Sociais (com duplo objetivo: capacitação e divulgação) - Newsletter periódica do projeto
<p>ISS, IP – SAAS / RSI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir resposta para processos pendentes ou novos atendimentos; - Apoiar os seus beneficiários a melhorarem as suas condições de vida; - Atingir indicadores contratualizados; 			
<p>Comunidade interna da Casa (Corpo Clínico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir fenómeno de “porta giratória”; - Compreender coerência da intervenção integrada e o seu papel nesta resposta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Referenciar potenciais beneficiários, adequada e atempadamente; - Constituir-se como agentes-chave de facilitação de processos e junto da comunidade interna dos hospitais de referência; - Constituir-se como veículo de contacto privilegiado para articulação e facilitação de processos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descredibilizar / desaconselhar projeto. Não referenciar beneficiários. 	<p>Apresentação breve (<20') do projeto, resultados alcançados, casos de sucesso de utentes acompanhados por si, e qual o relevo da sua colaboração no sucesso da intervenção.</p>
<p>Centro de Estudos e Investigação de Saúde da Universidade de Coimbra</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer parcerias efetivas, que gerem informação científica sólida e verificável; - Desenvolver investigação numa lógica sustentável, que valorize o capital e valor intelectual da equipa; 	<ul style="list-style-type: none"> - Validar o impacto do projeto; - Apoiar a recolha, monitorização e tratamento de dados decorrentes da intervenção de forma científica e validada; - Aumentar confiança do projeto junto de potenciais investidores; 	<p>- N/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contratação de serviço de consultoria para definição conjunta de Modelo de Avaliação de Impacto do projeto; - Formalização de protocolo de colaboração / investigação para avaliação de impacto do projeto;

		- Apoiar a disseminação do projeto e do seu impacto.		- Inclusão do logotipo do Centro em todos os documentos oficiais do projeto.
IEFP, IP	- Atingir os indicadores contratualizados; - Não acrescer tempo / trabalho às suas equipas; - Reduzir situações de conflito em atendimentos.	- Apresentar medidas de apoio e oportunidades de emprego verdadeiramente adequadas aos beneficiários; - Envolver-se ativamente no processo de <i>jobmatching</i> dos beneficiários.	- Dificultar o acesso dos beneficiários ao atendimento adequado, às medidas disponíveis e a oportunidades profissionais reais e adequadas; - Favorecer autoestigma ou resignação.	- Sessão conjunta, para apresentação do projeto, do suporte dado aos beneficiários e das medidas de que pode beneficiar o empregador ao integra-lo, assim como do impacto que pode gerar na vida da pessoa. - Formalizar protocolo de colaboração com entidades empregadoras interessadas; - Garantir ação de capacitação a entidades empregadoras interessadas no âmbito de promoção da saúde mental e integração de pessoas com doença mental no local de trabalho; - Newsletter específica empregadores; - Identificar empregadores atuais e estabelecer contacto de proximidade e equaciona-los como os potenciais primeiros parceiros;
Associações de Empresários e Entidades empregadoras	- Bons níveis de produtividade; - Benefícios fiscais pela integração de novos colaboradores; - Segurança / confiança quanto ao colaborador contrato.	- Integrar beneficiários do projeto; - Disseminar projeto pelas suas redes profissionais.	- Recusar / desaconselhar a integração de beneficiários do projeto.	- Newsletter específica empregadores; - Identificar empregadores atuais e estabelecer contacto de proximidade e equaciona-los como os potenciais primeiros parceiros;
Centros Qualifica	- Atingir indicadores contratualizados; - Responder à sua missão de melhorar competências das pessoas e de integra-las profissionalmente.	- Reconhecer e validar competências; - Referenciar beneficiários para projetos formativos / estágio; - Referenciar potenciais beneficiários.	- Dificultar o acesso ao reconhecimento ou desenvolvimento de novas competências e a formação / estágio adequados.	- Formalizar protocolo de colaboração.
Centro de Recursos para a Inclusão				
Entidades de Formação Profissional				

A ESTRATÉGIA CUIDANDO 2022

4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2022

PILARES ESTRATÉGICOS ISJD	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Cuidando	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	M20	M21	M22
I. AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA	1. Assegurar a autonomia e a qualidade de vida dos utentes no seu próprio domicílio	Ver Modelo de Avaliação de Impacto	N/A	N/A	N/A
II. SUSTENTABILIDADE E ESTRUTURAS	2. Garantir a sustentabilidade a longo prazo da resposta	% de financiamento externo do projeto	>75%	>75%	>75%
	3. Expandir o projeto para o território de Esposende	% utentes com residência no Concelho de Esposende	20%	30%	40%
	4. Desenvolver o Modelo de Escalabilidade do projeto	Taxa de execução do Modelo	N/A	N/A	100%
III. CAPITAL HUMANO E CONHECIMENTO	5. Continuar a investir na otimização da equipa, nos domínios da gestão de caso e estratégias de promoção de empregabilidade, e na capacitação para a utilização da CIF-SM e EQ5D.	Nº médio de horas de formação por colaborador	35%	35%	35%
IV. RELAÇÕES EXTERNAS E COMUNICAÇÃO	6. Consolidar parcerias estratégicas, nomeadamente do setor empregador	Nr. de novas parcerias estabelecidas	2	4	4
		% stakeholders com avaliação global >= a "bom"	85%	85%	85%
		Valor acrescentado das parcerias (>= de acordo com o esperado)	85%	85%	85%
		% Utentes abrangidos pelas parcerias	15%	35%	45%
	7. Melhorar a comunicação com agentes-chave da comunidade	% de Stakeholders com avaliação de satisfação >= Bom no item «Atendimento/contacto com a Instituição»	85%	85%	85%
		85%	85%	85%	
V. CULTURA E IDENTIDADE INSTITUCIONAL	8. Concretizar Modelo de Intervenção do projeto, em alinhamento com a Política da Qualidade Institucional e Procedimentos Internos	Taxa de execução do Modelo	N/A	N/A	100%
	9. Reforçar o conhecimento do projeto dentro dos diferentes Estabelecimentos do ISJD	Nr. de ações de comunicação do projeto e disseminação de resultados executadas	2	4	4

5. PLANO DE AÇÃO 2020-2022

LÓGICA DE INTERVENÇÃO		INDICADORES VERIFICÁVEIS	FONTES DE VERIFICAÇÃO																																		
FINALIDADE	Contribuir para que as pessoas com doença mental ou demência a residir na área de influência do ACES Cávado III – Barcelos / Esposende, sejam capazes de viver no seu próprio domicílio, apoiados e integrados do ponto de vista socioprofissional, com o melhores níveis de qualidade de vida possíveis.																																				
OBJETIVOS GERAIS	<p>OG1 – Aumentar / Manter a qualidade de vida, de 150 pessoas com doença mental ou demência, na área de influência do ACES Cávado III - Barcelos / Esposende, no seu próprio domicílio, até dezembro de 2022.</p> <p>OG2 – Garantir a estabilização clínica, a autonomia e independência de 150 pessoas com doença mental ou demência, na área de influência do ACES Cávado III - Barcelos / Esposende, no seu próprio domicílio, até dezembro de 2022.</p> <p>OG3 – Assegurar a integração socioprofissional / manutenção do emprego de 45 pessoas com doença mental ou demência, na área de influência do ACES Cávado III - Barcelos / Esposende, até dezembro de 2022.</p>	<p>% de beneficiários que mantém / melhor a perceção de qualidade de vida</p> <p>% de beneficiários que aumenta nível de funcionalidade</p> <p>% de diminuição do nr. de internamentos / dias de internamento relativamente ao ano anterior</p> <p>Nr. de pessoas integradas</p>	<p>EQ5D</p> <p>CIF</p> <p>Dados fornecidos pelo Hospital de Referência</p> <p>Contrato de trabalho/estágio, Int. em medida pública, Comp. Seg. Social.</p>																																		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<p>OE1 – Aumentar as competências de autogestão do processo de saúde-doença de 150 pessoas com doença mental ou demência, na área de influência do ACES Cávado III - Barcelos / Esposende, até dezembro de 2022.</p> <p>OE3 – Garantir a existência de um diagnóstico clínico e psicossocial a 150 pessoas com doença mental ou demência, na área de influência do ACES Cávado III - Barcelos / Esposende, que não o tenham quando da sua integração no projeto, até dezembro 2022.</p> <p>OE4 – Garantir o acompanhamento clínico (MGS e de Especialidade) regular de 150 pessoas com doença mental ou demência, na área de influência do ACES Cávado III - Barcelos / Esposende, até dezembro de 2022.</p> <p>OE5 – Diminuir os internamentos e dias de internamento motivados por descompensação clínica de 150 pessoas com doença mental ou demência, na área de influência do ACES Cávado III - Barcelos / Esposende, até dezembro de 2022.</p> <p>OE6 – Reforçar redes de apoio informal e familiares de 150 pessoas com doença mental ou demência, na área de influência do ACES Cávado III - Barcelos / Esposende, até dezembro de 2022.</p> <p>OE7 – Assegurar acesso e efetiva utilização dos recursos e respostas da comunidade (sociais e da saúde) de 150 pessoas com doença mental ou demência, na área de influência do ACES Cávado III - Barcelos / Esposende, até dezembro de 2022.</p> <p>OE8 – Diminuir a sobrecarga associada aos cuidados de cuidadores informais e familiares de 150 pessoas com doença mental ou demência, na área de influência do ACES Cávado III - Barcelos / Esposende, até dezembro de 2022.</p>	<p>% de beneficiários que aumenta competências de autogestão do estado de saúde</p> <p>Taxa de diagnósticos efetuados/confirmados</p> <p>Taxa de frequência de consultas planeadas</p> <p>% de diminuição do nr. de internamentos / dias de internamento relativamente ao ano anterior</p> <p>% de beneficiários que aumenta a rede de apoio</p> <p>% de beneficiários que melhora perceção de suporte social</p> <p>Taxa de frequência de consultas planeadas</p> <p>Nr. de parcerias / ent. externas envolvidas na concretização dos objetivos de PII</p> <p>% de cuidadores/familiares que diminui o nível de sobrecarga percecionada associada aos cuidados</p>	<p>CIF</p> <p>Relatório clínico / Processo individual do utente</p> <p>Relatório clínico / Processo individual do utente</p> <p>Dados fornecidos pelo Hospital de Referência</p> <p>Ecomapa / Genograma</p> <p>Escala de perceção do suporte social</p> <p>Relatório clínico / PI do utente</p> <p>Relatório de Parcerias</p> <p>Escala de Zarit</p>																																		
ATIVIDADES	<p>Sessões domiciliárias periódicas de psicoeducação / capacitação da pessoa com doença mental ou demência, seus familiares e cuidadores, no âmbito da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adesão ao regime terapêutico e desenvolvimento de estratégias de gestão do regime terapêutico - estilos de vida saudável - suporte à definição de uma rotina e um projeto de vida - treino de competências básicas e psicossociais/relacionais <p>Articulação com as entidades comunitárias públicas e/ou privadas e com os diferentes atores-chave da comunidade para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acompanhamento clínico (MGF e Especialidade) - formação profissional e aumento de qualificações - acesso e uso efetivo dos recursos e respostas sociais da comunidade - acesso a oportunidades de emprego adequadas / manutenção do emprego 	<p style="text-align: center;">RECURSOS</p> <p style="text-align: center;">Ver Orçamento Detalhado</p> <p style="text-align: center;">CRONOGRAMA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 5%;">2020</th> <th style="width: 5%;">6</th> <th style="width: 5%;">7</th> <th style="width: 5%;">8</th> <th style="width: 5%;">9</th> <th style="width: 5%;">10</th> <th style="width: 5%;">11</th> <th style="width: 5%;">12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2021</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>		2020	6	7	8	9	10	11	12	2021	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2022	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	2020	6	7	8	9	10	11	12																													
2021	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																									
2022	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																									

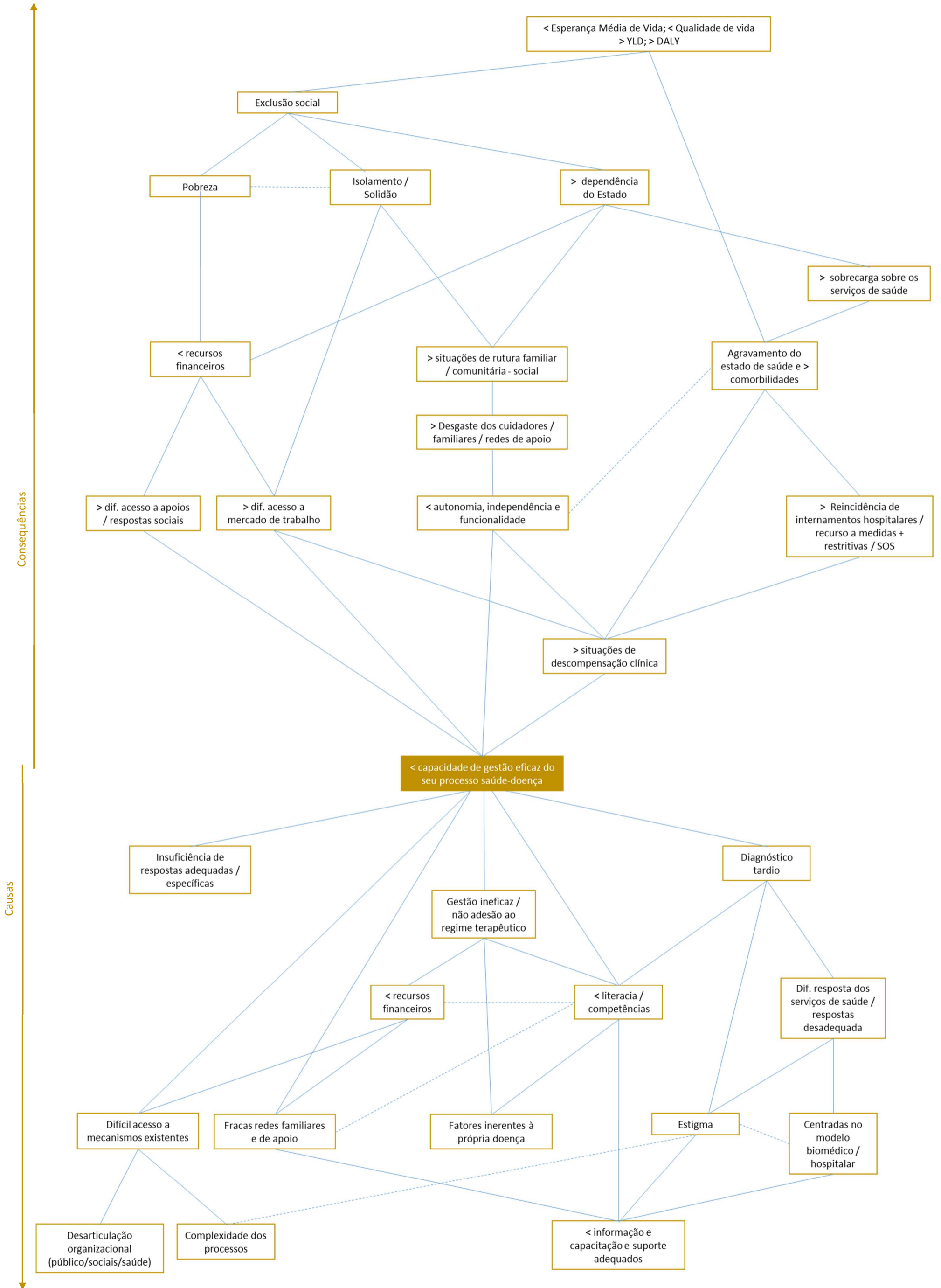
NOTA CONCLUSIVA

O presente Plano Estratégico resulta de um processo de consultadoria e mentoria, desenvolvido no seio da realização de um Trabalho de Projeto integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, com vista à capacitação da equipa do Projeto Cuidando para uma maior capacidade de planeamento e gestão estratégica da sua intervenção e assim contribuir para potenciar o seu impacto e a sua capacidade de crescimento, escalabilidade e parceria.

Partiu-se da valorização das competências, da experiência e do conhecimento do contexto territorial no âmbito da prestação de cuidados de saúde mental da equipa e da entidade promotora do projeto, bem como da experiência na primeira pessoa dos seus beneficiários e parceiros sociais e comunitários e desenvolveu-se um percurso de capacitação, com base em instrumentos e metodologias participativas, assegurando um processo participado e colaborativo.

ANEXOS

Anexo 1 | Árvore de Problemas



Anexo 2 | Modelo de Avaliação de Impacto



Estratégia CuiDando 2022

Capacitação para o Investimento Social

Ação 2 | Modelo de Avaliação de Impacto

“Um dos maiores benefícios para as organizações é a qualidade da informação para a tomada de decisão [...] a decisão estratégica é – finalmente – fundamentada na capacidade real dos processos e no seu alinhamento com os objetivos [...] e não mais apoiada em suposições funcionais e perceções múltiplas ou desconectadas do todo”

Gart Capote

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	4
CONTEXTUALIZAÇÃO	5
MODELO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO	7
CONSIDERAÇÕES FINAIS	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
ANEXOS	13
Anexo 1 Processo “Reabilitação Psicossocial Hospitalo-Comunitária”	14
Anexo 2 Procedimento “Reabilitação Psicossocial Hospitalo-Comunitária”	22

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento deriva de um processo de capacitação da equipa do projeto CuiDando, integrado numa candidatura aprovada ao programa **Capacitação para o Investimento Social**, do Portugal Inovação Social, que visa financiar o desenvolvimento de competências de gestão que permitam às organizações da Economia Social implementar com sucesso um projeto de inovação social.

O processo inicial envolveu a realização de um *Diagnóstico de Necessidades de Capacitação* e de um *Plano de Capacitação*, ambos elaborados por uma entidade externa ao projeto e à Casa de Saúde de S. João de Deus – Barcelos / Instituto São João de Deus. Com base nesses documentos, foram identificadas áreas-chave de capacitação para dar resposta às necessidades específicas da equipa e selecionados os parceiros de terreno / prestadores de serviço para assegurarem as ações de consultoria e mentoria planeadas, entre julho de 2019 e julho de 2020.



Depois de auscultados diferentes parceiros e prestadores de serviços, o *Modelo de Avaliação de Impacto CuiDando 2022* foi desenvolvido em regime de co-criação com o **Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)**. O Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) é uma instituição privada sem fins lucrativos filiada à Universidade de Coimbra. Fundado em 1997, integra presentemente o Centre for Innovative Biomedicine and Biotechnology (CIBB), o maior centro de investigação biomédica da Região Centro.

O CEISUC é um centro multidisciplinar que acolhe cerca de 30 investigadores doutorados com competências várias (economia, gestão, estatística e métodos quantitativos, enfermagem e medicina, ciências da saúde, psicologia e tecnologias da saúde), oriundos de universidades e institutos politécnicos nacionais.

A missão do CEISUC passa por promover e desenvolver a investigação em sistemas e serviços de saúde, e facultar a difusão do conhecimento e das evidências que suportem as melhores decisões e práticas de governança em saúde. O seu principal objetivo é contribuir para o desenvolvimento da área da economia da saúde aplicada e da investigação de serviços e sistemas de saúde em quatro principais áreas de pesquisa: sistemas de saúde, valor em saúde, pessoas na saúde e trajetórias em saúde.

CONTEXTUALIZAÇÃO

As doenças mentais, na Europa, constituem a principal causa de incapacidade e a terceira causa de carga global de doença, a seguir às doenças cardiovasculares e ao cancro (Conselho Nacional de Saúde - CNS, 2019). Portugal, seguindo a mesma tendência, regista uma das mais elevadas taxas de prevalência de doenças mentais da Europa.

Os problemas de saúde mental afetam várias dimensões da vida pessoal, familiar e profissional das pessoas. Porém, viver com problemas de saúde mental, em Portugal, está ainda associado a um forte estigma e discriminação, por vezes, mais incapacitante do que a própria doença. O tratamento adequado, seguimento, acompanhamento, reabilitação e o apoio social àqueles que vivem com doença mental bem como aos seus familiares e cuidadores é fundamental para que possam ter uma participação plena na sociedade, no mercado de trabalho e na sua vida família (Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS, 2019). Porém, parte substancial das pessoas com doenças mentais graves não tem acessos a cuidados de saúde mental, e muitas das que têm acesso a cuidados, os modelos de intervenção não são os considerados fundamentais (Programa Nacional para a Saúde Mental, PNSM, 2017).

Impõe-se, assim, a necessidade de mudanças no âmbito da prestação comunitária de cuidados de saúde mental, com enfoque para a centralidade nas necessidades específicas dos indivíduos, em contexto menos restritivo possível (CNS, 2019, OPSS, 2019; PNSM, 2017). A assunção do compromisso com estes pressupostos e com os que decorrem do facto de Portugal se encontrar integrado no projeto *Joint Action for Mental Health and Well Being*, da União Europeia, que visa a definição de uma estratégia de ação nas políticas de saúde mental orientada para o desenvolvimento destes cuidados na comunidade, está na génese de iniciativas de algumas instituições prestadoras de cuidados na área de saúde mental.

É nesta linha que o Projeto CuiDando implementado pela Casa de Saúde São João de Deus - Barcelos, desde outubro de 2009, inicialmente com financiamento do Alto Comissariado para a Saúde, é atualmente suportado por parcerias estabelecidas com entidades públicas e privadas, em resposta a necessidades prementes da população de Barcelos e Esposende no âmbito dos cuidados de saúde a pessoas com doença mental.

O Projeto CuiDando visa, pois, apoiar pessoas adultas com doença mental e nível moderado ou elevado de incapacidade psicossocial, bem como as suas famílias e cuidadores informais, em contexto de proximidade, residentes nos concelhos de Barcelos e Esposende. Não integram o projeto pessoas com

perturbações do neurodesenvolvimento, consumos ativos de qualquer substância ou, naturalmente, as que não adiram ou recusem a intervenção.

O projeto CuiDando, e toda a sua intervenção, assenta, globalmente, em princípios e pressupostos ideológicos e conceituais preconizados pelas políticas e orientações técnico-científicas de cariz nacional e internacional na área da saúde mental, designadamente no que se refere à política de participação, promoção da inclusão social, promoção da qualidade de vida e do empoderamento e monitorização e avaliação de resultados e processos, como se pode verificar do ponto 8º ao 12º do Procedimento da Qualidade (PQ)_07- Processo Reabilitação Psicossocial Hospitalo-Comunitária (Anexo 1). A intervenção, no âmbito deste projeto, encontra-se consubstanciada e harmonizada institucionalmente através no ponto 4.4 do Procedimento do referido Sistema de Gestão da Qualidade, P03_06_04 (Anexo 2).

Partindo do conhecimento especializado, saber e experiência de “terreno” de cerca 10 anos e dos pressupostos da governação clínica e de saúde aplicados a uma resposta no âmbito dos cuidados à pessoa com doença mental e incapacidade psicossocial, às suas famílias e cuidadores, no domicílio, o Instituto S. João de Deus contratualizou com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) um processo de consultadoria para a redefinição do seu Modelo de Avaliação de Impacto, nomeadamente nos domínios de análise económica dos impactos gerados pelo projeto, necessidade previamente identificada.

Neste contexto, passa-se de seguida apresentar a metodologia subjacente ao processo de análise económica do CuiDando, em articulação com os restantes indicadores de medição de impacto já utilizados pela equipa do projeto.

MODELO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO

A análise documental do projeto Cuidando (designadamente o Diagnóstico e o Plano de Capacitação que sustentam a candidatura aprovada ao programa de Capacitação para o Investimento Social, o Plano Estratégico do Cuidando então desenvolvido, os procedimentos da Qualidade PQ_07, PQ_03_06_04, os relatórios do projeto dos últimos anos de execução e os instrumentos de recolha de informação em articulação com os objetivos do projeto), a informação recolhida através de reuniões e sessões de consultoria com a equipa do projeto e a equipa do CEISUC, consubstanciam o presente Modelo.

O principal objetivo passa, assim, por determinar os ganhos em utilidade e efetividade com o projeto Cuidando. Considera-se esta a melhor forma de o projeto melhorar a sua capacidade de medição de impacto na vida dos seus beneficiários e na sociedade, em articulação com outros instrumentos já utilizados pela equipa. A medição dos ganhos/benefícios acima referidos será, assim, efetuada com base nos seguintes princípios e pressupostos:

- **Efetividade:**

- a) medição da Funcionalidade (atividades e participação) das pessoas com doença mental e da Sobrecarga dos cuidadores informais, com recurso respetivamente ao WHODAS (Ustün et al., 2010) e à Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010); e
- b) redução do número e duração de (re)internamentos.

- **Utilidade:**

- a) avaliação da qualidade de vida, quer das pessoas com doença mental quer dos cuidadores informais, recorrendo ao EQ-5D-5L (Ferreira et al., 2019);
- b) avaliação do bem-estar das pessoas com doença mental, recorrendo à Escala de Auto-avaliação do Bem-estar / SEW (CRPG, 2010);

Para a análise da efetividade recorrer-se-á ao WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule), sendo este um instrumento genérico de medição, com o objetivo de avaliar a limitação nas atividades e a restrição na participação (Ustün et al., 2010). Esta medida foi desenvolvida a partir de itens da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), também da OMS, encarando a funcionalidade humana como o resultado da interação entre diferentes componentes que influenciam a realização de atividades e o envolvimento nas situações de vida (Portugal, 2004). Para além das condições de saúde são também incluídos os fatores ambientais e pessoais.

Traduzido e validado em várias línguas, o WHODAS 2.0, na sua versão com 36 itens pode ser administrada por entrevistador, autoadministrada, ou administrada a uma terceira pessoa, e.g., um cuidador (Silva et al., 2013; Silveira et al., 2013).

O modelo conceptual do WHODAS engloba seis dimensões: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades diárias e participação, para além de um indicador de funcionalidade global. As questões para cada domínio são respondidas indicando o nível de dificuldade, numa escala ordinal de 5 níveis, no desempenho ou participação em atividades, considerando o período relativo aos últimos 30 dias. Embora a versão de 36 itens da WHODAS 2.0 esteja disponível em português (Moreira et al., 2015) a versão de 12 itens poderá ser útil nas situações onde o tempo e o custo sejam um fator crítico quer em contexto clínico quer em contexto de pesquisa e investigação.

A sobrecarga dos cuidadores informais/família será, assim, avaliada através da “Escala de Sobrecarga do cuidador de Zarit” traduzida e validada para a população portuguesa (Sequeira, 2010). Trata-se de um instrumento com uma boa consistência interna (α de Cronbach= 0,93) recomendado quer como instrumento de diagnóstico de risco/sobrecarga quer como instrumento de monitorização e avaliação de programas de intervenção com cuidadores informais.

A medida da utilidade será efetuada com base na avaliação da QVRS através do EQ-5D-5L, nos termos Portaria nº 391/2019, de 30 de outubro, em que se aprova os princípios e a caracterização das *Orientações Metodológicas para Estudos de Avaliação Económica de Tecnologias de Saúde*¹. O EuroQol 5D, normalmente designado por EQ-5D, é uma medida PRO (patient-reported outcome) genérica de medição de preferências e, portanto, da QVRS que permite gerar um índice que representa o valor do estado de saúde de um indivíduo (Brooks, 1996). Foi desenvolvido pelo grupo EuroQoL em 1987 e presentemente é composto por um sistema descritivo e por uma escala visual analógica. O sistema descritivo representa a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão (Brooks, 1996; Ferreira et al., 2013, 2014). Cada uma destas dimensões tem cinco níveis de gravidade associado (Herdman et al., 2011). Este instrumento define um total de 3.125 (5⁵) estados de saúde e está traduzido para mais de 130 línguas diferentes. O sistema de valores para o EQ-5D-5L para Inglaterra foi publicado muito recentemente (Ferreira et al., 2019) e baseia-se num protocolo de investigação internacional definido pelo grupo EuroQoL.

Manter-se-á, para avaliação do bem-estar percecionado pelos beneficiários do projeto, a utilização da Escala de Autoavaliação do Bem-Estar, SEW (CRPG, 2010), já utilizada pelo projeto desde o seu início.

¹ Diário da República nº 209/2019, I Série.

Considerando-se que, para além dos instrumentos de avaliação de impacto já utilizados pelo projeto, o mesmo beneficia de um modelo que permita, simultaneamente, fazer uma avaliação económica da sua intervenção, não nos poderemos alhear do facto de o mesmo ter sido objeto de uma candidatura aprovada no âmbito do programa Parcerias para o Impacto, pelo que, a monetarização dos custos terá por base a sua quantificação em sede de candidatura (incluindo apenas os custos relevantes para o projeto). A análise dos pedidos de reembolso dará uma ideia clara da execução orçamental (despesa efetiva versus prevista). A estes, importará acrescentar os custos do programa não elegíveis em contexto de candidatura. Neste caso, sempre que se tratar de recursos partilhados, importa estabelecer com precisão a percentagem de afetação dos mesmos ao CuiDando, sendo estes acrescidos no computo do custo total do projeto. Caso a instituição não tenha incorrido em despesa, por se tratarem de recursos próprios, dever-se-á proceder à sua valoração atendendo ao respetivo custo de oportunidade.

Para além destas medidas de utilidade e efetividade, manter-se-á, da mesma forma, a avaliação regular do Nível de Satisfação Global, quer dos beneficiários, quer dos familiares e cuidadores, conforme procedimento de qualidade instituído em todas as respostas do ISJD, com vista à sua melhoria contínua, e, ainda, de outros indicadores de processo de relevo, devidamente enquadrados no Plano de Ação do projeto (Anexo 3), designadamente:

- Objetivos de PII alcançados
- Frequência de consultas de psiquiatria / neurologia
- Frequência de consultas de medicina geral e familiar
- Integração em atividades profissionais e ocupacionais

Futuramente, se as condições o permitirem, recomenda-se o estudo do impacto monetário (análise custo-benefício), medido através (da redução) dos custos inerentes aos internamentos e reinternamentos, comparando dois grupos, a saber: grupo alvo de intervenção do Projeto (GI) e grupo de controlo (GC) (pareados em termos de idade, patologia, sexo, preferencialmente na proporção de GI 1: GC 2).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Modelo de Avaliação de Impacto resulta de um processo de consultadoria liderado pelo CEISUC, com vista à capacitação da equipa do Projeto Cuidando para uma maior capacidade de medição de impacto gerado pela sua atividade, de uma forma mais robusta, suportada e rigorosa.

Parte-se da valorização das competências, da experiência e do conhecimento do contexto territorial no âmbito da prestação de cuidados de saúde mental da equipa e da entidade promotora do projeto, complementada pela reconhecida necessidade de se efetuar uma análise económica do projeto, em termos de utilidade e efetividade.

Para o efeito, propõe-se o recurso a instrumentos, procedimentos e técnicas de tratamento e análise da informação sensíveis à determinação de ganhos, no âmbito de um projeto com especificidades próprias inerentes ao cuidado a pessoas com doença mental e suas famílias e cuidadores informais.

Recomenda-se estrategicamente a aplicação futura da tabela de classificação da funcionalidade para a saúde mental (CIF-SM), seguindo os procedimentos metodológicos previstos no respetivo Manual (ACSS, 2017). O recurso a esta classificação para além da adequação face aos objetivos e âmbito do Projeto, é da maior pertinência por ser utilizada pelas diferentes respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2017). Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para a saúde mental. ACSS: Lisboa.
- Badia, X. (2011) Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ5D (EQ-5D-5L. Quality of Life Research. 20(10): 1727-36. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x.
- Brooks, R. (1996) EuroQol: the current state of play. Health Policy. 37(1): 53-72. doi: 10.1016/0168-8510(96)00822-6.
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2010). Manual *Self-Evaluation Wellbeing* - Auto-avaliação do bem-estar. Gaia: CRPG. Acedido <https://pt.calameo.com/read/001026838d4b3118897c2>
- Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem Mais Tempo a Perder. Saúde mental em Portugal: um desafio para próxima década. Lisboa: CNS. Acedido <http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Ferreira PL, Antunes P, Ferreira LN, Pereira LN, Ramos-Goñi LM. (2019) A hybrid modelling approach for eliciting health states preferences: the Portuguese EQ-5D-5L value set. Quality of Life Research. 28 (12): 3163–3175. doi:10.1007/s11136-019-02226-5
- Ferreira, L., Ferreira, P., Pereira, L. & Oppe, M. (2014) The valuation of the EQ-5D in Portugal. Quality of Life Research. 23(2): 413-23. doi: 10.1007/s11136-013-0448-z.
- Ferreira, P., Ferreira, L. & Pereira, L. (2013) Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. Acta Médica Portuguesa. 26(6): 664-75. doi: 10.20344/amp.1317.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonzel, G. & Badia, X. (2011) Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ5D (EQ-5D-5L. Quality of Life Research. 20(10): 1727-36. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x.
- Moreira, A., Alvarelhão, J., Silva, A.G., Costa, R., & Queirós, A. (2015). Tradução e validação para português do WHODAS 2.0-12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 15(2):179-182.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2019), Saúde um direito Humano. Relatório Primavera 2019. Lisboa: OPSS. Acedido <http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf>
- Portugal. Ministério da Saúde, Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da saúde Mental. Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007- 2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

- Portugal. Ministério da Saúde. DGS (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão portuguesa. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Sequeira, C. A.C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Referência, II Série, (12), 9-16.
- Silva, C., Coleta, I., Silva, A.G., Amaro, A., Alvarelhão, J., Queirós, A. & et al. (2013). Adaptation and validation of WHODAS 2.0 in patients with musculoskeletal pain. Revista Saúde Pública, 47,752–8.
- Silveira, C., Parpinelli, M.A., Pacagnella, R.C., Camargo, R.S., Costa, M.L., Zanardi, D.M., & et al.(2013). Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) into Portuguese. Revista da Associação Médica Brasileira, 59,234–40
- Ustün T.B., Chatterji S., Kostanjsek N., Rehm J., Kennedy C., Epping-Jordan J., & et al. (2010) Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ, 88,815-23.

ANEXOS

Anexo 1 | Processo “Reabilitação Psicossocial Hospitalo-Comunitária

1. OBJETIVO

O presente processo visa descrever a forma como se procede à prestação de serviços de Reabilitação Psicossocial.

2. ÂMBITO

Aplicável aos Serviços de Reabilitação Psicossocial dos Estabelecimentos.

3. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

ISJD Instituto S. João de Deus

PII Plano Individual de Intervenção

Coordenador de Unidade/Serviço – técnico que assume na situação em causa a responsabilidade da resposta organizacional dos serviços de reabilitação (ex: Coordenador de Unidade, Responsável do Setor de Ocupação, técnico de referência).

4. GESTOR DE PROCESSO

Indicado pelo Diretor do Estabelecimento.

5. ENTRADAS E SAÍDAS DO PROCESSO

Entradas	Saídas
Ficha de Encaminhamento para Unidades de Reabilitação	PII
Ficha de Encaminhamento para Atividades de Ocupação/Reabilitação	Avaliações
Requisitos do Utente	Satisfação do Utente

6. MAPEAMENTO DAS ATIVIDADES E RESPONSABILIDADES

Atividades	Responsável	Descrição
Encaminhamento	Coordenador de Unidade/ Serviço	Receção do encaminhamento e respetivas avaliações e verificação e validação dos critérios de admissão.
Plano Individual de Intervenção	Coordenador de Unidade/ Serviço	Elaboração e avaliação do Plano Individual de Intervenção e desenvolvimento da respetiva intervenção.
Saída	Coordenador de Unidade/ Serviço / Técnico de Saúde	Saída das Unidades / Serviços de Reabilitação com informação que garanta a continuidade de cuidados.

7. LISTA DE PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS

P_03_02 Gestão de Internamentos

P_03_03 Transferência de Utentes

P_03_04 Saída de Unidade de Internamento

P_03_06 Reabilitação Psicossocial-Hospitalo Comunitária

P_03_11 Gestão de Resíduos Hospitalares

P_03_12 Urgência e Emergência

P_03_14 Abusos e Maus Tratos

Cópia não controlada quando impresso

Elaborado	Data	Aprovado	Data	Página
ESQ	13/12/2010	Direção do ISJD	08/02/2019	1 de 7

P_07_02 Pastoral da Saúde e Animação

8. POLÍTICA DE PARTICIPAÇÃO

Decorrente da Política de Direitos, garante-se o envolvimento e participação ativa do utente na conceção, desenvolvimento e avaliação dos serviços prestados, quer a nível individual, quer a nível organizacional.

Os momentos para tal:

	Individual/PII	Serviços/organizacional
Levantamento de Necessidades	Identificação de necessidades e expectativas com o Utente para a elaboração do PII. Aplicação de instrumentos de avaliação.	Todo o tipo de reuniões comunitárias. Questionários de avaliação da satisfação. Sugestões/Reclamações.
Planeamento	Articulação entre o levantamento de necessidades e a definição de objetivos, em parceria entre técnicos e Utente. Acordo acerca do PII.	Resultado do levantamento de necessidades é tido em conta no planeamento dos serviços. Recolha de contributos específicos para o Plano de Atividades, sempre que aplicável.
Prestação	Envolvimento ativo nas atividades e dinâmicas do serviço/unidade onde está inserido, tendo em conta a sua autodeterminação, levantamento de necessidades e capacidades do Utente.	Envolvimento nas várias atividades/ações relacionados com o conceito de Família de S. João de Deus (ex.: Festas de Natal, S. João de Deus, atividades lúdicas, entre outras)
Avaliação	Aplicação de instrumentos de avaliação. Discussão dos resultados em face das metas propostas, entre técnicos e Utente.	Todo o tipo de reuniões comunitárias. Questionários de avaliação da satisfação. Sugestões/Reclamações.

Avaliação da Política de Participação é realizada no documento Revisão SGQ ELQ

9. PROMOÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL

A inclusão social é um processo que garante que as pessoas em risco de exclusão social acedam às oportunidades e aos recursos necessários, promovendo o seu potencial máximo, para participarem nas esferas económica, social e cultural, fomentando as relações, os direitos, a autodeterminação, o desenvolvimento pessoal e a integração para beneficiarem de um nível de vida e bem-estar considerado normal na sociedade/comunidade em que vivem (Commission of the European Communities, 2003, p.9).

A inclusão social está relacionada com a procura de estabilidade social através da cidadania social, ou seja, todos os cidadãos têm os mesmos direitos na sociedade. A cidadania social preocupa-se com a implementação do bem-estar das pessoas como cidadãos (Sheppard, 2006, p.22).

São fatores de inclusão social: a valorização das pessoas e grupos, independentemente da religião, etnia, género ou diferença de idade; a existência de estruturas que promovam possibilidades de escolha e decisão; a disponibilização de oportunidades e recursos necessários para que todos possam participar plenamente na sociedade/comunidade (cf. Wixey et al., 2005, p.17).

Considera-se que a inclusão social é um constructo composto por diferentes dimensões, como se pode ver na imagem seguinte:



(Alvino-Borba, A e Mata-Lima, H, 2011)

No ISJD, promove-se a inclusão social através de:

Treinos: Competências pessoais e sociais para a autonomia.

Acesso a bens e serviços: Apoio no exercício da cidadania através da facilitação no acesso a bens e serviços (serviços de saúde, bancos, repartições públicas, outros serviços comunitários).

Programas institucionais: Reuniões de famílias / comunitárias; Atividades na e com a comunidade; Participação em atividades institucionais.

Valorização do ser humano enquanto pessoa: Participação ativa no processo de reabilitação; Participação no planeamento, organização e avaliação dos programas e serviços.

Solidariedade social: Parcerias com vista à inclusão social; Responsabilidade social; Participação em ações de voluntariado.

Justiça Social: Promoção de direitos e deveres.

Emprego: Apoio na reintegração socioprofissional.

Segurança: Gestão do risco, designadamente ao nível de medicação, prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão e prevenção de abusos e maus tratos.

Resultados

Resposta Residencial

- % de utentes que mantêm ou melhoram a dimensão Inclusão Social na escala Gencat (pontuação direta)

Resposta Ocupacional

- % de utentes que mantêm ou melhoram a dimensão Inclusão social na escala Gencat (pontuação direta)

Resposta Domiciliária

- % de utentes que mantêm ou melhoram as capacidades sociais ou cognitivas na escala SEW (pontuação total)

A Promoção da Inclusão Social considera-se positiva se forem atingidas as metas em - pelo menos - 50% dos indicadores (resultados). Caso exista apenas um indicador considera-se positiva caso atinja a meta definida.

Inclusão Social registada e analisada em instrumento interno dos serviços (memorando ou relatório).

10. PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida, entendida como a vivência da vida com uma elevada qualidade (Hays, Martin, Sesti & Spritzer, 2005; Hestbaek, Leboeuf-Y, Engberg, Lauritzen, Bruun & Manniche, 2003), trata-se de um conceito subjetivo que não só enquadra sintomas, mas também as consequências das doenças que resultam na degradação da performance das atividades diárias e ainda a perceção do bem-estar. Assim sendo, inclui a satisfação com a vida e os restantes valores dados à vida num dado momento.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida refere-se à como a forma como os indivíduos percebem a sua posição na vida dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais estão inseridos e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1995).

Dentro deste amplo marco conceptual, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) refere-se à afetação da saúde nas dimensões físicas, psicológicas, sociais e ocupacionais e a autoavaliação do bem-estar refere-se, por sua vez, às dimensões: lidar com as emoções, conhecimento das deficiências e incapacidades, comunicação e capacidades sociais e cognitivas.

Neste sentido, e tendo em consideração que o Instituto S. João de Deus presta cuidados de saúde, com enfoque na vertente da reabilitação, a potenciação da qualidade de vida e da perceção do bem-estar reporta-se aos ganhos alcançados pelos cuidados assistenciais prestados que visam a melhoria da saúde dos assistidos.

As intervenções de reabilitação definem-se no PII, enquadrado pelas expectativas do utente, e cuja avaliação, do ponto de vista dos ganhos em saúde, se faz pelos resultados dos indicadores de avaliação do PII, bem como pela avaliação do cumprimento das expectativas do Utente. O impacto que estas intervenções têm na qualidade de vida avalia-se por instrumento específico de qualidade de vida.

Resultados

Resposta Residencial

- % de utentes que mantêm ou melhoram a qualidade de vida (valor médio das dimensões SF-36/ Percentil de Qualidade de Vida - Gencat)

Resposta Ocupacional

- % de utentes que mantêm ou melhoram a qualidade de vida (valor médio das dimensões SF-36/ Percentil de Qualidade de Vida - Gencat)

Resposta Domiciliária

- % de utentes que mantêm ou melhoram a qualidade de vida (Valor Global – Escala SEW)

A Promoção da Qualidade de Vida considera-se positiva se forem atingidas as metas em - pelo menos - 50% dos indicadores (resultados). Caso exista apenas um indicador considera-se positiva caso atinja a meta definida.

Qualidade de Vida registada e analisada em instrumento interno dos serviços (memorando ou relatório).

11. PROMOÇÃO DO EMPOWERMENT

O empowerment traduz um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo sobre a sua vida, explicitado através da

Cópia não controlada quando impresso

Elaborado	Data	Aprovado	Data	Página
ESQ	13/12/2010	Direção do ISJD	08/02/2019	4 de 7

participação e tomada de decisão. Trata-se, pois, de reconhecer os indivíduos como sujeitos ativos no seu processo de reabilitação, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia.

O empowerment é o processo pelo qual se atribui influência ou poder acrescido ao indivíduo através do envolvimento no processo de decisão, concedendo-lhe autonomia e responsabilidade.

Os profissionais do ISJD devem criar formas de comunicação que não condicionem no percurso de empowerment das pessoas que tenham um problema de saúde físico ou mental. Os profissionais devem procurar, em parceria, com os utilizadores/participantes, solucionar as barreiras e os problemas que possam surgir.

Os profissionais devem saber o que as pessoas que experienciam qualquer tipo de doença querem fazer das suas vidas e promover estratégias de facilitação para potenciar evoluções nas pessoas que experienciam essas mesmas doenças.

Os profissionais do ISJD imbuídos numa filosofia de empowerment guiam-se por determinados fatores (comunicação; atenção às necessidades e expectativas dos utilizadores/participantes; regras de facilitação e indícios concretos de empowerment) que vão permitir a promoção de liderança e participação ativa dos utilizadores/utentes/clientes assim como das respetivas famílias, traduzindo-se na prática continuada do empowerment.

No ISJD as formas de empowerment, na prática, concretizam-se em:

- Envolvimento ativo na elaboração dos PII
- Discussão de direitos e deveres;
- Avaliação de expectativas;
- Avaliação de satisfação;
- Participação ativa na organização, dinâmica funcional e avaliação dos serviços, ex: fazendo sugestões e/ou propondo alterações;
- Adequação e adaptação das estruturas e equipamentos às intervenções e à segurança;
- O envolvimento nas intervenções que permitam o acesso e a compreensão de informação acerca da sua doença e do seu processo terapêutico e reabilitativo;
- O envolvimento nas intervenções individualizadas que fomentam a aquisição/manutenção de competências;
- Reuniões com famílias (ex: sessões psicoeducativas);
- Reuniões comunitárias;
- Educação para a saúde;
- Promoção da humanização intrainstitucional e da reinserção e integração comunitária;
- Garantia de serviços diversificados e articulados (com acessibilidade, continuidade e equidade de cuidados e possibilidade de escolha).

Resultados

Respostas Residencial e Ocupacional

- % de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia (variação do Índice Global FAC)
- % de concretização dos PII's
- Avaliação média das expectativas no PII

Resposta Domiciliária

- % de Utentes que mantêm ou melhoram os Conhecimentos sobre as Deficiências e Incapacidades (Escala SEW)
- % de concretização dos PII's
- Avaliação média das expectativas no PII

O Empowerment/Autonomia considera-se positivo se forem atingidas as metas em - pelo menos - 50% dos indicadores (resultados). Caso exista apenas um indicador considera-se positiva caso atinja a meta definida.

Empowerment/Autonomia registado e analisado em instrumento interno dos serviços (memorando ou relatório).

12. INDICADORES DE PROCESSO

19	% de objetivos totalmente alcançados dos PII	Média global da % de objetivos totalmente alcançados de todos os PII fechados até ao dia de medição do indicador.
20	% de concretização dos PII	Média global da % de alcance das metas de todos os PII fechados até ao dia de medição do indicador.
21	Avaliação média de expectativas PII	Média ponderada da avaliação das expectativas nos PII até ao dia da medição do indicador.
22	% de Utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom"	Item «Avaliação global» no Relatório de Satisfação dos Utentes – Internamento (valor global de todos os questionários aplicados até ao dia de medição do indicador.)
23	% de Utentes extra-internamento com avaliação de global de satisfação igual ou superior a "bom"	Item «Avaliação global» no Relatório de Satisfação dos Utentes – Extra-Internamento (valor global de todos os questionários aplicados até ao dia de medição do indicador.)
24	% de Utentes no domicílio com avaliação de global de satisfação igual ou superior a "bom"	Item «Avaliação global» no Relatório de Satisfação dos Utentes – Domiciliário (valor global de todos os questionários aplicados até ao dia de medição do indicador.)
25	% de utentes que mantêm ou melhoram a Inclusão social	<u>R. Residencial e Ocupacional:</u> % de utentes que mantêm ou melhoram a dimensão Inclusão Social na escala Gencat (pontuação direta)
		<u>R. Domiciliária:</u> % de utentes que mantêm ou melhoram as capacidades sociais ou cognitivas na escala SEW (pontuação total)
26	% de utentes que mantêm ou melhoram a qualidade de vida	<u>R. Residencial:</u> % de utentes que mantêm ou melhoram a Qualidade de Vida (variação da escala de qualidade de vida, conforme D_03_05 QVRS)
		<u>R. Ocupacional:</u> % de utentes que mantêm ou melhoram a Qualidade de Vida (variação da escala de qualidade de vida, conforme D_03_05 QVRS)
		<u>R. Domiciliária:</u>

Cópia não controlada quando impresso

		% de utentes que mantêm ou melhoram a Qualidade de Vida (Valor Global - Escala SEW)
27	% Utentes que mantêm ou melhoram a autonomia/empowerment	<p><u>R. Residencial e Ocupacional:</u> % de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia (variação do Índice Global FAC)</p> <hr/> <p><u>R. Domiciliaria:</u> % de Utentes que mantêm ou melhoram os Conhecimentos sobre as Deficiências e Incapacidades (Escala SEW)</p>

13. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão	Data	Alterações
V01		Versão aprovada 25/01/2011.
V02	15/03/2011	Gestor de processo.
V03	28/02/2012	Âmbito e procedimentos associados.
V04	25/02/2013	Definições, mapeamento de atividades e indicadores.
V05	17/10/2014	Política de Participação
V06	16/03/2015	Indicadores
V07	01/06/2016	Indicadores
V08	30/05/2017	Indicadores (04/01/2018)
V09	13/04/2018	Promoção da inclusão social, empowerment e qualidade de vida.
V10	08/02/2019	Indicadores; Numeração indicadores

Anexo 2 | Procedimento “Reabilitação Psicossocial Hospitalo-Comunitária”

**1. OBJETIVO**

O presente procedimento visa descrever a forma como o Instituto S. João de Deus procede relativamente à prestação de serviços de Reabilitação Psicossocial.

2. ÂMBITO

Aplicável aos Serviços de Reabilitação Psicossocial dos Estabelecimentos:

- Casa de Saúde do Telhal;
- Casa de Saúde S. João de Deus – Funchal;
- Casa de Saúde S. Rafael;
- Casa de Saúde S. João de Deus – Barcelos;
- Casa de Saúde S. Miguel;
- Casa de Saúde S. José.

3. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

BPRS	Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica
CPA	Centro de Promoção da Autonomia
CSRP	Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial
DE	Diretor do Estabelecimento
DEnf	Diretor de Enfermagem
EDT	Escala de Deterioração Global
GAF	Escala de Avaliação Global de Funcionamento
ISJD	Instituto S. João de Deus
MMS	Mini Mental State Examination
PII	Plano de Individual de Intervenção
RRO	Responsável da Resposta Ocupacional
SMP	Saúde Mental e Psiquiatria

4. MAPEAMENTO DAS ATIVIDADES – RESPONSABILIDADES E MODO DE PROCEDER**4.1. MODO ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL – RESPOSTA RESIDENCIAL (P_03_06_01)**

Atividades	Responsável	Descrição
Avaliação inicial	Coordenador da Unidade	Sempre que se considere que um Utente reúne as condições necessárias para integrar uma Unidade de Reabilitação (intrainstitucional ou na Comunidade) deve ser realizado o preenchimento da R_03_19 Ficha de Encaminhamento para Unidades de Reabilitação sob responsabilidade do Coordenador da Unidade de proveniência. Para Utentes referenciados por entidades externas, decorrido o procedimento P_03_02 Gestão de Internamentos, passa-se à atividade contrato de admissão.
Entrega da ficha de encaminhamento	Coordenador da Unidade	Após preenchida, a R_03_19 deve ser entregue ao Diretor de Enfermagem.
Entrega da ficha de encaminhamento	DEnf	Sempre que houver vaga e necessidade de transferência de um Utente, o Diretor de Enfermagem fornece as R_03_19 ao Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial. Caso não haja vaga, o Utente entra em lista de espera (R_03_53 Lista de Utentes Encaminhados para Serviço de Reabilitação). Semestralmente o utente é informado da situação de espera, até

Cópia não controlada quando impresso



Atividades	Responsável	Descrição
		um período máximo de dois anos, altura em que terá de ser reavaliado o encaminhamento.
Emissão de parecer	CSRP	O Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial, após articulação com o Coordenador da Unidade de Destino, emitirá o seu parecer. Após parecer, a R_03_19 é entregue ao Diretor de Enfermagem. Caso o parecer seja negativo, o processo termina.
Transferência interna	DEnf	A transferência deve processar-se de acordo com o processo P_03_03_01 Transferência de Utentes.
Contrato de Admissão	Coordenador da Unidade	É assinado o Contrato de Admissão.
Elaboração do plano individual de intervenção (PII)	Coordenador da Unidade/ Técnico de referência	Decorridos no máximo 45 dias, é aplicada a R_03_20 Ficha de Avaliação de Competências, assim como as restantes avaliações que se considerem pertinentes para a definição do R_03_21 PII. Em conformidade com este plano, são delineadas e colocadas em prática as respetivas intervenções.
Assinatura do Utente		O PII é assinado pelo Utente e/ou pessoa de referência.
Permanência do Utente na Unidade	Coordenador da Unidade/ Técnico de referência	No decorrer da permanência do Utente na Unidade, a R_03_20 Ficha de Avaliação de Competências, a avaliação final do PII (R_03_21) e a avaliação da qualidade de vida devem ser realizadas no mínimo anualmente. Aquando da avaliação final do PII é avaliada e registada a concretização das expectativas do Utente. Devem ser aplicados, pelo menos uma vez por ciclo de gestão (quadrienalmente), ou sempre que indicado para suporte à elaboração dos objetivos do PII, a todos os Utentes que reúnam as respetivas condições, os instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none">• R_03_23 Escala de Barthel-Modificada (por técnicos de saúde ou de diagnóstico e terapêutica);• R_03_24 Escala de Supervisão (por técnicos de saúde ou de diagnóstico e terapêutica);• R_03_25 Estado Funcional Global (por técnicos de saúde ou de diagnóstico ou terapêutica);• R_03_26 Mini Mental State Examination – MMS (por técnicos de saúde ou de diagnóstico e terapêutica);• R_03_27 Escala de Avaliação Global de Funcionamento – GAF (por psicólogos ou psiquiatras ou enfermeiros especialistas SMP);• R_03_29 Escala de Deterioração Global – EDT (por psicólogos ou psiquiatras ou enfermeiros especialistas SMP);• R_03_30 Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS, para utentes com perturbações psicóticas, ex.: esquizofrenias, (por psicólogos ou psiquiatras ou enfermeiros especialistas SMP).
Reuniões Comunitárias	Coordenador da Unidade/ Técnico de referência	É efetuada uma reunião com os utentes para, entre outros: 1. Pelo menos anualmente, avaliação e revisão dos serviços 2. Pelo menos bienalmente, avaliação da política de confidencialidade e respetivo modo de proceder; avaliação da política de participação.

Cópia não controlada quando impresso



Atividades	Responsável	Descrição
Saída do Utente	Coordenador da Unidade/ Médico	Quando o Utente deixar de reunir condições para permanecer na Unidade de Reabilitação, deverá ser devidamente avaliado e deve ser registado no processo clínico.

4.2. MODO ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL - RESPOSTA OCUPACIONAL (P_03_06_02)

Atividades	Responsável	Descrição
Avaliação inicial	Coordenador da Unidade	Sempre que se considere que um Utente reúne as condições necessárias para integrar uma atividade de ocupação/reabilitação (intrainstitucional ou na Comunidade) deve ser realizado o preenchimento R_03_31 Ficha de Encaminhamento para Atividades de Ocupação/ Reabilitação sob responsabilidade do Coordenador da Unidade de proveniência. Para Utentes extra-internamento é realizada a avaliação de critérios de admissão pelo RRO/DC. Passa-se à atividade "Elaboração do PII".
Entrega da ficha de encaminhamento	Coordenador da Unidade	Após preenchida, a R_03_31 deve ser entregue ao RRO ao qual se destina o encaminhamento. Caso não haja vaga, o Utente entra em lista de espera (R_03_53 Lista de Utentes Encaminhados para Serviço de Reabilitação). Semestralmente o utente é informado da situação de espera, até um período máximo de dois anos, altura em que terá de ser reavaliado o encaminhamento.
Emissão de Parecer	RRO	Caso haja vaga, o RRO emite o seu parecer. Caso seja aplicável uma compensação monetária, faz uma proposta de gratificação.
Envio ao Coordenador dos Serviços de Reabilitação	RRO	Caso o parecer do RRO seja positivo, este encaminha a R_03_31 Ficha de Encaminhamento para Atividades de Ocupação/ Reabilitação, com parecer, para o Coordenador dos Serviços de Reabilitação Psicossocial. Caso o parecer seja negativo, o processo termina.
Emissão de Parecer	CSRP	Caso o parecer do Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial seja negativo, o processo termina.
Decisão do Diretor do Estabelecimento	DE	Quando aplicável compensação monetária, cabe ao Diretor do Estabelecimento decidir acerca do mesmo. Caso o Diretor do Estabelecimento não atribua compensação monetária com a qual o Utente concorde, este aceita ou não ser integrado/permanecer na atividade. Caso não aceite faz-se o registo no Processo Clínico. O processo termina.
Elaboração do PII	RRO ou Coordenador da Unidade	Após o ingresso e decorridos no máximo 45 dias, para os Utentes com PII na Unidade de proveniência, é inscrita a intervenção no PII, em articulação entre o RRO e o Coordenador da Unidade. Para utentes extra-internamento e utentes internados sem PII na Unidade de proveniência, cabe ao RRO garantir a definição do PII em articulação com o Coordenador da Unidade. Sempre que indicado e existam condições aplicam-se os instrumentos de avaliação elencados no modo residencial, com as periodicidades definidas. Anualmente é avaliada a qualidade de vida, a todos os utentes que não incorporem a resposta residencial.

Cópia não controlada quando impresso



Atividades	Responsável	Descrição
		O PII é assinado pelo utente e/ou pessoa de referência. Em conformidade com este plano, são delineadas e colocadas em prática as respetivas intervenções. A avaliação final do PII deve ocorrer no mínimo anualmente. Aquando da avaliação final do PII é avaliada e registada a concretização das expectativas do Utente.
Avaliação	RRO	Se considerado pertinente, é utilizada a R_03_32 Avaliação de Atividades de Ocupação.
Reuniões Comunitárias	RRO	É efetuada uma reunião com os utentes para, entre outros, pelo menos anualmente, avaliação e revisão dos serviços.
Saída do Utente	RRO	Sempre que o Utente deixe de frequentar a ocupação, deve ser registado no processo clínico, com a respetiva fundamentação.

4.3. MODO ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL - CENTRO DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA (P_03_06_03)

Atividades	Responsável	Descrição
Candidatura	Técnico de Saúde do CPA	Resulta de contato prévio do proponente da candidatura com o Técnico de Saúde do CPA para agendar entrevista. Nesta entrevista é preenchida a R_03_54 Ficha de Candidatura. Sempre que um candidato não reúna as condições necessárias para integrar o CPA, o processo termina. Caso reúna as condições necessárias e não haja vaga, o Utente entra em lista de espera R_03_53 Lista de Utentes Encaminhados para Serviço de Reabilitação.
Admissão	Técnico de Saúde do CPA	Aquando de vaga é contactado o proponente da candidatura para proceder à admissão do Utente, sendo preenchida a R_03_31 Ficha de Encaminhamento para Atividades de Ocupação/ Reabilitação. A ficha é encaminhada para parecer do Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial. É preenchido o R_12_02 Informação Sobre Tratamento de Dados Pessoais sendo esta informação agregada ao processo (caso seja admitido, seguir para a atividade Emissão de Parecer).
Emissão de Parecer	CSRP	Caso o parecer do Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial seja negativo, o processo termina.
PII	Técnico de Saúde do CPA	Após o ingresso e decorrido no máximo 45 dias, cabe ao Técnico de Saúde do CPA a elaboração do R_03_21 PII. Sempre que indicado e existam condições aplicam-se os instrumentos de avaliação elencados no modo residencial, com as periodicidades definidas. Anualmente é avaliada a qualidade de vida, a todos os utentes que reúnam condições e que não incorporem a resposta residencial. O PII é assinado pelo utente e/ou pessoa de referência. A avaliação final do PII deve ocorrer no mínimo anualmente. Aquando da avaliação final do PII é avaliada a concretização das expectativas do Utente.
Saída	Técnico de Saúde do CPA	1) Quando o Utente atinge nível de desenvolvimento que permita passar para estruturas alternativas.

Cópia não controlada quando impresso



Atividades	Responsável	Descrição
		2) Por abandono. Em ambas as situações é assinalado no processo clínico, a data e a respetiva fundamentação.
Avaliação e Revisão dos Serviços	Técnico de Saúde do CPA	Pelo menos semestralmente, é efetuada uma reunião com todos os utentes para, entre outros, avaliação e revisão dos serviços. É elaborado memorando.
Avaliação da política e procedimentos de confidencialidade	Técnico de Saúde do CPA	Pelo menos bienalmente é efetuada uma reunião com os utentes para, entre outros, avaliação da política de confidencialidade e respetivo procedimento. É elaborado memorando.

4.4. MODO ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL - APOIO DOMICILIÁRIO (P_03_06_04)

Atividades	Responsável	Descrição
Receção e avaliação da referência	Coordenador	Na receção da R_03_81 Ficha de Referência, avalia-se a informação recebida. É contactado o proponente para validar a informação recebida e completá-la, se necessário. Caso existam critérios de exclusão, é dado conhecimento ao proponente e solicita-se que este informe o Utente e o seu Cuidador Informal. O processo termina. Nos restantes casos, solicita-se ao proponente que informe o Utente e o seu Cuidador Informal da referência. É nomeado o Técnico de Referência da equipa responsável pelo caso.
Contacto	Técnico de Referência	É contactado o Utente e/ou Cuidador Informal a fim de avaliar o conhecimento e motivação do(s) mesmo(s) acerca da referência e a possibilidade de agendamento de uma primeira visita domiciliária.
Apresentação e integração	Técnico de Referência	São apresentados o projeto, os seus objetivos e as suas metodologias e entregue o panfleto informativo do projeto. São apresentados os direitos e deveres dos Utentes e entregue o "Guia de Princípios Éticos e Boas Práticas dos Centros Assistenciais - Direitos e Deveres". É apresentada e assinada a R_03_82 Informação de Admissão. Deve ser preenchido o RR_12_02 Informação Sobre Tratamento de Dados Pessoais sendo esta informação agregada ao processo. Caso o utente esteja recetivo à visita domiciliária mas, por motivos psicopatológicos, recuse assinar a R_03_82 Informação de Admissão, o técnico de referência deverá manter o acompanhamento ao utente justificando tal facto no R_03_83 Registo de Intervenção. Caso o utente não seja integrado no projeto, é informado o utente, o cuidador informal e o técnico proponente e o processo termina.
Avaliação	Técnico de Referência	São aplicadas as escalas R_03_80 SEW - Questionário de Autoavaliação do Bem-estar e R_04_84 Entrevista de Zarit de Sobrecarga do Cuidador. É efetuada a recolha de dados na R_03_85 Anamnese, R_03_86 Datas Relevantes, R_03_87 Terapêutica e R_03_88 Rotina Diária do Utente.

Cópia não controlada quando impresso



Atividades	Responsável	Descrição
Elaboração do PII	Técnico de Referência	Procede-se à elaboração do R_03_20 PII que terá por prazo máximo um período de um ano. Caso o utente esteja recetivo à visita domiciliária mas, por motivos psicopatológicos, recuse assinar o impresso R_03_20 PII, o Técnico de Referência e outro técnico do projeto poderão elaborar e validar o PII sem a assinatura do utente. Sempre que aplicável, o cuidador informal deverá participar na conceção e celebração do PII.
Desenvolvimento do PII	Equipa	São desenvolvidas as intervenções definidas no R_03_20 PII. Para cada visita domiciliária, reunião ou diligência concretizada é preenchido o R_03_83 Registo de Intervenção. Os objetivos do PII são monitorizados de forma contínua no R_03_83 Registo de Intervenção e de forma intercalar e final no R_03_20 PII.
Avaliação	Equipa	No final do prazo definido para consecução do PII, são aplicadas as escalas R_03_80 SEW - Questionário de autoavaliação do bem-estar e R_03_84 Entrevista de Zarit de sobrecarga do cuidador e medida a satisfação do Utente através do preenchimento do R_01_13 Questionário de Avaliação da Qualidade e da Satisfação dos Utentes. É efetuada a avaliação final dos objetivos do PII podendo ocorrer a elaboração de um novo PII ou o término da intervenção. Aquando da avaliação final do PII é avaliada a concretização das expectativas do Utente.
Alta do Projeto	Técnico de Referência e Coordenador	A alta do projeto ocorre e é registada em processo clínico com a devida fundamentação: sempre que o utente e/ou o seu cuidador informal não cumpram com os deveres descritos na Carta dos Direitos e Deveres do Utente e Cuidador Informal; a qualquer momento, a pedido do utente e/ou cuidador informal e após a avaliação final dos objetivos do PII caso não se verifique a necessidade de elaboração de um novo PII. É elaborada e entregue ao utente a sua R_03_89 Nota de Alta - Projeto Cuidando e é informado o técnico proponente.

4.5. ENVOLVIMENTO DAS FAMÍLIAS (P_03_06_05)

Atividades	Responsável	Descrição
Envolvimento das famílias	Técnico de referência	Envolvimento da família/cuidador, sempre que possível ou indicado, privilegiando o momento de elaboração e avaliação do PII.

5. LISTA DE DOCUMENTOS ASSOCIADOS

D_03_03 Manual de Instruções para Aplicação dos Instrumentos de Reabilitação Psicossocial

D_03_04 Manual de Aplicação da Ficha de Avaliação de Competências (FAC)

D_03_05 Qualidade de vida relacionada com a saúde

R_03_19 Ficha de encaminhamento para Unidades de Reabilitação

R_03_20 Ficha de avaliação de competências

R_03_21 Plano individual de intervenção

R_03_23 Escala de Barthel-Modificada

R_03_24 Escala de supervisão

Cópia não controlada quando impresso

Elaborado	Data	Aprovado	Data	Página
ESQ	08/09/2010	Direção do ISJD	17/12/2019	6 de 8



R_03_25 Estado funcional global
R_03_26 Mini mental state examination
R_03_27 Escala de avaliação global de funcionamento
R_03_29 Escala de deterioração global
R_03_30 Escala breve de avaliação psiquiátrica
R_03_31 Ficha de encaminhamento para atividades de ocupação/ reabilitação
R_03_32 Avaliação de Atividades de Ocupação
R_03_37 Levantamento de Necessidades das Famílias
R_03_53 Lista de Utentes Encaminhados para Serviço de Reabilitação
R_03_54 Ficha de Candidatura CPA
R_03_80 SEW - Questionário de autoavaliação do bem-estar
R_03_81 Ficha de Referenciação
R_03_82 Informação de Admissão
R_03_83 Registo de Intervenção
R_03_84 Entrevista de Zarit de sobrecarga do cuidador
R_03_85 Anamnese
R_03_86 Datas Relevantes
R_03_87 Terapêutica
R_03_88 Rotina Diária do Utente
R_01_13 Questionário de Avaliação da Qualidade e da Satisfação dos Utentes – Serviço Domiciliário
R_03_89 Nota de Alta – Projeto Cuidando
R_12_02 Informação Sobre Tratamento de Dados Pessoais

6. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão	Data	Alterações
V01		Versão aprovada 22/09/2010.
V02	15/03/2011	Atividades «Permanência do Utente na Unidade» e «Avaliação e Revisão dos Serviços». Acréscimo do P_03_06_03.
V03	28/02/2012	P_03_06_01 Atividades «Emissão de parecer». «Contrato de Admissão», «Permanência do Utente na Unidade», «Reuniões Comunitárias» e «Saída do Utente». P_03_06_02 Atividades «Emissão de Parecer», «PII», «Avaliação» e «Saída do Utente». P_03_06_03 Atividades «Avaliação e Revisão dos Serviços» e «Avaliação da política e procedimentos de confidencialidade»
V04	16/12/2012	Inserção do apoio domiciliário P_03_06_04.
V05	23/02/2013	Definições e lista de documentos associados. P_03_06_01 Atividades: «Permanência do Utente na Unidade», «Assinatura do Utente». P_03_06_02 Atividades: «PII», «Avaliação» e «Reuniões Comunitárias». P_03_06_03 Atividade: «PII».
V06	26/03/2014	Inserção da avaliação das expectativas aquando da avaliação do PII.
V07	19/09/2014	Atividade «PII» (P_03_06_02).
V08	16/03/2015	Avaliação da Qualidade de vida. Atividade “Reuniões comunitárias”. Responsabilidades P_06_06_03.
V09	01/06/2016	Atividades: reuniões comunitárias, elaboração do PII, envolvimento das famílias.

Cópia não controlada quando impresso



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS

Procedimento

Reabilitação Psicossocial-Hospitalo Comunitária

P_03_06

V10		Atividade «envolvimento das famílias»
V11	17/12/2019	Atividade «Admissão» (P_03_06_03); atividade «Apresentação e integração» (P_03_06_04).

Cópia não controlada quando impresso

Elaborado	Data	Aprovado	Data	Página
ESQ	08/09/2010	Direção do ISJD	17/12/2019	8 de 8

Anexo 3 | Plano de Comunicação Estratégica



Estratégia CuiDando 2022

Capacitação para o Investimento Social

Ação 4 | Plano de Comunicação e Marketing



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS
Casa de Saúde S. João de Deus
Barcelos

Portugal
INOVACÃO
SOCIAL

Cofinanciado por:



PO ISE
PROGRAMA OPERACIONAL
INCLUSÃO SOCIAL
E EMPREGO

PORTUGAL
2020



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

“A questão não é a comunicação em si,
mas para quem se comunica, como se comunica
e a quantidade de vezes que se comunica.”

Maria João Correia

O Empreendedorismo Social e as

Estratégias de Comunicação no Terceiro Setor

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA.....	4
ENQUADRAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA MARCA	5
1. A ORDEM HOSPITALEIRA, O ISJD E A CSSJD-B	6
1.1. ISJD: uma visão para 2022.....	6
1.2. A Casa de Saúde de São João de Deus – Barcelos.....	8
2. O PROJETO CUIDANDO	9
2.1. Proposta de valor	9
2.2. Proposta de futuro: análise interna e externa do projeto	11
2.2.1. Análise SWOT.....	11
2.2.2. Recursos estratégicos	12
2.2.3. Fatores críticos do sucesso	13
2.3. Os parceiros	16
2.3.1. Matriz de análise das partes interessadas	17
2.4. Objetivos Estratégicos 2022.....	18
ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO 2022.....	19
3. IDENTIDADE VISUAL E COMUNICAÇÃO ATUAL	20
4. COMUNICAÇÃO 2022 – UMA NOVA ABORDAGEM	21
4.1. Objetivos da comunicação	21
4.2. Público-alvo.....	21
4.3. Posicionamento.....	23
4.4. Eixos da comunicação	23
4.5. Plano de ação – Mix de comunicação	24
4.6. Quadro-síntese.....	26
4.7. Calendarização das ações 2020/2021	27

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento deriva de um processo de capacitação da equipa do projeto CuiDando, integrado numa candidatura aprovada ao programa **Capacitação para o Investimento Social**, do Portugal Inovação Social, que visa financiar o desenvolvimento de competências de gestão que permitam às organizações da Economia Social implementar com sucesso um projeto de inovação social.

O processo inicial envolveu a realização de um *Diagnóstico de Necessidades de Capacitação* e de um *Plano de Capacitação*, ambos elaborados por uma entidade externa ao projeto e à Casa de Saúde de S. João de Deus – Barcelos / Instituto São João de Deus. Com base nesses documentos, foram identificadas áreas-chave de capacitação para dar resposta às necessidades específicas da equipa e selecionados os parceiros de terreno / prestadores de serviço para assegurarem as ações de consultoria e mentoria planeadas, entre julho de 2019 e julho de 2020.



Depois de auscultados diferentes parceiros e prestadores de serviços, o *Plano de Comunicação e Marketing CuiDando 2022* foi desenvolvido em regime de co-criação com a Blisq Creative, uma agência de comunicação estratégica, design e produção, que presta serviços direcionados ao setor público e privado, assumindo um papel fundamental na definição de orientações referentes à gestão de marca e imagem.

Com apenas 6 anos, a Blisq conta já com uma carteira com mais de 500 clientes no tecido empresarial nacional e internacional, ligados ao ensino, com alguns municípios na gestão das suas marcas territoriais, com empresas líderes nacionais nos seus setores de atividade e com reconhecidos nomes de personalidades nas suas áreas de atuação. Atualmente com uma equipa de 15 pessoas, a agência contempla nos seus quadros, profissionais especializados nas áreas da comunicação estratégica, marketing, design gráfico, design de produto, design de interfaces, programação e produção gráfica.

ENQUADRAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA MARCA

1. A ORDEM HOSPITALEIRA, O ISJD E A CSSJD-B

A **Ordem Hospitaleira de S. João de Deus**, desenvolve a sua missão em mais de 50 países, distribuídos pelos 5 continentes, através de mais de 400 Obras Assistenciais, constituindo-se, atualmente, como uma das maiores organizações do mundo especializadas em serviços sociais e da saúde. Com a sua primeira Obra em Portugal em 1606, a Ordem foi, após um período de extinção no país, restaurada e, em maio de 1928, erigida canonicamente a Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus.

O **Instituto S. João de Deus (ISJD)**, Instituição Particular de Solidariedade Social, fundado a 11 de novembro de 1977, criado para proceder à gestão dos Estabelecimentos Hospitalares da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira, tem âmbito nacional, prosseguindo fins de saúde, assistência, reabilitação e reinserção social nos seus 8 Estabelecimentos Hospitalares / Centros Assistenciais.

Assim, e segundo o Art.º 2º dos seus Estatutos, intervém nos domínios da psiquiatria e saúde mental, alcoologia, toxicod dependência, medicina física e reabilitação, e prestação de cuidados nas diferentes valências da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

1.1. ISJD: uma visão para 2022

Modernizando-se, adaptando-se e evoluindo, quer no seu posicionamento estratégico face aos novos desafios de uma sociedade evolutiva, quer na aposta firme na qualificação técnica das suas respostas, serviços e profissionais, o ISJD tem-se afirmado como um dos principais parceiros do Serviço Nacional de Saúde nos domínios da prestação de cuidados nas áreas da saúde mental e psiquiatria, bem como nas diferentes respostas da RNCCI, mantendo-se fiel aos seus valores e missão, no estilo carismático de S. João de Deus, *“chegando onde outros não chegam, estando onde outros não estão”*.

MISSÃO | Prestar cuidados de saúde e apoio social humanizados à população em geral, inspirados no estilo carismático de S. João de Deus, de acordo com a doutrina social da Igreja, com excelência técnica e rigor científico, dando particular atenção aos mais desprotegidos e contando com Colaboradores especializados e comprometidos com o princípio de *“fazer bem o bem”*.

VISÃO | Potenciar no ISJD, através dos seus Estabelecimentos, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social humanizados e baseados nos princípios da Hospitalidade, que se afirmem pela qualidade.

VALORES | A Hospitalidade assume-se como o valor central do ISJD, que se exprime e concretiza em quatro valores-chave: Qualidade, Respeito, Responsabilidade, Espiritualidade. Estes, por sua vez, concretizam-se em atitudes, como a visão holística do ser humano, integrando a dimensão espiritual e o respeito pela dignidade; a

criatividade, inovação e empreendedorismo; a assistência integral; o rigor técnico e científico; o envolvimento multidisciplinar; e a transparência.

POLÍTICA DA QUALIDADE | Como base da sua gestão estratégica, o IJSD definiu a sua Política da Qualidade fundamentando-se nos seguintes princípios:

- Focalização no cliente, pela satisfação das suas necessidades e expectativas;
- Garantia de uma boa gestão de comunicação interna e externa;
- Melhoria permanentemente de uma efetiva relação de confiança com os clientes, colaboradores, voluntários, parceiros e outras partes interessadas;
- Promoção da formação e satisfação dos colaboradores com vista à excelência técnica dos serviços e ao rigor científico, fomentando uma conduta humanizadora do trato e do cuidar;
- Garantia da sustentabilidade económica e financeira, a partir da eficiência na utilização dos recursos e a eficiência nos resultados;
- Focalização na manutenção e conservação das infraestruturas e nas condições do ambiente de trabalho consoante as necessidades e os recursos disponíveis;
- Compromisso entendido e assumido por todos os colaboradores com a melhoria contínua.

PILARES ESTRATÉGICOS E OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA 2019-2022

PILARES ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
I. AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA	1. Promover a autonomia e a qualidade de vida dos utentes 2. Promover a hospitalidade assistencial
II. SUSTENTABILIDADE E ESTRUTURAS	3. Garantir a sustentabilidade 4. Criar e melhorar as condições físicas dos equipamentos
III. CAPITAL HUMANO E CONHECIMENTO	5. Atualizar permanentemente as competências dos colaboradores 6. Otimizar o capital humano
IV. RELAÇÕES EXTERNAS E COMUNICAÇÃO	7. Melhorar a comunicação 8. Consolidar parcerias
V. CULTURA E IDENTIDADE INSTITUCIONAL	9. o desempenho da Instituição 10. Promover a inovação 11. Reforçar a identidade institucional

1.2. A Casa de Saúde de São João de Deus – Barcelos

A Casa de Saúde S. João de Deus – Barcelos (CSSJD-B) é uma Instituição quase centenária, sendo que toda a sua existência pode ser caracterizada pela dedicação à pessoa doente e à sociedade. Pautada pela inovação, humanização, qualidade técnica e científica esta Instituição assume, atualmente, na região Norte, um papel preponderante na prestação de cuidados de saúde mental.

Com capacidade de internamento de 350 pessoas, que se distribuem por uma unidade de psiquiatria aguda, três unidades de longo internamento de apoio máximo e uma de apoio moderado, uma unidade de psicogeriatrics e demências, e uma unidade de treino de autonomia e duas residências autónomas integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental, a CSSJD-B adotou no ano 2000 um modelo de prestação de cuidados de base comunitária criando várias respostas de reabilitação psicossocial (residenciais e de apoio domiciliário).

Os nossos objetivos centram-se na filosofia hospitalar da Ordem de S. João de Deus, prosseguindo fins de saúde, assistência, reabilitação e reinserção social, através da prestação de cuidados de saúde de uma forma integral, desde a manutenção de estabilidade clínica, ao desenvolvimento das capacidades funcionais e cognitivas dos utentes, bem como passando pelo processo de normalização do seu quotidiano, através da ocupação estruturada.

Para a prossecução destes objetivos, a CSSJD-B conta com a colaboração diária de uma vasta equipa multidisciplinar que, de forma articulada, promove uma abordagem integrada, compreensiva e transdisciplinar aos beneficiários das suas diferentes respostas, nas suas diferentes dimensões, que se traduz numa prática de cuidados especializada, individualizada e holística.

2. O PROJETO CUIDANDO

Com cerca de dez anos de implementação em Barcelos, o projeto CuiDando, que se concretiza numa **unidade móvel de apoio domiciliário integrado em doença mental e demência**, é hoje reconhecidamente uma boa prática na intervenção junto de pessoas com doença mental de evolução prolongada, propondo-se ser uma **resposta complementar** às proporcionadas pelos serviços sociais e de saúde, baseada numa lógica de **Gestão de Caso, de acompanhamento de proximidade e de potenciação dos recursos da comunidade**.

2.1. Proposta de valor

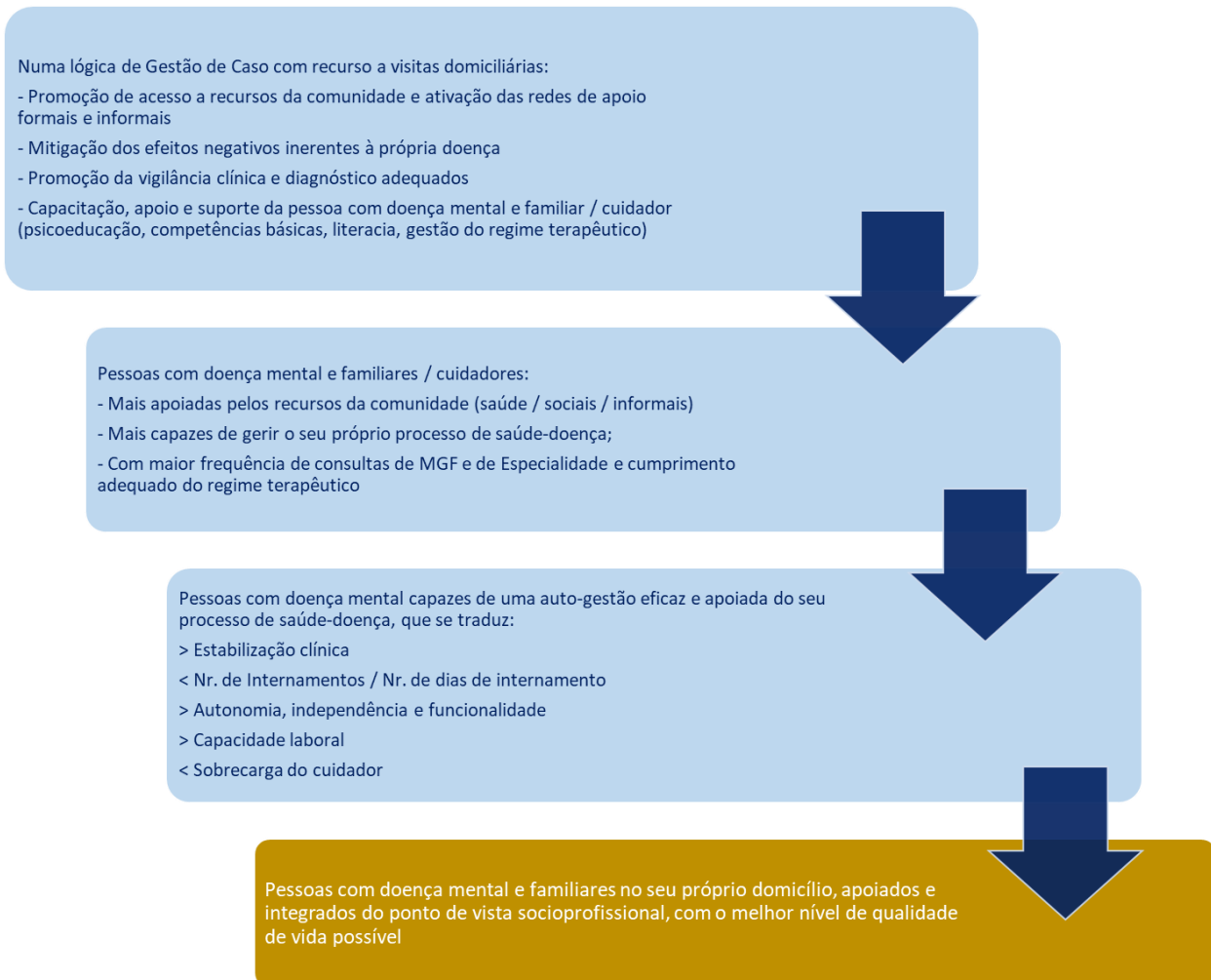
O projeto CuiDando é hoje uma resposta integrada e de proximidade, de intervenção comunitária, direcionada a pessoas com doença mental ou demência. Consiste numa **unidade móvel de apoio domiciliário integrado na área da Saúde Mental** destinada a pessoas com doença mental de evolução prolongada ou demência. Com este acompanhamento de proximidade, baseado numa metodologia de **Gestão de Caso**, perspetiva a **estabilização clínica** e a **efetiva utilização dos recursos e respostas da comunidade**, favorecendo assim a sua **autonomia, independência e qualidade de vida na sua própria casa, e reduzindo os internamentos ou dias de internamento** em serviços de saúde motivados por situação de descompensação clínica.

Propõe-se, assim, reduzir a elevada taxa de reinternamentos de pessoas com doença mental de evolução prolongada, relacionados com a inexistência de um apoio integrado que assegure o seu acompanhamento no domicílio e a sua **real integração familiar, comunitária e socioprofissional**. Na prossecução destes objetivos, atua, fundamentalmente, a dois níveis: na dificuldade de acesso aos diferentes recursos comunitários (sociais e da saúde) por parte das pessoas com doença mental, por um lado, e na dificuldade de manutenção da estabilização clínica no domicílio, por outro, que limitam uma verdadeira integração socioprofissional e a permanência no domicílio, com o melhor nível de qualidade de vida possível.

Até ao momento, o projeto registou cerca de **300 acompanhamentos**, em que mais de **130 pessoas com doença mental ou demência** e **165 familiares / cuidadores** beneficiaram de uma intervenção individualizada e de proximidade.

A intervenção dos Gestores de Caso, tendo em consideração as expectativas e necessidades dos beneficiários e dos seus familiares e cuidadores, operacionaliza-se através de sessões quinzenais (frequência que pode ser aumentada ou reduzida em função da necessidade) de psicoeducação, assim como de promoção de estilos de vida saudáveis, adesão à terapêutica, reforço dos laços familiares e de suporte, inclusão social e integração profissional e ocupacional e a deteção e intervenção precoces em situação de descompensação clínica, em articulação com as entidades comunitárias públicas e/ou privadas, num exercício constante de potenciação do seu uso e impacto.

Assim, e numa resposta direta às causas e consequências das insuficientes competências das pessoas com doença mental de evolução prolongada para gerirem de forma eficaz o seu processo de saúde-doença (ANEXO 1 – Árvore de Problemas) o projeto CuiDando tem como **Teoria da Mudança Social** subjacente à sua intervenção a apresentada na figura em baixo:



O CuiDando, mais que uma vez reconhecido pela Rede Social de Barcelos como um importante projeto de inovação na intervenção às pessoas com doença mental no seu próprio domicílio, capacitando-os e aos seus familiares e cuidadores para uma mais eficiente autogestão do processo de saúde-doença, e possibilitando melhores níveis de qualidade de vida nas suas próprias casas, é atualmente reconhecido como um projeto-chave na resposta a um dos Eixos Prioritários de Intervenção do Plano de Desenvolvimento Social de Barcelos 2021. Fruto dos resultados alcançados e robustamente alinhado com os Objetivos Estratégicos do Plano Nacional para a Saúde Mental, da Rede Nacional de Cuidados Integrados em Saúde Mental e da Estratégia Nacional para as Demências, o CuiDando é ainda reconhecido como uma Boa Prática em Saúde Mental e Bem-Estar pela Comissão Europeia no seu Relatório “*Good Practices and Policy Recommendations on Mental Health and Well-being*”.

2.2. Proposta de futuro: análise interna e externa do projeto

Depois de devidamente enquadrado o setor, a organização e o projeto, importa pensá-lo no futuro, com base nas diferentes ações de capacitação dinamizadas. Nesse sentido, apresentam-se de seguida os resultados da análise interna e externa realizada ao projeto, designadamente: análise SWOT, dos Recursos Estratégicos e dos Fatores Críticos do Sucesso do projeto face às respostas substitutas.

2.2.1. Análise SWOT

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento, experiência e especificidade, identificação com o projeto e envolvimento da equipa técnica – gestores de caso; - Metodologia de intervenção – horizontal e de proximidade, com base na gestão de caso, o foco na integração socioprofissional, para além da estabilização clínica, e a não substituição dos recursos e serviços da comunidade; - Gratuitidade da resposta – garante o acesso universal às pessoas com critérios de inclusão; - Âmbito geográfico de intervenção / abrangência do projeto - Sólido histórico de trabalho de proximidade e de rede com os agentes locais; - Aspetos organizacionais e reputacionais da Casa de Saúde; - Descaracterização da equipa e da viatura – garante privacidade e respeito pela autodeterminação- A Casa de Saúde constitui uma rede em si mesma – a experiência, os contactos e o potencial de articulação que advém das diferentes respostas da Casa, nomeadamente da RNNCI e Unidade de Internamento de Curta Duração, mas também a partilha de Corpo Clínico com Hospital de Referência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistência de momentos de discussão de casos ou partilha de informação (formais), que dificulta a continuidade dos cuidados na ausência de um dos elementos - Rede de parcerias pouco formal com agentes-chave da comunidade
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> - O caráter multidimensional do problema - faz com que a nossa resposta tenha potencial para responder a necessidades/problemas comuns de outras organizações / agentes da comunidade - Apesar de ainda não se terem efetivado conforme planeado no terreno, todas as mais recentes orientações nacionais e internacionais apontam para uma resposta de proximidade e de integração comunitária favorecedora da autodeterminação e independência, nos moldes do projeto 	<ul style="list-style-type: none"> - Estando o sucesso da intervenção intimamente relacionado com o trabalho de parceria com os agentes-chave da comunidade: potenciais alterações na relação, equipas ou dinâmica interna de trabalho dos parceiros - Enquadramentos legais desadequados às necessidades/problemas das pessoas com doença mental e seus cuidadores - Sucessiva não priorização da Saúde Mental nos Planos Nacionais de Saúde e Orçamentos de Estado - Rendimentos tendencialmente baixos dos beneficiários (incapazes de participar a resposta)

2.2.2. Recursos estratégicos

Consideram-se recursos estratégicos deste projeto, que concorrem como fatores críticos para o sucesso da intervenção, os de ordem organizacional, intelectual e de reputação.

Recursos	Valiosos	Raros	Díficeis de Imitar	Não substituíveis
Físicos/Materiais	Não	Usualmente não	Não	Não
Reputacionais	Usualmente sim	Sim	Sim	Usualmente sim
Organizacionais	Sim	Sim	Sim	Sim
Financeiros	Sim	Usualmente sim	Não	Não
Humanos/Intelectuais	Sim	Sim	Sim	Usualmente não
Tecnológicos	Não	Usualmente não	Não	Não

Consideram-se **recursos organizacionais** de relevo para o projeto, fundamentalmente, a diversidade de respostas perfeitamente estruturada e enquadrada na área da saúde mental, que não só asseguram o *know-how* da equipa de gestão e coordenação, como potenciam as sinergias entre diferentes respostas/recursos/atores-chave complementares da intervenção do projeto, como a Unidade de Internamento de Curta Duração e as Unidades da RNCCI, como do próprio corpo clínico, muitas vezes as pessoas de contacto, simultaneamente, nos Hospitais de Referência. Alargando-se este benefício, de igual forma, à equipa do projeto – Gestores de Caso.

Paralelamente, os **recursos intelectuais** são também, de forma inequívoca, fatores críticos do sucesso do projeto. Não apenas pela larga experiência e qualificação na área específica da intervenção da equipa de gestão, mas também pelo grau de especialidade e experiência da equipa operacional do projeto – gestores de caso –, o seu domínio da metodologia de intervenção difícil de replicar, e, não menos relevante, a sua identificação, dedicação e envolvimento no projeto.

Por fim, aos **recursos reputacionais**, correspondem, desde logo, a história e histórico de intervenção do ISJD, a perceção social sobre a qualidade da sua intervenção e dos seus recursos, mas também os ativos intangíveis que daí podem advir, como a maior facilidade de acesso e constituição de novas parcerias, ou de acesso a novos investidores sociais. Esta carga reputacional, por outro lado, pode apresentar-se como negativa, quando direcionado o prisma para o beneficiário do projeto, dado o estigma, que ainda persiste, associado às instituições psiquiátricas, pelo que se traduz numa dimensão deste recurso que, estratégico e fator de sucesso, deve ser gerida de forma equilibrada, nomeadamente no que respeita a ações de comunicação estratégica.

2.2.3. Fatores críticos do sucesso

O projeto Cuidando não encontra correspondência direta no território na sua área de intervenção. As pessoas que preenchem os critérios de inclusão no projeto e que residem em áreas onde ele não existe, ou que não são integradas por falta de vaga ou referênciação, quando conseguem uma resposta na comunidade, ela passa por uma *resposta substituta*, cujos objetivos e resultados não se aproximam dos do projeto. Especificamente, em respostas de internamento (serviços de psiquiatria ou outras tipologias residenciais não especializadas).

O que distingue, particularmente, a metodologia de intervenção do projeto Cuidando relativamente à adotada por estas *respostas substitutas*, assumindo-se como fatores críticos do seu sucesso, encontra-se sumariado no quadro em baixo.

FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO DO PROJETO CUIDANDO	
A figura de Gestor de Caso	Não se sobrepondo ou substituindo a nenhum serviço social ou da saúde, público ou particular, a intervenção tem base numa Gestão de Caso, procurando a estabilização clínica no domicílio e o efetivo acesso aos recursos da comunidade, potenciando-os, contribuindo para uma rede de suporte de proximidade mais efetiva e segura.
O foco da intervenção	Ao contrário das respostas substitutas, o Cuidando foca-se na estabilização clínica, no restabelecimento de redes de segurança de proximidade e na promoção da integração comunitária e socioprofissional, com vista à prevenção de episódios de descompensação clínica e de necessidade de reinternamento. As respostas tradicionais continuam a focar-se na compensação clínica em regime de internamento, após descompensação, tendo como fim último a alta do internamento, não considerando a sua manutenção ao longo do tempo no domicílio. Em vez disso, o projeto entende o beneficiário em todas as suas dimensões, elaborando-se um Plano de Intervenção verdadeiramente biopsicossocial e espiritual.

<p>O setting de intervenção</p>	<p>O contexto de internamento é forçosamente um contexto pouco flexível, pouco individualizado e conotado (pela própria história passada dos beneficiários do projeto) como restritivo e coercivo. Associado frequentemente a memórias de pouca estabilidade, confiança ou segurança e a emoções negativas por parte das pessoas com experiência de doença mental. Por outro lado, o seu domicílio é tradicionalmente associado a sentimentos de segurança, proteção e conforto, familiar e individual. Assume-se este como um aspeto fundamental da intervenção. Contudo, a opção deste como o <i>setting</i> de intervenção ultrapassa este benefício, para alcançar um outro fator crítico de sucesso: o facto de ser a equipa a deslocar-se à casa da pessoa materializa a preocupação pelo seu estado de saúde e percurso de vida – “(...) quando vou ao hospital eu é que tenho de ir procurar os médicos, mas nesta equipa são eles que me procuram, eles é que se importam comigo e se preocupam, que vêm a minha casa” (SIC) –, simultaneamente, e igualmente importante, permite a realização de um diagnóstico clínico e psicossocial mais rigoroso. Efetivamente, por vezes, decorrentes da própria patologia, nem sempre as pessoas estão conscientes do seu real estado de saúde e das suas reais necessidades. Ao se deslocar à casa das pessoas após alta ou referenciação, a equipa pode trabalhar no sentido de fazer um diagnóstico de necessidades reais e atuais e estabelecer novos objetivos e metas para esta nova fase da vida da pessoa, a atingir em conjunto com os Gestores de Caso, ainda que no imediato não consigam antever essa necessidade.</p>
<p>O papel do familiar / cuidador</p>	<p>O projeto integra como primeira e principal rede de segurança a própria família e os cuidadores, quando estes existem. Este é um trabalho que ultrapassa largamente o processo de corresponsabilização (método tradicional das respostas existentes) mas antes se baseia num processo de capacitação e de suporte, de promoção e restabelecimento de laços e de psicoeducação e mediação familiar. Concretamente, a intervenção pode passar pela identificação de redes de apoio, formais e informais, quer para a pessoa com doença mental, quer para os seus familiares e cuidadores, pelo seu reforço e suporte, ou pelo acompanhamento da pessoa com doença mental na reavaliação e reconhecimento das redes de que já dispõe, melhorando a sua satisfação com o suporte social de que já beneficia.</p>

O projeto CuiDando apresenta-se, assim, como mais eficaz e eficiente que as respostas substitutas existentes (de qualquer forma escassas), que passam, fundamentalmente, pelo acompanhamento em consulta externa no

hospital, pelos internamentos em serviços de psiquiatria para estabilização clínica e sintomática e pela sua integração em fóruns socio-ocupacionais, quando estes existem e se mostram adequados à situação social e clínica da pessoa.

O CuiDando, por outro lado, promove um acompanhamento de proximidade, dentro do contexto de vida da pessoa, com visitas domiciliárias programadas, assegurando o contacto e acompanhamento permanentes, mas com reduzidos custos de estrutura (= **uma resposta descentralizada, na casa das pessoas, com reduzidos custos de estrutura**).

Tendo por base o trabalho no sentido da promoção do acesso aos recursos comunitários disponíveis, potenciando a sua utilização na estabilização e integração da pessoa, garantindo o acompanhamento pós-alta, o projeto apresenta-se como uma resposta mais eficiente que as alternativas disponíveis, potenciando-as, como uma externalidade positiva (= **o projeto não replica serviços, mas promove o acesso das pessoas aos recursos existentes e disponíveis, potenciando a sua utilidade e impacto**).

Efetivamente, analisando o indicador de redução de reinternamentos, percebemos que no ano de 2018, a título de exemplo, foi possível reduzir-se a taxa de reinternamentos e de dias de internamento dos beneficiários do projeto, em 70% e 90%, respetivamente, tendo por base comparativa o período de acompanhamento e os 365 dias prévios à integração da pessoa no projeto (= **efetivamente o projeto apresenta-se como uma estratégia comprovada de estabilização clínica e prevenção de reinternamentos**).

Considerando o custo do projeto por utente (cerca de 1000€/ano) e o custo assumido para um utente no SNS - 2409€ por episódio de internamento de psiquiatria crónica e não crónica¹ ou de 42€/dia no caso de internamento de psiquiatria crónica¹ (portanto, 15 330€/ano) - é possível estimar-se facilmente a poupança gerada ao SNS pelo projeto (= **para além de mais efetivo, o projeto é mais eficiente que os serviços disponibilizados atualmente pelo SNS direcionados a este público-alvo**).

Deverão ainda ser considerados todos os ganhos não medidos atualmente pelo projeto, assim como os intangíveis, e que se prendem com o aumento da qualidade de vida da pessoa e do seu cuidador / familiar, a diminuição de sobrecarga associada aos cuidados percecionada pelo cuidador, a diminuição do sofrimento de ambos, e a perspetiva de reintegração comunitária e laboral que os modelos tradicionais não promovem ou permitem (= **para além de mais eficiente o projeto permite a manutenção da pessoa na sua própria casa, capacitando o cuidador para melhor lidar com a situação, o que se traduz num aumento evidente da qualidade de vida e bem-estar de ambos**).

O projeto não se assume como a criação de um serviço paralelo aos existentes nem a duplicação de recursos, antes assegura que se retira dos recursos existentes o máximo proveito e que se diminui o *gap* entre eles e as pessoas que deles precisam, numa lógica integrativa e capacitadora (em detrimento de um modelo paternalista e sobreprotetor), pela manutenção da estabilização clínica e sintomática da pessoa no seu próprio domicílio (= **o projeto tem como um dos seus focos principais a promoção do poder de impacto na vida das pessoas das respostas e serviços já existentes na sociedade**).

¹ Utilizados valores disponibilizados na Plataforma One Value

2.3. Os parceiros

Pese embora conte com um sólido trabalho e intervenção e articulação comunitária, o Projeto não conta no momento com outras parcerias formais que não a estabelecida com a Câmara Municipal de Barcelos e o Grupo de Ação Social Cristã, organização sem fins lucrativos local, que desenvolve intervenção nos domínios da prevenção de riscos e minimização de danos. Ainda assim, apresentam-se como principais parceiros do projeto, atualmente:

- **CAMARA MUNICIPAL DE BARCELOS** | parceiro inquestionável do projeto, a CMB apoia atualmente o projeto com a comparticipação de parte dos custos reais da resposta, mediante protocolo recentemente assinado entre as duas entidades.
- **HOSPITAL DE BRAGA** | hospital de referência na área da psiquiatria no nosso território, é imperativa a continuação do trabalho de proximidade com este centro de cuidados para, enquanto gestores de caso / técnicos de referência, termos conhecimento dos casos prioritários de intervenção, estes nos serem referenciados pela equipa da consulta externa e continuarmos a trabalhar no sentido de se garantir a continuidade de cuidados de forma articulada com os diversos serviços de saúde.
- **ACES CÁVADO III BARCELOS/ESPOSENDE** | no mesmo sentido importa reforçar-se o trabalho de rede e parceria constante e efetivo com ACeS, nomeadamente com os MGF's e equipas das diferentes Unidades Funcionais, como USF's, UCSP's e UCC's, garantindo o acompanhamento por MGF de todos os utentes beneficiários da resposta, mas também a sua referência para a equipa do projeto e a resposta articulada às suas necessidades.
- **REDE SOCIAL DE BARCELOS** | não menos importante, surge como vital o trabalho de proximidade com a Rede Social de Barcelos, parceiro fundamental desta resposta. Efetivamente, grande parte das referências recebidas que não são efetuadas pelo próprio ou por familiares, partem de serviços da sociedade civil, como centros comunitários ou projetos de Equipas de Rua ou intervenção em situações de dependência ou situação de sem-abrigo, assumindo-se estas entidades como veículos privilegiados de informação sobre o projeto, gratuito para os seus beneficiários, àqueles que dele possam usufruir. Do mesmo modo poderão ser referenciados para o projeto Cuidando utentes que não detenham todos os critérios de inclusão ou não integrem o grupo-alvo de intervenção. Nestas situações importa que a rede funcione efetivamente como tal, de forma articulada e informada, no caminho de se promover a cada um a resposta que realmente precisa e responde às suas necessidades, numa lógica de trabalho colaborativo e participado e de coresponsabilização pela resolução dos problemas sociais prioritários do nosso território.

Contudo, sendo consensual dentro da equipa do projeto a necessidade emergente de se trabalharem as redes de parceiros no sentido de, não só potenciar o impacto da resposta, como também assegurar a sua sustentabilidade a longo prazo, a evolução da equipa e da metodologia de intervenção, e a efetividade da transformação gerada na vida dos beneficiários. Apresentam-se assim, em baixo, dois instrumentos de análise das partes interessadas (stakeholders) do projeto.

Num primeiro momento, são identificados os principais stakeholders, e organizados numa matriz em função do seu grau de interesse pelo projeto e do seu nível influência para o sucesso do projeto. Depois, em forma de contributo para a definição de uma proposta de valor para as partes interessadas, apresenta-se o resultado de uma análise às motivações para a ação das partes interessadas, em que se avançam algumas possibilidades de estratégias de envolvimento.

2.3.1. Matriz de análise das partes interessadas

Influência ↑	Manter Satisfeitos (Potenciais bloqueadores – negociar)	Envolver (Aliados – usar como fonte de poder)
	<ul style="list-style-type: none"> - Instituto de Emprego e Formação Profissional - Associações de Empresários e Entidades empregadoras - Centros Qualifica - Entidades de Formação Profissional - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitais de Referência - ACES – USF / UCSP / UCC - Câmara Municipais - Centro de Recursos para a Inclusão - ISS, IP – SAAS / RSI - NLIB, Centros Sociais e outras Respostas da comunidade - Comunidade interna da Casa (Corpo Clínico)
	Monitorizar com mínimo esforço (desaceleradores - monitorizar)	Manter informados (membros da rede – construir base política)
	<ul style="list-style-type: none"> - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens - Centros paroquiais e outras respostas complementares 	<ul style="list-style-type: none"> - Rede Social / CLAS – Barcelos e Esposende - Juntas de Freguesia - Outras respostas da rede de cuidados / RNCCI-SM
	Interesse →	

2.4. Objetivos Estratégicos 2022

PILARES ESTRATÉGICOS ISJD	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Cuidando	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	M20	M21	M22
I. AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA	1. Assegurar a autonomia e a qualidade de vida dos utentes no seu próprio domicílio	Ver Modelo de Avaliação de Impacto	N/A	N/A	N/A
II. SUSTENTABILIDADE E ESTRUTURAS	2. Garantir a sustentabilidade a longo prazo da resposta	% de financiamento externo do projeto	>75%	>75%	>75%
	3. Expandir o projeto para o território de Esposende	% utentes com residência no Concelho de Esposende	20%	30%	40%
	4. Desenvolver o Modelo de Escalabilidade do projeto	Taxa de execução do Modelo	N/A	N/A	100%
III. CAPITAL HUMANO E CONHECIMENTO	5. Continuar a investir na otimização da equipa, nos domínios da gestão de caso e estratégias de promoção de empregabilidade, e na capacitação para a utilização da CIF-SM e EQ5D.	Nº médio de horas de formação por colaborador	35%	35%	35%
IV. RELAÇÕES EXTERNAS E COMUNICAÇÃO	6. Consolidar parcerias estratégicas, nomeadamente do setor empregador	Nr. de novas parcerias estabelecidas	2	4	4
		% stakeholders com avaliação global >= a "bom"	85%	85%	85%
		Valor acrescentado das parcerias (>= de acordo com o esperado)	85%	85%	85%
		% Utentes abrangidos pelas parcerias	15%	35%	45%
	7. Melhorar a comunicação com agentes-chave da comunidade	% de Stakeholders com avaliação de satisfação >= Bom no item «Atendimento/contacto com a Instituição»	85%	85%	85%
		85%	85%	85%	
V. CULTURA E IDENTIDADE INSTITUCIONAL	8. Concretizar Modelo de Intervenção do projeto, em alinhamento com a Política da Qualidade Institucional e Procedimentos Internos	Taxa de execução do Modelo	N/A	N/A	100%
	9. Reforçar o conhecimento do projeto dentro dos diferentes Estabelecimentos do ISJD	Nr. de ações de comunicação do projeto e disseminação de resultados executadas	2	4	4

ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO 2022

3. IDENTIDADE VISUAL E COMUNICAÇÃO ATUAL

O projeto não parece apresentar, no momento, uma identidade visual definida e presente de forma estruturada junto dos diferentes públicos.

Para além do logotipo, que se compreende ter feito sentido e representado os valores do projeto e da própria instituição quando criado, mas que beneficiaria, nesta fase de expansão, de ser repensado no sentido de comunicar de forma mais direta e clara a intervenção e resultados da equipa, o projeto não apresenta outras estratégias de comunicação visual.

Ainda assim, a utilização do logotipo parece centrar-se essencialmente em documentos oficiais do projeto, internos, servindo mais para identificar os próprios documentos/instrumentos, que para comunicar o projeto externamente.

Não se identificam outros produtos no âmbito do *branding*, como *lettering* ou *slogan* específicos e que identifiquem o projeto.

A sua designação, por outro lado, parece ser um elemento diferenciador na sua área geográfica de intervenção, nomeadamente para os parceiros referenciadores e de articulação e, mesmo, da Rede Social dos municípios onde atua. Poder reforçar este aspeto, associando-lhe um *lettering* ou *slogan* específicos, que, por exemplo, acompanhem habitualmente o projeto em jeito de assinatura, alinhados com uma revisão do logotipo, poderia constituir-se como uma pertinente estratégia de reforçar a identidade visual do projeto.

Como estratégias de comunicação, o projeto tem assumido, prioritariamente os contactos diretos (pessoais ou por carta/email):

- com parceiros referenciadores, *de feedback* após referência de beneficiários;
- com os parceiros de articulação, para a prossecução dos objetivos traçados em PII;

No que respeita aos Investidores Sociais, os contactos localizam-se a dois níveis, fundamentalmente – protocolares (ex.: revisão do acordo de parceria e partilha de dados/relatórios anuais) e diretos / pessoais através da Direção da instituição.

Ainda que não de uma forma estruturada enquanto estratégia de comunicação, o projeto tem também participado em conferências da área, apresentando a sua experiência, metodologia e resultados, assim como em alguns núcleos de respostas locais (ex.: NLIB), bem como em notícias ou reportagens de órgãos de comunicação locais e nacionais. Contudo, estas oportunidades de comunicação parecem, por um lado, apresentar-se pontuais e, por outro, mais recebidas que procuradas pelo projeto.

4. COMUNICAÇÃO 2022 – UMA NOVA ABORDAGEM

Considerando o enquadramento anteriormente apresentado, o processo de capacitação em que participou o Projeto Cuidando, a análise interna e externa levada a cabo pela equipa, suportada por parceiros externos ao projeto, os objetivos estratégicos do ISJD e do próprio projeto, e a análise da identidade visual e comunicação atual do Projeto Cuidando, apresenta-se, de seguida, uma proposta de estruturação da Comunicação do Projeto Cuidando, integrada na sua *Estratégia 2022*.

4.1. Objetivos da comunicação

1. Informar os beneficiários e parceiros sobre o propósito e resultados do projeto;
2. Reforçar o envolvimento da comunidade nas ações promovidas pelo projeto;
3. Reforçar a confiança e credibilidade do projeto junto dos diferentes públicos;
4. Aumentar a visibilidade do projeto através da divulgação dos seus resultados;

4.2. Público-alvo

PÚBLICO PRIMÁRIO	
Parceiros referenciadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitais de referência, designadamente Hospital de Braga ▪ Agrupamento de Centros de Saúde do Cávado III – Barcelos Esposende (ACES), designadamente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de Saúde Familiar (USF) ○ Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) ○ Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) ▪ Centros Comunitários, Sociais e outras respostas da comunidade, designadamente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Projeto Sorrir, Grupo de Ação Social Cristã (GASC) ○ Centro de Recursos para a Inclusão, Associação de Pais e Amigos de Crianças Inadaptadas (APACI)
Parceiros de articulação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Câmaras Municipais de Barcelos e de Esposende ▪ Hospitais de referência, designadamente Hospital de Braga

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centros Comunitários, Sociais e outras respostas da comunidade, designadamente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Projeto Sorrir, Grupo de Ação Social Cristã (GASC) ○ Centro de Recursos para a Inclusão, Associação de Pais e Amigos de Crianças Inadaptadas (APACI) ○ Serviços de Atendimento e Acompanhamento Social (SAAS) do Instituto de Segurança Social (ISS, I.P.) ○ Instituto de Emprego e Formação profissional (IEFP) ○ Centros Qualifica ○ Entidades de formação profissional ○ Entidades empregadoras
Beneficiários	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beneficiários do projeto ▪ Familiares e Cuidadores informais
Investidores Sociais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Câmaras Municipais de Barcelos e de Esposende
PÚBLICO SECUNDÁRIO	
Rede / Base Política	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rede Social de Barcelos e de Esposende <ul style="list-style-type: none"> ○ E respetivos Conselhos Locais de Ação Social (CLAS) ▪ Juntas de Freguesia ▪ Outras respostas da Rede de Cuidados, designadamente integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (RNCCI-SM) ▪ Centros paroquiais e outras respostas complementares
Público interno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaboradores da organização, designadamente médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos superiores de serviço social e outros.
PÚBLICO MARGINAL	
Comunicação Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Órgãos de comunicação social locais e nacionais

4.3. Posicionamento

O Projeto Cuidando, do Instituto São João de Deus, concretiza-se numa unidade móvel de apoio domiciliário integrado em Saúde Mental que tem como principal objetivo contribuir para que as pessoas com doença mental crónica ou demência sejam capazes de viver no seu próprio domicílio, apoiados e integrados do ponto de vista socioprofissional, com o melhor nível de qualidade de vida possível.

Há mais de 10 anos no terreno e baseado numa lógica de Gestão de Caso, de acompanhamento de proximidade e de potenciação dos recursos da comunidade, assume-se como uma resposta integrada e complementar às proporcionadas por outros serviços sociais e da saúde, sendo reconhecida como uma Boa Prática em Saúde Mental e Bem-Estar pela Comissão Europeia.

4.4. Eixos da comunicação

Assumem-se como principais eixos de comunicação, isto é, como mensagens-chave a comunicar aos públicos antes identificados:

- O projeto Cuidando, com 10 anos de experiência, é um projeto robusto e tem um impacto real na vida das pessoas, com resultados verificáveis do ponto de vista individual e socioeconómico;
- É um projeto criado pela Casa de Saúde de S. João de Deus em Barcelos.
- Baseia-se numa metodologia de Gestão de Caso, horizontal, gratuita, segura e confidencial;
- É uma resposta complementar e de especialidade, que não replica serviços, mas antes promove o acesso das pessoas aos recursos existentes e disponíveis, potenciando a sua utilidade e impacto;
- Tem como foco a promoção da qualidade de vida, autonomia e independência das pessoas com doença mental e demência e a sua real integração familiar, comunitária e socioprofissional;
- Atua ao nível da promoção de competência de autogestão do seu processo de saúde-doença, do reforço de redes de apoio informais e da promoção da efetiva utilização dos recursos disponíveis;
- Apresenta-se como uma estratégia comprovada de estabilização clínica das pessoas com doença mental ou demência no seu próprio domicílio e de prevenção de (re)internamentos motivados por situação de descompensação clínica;
- Para além de efetivo, o projeto é mais eficiente que as respostas substitutas existentes atualmente, com menores custos quer para os beneficiários, quer para o prestador ou estado.
- O projeto permite ainda a manutenção da pessoa na sua própria casa, capacitando o cuidador para melhor lidar com a situação, o que se traduz num aumento evidente da qualidade de vida e bem-estar de ambos.

4.5. Plano de ação – Mix de comunicação

Domínio	Ação	Métricas de avaliação
Branding	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar uma identidade visual que represente de forma simples e imediata o projeto, através da conceção gráfica de um logótipo que passe a estar presente em todas as peças de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Execução do novo logótipo e estacionário.
Comunicação online	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar microsite / separador específico do projeto na página do ISJD; ▪ Criar um conjunto de comunicações específicas para a página do <i>Facebook</i> da CSSJD-B, com informação sobre o projeto, as suas atividades, formas de intervenção junto da comunidade, notícias sobre o projeto e da área, etc.; ▪ Newsletter periódica com informação e notícias atualizadas sobre o projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nr. de visualizações e tempo de navegação. ▪ Nr. de visualizações e tempo de navegação; Alcance e interação com as publicações. ▪ Taxas de abertura e taxas de clique.
Relações públicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envio de comunicados para os órgãos de comunicação social; ▪ Desenvolvimento de artigos ou reportagens para meios de comunicação especializados na área da Saúde; ▪ Criação de um BrandBook com a apresentação do projeto e os elementos associados à marca (logótipos, imagens, notícias, etc.) para distribuição junto de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nr. de comunicados em clipping; ▪ Nr. de artigos / reportagens em clipping; ▪ Execução do Brandbook; ▪ Número de contactos e parcerias efetuados;

	<p>investidores, órgãos de comunicação social e outras instituições às quais o projeto possa estar associado (mecenato);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação em eventos associados à Saúde Mental. 	<p>Reconhecimento e visibilidade da marca.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de contactos / participações; Reconhecimento e visibilidade da marca.
<p>Publicidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de um folheto informativo e de um <i>flyer</i> com informação genérica sobre o projeto; ▪ Lançamento de campanha de consciencialização sobre o projeto, integrando uma rubrica na rádio com apresentação dos resultados do projeto - série de conversas em formato <i>podcast</i> em rádio local (um técnico por programa e um programa com um beneficiário); 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Execução do folheto e flyer; Número de folhetos e flyers distribuídos; Reconhecimento e visibilidade da marca. ▪ Nr. de ouvintes / participações; ▪ Nr. partilhas / downloads.

4.6. Quadro-síntese

AÇÕES	OBJETIVOS					PÚBLICO-ALVO							
	O1	O2	O3	O4	O5	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Branding		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Microsite	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Facebook	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Newsletter	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comunicados de imprensa	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Publireportagens	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
BrandBook	X			X	X	X	X	X		X			X
Eventos	X		X	X	X	X	X	X		X	X		X
Folheto	X					X	X	X	X	X	X	X	
Flyer	X					X	X	X	X	X	X	X	
Campanha Publicidade (rádio)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

OBJETIVOS

- O1 – Informar os parceiros e beneficiários sobre o propósito do projeto;
- O2 – Envolver a comunidade nas ações promovidas pelo projeto;
- O3 – Credibilizar o projeto junto dos diferentes públicos;
- O4 – Criar visibilidade através da divulgação dos resultados do projeto;
- O5 – Gerar notoriedade, potenciando o projeto pela sua associação à Instituição São João de Deus.

PÚBLICOS

- P1 – Parceiros de referenciadores
- P2 – Parceiros de articulação
- P3 – Agentes mistos
- P4 – Beneficiários
- P5 – Investidores sociais
- P6 – Rede / base política
- P7 – Público interno
- P8 – Órgãos de comunicação social

4.7. Calendarização das ações 2020/2021

AÇÕES	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO
Branding	■											
Microsite		■										
Facebook		■										
Newsletter			■									
Comunicados de imprensa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Publireportagens	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BrandBook				■								
Eventos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Folheto		■										
Flyer		■										
Campanha Publicidade (rádio)					■	■	■	■	■	■	■	■

APÊNDICE G
DOCUMENTO DE CONSENSO



Estratégia CuiDando 2022

Documento de Consenso

CuiDando, onde estamos e para onde seguimos:
uma perspetiva partilhada



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS
Casa de Saúde S. João de Deus
Barcelos

Nota introdutória

O objetivo do documento que a seguir se apresenta é o de constituir-se como uma síntese de fácil leitura e interpretação das diferentes perspetivas e aspirações dos principais atores-chave da intervenção atual do projeto CuiDando.

Decorreu de um processo colaborativo desenvolvido enquanto atividade do Trabalho de Projeto, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública e Saúde Comunitária, com o objetivo de qualificar o projeto CuiDando, de intervenção comunitária.

Não se procurou, neste momento, uma explicitação exaustiva de nenhum dos elementos a seguir apresentados, ou qualquer outra forma de fundamentação, dado a sua finalidade última ser a de garantir o alinhamento dos diferentes atores sociais do projeto, como ponto de partida para a Co-construção do Plano Estratégico do Projeto CuiDando para o biénio 2020-2022.

O CUIDANDO É	O CUIDANDO NÃO É	O CUIDANDO PODE SER
<p>Uma unidade móvel de apoio domiciliário especializada</p> <p>Uma resposta de proximidade e <i>gestão de caso</i></p> <p>Complementar às existentes na comunidade</p> <p>Uma boa prática em saúde mental reconhecida</p> <p>Uma resposta gratuita, multidimensional e proativa</p> <p>Que perspetiva a estabilização clínica</p> <p>E a utilização dos recursos da comunidade</p> <p>Promove a autonomia e funcionalidade das pessoas com doença mental</p> <p>Reduz os internamentos e os dias de internamento motivados por de descompensação clínica</p> <p>E promove a sua integração social e ocupacional</p> <p>Mais eficaz e eficiente que as <i>respostas substitutas</i></p> <p>Uma resposta descentralizada</p> <p>Com reduzidos custos de estrutura</p> <p>Um projeto com resultados sólidos</p> <p>E um enorme potencial de crescimento</p>	<p>Um Serviço de Apoio no Domicílio</p> <p>Um Fórum Socio-Ocupacional</p> <p>Uma Equipa de Rua no âmbito das dependências</p> <p>Uma resposta a pessoas em situação de sem abrigo</p> <p>Uma duplicação de um serviço já existente</p> <p>Um serviço de atendimento clínico no domicílio</p> <p>Um serviço de psicoterapia e psiquiatria em casa</p> <p>Uma equipa de fiscalização ou controlo</p> <p>Uma resposta paternalista, de cariz assistencialista</p> <p>Uma via verde para consultas de especialidade ou internamento em psiquiatria</p> <p>Uma resposta de <i>"fim de linha"</i></p>	<p>Uma referência a nível nacional na intervenção junto de pessoas com doença mental</p> <p>Uma resposta de promoção da integração socioprofissional e ocupacional das pessoas com doença mental</p> <p>Mais robusto do ponto de vista científico</p> <p>Escalado para outros territórios</p> <p>Cofinanciado ou financiado pelo setor público</p> <p>Um parceiro do SNS</p> <p>Um pivô na rede de parcerias comunitárias no âmbito da saúde mental</p> <p>Mais eficiente nos seus processos internos</p> <p>Otimizado pela comunicação e pode chegar mais cedo à vida das pessoas</p> <p>Um volte-face positivo na intervenção tradicional na doença mental;</p> <p>Um estudo de caso e um piloto de sucesso na promoção da autonomia e funcionalidade de pessoas com doença mental</p>

APÊNDICE H
PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES REFORMULADO

PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES REFORMULADO

Atividade 1		Onde estamos e para onde seguimos, uma perspetiva partilhada – Elaboração participada de um Documento de Consenso		
Ação	Objetivos	Estratégias e Instrumentos	Duração	
1.1	<p>Compreendendo a perspetiva técnica e operacional - Realização de 2 sessões de trabalho com a equipa do projeto para compreensão da dimensão operacional da intervenção e conhecimento da perspetiva da equipa sobre o projeto, seus potenciais de melhoria e de inovação.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreender as perspetivas da equipa sobre o projeto CuiDando, suas atribuições, processos e resultados; 2. Conhecer a perspetiva da equipa quanto ao potencial de melhoria, evolução e crescimento do projeto CuiDando; 3. Colocar em diálogo diferentes perspetivas e visões sobre o projeto CuiDando, suas atribuições, processos e resultados, atuais e futuros; 4. Identificar atividades-chave, processos e procedimentos-base da intervenção; 5. Identificar potenciais de melhoria do projeto com base na perspetiva da equipa. 	<p>Os diferentes elementos da equipa são convidados a elencar as atividades-chave da sua intervenção, identificando as atividades centrais de cada processo e o seu papel em cada uma delas, escritas no quadro branco pelo facilitador. Depois, as diferentes perspetivas são comparadas, analisadas e discutidas em conjunto, formando blocos centrais de negociação e oportunidades de consenso.</p> <p>Depois de consensualizada esta dimensão operacional do projeto, com recurso ao <i>brainstorming</i>, os participantes são desafiados a formular uma proposta de valor para o projeto, identificando os principais resultados alcançados pelo projeto, os principais desafios atuais e, atendendo ao seu percurso, o seu potencial de melhoria e de crescimento. Uma vez mais, o objetivo da estratégia, mais que chegar a um consenso sobre a proposta de valor e objetivos do projeto, será o de colocar em diálogo as diferentes perspetivas dos elementos da equipa, com foco no conhecimento exploratório profundo das diferentes visões do que é e pode ser o projeto CuiDando.</p> <p>Será por fim feita, pelo facilitar das sessões de trabalho, uma síntese dos principais aspetos que emergiram das discussões e atividades das sessões, e recordada a equipa de que eles serão a base da elaboração do Diagnóstico de Situação do projeto CuiDando nos domínios de impacto e estratégia, bem como do Plano de Ação a propor numa ação futura.</p>	6 h 00
1.2	<p>Compreendendo a perspetiva interna, na primeira pessoa – Realização de 10 visitas a beneficiários do projeto para compreensão da sua perspetiva da intervenção do projeto, identificação conjunta dos seus aspetos mais relevantes e de potencialidades de otimização dos processos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreender a perspetiva dos beneficiários, pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares, sobre o projeto CuiDando; 2. Identificar, na primeira pessoa, os principais pontos fortes do projeto, as características da intervenção mais valorizadas pelas pessoas com doença mental, e os seus principais impactos nas vidas dos beneficiários; 3. Identificar, através da observação participada, potencialidades de otimização de processos e procedimentos e necessidades de capacitação da equipa nos domínios da avaliação de impacto e estratégia. 	<p>Para a compreensão da perspetiva dos beneficiários do projeto - pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares - e uma melhor compreensão dos processos e procedimentos da equipa, serão realizadas sessões de acompanhamento da equipa no terreno, garantindo o acompanhamento de todos os elementos da equipa.</p> <p>Será utilizada uma metodologia mista de recolha de informação: por um lado, através da observação participada, poder-se-á compreender, melhor e na prática, os processos e os procedimentos e as diferentes perspetivas sobre as atividades-chave do projeto. Paralelamente, esta estratégia permitirá uma observação externa da intervenção do projeto, permitindo o reconhecimento de outros potenciais fatores de sucesso e melhoria da intervenção. Por outro lado, em casa visita domiciliária será criado um momento não formal de entrevista não estruturada com as pessoas com doença mental, pedindo-lhes que partilhem um pouco a sua história e a influência do projeto na sua vida, identificando, na sua perspetiva, quais os aspetos centrais da intervenção, as características que mais valorizam e os impactos e resultados que reconhecem nesta metodologia e intervenção em comparação com outras que tenham experimentado.</p>	18 h 00

1.3	<p>Compreendendo a perspetiva estratégica e de integração – Realização de 1 sessão de trabalho com a Direção da CSSJD-B para compreensão do percurso e processos anteriores e conhecimento da perspetiva da gestão de topo sobre a integração do Projeto CuiDando na estratégia e política institucionais.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreender as perspetivas da Direção da CSSJD-B sobre o projeto CuiDando, suas atribuições, processos e resultados e integração estratégica na organização; 2. Conhecer, com base no percurso e processos anteriores, a perspetiva da Direção da CSSJD-B quanto ao potencial de melhoria, evolução e crescimento do projeto CuiDando; 3. Identificar atividades-chave, processos e procedimentos-base da intervenção; 4. Identificar potenciais de melhoria e crescimento do projeto com base na perspetiva da Direção da CSSJD-B. 	<p>Será inicialmente pedido à Direção da CSSJD-B que partilhe, com base no percurso e processos passados do Projeto CuiDando, a sua visão de futuro para o projeto, de crescimento e escalabilidade, identificando os aspetos de reforço e melhoria que consideram fundamentais e prioritários.</p> <p>Depois, serão apresentados os resultados das ações anteriores, analisando as mesmas questões à luz da perspetiva da equipa operacional do projeto e da dos seus beneficiários principais – pessoas com doença mental, seus cuidadores e familiares –, sendo solicitado à Direção o exercício de as enquadrar na sua estratégia e política institucionais.</p> <p>Será por fim feita, pelo facilitar da sessão de trabalho, uma síntese dos principais aspetos que emergiram das diferentes ações desenvolvidas até ao momento, e recordada a Direção da CSSJD-B que eles serão a base da elaboração do Diagnóstico de Situação do projeto CuiDando nos domínios de impacto e estratégia, bem como do Plano de Ação a propor na ação seguinte.</p>	3 h 00
1.4	<p>Triangulando perspetivas – Realização de 1 sessão de discussão alargada, com elementos da equipa e da Direção, para apresentação, validação e negociação do Plano de Ação.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentar, com base nas ações anteriores, uma proposta de Plano de Ação à equipa e Direção da CSSJD-B; 2. Colocar em diálogo, com base nos resultados das ações anteriores, as diferentes perspetivas e visões sobre o projeto CuiDando, suas atribuições, processos e resultados, atuais e futuros; 3. Negociar o Plano de Ação apresentado com os diferentes participantes e validar; consensualizar e envolver toda a equipa na estratégia de intervenção. 	<p>Com recurso a uma apresentação multimédia serão apresentados à equipa o Diagnóstico de Situação do projeto nos domínios de impacto e estratégia e o Plano de Ação proposto, elaborados de forma participada e com base nos resultados das três ações anteriores.</p> <p>Partindo dos diferentes aspetos identificados no Diagnóstico de Situação, será promovido pelo facilitador uma discussão alargada sobre as diferentes perspetivas e posicionamentos face ao projeto CuiDando, sua situação atual e potencial de evolução, com vista à formulação de um consenso sobre o potencial de melhoria e crescimento do projeto.</p> <p>Uma vez atingido esse ponto comum, será apresentada e discutida com maior detalhe a proposta de Plano de Ação e negociadas as ações, objetivos e estratégias planeadas.</p>	3 h 00

PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES REFORMULADO

Atividade 2		Da transformação que queremos, ao impacto que alcançamos – Co-construção do Plano Estratégico do Projeto CuiDando		
Ação	Objetivos	Estratégias e Instrumentos	Duração	
2.1	<p>O quê, do problema à solução – Realização da 1ª sessão de trabalho conjunto com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando e parceiros comunitários para a co-construção do Plano Estratégico “CuiDando 2022”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concretizar, de forma participada e colaborativa, o problema a que o CuiDando pretende responder, suas causas e consequências; 2. Identificar, de forma participada e colaborativa, as atividades-chave do projeto CuiDando; 3. Contribuir para a elaboração da Proposta de Valor do Projeto CuiDando; 4. Contribuir para a definição dos Objetivos Estratégicos e Operacionais do projeto CuiDando para o triénio 2020-2022. 	<p>Árvore de Problemas: Depois da apresentação a todos os participantes da sessão do percurso e enquadramento histórico e institucional do projeto CuiDando, bem como do atual processo de qualificação que atravessa, os participantes são convidados construir a Árvore de Problemas a que o Projeto CuiDando responde. Para isso, são divididos em dois grupos e cada grupo deve discutir e elencar, em cartões de cores diferentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> (a) o principal problema a que, na sua ótica, o projeto CuiDando deve dirigir a sua intervenção; (b) as diferentes consequências da ausência de resposta a esse problema nos mais variados níveis (sociais, da saúde e qualidade de vida, de empregabilidade, integração e inclusão social); (c) as principais causas que identificam para esses problemas. <p>Depois de identificadas, é pedido a cada grupo que tente procurar as relações causais e de dependência entre cada uma das causas e consequências identificadas e que as estruturam numa árvore. De seguida, cada grupo apresenta os seus contributos e com a ajuda do facilitador eles são agrupados em <i>clusters</i> de intervenção, criando, simultaneamente, um consenso quanto ao problema a que o projeto CuiDando pretende responder e a necessidade da sua intervenção, e um consenso quanto às principais causas e consequências do problema. É explicado ao grupo de participantes que a Árvore de Problemas pode agora ser transformada na Árvore de Objetivos do projeto, convertendo o Problema principal identificado no seu Objetivo Específico, as Causas desse problema nas Atividades/Objetivos Operacionais e as Consequências identificadas nos resultados e finalidades do projeto.</p> <p>Teoria da Mudança: Depois de identificado o problema, suas principais causas e consequências, é pedido aos mesmos grupos que, com base neste consenso, construam a Teoria da Mudança que no seu entendimento melhor lhes responderá. Assim, devem discutir em grupo e identificar de forma sucinta em cartões coloridos:</p> <ol style="list-style-type: none"> (a) as principais atividades a desenvolver pelo projeto; (b) os principais resultados imediatos dessas atividades para os beneficiários do projeto; (c) o impacto que esses resultados podem ter a médio e longo prazo na vida das pessoas; (d) a transformação, a nível macro, que acontece na sociedade, fruto desses impactos positivos. <p>Uma vez mais, cada grupo apresenta em plenário os resultados da sua discussão e, com o contributo do facilitador, é criada a Teoria da Mudança colaborativa subjacente ao projeto CuiDando, pela articulação e harmonização dos contributos dos diferentes elementos presentes na sessão (representantes da equipa operacional do projeto e da Direção da CSSJD-B, mas também do corpo clínico da instituição e</p>	4 h 00

		dos principais parceiros comunitários, como do ACES e dos Gabinetes de Coesão Social dos Municípios de atuação do projeto e do CEISUC, responsável pela Avaliação de Impacto do Projeto).	
O quê, do problema à solução – Realização da 1ª sessão de mentoria com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando para a co-construção do Plano Estratégico “CuiDando 2022”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contribuir para a melhor compreensão dos resultados e conclusões da sessão anterior; 2. Contribuir para a capacitação da equipa técnica no domínio de ferramentas de projeto e planeamento estratégico. 	<p>Sessão de mentoria com os profissionais da equipa técnica do projeto CuiDando, com vista a melhor enquadrar, explicar e suportar a compreensão dos resultados e conclusões da atividade anterior, depois de consolidados pelo facilitador.</p> <p>Primeiro, o facilitador apresenta os resultados consolidados da sessão anterior, garantindo espaço para questões ou sugestões de melhoria, discussão e debate dos resultados. Utilizando as questões colocadas pelos participantes como ponto de partida, o facilitador explora com maior detalhe os diferentes instrumentos de projeto utilizados, enquadrando as suas potencialidades e limitações.</p>	2 h 00
Como, da solução à proposta de valor – Realização da 2ª sessão de trabalho conjunto com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando e parceiros comunitários para a co-construção do Plano Estratégico “CuiDando 2022”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validar a Proposta de Valor do projeto CuiDando co-construída na sessão anterior; 2. Analisar, de forma colaborativa, o ambiente interno e externo do projeto CuiDando; 3. Identificar, de forma colaborativa, os recursos estratégicos do projeto CuiDando e os seus fatores críticos de sucesso; 	<p>Em articulação com a sessão anterior, é apresentada para discussão e validação pelo facilitador a Árvore de Problemas consolidada, com base nos resultados da sessão, e a Proposta de Valor do projeto Cuidando, com base na Teoria da Mudança previamente co-construída pela equipa e parceiros.</p> <p>Análise SWOT: de seguida, os participantes serão divididos em quatro grupos. A cada grupo é pedido que reflita sobre um diferente quadrante de uma tradicional Análise SWOT referindo-se ao programa apresentado – forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. É dado a cada grupo 15 min para discutirem entre si e concretizarem as suas reflexões numa folha de <i>flichart</i> da forma que entenderem como mais adequada. Findo esse período, os facilitadores mudam o <i>flipchart</i> de cada grupo, pedindo-lhes que continuem a tarefa a partir do ponto em que foi deixada pelo grupo anterior. Após duas rondas, os <i>flipcharts</i> regressam ao seu grupo inicial e é pedido a cada grupo que apresente o resultado colaborativo final. Depois da apresentação do produto de cada grupo é fomentada a discussão por parte de todos dos diferentes conteúdos e feita, por parte do facilitador, a consolidação dos contributos, vertidos, posteriormente, na Análise SWOT do projeto CuiDando a incluir no seu Plano Estratégico.</p> <p>Recursos estratégicos e Fatores Críticos de Sucesso: em plenário, é pedido aos participantes que em debate aberto se vão posicionando quanto ao valor e importância que atribuem a cada um dos recursos do projeto CuiDando (Físicos/Materiais, Reputacionais, Organizacionais, Financeiros, Humanos/Intelectuais e Tecnológicos) quanto a quatro dimensões:</p> <ol style="list-style-type: none"> (a) valiosos, porque permitem explorar oportunidades ambientais e criar valor para os beneficiários; (b) raros, na medida em que não são suficientes para todos os serviços alternativos, mas também não são exclusivos do projeto; (c) difíceis de imitar, na medida em que serviços alternativos não os conseguem duplicar facilmente; (d) não substituíveis, porque a sua função e valor não podem ser substituídos por recursos semelhantes. <p>Permitirá esta estratégia identificar os recursos estratégicos do projeto e abrir portas à discussão seguinte, em que é solicitado a cada participante que categorize, dos diferentes aspetos-chave da intervenção do CuiDando previamente elaborada os fatores críticos do sucesso da sua intervenção, que os distinguem de outros serviços com o mesmo propósito e sem os quais os resultados alcançados seriam colocados em causa.</p>	8 h 00

<p>Com quem, CuiDando - uma base de parcerias – Realização da 3ª sessão de trabalho conjunto com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando e parceiros comunitários para a co-construção do Plano Estratégico “CuiDando 2022”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar uma análise participada e colaborativa das principais partes interessadas do projeto CuiDando; 2. Contribuir para a definição de uma proposta de valor para as partes interessadas do projeto CuiDando; 3. Contribuir para a definição de estratégias de aproximação e envolvimento de partes interessadas no projeto. 	<p>Matriz e Mapa de Partes Interessadas: depois, com recurso ao um <i>brainstorming</i> em planetário, é pedido aos participantes que identifiquem as principais partes interessadas do projeto CuiDando, categorizando-os, com o suporte do facilitador quanto ao seu nível de interesse e influência no projeto. À medida que os vai registando no quadro branco, no respetivo quadrante (alto interesse/alta influência; alto interesse/baixa influência, baixo interesse/alta influência, baixo interesse/baixa influência) o facilitador vai estimulando e direcionando o grupo para a identificação de mais partes interessadas para além dos óbvios agentes de articulação direta habituais.</p> <p>Uma vez identificados todos os <i>stakeholders</i> reconhecidos pelos participantes, os participantes são divididos em dois grupos e a cada grupo é atribuído um conjunto de partes interessadas com vista à elaboração do seu diagnóstico de valor/potencial de parceira e estratégias de envolvimento de <i>stakeholders</i>. Para cada parte interessada, deve o grupo responder, para isso, a quatro questões, com respeito ao âmbito de intervenção do projeto CuiDando, depois apresentadas para reflexão e consenso em plenário:</p> <ol style="list-style-type: none"> (a) O que é importante para este <i>stakeholder</i>; (b) Como pode este <i>stakeholder</i> contribuir para o sucesso da intervenção; (c) Como pode este <i>stakeholder</i> bloquear a atividade do projeto; (d) Como pode o projeto, então, envolver mais o <i>stakeholder</i> no desenvolvimento das atividades. <p>Depois de respondidas estas questões para todas as partes interessadas, cada grupo partilha com o restante grupo os resultados do seu trabalho, que são discutidos em plenário e os produtos finais (a resposta final para cada parte interessada) são registados pelo facilitador no quadro branco que se vai transformando num Mapa de Partes Interessadas colaborativo e consensual a todos os participantes.</p>	<p>4 h 00</p>
<p>Como e com quem, da solução à proposta de valor – Realização da 2ª sessão de mentoria com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando para a co-construção do Plano Estratégico “CuiDando 2022”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contribuir para a melhor compreensão dos resultados e conclusões da sessão anterior; 2. Contribuir para a capacitação da equipa técnica no domínio de ferramentas de projeto e planeamento estratégico. 	<p>Sessão de mentoria com os profissionais da equipa técnica do projeto CuiDando, com vista a melhor enquadrar, explicar e suportar a compreensão dos resultados e conclusões da atividade anterior, depois de consolidados pelo facilitador.</p> <p>Primeiro, o facilitador apresenta os resultados consolidados da sessão anterior, garantindo espaço para questões ou sugestões de melhoria, discussão e debate dos resultados. Utilizando as questões colocadas pelos participantes como ponto de partida, o facilitador explora com maior detalhe os diferentes instrumentos de projeto utilizados, enquadrando as suas potencialidades e limitações.</p>	<p>2 h 00</p>
<p>2.2 Harmonizando intenções, negociando o futuro – Realização de 2 reuniões de consenso, com elementos da equipa, da Direção e parceiros comunitários, para apresentação, validação e negociação do Plano Estratégico “CuiDando 2022”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentar e validar o Plano Estratégico “CuiDando 2022”; 2. Negociar a sua integração na estratégia e política institucionais. 	<p>Reunião de consenso em dois momentos para validação dos resultados e assegurar o alinhamento dos principais intervenientes do projeto na estratégia proposta para 2022. Realizar-se-á, primeiro, de forma presencial, com a equipa do projeto e a Direção da CSSJD-B, e depois, por via telemática, com parceiros comunitários. As duas terão o mesmo formato e alinhamento: o facilitador inicia pela apresentação fundamentada do Plano Estratégico concebido com base nas sessões anteriores, existindo depois lugar a um debate livre, orientado pelo facilitador, sobre os seus diferentes aspetos.</p>	<p>3 h 00</p>

PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES REFORMULADO

Atividade 3		Um contributo para a sustentabilidade – Contributo para a elaboração de uma candidatura ao Programa Parcerias para o Impacto / Portugal Inovação Social – POISE 2020		
Ação	Objetivos	Estratégias e Instrumentos	Duração	
3.1	<p>CuiDando, aos olhos dos outros – Realização de uma sessão de trabalho conjunto com os profissionais da equipa do Projeto CuiDando para resposta a necessidades decorrentes da candidatura submetida ao Programa Parcerias para o Impacto / Portugal Inovação Social – POISE 2020</p>	<p>1. Concretizar a informação sobre o Projeto CuiDando de acordo com os campos solicitados no formulário de candidatura do Programa Parcerias para o Impacto / Portugal Inovação Social – POISE 2020.</p> <p>2. Responder ao Pedido de Esclarecimentos Adicionais do Programa Parcerias para o Impacto / Portugal Inovação Social – POISE 2020 no âmbito da candidatura submetida ao instrumento.</p>	<p>Realização de uma sessão de trabalho conjunto com a equipa operacional do projeto CuiDando, com vista à discussão e concretização da informação mais relevante do Projeto CuiDando, no âmbito da candidatura formalizada ao Programa Parcerias para o Impacto, do Portugal Inovação Social, com vista à sua melhoria e à resposta ao Pedido de Esclarecimentos Adicionais solicitado pela Entidade de Missão Portugal Inovação Social (EMPIS).</p> <p>Depois da análise conjunta do Plano de Desenvolvimento submetido ao programa, recorrer-se-á à construção colaborativa de uma Nuvem de Ideias sobre os diferentes campos do formulário em questão:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Problema, solução e impacto social b) Objetivos e atividades c) Sustentabilidade e cidadania <p>Depois de todos terem a oportunidade de expressar todas as suas perspetivas sobre os diferentes aspetos, elas serão sistematizadas e identificados aspetos prioritários e de maior consenso, a refletir no documento final e aspetos menos consensuais e a discutir com maior profundidade. Uma vez feita esta divisão, cada participante é convidado a posicionar-se quanto aos aspetos que não tenham reunido consenso de toda a equipa, enquadrando e justificando a sua posição. Caberá ao facilitador encontrar pontes entre as diferentes visões e propor uma construção colaborativa e consensual.</p> <p>Com base no resultado das atividades anteriores, serão discutidos os indicadores, metas e fontes de verificação propostas em candidatura, com vista a dar resposta ao Pedido de Esclarecimentos.</p> <p>A informação discutida e trabalhada será sistematizada pelo facilitador para posterior elaboração do documento de resposta.</p>	4 h 00

APÊNDICE I
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO REFORMULADO

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO REFORMULADO

ATIVIDADE		2019			2020		
		10	11	12	1	2	3
Elaboração do Projeto de intervenção e Planeamento das Atividades							
1	<i>Onde estamos e para onde seguimos, uma perspetiva partilhada</i> - Elaboração participada de um Documento de Consenso						
	1.1 <i>Compreendendo a perspetiva técnica e operacional</i>						
	1.2 <i>Compreendendo a perspetiva interna, na primeira pessoa</i>						
	1.3 <i>Compreendendo a perspetiva estratégica e de integração</i>						
	1.4 <i>Triangulando perspetivas</i>						
2	<i>Da transformação que queremos, ao impacto que alcançamos</i> – Co-construção do Plano Estratégico do Projeto CuiDando						
	<i>O quê - do problema à solução</i>						
	<i>O quê - do problema à solução - mentoria</i>						
	2.1 <i>Como - da solução à proposta de valor</i>						
	<i>Com quem - CuiDando, uma base de parcerias</i>						
	<i>Como e com quem – da solução à proposta de valor - mentoria</i>						
	2.2 <i>Harmonizando intenções, negociando o futuro</i>						
3	<i>Um contributo para a sustentabilidade</i> – Contributo para a elaboração de uma candidatura ao Portugal Inovação Social						
Avaliação das atividades desenvolvidas							
Elaboração do Relatório de Atividades							

APÊNDICE J
CONTRIBUTOS PARA A SUSTENTABILIDADE



Estratégia CuiDando 2022

Um contributo para a sustentabilidade

Contributos para a elaboração de uma candidatura ao
Programa Parcerias para o Impacto / Portugal Inovação
Social – POISE 2020

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA.....	3
PROBLEMA, SOLUÇÃO E IMPACTO SOCIAL	4
1. Qual o Problema Social?	5
2. A quem se destina a iniciativa?	5
3. Qual a gravidade do Problema Social?	6
4. Qual a Solução proposta para o Problema Social?	6
5. Quais os aspetos inovadores da Solução proposta?	9
6. Por que a Solução proposta é mais eficaz e mais eficiente?	10
7. Quais os resultados já alcançados com a implementação desta Solução em outros contextos?	11
8. Qual o Impacto Social esperado?	12
9. Qual o Indicador e respetiva Meta propostas?	12
OBJETIVOS, ATIVIDADES E ORÇAMENTO	13
10. Qual o Objetivo da iniciativa?	14
11. Quais as Atividades a realizar?	14
12. Orçamento.....	15
SUSTENTABILIDADE E CIDADANIA.....	16
13. Como terão continuidade as atividades da iniciativa após a conclusão deste projeto?	17
14. Como se prolongarão os impactos sociais positivos gerados após a sua conclusão?	17
ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS.....	19
15. Justificação da meta proposta	20
16. Documentação financeira.....	21
17. Instrumento de aferição do indicador proposto	22
18. Fonte de evidência prevista para a verificação da meta proposta.....	25

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento deriva de um processo de trabalho conjunto com a equipa operacional do projeto CuiDando, com vista à discussão e melhoria do Plano de Desenvolvimento do Projeto CuiDando, doravante designado por IIES (Iniciativa de Inovação e Empreendedorismo Social), base de uma candidatura formalizada ao Programa Parcerias para o Impacto, do Portugal Inovação Social.

Esta candidatura alinha-se com o Trabalho de Projeto em desenvolvimento, por concorrer diretamente para a sustentabilidade do Projeto CuiDando e encontra-se, neste momento, em fase de apreciação e prestação de esclarecimentos adicionais.

O Plano de Desenvolvimento da IIES (PD) é um documento que apresenta a estratégia de desenvolvimento de uma Iniciativa de Inovação e Empreendedorismo Social. Este PD é a peça central da candidatura ao Programa de Parcerias para o Impacto e está organizado em cinco secções:

- A – Problema, Solução e Impacto Social
- B – Objetivos, Atividades e Orçamento
- C – Equipa, Entidade Implementadora e Investidores Sociais
- D – Sustentabilidade e Cidadania
- E – Breve Resumo do Projeto

Neste documento, serão reforçados os conteúdos das secções A, B e D, diretamente relacionados com o Trabalho de Projeto em desenvolvimento, e prestados esclarecimentos adicionais solicitados pela entidade avaliadora.



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS
Casa de Saúde S. João de Deus
Barcelos

PROBLEMA, SOLUÇÃO E IMPACTO SOCIAL

1. Qual o Problema Social?

O problema social ao qual a IIES responde é a dificuldade de reintegração socioprofissional das pessoas com doença mental.

As principais causas deste problema social são:

- Falta de apoio especializado e estruturado por parte da rede social em estratégias que contribuam para a diminuição dos reinternamentos sucessivos das pessoas com doença mental;
- Falta de financiamento e baixa prioridade política que permita a transição dos cuidados psiquiátricos hospitalares para os cuidados na comunidade;
- Dificuldade no acesso, pelas pessoas com doença mental, aos recursos da comunidade (sociais e de saúde);
- Dificuldade de manutenção da estabilização clínica no domicílio.

As consequências da não resolução deste problema social passam:

- Aumento do número de reinternamento de pessoas com doença mental de evolução prolongada, relacionados com a inexistência de um apoio integrado que assegure o seu acompanhamento no domicílio e a sua verdadeira integração familiar, social e laboral;
- Diminuição da autoestima, autoconceito e qualidade de vida das pessoas com doença mental e dos seus cuidadores e aumento da sobrecarga associada aos cuidados;
- Descompensação clínica/sintomática das pessoas com doença mental, o que contribui para o aumento da taxa de reinternamentos.

2. A quem se destina a iniciativa?

Este é um problema social com abrangência nacional e em crescimento. No âmbito da presente candidatura pretendemos resolvê-lo no distrito de Braga, nomeadamente nos concelhos de Barcelos e Esposende.

Constitui-se público-alvo da IIES pessoas diagnosticadas com doença mental de evolução prolongada ou demência e elevado grau de dependência e/ou supervisão e/ou incapacidade psicossocial.

O público-alvo chega-nos através de encaminhamento/referenciação por parte de instituições sociais que atuam nas mais diversas vertentes da economia social e de organismos públicos (hospitais, centros de saúde e respostas da segurança social) ou pela procura das pessoas com doença mental e seus familiares cujo acesso a esta resposta pode ser feita via on-line com o preenchimento da ficha de referenciação, ou presencialmente na instituição.

O perfil dos beneficiários que integram o projeto reflete diagnósticos de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica, perturbação de humor ou demência entre outros diagnósticos.

3. Qual a gravidade do Problema Social?

O público-alvo da nossa IIES é constituído por pessoas com doença mental nomeadamente com diagnósticos de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica, perturbação de humor, demência entre outros diagnósticos.

As pessoas com doença mental contribuem para 23,3% da população em situação de pobreza exclusão social em Portugal (INE, 2017) ou estão em risco de reprodução deste indicador, na medida em que acumulam uma série de fatores de risco ao estarem estruturalmente condicionados pelo historial de saúde, e consequente estigma social, situação de desemprego, isolamento, desmotivação e falta de auto estima, fracos laços sociais e disfunção familiar.

Altamente prevalentes no mundo, as doenças mentais assumem-se hoje como um importante problema de saúde pública, estando associadas tanto à incapacidade quanto à mortalidade prematura, vivendo as pessoas com doença mental grave, em média, 20 anos a menos que a população em geral (Primavera, 2019). Estas perturbações têm efetivamente um significativo impacto na vida das pessoas, na sociedade e na economia, representando 23,8% dos anos vividos com incapacidade em Portugal (Caldas de Almeida, 2013) e os seus custos financeiros globais (diretos e indiretos, através de cuidados e perda de produtividade) chegam a mais de 450 mil milhões de euros por ano na UE (OMS, 2016).

O último relatório “Saúde Mental em Números” (DGS, 2015) relaciona o total de anos de vida saudável perdidos pelos portugueses com doença mental, com uma taxa de 11,75% contra 13,74% das doenças cerebrovasculares e 10,38% das doenças oncológicas.

No caso dos trabalhadores que têm uma doença mental considerada grave, a taxa de desemprego pode chegar a ser quatro ou cinco vezes superior à de trabalhadores saudáveis (OCDE, 2015). A falta de uma resposta alternativa às tradicionais, muito focadas apenas na estabilização sintomática em contexto hospitalar ou em respostas paternalistas e criadoras de dependência, coloca sérios desafios à inclusão social e reinserção profissional destas pessoas, atuando, porventura, num sentido contrário ao pretendido e externo à comunidade. Importa ainda referir que se considerarmos os últimos dados nacionais sobre prevalência (Caldas de Almeida, 2013), que apontam para 22,9% da população total, podemos estimar que vivam em Barcelos cerca de 26 800 pessoas e em Esposende cerca de 7 800, com pelo menos um critério de diagnóstico doença mental, particularmente relacionados com ansiedade, depressão, impulsividade ou alcoolismo, dado serem os fenómenos com maior expressão.

4. Qual a Solução proposta para o Problema Social?

Dada a insuficiência de respostas para resolver eficazmente o problema social – dificuldade de reintegração socioprofissional das pessoas com doença mental –, a IIES está a desenvolver um **plano de integração profissional das pessoas com doença mental** como passo seguinte à alta – esta é uma abordagem inovadora à temática da exclusão social e do mercado de trabalho para as pessoas com doença mental.

Para o efeito trabalhamos os beneficiários enquanto ainda estão em fase de tratamento, potenciando o sucesso do mesmo.

A solução desenvolve-se então nos seguintes passos:

1) Estabilização clínica no domicílio através de uma unidade móvel e acompanhamento de um gestor de caso

como primeiro passo para a integração comunitária, laboral e social. A estabilização clínica no domicílio combina a identificação das reais necessidades do beneficiário e família, e estabelecimento da relação de confiança necessária ao trabalho de proximidade com o acompanhamento do processo terapêutico de tratamento do beneficiário. Esse acompanhamento garante que os beneficiários frequentam sem falhas as consultas de vigilância, que tomam de forma correta e regular a medicação. Os utentes são visitados numa base quinzenal, mas com flexibilidade para visitas mais frequentes, se e quando necessário, e contam com acesso telefónico permanente ao seu gestor de caso, com quem são estabelecidas ações-chave para a sua reintegração social e laboral, como:

- A Execução e análise do Plano Individual de Intervenção (PII);
- Aumento das competências do utente para lidar com a sua perturbação mental;
- Avaliação da necessidade da frequência de atividades ocupacionais estruturadas, informação acerca das existentes, acompanhamento, monitorização da integração;
- Promoção do recurso aos Cuidados de Saúde Primários, avaliando último contacto com a consulta de especialidade (psiquiatria), acompanhamento à consulta, e monitorização da frequência das consultas;
- Acompanhamento telefónico permanente;
- Avaliação da satisfação dos *stakeholders* face aos serviços prestados com vista ao envolvimento efetivo dos mesmos no processo;
- Avaliação e monitorização da sobrecarga do cuidador informal;
- Promoção da participação e envolvimento de todos os colaboradores e partes interessadas nas dinâmicas institucionais e da unidade, facilitando o levantamento de necessidades e melhoria contínua.

2) Implementação de estratégias orientadas para a empregabilidade, de manutenção da sua condição e culminar do processo de reintegração comunitária. Realiza-se uma análise curricular e das competências de cada um dos beneficiários (pessoas com doença mental), percebendo quais são os pontos fortes, pontos fracos, principais aptidões, áreas profissionais de interesse, expectativas de funções a desempenhar. Esta análise é sempre acompanhada pelo Gestor de Caso da pessoa com doença mental em articulação com as respostas e recursos da comunidade. Nesta fase procura-se perceber que tipo de trabalho a pessoa com doença mental tem capacidade e motivação para desempenhar.

3) Paralelamente são analisadas as necessidades de cada uma das empresas parceiras (para implementar a solução, a IIES prevê a criação de uma sólida rede de parcerias com as empresas do distrito de Braga e entidades

sociais locais e de inserção profissional – nomeadamente empresas dos setores têxtil e de artesanato e olaria muito presentes na região do Barcelos e distrito de Braga) aferindo qual o perfil pretendido para cada função.

4) É realizado um match entre as competências das pessoas com doença mental e as necessidades de recursos humanos das entidades empregadoras. Apenas com esta análise bilateral é possível gerar impacto social positivo. Cada pessoa com doença mental tem as suas especificidades e, por exemplo, alguns destes beneficiários podem necessitar ou ser capazes de realizar apenas trabalhos em regime de part-time ou com horários flexíveis, que lhes permitam a manutenção da sua estabilidade clínica e é importante que se encontre a empresa parceira que se adapte a esta necessidade.

5) É realizada a integração profissional dos beneficiários nas entidades empregadoras. A equipa desenvolve ao longo de todo o processo um contacto de proximidade com estas entidades, preparando o terreno para o sucesso desta integração.

6) A equipa da IIES continua a realizar um acompanhamento permanente dos beneficiários depois da sua integração profissional, mediando a relação beneficiário/entidade empregadora, incorporando todos os ajustes necessários que garantem o sucesso deste processo. Este acompanhamento é uma autêntica mais valia da nossa intervenção, permitindo-nos maximizar os interesses de todos os envolvidos.

A IIES assume um papel fundamental de sinalização e encaminhamento de casos para os quais a comunidade não esteja a ser capaz de uma resposta efetiva e desenvolver simultaneamente um trabalho articulado com as instituições sociais locais na promoção de alternativas reais de integração laboral ou ocupacional na comunidade, sendo este um aspeto fundamental na prevenção de descompensação clínica e nova necessidade de internamento, que acarretará custos tangíveis diretos para o estado e custos intangíveis significativos para a pessoa.

No que diz respeito à metodologia de acompanhamento da IIES, a equipa recorre à figura do gestor de caso, que através da relação terapêutica e de proximidade, percebe as reais necessidades, negocia objetivos terapêuticos com vista à estabilização clínica e reforço dos laços familiares e de suporte e operacionaliza a utilização dos recursos comunitários.

A solução trabalha no momento, também, na melhoria da comunicação dos resultados, assim como numa estratégia abrangente de captação de parceiros que aproxime a IIES de investidores sociais, tendo como linha no horizonte, a contratualização da resposta pelo SNS e a sua conseqüente disseminação.

Mesmo depois de a pessoa poder estar integrada numa experiência laboral, antes da alta do projeto, beneficiará das visitas domiciliárias da equipa, enquanto mediadora dos novos fatores de stress encontrados e no desenvolvimento de novas estratégias de coping.

Para a implementação deste projeto, contamos com os recursos humanos e disponibilização de salas da entidade implementadora, e através das parcerias que temos nomeadamente com a Câmara Municipal de Esposende e a Câmara Municipal de Barcelos.

5. Quais os aspetos inovadores da Solução proposta?

O projeto CuiDando não encontra correspondência direta no território e na sua área de intervenção. O que o distingue, ainda assim, das respostas substitutas é:

- **A figura de Gestor de Caso:** não se sobrepondo ou substituindo nenhum serviço social (SAD/FSO) ou da saúde (Hospital/USF/UCC/ECCI/RNCC), uma intervenção com base numa Gestão de Caso assegura a estabilização clínica no domicílio e o efetivo acesso aos recursos da comunidade, potenciando-os, contribuindo para uma rede de suporte de proximidade efetiva e segura.
- **A lógica da intervenção:** ao contrário das respostas substitutas que existem, o CuiDando foca-se na estabilização clínica, no restabelecimento de redes de segurança de proximidade e na promoção da integração comunitária, com vista à prevenção de episódios de descompensação clínica e de necessidade de reinternamento. As respostas tradicionais focam-se na compensação clínica em regime hospitalar, que prepare as pessoas para alta, sem ter em conta a sua manutenção ao longo do tempo no domicílio.
- **O setting de intervenção:** o contexto de internamento hospitalar é forçosamente um contexto pouco flexível, pouco individualizado e conotado (pela própria história passada dos beneficiários do projeto) como restritivo e coercivo, associado frequentemente a memórias de pouca estabilidade, confiança ou segurança e a emoções negativas por parte das pessoas com experiência de doença mental. Por outro lado, o seu domicílio é tradicionalmente associado a sentimentos de segurança, proteção e conforto familiar e individual. Assume-se este como um aspeto fundamental da intervenção. Contudo, a opção deste como o setting de intervenção ultrapassa este benefício para alcançar um outro fator crítico de sucesso: o facto de ser a equipa a deslocar-se à casa da pessoa evidencia a sua preocupação e interesse pelo seu estado de saúde e percurso de vida – “quando vou ao hospital eu é que tenho de ir procurar os médicos, mas nesta equipa são eles que me procuram, eles é que se importam comigo e se preocupam, que vêm a minha casa”. Ao se deslocar à casa das pessoas após alta ou referenciação, a equipa pode trabalhar no sentido de fazer um diagnóstico de necessidades atuais, estabelecer novos objetivos e metas para esta nova fase da vida da pessoa, e perceber quais as competências e gostos da pessoa com doença mental para ingressar no mercado de trabalho.

- **O envolvimento do familiar / cuidador:** o projeto integra como primeira e principal rede de segurança a própria família e os cuidadores quando existem. Este é um trabalho que ultrapassa largamente o processo de corresponsabilização (método tradicional das respostas existentes) mas antes se baseia num processo de capacitação e de suporte, de promoção e restabelecimento de laços e de psicoeducação e mediação familiar.

6. Por que a Solução proposta é mais eficaz e mais eficiente?

O projeto CuiDando apresenta uma solução mais eficaz por diversas razões:

- As respostas atualmente disponíveis (e de qualquer forma escassas) às pessoas com doença mental passam pelo acompanhamento em consulta externa no hospital, pelos internamentos em serviços de psiquiatria para estabilização clínica e sintomática e pela sua integração em fóruns socio-ocupacionais, quando existem e se mostram adequados à situação social e clínica do beneficiário, centrando-se em respostas de estrutura e no tratamento sintomático e na estabilização de crises agudas, mais que no acompanhamento capacitador e proactivo, resultando regra geral, em elevadas taxas de reinternamento.
- As respostas tradicionais não efetuam o trabalho de match entre as competências do beneficiário e as necessidades das entidades empregadoras – não existe qualquer apoio nesta procura ativa de trabalho.
- O CuiDando promove um acompanhamento de proximidade, dentro do contexto de vida da pessoa, com visitas domiciliárias programadas (numa base quinzenal, mas flexível) assegurando o contacto e acompanhamento permanentes, mas com reduzidos custos de estrutura;

É também mais eficiente na sua abordagem ao problema social pois:

- Tendo por base um trabalho no sentido da promoção do acesso aos recursos comunitários disponíveis, potenciando a sua utilização na estabilização e integração da pessoa e garantindo o acompanhamento pós-alta, o projeto apresenta-se como uma resposta mais eficiente que as alternativas disponíveis, potenciando-as, como uma externalidade positiva (o projeto não replica serviços, mas promove o acesso das pessoas aos recursos existentes e disponíveis, potenciando a sua utilidade e impacto).

No que respeita a dados económico-financeiros, e estimando um custo médio por utente em 1000€/ano, podemos avaliar a eficiência da IIES considerando dois aspetos:

- Por um lado, a IIES acompanha pessoas com doença mental crónica no sentido de prevenir (com resultados positivos consolidados) as taxas de reinternamento, que sabemos custar ao SNS cerca de 2 658€ por episódio (dados retirados da OneValue, para episódios de internamento de psiquiatria crónica e não crónica). Quando se refere que a IIES em 2018, a título de exemplo, reduziu em 70% o nr. de internamentos das pessoas que acompanhou (com base no histórico dos 365 dias anteriores à sua

integração), estamos a dizer que reduziu em 70% o nr. de episódios antes referidos, demonstrando bem a sua efetividade e eficácia na redução de custos em saúde;

- Por outro lado, pode-se ainda extrapolar dados e considerar que parte das pessoas acompanhadas pela IIES, sem retaguarda familiar ou redes de proximidade, necessitariam de um internamento de longa duração, numa unidade de psiquiatria crónica, uma vez que sem o apoio da equipa não seria capazes de viver no seu domicílio. Ora, desta perspetiva, e sabendo que uma pessoa com doença mental crónica custa por dia (em internamento de crónicos) 42€ ao SNS (dados da OneValue), podemos estimar um custo/ano de cerca de 15 330€, face aos 1000€ investidos na IIES.

Deverão ainda, depois, ser considerados todos os ganhos não medidos atualmente pelo projeto (que desenvolve atualmente um processo de Capacitação ao nível da Avaliação de Impacto para colmatar essa fragilidade) assim como os intangíveis, e que se prendem com o aumento da qualidade de vida da pessoa e do cuidador, a diminuição de sobrecarga associada aos cuidados sentida pelo cuidador, a diminuição do sofrimento de ambos, e a perspetiva de reintegração comunitária e laboral que os modelos tradicionais, de lógica terciária, não promovem ou permitem – para além de mais eficiente o projeto permite a manutenção da pessoa na sua própria casa, capacitando o cuidador para melhor lidar com a situação, o que se traduz num aumento evidente da qualidade de vida e bem-estar de ambos).

7. Quais os resultados já alcançados com a implementação desta Solução em outros contextos?

Até ao momento – e apenas com a implementação do projeto em Barcelos – o Projeto CuiDando registou cerca de 300 acompanhamentos, a mais de 130 pessoas com doença mental ou demência, envolvendo no processo cerca de 165 familiares / cuidadores.

Queremos agora expandir a IIES para o concelho de Esposende e contribuir para a reintegração socioprofissional das pessoas com doença mental destes 2 concelhos.

Devemos referir alguns indicadores do trabalho já desenvolvido pelo projeto CuiDando:

- 57% dos beneficiários encontram uma resposta profissional após participarem no projeto;
- O total do número de dias de internamento da população acompanhada diminuiu em 90%;
- O total do número de internamentos da população acompanhada diminuiu em 70%;
- 90% dos objetivos definidos no Plano Individual de Intervenção foram totalmente alcançados.

O projeto CuiDando foi premiado no 3º Programa de Saúde 2014-2020, gerido pela Comissão Europeia, com a assistência da Agência de Execução para os Consumidores, a Saúde e a Alimentação. De entre 26 programas de 21 países candidatos, o CuiDando foi considerado uma das nove boas práticas a nível europeu, na área da saúde mental e bem-estar, tendo o trabalho em rede executado sido uma das mais-valias e fator de distinção.

Fruto dos resultados alcançados pela equipa do projeto ao longo do seu desenvolvimento, e perfeitamente alinhado com os Objetivos Estratégicos do Plano Nacional para a Saúde Mental, da Rede Nacional de Cuidados

Integrados em Saúde Mental e da Estratégia Nacional para as Demências, o CuiDando é hoje referenciado no Plano de Desenvolvimento Social de Barcelos 2021 como uma resposta estratégica do território no âmbito dos Eixos de Intervenção Prioritária na área da saúde e reconhecido, então, como uma Boa Prática Europeia em Saúde Mental e Bem-Estar, pela Comissão Europeia no seu Relatório “Good Practices and Policy Recommendations on Mental Health and Well-being”.

Relativamente a iniciativas semelhantes, mas que não desenvolvem a sua intervenção na mesma lógica do CuiDando (i.e. baseada numa lógica empoderadora de Gestão de Caso) destacam-se as desenvolvidas pela Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital Magalhães Lemos, localizada no Porto, que para além de um apoio domiciliário, no âmbito da integração ocupacional e profissional, criou uma Unidade sócio ocupacional e 2 empresas sociais. A 1ª destina-se ao desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial. As 2ªs são estruturas reabilitativas de integração Profissional nas áreas da Restauração e Limpeza. Estas empresas decorreram das antigas medidas de apoio ao emprego protegido do IEFP. Neste momento, tem capacidade para manter 30 pessoas com doença mental moderada empregadas. Desta forma a associação integra os utentes em postos de trabalho que dela nasceram, e dessa forma garante que depois do acompanhamento, os utentes são profissionalmente incluídos. Quanto mais crescerem este tipo de empresas, maior a capacidade de empregar o público-alvo da IIES e o impacto social gerado.

8. Qual o Impacto Social esperado?

Após a expansão do projeto para concelho de Esposende, o CuiDando ambiciona ter indicadores de impacto social positivo consolidados e pensar a replicação do projeto para outras áreas geográficas assim como no aumento da equipa afeta e a possibilidade de poder integrar antigos utentes que estejam aptos a prestar apoio na IIES, nomeadamente numa figura de padrinhos/casos de sucesso e de ligação com a comunidade e facilitação de sessões de suporte/psicoeducativas mediadas por pares.

O CuiDando propõe-se reduzir a elevada taxa de reinternamentos de pessoas com doença mental de evolução prolongada, relacionados com a inexistência de um apoio integrado que assegure o seu acompanhamento no domicílio e a sua verdadeira integração familiar, social e laboral. Esta diminuição do número de reinternamentos contribui de forma direta para a inserção profissional das pessoas com doença mental.

9. Qual o Indicador e respetiva Meta propostas?

O indicador de resultado do projeto é o nº de beneficiário do projeto que corresponde a 50 beneficiários/ano e a 150 acompanhamentos no final do projeto. A meta a alcançar é: que 70% de todos os beneficiários estejam, no final da intervenção, estabilizados do ponto de vista clínico, capazes de serem integrados profissionalmente.

OBJETIVOS, ATIVIDADES E ORÇAMENTO

10. Qual o Objetivo da iniciativa?

O objetivo da iniciativa é o crescimento da IIES CuiDando na região Norte com a sua expansão para o concelho de Esposende. O projeto já reuniu várias evidências que permitiram validar a sua importância e impacto, nomeadamente por todo o trabalho desenvolvido no concelho de Barcelos, nomeadamente pela taxa de inserção socioprofissional das pessoas com doença mental.

Assim, queremos continuar a trabalhar no crescimento do projeto e, para isso, reunimos esforços para angariar novos parceiros que nos permitissem elaborar esta candidatura no âmbito das “Parcerias para o Impacto”: Câmara Municipal de Barcelos e Câmara Municipal de Esponde. Garantimos, desta forma, a manutenção de uma resposta totalmente inovadora de combate a este problema social.

11. Quais as Atividades a realizar?

Atividade 1 - Execução dos Planos Individuais de Intervenção

Descrição: O Plano Individual de Intervenção (PII) condensa o processo terapêutico acordado entre cliente, cuidadores informais e equipa multidisciplinar e dele constam expectativas, problemas, objetivos, metas e estratégias definidas conjuntamente. A sua execução visa uma melhoria da qualidade de vida do cliente, pelo que é essencial analisar os resultados decorrentes do PII.

Datas de Início e Fim Previstas: 01/2020 a 12/2022

Atividade 2 - Promoção das capacidades /competências de gestão da doença

Descrição: Promoção de relação empática e terapêutica, visitas domiciliárias regulares, sessões de psicoeducação, promoção da adesão à terapêutica, monitorização do estado clínico do utente, encaminhamento para os serviços oficiais de saúde sempre que necessário, facilitando assim uma gestão mais eficiente da doença, o que permitirá alcançar a estabilidade clínica.

Datas de Início e Fim Previstas: 01/2020 a 12/2022

Atividade 3 - Promoção do recurso aos Cuidados de Saúde Primários e monitorização da frequência das Consultas de Especialidade de Psiquiatria

Descrição: Avaliação do último contacto com os cuidados de saúde primários e avaliação de histórico de exames auxiliares de diagnóstico, psicoeducação, articulação com CSP, acompanhamento à consulta se necessário, monitorização da frequência das consultas. Avaliação do último contacto com a consulta de especialidade (psiquiatria), articulação com médico de família se necessário, articulação com médico psiquiatra assistente, acompanhamento à consulta se necessário, monitorização da frequência das consultas.

Datas de Início e Fim Previstas: 01/2020 a 12/2022

Atividade 4 – Reuniões com entidades empregadoras

Descrição: Reuniões com entidades empregadoras para estudo das necessidades de recursos humanos para posterior match com as competências das pessoas com doença mental

Datas de Início e Fim Previstas: 06/2020 a 12/2022

Atividade 5 - Avaliação da satisfação dos clientes

Descrição: Pretende-se avaliar a satisfação dos clientes face aos serviços prestados com vista ao fomento de um processo dinâmico e constante de melhoria na prestação de cuidados.

Datas de Início e Fim Previstas: 06/2020 a 12/2022

Atividade 6 - Avaliação da satisfação dos Cuidadores / Familiares

Descrição: Pretendemos avaliar o estado de satisfação das famílias face aos serviços prestados com vista ao envolvimento efetivo dos mesmos no processo dinâmico e constante de melhoria da IIES.

Datas de Início e Fim Previstas: 01/2021 a 12/2022

Atividade 7 - Reuniões de Trabalho e Follow Up com entidades empregadoras

Descrição: Promover a participação e o envolvimento de todos os colaboradores e partes interessadas nas dinâmicas institucionais e da unidade, de modo a serem informados de todas as situações, dando as suas sugestões e opiniões; Momentos privilegiados para se efetuar o levantamento de necessidades de todas as partes; Acompanhamento das expectativas e satisfação das pessoas com doença mental nas entidades empregadoras

Datas de Início e Fim Previstas: 01/2020 a 12/2022

Atividade 8 – Avaliação de Impacto

Descrição: Aplicação do modelo de avaliação de impacto construído em co-criação na candidatura “Capacitação para o Investimento Social”.

Datas de Início e Fim Previstas: 01/2020 a 12/2022

Atividade 9 – Divulgação do projeto

Descrição: Divulgação dos resultados alcançados com o projeto a toda a comunidade.

Datas de Início e Fim Previstas: 06/2022 a 12/2022.

12. Orçamento

Não aplicável.



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS
Casa de Saúde S. João de Deus
Barcelos

SUSTENTABILIDADE E CIDADANIA

13. Como terão continuidade as atividades da iniciativa após a conclusão deste projeto?

O modelo de sustentabilidade da IIES tem nas parcerias o seu principal pilar, sendo crucial uma forte aposta na comunicação do projeto. Esta necessidade de melhorarmos a nossa comunicação e demonstração de resultados e a articulação com os parceiros locais vemo-la, também, como uma estratégia de sustentabilidade a longo prazo do projeto, não só porque assim, algumas das tarefas que agora assumimos internamente (reunir com possíveis empresas para tentar a integração da pessoas) poderiam ser partilhadas, assim como o follow up pós alta, reduzindo assim os custos diretos do projeto, mas também porque poderia tornar-nos mais capazes na angariação de fundos e na aproximação a possíveis investidores sociais, tendo como linha no horizonte a contratualização da resposta pelo SNS, numa lógica de resposta atípica (dado não existir qualquer enquadramento para ela, mas ela ser mais eficiente que as que existem no terreno).

As parcerias com as empresas podem potenciar a visibilidade dos reais impactos do projeto na vida das pessoas, ajudar a alavancar a angariação de fundos e de investidores sociais e darão às empresas a oportunidade de responder às suas políticas de responsabilidade social, enquanto canal de impacto de inovação social, desenvolvendo a sua cultura organizacional e o marketing interno. Os principais resultados do projeto serão oportunamente partilhados na Rede Social de Barcelos e de Esposende, em sede de CLAS, e publicados nos relatórios de atividades semestrais e anuais da instituição, apresentados e discutidos nos Conselhos Consultivos do ISJD, e publicados no Relatório de Desempenho Organizacional, disponível em acesso livre no site institucional.

Os dados gerais da intervenção, passíveis de serem influenciadores e promotores de melhores práticas, serão divulgados através de notícias de acesso livre, numa lógica de partilha de boas práticas, mas também com recurso ao site institucional do ISJD, às suas páginas das redes sociais e à newsletter interna, enviada a todos os irmãos, colaboradores e familiares.

Fruto de um recente Protocolo de Colaboração com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, os resultados do projeto serão ainda alvo de tratamento estatístico e produção académica, que se espera derivar em posters, comunicações, artigos ou outras produções científicas, validando o seu potencial e aumentando o seu nível de confiança a sua capacidade de crescimento e expansão.

14. Como se prolongarão os impactos sociais positivos gerados após a sua conclusão?

Os impactos sociais positivos desta iniciativa perdurarão no tempo pois, tal como acima referimos, pretendemos escalar o projeto para outras regiões do país. Nesta fase iremos expandir o projeto para o

concelho de Esposende sendo mais uma etapa crucial para a disseminação do projeto a nível nacional.

São assim objetivos do crescimento da IIES:

- Apoiar a pessoa com doença mental ou demência e a sua família na transição do hospital ou das unidades da rede para o domicílio, aumentando as capacidades da pessoa e do seu familiar/cuidador para lidar com os desafios da perturbação mental / demência;
- Identificar precocemente situações de descompensação clínica / sintomática e orientar para os serviços locais de saúde;
- Capacitar os seus beneficiários para uma mais eficiente autogestão do seu processo de saúde-doença;
- Promover a reabilitação psicossocial e reintegração social, a participação e o acesso aos recursos da comunidade;
- Promover o aumento da empregabilidade das pessoas com doença mental;
- Promover uma melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar;
- Reduzir a sobrecarga associada aos cuidados.

Prevê-se ainda que, decorrente da implementação do projeto em candidatura, derive um Manual de Procedimentos que, cumulativamente, funcione como estratégia de divulgação, do próprio projeto e dos seus resultados, mas também de disseminação da prática de forma integrada e rigorosa e, inclusive, de sustentabilidade, podendo a equipa assumir-se como uma equipa de capacitação de outras entidades do terreno.

Posto isto, pretendemos com este projeto, por um lado, reforçar um conjunto de aspetos internos (de concretizar melhor a nossa proposta de modelo de valor, de definirmos concretamente o percurso da pessoa dentro da resposta, desde que entra até que sai, e de definirmos as intervenções chave de cada elemento, de afinarmos os indicadores utilizados no sentido de medirmos o que efetivamente precisamos) mas também de reforço de capacidade de comunicação externa e de gestão de parcerias no sentido de as potenciar não só no momento de referenciação de utentes, mas também no momento da alta, de as envolvermos no *follow up* e na promoção de alternativas reais de integração laboral ou ocupacional na comunidade, sendo este um aspeto fundamental na prevenção de descompensação.



ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS

15. Justificação da meta proposta

Tendo em conta que o problema social identificado “dificuldade de reintegração socioprofissional das pessoas com doença mental”, justificar a razão da meta proposta não se destinar à efetiva integração profissional dos destinatários finais do projeto.

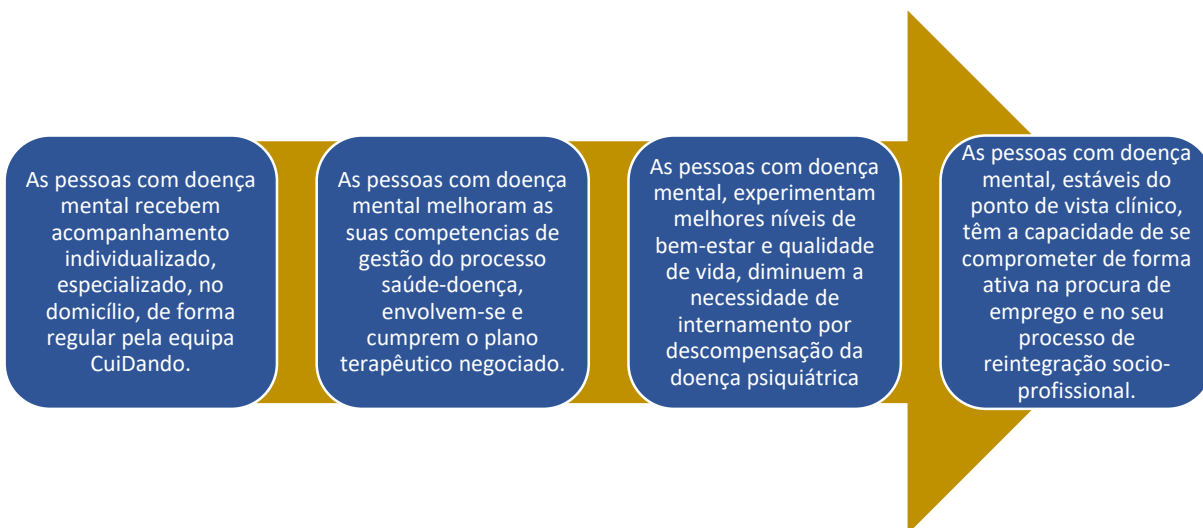
O CuiDando tem sido ao longo dos últimos quase 10 anos um serviço de visitação domiciliária que, através do **acompanhamento de proximidade, do empowerment e da promoção da estabilização clínica das pessoas com doença mental crónica no seu próprio domicílio**, tem contribuído para a promoção da sua autonomia, independência e funcionalidade, no seu real contexto de vida.

São vários os casos de sucesso no projeto, em que pessoas com históricos de descompensações e reinternamentos recorrentes em serviços de saúde mental e com muito ténues laços familiares e de suporte retomam o controlo do seu quotidiano e o contacto com a sua comunidade, **encontrando-se hoje a habitar de forma independente, com emprego fixo e relações afetivas estáveis e positivas.**

Assim, entendemos aquando da execução da candidatura que este poderia ser um bom indicador do sucesso do projeto: **a estabilização clínica dos seus beneficiários, que lhes permitisse o real acesso a uma efetiva integração socio-profissional, dissipando o diferencial de dificuldades experimentado pelas pessoas com doença mental face à população em geral.** Atuando assim numa lógica de **promoção de acesso aos recursos, da justiça social e da equidade**, procura-se contribuir para a **diminuição das dificuldades de acesso** que as pessoas com doença mental crónica experimentam **para além das experimentadas por qualquer pessoa**, sem doença mental, que ambiciona a reintegração no mercado de trabalho.

Efetivamente, importará ressaltar que o projeto se tem focado na promoção da autonomia, funcionalidade das pessoas com doença mental, bem como na sua capacidade de aceder aos seus direitos fundamentais, como **passo fundamental para a sua integração socio-profissional**, almejando que se coloquem no mesmo nível que o resto da população em geral face ao emprego, experimentando, por isso, paralelamente ao projeto, as mesmas condições que qualquer cidadão comum. Contudo, e tendo em conta o trabalho de consolidação de parcerias com a comunidade empregadora levado a cabo no programa de Capacitação para o Investimento Social, estamos confiantes de que conseguiremos, ao longo do projeto, alcançar a efetiva integração socio-profissional de 30% dos nossos beneficiários finais aquando da alta programada pela equipa, considerando como fontes de verificação desta condição, para além dos contratos de trabalho realizados ou declarações das entidades patronais, também a referenciação e integração dos mesmos em estágios ou empregos de inserção, a abertura de atividade nas finanças para prestação de serviços enquanto profissionais independentes ou a referenciação e integração em processos de formação profissional com vista ao aumento de competências profissionais, apresentação pessoal, elaboração de CV e apresentação em entrevistas de emprego ou aptidão ao mercado de trabalho.

De qualquer forma, **atuando como resposta complementar aos recursos comunitários**, vemos a *estabilização clínica no domicílio, a promoção e densificação das redes de suporte* das pessoas com doença mental, a *potenciação dos recursos da comunidade* e a *consciencialização da comunidade empregadora*, como indicadores de processo fundamentais à sua verdadeira integração. Deste modo, não tendo o intuito de substituir nenhuma das respostas e recursos comunitários existentes, que antes entendemos como parceiros fundamentais no processo de reintegração das pessoas com doença mental, como por exemplo o IEPF a quem o indicador “*efetiva integração profissional dos destinatários*” se adequaria, compreendemos o indicador proposto como **mais sensível ao trabalho que desenvolvemos**, focando-se a nossa intervenção no contributo para que **as pessoas com doença mental sejam capazes de aceder da mesma forma que todos os outros às oportunidades que os serviços públicos e comunitários já disponibilizam**, intervenção esta fundamental e atualmente negligenciada pelas respostas governamentais existentes no país, na lógica da Teoria da Mudança em baixo:



16. Documentação financeira

Balancete analítico da classe 7 referente ao ano de 2018 e demonstração de resultados (cópia da Informação Empresarial Simplificada) referente ao ano de 2018, da(s) entidade(s) beneficiária(s)

Ver **Anexo 2**¹, onde constam Balancete analítico do ano 2018, Demonstração de resultados consolidada do ISJD 2018 e IES 2018.

¹ Não disponível neste documento.

Comprovativo do regime de IVA aplicável às entidades beneficiárias, no que à atividade da iniciativa candidatada diz respeito

Ver **Anexo 3**², onde constam Declaração da Técnica Oficial de Contas e Comprovativo do CAE Principal do ISJD. Às atividades constantes do projeto em candidatura aplica-se a isenção de IVA, decorrente do CAE Principal do beneficiário, de acordo com o número 2 do artigo 9º do CIVA, sendo que as mesmas não conferem direito à sua dedução. Mais se declara que o IVA em causa não constitui um custo recuperável para o ISJD.

O orçamento devidamente detalhado, ao nível das 3 rubricas (1. Encargos com pessoal, 2. Encargos diretos com a aquisição de bens e serviços e 3. Encargos gerais), podendo ser remetido ficheiro em formato Excel com a explicitação do tipo de despesas associadas a cada rubrica e respetiva justificação da sua relação com a iniciativa, das quantidades e dos custos unitários, bem como a fórmula de cálculo e os valores absolutos utilizados para o cálculo dos mesmos.

Ver **Anexo 4**³, onde consta orçamento detalhado do projeto.

Não estão previstas no projeto quaisquer despesas com imputação direta ao ISJD.

Os encargos gerais apenas incluem consumíveis e material de desgaste, calculados com base nas demonstrações de resultados dos anos anteriores de execução do projeto.

Os encargos com aquisição de serviços, conforme nota no referido orçamento, correspondem à contratação de um serviço de consultoria externa, que apoio na gestão, recolha de elementos e operacionalização da avaliação de impacto do projeto.

O valor calculado para deslocações da equipa no terreno, apesar de constar no orçamento, não soma ao orçamento total do projeto em candidatura, conforme indicação no respetivo Aviso, uma vez que a viatura é do próprio ISJD e o combustível é fornecido em espécie pelos investidores sociais.

17. Instrumento de aferição do indicador proposto

Considerando os indicadores apresentados em sede de candidatura, solicitamos que nos indique qual o instrumento usado para aferição do mesmo (escalas validadas para Portugal; relatórios clínicos;...)

Para podermos verdadeiramente almejar uma real integração socioprofissional, temos, primeiro, de ser capazes de ter a disponibilidade para responder aos nossos novos compromissos, a capacidade reforçada

² Não disponível neste documento.

³ Não disponível neste documento.

para lidar com os novos desafios, assim como fontes efetivas de suporte e de retaguarda, e competências de autogestão do nosso processo de saúde-doença, que permitam antever e prevenir situações de descompensação e reconhecer nos profissionais e processos clínicos fonte de estabilidade e acompanhamento.

Assim, tendo em conta a nossa experiência de terreno e, enquanto instituição, mais alargada na prestação de cuidados a pessoas com doença mental em diferentes fases de evolução da doença e através de múltiplas tipologias de serviços e respostas, consideramos estabilizados do ponto de vista clínico e aptos a um processo de reintegração socioprofissional os beneficiários que, depois da nossa intervenção e aquando do momento da alta:

- a) **Apresentam uma redução do número de internamentos e/ou do número de dias de internamento motivados por descompensação da sua doença psiquiátrica, dado que, naturalmente, alguém que experimente vários internamentos no ano não conseguirá manter um posto de trabalho efetivo.** Para obtenção destes dados, faz-se uma comparação direta entre o número de internamentos / dias de internamento ocorridos nos 365 dias anteriores à integração do beneficiário no projeto, fornecidos pelo Hospital de Referência, e o período sequente à integração no projeto e acompanhamento pela equipa.
- b) **Frequentam sem faltas as consultas de acompanhamento por Medicina Geral e Familiar e por Especialidade (Psiquiatria e/ou Neurologia). O que para além de constituir-se como estratégia de manutenção da estabilização, denota o comprometimento dos beneficiários para com o seu processo terapêutico e a sua corresponsabilização pelo seu próprio processo de saúde-doença.** Verificável pelo número de agendamentos de consultas consideradas necessárias à manutenção da estabilidade clínica do beneficiário, negociadas com ele e os clínicos de referência, efetivamente frequentadas pelo próprio.
- c) **Demonstram conhecimentos aumentados para a gestão do seu processo de saúde-doença, fundamentais à manutenção da estabilização, ao reconhecimento de processos iniciais de descompensação sintomática e à seleção de estratégias partilhadas de compensação.** É realizado, no momento da integração do beneficiário na equipa, um breve diagnóstico de conhecimentos e necessidades de cada um face à autogestão do seu processo de saúde-doença, completado, depois, pela análise da narrativa de vida, pela entrevista terapêutica e pela observação participada dos técnicos. Com base neste diagnóstico, são traçados objetivos partilhados (equipa-beneficiário-família) – **Plano Individual de Intervenção (PII)** – que são monitorizados, avaliados e reajustados regularmente a cada ciclo de intervenções – abertura e fecho de PII – e vertidos no seu Processo Individual, juntamente com dados da **Escala SEW**, validada para a população portuguesa (e referida em pontos seguintes) com um domínio específico na área do conhecimento.

- d) **Aumentam os seus níveis de qualidade de vida e bem-estar.** Estando o Modelo de Avaliação de Impacto do projeto a ser redefinido com o suporte do Centro de Estudos e Investigação da Saúde da Universidade de Coimbra, no âmbito do programa Capacitação para o Investimento Social, prevê-se a utilização da **Escala SEW** e do **Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHODAS)**, ambos validados para a população portuguesa, e que permitem, respetivamente, medir a perceção de Bem-Estar e de Qualidade de Vida, traduzindo a este nível o valor e benefício gerado pelo projeto.
- e) **Identificam pelo menos duas pessoas como rede familiar e de suporte, que diminuem ou apresentam níveis reduzidos de sobrecarga associada aos cuidados.** Estando o Modelo de Avaliação de Impacto do projeto a ser redefinido com o suporte do Centro de Estudos e Investigação da Saúde da Universidade de Coimbra, no âmbito do programa Capacitação para o Investimento Social, prevê-se a utilização da **Escala de Zarit, para a Sobrecarga do Cuidador**, validada para a população portuguesa, para avaliar a sobrecarga percecionada pelos cuidadores familiares dos nossos beneficiários.
- f) **Aumentam o nível de satisfação com a perceção de suporte social.** Estando o Modelo de Avaliação de Impacto do projeto a ser redefinido com o suporte do Centro de Estudos e Investigação da Saúde da Universidade de Coimbra, no âmbito do programa Capacitação para o Investimento Social, prevê-se a utilização da **Escala de Satisfação com o Suporte Social**, desenvolvida e validada para a população portuguesa por Pais Ribeiro.
- g) **Melhoram o seu nível de funcionalidade.** Estando o Modelo de Avaliação de Impacto do projeto a ser redefinido com o suporte do Centro de Estudos e Investigação da Saúde da Universidade de Coimbra, no âmbito do programa Capacitação para o Investimento Social, prevê-se a utilização da **Tabela de Classificação da Funcionalidade (CIF)** para a saúde mental, indicada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) para utilização nas respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental.
- h) **São referenciados e acompanhados para respostas profissionais** Verificável pelo número de encaminhamentos realizados pela equipa e pela taxa de frequência e adesão aos planos propostos pelas equipas dos diferentes serviços, de que se destacam serviços do IEPF ou de centros de formação profissional, processos de recrutamento em empresas parceiras do projeto, contratos de trabalho formalizados, etc.

18. Fonte de evidência prevista para a verificação da meta proposta

O Modelo de Avaliação de Impacto está neste momento a ser desenvolvido em co-construção com o Centro de Estudos e Investigação da Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), no âmbito do programa Capacitação para o Investimento Social.

A aplicação do modelo será da responsabilidade da equipa do projeto do ISJD com o apoio de um prestador de serviços externo em regime de consultoria de gestão especializada.

Os dados colhidos serão trabalhados pelo CEISUC, validados pelo consultor externo e vertidos nos relatórios anuais do projeto, da responsabilidade das três entidades envolvidas.

A todos os beneficiários do projeto, por uma questão de respeito pela sua privacidade e proteção de dados, é atribuído um número mecanográfico / código interno, que passa a identificar o beneficiário em todas as bases de dados, questionários, escalas e instrumento utilizados. Contudo, no seu Processo Individual (identificado com o respetivo número / código na lombada) constam os seus dados individuais e sociodemográficos, assim como os registos dos técnicos da equipa, garantindo o rigor, fiabilidade e transparência da informação sem descuidar o respeito pelos direitos fundamentais dos beneficiários.

ANEXOS

ANEXO 1

PROCEDIMENO INTERNO – PROJETO CUIDANDO

1. OBJETIVO

O presente procedimento visa descrever a forma como o Instituto S. João de Deus procede relativamente à prestação de serviços de Reabilitação Psicossocial.

2. ÂMBITO

Aplicável aos Serviços de Reabilitação Psicossocial dos Estabelecimentos:

- Casa de Saúde do Telhal;
- Casa de Saúde S. João de Deus – Funchal;
- Casa de Saúde S. Rafael;
- Casa de Saúde S. João de Deus – Barcelos;
- Casa de Saúde S. Miguel;
- Casa de Saúde S. José.

3. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

BPRS	Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica
CPA	Centro de Promoção da Autonomia
CSRP	Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial
DE	Diretor do Estabelecimento
DEnf	Diretor de Enfermagem
EDT	Escala de Deterioração Global
GAF	Escala de Avaliação Global de Funcionamento
ISJD	Instituto S. João de Deus
MMS	Mini Mental State Examination
PII	Plano de Individual de Intervenção
RRO	Responsável da Resposta Ocupacional
SMP	Saúde Mental e Psiquiatria

4. MAPEAMENTO DAS ATIVIDADES – RESPONSABILIDADES E MODO DE PROCEDER

4.1. MODO ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL – RESPOSTA RESIDENCIAL (P_03_06_01)

Atividades	Responsável	Descrição
Avaliação inicial	Coordenador da Unidade	Sempre que se considere que um Utente reúne as condições necessárias para integrar uma Unidade de Reabilitação (intrainstitucional ou na Comunidade) deve ser realizado o preenchimento da R_03_19 Ficha de Encaminhamento para Unidades de Reabilitação sob responsabilidade do Coordenador da Unidade de proveniência. Para Utentes referenciados por entidades externas, decorrido o procedimento P_03_02 Gestão de Internamentos, passa-se à atividade contrato de admissão.
Entrega da ficha de encaminhamento	Coordenador da Unidade	Após preenchida, a R_03_19 deve ser entregue ao Diretor de Enfermagem.
Entrega da ficha de encaminhamento	DEnf	Sempre que houver vaga e necessidade de transferência de um Utente, o Diretor de Enfermagem fornece as R_03_19 ao Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial. Caso não haja vaga, o Utente entra em lista de espera (R_03_53 Lista de Utentes Encaminhados para Serviço de Reabilitação).

Cópia não controlada quando impresso



Atividades	Responsável	Descrição
		Semestralmente o utente é informado da situação de espera, até um período máximo de dois anos, altura em que terá de ser reavaliado o encaminhamento.
Emissão de parecer	CSRP	O Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial, após articulação com o Coordenador da Unidade de Destino, emitirá o seu parecer. Após parecer, a R_03_19 é entregue ao Diretor de Enfermagem. Caso o parecer seja negativo, o processo termina.
Transferência interna	DEnf	A transferência deve processar-se de acordo com o processo P_03_03_01 Transferência de Utentes.
Contrato de Admissão	Coordenador da Unidade	É assinado o Contrato de Admissão.
Elaboração do plano individual de intervenção (PII)	Coordenador da Unidade/ Técnico de referência	Decorridos no máximo 45 dias, é aplicada a R_03_20 Ficha de Avaliação de Competências, assim como as restantes avaliações que se considerem pertinentes para a definição do R_03_21 PII. Em conformidade com este plano, são delineadas e colocadas em prática as respetivas intervenções.
Assinatura do Utente		O PII é assinado pelo Utente e/ou pessoa de referência.
Permanência do Utente na Unidade	Coordenador da Unidade/ Técnico de referência	No decorrer da permanência do Utente na Unidade, a R_03_20 Ficha de Avaliação de Competências, a avaliação final do PII (R_03_21) e a avaliação da qualidade de vida devem ser realizadas no mínimo anualmente. Aquando da avaliação final do PII é avaliada e registada a concretização das expectativas do Utente. Devem ser aplicados, pelo menos uma vez por ciclo de gestão (quadrienalmente), ou sempre que indicado para suporte à elaboração dos objetivos do PII, a todos os Utentes que reúnam as respetivas condições, os instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none">• R_03_23 Escala de Barthel (por técnicos de saúde ou de diagnóstico e terapêutica);• R_03_24 Escala de Supervisão (por técnicos de saúde ou de diagnóstico e terapêutica);• R_03_25 Estado Funcional Global (por técnicos de saúde ou de diagnóstico ou terapêutica);• R_03_26 Mini Mental State Examination – MMS (por técnicos de saúde ou de diagnóstico e terapêutica);• R_03_27 Escala de Avaliação Global de Funcionamento – GAF (por psicólogos ou psiquiatras ou enfermeiros especialistas SMP);• R_03_29 Escala de Deterioração Global – EDT (por psicólogos ou psiquiatras ou enfermeiros especialistas SMP);• R_03_30 Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS, para utentes com perturbações psicóticas, ex.: esquizofrenias, (por psicólogos ou psiquiatras ou enfermeiros especialistas SMP).
Reuniões Comunitárias	Coordenador da Unidade/ Técnico de referência	É efetuada uma reunião com os utentes para, entre outros: <ol style="list-style-type: none">1. Pelo menos anualmente, avaliação e revisão dos serviços2. Pelo menos bienalmente, avaliação da política de confidencialidade e respetivo modo de proceder; avaliação da política de participação.

Cópia não controlada quando impresso



Atividades	Responsável	Descrição
Saída do Utente	Coordenador da Unidade/ Médico	Quando o Utente deixar de reunir condições para permanecer na Unidade de Reabilitação, deverá ser devidamente avaliado e deve ser registado no processo clínico.

4.2. MODO ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL - RESPOSTA OCUPACIONAL (P_03_06_02)

Atividades	Responsável	Descrição
Avaliação inicial	Coordenador da Unidade	Sempre que se considere que um Utente reúne as condições necessárias para integrar uma atividade de ocupação/reabilitação (intrainstitucional ou na Comunidade) deve ser realizado o preenchimento R_03_31 Ficha de Encaminhamento para Atividades de Ocupação/ Reabilitação sob responsabilidade do Coordenador da Unidade de proveniência. Para Utentes extra-internamento é realizada a avaliação de critérios de admissão pelo RRO/DC. Passa-se à atividade "Elaboração do PII".
Entrega da ficha de encaminhamento	Coordenador da Unidade	Após preenchida, a R_03_31 deve ser entregue ao RRO ao qual se destina o encaminhamento. Caso não haja vaga, o Utente entra em lista de espera (R_03_53 Lista de Utentes Encaminhados para Serviço de Reabilitação). Semestralmente o utente é informado da situação de espera, até um período máximo de dois anos, altura em que terá de ser reavaliado o encaminhamento.
Emissão de Parecer	RRO	Caso haja vaga, o RRO emite o seu parecer. Caso seja aplicável uma compensação monetária, faz uma proposta de gratificação.
Envio ao Coordenador dos Serviços de Reabilitação	RRO	Caso o parecer do RRO seja positivo, este encaminha a R_03_31 Ficha de Encaminhamento para Atividades de Ocupação/ Reabilitação, com parecer, para o Coordenador dos Serviços de Reabilitação Psicossocial. Caso o parecer seja negativo, o processo termina.
Emissão de Parecer	CSRP	Caso o parecer do Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial seja negativo, o processo termina.
Decisão do Diretor do Estabelecimento	DE	Quando aplicável compensação monetária, cabe ao Diretor do Estabelecimento decidir acerca do mesmo. Caso o Diretor do Estabelecimento não atribua compensação monetária com a qual o Utente concorde, este aceita ou não ser integrado/permanecer na atividade. Caso não aceite faz-se o registo no Processo Clínico. O processo termina.
Elaboração do PII	RRO ou Coordenador da Unidade	Após o ingresso e decorridos no máximo 45 dias, para os Utentes com PII na Unidade de proveniência, é inscrita a intervenção no PII, em articulação entre o RRO e o Coordenador da Unidade. Para utentes extra-internamento e utentes internados sem PII na Unidade de proveniência, cabe ao RRO garantir a definição do PII em articulação com o Coordenador da Unidade. Sempre que indicado e existam condições aplicam-se os instrumentos de avaliação elencados no modo residencial, com as periodicidades definidas. Anualmente é avaliada a qualidade de vida, a todos os utentes que não incorporem a resposta residencial.

Cópia não controlada quando impresso



Atividades	Responsável	Descrição
		O PII é assinado pelo utente e/ou pessoa de referência. Em conformidade com este plano, são delineadas e colocadas em prática as respetivas intervenções. A avaliação final do PII deve ocorrer no mínimo anualmente. Aquando da avaliação final do PII é avaliada e registada a concretização das expectativas do Utente.
Avaliação	RRO	Se considerado pertinente, é utilizada a R_03_32 Avaliação de Atividades de Ocupação.
Reuniões Comunitárias	RRO	É efetuada uma reunião com os utentes para, entre outros, pelo menos anualmente, avaliação e revisão dos serviços.
Saída do Utente	RRO	Sempre que o Utente deixe de frequentar a ocupação, deve ser registado no processo clínico, com a respetiva fundamentação.

4.3. MODO ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL - CENTRO DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA (P_03_06_03)

Atividades	Responsável	Descrição
Candidatura	Técnico de Saúde do CPA	Resulta de contato prévio do proponente da candidatura com o Técnico de Saúde do CPA para agendar entrevista. Nesta entrevista é preenchida a R_03_54 Ficha de Candidatura. Sempre que um candidato não reúna as condições necessárias para integrar o CPA, o processo termina. Caso reúna as condições necessárias e não haja vaga, o Utente entra em lista de espera R_03_53 Lista de Utentes Encaminhados para Serviço de Reabilitação.
Admissão	Técnico de Saúde do CPA	Aquando de vaga é contactado o proponente da candidatura para proceder à admissão do Utente, sendo preenchida a R_03_31 Ficha de Encaminhamento para Atividades de Ocupação/ Reabilitação. A ficha é encaminhada para parecer do Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial. É preenchido o R_12_02 Informação sobre Tratamento de Dados Pessoais sendo esta informação agregada ao processo (caso seja admitido, seguir para a atividade Emissão de Parecer).
Emissão de Parecer	CSRP	Caso o parecer do Coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial seja negativo, o processo termina.
PII	Técnico de Saúde do CPA	Após o ingresso e decorrido no máximo 45 dias, cabe ao Técnico de Saúde do CPA a elaboração do R_03_21 PII. Sempre que indicado e existam condições aplicam-se os instrumentos de avaliação elencados no modo residencial, com as periodicidades definidas. Anualmente é avaliada a qualidade de vida, a todos os utentes que reúnam condições e que não incorporem a resposta residencial. O PII é assinado pelo utente e/ou pessoa de referência. A avaliação final do PII deve ocorrer no mínimo anualmente. Aquando da avaliação final do PII é avaliada a concretização das expectativas do Utente.
Saída	Técnico de Saúde do CPA	1) Quando o Utente atinge nível de desenvolvimento que permita passar para estruturas alternativas.

Cópia não controlada quando impresso



Atividades	Responsável	Descrição
		2) Por abandono. Em ambas as situações é assinalado no processo clínico, a data e a respetiva fundamentação.
Avaliação e Revisão dos Serviços	Técnico de Saúde do CPA	Pelo menos semestralmente, é efetuada uma reunião com todos os utentes para, entre outros, avaliação e revisão dos serviços. É elaborado memorando.
Avaliação da política e procedimentos de confidencialidade	Técnico de Saúde do CPA	Pelo menos bienalmente é efetuada uma reunião com os utentes para, entre outros, avaliação da política de confidencialidade e respetivo procedimento. É elaborado memorando.

4.4. MODO ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL - APOIO DOMICILIÁRIO (P_03_06_04)

Atividades	Responsável	Descrição
Receção e avaliação da referência	Coordenador	Na receção da R_03_81 Ficha de Referência, avalia-se a informação recebida. É contactado o proponente para validar a informação recebida e completá-la, se necessário. Caso existam critérios de exclusão, é dado conhecimento ao proponente e solicita-se que este informe o Utente e o seu Cuidador Informal. O processo termina. Nos restantes casos, solicita-se ao proponente que informe o Utente e o seu Cuidador Informal da referência. É nomeado o Técnico de Referência da equipa responsável pelo caso.
Contacto	Técnico de Referência	É contactado o Utente e/ou Cuidador Informal a fim de avaliar o conhecimento e motivação do(s) mesmo(s) acerca da referência e a possibilidade de agendamento de uma primeira visita domiciliária.
Apresentação e integração	Técnico de Referência	São apresentados o projeto, os seus objetivos e as suas metodologias e entregue o panfleto informativo do projeto. São apresentados os direitos e deveres dos Utentes e entregue o "Guia de Princípios Éticos e Boas Práticas dos Centros Assistenciais - Direitos e Deveres". É apresentada e assinada a R_03_82 Informação de Admissão. Deve ser preenchido o R_12_02 Informação sobre Tratamento de Dados Pessoais sendo esta informação agregada ao processo. Caso o utente esteja recetivo à visita domiciliária, mas, por motivos psicopatológicos, recuse assinar a R_03_82 Informação de Admissão, o técnico de referência deverá manter o acompanhamento ao utente justificando tal facto no R_03_83 Registo de Intervenção. Caso o utente não seja integrado no projeto, é informado o utente, o cuidador informal e o técnico proponente e o processo termina.
Avaliação	Técnico de Referência	São aplicadas as escalas R_03_80 SEW - Questionário de Autoavaliação do Bem-estar e R_04_84 Entrevista de Zarit de Sobrecarga do Cuidador. É efetuada a recolha de dados na R_03_85 Anamnese, R_03_86 Datas Relevantes, R_03_87 Terapêutica e R_03_88 Rotina Diária do Utente.

Cópia não controlada quando impresso



Atividades	Responsável	Descrição
Elaboração do PII	Técnico de Referência	Procede-se à elaboração do R_03_20 PII que terá por prazo máximo um período de um ano. Caso o utente esteja recetivo à visita domiciliária, mas, por motivos psicopatológicos, recuse assinar o impresso R_03_20 PII, o Técnico de Referência e outro técnico do projeto poderão elaborar e validar o PII sem a assinatura do utente. Sempre que aplicável, o cuidador informal deverá participar na conceção e celebração do PII.
Desenvolvimento do PII	Equipa	São desenvolvidas as intervenções definidas no R_03_20 PII. Para cada visita domiciliária, reunião ou diligência concretizada é preenchido o R_03_83 Registo de Intervenção. Os objetivos do PII são monitorizados de forma contínua no R_03_83 Registo de Intervenção e de forma intercalar e final no R_03_20 PII.
Avaliação	Equipa	No final do prazo definido para consecução do PII, são aplicadas as escalas R_03_80 SEW - Questionário de autoavaliação do bem-estar e R_03_84 Entrevista de Zarit de sobrecarga do cuidador e medida a satisfação do Utente através do preenchimento do R_01_13 Questionário de Avaliação da Qualidade e da Satisfação dos Utentes. É efetuada a avaliação final dos objetivos do PII podendo ocorrer a elaboração de um novo PII ou o término da intervenção. Aquando da avaliação final do PII é avaliada a concretização das expectativas do Utente.
Alta do Projeto	Técnico de Referência e Coordenador	A alta do projeto ocorre e é registada em processo clínico com a devida fundamentação: sempre que o utente e/ou o seu cuidador informal não cumpram com os deveres descritos na Carta dos Direitos e Deveres do Utente e Cuidador Informal; a qualquer momento, a pedido do utente e/ou cuidador informal e após a avaliação final dos objetivos do PII caso não se verifique a necessidade de elaboração de um novo PII. É elaborada e entregue ao utente a sua R_03_89 Nota de Alta - Projeto Cuidando e é informado o técnico proponente.

4.5. ENVOLVIMENTO DAS FAMÍLIAS (P_03_06_05)

Atividades	Responsável	Descrição
Envolvimento das famílias	Técnico de referência	Envolvimento da família/cuidador, sempre que possível ou indicado, privilegiando o momento de elaboração e avaliação dos PII.

5. LISTA DE DOCUMENTOS ASSOCIADOS

D_03_03 Manual de Instruções para Aplicação dos Instrumentos de Reabilitação Psicossocial

D_03_04 Manual de Aplicação da Ficha de Avaliação de Competências (FAC)

D_03_05 Qualidade de vida relacionada com a saúde

R_03_19 Ficha de encaminhamento para Unidades de Reabilitação

R_03_20 Ficha de avaliação de competências

R_03_21 Plano individual de intervenção

R_03_23 Escala de Barthel

R_03_24 Escala de supervisão

R_03_25 Estado funcional global

Cópia não controlada quando impresso

Elaborado	Data	Aprovado	Data	Página
ESQ	08/09/2010	Direção do ISJD	01/06/2016	6 de 8



R_03_26 Mini mental state examination
R_03_27 Escala de avaliação global de funcionamento
R_03_29 Escala de deterioração global
R_03_30 Escala breve de avaliação psiquiátrica
R_03_31 Ficha de encaminhamento para atividades de ocupação/ reabilitação
R_03_32 Avaliação de Atividades de Ocupação
R_03_37 Levantamento de Necessidades das Famílias
R_03_53 Lista de Utentes Encaminhados para Serviço de Reabilitação
R_03_54 Ficha de Candidatura CPA
R_03_80 SEW - Questionário de autoavaliação do bem-estar
R_03_81 Ficha de Referenciação
R_03_82 Informação de Admissão
R_03_83 Registo de Intervenção
R_03_84 Entrevista de Zarit de sobrecarga do cuidador
R_03_85 Anamnese
R_03_86 Datas Relevantes
R_03_87 Terapêutica
R_03_88 Rotina Diária do Utente
R_01_13 Questionário de Avaliação da Qualidade e da Satisfação dos Utentes – Serviço Domiciliário
R_03_89 Nota de Alta – Projeto Cuidando
R_12_02 Informação e Consentimento

6. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão	Data	Alterações
V01		Versão aprovada 22/09/2010.
V02	15/03/2011	Atividades «Permanência do Utente na Unidade» e «Avaliação e Revisão dos Serviços». Acréscimo do P_03_06_03.
V03	28/02/2012	P_03_06_01 Atividades «Emissão de parecer». «Contrato de Admissão», «Permanência do Utente na Unidade», «Reuniões Comunitárias» e «Saída do Utente». P_03_06_02 Atividades «Emissão de Parecer», «PII», «Avaliação» e «Saída do Utente». P_03_06_03 Atividades «Avaliação e Revisão dos Serviços» e «Avaliação da política e procedimentos de confidencialidade»
V04	16/12/2012	Inserção do apoio domiciliário P_03_06_04.
V05	23/02/2013	Definições e lista de documentos associados. P_03_06_01 Atividades: «Permanência do Utente na Unidade», «Assinatura do Utente». P_03_06_02 Atividades: «PII», «Avaliação» e «Reuniões Comunitárias». P_03_06_03 Atividade: «PII».
V06	26/03/2014	Inserção da avaliação das expectativas aquando da avaliação do PII.
V07	19/09/2014	Atividade «PII» (P_03_06_02).
V08	16/03/2015	Avaliação da Qualidade de vida. Atividade “Reuniões comunitárias”. Responsabilidades P_06_06_03.
V09	01/06/2016	Atividades: reuniões comunitárias, elaboração do PII, envolvimento das famílias.

Cópia não controlada quando impresso

Elaborado	Data	Aprovado	Data	Página
ESQ	08/09/2010	Direção do ISJD	01/06/2016	7 de 8



V10	12/11/2019	Atividade «envolvimento das famílias»
V11	17/12/2019	Atividade «Admissão» (P_03_06_03; Atividade «Apresentação e Integração» (P_03_06_04).