

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior dos Altos Estudos

Estudo do Impacto da Desinstitucionalização de doentes e /ou deficientes mentais no seu Bem-Estar Psicológico

Uma Experiência de Reabilitação Psicossocial

“Quinta Pedagógica das Romãzeiras”



Ana Carolina Cordeiro de Almeida

Tese de Mestrado em Psicologia Clínica no Ramo de Psicoterapia e Psicologia clínica,
apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.

Orientadora: Professora Doutora Sandra Oliveira
Co-Orientador: Dr. Paulo Santos

Coimbra, Setembro de 2009

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior dos Altos Estudos



Casa de Saúde Rainha Santa Isabel



Ana Carolina Cordeiro de Almeida

Estudo do Impacto da Desinstitucionalização de doentes e /ou deficientes mentais no seu Bem-Estar Psicológico

Uma Experiência de Reabilitação Psicossocial – “Quinta Pedagógica das Romãzeiras”

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no Ramo de Psicoterapia e Psicologia clínica, apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga orientada pela Professora Doutora Sandra Oliveira e co-orientada pelo Dr. Paulo Santos.

Coimbra, Setembro de 2009

Na capa da nossa dissertação colocámos duas reproduções de pinturas, cujas imagens consideramos representativas do nosso estudo.

Numa, (“Figura en una ventana”, de Salvador Dali, 1925), parece uma janela aberta para o começo de um sonho de libertação, felicidade, realização em suma de Bem-estar Psicológico.

A outra imagem, (“O Ramallete”, Picasso, 1959), representa o trabalho conjunto que ajudou a ir além da janela e na “Quinta Pedagógica das Romãzeiras” criou uma pequena sociedade, onde as utentes passaram a sentir-se valorizadas, respeitadas e úteis, contribuindo a desinstitucionalização destas pessoas, com deficiência e/ou doença mental, para o seu Bem-Estar Psicológico.

As outras imagens reportam-se à “Quinta Pedagógica”, onde foi feito o estudo.

“Nasce Selvagem”

Mais do que um país
que uma família ou geração

Mais do que um passado
Que uma história ou tradição

Tu pertences a ti

Não és de ninguém

Mais do que um patrão

Uma rotina ou profissão

Mais do que um partido
que uma equipa ou religião

Tu pertences a ti

Não és de ninguém

Vive selvagem

E para ti serás alguém

Nesta viagem

Quando alguém nasce

Nasce selvagem

Não é de ninguém

Quando alguém nasce

Nasce selvagem

Não é de ninguém,

De ninguém

Delfins

AGRADECIMENTOS

A vida é feita de desafios, sucessos e derrotas, mas este desafio foi marcante para a minha realização pessoal e profissional, obrigando-me a um esforço acrescido, só ultrapassado com a ajuda de muitos que estiveram ao meu lado.

A finalização da tese é o culminar de todo um percurso da minha vida, no qual só foi alcançado com a ajuda de pessoas que foram fundamentais para ter conseguido chegar até aqui. Deste modo, não posso deixar de lhes agradecer e de lhes demonstrar o quanto elas foram importantes para mim no meu enriquecimento pessoal e profissional.

Agradeço, À Professora Doutora Sandra Oliveira, orientadora da dissertação, pela compreensão que teve para comigo, nos momentos em que falhei na concretização dos prazos combinados. Agradeço-lhe também pelas assertivas correcções que me fez ao longo do trabalho e que constituíram uma valiosa ajuda para o culminar da minha tese.

Agradeço em especial ao meu orientador de estágio e co-orientador da dissertação que me acompanhou durante todo este ano. Agradeço o apoio, a partilha do saber, as valiosas contribuições para o meu trabalho, pela disponibilidade, pela orientação e auxílio na realização do mesmo. Acima de tudo, muito obrigada pelo companheirismo e paciência, pela confiança que me foi depositada e principalmente pela amizade construída ao longo deste ano.

Agradeço ainda à Casa de Saúde Rainha Santa Isabel por terem colaborado comigo, e por me ter possibilitado a realização do meu estudo. À Reverendíssima Irmã Alice (Irmã Superiora da Casa de Saúde) ao Dr. Miguel (Director Gerente), ao Dr. Falcão (Director Clínico), ao Dr. Emanuel (Terapeuta Ocupacional) e às utentes que participaram no meu estudo. Muito obrigada a todos por todo o carinho e interesse com que sempre me receberam e ajudaram.

Agradeço também à Doutora Margarida Pocinho pela ajuda na análise estatística que me prestou e por todo o interesse e empenho que depositou no meu trabalho.

Um agradecimento especial à minha amiga e colega de curso e estágio, Paula Rocha Marques por toda a ajuda, apoio, disponibilidade e partilha de saberes.

Estou muito grata a todos os meus familiares pelo incentivo recebido ao longo deste ano. Aos meus pais, irmão e prima, obrigada pelo amor, alegria, tempo, sorriso e atenção sem reservas. Agradeço principalmente ao meu pai pela compreensão nos momentos em que não pude estar presente.

O meu profundo e sentido agradecimento a todos, *Muito Obrigada.*

RESUMO

O presente estudo analisa uma experiência de desinstitucionalização de pacientes que se encontravam internadas na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel, em Condeixa-a-Nova, visando a sua inserção socio-comunitária, através da integração num projecto, que tem por nome “Quinta Pedagógica das Romãzeiras” apoiado num programa de reabilitação psicossocial (THS – Treino de Habilidades Sociais) e de Actividades de Vida Diária (AVDs).

O universo do estudo compreendeu um grupo de vinte pacientes que foram acompanhados na sua trajectória de desinstitucionalização e avaliados em dois momentos com um intervalo de oito meses. A primeira avaliação foi feita antes da desinstitucionalização de modo a obter os valores relativos ao estado psicológico e psicopatológico das utentes internadas. A segunda avaliação foi feita após a desinstitucionalização e a intervenção da equipa técnica através do respectivo projecto de reabilitação psicossocial. As duas áreas avaliadas foram: O índice Geral de Sintomas Psicopatológicos (Sintomatologia Psiquiátrica) e o nível de Bem-Estar Psicológico.

Os resultados deste estudo apontam no sentido, globalmente, existirem mudanças positivas consideradas estatisticamente significativas nos índices de sintomatologia, entre os dois momentos de avaliação. No que diz respeito à área de Bem-Estar Psicológico, os resultados revelam igualmente diferenças consideradas muito significativas entre os dois momentos de avaliação. O factor que se destacou mais foi o factor da Felicidade e da Auto-estima. O factor que menos se destacou foi o da sociabilidade. Estes resultados traduzem o impacto importante do processo de desinstitucionalização no aumento do Bem-estar Psicológico das pessoas com deficiência e/ou doença mental, institucionalizadas em internamento de longo termo. Os resultados também perspectivam uma mudança na qualidade de vida assim como na redução da sintomatologia, influenciando positivamente e de forma indirecta os resultados do impacto do processo de desinstitucionalização.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial; Bem-estar Psicológico; Doentes e/ou Deficientes Mentais.

ABSTRACT

This study analyzes the experience about the deinstitutionalization of patients who were admitted to Rainha Santa Isabel Hospital (Casa de Saúde Rainha Santa Isabel), in Condeixa-a-Nova, for the socio-community integration, through the project called “Training Farm of Pomegranate Trees” (Quinta Pedagógica das Romãzeiras), supported by a Program of Psychosocial Rehabilitation (THS – Social Skills Training) and Activities of Daily Living (ADLs).

The universe of the study included a group of twenty patients who were followed over the period way of deinstitutionalization and evaluated during two intervals of eight months.

The first evaluation was done before the deinstitutionalization to obtain figures on the psychological and psychopathological state of the admitted patients.

The second evaluation was made subsequently to the deinstitutionalization and the intervention of the technical team with their project of psychosocial rehabilitation. The two considered areas were: the index of psychopathological symptoms (psychiatric symptomatology) and the level of psychological welfare.

The results of this study point out that in general there were positive changes considered statistically significant in the table of symptoms between the two different moments. On what is concerned to the area of Psychological Well-being, the results of this study also show very significant differences between the two evaluation periods. The factors that stood out were Happiness and Self-esteem, while sociability was less put in relief. These results reflect the important impact of the deinstitutionalization process in increasing psychological well-being of people institutionalized for a long time and suffering from disorder and/or mental illness. They also provide a wider perspective on changing quality of life as well as reducing symptoms and in influencing indirectly the results of the impact of deinstitutionalization.

Keywords: Deinstitutionalization; Psychological Rehabilitation; Psychological Well-being; Patient and/or suffering from mental illness.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos

Resumo

Abstract

1. Introdução	3
2. Material e Métodos	16
2.1. Objectivos	16
2.2. Contextualização do estudo.....	16
2.2. Participantes	18
2.3. Instrumento	18
2.3.1. Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica.....	18
2.3.2. Avaliação do Bem-Estar Psicológico: <i>Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique</i> (EMMBEP)	18
2.3.3. <i>Brief Symptoms Inventory</i> (BSI)	20
2.4. Procedimentos	21
2.4.1. Recolha de Dados.....	21
2.4.2. Local de Realização do Estudo	21
2.5. Análise Estatística.....	22
3. Resultados	23
3.1. Características Sociodemográficas	23
3.2. Características clínicas	23
3.3. Avaliação do Bem-Estar Psicológico: EMMBEP	24
3.4. Avaliação da Sintomatologia Psiquiátrica: BSI	26
4. Discussão e Conclusão	27
5. Referências Bibliográficas	32

Anexos:

Anexo I - *Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique* (EMMBEP)

Anexo II - *Brief Symptoms Inventory* (BSI)

Anexo III - Lei da Saúde Mental

Anexo IV - “Projecto Quinta Pedagógica das Romãzeiras”

Apêndices:

Apêndice A - Declaração de Consentimento Informado

Apêndice B - Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição Temporal da Avaliação.....	21
Tabela 2. <i>Características Sociodemográficas da População Estudada (N = 20).....</i>	23
Tabela 3. <i>Tipo de Diagnóstico da Amostra (N = 20).....</i>	23
Tabela 4. <i>Tempo de Internamento da População Estudada (N = 20).....</i>	24
Tabela 5. <i>Diferenças nas Pontuações Médias dos Dois Momentos de Avaliação (T₀ E T₁) no Bem-Estar Psicológico (EMMBEP).....</i>	24
Tabela 6. <i>Diferenças nas Pontuações Médias dos Dois Momentos de Avaliação (T₀ E T) nas sub-escalas do Bem-Estar Psicológico (EMMBEP).....</i>	25
Tabela 7. <i>Correlação entre o Bem-Estar Psicológico (EMMBEP) e o Índice Geral de Sintomas nos Dois Momentos de Avaliação (T₀ e T₁).....</i>	25
Tabela 8. <i>Diferenças nas Pontuações Médias dos Dois Momentos de Avaliação (T₀ E T₁) no Índice Geral de Sintomas.....</i>	26

1. INTRODUÇÃO

Para se entender o conceito de desinstitucionalização é necessário fazer uma viagem na História e recuar alguns séculos, para observarmos as diversas transformações que se obtiveram até se alcançar este conceito. A existência de doença mental é tão antiga como a existência da humanidade. Houve uma evolução histórica do modo como era visto o doente mental antigamente e hoje (Moreira & Melo, 2005).

O fenómeno da loucura tem acompanhado a História da humanidade em cada época o significado que o contexto histórico, político, económico e sociocultural lhe atribui. A loucura atravessou séculos constituindo-se um desafio aos estudiosos do assunto que buscavam as suas causas para determinar terapêuticas de cura. Deste modo, os portadores de perturbações mentais foram submetidos a diferentes tratamentos, sendo vistos ora como loucos, ora como diferentes, alienados, ou estranhos. A discriminação acompanha a doença afectando todas as vivências: familiares, profissional e social (Correia, 2007).

Nas culturas primitivas, a doença mental era entendida como influência dos espíritos, em virtude do incumprimento de obrigações mágico-religiosas, violação do “tabu” ou possessão do demónio. O mago e o feiticeiro assumiam a função de *medium* entre o espírito e o doente ou familiares, em cerimónias colectivas (de todo o clã) “de orações, fumigações, efeitos psicodramáticos, transe colectivas e a absorção de drogas facilitadoras de embriaguez sagrada” (Santos, 2001).

Posteriormente, na Antiguidade Grega, as raízes da loucura são teológicas com a influência dos Deuses sobre o pensamento, levando a acção dos homens a interpretações sobrenaturais. Durante a Idade Média predominou a concessão demoníaca da loucura, sendo a igreja a responsável por expulsar os demónios (através do exorcismo e rituais religiosos). Mas como nem todos os “demónios se conseguiam expulsar”, as pessoas eram acorrentadas e emergidas dentro de água com banhos frios e sem comida (Santos, 2001). A Idade Média ficou assim conhecida pela chamada “caça às bruxas”, em que as pessoas eram queimadas nas fogueiras do inferno como a última forma de libertarem os demónios. Até aqui, a loucura era falada numa esfera muito particular, rodeada de uma intensa vergonha e onde imperava o medo. Com o Movimento Renascentista surgiu uma concepção alternativa que atribuía causas naturais à doença. Esta concepção deu origem a novas estruturas de assistência à doença mental, os chamados asilos. Os asilos

permitiram uma espécie de “limpeza social”. Os incómodos e indesejáveis eram institucionalizados, deixando de ameaçar a humanidade. Os “loucos” eram assim enjaulados, acorrentados e tratados como animais, num verdadeiro cenário de terror (Moreira & Melo, 2005).

Com o aparecimento do Iluminismo (final do século XVIII) a permanência nas instituições teria um carácter curativo. Nesta época, dá-se a Primeira Revolução em Saúde Mental, em que o “louco” alcança o estatuto “doente mental”. Foi Philippe Pinnel (1745-1826) que defendeu a possibilidade de fazer terapia psicológica no hospital, concedendo assim à experiência de encarceramento um potencial curativo. Este sugere que se devolvessem à sociedade os casos sem solução e que apenas permanecessem aqueles com que se poderia fazer tratamento psicológico. Em 1965, nos Estados Unidos a *American Psychological Association* (APA) nomeia Rush Benjamin (1745-1813) como o pai da psiquiatria americana. Este autor, tal como outros na Europa, encaravam o cérebro como base da doença mental e localizava os vasos sanguíneos às causas da mesma (Shorter, 2001). Desde aí, o cérebro começou a ser centro de estudos intensos e a ter mais importância. Neste contexto surgiu a medicação como possível tratamento da doença mental. Contudo, a euforia curativa e o interesse na anatomia do cérebro esmoreceu no final do século XX, passando a investir-se mais no social e no psíquico e não tanto no orgânico (Moreira & Melo, 2005).

A descoberta do inconsciente (século XIX) através de Freud foi considerada a Segunda Revolução na Saúde Mental. A teoria Freudiana veio esclarecer que os problemas psicológicos emergem de conflitos inconscientes, fruto de acontecimentos passados, principalmente de natureza sexual. Com a mudança de século é que a maioria dos autores acreditaram na existência de uma perturbação em que as causas e sintomas são mentais (idem, ibidem).

A Psiquiatria Institucional (movimento crítico ao sistema asilar), surge após a Segunda Guerra Mundial abrindo caminho para o debate das questões do poder nas instituições psiquiátricas. A psicanálise contribuiu para a possibilidade de tratamento psicológico e para a relação terapêutica. Surgiram ainda outros movimentos, como por exemplo os anti-psiquiatras. Estes criticaram as instituições por transformarem o indivíduo internado num “doente mental”, num inválido, num dependente, num despersonalizado e num inimputável (idem, ibidem).

O estudo da prevenção das perturbações psíquicas é um facto relativamente recente na história. Esta preocupação preventiva surgiu com a Terceira Revolução em Saúde Mental. Esta resultou principalmente em dois factores: a influência dos progressos da medicina preventiva e a incapacidade das estruturas existentes assegurarem os cuidados terapêuticos das perturbações psicopatológicas. Outro marco importante foi a Saúde Mental Comunitária, que se afasta do modelo clínico habitual e se inspira nos modelos de medicina preventiva, aplicando os princípios de higiene mental às populações. A Saúde Mental Preventiva passou a considerar como objecto de estudo, não só a pessoa, mas a própria comunidade e os seus ecossistemas (Cordeiro, 1994).

Os anos 50 e 60 marcaram o início de uma nova etapa nas abordagens relacionadas com o tratamento e reabilitação de doentes mentais. Nesta altura começou a desenvolver-se uma nova perspectiva. Os doentes mentais deveriam receber os cuidados necessários inseridos nas suas comunidades, evitando que fossem institucionalizados. Assim, em 1963 foi promulgada, nos Estados Unidos, a Lei dos Centros de Saúde Mental. Segundo esta lei, os centros deveriam proporcionar diversos serviços, como: internamento, acompanhamento pós-alta, hospital de dia, serviços de apoio na crise, serviços de reabilitação, lares de transição, consultoria, e prevenção através de acções educativas. (Altrocchi et al.; Caplan & Fairweather *cit in* Ornelas, 1996).

As pesadas críticas contra as diversas formas de tratamento que se fizeram ao longo da história da desinstitucionalização resultaram na Reforma Psiquiátrica que, nas últimas décadas, vêm-se efectivando ao nível mundial. No paradigma proposto, o portador de perturbação mental é visto sob um novo olhar, com mais sensibilidade, denotando maior maturidade política das entidades e movimentos sociais envolvidos com a saúde mental, à medida que se promove a desinstitucionalização nos campos, jurídico, político e socioeconómico. A reforma prevê o encerramento gradual dos hospitais psiquiátricos, a redução das hospitalizações, enfocando como prioridade as práticas comunitárias. O objectivo da atenção à saúde volta-se para a luta pela cidadania, autonomia e reintegração do portador de perturbação mental na família e na sociedade (Correia, 2007).

Em Portugal, tal como na maioria dos outros países, verificaram-se nos últimos 30 anos esforços importantes na reestruturação dos serviços de saúde mental. Esses esforços permitiram substituir progressivamente os cuidados baseados no hospital psiquiátrico por cuidados mais modernos e diversificados, melhor integrados no sistema

geral de saúde e mais próximos das populações (Caldas de Almeida, 1996; Caldas de Almeida & Xavier, 1997).

A nova legislação, por um lado, estabeleceu os princípios que regulamentam o internamento compulsivo e a defesa dos direitos das pessoas com doença mental. Por outro lado, definiu os princípios de organização dos serviços de saúde mental. Devido à nova legislação acabou-se com a prática inaceitável de internamentos compulsivos (sem qualquer base legal) (Anexo III).

Nos dias de hoje, a organização de serviços de saúde mental tornou-se um tema consensual em todo o mundo. Com base na avaliação das reformas de saúde mental realizadas em inúmeros países, e nos dados proporcionados pela vasta investigação realizada sobre a efectividade e os custos dos vários tipos de serviços, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras organizações internacionais defendem que os serviços de saúde mental devem organizar-se de acordo com diversos princípios. Sendo, eles: ser acessíveis a todas as pessoas com problemas de saúde mental; ser responsáveis por um sector geográfico específico com uma dimensão preparada para assegurar os cuidados essenciais (sem que as pessoas se tenham de afastar significativamente do seu local de residência); integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral, de modo a assegurar uma resposta efectiva às diferentes necessidades de cuidados das populações; ter uma coordenação comum; envolver a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade; estar estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde; e, colaborar com o sector social e organizações não governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves (Funk et al., 2005; Saraceno & Caldas de Almeida, 2001).

O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%, em Portugal), embora toda a evidência científica mostre que as intervenções na comunidade são as mais eficazes e as preferidas dos utentes e das suas famílias. Uma consequência inevitável desta distribuição de recursos é o reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade registado em Portugal. Muitos locais de saúde mental continuam reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia. Esses locais não dispõem de equipas de saúde mental comunitária, com programas de intervenção na crise e trabalho adequado com as famílias (Caldas de Almeida & Xavier, 1997; Gonçalves Pereira, Xavier, Neves, Correia, & Fadden 2006).

Tem-se observado que a saúde mental na comunidade é potencialmente mais humana e mais terapêutica, do que os cuidados hospitalares, mas este potencial é alcançado apenas, quando determinadas condições prévias tenham sido conseguidas (Lamb & Bachrach, 2001).

Os problemas de saúde mental constituem actualmente a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades. De facto, as necessidades no âmbito da saúde mental são de tal magnitude que exigem respostas atempadas e criativas dos serviços de saúde, com o envolvimento de outras estruturas públicas e de instâncias da comunidade, no âmbito de uma política nacional clara, dinâmica e adaptada à exigência dos nossos dias. Prevê-se para o futuro um incremento significativo da prevalência de doenças psiquiátricas, e em particular de casos de demência. Também se prevê um impacto crescente na sociedade portuguesa de problemas, directa ou indirectamente relacionados com a saúde mental, (como sejam os problemas de violência doméstica, o abuso de álcool e drogas, ou a delinquência juvenil). Por isso, a saúde mental é uma prioridade da política de saúde do XVII Governo Constitucional, respondendo assim, ao objectivo de assegurar a todos os cidadãos o acesso a serviços de saúde mental modernos e de qualidade (Ministério da Educação, 2007).

O Plano Nacional de Saúde Mental, que resulta do trabalho da Comissão Europeia (Helsínquia) tem como objectivos fundamentais: assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental no País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis; promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias; e, promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização (Ministério da Educação, 2007). Apesar destes aspectos inegavelmente positivos, a falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria dos serviços de saúde mental levaram a que Portugal se tenha

atrasado significativamente neste campo em relação a outros países europeus (Kovess et al., 2005).

A desinstitucionalização foi definida pela primeira vez por Bacharach (1976). Ele definiu como sendo a diminuição de abordagens institucionais tradicionais, a favor de serviços baseados exclusivamente na comunidade (*cit in* Ekdawi & Conning). O processo de desinstitucionalização desencadeia-se em dois movimentos. Por um lado, a saída dos doentes psiquiátricos hospitalizados, e por outro lado, a progressiva substituição hospital pelo tratamento na comunidade (Arranz, 1989, *cit in* Lind). Um dos principais problemas da desinstitucionalização, passam pelo facto das comunidades não estarem organizadas para a reinserção de pessoas com doenças mentais. Muitos dos doentes mentais institucionalizados voltaram a viver com as suas famílias, enquanto outros foram simplesmente “largados” na comunidade. Outros problemas da desinstitucionalização é a ausência de investimentos em alternativas de apoio habitacional permanente (e não apenas de carácter transitório); o insuficiente envolvimento de membros da comunidade nos processos de tomada de decisão; e, a não-resolução de algumas das necessidades “básicas” dos seus utentes (nomeadamente, de uma habitação condigna, de uma fonte de rendimento, de alimentação, de vestuário, de acesso a cuidados de saúde) (Ornelas, 1996).

Segundo Engel (1977 *cit in* Lamb & Bachrach) a desinstitucionalização levou-nos a um ponto de vista biopsicossocial (biológica, psicológica, sociológica) com eventos que afectam as vidas das pessoas com doença mental. Hartmann (1992) e Lauriello, Bustillo e Keith (2000, *cit in* Lamb & Bachrach) consideram que as discussões acerca da perspectiva biopsicossocial englobam não só a biologia da doença mental, mas também a sua sociologia (contexto dos cuidados de saúde). A parte sociológica inclui as necessidades e a esperança dos pacientes, como está descrito nos planos dos serviços de saúde mental.

As recentes descobertas sobre desinstitucionalização demonstraram melhores resultados em pacientes que residem na comunidade do que os pacientes institucionalizados. A preferência de diversos países pela desinstitucionalização é observada. Contudo, é necessário proceder-se ao encerramento total dos hospitais psiquiátricos. Com a saída da instituição e a inserção na comunidade há uma melhoria na sua qualidade de vida, bem como na auto-confiança, prevendo o acesso eficaz aos cuidados de saúde e ao tratamento. Estes resultados verificam-se especialmente nas

peessoas com deficiências e/ou doenças mentais mais graves, bem como para as pessoas com necessidades mais complexas, tais como as portadoras de perturbações da personalidade (Beadle-Brown, Mansell & Kozma, 2007).

Um estudo que analisou as diferentes formas de residências comunitárias chegou às seguintes conclusões sobre a desinstitucionalização e a vida na comunidade: as pessoas que vivem na comunidade em pequenas residências semi-independentes ou em regime de vida apoiada têm uma melhor qualidade de vida do que as vivem em hospitais psiquiátricos. Por um lado, existem mais oportunidades para a tomada de decisões (forma autónoma e semi-autónoma), uma maior inserção em redes sociais e mais apoio familiar. Por outro lado, têm mais oportunidades de adquirir novas competências e desenvolver ou manter as competências existentes, sentindo-se mais satisfeitos com a vida (Kozma, Mansell, & Beadle-Brown, 2009)

Diversas investigações, em vários países, têm indicado que os pacientes desinstitucionalizados podem ser mantidos na comunidade, demonstrando uma evolução positiva na aquisição de habilidades de vida diária e na qualidade das interações sociais, no nível global de funcionamento e na qualidade de vida. Em tratamentos de base comunitária, a autonomia e o desempenho geral dos pacientes podem ser melhorados (Bandeira, Lesage, & Morissete, 1994; Hobbs, Newton, Tennat, Rosen, & Tribe, 2002; Leff, 2000; Kamis-Gould, Snyder, Hadley, & Casey, 1999; Priebe, Hoffman, Isermann, & Kraiser, 2002; Rothbard, Kuno, Schinnar, Hadley, & Turk, 1999; Ryu et al, 2006; Trauer, Farhall, Newton, & Cheung, 2001; Trieman, Left, & Glover, 1999; Vidal, Bandeira, & Gontijo, 2008).

Segundo Rodríguez (1997) a intervenção farmacológica e psicoterapêutica tem como objectivo ajudar os doentes mentais a reintegrar-se na comunidade e a melhorar o seu funcionamento psicossocial. Esta intervenção permite que o doente mental continue no seu meio social em condições normais e independentes possíveis.

Segundo a OMS (2002) a eficácia da reabilitação psicossocial envolve “uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais: farmacoterapia, psicoterapia e reabilitação psicossocial”. As abordagens conhecidas como reabilitação psicossocial são uma importante componente do atendimento comunitário em saúde mental (Barton, 1999). Os modelos de reabilitação surgiram em virtude da observação, de que os modelos existentes nos anos 70, eram insuficientes para auxiliar o tratamento de pacientes. Esses pacientes perderam as habilidades necessárias para a vida na

comunidade, devido à própria doença e dos longos períodos de internamento (Test & Stein, 2000). A OMS (2002) também estabelece que os objectivos da reabilitação psicossocial são primordialmente: a emancipação (*empowerment*) dos utentes; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado (a médio e longo prazo). Estas estratégias deverão ser alcançadas pela articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde. Neste enfoque, a Reabilitação Psicossocial diferencia-se conceitualmente do tratamento propriamente dito. Como postula Farkas (2003), a reabilitação psicossocial centra-se na incapacidade e na desvantagem, com um conjunto de ferramentas próprias que a diferencia do tratamento propriamente dito. A definição de Reabilitação Psicossocial da OMS (2001) inclui várias vertentes. A reabilitação psicossocial oferece às pessoas que estão debilitadas, incapacitadas ou deficientes (devido à perturbação mental), a oportunidade de alcançar um nível de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o desenvolvimento das competências individuais como a introdução de mudanças sociais. Os principais objectivos da reabilitação psicossocial são a emancipação da pessoa, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.

Embora o progresso dos serviços para as pessoas com deficiência mental, baseados na comunidade como alternativa aos cuidados nas instituições, tenham origem na década de 1950 (Bruininks, Kudla, Hauber, Hill, & Wieck, 1981; Tizard, 1960, *cit in* Mansell), apenas no final dos anos 60 e início dos anos 70, o objectivo da política de desinstitucionalização foi concretizado, ou seja, a completa substituição das instituições psiquiátricas por serviços na comunidade (Kugel & Wolfensberger, 1969, *cit in* Mansell). Na América do Norte, Escandinávia, Grã-Bretanha e na Austrália, estas mudanças foram as mais importantes na política e no padrão de prestação de serviços em deficiência mental, nos últimos 50 anos (Mansell & Ericsson, 1996).

Os progressos e os resultados da desinstitucionalização estão a surgir e fazem-se também sentir na América do Norte, Europa e Oceânia, através da substituição de grandes instituições residenciais por uma rede de serviços baseados na comunidade. Os países líderes neste domínio, provavelmente, são a Suécia e a Noruega, onde aparentemente todas as instituições psiquiátricas foram substituídas, em que a lei já consagra o direito aos serviços na comunidade (Ericsson, 2002; Tossebro, 2004). Como

exemplo, é interessante apresentar a realidade do Canadá. Este país tem uma política de plena integração na comunidade para as pessoas com deficiência mental. O sistema dos cuidados de saúde prestados neste país é de particular interesse, porque é uma das poucas regiões no mundo que fechou por completo as instituições para crianças e adultos com deficiência mental (Friedlander, 2006).

Neste sentido, será importante definir o termo de Doença Mental e de Deficiência Mental. A Doença Mental abrange um leque alargado de perturbações que afectam o funcionamento global, o comportamento emocional, social e intelectual, devido à desadequação, ao invés de falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença. As doenças mentais manifestam-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existem alterações ou perda de capacidades. A OMS (2002) definiu doença mental como sendo uma perturbação mental caracterizada por alterações do pensamento, das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicossocial. A doença mental engloba factores biológicos, psicológicos e sociais.

A melhoria dos serviços para as pessoas com deficiência mental a residirem na comunidade, e o reforço dos avanços que já foram alcançados, contribuem para o desenvolvimento do potencial que é atingido na prática (Mansell, 2006). Moreira e Andrade (2003), realizaram uma pesquisa mais recente em que analisaram a autonomia dos portadores de perturbação mental grave, através do olhar do próprio utente. Participaram neste estudo seis utentes de um centro de atenção em saúde mental no Estado de Minas Gerais (Brasil). A partir da análise de conteúdo das fontes observou-se que têm habilidades sociais compatíveis com sua manutenção na comunidade, e que estabelecem bom nível de comunicação e entendimento da sua condição de vida. Os autores referiram que os utentes inseridos nesse serviço são capazes de estabelecer trocas com a comunidade em geral e realizar actividades sociais, o que sugere uma conquista de autonomia. Contudo, ainda vivem em mundos restritos, com estreitos espaços de trocas, dificultando o estabelecimento dos contactos sociais, (que poderiam gerar mais autonomia). Concluíram que o alto nível de pobreza e a fraca integração entre os profissionais e a comunidade teve influência negativa no processo.

Relativamente ao conceito de Deficiência Mental, a característica essencial é um funcionamento intelectual global inferior à média, que é acompanhado por limitações do funcionamento adaptativo em pelo menos duas das áreas seguintes: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos

comunitários, auto-controlo, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança. O início pode ocorrer antes dos 18 anos (American Psychiatric Association, 2002, p. 39). Podem ser especificados quatro graus de gravidade, que reflectem, o grau de incapacidade intelectual: deficiência mental ligeira, moderada, grave e profunda” (APA, 2002, p. 40). Segundo vários autores, o número de pessoas com deficiência mental em grandes instituições tem vindo a diminuir nos países como a Inglaterra, o E.U.A., Canadá, a Noruega e na Suécia. Nestes países qualquer pessoa com deficiência mental reside na comunidade ou em pequenas instituições (Braddock, Emerson, Felce, & Stancliffe, 2001; Braddock, Hemp, & Rizzolo, 2004; Coucouvanis, Lakin, Prouty, & Webster, 2006; Mansell, 2006; Tossebro, 2004; Grunewald, 2003).

Através de diversos estudos foi possível observar-se diferenças significativas a vários níveis. Os investigadores Beadle-Brown, Mansell e Kozma (2007) concluíram que depois da reinserção de pessoas com deficiência mental na comunidade, o nível da inclusão social trazia grandes benefícios, tais como: auto-confiança e cuidados de saúde. Em casos particulares de pessoas com perturbações da personalidade e pessoas com deficiência e/ou doença mental o mesmo também acontecia. Segundo o estudo de Davidson, Hoge, Godleski, Rakfeldt e Griffith (1996), a desinstitucionalização possibilitou, aos indivíduos com doença e/ou deficiência mental, cuidados de saúde na comunidade. A maioria dos hospitais psiquiátricos dispunha de condições precárias cabendo aos sistemas de saúde mental a responsabilidade de criarem alternativas habitacionais para a transição dos pacientes dos hospitais para a vida em comunidade. Todo este processo se deparou com diversas dificuldades, como: a inexistência de recursos para implementação dos sistemas de saúde mental, e a insatisfação dos pacientes com as alternativas habitacionais existentes. A investigação de Larson e Lakin (1989) concluiu que durante algum tempo as pessoas institucionalizadas apresentavam uma significativa diminuição e perda de inteligência adaptativa e das capacidades intelectuais e sociais (*cit in* Lerman, Apgar & Jordan). Hubert e Hollins (2006) estudaram uma amostra de vinte homens com comportamentos de desafio/oposição, (numa enfermaria fechada de um hospital psiquiátrico) que eram preparados para serem inseridos na comunidade. Através da técnica de observação, os investigadores revelaram que estes homens foram privados da sua vida emocional, social e física. A sua individualidade, sexualidade e identidade social não era reconhecida, bem como os

cuidados de saúde em geral não eram prestados adequadamente. Os investigadores concluíram que quem vive em instituições de longa permanência tendem a perder a sua identidade social, originando diversos problemas de saúde mental e comportamental. A equipa de Robertson (2001), comparou adultos que vivem em residências na comunidade, com adultos que vivem em instituições psiquiátricas. Robertson e equipa concluíram que, independentemente do tipo de habitação, as pessoas com deficiência mental são muito introvertidas. Brown, Shiraga e Kessler (2006), descrevem uma considerável integração social de cinquenta indivíduos com deficiência mental. Os autores registaram as histórias de trabalho e o apoio que foi prestado por profissionais de saúde ao longo dos anos em ambientes de trabalho. Os investigadores concluem que apesar de alguns relacionamentos ocorrerem com relativa facilidade, é "mais comum para eles que estes relacionamentos significativos sucedam de forma gradual "(p. 118) e através da intervenção de técnicos de emprego e outras equipas.

A convivência como cidadão na sociedade não é o único atributo desejável. Mas a convivência desprovida do preconceito que paira sobre a doença mental, ainda nos dias de hoje aparece como um ideal a ser conquistado. A conquista desse ideal passa necessariamente por várias instâncias, legislativa, política, de organização de serviços (Hirdes, 2009).

Após a revisão bibliográfica efectuada, observámos um recrudescer do interesse pela compreensão do fenómeno do Bem-estar Psicológico e das suas envolvências. Desde a antiguidade clássica que os filósofos procuravam compreender a essência necessária para uma vida feliz. Deste modo, procuraram contribuir para a promoção de sociedades com maior Bem-estar Psicológico. Alguns investigadores defendem que a felicidade é central na realização pessoal e na saúde mental. A felicidade das pessoas não pode ser tomada apenas como uma preocupação da sociedade ocidental, mas como um conforto pessoal e centrado na própria pessoa (Lyumobirsky, Sheldon, & Schkade, 2005).

Abordar o conceito de Bem-Estar envolve necessariamente a referência aos domínios da afectividade e da cognição que globalizam o ser humano no seu todo. A noção actual de saúde acentua a noção de bem-estar, caracterizando-se como um forte indicador de percepção subjectiva. Strumpfer (2002, *cit in* Monteiro, Tavares e Pereira) sugeriu que o bem-estar pode ser entendido como a primeira preocupação da psicologia

positiva, abrangendo estudos no campo da felicidade, satisfação, aspecto positivo ou avaliação subjectiva da qualidade de vida.

A qualidade de vida envolve, para além de aspectos ambientais, os aspectos internos relativos a cada pessoa que correspondem ao Bem-estar Psicológico (BEP) e ao Bem-Estar Subjectivo (BES) (Veenhoven, 2005, *cit in* Albuquerque & Lima). Estes dois tipos de bem-estar construíram-se a partir de perspectivas filosóficas com diferentes terminologias e delimitações teórico-conceituais (bem-estar, felicidade, afectos e emoções, satisfação com a vida, etc.). Estas perspectivas originaram duas correntes de pensamento que orientam os modelos actuais de Bem-estar Psicológico: o hedonismo e o eudaimonismo. (Compton, Smith, Cornish & Qualls, 1996; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Lent, 2004; Ryan & Deci, 2001; Ryff & Keyes, 1995; Waterman, 1993). O BES encontra-se vinculado ao hedonismo. Este bem-estar é como a felicidade subjectiva e a procura de experiências de prazer ou o equilíbrio entre afecto positivo e afecto negativo (Diener, 2000; Diener & Lucas, 1999). Por sua vez, o Bem-estar Psicológico radica na perspectiva de eudaimónica assumindo o bem-estar como realização do potencial humano (Ryff, 1995). Waterman (1993), considerou que as divergências entre estas duas concepções de Bem-estar consistem, essencialmente, em que o Bem-estar Subjectivo está associado à felicidade, ao relaxamento, a sentimentos positivos e a uma ausência relativa de problemas, enquanto o Bem-estar Psicológico associa-se à mudança, ao exercício do esforço, à procura do crescimento e desenvolvimento pessoal.

O Bem-estar Psicológico traduz a avaliação subjectiva que os indivíduos fazem das suas vidas, incluindo conceitos como a satisfação com a vida, a felicidade, as emoções agradáveis, os sentimentos de realização pessoal e de satisfação com o trabalho e a qualidade de vida, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis. Deste modo, representa a avaliação acerca das suas vidas (naquele momento e ao longo da vida), o que não significa propriamente saúde psicológica, mas reflecte um aspecto de bem-estar necessário (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener & Scollon). O Bem-estar Subjectivo é uma dimensão positiva da Saúde. É considerado, simultaneamente, um conceito complexo, por integrar uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva. É um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a qualidade de vida, o afecto positivo e o afecto negativo. O BES é um conceito recente e tem suscitado um interesse generalizado em muitas vertentes da Psicologia. À

medida que os estudos vão confirmando a sua estrutura e sistema de conceitos associados, o BES têm reforçado a sua identidade (Galinha & Ribeiro, 2005).

O BEP enquanto dimensão global do funcionamento inclui, simultaneamente, aspectos perceptivo-cognitivos e afectivo-emocionais. O BEP é um constructo associado à personalidade da pessoa. Segundo as proposições de Novo (2003, *cit in* Fernandes, 2007) é de esperar que o Bem-estar Psicológico reflecta o processo do desenvolvimento pessoal inerente à definição da identidade, expressão que resulta da interacção entre personalidade e o contexto sociocultural. A personalidade permite identificar as percepções/avaliações que cada indivíduo tem/faz de si próprio e das suas condições e experiências de vida. Assim, resulta de um processo de formação de identidade ao longo do curso da vida. Como o próprio Erik Erikson afirmou que a (re)construção da identidade é apontada, de um modo específico, como necessária ao desenvolvimento e ao bem-estar (Erikson, 1962, 1968, 1981, *cit in* Fernandes, 2007).

Apostar nestas pessoas, leva-nos a acreditar nos potenciais dos doentes com perturbações psicopatológicas, nas suas mudanças de padrões e comportamentos e na aquisição de habilidades que lhes permitam viver e interagir na sociedade. Este viver pode dar-se através da inserção real no mercado de trabalho e também pela gestão que efectua na sua vida (cuidar de si mesmo, do seu próprio ambiente e das suas relações interpessoais). Assim torna-se importante “conceder-lhes crédito”, com o intuito de que com a sua autonomia e capacidade possam tornar-se empreendedores confiantes (Saraceno, 1999).

Consideramos que o processo de desinstitucionalização levanta uma série de questões de ordem ética, filosófica, psicológica, muitas delas a aguardar respostas plausíveis e esclarecedoras.

Assim, com esta investigação consideramos que contribuímos para a reflexão sobre algumas dessas questões, sobretudo nos aspectos relacionados com o Bem-estar Psicológico promovido a partir do processo de desinstitucionalização. Não obstante, o presente estudo pretende, enquanto objectivo central, compreender se de facto existe alguma co-relação gerada pelas mudanças no estilo de vida, no espaço residencial, nas expectativas relativamente ao futuro e qual o impacto destas alterações no Bem-estar Psicológico pré e pós ocorrência do processo de desinstitucionalização.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A presente investigação consiste num estudo prospectivo que visa verificar se ocorreu um padrão de mudança através do tempo, usando cada paciente como o seu próprio controlo. Segundo Fortin (2009), os estudos podem definir-se de acordo com o tempo (corte) ou seguindo uma ordem hierárquica. Em termos hierárquicos, esta investigação é também do tipo descritivo – correlacional (nível II), na medida em que visa verificar as relações entre factores.

2.1. Objectivos

Este estudo visa analisar o impacto do processo de desinstitucionalização, avaliando o Bem-estar Psicológico e as suas sub-escalas (felicidade, sociabilidade, controlo de si e dos acontecimentos, envolvimento e motivação, auto-estima e sensação de equilíbrio). Analisa também os índices psicopatológicos de um grupo de sujeitos com diagnóstico de deficiência mental e/ou doença mental que foram integrados num projecto de Reabilitação Psicossocial específico, de modo a que combater a minorar os danos psicossociais causados pela institucionalização de longa duração.

Relativamente aos objectivos específicos, pretendemos avaliar comparativamente dois momentos distintos do processo de desinstitucionalização: o momento de pré-desinstitucionalização e o momento pós-desinstitucionalização, com um intervalo cronológico de oito meses. Em cada momento procura-se analisar de que forma este processo de desinstitucionalização teve impacto na expressão da sintomatologia psiquiátrica residual dos sujeitos.

2.2. Contextualização do estudo

Esta investigação foi realizada numa instituição psiquiátrica, (Casa de Saúde Rainha Santa Isabel), que tem como objectivo reinserir os seus pacientes na comunidade. Devido a todas as mudanças históricas e constitucionais já descritas, a desinstitucionalização é um dos objectivos primordiais desta instituição. Assim, é importante descrever em que consiste este Projecto.

O Projecto denomina-se “Quinta Pedagógica das Romãzeiras” a decorrer na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel, (Condeixa-a-Nova), tendo sido iniciado em 2008 (Anexo IV). É um projecto que tem por finalidade desinstitucionalizar as pessoas com doença

e/ou deficiência mental integrando-as na comunidade, promovendo a sua reabilitação integral, livre de estigmas e preconceitos. Tem ainda como principal objectivo a desinstitucionalização de pacientes com Deficiência Mental Ligeira e Doença Mental. Os objectivos específicos são: a reabilitação psicossocial, reinserção na comunidade, diminuição do estigma, promoção da autonomia e auto-estima, realização pessoal, viver em família, diminuição do número de recaídas, diminuição da medicação e aumento da autonomia. Este projecto contempla uma vertente residencial que é composta por quatro vivendas, preparadas para acolher grupos de cinco pessoas do sexo feminino. A “Quinta Pedagógica das Romãzeiras” é uma estrutura física relacionada com o meio ambiente e a sua preservação, onde está presente uma cultura de ecopedagogia sobre o meio ambiente. Nesta quinta irão existir diversas culturas biológicas e animais de várias espécies. Assim, as residentes (pessoas deficientes mentais e/ou doentes mentais estabilizadas) terão de executar funções ou tarefas que passam pela manutenção das diversas espécies e culturas, bem como a preservação dos espaços. Na quinta existem circuitos pedonais que servem como passeios turístico para os visitantes virem conhecer uma nova realidade biopsicossocial. Irão existir também neste espaço vários *ateliers*: doces caseiros, flores ornamentais, ervas aromáticas e cogumelos silvestres.

Antes das utentes passarem para a Quinta, residem numa Unidade de Ganhos de Autonomia (UGA), ainda dentro da própria instituição, por um período de tempo determinado, enquanto participam num programa de preparação para a sua transição para a Quinta. Nesta unidade são desenvolvidas as competências necessárias para a sua futura autonomia, tais como: Treino de Aptidões Sociais; Treino de Actividades de Vida Diárias (AVDIs); Gestão de Conflitos; Relações Humanas; Educação para a Saúde e Agropecuária. Após um período programado de seis semanas nesta unidade, as pacientes passam a residir na quinta. O acompanhamento nas casas é realizado por uma monitora (distribuída por cada casa) e pela respectiva equipa do projecto (Psicólogo; Assistente Social; Terapeuta Ocupacional; Enfermeiro e Psiquiatra) onde se realizam reuniões semanalmente com as utentes. Cada utente ainda pode contar com um terapeuta de referência, escolhido livremente para a ajudar em questões mais pessoais. Essas reuniões servem para gerir conflitos, efectuar dinâmicas de grupo e melhoria da comunicação intra-grupal, bem como a distribuição de tarefas semanais. As utentes continuam a desempenhar na CSRSI as diversas actividades que realizavam dentro da instituição.

2.2. Participantes

Os participantes deste estudo foram seleccionados tendo em conta os critérios de selecção da, “Quinta Pedagógica das Romãzeiras”, escolhidos pelos promotores do projecto supracitado. Os critérios de inclusão são os seguintes: ter entre 20 e 65 anos; estar estabilizada, do ponto de vista psiquiátrico; ter o diagnóstico de deficiência mental ligeira (F 70.9) e ou doença mental (F 20.5); revelar motivação para actividades ao ar livre e contacto com animais e plantas; e, não estar integrado em nenhum outro projecto em curso na instituição. Face aos critérios pré-estabelecidos o projecto tem como população alvo vinte utentes, que simultaneamente são os participantes deste estudo. (Anexo IV).

2.3. Instrumento

2.3.1. Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica

Este questionário foi construído com o objectivo de se adquirir informações acerca da amostra em estudo (Apêndice B). Assim, as informações do presente formulário são relativas às características sociodemográficas das utentes e ao nível das características clínicas. As variáveis sociodemográficas definidas são: idade, estado civil e escolaridade. As variáveis de caracterização clínica são: Tempo de Institucionalização e Diagnóstico.

De referir que apenas as informações das características sociodemográficas foram recolhidas por meio da inquirição directa às utentes. As informações relativas à caracterização clínica foram obtidas por meio da consulta dos processos individuais das utentes em questão.

2.3.2. Avaliação do Bem-Estar Psicológico: *Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique* (EMMBEP)

Devido à realidade institucional do Projecto “Quinta Pedagógica das Romãzeiras” optámos por avaliar o Bem-estar Psicológico. Esta escolha teve em consideração os principais objectivos do presente estudo, referidos anteriormente. Por conseguinte, avaliar o BEP pareceu-nos mais abrangente e adequada à realidade vivida pelas pacientes institucionalizadas.

Avaliou-se o Bem-Estar Psicológico através da versão portuguesa da EMMBEP (Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair, & Battaglini, 1998) traduzida e adaptada por

Monteiro e equipa (2006). Trata-se de uma escala de auto-resposta constituída por 25 itens, numa escala de tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (quase sempre). A EMMBEP está dividida em seis escalas: Auto-Estima (4 itens), Equilíbrio (4 itens), Envolvimento Social (4 itens), Sociabilidade (4 itens), Controlo de si e dos acontecimentos (4 itens) e felicidade (5 itens) (Anexo I). Os estudos psicométricos efectuados por Monteiro e equipa (2006) revelaram níveis adequados de consistência interna para a nota global (0,93). As seis sub-escalas consideradas apresentam valores de alfa entre 0,71 e 0,85 (Monteiro, Tavares & Pereira, 2006).

A fidelidade da EMMBEP foi avaliada através do estudo da consistência interna, com o cálculo do coeficiente item restante e do coeficiente do alfa de Cronbach. A validade de constructo foi estudada recorrendo a uma análise factorial confirmatória (o método de extracção utilizado foi o da Análise dos Componentes Principais, com rotação Varimax com normalização de Kaiser) (Monteiro et al., 2006).

A análise factorial confirmatória revelou uma estrutura com seis factores distintos, responsáveis por 65,620% da variância total do questionário. O Factor I, responsável por 17,026% da variância total é constituído por 8 itens, que se relacionam com o sentimento de felicidade (exemplo de item: "Senti-me bem, em paz comigo próprio") - O Factor II, responsável por 11,598% da variância total, é constituído por 4 itens, que dizem respeito a aspectos de sociabilidade (exemplo de item: "Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta"). O Factor III, responsável por 11,280% da variância total, é constituído por 3 itens, que se relacionam com sensação de controlo de si e dos acontecimentos (exemplo de item: "Estive capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações"). O Factor IV, responsável por 8,833% da variância total, é constituído por 3 itens e diz respeito a aspectos de envolvimento e motivação (exemplo de item: "Tive objectivos e ambições"). O Factor V, responsável por 8,521% da variância total, é constituído por 4 itens e está relacionado com a auto-estima (exemplo de item: "Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam"). O Factor VI, responsável por 8,362% da variância total, é constituído por 3 itens e relaciona-se com a sensação de equilíbrio (exemplo de item: "A minha vida foi bem equilibrada, entre as minhas actividades familiares, pessoais e académicas"). A consistência interna foi avaliada para a nota global da escala e para as seis sub-escalas separadamente (Monteiro et al., 2006).

Os autores verificaram uma elevada concordância e similaridade entre o seu estudo e os estudos originais (Massé et al, 1998), quer relativamente à estrutura subjacente do instrumento, quer quanto à inclusão da maioria dos itens nos factores obtidos (Monteiro et al., 2006).

Os autores concluíram que a presente versão em língua portuguesa da EMMBEP revelou possuir características psicométricas bastante satisfatórias, nomeadamente no que se refere à consistência interna e à análise factorial (Monteiro et al., 2006, 2008).

2.3.3. *Brief Symptoms Inventory (BSI)*

Utilizou-se como instrumento de avaliação, a versão portuguesa (Canavarro, 1999a, 1999b) do Brief Symptoms Inventory (BSI; Derogatis, 1982). É um inventário de auto resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo Likert que vai desde 0 (Nunca) a 4 (Muitíssimas vezes).

Avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais. (Anexo II). Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes de psicopatologia. As nove dimensões primárias avaliadas são: somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo (Canavarro, 1999a, 1999b, 2007).

Os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove sub-escalas, com valores de alpha entre .621 (Psicoticismo) e 0,80 (Somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0,63 (Ideação Paranóide) e 0,81 (Depressão). Foram igualmente encontrados dados abonatórios da validade do instrumento, através de correlações de Spearman entre as notas das nove dimensões de sintomatologia e das três notas globais, sendo todas as correlações encontradas significativas para $p < 0,001$. A validade discriminativa do BSI foi também confirmada através duma análise discriminante de função em que foram colocadas como variáveis discriminadoras as pontuações obtidas nas escalas do BSI e nos três índices gerais e como variável dependente a saúde mental. A função revelou-se estatisticamente significativa na sua globalidade, sendo todos os F altamente significativos do BSI (Canavarro, 1999a, 1999b, 2007).

Foi ainda verificado que todas as pontuações obtidas no BSI permitiam discriminar entre indivíduos perturbados emocionalmente e indivíduos pertencentes à população em geral, foi estabelecido um ponto de corte entre estes dois grupos, utilizando o Índice Geral de Sintomas (IGS), obedecendo à fórmula de Fisher para o ponto de corte de 1,7. Assim, a autora com base neste resultado definiu que, com uma nota no IGS do BSI \geq 1,7, é provável encontrar pessoas perturbadas emocionalmente; e abaixo desse valor, indivíduos da população em geral (Canavaro, 1999a, 1999b, 2007).

2.4. Procedimentos

2.4.1. Recolha de Dados

A recolha de dados foi efectuada pelo investigador principal, no decorrer do período de Outubro de 2008 e Julho de 2009. As utentes participaram de forma informada e voluntária (Apêndice A), tendo em consideração os princípios Éticos presentes na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2004).

Foram avaliadas em dois momentos cronologicamente distintos, com as duas escalas atrás mencionadas. O percurso temporal e analítico pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1.
Distribuição Temporal da Avaliação.

	Outubro 2008	Novembro a Dezembro 2008	Janeiro a Junho 2009	Julho 2009
T₀; Avaliação da pré-desinstitucionalização)	✓			
Permanência na Unidade de Ganhos de Autonomia (UGA) com treino de aptidões sociais (TAS)	✓	✓	✓	✓
T₁; Avaliação da Pós-desinstitucionalização				✓

2.4.2. Local de Realização do Estudo

O presente estudo foi realizado na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (CSRSI), em Condeixa-a-Nova. A CSRSI é um dos 12 centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), instituição de solidariedade social. A Congregação das Irmãs Hospitaleiras fundada em 31 de Maio de 1881, em

Ciempozuelos (Madrid), tendo como fundadores um sacerdote italiano da Ordem de São João de Deus, Bento Menni e duas mulheres de Granada que se tornaram religiosas, Irmã Maria Josefa Recio e a Irmã Maria Angústias Giménez. Esta congregação surgiu como resposta a uma situação de abandono no campo da saúde e “exclusão social” das doentes mentais da época.

A CSRSI foi fundada em 1959 e está localizada na quinta dos Silvas, em Condeixa-a-Nova, distrito de Coimbra. A CSRSI tem por finalidade essencial o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doentes do sexo feminino em saúde Mental e psiquiatria. Encontra-se dividida por oito unidades, em que apenas uma serve de curto internamento, todas as restantes acolhem utentes de médio e longo internamento. A CSRSI tem diversos projectos de reabilitação psicossocial. Assim, a instituição assume um papel de relevo ao serviço da comunidade, apresentando projectos e equipamentos de reabilitação psicossocial únicos na Região Centro. O projecto de reabilitação psicossocial tem por nome “Projecto Quinta Pedagógica das Romãzeiras” (Ecossistema Terapêutico).

2.5. Análise Estatística

Iniciámos a análise estatística utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 15 do Windows XP). No nosso estudo considerámos como variável dependente o Bem-estar Psicológico, e como variável independente os sintomas psicopatológicos.

Para o tratamento de dados com a análise exploratória para aferir a possibilidade de utilização dos testes paramétricos. Com o teste Shapiro-Wilk (amostra < 30), procuramos analisar a proximidade da distribuição dos dados à curva normal (Maroco, 2003). O resultado revelou a não-normalidade da distribuição ($P_{(S-W)} > 0,05$) e que a amostra apresenta uma distribuição assimétrica ($(SK_{/Erro\ Padrão} > |2|)$) no EMMBEP e no IGS e em ambos os momentos.

Comparámos os dois momentos através das pontuações médias das sub-escalas do EMMBEP. Para o efeito utilizámos o teste *t* de Student para dados emparelhados.

Foi utilizado o *Ró* de Pearson para medir a intensidade das relações entre as variáveis em estudo. O *Ró* de Pearson exige a normalidade da distribuição, pressuposto que é violado nas distribuições das pontuações dos nossos questionários (Pestana & Gageiro, 2008).

Resultados

2.1. Características Sociodemográficas

O grupo de 20 pacientes estudadas apresentou as características sociodemográficas observadas na Tabela 2.

As pacientes avaliadas apresentam uma idade média de 46,6 anos ($DP = 11,6$).

No que diz respeito ao nível de escolaridade, podemos observar que três quartos das pacientes são alfabetizadas ou finalizaram o primeiro ciclo (60%). Cinco das pacientes são analfabetas e apenas uma possui um curso superior.

Relativamente à variável estado civil, 17 das pacientes são solteiras (85%) e as restantes 3 utentes são divorciadas (15%).

Tabela 2

Características Sociodemográficas da População Estudada (N = 20).

	Idade
Média	46,60
Desvio-Padrão (DP)	11,60
Moda	44
Valor mínimo	26
Valor máximo	64

2.2. Características clínicas

Na Tabela 3 estão apresentadas os diagnósticos das pacientes. A maioria das pacientes foi diagnosticada com deficiência mental ligeira (75%), referente a um grupo de 15 pessoas. Cinco pacientes foram diagnosticadas com o diagnóstico de Esquizofrenia (20%) e apenas uma das pacientes teve um outro diagnóstico.

Tabela 3

Tipo de Diagnóstico da Amostra (N = 20).

	Frequências Absolutas	Percentagem Relativa (%)
Atraso Mental Leve	15	75,0
Esquizofrenia	4	20,0
Outro	1	5,0
Total	20	100,0

Na Tabela 4 está apresentado o tempo de internamento da população estudada. Relativamente ao tempo médio de internamento na instituição é de 20,10 anos ($DP = 16,25$). Pode-se observar amplitudes acentuadas e desvio-padrão elevado em relação à idade e ao tempo de internamento.

Tabela 4
Tempo de Internamento da População Estudada ($N = 20$).

Tempo de internamento	
Média	20,10
Desvio-Padrão	16,25
Valor mínimo	1
Valor máximo	47
Total (n)	20

2.3. Avaliação do Bem-Estar Psicológico: EMMBEP

Como se pode observar na Tabela 5 houve melhorias no Bem-estar Psicológico, entre o primeiro momento e o segundo momento, verificando-se assim, que no segundo momento os valores de Bem-estar Psicológico passaram a ser muito mais elevados do que no primeiro momento, a diferença foi estatisticamente significativa.

Tabela 5.
Diferenças nas Pontuações Médias dos Dois Momentos de Avaliação (T_0 e T_1) no Bem-Estar Psicológico (EMMBEP).

	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
EMMBEP T_0	20	57,85	8,29	16,32	<0,001
EMMBEP T_1	20	95,40	7,08		

Notas: EMMBEP = *Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique*; T_0 = Primeiro Momento de Avaliação; T_1 = Segundo Momento de Avaliação; *n* = amostra; *t* = test t de Student; *p* = nível de significância.

Para complementar a compreensão do bem-estar comparamos as suas dimensões nos dois tempos. Feita a análise de EMMBEP por sub-escalas verificamos que todas as pontuações subiram significativamente (Tabela 6).

As sub-escalas que se destacam mais nesta melhoria são a *felicidade*, passado de uma média de 22,3 no primeiro momento para 37,0 no segundo momento de avaliação.

Seguidamente, o valor mais alto encontrado foi a da *auto-estima*, que no primeiro momento tinha uma média de 9,20, passado para uma média de 15,7 no segundo momento de avaliação.

Relativamente à sub-escala que apresentou uma média menos alta no segundo momento, foi o factor da *sociabilidade* de 11,2 no primeiro momento para 14,9, no segundo momento. Este facto pode ser sinónimo de alguma dificuldade no restabelecimento de vinculações afectivas significativas devido ao factor tempo, na medida em que oito meses podem não ter sido suficientes para o aumento da sociabilidade e dos relacionamentos interpessoais gratificantes e constantes.

Tabela 6.

Diferenças nas Pontuações Médias dos Dois Momentos de Avaliação (T_0 e T_1) nas sub-escalas do Bem-Estar Psicológico (EMMBEP).

Sub-escalas	T_0		T_1		<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Felicidade	22,3	2,8	37,1	3,3	15,2	< 0,001
Sociabilidade	11,2	2,0	14,9	2,9	3,5	< 0,001
Controlo de Si e dos acontecimentos	4,9	1,7	9,5	1,2	3,9	< 0,001
Envolvimento e motivação	5,5	1,6	10,0	1,6	3,9	< 0,001
Auto-estima	9,2	2,3	15,8	1,6	13,1	< 0,001
Sensação de equilíbrio	7,4	1,3	11,2	1,0	10,4	< 0,001

Notas: T_0 = Primeiro Momento de Avaliação; T_1 = Segundo Momento de Avaliação; *t* = test t de Student; *p* = nível de significância.

Colocou-se aqui a questão, se a melhoria no bem-estar não seria devido à melhoria dos sintomas e vice-versa, em vez de ser devido à desinstitucionalização. Assim, para perceber se existia correlação entre a sintomatologia psicopatológica e o bem-estar, recorreremos ao coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 7). Os resultados mostraram que o bem-estar não depende dos sintomas psicopatológicos ($p > 0,05$), o que nos leva a deduzir que a melhoria dos resultados se deve efectivamente a este processo de desinstitucionalização.

Tabela 7.

Correlação entre o Bem-Estar Psicológico (EMMBEP) e o Índice Geral de Sintomas nos Dois Momentos de Avaliação (T_0 e T_1).

	EMMBEP T_0		EMMBEP T_1	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Índice Geral de Sintomas T_0	- 0,039	0,871	- 0,298	0,201
Índice Geral de Sintomas T_1	0,009	0,969	0,024	0,921

Notas: EMMBEP = *Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique*; T_0 = Primeiro Momento de Avaliação; T_1 = Segundo Momento de Avaliação; *r* = Ró de Pearson; *p* = nível de significância.

2.4. Avaliação da Sintomatologia Psiquiátrica: BSI

Como já referido do teste das diferenças entre o momento T_0 e o momento T_1 foi efectuado com a prova estatística t de Student medidas repetidas.

Como se pode observar na Tabela 8 houve melhorias significativas entre os dois momentos de avaliação, passando de uma situação de psicopatologia com relevância clínica para uma situação de controlo (compensação) clínica.

Apesar dos resultados terem revelado valores consideravelmente significativos na maioria das pacientes, uma delas não alcançou a pontuação para a normalidade ou controlo, tendo apresentado uma pontuação de 3 antes da desinstitucionalização e uma pontuação de 2,30 após ter sido desinstitucionalizada. Outra apresentou uma pontuação de 3,17 (IGS), quando ainda se encontrava institucionalizada, baixando a sua pontuação para 1,74 após estar inserida no projecto de desinstitucionalização, embora tenha ficado no limiar do ponto de corte não deve ser considerada como um caso de “fracasso” neste projecto.

De referir ainda que estas duas utentes em questão já tinham estado institucionalizadas noutras instituições psiquiátricas, onde estiveram inseridas noutros projectos de reinserção social, sem se conseguirem adaptar, o que as diferencia das restantes utentes, podendo ser um factor explicativo para os resultados encontrados.

Tabela 8.

Diferenças nas Pontuações Médias dos Dois Momentos de Avaliação (T_0 E T_1) no Índice Geral de Sintomas.

	Média	Desvio-Padrão	t	p
Índice Geral de Sintomas T_0	2,49	0,44	16,35	< 0,001
Índice Geral de Sintomas T_1	1,22	0,39		

Notas: T_0 = Primeiro Momento de Avaliação; T_1 = Segundo Momento de Avaliação; t = Teste t de Student; p = nível de significância.

3. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A doença mental constituiu desde sempre um desafio à capacidade das sociedades tanto na tarefa de tratar como de reabilitar os seus portadores. Actualmente as instituições consagram inequivocamente, um princípio de integração dos deficientes e/ou doentes mentais e rodeiam-nos com um conjunto de normas e garantias destinadas a assegurar não só a sua integração, como também uma provisão pública de cuidados de saúde mental adequados à sua situação.

Os resultados do presente estudo apontam no sentido da existência de mudanças positivas consideradas estatisticamente significantes nos índices de sintomatologia e de Bem-estar Psicológico, entre os dois momentos de avaliação. Assim, consideramos alcançados os objectivos a que nos propusemos no início da investigação.

A revisão bibliográfica mostra-nos que diversas investigações têm comprovado os benefícios da reinserção de deficientes e/ou doentes mentais na comunidade. Estas investigações têm-se focado sobretudo na sociabilidade (Forrester-Jones et al, 2006); no comportamento desafiador e opositivo (Alexander, Crouch, Halstead, & Piachaud, 2006; Hubert & Hollins, 2006; Young, 2006), na medicação (McGillvray & McCabe, 2005), no contacto com a família (Beadle-Brown, Mansell, Whelton, Hutchinson, & Skidmore, 2006; Stancliffe & Lakin, 2006), nos contactos sociais e inclusão social (Abott & McConkey, 2006; Hall & Hewson, 2006; McConkey et al., 2007), na gestão da vida pessoal e qualidade de vida (Beadle-Brown et al, 2006; Smith et al, 2005), nos custos da desinstitucionalização (Hallam et al, 2006), e no impacto dos diferentes tipos residências (Young, 2006).

Existem várias investigações realizadas em diversos países que indicam que os pacientes desinstitucionalizados podem ser mantidos na comunidade. Estes pacientes demonstram uma melhoria nas habilidades de vida diária, na interacção social, no nível global de funcionamento e na qualidade de vida (Furtado, 2006; Hobbs et al., 2002; Leff, Trieman, Knapp, & Hallam, 2000; Kamis-Gould et al., 1999; Okin, Barus, Baer, & Jones 1995; Priebe et al., 2002; Rothbard et al., 1999; Ryu et al., 2006; Thornicroft, Bebbington, & Leff, 2005; Trieman et al., 1999).

Relativamente aos estudos elaborados sobre o Bem-estar Psicológico em doentes e/ou deficientes mentais desinstitucionalizados, tem havido pouco investimento nesse âmbito. As investigações encontradas nesta área estão relacionadas com os factores

predisponentes do Bem-estar Psicológico, correspondendo às sub-escalas do EMMBEP. Através da revisão bibliográfica, a maioria das pesquisas com algumas semelhanças ao nosso estudo apenas se debruçaram a avaliar a qualidade de vida (e.g., Castro-Henriques, Barros, Pais Ribeiro, & Palha, 2006; O'Brien, Thesing, Tuck, & Capie, 2001; Wojciech, 1998) e a satisfação de vida (e.g., McCormick, 1999) de pacientes desinstitucionalizados e a viver em comunidades.

Nas investigações realizadas por Lauber e colaboradores (2006), Okin, Barus, Baer e Jones (1995), Picardi e equipa (2006), Whiteford e Buckingham (2005) e Wolff, Pathare, Craig e Leff (1996) conclui-se que os pacientes desinstitucionalizados encontravam-se mais satisfeitos quando residiam na comunidade do que nos hospitais psiquiátricos. A maioria dos pacientes prefere regimes pouco restritivos, o que permite viverem de forma mais independente. A sociedade demonstrou atitudes positivas e aceitação a esta proposta da psiquiatria comunitária, o que facilitou a integração social, a autonomia e o desempenho geral dos pacientes desinstitucionalizados. Na presente investigação este facto pode ser comprovado pelos resultados das sub-escalas do EMMBEP. As áreas do Bem-estar Psicológico que mais se destacaram foram a felicidade e a auto-estima nos diferentes momentos de avaliação. Este é um tipo de resultado que não é suportado por qualquer estudo revisto. Contudo, este facto pode ser justificado, pois tanto a auto-estima como a felicidade são o resultado evidente das melhorias visíveis na realização pessoal. Para além deste motivo, a melhoria das condições de habitabilidade, dos níveis de privacidade pessoal e da redução do estigma social surgiu devido à nova vida na comunidade, ou seja, viverem num grupo familiar trouxe mais autonomia, mais liberdade e mais confiança.

Relativamente à área de Bem-estar Psicológico que apresenta uma pontuação média inferior, a sociabilidade, é possível de ser explicada. Esta área não demonstra ter uma melhoria tão acentuada ($T_0 = 11,2$ e $T_1 = 14,9$), comparativamente às restantes sub-escalas. Este resultado poderá dever-se ao intervalo de avaliação entre os dois momentos de medição ser reduzido (8 meses). Este intervalo de tempo pode não ter sido suficiente para criar um clima de mais intimidade e confiança, na medida em que as relações no *setting* hospitalar são muitas vezes mecânicas e desprovidas de afecto. Assim, estes aspectos revelam-se como “sintomas” residuais da institucionalização, de difícil mudança. O hospital psiquiátrico sempre foi um constituinte significativo da identidade do sujeito (especialmente para aqueles que lá permaneceram por muito

tempo). Neste local há poucas possibilidades de relacionamento entre os seus residentes. Normalmente, estas pessoas relacionam-se apenas com outros colegas residentes, funcionários, familiares e às vezes com voluntários (Lemay, 2009). Nestas instituições é bastante comum que o indivíduo estabeleça relações amistosas com funcionários para obter favores ou algum auxílio financeiro. Segundo Goffman (1961) este fenómeno é considerado como um “sistema de privilégios” (*cit in* Fassheber & Vidal).

Relativamente ao objectivo deste projecto de desinstitucionalização e o seu impacto nos índices psicopatológicos e por conseguinte na expressão da sintomatologia psiquiátrica dos sujeitos, a nossa investigação apontou no sentido de existirem melhorias significativas entre os 2 momentos de avaliação, passando de uma situação de psicopatologia com relevância clínica para uma situação de controlo (compensação) clínica. Estes resultados devem ser analisados com cautela na medida em os resultados nesta área são controversos, não chegando todos às mesmas conclusões.

Na investigação de O’Driscoll e Leff (1993) os pacientes foram avaliados em uma bateria de oito escalas em relação a resultados clínicos e sociais. Os autores destacam que os pacientes preferem morar fora do hospital e a qualidade de vida aferida é consideravelmente superior à do hospital psiquiátrico, embora relativamente poucos estejam integrados socialmente. Apesar de uma alta proporção de delírios e alucinações, os pacientes conseguiram adquirir habilidades úteis para a vida em comunidade. Esta investigação confirma os nossos resultados, pois salienta as diferenças positivas entre o hospital e a comunidade.

Verificamos que existe uma melhoria estatisticamente significativa entre o primeiro momento de avaliação (quando residem na instituição psiquiátrica) e o segundo momento de avaliação (quando residem nas casas da “Quinta Pedagógica das Romãzeiras”). No entanto, outros estudos contradizem os nossos resultados. Os estudos de Leff e Trieman (2000) e Priebe e equipa (2002), com amostras maiores e com maiores períodos de intervenção, não foram significativos. Leff e Trieman (2000) referiram presença de delírios e alucinações em alguns pacientes desinstitucionalizados prejudicando a aquisição das habilidades necessárias para viver em comunidade.

Os estudos internacionais salientam a escassez e as dificuldades metodológicas das pesquisas que aferem os resultados do cuidado extra-hospitalar para pacientes alocados em programas comunitários após longa institucionalização. Os problemas estão relacionados com o escasso tempo de seguimento, a selecção de amostras pequenas e

heterogéneas, a adopção de medidas inconsistentes e imprecisas e com a não utilização de medidas amplas de resultados que incluam os aspectos clínicos, sociais, económicos e de utilização dos serviços (Leff & Trieman, 2000).

No nosso estudo não foi verificada qualquer relação entre o Bem-estar Psicológico com os Sintomas Psicopatológicos, ou seja, não se associam e não são influenciadas entre si, talvez pelo facto das pacientes estarem compensadas ou controladas clinicamente e não apresentarem sintomatologia activa ou recorrências. Pelo que já foi referido, a escassez de investigações que relacionassem as mesmas variáveis que o nosso estudo não nos permite justificar esta relação com outros estudos. A replicação desta investigação seria uma possibilidade viável para colmatar essa evidência e dificuldade.

A análise estatística apoia os nossos resultados, no entanto, há limitações no nosso estudo que devem ser enumeradas. Uma das principais limitações é relativa ao tamanho da amostra. Na medida em que o número de sujeitos que a contemplam (20 sujeitos) é limitativo na pretensão da generalização dos resultados.

Uma das limitações com que nos deparamos foi o facto do Projecto “Quinta Pedagógica das Romãzeiras não se encontrar terminado, não tendo ainda atingido as metas inicialmente traçadas: construção de mais equipamentos de reabilitação psicossocial, ludoterapia, ergoterapia, fitoterapia, zooterapia, dinâmicas de grupo específicas, museu agrícola, estufa para microprodução, hidroponia e percurso turístico para visitas. Possivelmente com a finalização do Projecto e em pleno funcionamento, estes resultados poderiam sofrer alterações. Configuramos que num futuro próximo haja um incremento das relações inter-grupais e intra-grupais, contribuindo para resultados mais positivos a nível da sociabilidade.

Outra das limitações da nossa investigação que também deve ser tida em conta é relativamente à heterogeneidade da amostra. As diferenças sociodemográficas e os anos de internamentos das pacientes são diferentes.

Para pesquisas futuras seria interessante tentar perceber se os níveis de Bem-estar Psicológico estariam directamente dependentes dos efeitos da medicação em pacientes desinstitucionalizados. Achamos que seria também interessante estudar se as melhorias se mantêm ao longo do tempo ou se sofrem alguma alteração, no sentido de tentar perceber o que ainda deve ser melhorado e aperfeiçoado. Outras propostas para futuras investigações seriam, avaliar o impacto da desinstitucionalização, no Bem-estar

Psicológico, relacionado com uma diminuição da medicação; saber se passado algum tempo, estas utentes ainda teriam os mesmos resultados positivos (se as melhorias se mantêm). Outros estudos seriam desejáveis para verificar a diferença de género e em que sejam considerados grupos mais homogêneos, com amostras maiores e mais representativas.

Um tema para uma investigação futura, um pouco diferente dos propostos, será estudar se há diferenças nos níveis de Bem-estar Psicológico dos técnicos de Saúde Mental, pelo facto de trabalharem em instituições psiquiátricas ou em residências comunitárias.

Em síntese, consideramos que a presente investigação contribuiu para o lançamento da reflexão acerca da eficácia e da eficiência do projecto “Quinta Pedagógica das Romãzeiras” na promoção do Bem-estar Psicológico das utentes inseridas no mesmo.

As vantagens que existem em residir em comunidades pequenas, sobretudo para doentes e/ou deficientes mentais estão muitas vezes relacionadas com a existência de uma rede social de apoio, com o aumento da autonomia dos utentes, uma menor sobrecarga familiar, menores dificuldades laborais e menos problemas relacionados com o estigma e com a dependência económica.

Com esta investigação podemos referir com mais segurança que houve um impacto do processo de desinstitucionalização no aumento dos níveis de Bem-estar Psicológico, fruto das potencialidades do paradigma Tridimensional de Reabilitação Psicossocial no qual assenta este projecto: A Dimensão Ecopedagógica, a Dimensão Social e a Dimensão Psicológica, criando um *setting* terapêutico que já está a dar os seus primeiros resultados positivos.

Ao observarmos a realidade das pessoas com doença mental, esta revela um conjunto de necessidades muito mais complexas do que o controlo da sintomatologia psiquiátrica. Estas necessidades envolvem a sua integração na sociedade, o desempenho de papéis sociais de forma adequada e a necessidade de suporte para enfrentar as exigências do quotidiano, melhorando a sua qualidade de vida e o seu Bem-estar Psicológico.

4. Referências Bibliográficas

- Abott, S., & McConkey, R. (2006). The Barriers to Social Inclusion as Perceived by People with Intellectual Disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 10(3), 275-287.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-estar Subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Albuquerque, I., & Pedroso de Lima, M. (2007). Personalidade e bem-estar subjectivo: Uma abordagem com projectos pessoais. Acedido em 5, Março, 2009 em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0373.pdf>
- Alexander, R. T., Crouch, K., Halstead, S., & Piachaud, J. (2006). Long-term outcome from a medium secure service for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 305-315.
- American Psychological Association (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
Asociacion Madrileña de Rehabilitación Psicossocial, 15—16.
- Bandeira, M., Lesage, A., & Morissete, R. (1994). Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 4(12), 659-666.
- Barton, R. (1999). Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*, 50(4), 525-534.
- Beadle-Brown, J., Mansell, J. L., Whelton, B., Hutchinson, A., & Skidmore, C. (2006). People with learning disabilities in 'out-of-area' residential placements: 2. Reasons for and effects of placement. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(11), 845-856.
- Beadle-Brown, J., Mansell, J., & Kozma, A. (2007). Deinstitutionalisation in Intellectual Disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 437-442.
- Braddock, D., Emerson, E., Felce, D., & Stancliffe, R. J. (2001). Living circumstances of children and adults with mental retardation or developmental disabilities in the United States, Canada, England and Wales, and Australia. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 7, 115–121.
- Braddock, D., Hemp, R., & Rizzolo, M. C. (2004). State of the states in developmental disabilities. *Mental Retardation*, 42, 356–370.
- Brown, L., Shiraga, B., & Kessler, K. (2006). The quest for ordinary lives: The integrated post-school vocational functioning of 50 workers with significant disabilities. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 31(2), 93-121.
- Caldas de Almeida, J. M. (1996). Community Psychiatry in Portugal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 5(2) 92-95.
- Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M. (1997). Perspectivas Actuais do Tratamento da Esquizofrenia na Comunidade. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 885-862.
- Canavarro, M. C. (1999a). Relações Afectivas e Saúde Mental. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (1999b). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, (II), pp. 87-109. Braga: SHO-APPOR.

- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.). *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, (III), pp. 305-331. Coimbra: Quarteto Editora.
- Castro-Henriques, M., Barros, G., Pais Ribeiro, J. L., & Palha, F. (2006). Social functioning and quality of life in schizophrenic patients - A comparative study between institutionalized and day center patients. *Mental Health*, 8(1), 11-22.
- Compton, W.C., Smith, M.L., Cornish, K.A., & Qualls, D.L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), 406-413.
- Cordeiro, J. D. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Correia, V. A. C. (2007). *Cenários e Práticas do Psicólogo nos Centros de atenção Psicossocial em Santa Catarina*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Vale Itajaí, Itajaí.
- Coucovanis, K., Lakin, K.C., Prouty, R., & Webster, A. (2006). Reductions continue in average daily populations of large state facilities: nearly 70% decrease between 1980 and 2005. *Mental Retardation*, 44, 235-238.
- Davidson, L., Hoge, M. A., Godleski, L., Rakfeldt, J., & Griffith, E. E. H. (1996). Hospital or community living? Examining consumer perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 49-58.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality And Subjective Well-Being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Ed.), *Well-Being: The Foundations Oh Hedonic Psychology* (pp. 213-229). Nova Iorque: Russel Sage Foundation.
- Diener, E., & Scollon, C. (2003). Subjective well-being is desirable, but not the summum bonum. *Paper to be delivered at the University of Minnesota Interdisciplinary Workshop on Well-Being*, 1-20.
- Ekdawi, M., Y. & Conning, A., M. (1994). *Psychiatric rehabilitation: A Practical guide*. Londres: Chapman & Hall.
- Ericsson, K. (2002). *From institutional to community participation: Ideas and realities concerning support to persons with intellectual disability*. Uppsala: Uppsala University.
- Farkas, M. (2003). Restablecimiento (Recovery) y Rehabilitación. *Boletín da*
- Fassheber, V. B., & Vidal, C. E. L. (2007). Da tutela à Autonomia: Narrativas e Construções do Quotidiano em uma Residência Terapêutica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(2), 194-207.
- Fernandes, H. M. G. (2007). O Bem-Estar Psicológico em Adolescentes – Uma abordagem centrada no florescimento humano. Dissertação Doutorado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Forrester-Jones R., Carpenter R., Coolen-Schrijner, J., Cambridge, P., Tate, P., & Beecham A., et al. (2006). The social networks of people with intellectual disability living in the community 12 years after resettlement from long-stay hospitals. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(4), 285-295.

- Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização* (2ª Ed.). Loures: Edições Técnicas e Científicas.
- Friedlander, R. (2006). Mental Health for Persons with Intellectual Disability in the Post-Deinstitutionalization Era: Experiences from British Columbia. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 43(4), 275–280.
- Funk, M., Drew, N., Saraceno, B., Caldas de Almeida, J. M., Agossou, T., & Wang, X., et al. (2005). A framework for mental health policy, legislation and service development: addressing needs and improving services. *Harvard Health Policy Review*, 6(2), 57-69.
- Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação actual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. *Ciência Saúde Colectiva*, 11(3), 785-795.
- Galinha, I., & Ribeiro, P. J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Gonçalves Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 1-8.
- Grunewald, K. (2003). Close the institutions for the intellectually disabled: everyone can live in the open society. Acedido em 30, Abril, 2009 em <http://www.independentliving.org/docs7/grunewald2003.html>
- Hall, L., Hewson, S. (2006). The community links of a sample of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(2), 204-207.
- Hallam, A., Beecham, J., Knapp, M., Carpenter, J., Cambridge, P., Forrester-Jones, R., et al. (2006). Service use and costs of support 12 years after leaving hospital. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(4), 296-308.
- Hirdes, A. (2009). Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciência & Saúde Colectiva*, 14(1), 165-171.
- Hobbs, C., Newton, L., Tennant, C., Rosen, A., & Tribe, K. (2002). Deinstitutionalization for long-term mental illness: a 6-year evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 60-66.
- Hubert, J., & Hollins, S. (2006). Men with severe learning disabilities and challenging behaviour in long-stay hospital care: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 188, 70–74.
- Kamis-Gould, E., Snyder, F., Hadley, T. R., Casey, T. (1999). The impact of closing a state psychiatric hospital on the county mental health system and its clients. *Psychiatric Services*, 50, 1297-1302.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Kovess, V., Caldas de Almeida, J. M., Carta, M., Dubuis, J., Lacalmontie, E., & Pellet, J., et al. (2005). Professional team's choices of intervention towards problems and needs of patients suffering from schizophrenia across six European countries. *European Psychiatry*, 20(8), 521-528.

- Kozma, A., Mansell, Jim., & Beadle-Brown, Julie. (2009). Outcomes in Different Residential Settings for People With Intellectual Disability: A Systematic Review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(3), 193-222.
- Lamb, H. R., & Bachrach, L. L. (2001). Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatric services*, 52(8), 1039-1045.
- Lauber, C., Nordt, C., Haker, H., Falcató, L., & Roessler, W. (2006). Community psychiatry: results of a public opinion survey. *International Journal Social Psychiatry*, 52(3), 234-242.
- Leff, J., & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 217-223.
- Leff, J., Trieman, N., Knapp, M., & Hallam, A. (2000). The TAPS project: a report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin*, 24, 165-168.
- Lemay, R. A. (2009). Deinstitutionalization of People With Developmental Disabilities: A Review of the Literature. *Canadian journal of community mental health*, 28(1), 181-194.
- Lent, R.W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on Well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482-509.
- Lerman, P., Apgar, D. H., & Jordan, T. (2005). Longitudinal Changes in Adaptive Behaviors of Movers and Stayers: Findings From a Controlled Research Design. *Mental Retardation*, 43(1), 25-42.
- Lind, W. (1997). Aptidões Sociais em Saúde Mental para Fomentar a Desinstitucionalização de Doentes de Evolução Prolongada. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Mansell, J. (2006). Deinstitutionalisation and community living: Progress, problems and Priorities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(2), 65-76.
- Mansell, J., & Ericsson, K. (1996a). Conclusion: Integrating diverse experience. In J. Mansell & K. Ericsson (Eds.), *Deinstitutionalization and community living: Intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA* (pp. 241-253). London: Chapman & Hall.
- Maria, S., & Sousa, F. (2000). A desinstitucionalização e as alternativas habitacionais ao dispor de indivíduos com perturbações mentais: Um novo modelo habitacional – A habitação apoiada. *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 181-189.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS (2ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'É.M.M.B.E.P. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89(5), 352-357.
- McConkey R, Abbott S, Noonan-Walsh P *et al.* (2007). Variations in the social inclusion of people with intellectual disabilities in supported living schemes and residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research*; 51(3), 207-217.

- McCormick, B. P. (1999). Contribution of social support and recreation companionship to the life satisfaction of people with persistent mental illness. *Therapeutic Recreation Journal*, 33, 304-319.
- McGillvray, J., McCabe, M. P. (2005). The relationship between residence and the pharmacological management of challenging behavior in individuals with intellectual disability. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17(4) 311-325.
- Ministério da Educação (2007). Relatório elaborado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de Saúde Mental em Portugal (Não publicado).
- Monteiro, S. (2008). *Optimismo e vinculação na transição para o ensino superior: Relação com sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico*. Dissertação de doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006). *Estudo das características psicométricas da escala de medida de manifestação de bem-estar*. In I. Leal, J. L. Ribeiro e S. N. Jesus (Eds.). *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 53-58). Lisboa: ISPA Edições.
- Moreira, M. I. B., & Andrade, A. N. (2003). Ouvindo loucos: Construindo possibilidades de viver com autonomia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 249-266.
- Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde Mental do tratamento à Prevenção*. Porto: Porto Editora.
- O’ Driscoll, C., & Leff, J. (1993). The TAPS Project. 8: Design of the research study on the long-stay patients. *British Journal of Psychiatry - Supplement*, 19, 18-24.
- O’Brien, P., Thesing, A., Tuck, B., & Capie, A. (2001). Perceptions of change, advantage and quality of life for people with intellectual disability who left a long stay institution to live in the community. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26(1), 67-82.
- Okin, R. L., Barus, J. F., Baer, L., & Jones, A. L. (1995). Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. *Psychiatric Services*, 46, 73-78.
- OMS & AMP (2002). *Reducing Stigma and Discrimination against older people with mental disorders. A Technical Consensus Statement*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). Relatório Mundial da Saúde 2001. *Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Tradução de Climepsi editores: Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Ornelas, J. (1996). Sistemas de suporte comunitário. *Análise Psicológica*, 14(2-3), 331-339.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Picardi, A., Rucci, P., De Girolamo, G., Santone, G., Borsetti, G., & Morosini, P. (2006). The quality of life of the mentally ill living in residential facilities: findings from a national survey in Italy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(6), 372-381.

- Priebe, S., Hoffmann, K., Isermann, M., & Kaiser, W. (2002). Do long-term hospitalised patients benefit from discharged into the community?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 387-392.
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., & Hallam, A., et al. (2001). Social networks of people with mental retardation in residential settings. *Mental Retardation*, 39(3), 201-214.
- Rodriguez, A. R. (1997). *Rehabilitación Psicossocial de Personas com Transtornos Mentales Crônicos*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Rothbard, A. B., Kuno, E., Schinnar, A., Hadley, T., & Turk, R. (1999). Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: a 3-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 920-927.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-being In Adult Life. *Current Directions. Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of Psychological Well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryu, Y., Mizuno, M., Sakuma, K., Munakata, S., Takebayashi, T., & Murakami, M., et al. (2006). Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(5), 462-70.
- Santos, A. C. (2001). *Ideologias. Modelos e Práticas Institucionais em Saúde Mental e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora.
- Saraceno, B., & Caldas de Almeida, J. M. (2001). A special year for mental health in the world. *Journal of Public Health*, 9(4), 209-210.
- Shoter, E. (2001). *Uma história da Psiquiatria: Da Era do Manicómio à Idade de Prozac*. Coimbra: Climepsi Editores.
- SPSS Inc. (2004). *Statistical Package for the Social Sciences* (Windows Vista versão 15.0). [Computer software and manual].
- Stancliffe, R. J., & Lakin, K. C. (2006). Longitudinal frequency and stability of family contact in institutional and community living. *Mental Retard*, 44(6), 418-29.
- Test, M., & Stein, L. (2000). Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 36(1), 47-60.
- Thornicroft, G. M. D., Bebbington, P. M. D., & Leff, J. M. D. (2005). Outcomes for Long-Term Patients One Year After Discharge From a Psychiatric Hospital. *Psychiatric services*, 56(11), 1416-1422.
- Tossebro, J. (2004). Policy evaluation and national surveys of the living conditions of people with intellectual disabilities in Norway. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(4-5), 486-507.

- Trauer, T., Farhall, J., Newton, R., & Cheung, P. (2001). From long-stay psychiatric hospital to community care unit: evaluation at 1 year. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 416-419.
- Trieman, N., Leff, J., & Glover, G. (1999). Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 319, 13-16.
- Vidal, C. E. L., Bandeira, M., & Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 70-79.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.
- Whiteford, H. A., & Buckingham, W. J. (2005). Ten years of mental health service reform in Australia: are we getting it right?. *Medical Journal of Australia*, 182(8), 396-400.
- Wojciech, O. (1998). Quality of life and problems experience by the mentally retarded persons, both institutionalized and living in the community. *Journal of Mental Changes*, 4(2), 87-100.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996). Community attitudes to mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 168(2) 183-190.
- World Medical Association. (2004). *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Acedido em Outubro, 30 de 2008 de <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>.
- Young, L. (2006). Community and cluster centre residential services for adults with intellectual disability: long-term results from an Australian-matched sample. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(6), 419-431.

Anexos

Anexo I

*Échelle de Mesure des Manifestations du
Bien-Être Psychologique (EMMBEP)*

ESCALA DE MEDIDA DE MANIFESTAÇÃO DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Massé et. al, 1998: versão Portuguesa: Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006

Instruções: Por favor responda a cada uma das seguintes afirmações de acordo com a escala fornecida.

DURANTE O ÚLTIMO MÊS

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente /	Quase sempre
1. Senti-me confiante.	1	2	3	4	5
2. Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam.	1	2	3	4	5
3. Senti-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, senti-me orgulhoso de mim próprio.	1	2	3	4	5
4. Senti-me útil.	1	2	3	4	5
5. Senti-me emocionalmente equilibrado.	1	2	3	4	5
6. Fui igual a mim próprio, natural em todas as circunstâncias.	1	2	3	4	5
7. Vivi a um ritmo normal, não tendo cometido excessos.	1	2	3	4	5
8. A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas actividades familiares, pessoais e académicas.	1	2	3	4	5
9. Tive objectivos e ambições.	1	2	3	4	5
10. Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas.	1	2	3	4	5
11. Envolvi-me em vários projectos.	1	2	3	4	5
12. Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas actividades e passatempos preferidos.	1	2	3	4	5
13. Ri-me com facilidade.	1	2	3	4	5
14. Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente.	1	2	3	4	5
15. Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos.	1	2	3	4	5
16. Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta.	1	2	3	4	5
17. Estive capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva.	1	2	3	4	5
18. Perante situações complexas, fui capaz de as resolver com clareza.	1	2	3	4	5
19. Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações.	1	2	3	4	5
20. Estive bastante calmo.	1	2	3	4	5
21. Tive a impressão de realmente gostar e viver a vida ao máximo.	1	2	3	4	5
22. Senti-me bem, em paz comigo próprio.	1	2	3	4	5
23. Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento dela.	1	2	3	4	5
24. A minha moral esteve boa.	1	2	3	4	5
25. Senti-me saudável e em boa forma.	1	2	3	4	5

Anexo II

Brief Symptoms Inventory (BSI)

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo III

Lei da Saúde Mental

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Resolução da Assembleia da República n.º 5/2008

Deslocação do Presidente da República ao Rio de Janeiro

A Assembleia da República resolve, nos termos da alínea b) do artigo 163.º e do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, dar assentimento à visita de carácter oficial do Presidente da República ao Rio de Janeiro, de 6 a 10 do próximo mês de Março, a fim de participar, a convite do seu homólogo brasileiro, nas Comemorações dos 200 Anos da Chegada da Corte Portuguesa àquela cidade.

Aprovada em 22 de Fevereiro de 2008.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008

Os problemas de saúde mental constituem actualmente a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades.

De facto, as necessidades no âmbito da saúde mental são de tal magnitude que exigem respostas atempadas e criativas dos serviços de saúde, com o envolvimento de outras estruturas públicas e de instâncias da comunidade, no âmbito de uma política nacional clara, dinâmica e adaptada à exigência dos nossos dias.

Prevê-se para o futuro um incremento significativo da prevalência de doenças psiquiátricas, e em particular de casos de demência, a que não é alheio o aumento da esperança de vida e conseqüente envelhecimento da população. Prevê-se igualmente um impacte crescente na sociedade portuguesa de problemas directa ou indirectamente relacionados com a saúde mental, como sejam os problemas de violência doméstica, o abuso de álcool e drogas, ou a delinquência juvenil.

Por isso, a saúde mental é uma prioridade da política de saúde do XVII Governo Constitucional, respondendo, assim, ao objectivo de assegurar a todos os cidadãos o acesso a serviços de saúde mental modernos e de qualidade.

Em 2005, a Conferência Ministerial dos Estados Membros da região europeia da OMS realizada em Helsínquia produziu uma Declaração Final «Enfrentar os desafios, construir as soluções», subscrita pelo Governo Português, a que a Comissão Europeia respondeu com a publicação do Livro Verde «Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia», onde recomendam aos países uma atenção muito particular aos problemas de saúde mental e onde acentuam a necessidade de promover alterações substantivas nos modelos de intervenção neste domínio.

Foi este quadro que determinou a criação, pelo despacho n.º 11 411/2006, de 26 de Abril, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 101, de 25 de Maio de 2006, da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, a quem foram atribuídos os encargos de estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental a nível nacional e de propor um plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental.

O Plano Nacional de Saúde Mental, que resulta do trabalho da referida Comissão, tem como objectivos fundamentais:

Assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental no País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis:

Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental:

Reduzir o impacte das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações:

Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias:

Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Trata-se de um instrumento que apela à intersectorialidade, prevendo a articulação com outros ministérios, com destaque para o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, no âmbito dos cuidados continuados integrados, com cuja Rede Nacional o Plano se deverá articular, os Ministérios da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, nos campos da promoção e da prevenção e da investigação científica, o Ministério da Defesa Nacional, no âmbito do apoio aos militares e ex-militares portadores de perturbação psicológica crónica resultantes de exposições a factores traumáticos de *stress* durante a vida militar e para o Ministério da Justiça, particularmente no que respeita à prestação de cuidados de saúde mental a doentes inimputáveis e a reclusos.

No âmbito da organização dos serviços o Plano Nacional de Saúde Mental prevê necessidades de intervenção ao nível nacional, regional e local, no âmbito da melhoria da rede de serviços locais de saúde mental, da reabilitação e da desinstitucionalização dos doentes mentais graves, dos serviços regionais de saúde mental e dos hospitais psiquiátricos.

Os serviços de saúde mental da infância e da adolescência, bem como a relação da saúde mental com os cuidados primários e a articulação intersectorial, são objecto de atenção particular.

Os aspectos relacionados com a legislação, financiamento e gestão, sistema de informação, melhoria da qualidade, recursos humanos, articulação com ordens religiosas e investigação são também individualmente analisados, tendo em conta o seu papel na dinâmica global, prevendo-se acções concretas, entidades a responsabilizar, o calendário e os indicadores de monitorização.

O Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) apresenta-se, portanto, como o instrumento de gestão adequado que permite responder às necessidades identificadas na área da saúde mental.

Assim:

Nos termos da alínea g) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

Aprovar o Plano Nacional de Saúde Mental, adiante designado por Plano, para o período de 2007 a 2016, que consta em anexo à presente resolução e da qual faz parte integrante.

Determinar que as acções do Plano são aplicadas em estreita articulação com a Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados e com as políticas sectoriais pertinentes, nomeadamente nas áreas da defesa nacional, justiça, trabalho e solidariedade social, ciência, tecnologia e ensino superior e educação.

Definir que a coordenação do Plano cabe ao Alto-Comissariado da Saúde, através de um coordenador nacional, cuja forma de nomeação, remuneração e competências se encontram definidas no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 218/2007, de 29 de Maio, que aprovou a Lei Orgânica do Alto Comissariado da Saúde.

Incumbir o Alto-Comissariado da Saúde de apresentar anualmente à tutela relatório de progresso relativo à execução do Plano.

Criar a Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, presidida pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde Mental, e da qual fazem ainda parte:

O coordenador nacional do Plano;

Quatro membros a designar pelo alto-comissário da Saúde, de entre pessoas titulares de relação jurídica de emprego público;

Os coordenadores dos gabinetes técnicos de saúde mental, previstos no n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro;

Um representante da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados;

Um representante da Presidência do Conselho de Ministros;

Um representante do Ministério da Defesa Nacional;

Um representante do Ministério da Administração Interna;

Um representante do Ministério da Justiça;

Um representante do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social;

Um representante do Ministério da Educação;

Um representante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Estabelecer que as competências e as regras de funcionamento da comissão referida no número anterior são definidas por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Determinar que a presente resolução produz efeitos a partir da data da sua aprovação.

Presidência do Conselho de Ministros, 24 de Janeiro de 2008. — O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)

I — Introdução:

1 — Saúde mental: uma prioridade de saúde pública. — Os estudos epidemiológicos realizados nos últimos 15 anos demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais. Em todo o mundo, de acordo com o Relatório Mundial de Saúde de 2001, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, chegando a índices próximos dos 40% na Europa. Segundo o estudo «The global burden of disease», realizado pela Organização Mundial de Saúde e por investigadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, utilizando como medida o número de anos perdidos por incapacidade ou morte pre-

matura, situações como as perturbações depressivas e as doenças cardiovasculares estão rapidamente a substituir as doenças infecto-contagiosas como as principais causas da carga das doenças. Esta «transição epidemiológica» tem vindo a ocorrer, na maioria das vezes, sem a devida consideração dos especialistas no planeamento de serviços e programas de saúde.

A carga das perturbações mentais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Embora as perturbações mentais causem pouco mais de 1% das mortes, mais de 12% da carga resultante das doenças em geral, a nível mundial, deve-se a estas perturbações (este número cresce para 24% na Europa). Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas.

Também, segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar. Destas, cerca de metade têm uma perturbação psiquiátrica.

Assim, para além dos que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitos têm problemas de saúde mental que podem ser considerados «subliminares», ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica mas estão também em sofrimento e deveriam beneficiar de intervenções.

Diversos estudos mostram que a maioria das crianças com perturbações psiquiátricas não recebe tratamento especializado. As perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência trazem grandes encargos à sociedade quer em termos humanos, quer financeiros. Muitas delas são recorrentes e crónicas e podem ser precursoras de perturbações muito incapacitantes na idade adulta.

Os enormes avanços científicos registados nas últimas décadas permitiram o desenvolvimento de um amplo leque de intervenções altamente efectivas no tratamento e reabilitação da maioria das perturbações psiquiátricas. Permitiram também substituir progressivamente os serviços baseados nos antigos hospitais psiquiátricos por serviços baseados nos hospitais gerais e na comunidade e mais integrados no sistema geral de saúde. Todos os estudos, comparando estes novos serviços com os tradicionais serviços de base hospitalar, demonstraram que os serviços comunitários são mais efectivos e preferidos pelos pacientes e suas famílias. A organização de serviços de saúde mental tornou-se assim, nos dias de hoje, uma matéria largamente consensual em todo o mundo.

Com base na avaliação das reformas de saúde mental realizadas em inúmeros países e nos dados proporcionados pela larguíssima investigação realizada sobre a efectividade e os custos dos vários tipos de serviços, a OMS e outras organizações internacionais defendem que os serviços de saúde mental devem organizar-se de acordo com os seguintes princípios:

Garantir a acessibilidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental;

Assumir a responsabilidade de um sector geodemográfico específico, com uma dimensão tal que seja possível assegurar os cuidados essenciais sem que as pessoas se tenham que afastar significativamente do seu local de residência (dimensão estimada entre 200 000 e 300 000 habitantes);

Integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral, de modo a assegurar uma resposta efectiva às diferentes necessidades de cuidados das populações:

Ter uma coordenação comum;

Envolver a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade;

Prestar contas da forma como cumprem os seus objectivos;

Estar estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde;

Colaborar com o sector social e organizações não governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves.

②— Políticas, planos e legislação de saúde mental: antecedentes e situação actual. — Em Portugal, tal como na maioria dos outros países, nos últimos 30 anos verificaram-se esforços importantes no sentido de promover uma reestruturação dos serviços de saúde mental que permitissem substituir progressivamente os cuidados baseados no hospital psiquiátrico por cuidados mais modernos e diversificados, melhor integrados no sistema geral de saúde e mais próximos das populações.

Na sequência da Lei n.º 2118/63, de 3 de Abril, nos anos 70 e 80 criaram-se centros de saúde mental de âmbito distrital, facto que permitiu oferecer pela primeira vez cuidados de saúde mental a nível local a populações que, até então, apenas podiam recorrer aos hospitais psiquiátricos do Porto, Coimbra e Lisboa. A criação destes serviços, apesar da insuficiência de recursos de que sempre sofreram, permitiu ainda assim lançar algumas primeiras experiências de intervenção sistemática na comunidade e desenvolver múltiplas experiências de trabalho em conjunto entre os médicos hospitalares e os clínicos gerais.

Nos anos 80 e 90 registaram-se várias tentativas de criação de novos serviços descentralizados nos locais que continuavam dependentes dos hospitais psiquiátricos, de modo a, progressivamente, substituir estes hospitais por serviços locais baseados na comunidade. Na sequência dos primeiros programas de reestruturação dos cuidados de saúde mental, em 1985 e 1989, além de se reforçar a rede de centros de saúde mental a nível distrital, criaram-se então os primeiros centros de saúde mental nas áreas metropolitanas. Montou-se um sistema de informação nacional de saúde mental. Integrou-se uma área para a saúde mental no programa funcional dos novos centros de saúde. Fez-se também um esforço muito grande na criação de novos serviços de psiquiatria nos hospitais gerais. No entanto, a impossibilidade de desenvolver estratégias consistentes de transferência dos recursos humanos dos hospitais psiquiátricos para os novos serviços levou a que muitos deles se tenham confrontado, desde a sua origem, com uma escassez muito grande desses meios, não podendo assim responder de uma forma minimamente satisfatória às necessidades das populações.

Em 1992, dá-se a integração de todos os centros de saúde mental em hospitais gerais. Esta integração trouxe, por um lado, contribuições positivas para a integração no sistema geral de saúde, mas, por outro, não promoveu o desenvolvimento de serviços na comunidade.

Em 1994 foi constituída, no âmbito da Direcção-Geral da Saúde, uma Comissão para o Estudo da Saúde Mental que, com a participação de um amplo leque de representantes dos vários sectores relevantes na prestação de cui-

dados de saúde, elaborou um documento que esteve na base da Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1995. As propostas resultantes desta iniciativa tiveram uma importância especial, uma vez que constituíram a base fundamental da actual lei de saúde mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho), bem como do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, que a regulamentava.

A nova legislação, por um lado, estabeleceu os princípios que regulamentam o internamento compulsivo e a defesa dos direitos das pessoas com doença mental, e, por outro, definiu os princípios de organização dos serviços de saúde mental. Definiu também a orientação legal sobre a organização de serviços de acordo com os princípios internacionalmente aceites nesta matéria. No entanto, no que se refere aos serviços, à aprovação da lei não se seguiu o indispensável processo de planeamento e implementação das reformas propostas.

Na sequência da aprovação da referida lei, registaram-se contudo, alguns desenvolvimentos importantes. O despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, que regulamentou o apoio articulado do sector social e da saúde na prestação de cuidados continuados a pessoas com problemas de dependência por doença mental e a Portaria n.º 348-A/98, de 18 de Junho, que permitiu a criação de empresas sociais, tiveram um impacte significativo no desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial para pessoas com problemas de saúde mental. Os investimentos feitos com o apoio dos Fundos Estruturais da União Europeia, ao abrigo do Programa Operacional Saúde XXI, que vigorou entre 2000 e 2006, por seu lado, permitiram promover melhorias de relevo nas instalações de alguns departamentos de psiquiatria e saúde mental dos hospitais gerais.

Em 2005, a Direcção-Geral da Saúde definiu e publicou a Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental e promoveu a organização da segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, realizações que vieram chamar a atenção para a necessidade de se colocar a saúde mental na agenda de saúde pública em Portugal e de se implementarem as mudanças preconizadas pela lei de saúde mental. De referir, finalmente, a inclusão da saúde mental no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, nomeadamente nas áreas da depressão, problemas relacionados com o abuso de álcool e o stress pós-traumático.

③— Serviços de saúde mental em Portugal — caracterização. — Em Portugal as estruturas de saúde mental mais significativas pertencem ou ao sector público ou ao sector social e convencionado.

Do primeiro fazem parte seis hospitais psiquiátricos, um no Porto, três em Coimbra e dois em Lisboa, três departamentos de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência, sedeados igualmente naquelas três cidades, e 30 serviços locais de saúde mental, quatro dos quais sem internamento próprio, integrados em hospitais gerais e disseminados por todo o País, nomeadamente nas capitais de distrito. Integram ainda o sector público os serviços de psiquiatria dos cinco hospitais militares: Hospital da Marinha em Lisboa, três Hospitais do Exército (Hospital Militar Principal em Lisboa, Hospital Regional n.º 1 no Porto e Hospital Militar Regional n.º 2 em Coimbra) e o Hospital da Força Aérea, também em Lisboa.

O sector público dispõe de 2742 camas, das quais 1364 ocupadas por situações de evolução prolongada, e o sector social e convencionado de 3320 camas, na quase totalidade com utentes de evolução prolongada.

Os dados sobre a prevalência dos problemas de saúde mental em Portugal são escassos. No entanto, os dados existentes sugerem que esta provavelmente não se afastará muito da encontrada em países europeus com características semelhantes, embora os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres, idosos) pareçam apresentar um risco mais elevado que no resto da Europa.

Os dados existentes e a análise dos resultados dos estudos efectuados demonstram que os serviços de saúde mental sofrem de importantes insuficiências, ao nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados. Com efeito:

O número de pessoas em contacto com os serviços públicos (168 389 em 2005), mostra que apenas uma pequena parte das que têm problemas de saúde mental têm acesso aos serviços públicos especializados de saúde mental. Mesmo assumindo que apenas os cidadãos com doenças mentais de alguma gravidade procuram os serviços de saúde, o número de contactos, 1,7% da população, é ainda assim extremamente baixo em relação ao expectável, já que, em cada ano, pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade.

A cobertura psiquiátrica em recursos humanos especializados, em particular médicos (incluindo internos) é assimétrica. A distribuição de psiquiatras entre hospitais psiquiátricos e departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais é de 2,6 e 1,1 médicos por 25 000 habitantes, respectivamente. Com os distritos do Porto, Coimbra e Lisboa a registarem, pela mesma ordem, 2,0, 4,5 e 2,2 psiquiatras por 25 000 habitantes, enquanto a média nacional se situa em 1,5.

Assiste-se a uma concentração de médicos pedopsiquiatras nos hospitais especializados de Lisboa, Porto e Coimbra, com um rácio de 2 especialistas por 66 000 habitantes, enquanto nos restantes hospitais esta relação não ultrapassa os 0,3.

Na região do Algarve verifica-se a total ausência de cobertura pedopsiquiátrica e para toda a região do Alentejo existe um único profissional.

De uma maneira geral as equipas de saúde mental continuam a contar com um escasso número de psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos, mantendo a maior parte das equipas o padrão tradicional dos serviços de internamento psiquiátrico em vez do padrão hoje seguido nos serviços modernos de saúde mental.

Os recursos financeiros disponíveis para a saúde mental situam-se num nível baixo, considerando a contribuição real das doenças mentais para a carga global das doenças. A análise dos dados disponíveis mostra ainda que os recursos financeiros se encontram distribuídos de uma forma muito assimétrica entre as várias regiões do País, entre os hospitais psiquiátricos e os departamentos de hospitais gerais, entre o internamento e o ambulatório.

O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efectivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias. Uma consequência inevitável desta distribuição de recursos é o reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade registado em Portugal. Muitos serviços locais de saúde mental continuam reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia, não dispondo de equipas de saúde mental comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise, trabalho com as famílias, entre outros.

O recurso preferencial aos serviços de urgência e as dificuldades de marcação de consultas, reportadas pelo estudo realizado pela Comissão Nacional de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental indiciam a existência de problemas de acessibilidade aos cuidados especializados. Por sua vez, o intervalo entre a alta e a consulta subsequente, associada à proporção de reinternamentos ocorridos sem qualquer contacto em ambulatório, também encontrada no mesmo estudo, sugere a existência de problemas de continuidade de cuidados.

Uma análise da situação em Portugal não pode deixar de contemplar ainda outros pontos que suscitam uma preocupação especial: a reduzida participação de utentes e familiares, a escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental, a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis, bem como a quase total ausência de programas de promoção/prevenção.

Na actualidade, no entanto, existem também algumas oportunidades que podem ajudar a superar muitas destas dificuldades. Em primeiro lugar, o programa de cuidados continuados integrados iniciado com a criação da Rede em 2006 pode trazer, finalmente, à saúde mental mecanismos que permitam criar, de uma forma programada, os serviços e programas intermediários de que há muito carecemos. Por outro lado, o desenvolvimento das unidades de saúde familiar (USF) possibilitam novas oportunidades para a melhoria da articulação das equipas de saúde mental com os cuidados primários, ao mesmo tempo que permite testar novos modelos de gestão e financiamento que se podem revelar particularmente adequados à realidade das equipas de saúde mental comunitária. A construção de vários novos hospitais gerais, com unidade de psiquiatria e saúde mental, por seu turno, constitui uma excelente oportunidade para o desenvolvimento dos serviços locais de saúde mental.

Algumas medidas facilitadoras da investigação, no nosso País, previstas para os próximos anos, podem também ajudar a superar as dificuldades registadas numa área que é particularmente importante. Com efeito, o aumento da capacidade de investigação em psiquiatria e saúde mental, em particular da investigação epidemiológica e de serviços, tem mostrado ser um factor extremamente eficaz para o desenvolvimento de uma cultura de saúde pública e de avaliação e para a constituição de uma massa crítica, que é essencial para a melhoria dos cuidados de saúde mental.

④ — O papel das organizações não governamentais (ONG). — No contexto de uma política integrada e transversal para a reabilitação e integração social das pessoas com doenças mentais, é determinante o papel da sociedade civil, em cooperação com o Estado, contando com a participação das pessoas com doenças mentais e das suas famílias ou representantes na definição e desenvolvimento das políticas que se devem constituir como uma prioridade, assumindo, nesta perspectiva, as organizações não governamentais (ONG) um papel relevante na defesa dos seus direitos.

Em Portugal existe uma grande carência de respostas comunitárias adequadas, o que mantém a sobrecarga nas famílias que prestam apoio informal, em muitos casos durante a vida inteira. Até agora não se concretizou ainda uma política eficaz de desinstitucionalização, enquanto internacionalmente se evoluiu para alternativas na comunidade quer em termos residenciais, quer profissionais e sociais, que promovem a autonomia e a integração social.

Ainda assim, deram-se passos muito importantes com a criação de serviços de reabilitação na comunidade desenvolvidos pelas ONG e instituições particulares de soli-

riedade social (IPSS), apoiadas pelo referido despacho conjunto n.º 407/98, resultante da articulação entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, que permitiu o financiamento das unidades de vida e dos fóruns sócio-ocupacionais.

A Rede Nacional de Apoio aos Militares e Ex-Militares Portugueses Portadores de Perturbação Psicológica Crónica resultante da Exposição a Factores Traumáticos de Stress Durante a Vida Militar (RNA) é composta pelas instituições e os serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema de Saúde Militar e, em articulação com os serviços públicos, as organizações não governamentais (artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 50/2000, de 7 de Abril). A cooperação entre os serviços públicos que integram a Rede Nacional de Apoio é definida por despachos conjuntos dos membros do Governo que detêm a respectiva tutela, concretamente os Ministros da Defesa Nacional e da Saúde, pelo despacho conjunto n.º 109/2001, de 5 de Fevereiro, depois alterado pelo despacho conjunto n.º 502/2004, de 5 de Agosto, dos Ministérios da Defesa Nacional, da Saúde e da Segurança Social e do Trabalho.

Na área da reabilitação profissional, desde o início dos anos 90, com o apoio dos fundos comunitários e do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), surgiram projectos de formação profissional, emprego protegido, emprego apoiado e empresas de inserção que abriram definitivamente as portas para a reabilitação profissional das pessoas com doenças mentais.

As ONG e as IPSS têm assim desenvolvido serviços que promovem a participação dos utentes na comunidade e concretizam o que está previsto na Lei n.º 36/98, que afirma que a reabilitação psicossocial deve ser assegurada em estruturas residenciais, centros de dia, unidades de inserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau de autonomia das pessoas.

De acordo com um inquérito incluído no Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, as acções mais frequentemente desenvolvidas pelas ONG e IPSS são:

- Apoio residencial e ocupacional;
- Formação profissional;
- Empresas de inserção;
- Grupos de ajuda mútua;
- Centros comunitários;
- Emprego apoiado e emprego protegido.

O financiamento da actividade destas ONG e IPSS é fundamentalmente assegurado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e por fundos próprios das organizações, como quotas de sócios e angariação de fundos.

O início da colaboração do IEFP com a área da saúde mental nos anos 90, financiando os programas de formação profissional, emprego protegido, empresas de inserção e emprego apoiado, desenvolvidos pelas IPSS, contribuiu para a predominância destas intervenções no seu conjunto.

Outras intervenções surgem bastante representadas, como o apoio social, aconselhamento e apoio individualizado, grupos de famílias, apoio na procura de emprego, treino de competências sociais e actividades ocupacionais e de lazer. As menos representadas são o apoio jurídico, as linhas de apoio SOS, as empresas de inserção, o emprego protegido, o emprego apoiado e o apoio domiciliário.

A partir de 1998 surgem novas estruturas como as unidades de vida (28) e os fóruns sócio-ocupacionais (27) devido à possibilidade de financiamento com base no despacho conjunto n.º 407/98.

Contudo, o número de utentes em lista de espera é significativo, nomeadamente para as unidades de vida protegida, o que significa que os lugares existentes não cobrem as necessidades.

II — Visão, valores e princípios:

I — Visão. — Assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas.

Valores e princípios. — O Plano orienta-se pelos valores e princípios seguintes:

Valores	Princípios
Saúde mental indivisível da saúde em geral.	Os serviços de saúde mental devem estar integrados no sistema geral de saúde. As pessoas com perturbações mentais que necessitam de internamento hospitalar devem ser internadas em hospitais gerais.
Direitos humanos ...	As pessoas com perturbações mentais devem ver respeitados todos os seus direitos, incluindo o direito a cuidados adequados, residência e emprego, assim como protecção contra todos os tipos de discriminação.
Cuidados na comunidade.	Os cuidados a pessoas com perturbações mentais devem ser prestados no meio menos restritivo possível. A decisão de internamento só deve ser tomada quando esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade.
Coordenação e integração de cuidados.	Os serviços em cada área geodemográfica devem ser coordenados e integrados, de modo a facilitar a continuidade de cuidados.
Abrangência (<i>comprehensiveness</i> .)	Os serviços em cada área geodemográfica devem incluir um leque diversificado de dispositivos e programas, de modo a poder responder ao conjunto de necessidades essenciais de cuidados de saúde mental das populações.
Participação comunitária.	As pessoas com perturbações mentais devem ser envolvidas e participar no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam. Os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados de saúde mental, estimulados a participar nesta prestação e a receber o treino e a educação necessários.
Protecção dos grupos especialmente vulneráveis.	As necessidades específicas dos grupos especialmente vulneráveis, nomeadamente crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com incapacidade, devem ser tomadas em consideração.
Acessibilidade e equidade.	Os serviços devem ser acessíveis a todas as pessoas, independentemente do seu local de residência, situação social e económica, género ou raça.
Recuperação (<i>recovery</i> .)	Os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a auto determinação e a procura de um caminho pessoal das pessoas com problemas de saúde mental.

III — Objectivos:

O Plano visa prosseguir os seguintes objectivos:

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;

Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Áreas de acção estratégica:

Organização de serviços de saúde mental de adultos. — A Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, e o Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, descrevem de forma detalhada o modelo de organização de serviços de saúde mental em Portugal.

Neste contexto, entende-se que, em relação à organização de serviços, importa sobretudo definir as estratégias que promovam a concretização da organização proposta pela lei.

Esta concretização coloca quatro grandes desafios:

- 1) Completar a Rede Nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e promover a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços;
- 2) Desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de doentes mentais graves (DMG);
- 3) Desenvolver os serviços regionais de saúde mental (SRSM) necessários para complementar os serviços locais em áreas específicas;
- 4) Coordenar a reestruturação dos hospitais psiquiátricos à medida que as respostas por eles asseguradas forem sendo transferidas para outros serviços.

Estas diferentes componentes estão naturalmente dependentes umas das outras, pelo que as estratégias para a sua implementação deverão ser consideradas em conjunto. Não adianta completar a rede nacional de serviços locais se não se promover ao mesmo tempo a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços, ajudando-os a desenvolver programas integrados na comunidade. Não é possível desenvolver a reabilitação e a desinstitucionalização se não existirem na comunidade equipas que apoiem os doentes e as famílias. Finalmente, não é possível desenvolver novos serviços mais próximos das pessoas se a maior parte dos recursos continuar concentrada no tratamento intra-hospitalar.

(1) — Desenvolvimento e melhoria da Rede Nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM). — Actualmente, a maior parte da população portuguesa já tem cuidados de saúde mental assegurados por departamentos ou serviços de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais (DPSM). Cerca de um quarto da população, contudo, continua ainda a depender dos cuidados prestados por equipas de hospitais psiquiátricos.

Completar a rede nacional de serviços locais, de acordo com o estabelecido pela lei, é um passo essencial para se assegurar um acesso mais fácil e equitativo das populações aos cuidados de saúde mental.

A reestruturação dos serviços, neste capítulo específico dos serviços locais de saúde mental (SLSM), requer, assim, o desenvolvimento de duas estratégias articuladas entre si:

Uma estratégia destinada a transferir para novos DPSM de hospitais gerais os cuidados ainda dependentes dos hospitais psiquiátricos, de modo a que se possa completar a rede nacional de serviços locais de saúde mental;

Uma estratégia destinada a promover o desenvolvimento, nestes serviços, de equipas ou unidades de saúde mental comunitária.

Esta estratégia deve incluir o desenvolvimento e avaliação de experiências piloto nas várias regiões do País, destinadas a testar a efectividade de equipas ou unidades de saúde mental comunitária (ESMC ou USMC), com as seguintes características:

Objectivos — prestar cuidados a um determinado sector geodemográfico, incluindo:

- 1) Programa integrado para doentes mentais graves, com gestão de casos por terapeutas de referência;
- 2) Programa de ligação com a saúde familiar e apoio a perturbações mentais comuns;
- 3) Programa de apoio a doentes idosos;
- 4) Programa de prevenção nas áreas da depressão e suicídio;

Composição e funcionamento — equipas multidisciplinares, com forte participação de enfermeiros e outros técnicos não médicos;

Financiamento e modelos de remuneração — financiamento com base em modelo de contratualização, que tome em consideração actividade e cobertura populacional, incluindo o estudo de novo modelo remuneratório dos profissionais, com respeito pelos princípios definidos no regime de vínculos, carreiras e remunerações.

Até 2016, todos os serviços locais de saúde mental passam a ser assegurados por DPSM de hospitais gerais. Para tal, os serviços locais que ainda hoje dependem dos hospitais psiquiátricos são progressivamente transferidos para hospitais gerais, de acordo com o faseamento e as medidas previstos para cada Região de Saúde, conforme consta da listagem de acções propostas por este Plano. Ao mesmo tempo, procede-se ao desenvolvimento das equipas/unidades de saúde mental comunitária nos diferentes serviços locais de saúde mental. Os DPSM actualmente existentes que, por insuficiência de recursos, não se encontram ainda a funcionar em pleno, são objecto de atenção particular e urgente de modo que possam desempenhar cabalmente as suas funções.

(1.2) — Reabilitação psicossocial e desinstitucionalização dos doentes mentais graves. — As perturbações mentais graves dão frequentemente origem à perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional. Estas perdas podem ser compensadas através do processo de reabilitação, que incide, por um lado, na recuperação e aprendizagem de competências individuais e sociais, e, por outro, na criação

de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência dos doentes.

A abordagem da saúde mental comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas.

Durante muito tempo foi escasso o desenvolvimento em Portugal de serviços e programas vocacionados para a reabilitação psicossocial. Só a partir da inclusão, na década de 90, dos doentes psiquiátricos entre os beneficiários de programas de apoio ao emprego financiados pela União Europeia, foi possível desenvolver projectos de formação e reintegração profissional. E, só após a aprovação do despacho conjunto n.º 407/98, se abriu a possibilidade de obter apoios para programas residenciais e áreas de dia na comunidade. A avaliação do impacte das acções realizadas ao abrigo do referido despacho conjunto mostra que, apesar da escassez dos recursos envolvidos e da falta de planeamento, os resultados desta iniciativa foram notáveis.

Apesar destes progressos, os mecanismos disponíveis, até agora, têm um alcance muito limitado, sendo manifestamente insuficientes para enfrentar os problemas colocados pela reabilitação e desinstitucionalização dos doentes psiquiátricos do País.

Todavia, como se disse anteriormente, o desenvolvimento recente da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados irá permitir o desenvolvimento de respostas específicas de cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental, a prever em diploma próprio.

Estas respostas, da responsabilidade conjunta dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, terão como objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental a pessoas com perturbações mentais graves e ou incapacidade psicossocial que se encontrem em situação de dependência, visando a sua reabilitação, integração social, participação e autonomia e a melhoria da qualidade de vida quer dos residentes na comunidade, quer dos residentes nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos de psiquiatria dos hospitais gerais.

As respostas específicas dos cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental constituem um segmento especializado da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, regendo-se pelos princípios aí definidos, com as devidas adaptações a definir no diploma próprio previsto para a área da saúde mental.

1.3 — Serviços regionais de saúde mental. — De acordo com o modelo de organização estabelecido em Portugal, devem ter âmbito regional os serviços de saúde mental que, pela elevada especialização ou pela racionalidade de distribuição de recursos, não é possível assegurar a nível local. Embora a lei determine que o planeamento destes serviços deve obedecer a um planeamento nacional, tem-se assistido, nos últimos anos, a uma proliferação desregrada de serviços especializados, nem sempre atendendo às necessidades prioritárias das populações. A criação de unidades ou serviços especializados tem obviamente aspectos positivos, uma vez que pode contribuir para a melhoria dos cuidados, da formação e da investigação. Num contexto de escassez de recursos, há que garantir, contudo, que o desenvolvimento destas unidades não venha comprometer a resposta às necessidades mais prementes, como,

por exemplo, os cuidados aos doentes mentais graves. Importa ainda assegurar que a criação de serviços mais especializados se efectua nos quadros institucionais mais adequados para a colaboração com outras especialidades, o ensino e a investigação.

Neste contexto, nos próximos cinco anos, são criados serviços regionais de internamento para doentes inimpugnáveis e para «doentes difíceis», nas seguintes instituições:

Hospital Júlio de Matos, Hospital Sobral Cid e Hospital Magalhães Lemos;

Três unidades de tratamento para perturbações do comportamento alimentar: em hospitais gerais a determinar nas regiões de Lisboa, Centro e Norte.

1.4 — Hospitais psiquiátricos. — O papel dos hospitais psiquiátricos no sistema prestador de cuidados de saúde mental tem vindo a sofrer alterações muito significativas em todo o mundo. Com o avanço dos meios terapêuticos disponíveis, o tratamento dos doentes psiquiátricos passou a ser cada vez mais efectuado na comunidade. O próprio internamento de doentes agudos passou a ser preferencialmente efectuado em unidades de psiquiatria nos hospitais gerais, opção que garante um melhor apoio de outras especialidades e diminui o estigma associado às instituições psiquiátricas. Por outro lado, o desenvolvimento da reabilitação psicossocial, a preocupação crescente com a defesa dos direitos humanos dos doentes mentais e a disseminação da perspectiva da sua recuperação e integração social, levou a uma progressiva transferência dos doentes graves para residências e outras estruturas comunitárias.

Toda a evidência científica disponível veio mostrar que a transição de hospitais psiquiátricos para uma rede de serviços com base na comunidade é a estratégia de desenvolvimento de serviços que melhor garante a melhoria da qualidade de cuidados de saúde mental.

Como se assinala na «Rede de referência de psiquiatria e saúde mental», publicada pela Direcção-Geral da Saúde em 2004, «a tendência internacional, em particular nos países da União Europeia e da América do Norte, tem sido para a redução dos hospitais psiquiátricos, através da diminuição das suas lotações e do seu progressivo encerramento ou reconversão para outras áreas de saúde ou sociais». A OMS, no Relatório Mundial de Saúde, de 2001, dedicado à saúde mental, insta os países desenvolvidos a:

- 1) Encerrar os hospitais psiquiátricos;
- 2) Desenvolver residências alternativas;
- 3) Desenvolver serviços na comunidade;
- 4) Prestar cuidados individualizados na comunidade para doentes mentais graves.

Na Declaração Europeia de Saúde Mental, assinada pelo Governo Português, em Helsínquia, em 2005, por seu turno, os Ministros da Saúde da União Europeia comprometeram-se, entre outros pontos, a «desenvolver serviços baseados na comunidade que substituam os cuidados prestados em grandes instituições a pessoas com problemas de saúde mental graves».

A legislação de saúde mental portuguesa inclui disposições claras sobre o papel dos hospitais psiquiátricos na fase de transição durante a qual os novos serviços se vão desenvolver. Para garantir uma implementação adequada

destas disposições legais, as actividades são desenvolvidas, de acordo com os seguintes princípios:

Os principais critérios a considerar nas estratégias de reestruturação dos hospitais psiquiátricos são:

- 1) As necessidades prioritárias de cuidados das populações;
- 2) A evidência científica disponível quanto à efectividade dos diferentes modelos de intervenção;
- 3) A defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental;

As mudanças a efectuar devem facilitar a criação de serviços locais de saúde mental com base na comunidade e internamento em hospitais gerais, bem como a integração psicossocial das pessoas com problemas de saúde mental:

Nenhum serviço poderá ser desactivado até ao momento em que esteja criado o serviço que o substitui;

Os doentes e familiares devem ser envolvidos nas mudanças a efectuar desde o início.

2 — Organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência. — A OMS e a Comissão Europeia emitiram recomendações no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência, sublinhando a importância de disponibilizar fundos apropriados para a saúde mental de bebés, crianças e adolescentes, incluindo estas medidas nos planos nacionais como parte das políticas de saúde pública.

O Documento de Orientação em Políticas e Serviços de Saúde Mental: Política e Planos de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência da OMS aponta algumas fragilidades encontradas em diversos países, ao nível da organização dos serviços de saúde mental da infância e adolescência, que incluem:

- Sistemas de informação inadequados;
- Trabalhadores de saúde mental com fraca formação em saúde mental da criança e do adolescente;
- Pouca percepção da importância das questões de saúde mental da criança e do adolescente (por exemplo, da depressão) comparada a outras questões de saúde (mortalidade infantil);
- Coordenação deficiente entre os diferentes níveis de actuação;
- Fraca colaboração intersectorial;
- Processos precários de melhoria da qualidade;
- Escassa distribuição de recursos para a saúde mental da criança e do adolescente.

Em Portugal verificam-se todas estas dificuldades, sendo urgente desenvolver serviços e programas que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, a nível da prevenção e do tratamento, de acordo com os seguintes objectivos:

Promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população, implementando os mecanismos necessários ao desenvolvimento da promoção da saúde mental e dos vários níveis de prevenção: primária, secundária e terciária;

Melhorar a prestação de cuidados, favorecendo e implementando a articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil e outras estruturas ligadas à saúde, educação, serviços sociais e direito de menores e família.

2.1 — Desenvolvimento e melhoria dos serviços. — De acordo com as recomendações da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, a organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência deve permitir a prestação de cuidados a três níveis: cuidados de saúde primários, serviços especializados de nível local e serviços especializados de nível regional. As medidas específicas para cada um destes níveis, bem como outras medidas de âmbito mais geral, incluem:

A) Ao nível dos cuidados de saúde primários:

A prestação de cuidados a este nível é assegurada por grupos ou núcleos de apoio à saúde mental infantil, constituídos por profissionais dos centros de saúde e unidades de saúde familiar, com a consultoria de um psiquiatra da infância e adolescência do serviço especializado local, que têm as seguintes funções:

Triagem, avaliação e atendimento de casos menos graves (crianças/famílias de risco ou com psicopatologia ligeira);

Articulação e parceria com outras estruturas da comunidade (por exemplo, serviços sociais, escolas e jardins de infância, comissões de protecção de crianças e jovens em risco, equipas de intervenção precoce, instituições de acolhimento para crianças em risco, centros de atendimento a toxicodependentes (CAT), projectos de intervenção psicossocial local);

B) Ao nível dos cuidados especializados de âmbito local:

Os cuidados de nível local, prestados pelos serviços/unidades especializados de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência integrados em hospitais gerais são desenvolvidos e melhorados através de acções que incluem:

Programação de novas unidades/serviços de psiquiatria da infância e adolescência em todos os hospitais centrais e distritais, incluindo os novos hospitais em fase de planeamento e construção, por forma a cobrirem toda a área geográfica do País;

Constituição de uma equipa multidisciplinar num prazo máximo de seis meses após a entrada do primeiro psiquiatra da infância e adolescência;

Participação do psiquiatra da infância, e adolescência, chefe de serviço/coordenador da unidade, no órgão directivo do centro de responsabilidade local;

Definição de espaços próprios, com condições de privacidade, para atendimento de crianças/adolescentes e suas famílias;

Desenvolvimento prioritário de intervenções de articulação com a comunidade;

C) Ao nível regional:

Os departamentos de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência de âmbito regional, localizados em Lisboa, Porto e Coimbra, asseguram, além do existente ao nível dos serviços locais, as seguintes valências:

Unidade de internamento em serviços próprios, com condições e recursos humanos adequados às necessidades específicas destes doentes;

Núcleos de intervenção em áreas específicas para patologias mais complexas e unidades especializadas para as faixas etárias da primeira infância e adolescência.

Área de investigação, em ligação com as universidades;
Serviços para situações especiais;
Programas de formação para professores/educadores.

2.2 — Outras medidas:

Cobertura pelos serviços de psiquiatria da infância e adolescência das necessidades da faixa etária dos 0 aos 18 anos em todas as áreas (ambulatório, urgência e internamento);

Promoção da formação em saúde mental infanto-juvenil dos técnicos de saúde, profissionais da educação, apoio social e serviços judiciais de menores;

Desenvolvimento da articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil e:

Serviços de saúde comunitários/centros de saúde;

Serviços de pediatria;

Serviços de psiquiatria geral, alcoologia e apoio a toxicodependentes;

Serviços ligados à educação;

Serviços sociais;

Serviços judiciais de menores e família;

Implementação de programas de prevenção validados internacionalmente, direccionados para áreas e grupos de risco diversos;

Promoção da organização dos hospitais e áreas de dia em funcionamento e a criação de novas estruturas deste tipo nos serviços especializados;

Desenvolvimento das unidades de internamento já existentes, criando-se espaços independentes para internamento de crianças e de adolescentes;

Criação de estruturas residenciais comunitárias para crianças e adolescentes;

Criação, em colaboração com a justiça, a segurança social e outros departamentos governamentais, de estruturas de larga permanência que possam responder às necessidades de crianças e adolescentes com perturbações graves do comportamento e sem apoio familiar.

3 — Saúde mental e cuidados de saúde primários. — As políticas de saúde mental orientadas para a comunidade pressupõem uma articulação privilegiada com os cuidados de saúde primários. Os clínicos gerais, de acordo com o seu perfil de funções, prestam cuidados a indivíduos e famílias, de forma personalizada e com carácter de continuidade e globalidade, características estas que se mantêm quando derivam a sua acção, de uma lista de utentes, para um grupo populacional, no seio de uma equipa. Desta forma, acompanham o desenvolvimento individual e familiar desde o nascimento até à morte e assistem, assim, ao eclodir da grande maioria dos distúrbios mentais nas suas fases mais incipientes, quer se trate de simples reacções adaptativas, em fases críticas do ciclo de vida, ou de descompensações psicóticas inaugurais a reclamar rápida referenciação para os cuidados psiquiátricos.

Na ausência de uma visão crítica global dos cuidados providenciados à população nos dois níveis, cuidados de saúde primários e cuidados psiquiátricos, reconhecem-se algumas evidências:

Em primeiro lugar, constata-se uma fragmentação da resposta, não suficientemente articulada entre os cuidados de saúde primários e os cuidados psiquiátricos, com perda da eficiência global; e

Em segundo lugar, persistem indefinições na aplicação das políticas de saúde mental, coexistindo, quando existem,

diferentes modelos de articulação que, frequentemente, por superficiais, inconsistentes, ou mal desempenhadas não resistem à prova do tempo.

A solução, para uma progressiva melhoria da resposta dos clínicos gerais nesta área, passa por:

1) Satisfação de necessidades formativas: a especificidade da saúde mental, atendendo à plasticidade dos distúrbios, e a experiência que só se adquire com a prática clínica, no seu conjunto, sugerem que essas necessidades formativas se reportam e requerem acções ao longo da vida profissional, melhorando ou estabilizando a capacidade dos clínicos gerais em patamares progressivamente mais elevados;

2) Melhoria da articulação de cuidados: as necessidades formativas remetem também para a necessidade de uma melhoria da articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados psiquiátricos. Na verdade, por parte dos clínicos gerais, exige-se rápida intervenção de equipas comunitárias de saúde mental nos casos por si sinalizados, e informação de retorno que responda às suas necessidades para a gestão clínica do doente devolvido ou em co-seguimento.

Por parte dos cuidados psiquiátricos espera-se do clínico geral uma correcta discriminação dos doentes a referenciar, com informação clínica essencial para a triagem, a detecção e rápida referenciação dos casos prioritários, o seu maior envolvimento no acompanhamento dos doentes com quadros mais leves, maneáveis no âmbito dos cuidados de saúde primários.

De ambos os lados, a necessidade comum da criação de um relacionamento mais próximo e de formação conjunta para as distintas realidades.

O desenvolvimento da articulação entre os cuidados psiquiátricos e os cuidados de saúde primários deve assentar no interesse efectivo e nas vantagens mútuas dos intervenientes, num plano de igualdade. Trata-se de processos faseados, sujeitos a avanços e recuos, reciprocidade e continuidade.

Independentemente das formas de articulação, deve ser definida com clareza:

a) A diferenciação do que é da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e do que é essencialmente da responsabilidade dos cuidados psiquiátricos, nomeadamente as descompensações psicóticas, os quadros graves de depressão com risco de suicídio, os quadros severos de ansiedade refractários ao tratamento, as toxicodependências (drogas pesadas, alcoolismo grave, manifestações psicóticas) e as perturbações da personalidade;

b) A criação de um projecto transversal, que percorra um conjunto essencial de áreas, adaptado às realidades e necessidades locais como, por exemplo:

Programa básico de preenchimento de necessidades formativas em exercício, que incluam contactos regulares interinstitucionais, designadamente sessões nos centros de saúde sobre áreas de reconhecido interesse ou carência, que facilitem a personalização de contactos e a actuação no terreno;

Qualidade da informação de referenciação e de retorno;

Formação em saúde mental comunitária, a nível do internato de especialidade de psiquiatria, em sectores com reconhecida experiência de articulação;

Programação departamental e institucionalmente apoiada de actividades regulares das equipas de psiquiatria e saúde mental no interface com os cuidados de saúde primários, revestindo formas de consultadoria ou de trabalho articulado face às necessidades na prestação de cuidados, incluindo os cuidados continuados;

A monitorização periódica de um conjunto de indicadores pertinentes à caracterização da saúde mental das populações, a nível nacional, regional e mesmo local, nomeadamente nos padrões de prescrição de medicamentos psicotrópicos, taxa de suicídios, taxa de internamentos e de reinternamentos, demora média, casos sócio-psiquiátricos recorrentes, etc., com partilha e discussão conjunta de dados;

Criação e aplicação periódica de instrumentos de avaliação da satisfação dos utilizadores, designadamente criados com a participação de associações de utentes e familiares, bem como dos profissionais em diferentes contextos de articulação.

4 — Articulação intersectorial. — A Declaração sobre Saúde Mental para a Europa, subscrita em Helsínquia em 2005, por todos os Ministros da Saúde dos Estados membros da União Europeia, incluindo Portugal, define os seguintes objectivos a alcançar:

A promoção do bem estar mental;

A luta contra o estigma, a discriminação e a exclusão social;

A prevenção dos problemas de saúde mental;

A prestação de cuidados no quadro de serviços e de intervenções integrados na comunidade e eficazes, prevendo a participação dos utentes e dos cuidadores;

A reabilitação e a integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves.

Para que seja possível concretizar estes objectivos é necessária uma perspectiva transversal de cooperação entre os diversos sectores das políticas e da sociedade, de modo a assegurar a coordenação e a clarificação de políticas e responsabilidades para o financiamento e a implementação dos serviços entre entidades governamentais e não governamentais.

(4.1) — Em actividades de reabilitação psicossocial. — A legislação portuguesa afirma claramente, de acordo com as orientações da OMS, que aos doentes que careçam de reabilitação psicossocial, esta deve ser assegurada em estruturas residenciais, centros de dia, unidades de inserção profissional, integrados na comunidade, e adaptados ao seu grau de autonomia.

Assim, as vertentes da reabilitação profissional (orientação vocacional, formação profissional, emprego apoiado, emprego protegido, empresas de inserção), de reabilitação residencial (actividades da vida diária, relações de grupo, gestão do dinheiro e do orçamento doméstico) e da participação social (utilização de recursos da comunidade, actividades culturais e de lazer, *empowerment*, grupos de auto-ajuda quer de utentes, quer de famílias, suportes sociais no domicílio) têm necessariamente que ser desenvolvidas fora dos serviços de saúde e integradas na comunidade. Exigem, por isso, outros recursos e metodologias e pressupõem uma partilha das responsabilidades entre a saúde mental e os outros sectores.

Esta partilha de responsabilidades tem que ser negociada entre os intervenientes. Em Portugal existe já uma convergência de esforços entre os Ministérios da Saúde, da

Defesa Nacional, e do Trabalho e da Solidariedade Social, que possibilitou medidas importantes dirigidas especificamente aos doentes psiquiátricos, entre outros grupos-alvo em situação de dependência ou de desfavorecimento face ao mercado de trabalho, como:

O despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, que permitiu financiar unidades residenciais (unidades de vida apoiada, protegida e autónoma), centros comunitários (fóruns sócio-ocupacionais) e grupos de ajuda mútua;

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, um instrumento muito importante para a articulação das medidas de apoio às pessoas com problemas de saúde mental;

A Portaria n.º 348-A/98, de 18 de Junho, que criou as empresas de inserção no âmbito do mercado social de emprego.

As respostas de cuidados continuados integrados são um instrumento importante para regular a participação conjunta das áreas da saúde e da segurança social, permitindo assegurar o apoio residencial e ocupacional aos doentes com patologias graves que originam incapacidade ou dependência. Importa articular esta nova rede com a Rede Nacional de Apoio aos Militares e Ex-Militares Portugueses Portadores de Perturbação Psicológica Crónica resultante da Exposição a Factores Traumáticos de Stress Durante a Vida Militar.

O acesso das pessoas com doenças mentais a respostas tradicionalmente dirigidas às pessoas com deficiência deve ser efectivamente potenciado, pois em certos domínios da reabilitação psicossocial os modelos que se aplicam podem ser idênticos.

As medidas de reabilitação profissional promovidas pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional, estão, desde o início dos anos 90, abertas à apresentação de projectos para pessoas com doenças mentais, sem que estejam expressamente referidas como grupo-alvo. Importa, no entanto, aproveitar a revisão das políticas de emprego activo em curso para desenvolver mecanismos que permitam promover o emprego apoiado de pessoas com doenças mentais como forma de as integrar no mercado de trabalho e de facilitar o processo de reabilitação profissional.

O apoio residencial em habitação independente, largamente referido pelas organizações de utentes e de famílias como solução mais adequada em inúmeras situações, exige negociações com o Instituto de Habitação e Reabilitação Urbana, as autarquias e respectivos serviços de habitação para disponibilizarem habitação de renda moderada, e deve ser conjugado com as unidades que prestam apoio domiciliário na área da saúde mental.

Na área da infância e da adolescência é indispensável promover a articulação entre os serviços de saúde e os serviços de segurança social. Actualmente, existe uma total ausência de respostas sociais adequadas a crianças e jovens com perturbações psiquiátricas graves, que muitas vezes estão em situações de abandono ou negligência por parte de famílias desorganizadas ou disfuncionais, e constituem uma problemática social grave que urge enfrentar, promovendo a articulação entre a saúde e a segurança social, as comissões de protecção de crianças e jovens em risco, os serviços médico-legais e os tribunais de família. As problemáticas deste grupo são diferentes das dos adultos, pelo que se prevê criar um grupo de trabalho, envolvendo todos

os sectores implicados, para definir o tipo de estruturas e serviços necessários, bem como a responsabilidade de cada sector envolvido.

4.2 — Em actividades de prevenção e promoção. — Em 2006, a Comissão Europeia publicou um documento produzido pela Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais que chama a atenção para a necessidade de intervir nestas duas áreas, com o objectivo de reduzir os factores de risco e promover os factores de protecção, diminuir a incidência e a prevalência das doenças mentais e minimizar o impacte da doença nas pessoas, nas famílias e nas sociedades.

Com base naquele documento, neste Plano Nacional de Saúde Mental são privilegiadas as seguintes estratégias de promoção e prevenção:

Programas para a primeira infância, que incluem aconselhamento pré-natal, intervenção precoce, formação parental, prevenção da violência doméstica e do abuso infantil, intervenções familiares e resolução de conflitos;

Programas de educação sobre saúde mental na idade escolar, sensibilização de professores, prevenção da violência juvenil, aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, prevenção do abuso de drogas, programas de desenvolvimento pessoal e social, prevenção do suicídio e das perturbações do comportamento alimentar;

Políticas de emprego e de promoção da saúde mental nos locais de trabalho, redução e gestão dos factores de *stress* ligados ao trabalho e ao desemprego, redução do absentismo por doença psíquica;

Programas de prevenção da depressão (segunda causa de incapacidade na União Europeia) da ansiedade e do suicídio, linhas telefónicas de apoio para pessoas isoladas, restrição do acesso aos meios de suicídio, como armas, medicamentos e venenos, melhoria da estabilidade social e dos estilos de vida, e do acesso aos serviços de emergência psiquiátrica;

Políticas de luta contra a pobreza e a exclusão social, medidas de apoio a famílias em risco social ou famílias multiproblemas, a pessoas sem abrigo, avaliação do impacte das políticas sociais na saúde mental, luta contra o estigma;

Sensibilização e informação em diversos sectores, como os cuidados primários, as escolas, centros recreativos, locais de trabalho, serviços abertos à população, programas na televisão e Internet, comunicação social em geral.

4.3 — Na prevenção e tratamento dos problemas associados ao abuso de álcool e drogas. — Os problemas relacionados com o abuso e a dependência de álcool e drogas constituem importantes problemas de saúde pública com múltiplas associações com as perturbações de saúde mental, sendo os seus determinantes em grande parte os mesmos que os das doenças mentais. Acresce que a comorbilidade entre doenças mentais e perturbações ligadas com o abuso de álcool e drogas é extremamente comum e que os serviços de saúde mental garantem frequentemente a prestação de cuidados a estas situações.

Por estas razões, em muitos países, saúde mental, álcool e drogas são áreas associadas a nível da prestação de serviços, ou pelo menos da sua organização. Em Portugal, a área do álcool esteve sempre muito ligada à saúde mental, existindo unidades especificamente dedicadas ao alcoolismo em muitos serviços de saúde mental. Tendo os centros regionais de alcoologia sido recentemente in-

tegrados no Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (IDT), subsiste, agora, a necessidade de articulação a nível local com os serviços de saúde mental, nomeadamente com aqueles em que existam unidades funcionais de intervenção alcoológica.

São, assim, tomadas as medidas necessárias para definir, a curto prazo, as responsabilidades dos diferentes intervenientes nesta matéria, bem como os princípios que deverão reger a cooperação entre os serviços de saúde mental e os serviços do IDT.

Neste âmbito, considerando a frequência com que as situações de urgência relacionadas com o abuso de álcool e muitas das relacionadas com as toxicodependências são atendidas nas urgências psiquiátricas, a escassez de psiquiatras nos serviços de saúde mental e a necessidade de racionalização da rede de atendimentos não programados nesta área, que deverá situar-se em serviços de urgência gerais, é promovida a participação dos psiquiatras do IDT na prestação de serviços de urgência psiquiátrica.

4.4 — A nível de cuidados a grupos vulneráveis (pessoas sem abrigo, vítimas de violência e outras). — A necessidade de assegurar cuidados específicos de saúde mental a alguns grupos especialmente vulneráveis é hoje aceite em todo o mundo. Entre estes grupos destacam-se, para além da situação já referida das crianças e dos idosos, os sem abrigo e as vítimas de violência.

No que se refere às pessoas sem abrigo, trata-se de um grupo que, comprovadamente, apresenta uma elevada prevalência de doenças mentais e que requer programas especialmente desenhados para as suas necessidades específicas. Além de apresentarem uma morbilidade geral muito mais alta do que a população em geral, deparam, em regra, com inúmeras barreiras no acesso aos cuidados prestados pelos serviços de saúde disponíveis, sendo ainda vítimas frequentes de violência e de abusos de vários tipos.

Aproveitando as experiências já desenvolvidas entre nós, são desenvolvidos programas de saúde mental específicos para esta população nas equipas responsáveis pelos serviços locais onde vivem geralmente os sem abrigo. Numa primeira fase, prevê-se o desenvolvimento de um projecto piloto, susceptível de extensão após avaliação.

Quanto ao problema da violência doméstica, salienta-se a competência da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) para assegurar a coordenação interministerial necessária ao combate à violência doméstica, e promover a reflexão prospectiva e discussão pública deste tema, tomando iniciativas que reforcem o envolvimento das entidades públicas e da sociedade civil na prevenção do fenómeno.

Neste contexto, é reforçada a importância de uma ligação estreita com o sector da saúde nesta área. Entre outras medidas, destaca-se a importância de constituir um trabalho em rede entre todos os organismos públicos e privados que lidam com a violência doméstica, para que se estabeleçam regras mínimas de atendimento, tendo em vista uma melhor resposta no âmbito desta problemática. Para que se possam alcançar estes objectivos, projectos na área da violência doméstica, são progressivamente integrados nas actividades das equipas de saúde mental comunitária, a partir de experiências a desenvolver nas diferentes regiões.

4.5 — Com o Ministério da Justiça. — Um número significativo de problemas de saúde mental exigem intervenções que envolvem a participação dos serviços de saúde e da justiça. Nesta *interface* registam-se actualmente

problemas complexos que importa resolver com urgência. Entre estes, destacam-se os seguintes:

Prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a doentes inimputáveis;

Prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a pessoas com doenças mentais que se encontram em estabelecimentos prisionais;

Elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas;

Prestação de cuidados mandatados por decisão judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens.

Relativamente aos doentes inimputáveis, os cuidados psiquiátricos são assegurados por três serviços, localizados em Lisboa, Porto e Coimbra, devendo o seu desenvolvimento e funcionamento futuros ser definidos no âmbito das negociações em curso entre os Ministérios da Justiça e da Saúde.

A prestação de cuidados de saúde mental às pessoas que se encontram em estabelecimentos prisionais está integrada nas negociações em curso entre os Ministérios da Justiça e da Saúde. A elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas tem vindo a tornar-se um problema cada vez mais complicado para os serviços de saúde mental. Face a um aumento crescente de solicitações nesta área, o tempo associado a estas actividades assume já uma proporção muito significativa do trabalho de psiquiatras, tudo levando a crer que esta tendência se venha a agravar no futuro. Alguns serviços começam a ter dificuldades em manter o apoio a consultas e outras actividades clínicas, tanto mais que as actividades médico-legais, com as idas a tribunais, interferem com o planeamento do trabalho clínico.

Prestar cuidados por determinação judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens, é igualmente uma actividade referida como problemática pelos responsáveis dos serviços.

Para elaborar propostas de soluções para estes problemas, é criado um grupo de trabalho Saúde Mental/Justiça dedicado a:

1) Prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a doentes inimputáveis e a pessoas com doenças mentais que se encontram em estabelecimentos prisionais;

2) Elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas;

3) Prestação de cuidados por determinação judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens.

5 — Legislação de saúde mental e direitos humanos. — As pessoas que sofrem de perturbações mentais, em virtude da sua vulnerabilidade psicológica e da situação de desvantagem social em que muitas vezes se encontram, são frequentemente vítimas de violações sistemáticas dos direitos e liberdades fundamentais.

Existe vasta evidência a nível internacional de que os direitos com mais frequência desrespeitados, principalmente no contexto dos hospitais psiquiátricos, mas também nas comunidades onde vivem, incluem o direito a serem tratados com humanidade e respeito, o direito à admissão voluntária numa instituição psiquiátrica, o direito à privacidade, a liberdade de comunicação com o exterior quando internado, o direito de votar, o direito a receber tratamento na comunidade e a dar consentimento informado ao tratamento, o direito a garantias judiciais, o

direito ao trabalho, à educação, a habitação independente ou protegida, à protecção social, entre outros.

A necessidade de proteger os direitos das pessoas com doenças mentais foi o objecto de várias recomendações de organizações internacionais, com destaque para as Nações Unidas (*Principes pour la Protection des Personnes Atteintes de Maladie Mentale et pour l'Amélioration des Soins de Santé Mentale*, 1991), a OMS (World Health Report, 2001) e o Conselho da Europa (Recomendação do Comité de Ministros aos Estados membros, 2004).

Em Portugal, a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98) trouxe avanços significativos nesta área, definindo os direitos dos utentes dos serviços de saúde mental de acordo com os Princípios das Nações Unidas de 1991, regulamentando o processo de internamento compulsivo, consagrando o modelo comunitário para a prestação de cuidados de saúde mental e prevendo a participação de organizações de utentes e familiares no Conselho Nacional de Saúde Mental. Para além disso, o facto de Portugal ter assinado muito recentemente a Convenção Internacional dos Direitos Humanos significa um compromisso assumido para fazer respeitar e promover os direitos de todos os grupos que são objecto de discriminação, que não pode excluir as pessoas que têm problemas de saúde mental.

A legislação portuguesa mantém-se perfeitamente actualizada, já que contempla a generalidade das questões mais relevantes na área da saúde mental e respeita, no essencial, as recomendações internacionais mais recentes: não parece, portanto, justificar-se, para já, a elaboração de uma nova lei de saúde mental, mas sim regulamentar alguns aspectos da sua aplicação, nomeadamente quanto à gestão do património e das pensões das pessoas residentes nos hospitais psiquiátricos.

6 — Financiamento e gestão. — Os serviços de saúde mental em Portugal têm um sistema de gestão e financiamento desadequado e que não propicia o desenvolvimento dos cuidados na comunidade. A introdução de profundas mudanças no sistema de gestão e financiamento dos serviços de saúde mental é uma prioridade absoluta para o futuro.

O estabelecimento de um orçamento nacional para a saúde mental constitui uma medida fundamental para a implementação das reformas preconizadas neste Plano.

O estabelecimento de um modelo de financiamento baseado em princípios de contratualização é outra medida prioritária, passando, para isso, a ser assegurado um centro de responsabilidade/custos para os departamentos de psiquiatria e saúde mental. Este modelo de financiamento tem em consideração as especificidades dos cuidados de saúde mental, pelo que não é centrado apenas nas linhas de produção prevalentes nos hospitais gerais (internamento, consultas, hospital de dia e urgências), o qual é insuficiente para reflectir as actividades realmente desenvolvidas pelos serviços de saúde mental.

Tal como estabelece a lei, os departamentos de psiquiatria e saúde mental passam a constituir verdadeiros centros de responsabilidade com um orçamento associado a um programa contratualizado.

Finalmente, são desenvolvidas e avaliadas novas formas de gestão dos serviços, de modo a permitir uma maior participação e responsabilidade de diversos grupos de profissionais e de organizações não governamentais.

7 — Sistema de informação. — Numa sociedade que cada vez mais privilegia e necessita de informação, a existência nas organizações de sistemas adequados para a sua

recolha, armazenamento, processamento, representação e distribuição faz com que uma parcela apreciável do seu esforço seja tomada por estas preocupações.

Assim, tendo em linha de conta as vantagens que a informação traz para a tomada de decisões fundamentadas em domínios complexos que exigem padrões de qualidade cada vez mais elevados, é desenvolvido um sistema de informação que proporcione os meios mais adequados para suporte à tomada de decisão e à acção na área da saúde mental e o seu acompanhamento a nível político.

O sistema de informação serve, não só para as decisões, monitorização e avaliação das diversas acções e iniciativas, mas também para constituir a base para o estudo e o conhecimento da saúde mental em Portugal, com enfoque na doença e na pessoa doente.

8 — Melhoria da qualidade. — O conceito de qualidade e as suas dimensões associadas (avaliação de qualidade, garantia de qualidade, melhoria contínua de qualidade) ocupam actualmente um lugar estratégico na planificação dos serviços de saúde em geral, e dos serviços de psiquiatria e saúde mental em particular.

No entanto, nos serviços de psiquiatria portugueses é ainda muito escassa a aplicação de procedimentos de avaliação e garantia de qualidade. No estudo de avaliação de qualidade efectuado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em todos os serviços de psiquiatria da rede pública e ainda nas instituições geridas por ordens religiosas e pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, constatou-se que:

O nível médio de qualidade dos serviços/departamentos do sector público encontra-se na faixa inferior do razoável;

O nível de qualidade nos dispositivos de ambulatório é inferior ao das unidades de internamento;

As áreas mais críticas são os recursos humanos (dotação, distribuição, composição multidisciplinar das equipas) e a organização administrativa;

Existem claras assimetrias no território continental, com particular destaque para as deficiências particularmente significativas existentes nas Regiões do Alentejo e do Algarve em relação ao resto do país.

É, pois, necessário aumentar significativamente a expressão dos processos de implementação, de avaliação e garantia de qualidade nos serviços de psiquiatria e saúde mental do País.

Para se alcançar este objectivo é implementado um processo de avaliação de qualidade dos serviços de psiquiatria e saúde mental de acordo com os seguintes passos:

Identificação de políticas de melhoria da qualidade;

Elaboração de documentos informativos e normativos;

Desenvolvimento de procedimentos de acreditação (avaliação por agentes externos);

Monitorização dos serviços de saúde mental (avaliação por agentes internos);

Integração dos procedimentos de avaliação e garantia de qualidade na rotina dos serviços;

Revisão constante dos mecanismos de qualidade;

Difusão das boas práticas.

O desenvolvimento deste processo toma em consideração os diversos níveis e agentes implicados no planeamento e prestação de cuidados, uma vez que não é possível avaliar a qualidade através de uma perspectiva única ou isolada.

Tomando em linha de conta a multiplicidade de níveis, dimensões e indicadores (estrutura, processo e resultados), o desenvolvimento e implementação do processo de avaliação de qualidade implica um conjunto de opções, tais como:

1) O modelo de avaliação — é simultaneamente desenvolvido um sistema de monitorização dos serviços, simples e flexível, e um sistema de avaliação de âmbito nacional;

2) O agente da avaliação — independentemente dos procedimentos que desejavelmente devem ser implementados como rotina, a avaliação é efectuada por agentes externos (acreditados para o efeito), tal como é, aliás, preconizado pela OMS;

3) O âmbito da avaliação — de acordo com os conhecimentos científicos actuais, a avaliação engloba não só as variáveis de estrutura e de processo, como também de resultados. Isto implica a utilização de metodologias e instrumentos de colheita de dados comuns nos diversos serviços do País;

4) A selecção de indicadores — constitui uma das áreas mais sensíveis e problemáticas na avaliação de qualidade em saúde mental, devendo interligar-se com os sistemas de informação existentes nos serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde e nos organismos centrais e regionais do Ministério da Saúde;

5) A avaliação da satisfação de utentes e familiares — faz parte integrante de qualquer processo de avaliação de qualidade.

9 — Recursos humanos. — O investimento na área dos recursos humanos é decisivo para o êxito da reforma dos cuidados de saúde mental que agora se pretende iniciar com a aprovação deste Plano. A análise da situação actual neste domínio mostra que, no conjunto dos serviços públicos de saúde mental, os recursos humanos são escassos, encontram-se mal distribuídos e não tiveram, na maioria dos casos, formação suficiente nos modelos de intervenção mais usados actualmente na prestação de cuidados a nível da comunidade. O modelo de organização de trabalho na quase totalidade dos serviços continua excessivamente centrado no médico e nas intervenções intra-hospitalares. A participação de outros profissionais (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc.) tem vindo a aumentar, mas continua ainda muito longe do indispensável para um adequado funcionamento das modernas equipas de saúde mental.

Para superar estas dificuldades, são tomadas medidas para redefinir os rácios recomendados para cada grupo profissional, tomando em consideração as características do trabalho das equipas de saúde mental nos dias de hoje, que apontam para uma maior participação de enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outras profissões relevantes para a saúde mental.

São, de seguida, estimadas com rigor as necessidades futuras nos vários grupos profissionais, a partir dos rácios aprovados. Só com base nesta estimativa se poderá planear a formação e as estratégias de contratação dos profissionais das várias disciplinas.

São também accionadas medidas que, por um lado, facilitem a formação em serviço dos profissionais, e, por outro, promovam a introdução de mudanças na formação pré e pós-graduada das várias disciplinas, de modo a permitir uma melhor preparação dos profissionais em aspectos essenciais dos cuidados de saúde mental do futuro.

Uma distribuição mais equitativa dos recursos humanos disponíveis entre os grandes centros e a periferia só se poderá atingir através da combinação de vários tipos de medidas. Fundamentalmente, importa interromper o ciclo criado no passado, em que se foram admitindo sem critério mais profissionais em alguns serviços do Porto, Coimbra e Lisboa. Para interromper este ciclo, são, por um lado, restringidas as entradas de novos profissionais no Porto, Coimbra e Lisboa aos casos em que estes novos profissionais fiquem claramente vinculados a equipas comunitárias dos serviços locais, e, por outro, são criados mecanismos que facilitem a fixação de profissionais nos serviços fora das três principais cidades do País. Para facilitar a fixação de profissionais nos locais onde existem maiores carências, recorre-se a diferentes estratégias. Para tornar mais atractivo o seu trabalho, são tomadas medidas que passam pela criação de incentivos financeiros e de boas condições de trabalho aos profissionais envolvidos. Por outro lado, é promovida a vinculação precoce de profissionais a estes serviços, na fase em que realizam o internato.

Para tornar mais atractivo o seu trabalho, são tomadas medidas que passam pela criação de incentivos financeiros e de boas condições de trabalho aos profissionais envolvidos, no quadro do regime dos vínculos, carreiras e remunerações. Por outro lado, é promovida a vinculação precoce de profissionais a estes serviços, na fase em que realizam o internato.

10 — Articulação com as ordens religiosas e misericórdias. — As ordens religiosas têm representado, no conjunto do sistema prestador de cuidados de saúde mental em Portugal, uma parte muito significativa das respostas disponíveis. A sua articulação com os serviços do SNS está regulada por um acordo que vigora há mais de duas décadas e que deve ser actualizado.

Proceder-se-á, assim, a uma revisão daquele acordo, tendo em conta a legislação que enquadre os acordos com o sector social, nomeadamente o diploma que regulamente as respostas diferenciadas de cuidados continuados integrados de saúde mental, visando encontrar uma fórmula que se revele justa na retribuição dos serviços prestados, diferenciando mais claramente os cuidados na doença aguda dos de longa duração (cuidados continuados) e que torne mais claras as relações de cooperação assistencial, definindo regras de referência entre os serviços públicos e os estabelecimentos dependentes dos institutos das ordens religiosas.

O novo acordo definirá ainda um modelo de financiamento assente em programas concretos, ajustados ao tipo de doentes e de cuidados.

São igualmente criadas condições para que estas instituições se possam integrar no processo de reconfiguração do modelo assistencial, garantindo-lhes o acesso aos programas de desinstitucionalização que venham a ser desenvolvidos.

Além das ordens religiosas, também a Santa Casa da Misericórdia do Porto, que retomou há cinco anos atrás a gestão do Hospital do Conde de Ferreira, dando continuidade a perto de um século de actividade, tem sido um parceiro nesta área da prestação de cuidados.

São assim desenvolvidas as iniciativas necessárias para se encontrar um novo modelo de protocolo que obedeça aos mesmos princípios definidos para as ordens religiosas e que enquadre a cooperação que tem existido com estas instituições.

11 — Investigação. — Apesar do notável incremento verificado nos últimos anos, decorrente da política de investimento de várias instituições, nomeadamente da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) em algumas áreas, como é o caso da psiquiatria e saúde mental, Portugal continua a ocupar uma posição frágil no contexto geral da investigação internacional, em particular no que se refere à saúde mental.

A contribuição da psiquiatria e saúde mental para a produção total de publicações indexadas na área da medicina clínica é muito escassa, o que revela uma actividade científica diminuta, pouco competitiva quer no âmbito nacional, quer no âmbito internacional.

Acresce que a escassez de informação, decorrente da pouca actividade de investigação nas áreas de epidemiologia e avaliação de programas, tem inviabilizado uma mais sólida fundamentação das opções estratégicas de desenvolvimento e avaliação de programas terapêuticos nas instituições psiquiátricas do nosso País.

Embora uma parte significativa da investigação seja realizada em ambiente académico, a prática de investigação é uma área que deve ser fomentada, alargada a contextos não académicos e difundida/disponibilizada ao maior número possível de profissionais de psiquiatria e saúde mental.

Para tal, são desenvolvidas acções a nível da divulgação regular da actividade científica, do financiamento de projectos de investigação, da formação em investigação clínica e avaliação de serviços, assim como da promoção de uma experiência de investigação durante a fase do internato da especialidade de psiquiatria.

V — Implementação e avaliação:

A experiência obtida, tanto em Portugal, como noutros países, mostra que a principal razão pela qual muitos dos processos de melhoria dos cuidados de saúde mental não conseguem alcançar os objectivos pretendidos tem a ver com dificuldades de implementação. Na verdade, a implementação das reformas dos serviços de saúde mental é, hoje em dia, um processo complexo, que envolve mudanças importantes a nível de instalações, distribuição e formação dos recursos humanos, desenvolvimento de novos métodos de trabalho e afectação de recursos financeiros, entre outros.

De acordo com as recomendações da OMS nesta matéria, importa assegurar, em primeiro lugar, a existência de uma entidade que assuma a responsabilidade da coordenação da execução do plano e que possua as competências técnicas indispensáveis, bem como a capacidade de decisão necessária para conduzir com êxito um processo de reforma que implica mudanças estruturais importantes.

A necessidade desta coordenação foi proposta pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, que incluiu entre as suas recomendações, a criação de uma unidade coordenadora da implementação do Plano de Saúde Mental, no âmbito do Ministério da Saúde e, igualmente, a existência, em cada administração regional de saúde, de uma unidade ou equipa com a competência técnica indispensável para a coordenação das acções de âmbito regional.

Assim, está previsto o desenvolvimento do Plano no âmbito do Alto-Comissariado da Saúde, bem como a nomeação de um coordenador nacional.

A divulgação e discussão do Plano entre todas as pessoas que, directa ou indirectamente, têm a ver com prestação de cuidados de saúde mental, em particular a partir do SNS, é essencial à promoção de uma ampla participação na

Anexo IV

“Projecto Quinta Pedagógica das
Romãzeiras”

 Projecto Quinta Pedagógica das “ROMÃZEIRAS”

Abordagem Psicológica



Autor: Dr. Paulo J.L. Santos

Casa de Saúde Rainha Santa Isabel

Condeixa – a - Nova



Introdução

A ideia de uma Quinta Pedagógica na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel é um imperativo de consciência que assalta qualquer mente preocupada com o bem estar das pessoas com deficiência mental e/ou doença mental que residem nesta Casa de Saúde. Olhando para a dimensão da quinta que circunda a Casa de Saúde é fácil imaginar um espaço bem organizado onde as pessoas possam tirar partido da natureza e do convívio social. Por detrás desta ideia nascem outras ideias e outras respostas a inúmeras perguntas e preocupações relacionadas com o mundo da reabilitação. Penso que este projecto será um meio para conseguir inverter a trajectória decadente imposta pela doença mental e a institucionalização prolongada, assim como ajudará as pessoas com deficiência mental ligeira a desenvolver as suas competências sociais e a promover a sua auto-estima. Sabemos que a reabilitação psicossocial é um processo activo de trocas entre o indivíduo e o meio, assim como se sabe que geralmente ocorre em etapas e, de preferência, em espaços fora das instituições de psiquiatria. A quinta pedagógica é um poderoso meio ao serviço da reabilitação da saúde mental, encerrando em si muitas valências que podem ser exploradas e redimensionadas, respondendo às necessidades das utentes desta quinta pedagógica, quer ao nível psicológico, quer ao nível social e profissional, tendo em linha de conta os visitantes

Ao construirmos um equipamento desta dimensão sabemos que não o podemos fechar à comunidade, por isso é nossa intenção estabelecer parcerias com algumas instituições da região, com o objectivos de co-financiar os custos de manutenção, assim como promover o intercâmbio com escolas e outros organismos que possam beneficiar com as actividades desenvolvidas no âmbito da quinta.

Considero que este equipamento terá grande utilidade para a área da Terapia Ocupacional, da Psicologia, da educação física, da fisioterapia, e de outros serviços relacionados com a reabilitação psicossocial e física, envolvendo directa e indirectamente muitos colaboradores e técnicos.

A reabilitação apoia-se na filosofia de que as pessoas incapacitadas necessitam de habilidades e competências, para além do suporte da sociedade para conseguirem alcançar os seus objetivos nas actividades da vida diária e no trabalho. É nestas condições que a quinta pedagógica vai intervir, educando e promovendo a autonomia das pessoas com doença e /ou deficiência mental.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Partindo do pressuposto que as vinte utentes que vão estar integradas nos trabalhos da quinta pedagógica vão viver em casas muito familiares, apenas com cinco utentes cada, formando uma nova família, podemos considerar que estas utentes vão reviver o seu passado em família, vão construir laços muito pessoais de amizade, solidariedade, fraternidade, frateria e comunhão. Deste modo considero que a

saída destas utentes das unidades de longo internamento para estas células familiares, será um dos grandes pilares da reabilitação a todos os níveis.

A reabilitação de doentes mentais tomando-se por base as diligências feitas desde o fins do século XIX, para tratar o doente psiquiátrico tendo como objectivo final o seu retorno ao seu meio familiar, social e profissional de origem no melhor das suas capacidades, várias estratégias têm vindo a ser aplicadas com base nos respectivos fundamentos científicos.

Um estudo prospectivo, realizado por Meize e Fleischaker, em pessoas com esquizofrenia, no sentido de avaliar a perda de funcionamento social, revelou que cinco anos depois de adoecerem, 60 a 70% dos doentes esquizofrénicos apresentavam perturbações graves a nível da ocupação, da habitação e do relacionamento social. Segundo Zieglere Philips, citado por Pinto Gouveia(1986), estudos realizados com doentes psiquiátricos revelaram que o nível de competência social estava relacionado com o grau de perturbação psiquiátrica e que os indivíduos com menos aptidões sociais tinham pior diagnóstico. Alguns estudos apontam para taxas de sucesso de 50% de permanência no emprego quando a pessoa continua com apoio psiquiátrico. Outras intervenções se podem levar a cabo no sentido de reabilitar a pessoa com doença mental, no entanto destaco aqui aquelas que estão mais relacionadas com alterações do ambiente e do espaço grupal.

Na Reabilitação psicossocial há outro tipo de abordagens que passamos a indicar:

Liberman (1988) inclui no seu programa integrativo o TAS, a terapia Psicofarmacológica, a terapia psicoeducativa familiar, reabilitação vocacional e suporte social. Roder et al. (1992) apresenta um Programa Terapêutico Psicológico Integrado” para pessoas com esquizofrenia Este programa é composto por cinco subprogramas que têm como objectivo melhorar os défices cognitivos e sócio-comportamentais.

Está provado, tanto para doentes esquizofrénicos como para pessoas com doença mental (psicoses), que a desinstitucionalização e a aposta na reabilitação psicossocial fora dos hospitais é uma conquista dos tempos actuais, exigindo dos governos e das instituições uma maior concentração de equipamentos e técnicos para esta missão.

Os Objectivos da reabilitação passam por manter as melhoras ao longo do tempo, estabelecer ou restabelecer as aptidões interpessoais e de vida independente e ajudar os indivíduos a alcançar uma qualidade de vida satisfatória com o máximo de autonomia.

Critérios de Selecção:

para fazer uma triagem das pessoas que farão parte da Quinta Pedagógica há que obedecer aos seguintes critérios:

- Ter entre 20 e 55 anos;
- Estar estabilizada do ponto de vista psiquiátrico;
- Ter deficiência mental ligeira, equivalente à categoria pedagógica “educável” ;

- Revelar motivação para actividades ao ar livre e contacto com animais e plantas ;
- Não fazer parte de nenhum projecto em curso

OBJECTIVOS PRINCIPAIS:

A QUINTA PEDAGÓGICA COMO INSTRUMENTO DE REABILITAÇÃO OCUPACIONAL E PROFISSIONAL

A Quinta Pedagógica é uma estrutura física relacionada com o meio ambiente e a sua preservação, onde está presente uma cultura de pedagogia sobre o meio ambiente . Numa estrutura deste tipo pretende-se que hajam condições para a sobrevivência de algumas espécies vegetais e animais, assim como a manutenção dos seus habitats naturais, Por um lado serve como um expositor de animais e plantas, por outro lado serve de escola na qual se pode compreender ao vivo os processos naturais de reprodução, crescimento e manutenção das espécies. Deste modo a quinta pedagógica é um espaço de intervenção que exige uma presença constante das pessoas que cuidam e zelam pelo bom funcionamento . necessita de tratadores de plantas e animais, jardineiros e outras pessoas que fazem a apresentação dos animais e das plantas aos visitantes. Temos então uma série de funções ou tarefas que podem ser exercidas pelas pessoas deficientes mentais e/ou doentes mentais estabilizados. Assim teremos uma quinta pedagógica onde podemos empregar 20 pessoas, dando-lhes tarefas compatíveis com as suas capacidades, por exemplo ficar responsável por determinado animal, ou então explicar aos visitantes quais as características e os segredos desta ou daquela planta. Podemos ainda empregar ou ocupar pessoas no arranjo,manutenção e asseio dos passeios, espaços e jaulas. Ao redor dos itinerários podem surgir pequenos espaços de comercialização de produtos da quinta: mel, ovos, azeite, batatas, flores, recordações etc.

Esta quinta pedagógica funcionaria como um instrumento ao serviço da terapia ocupacional, ocupando pessoas em diversas actividades, ateliers de vários produtos, serviria ainda de espaço de lazer, mostra de doçaria conventual produzida pela futura cooperativa de pastelaria e doçaria, abrindo até um café onde serviriam esses doces e bolos, para além de frutas e compotas.

A QUINTA PEDAGÓGICA COMO INSTRUMENTO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A estrutura de uma quinta pedagógica está repleta de espaços de encontro de pessoas, onde conversam, convivem e espreitam as plantas e os animais. No entanto ao longo desses espaços haverá encontros frequentes com as doentes que ali trabalham ou se ocupam das actividades relacionadas com a

manutenção da quinta. As pessoas doentes que estiverem inseridas na quinta podem explicar as características de um animal ou planta, podem orientar os visitantes nos trajectos, podem servir um copo de água ou dar uma informação etc. Do ponto de vista psicológico as vantagens são muitas e o seu efeito, para além de duradouro, é notável a curto prazo.

VANTAGENS PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- Aumento da realização pessoal e profissional
- Aumento da auto-estima
- Aumento da independência e autonomia pessoal
- Aumento da auto-confiança
- Aumento do sentimento de pertença
- Aumento da actividade e estimulação cognitiva
- Aumento da eficácia e eficiência das habilidades sociais
- Aumento do empenho e prazer no cumprimento das actividades
- Aumento da capacidade de empatia e assertividade
- Aumento do sentimento de utilidade
- Promoção do auto-conceito
- Promoção da sociabilidade
- Promoção do espírito de grupo
- Promoção do relacionamento interpessoal
- Diminuição da sintomatologia depressiva
- Diminuição da sintomatologia residual
- Diminuição das doses de medicação
- Diminuição dos períodos de isolamento
- Diminuição das recaídas
- Diminuição dos efeitos da institucionalização
- Aquisição de novos conhecimentos
- Aquisição de novas habilidades sociais
- Aquisição de novos hábitos e costumes
- Aquisição de emprego

Para além destas vantagens, o benefício final global é, de todos os pontos de vista, um enorme passo na caminhada da reabilitação, porque o objectivo primordial é tirar as pessoas com deficiência mental ou doença mental das enfermarias e devolvê-las ao meio ambiente saudável, dando-lhes uma nova oportunidade de sonhar e viver feliz.

C

Onclusão

Este projecto é sem dúvida uma boa aposta na filosofia psiquiátrica virada para a reabilitação no exterior, visando a inserção da pessoa doente no seu meio familiar, social e laboral. Uma quinta pedagógica é um espaço excelente para a prática da reabilitação a todos os níveis, podendo tirar partido de actividades relacionadas com a psicoterapia de grupo, dinâmicas de grupo, ateliers diversos, formação na área da biologia, agricultura, jardinagem, arranjos florais, panificação caseira, doçaria regional, floricultura, apicultura, estufas etc. De facto a Casa de Saúde terá mais um equipamento polivalente do ponto de vista da reabilitação, dando aos seus utentes e aos seus visitantes momentos de alegria, diversão e convívio com a natureza. A pessoa, dentro do seu nível de desenvolvimento e no contacto com o exterior, mediante o mundo material e o intercâmbio sócio-emocional com o outro, realiza o seu universo de percepções e configura o seu mundo interior. Este é organizado segundo significados com valor afectivo de tal modo que, em seguimento, o sentir interior influencia a percepção do exterior e, por extensão, as acções do indivíduo.

Bibliografia:

LIBERMAN,J.A. **Re-integration of the Schizophrenic Patiente.** Science Press, 1988.

SANTOS,M.J.HEITOR (2000). **Esquizofrenia: Perspectivas actuais de reabilitação psicossocial.** Psicologia, Vol. XIV(1), pp.91-109

PAIXÃO, Rui, (1999). Associação Nova Aurora: Avaliação de um Projecto de Reabilitação e Reintegração de Doentes Mentais de evolução prolongada. **Psiquiatria Clínica**, 20,(2), PP.139-148

Integra a presente memória descritiva e justificativa, um estudo prévio de uma Quinta Pedagógica que a instituição Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus pretende implementar nas suas instalações em Condeixa-a-Nova.



Fotografia aérea do local de implantação da Quinta Pedagógica das Romãzeiras

Pretende-se através desta proposta criar um espaço que responda ao programa indicado, no sentido de se criar um espaço de lazer e formação aos seus futuros visitantes.

Uma vez identificado o cariz rural do terreno julgou-se necessário intervir de uma forma cirúrgica, de modo a que a volumetria construída não interferisse na paisagem existente de forma excessiva.

O projecto estrutura-se no terreno em torno de um percurso pedestre, ao longo do qual surgem diferentes áreas temáticas, nomeadamente zonas para cultivo e zonas para animais.

A Quinta funcionará nas imediações de um conjunto de quatro habitações (de cerca de cinco habitantes em cada uma delas), que explorarão extensivamente os seus campos agrícolas e o seu pomar.

Uma vez que se pretendia duas zonas de cultivo diferentes, uma para a criação de um pomar e outra para a criação de campos agrícolas, entende-se que qualquer volume Pretender-se-á aliar a sustentabilidade das habitações com uma componente pedagógica e ambiental, permitindo a dinamização de todo o espaço ocupado pela Quinta enquanto espaço de lazer, lúdico e cultural. Romãzeiras

Espaço reservado à implantação do projecto da Quinta Pedagógica das Romãzeiras pormenor (a)área agrícola, pormenor (b)habitações em construção

A Quinta das Romãzeiras será um espaço onde os visitantes poderão ficar a conhecer o mundo rural, de uma forma directa e em estreito contacto. Este espaço tem como objectivo contribuir de uma forma significativa para a sensibilização e educação da comunidade para a problemática do ambiente e para a conservação da paisagem e dos recursos naturais em meio urbano.



A dinamização da Quinta através de visitas guiadas, ateliers e pela prática de actividades artesanais permite aos visitantes que usufruam do modo de vida rural no meio urbano e que, num contexto pedagógico, compreendam a necessidade da sustentabilidade na gestão dos recursos naturais e do respeito pelo meio ambiente. Deste modo, poderá ser ensinado às gerações mais jovens a origem dos alimentos, os modos de cultivo, a exploração agro-pecuária podendo assim conhecer um pouco melhor a dicotomia Homem/Espaço Natural.

Em termos de materiais utilizados optou-se pela utilização de madeira, recorrendo por vezes a estruturas metálicas. Não só pelo cariz rural da envolvente, mas também pela presença de quarto volumes residenciais no terreno, julga-se importante manter a presença da madeira, na formalização dos volumes propostos, utilizando uma estrutura metálica como apoio do volume mais a sul no terreno submerso pelo lago.

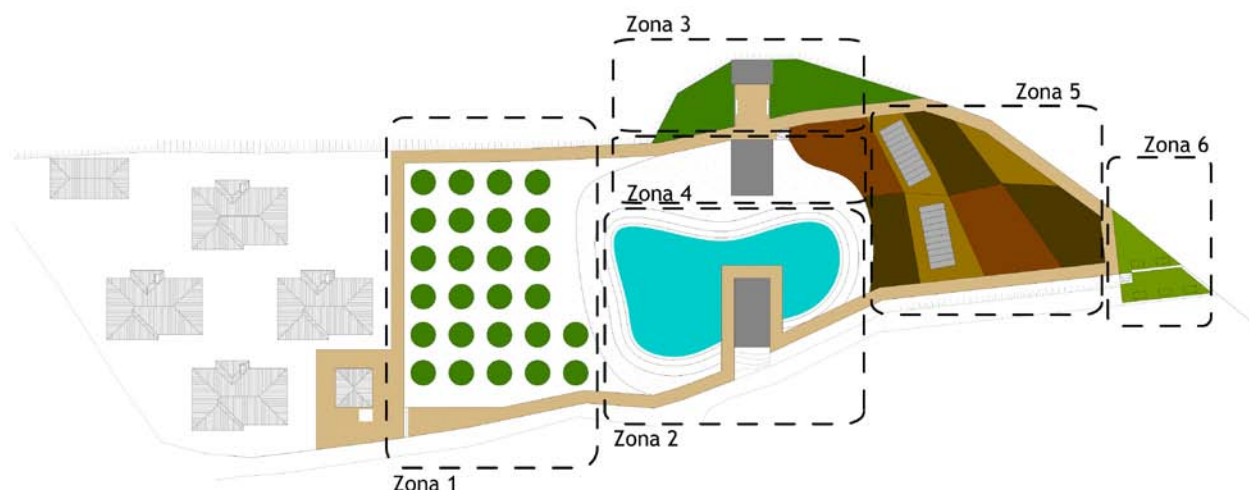
Para o percurso optou-se pela utilização de terra prensada entre lancis de pedra, com uma primeira camada em gravilha.

Caracterização dos Espaços

Local de implantação

O local de implantação da Quinta das Romãzeiras integra o espaço das instalações do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, em Condeixa-a-Nova.

A Este da Quinta Pedagógica das Romãzeiras situam-se quatro habitações, onde irão residir permanentemente cerca de cinco pessoas por habitação. Estas habitações encontram-se já em fase de construção e são fabricadas em madeira.



Planta de implantação da Quinta Pedagógica das Romãzeiras

Tomando como ponto de partida a recepção que se propõe a sudoeste, o percurso desenvolve-se para nascente evoluindo de forma natural à medida que se “agarra” à topografia existente. Numa primeira área encontra-se uma zona de pomar, cuja área ronda os 1000 m². Continuando a percorrer o traçado proposto, o visitante irá deparar-se com um volume que se projecta sobre o lago, sendo convidado a contornar o mesmo a norte. Neste mesmo volume serão criados diferentes espaços para a colocação de animais, onde o visitante poderá consultar informação relativa aos mesmos através dos painéis colocados no próprio volume.

Após visitar esta zona, deparar-se-á com uma zona reservada para campos de cultivo, onde deverá ser igualmente colocada uma estrutura para criação de estufa.

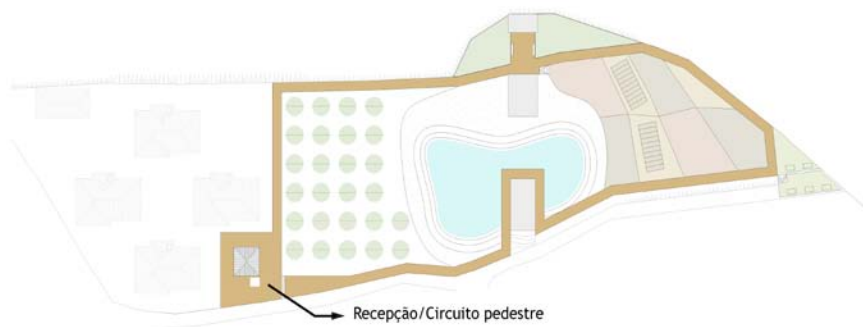
À medida que o visitante continua a evoluir no percurso, inverte a direcção passando a deslocar-se no sentido nascente poente. Mais uma vez surge um espaço edificado, destinado a uma zona de compostagem, e um outro destinado a animais, sendo que a implantação de ambos surge no alinhamento do volume a sul. Enquanto que o espaço de compostagem se abre para o exterior, permitindo uma maior ventilação do mesmo, o espaço para animais, a norte, configura uma área mais reservada, de modo a garantir um ambiente favorável à permanência das espécies que ai se vierem a colocar. O percurso termina por fim junto à zona de recepção, numa zona demarcada pela diferenciação do pavimento.

Acessos e Circulação

O acesso à Quinta farse-á através de um único ponto, onde existirá uma pequena recepção que servirá de apoio às actividades a realizar, para a distribuição de equipamento ou material didáctico e onde será realizada uma primeira abordagem ao espaço. O acesso ao espaço será condicionado a peões, existindo parques de estacionamento na periferia para comodidade dos visitantes.

Existirá um percurso principal, garantindo o acesso a máquinas ou alfaías agrícolas necessários ao funcionamento da Quinta. Este percurso será o percurso utilizado para que os visitantes circulem pelos diversos espaços da Quinta onde decorrerão as actividades.

Zona de recepção e circuito pedestre



De modo a contribuir para a integração na paisagem e criar um espaço natural em meio urbano surge, como fachada da Quinta, uma zona de pomar.

Esta zona será um espaço onde se poderão ficar a conhecer algumas espécies de árvores de fruto mas também adquirir alguma sensibilidade face a espécies de interesse conservacionista, funcional ou cultural. Para este fim, estará estruturado em grupos de árvores que, de alguma forma são representativas de valores naturais a preservar.

Assim, foram escolhidas quatro espécies de árvores de fruto e duas espécies de elevado valor natural no nosso país.

Pretende-se que o visitante tenha contacto com os valores naturais, adquirindo conhecimentos e aprendendo algumas curiosidades, ao mesmo tempo que usufrui de um espaço que se pretende o menos intervencionado possível.



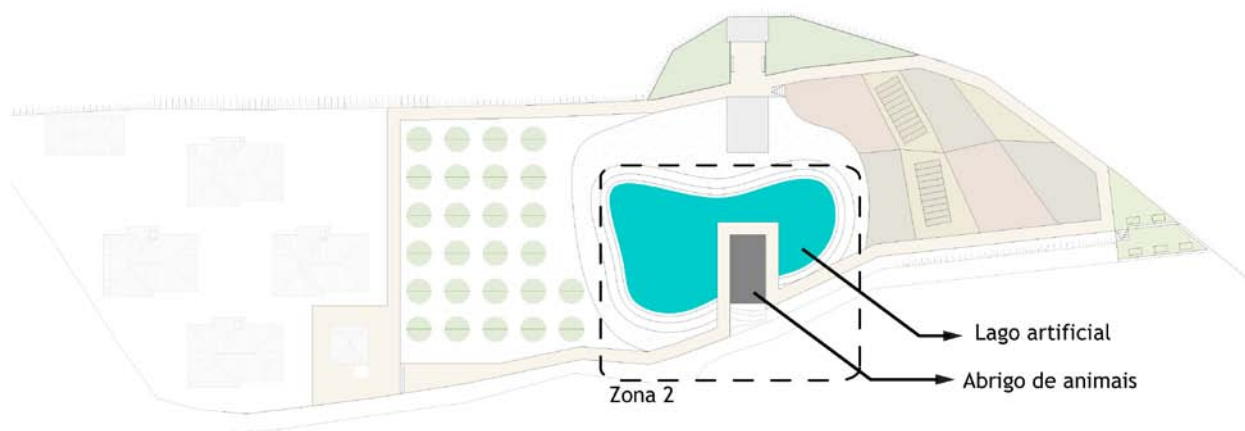
Todo o espaço da Quinta envolve um lago, que servirá, não só como elemento de uma paisagem relaxante, como de local de recreio às espécies de aves aquáticas residentes na Quinta. Deverá ser contemplada uma pequena vedação que impeça estes animais de aceder às demais zonas da Quinta e que permita uma área de repouso fora de água. Sobre o lago será construído um abrigo de animais de pequeno porte.

Este lago será rodeado por um jardim arrelvado onde poderão ser realizadas um sem número de actividades lúdicas ou de lazer pelos visitantes, bastando para isso a colocação de bancadas ou mesas de trabalho quando assim for necessário. Na ausência de actividades no jardim, este será um espaço amplo em harmonia com o restante ambiente.

Zona do Lago

A Horta e as estufas

Num contexto de sustentabilidade, pretende-se criar um sistema de produção ambientalmente inócuo, onde se privilegiará uma série de boas práticas agrícolas assentes na redução de resíduos e preservação do ecossistema. Deste modo procurarse-á diminuir ao mínimo a utilização de fertilizantes químicos e promover um uso racional dos recursos.

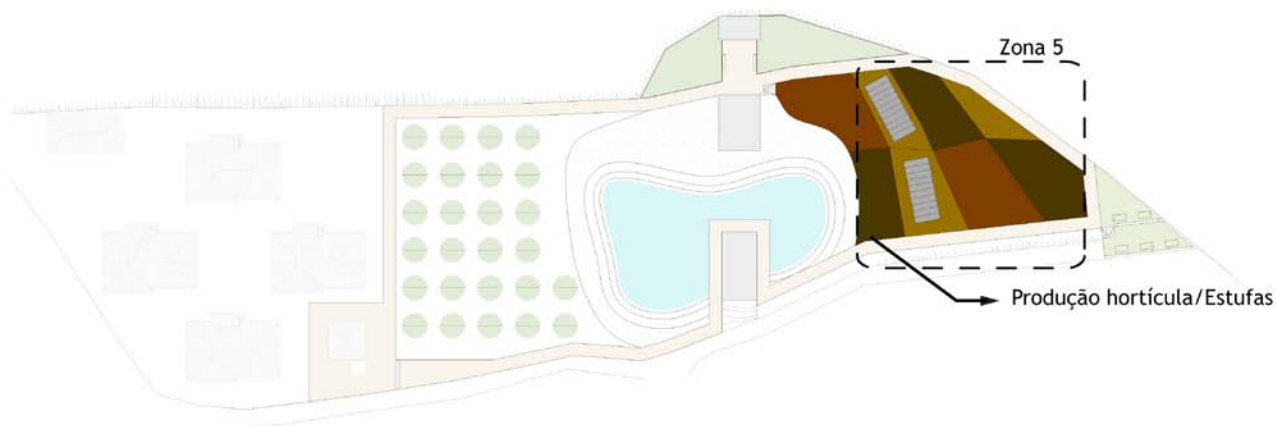


A horta será um espaço dividido em talhões de dimensões variadas, consoante as necessidades e culturas, em que se poderão cultivar um sem número de espécies vegetais e onde, além da produção para consumo das habitações, os visitantes poderão conhecer um pouco mais o sistema agrícola. Este contacto com os meios de produção agrícola ganha ênfase num mundo actual em que o fosso meio urbano/meio rural está cada vez mais largo, sendo importante restabelecer a interactividade entre gerações citadinas e gerações campestres.

Durante o percurso pela Quinta, os visitantes poderão visitar a estufa, que será um equipamento pré-fabricado onde se poderão cultivar várias espécies de plantas aromáticas, medicinais ou flores.

Neste equipamento será também possível fazer a sementeira em alvéolos para a germinação das espécies vegetais, antes de as transplantar para o solo na horta.

Zona de produção agrícola e estufas

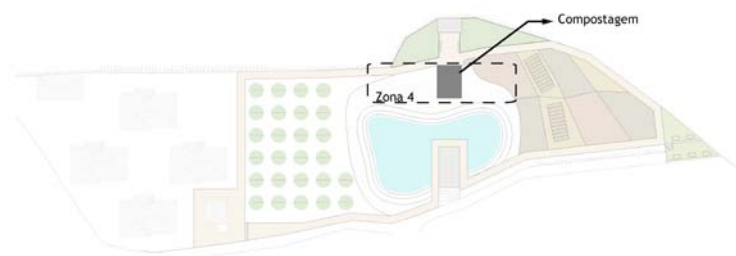


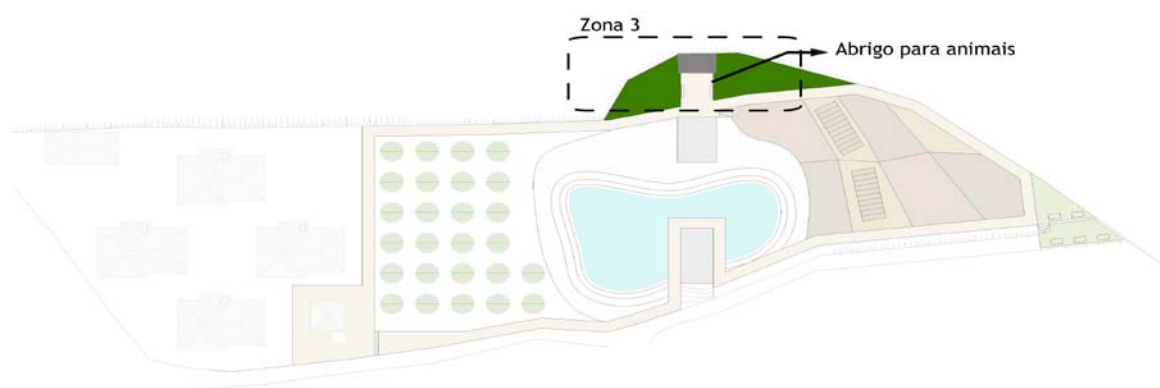
No sentido estabelecer o princípio de boas práticas agrícolas, existirá uma mini central de compostagem onde serão tratados os resíduos orgânicos produzidos na Quinta. Estes resíduos provirão tanto das habitações, a fracção orgânica dos lixos domésticos, como de todos os “resíduos verdes” originados na exploração agrícola e vegetal.

Esquema tridimensional da central de compostagem

A produção de composto torna-se importante na medida em que reduz substancialmente a utilização de fertilizantes químicos no solo além de que a sua matéria prima é, ela própria, um resíduo que se está a eliminar. Este composto será, então aplicado no solo e reiniciar o ciclo natural.

Zona da mini-central da compostagem





Roedores e aves

Integrado no espaço do Lago existirá uma estrutura que servirá de abrigo aos animais de pequeno porte. Esta estrutura será subdividida em compartimentos de acordo com as espécies existentes. Em conjunto com o Lago forma uma estrutura interessante na medida em que o visitante percorre os compartimentos para conhecer os animais, está a percorrer um caminho sobre a água.

Pretende-se que este espaço não seja demasiado castrador na organização interior, de forma a dotar o espaço da capacidade de adaptação para diferentes necessidades.

Esquema tridimensional do abrigo de animais

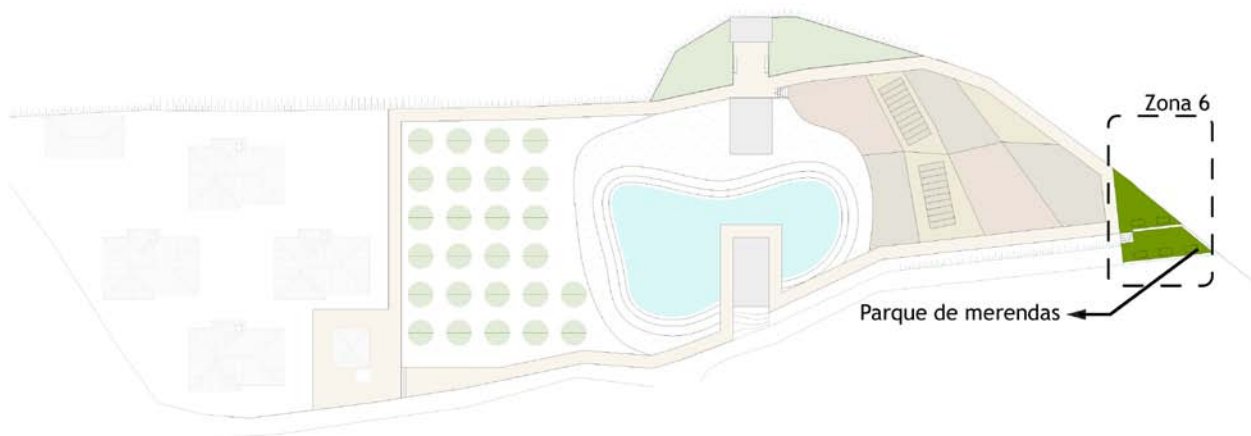
Assim, propõe-se a criação de painéis de correr, que ora definem áreas de cerca de 5 m^2 , ora permitem a criação de zonas mais amplas que podem chegar aos 20 m^2 . Definiu-se igualmente para este volume uma zona para arrumos, cujo acesso se faz através do corredor de serviço existente entre os diferentes espaços e através do qual se pode também aceder às áreas reservadas para animais.

Existirá, num dos compartimentos, destinado às aves aquáticas, uma pequena rampa de acesso ao lago com porta interior que permitirá aos animais recolherem ao abrigo. Deste modo, elimina-se a necessidade de recolher as aves todos os dias, bastando abrir ou fechar a porta no início e no fim do dia.



Foi contemplado um Parque das Merendas no extremo Este da Quinta, onde os visitantes poderão descansar e fazer as suas refeições, em perfeita harmonia com o ambiente natural, sendo que para isso se propõe a reformulação do espaço pré-existente a nascente, aproveitando parte dos elementos e aumentando um pouco a norte para aumentar a capacidade de utilização.

Zona do Parque das Merendas



De modo a contribuir para o objectivo pedagógico da Quinta das Romãzeiras, foram escolhidas espécies de árvores que apresentam um elevado valor, quer pela sua importância ecológica, quer pela sua representatividade em termos de características morfológicas ou funcionais.

Assim, a zona do pomar será constituída por seis espécies de árvores consideradas as mais adequadas tendo em consideração os objectivos propostos e as condições edafoclimáticas da região.

Optou-se por quatro espécies de árvores de fruto com diferentes características entre si e duas espécies de elevado valor natural. No grupo de espécies de fruto apresentam-se o castanheiro pela especificidade do fruto, a macieira para dar um exemplo de uma árvore de fruto mais vulgar, o medronheiro que embora seja uma árvore de fruto ocorre sobretudo no estado selvagem e a romãzeira pela ligação cultural à Instituição e, conseqüentemente à Quinta a que dá o nome.

Em relação às árvores com valor natural consideram-se duas espécies autóctones e com relevante importância no património ambiental e paisagísticos do país. Assim, optou-se pelo carvalho português e pelo sobreiro por serem árvores representativas de dois dos mais importantes habitats naturais em Portugal

. O castanheiro é uma árvore angiospérmica dicotiledónea, da família das Fagáceas, a mesma família a que pertencem os carvalhos, e do género *Castanea*.

Castanheiro *Castanea sativa*



É uma árvore de grande porte, de folha caduca podendo atingir 20 a 30 metros de altura. É geralmente imponente e possui um tronco espesso e uma copa semiesférica, mais ou menos alongada. As suas folhas são verdes brilhantes, lanceoladas e dentadas com disposição alternada sobre os ramos. Do pé destas saem durante um período variável entre Maio e Julho os amentilhos (cachos de flores amarelas) que dão a ilusão de luz de tal modo que em algumas zonas do país lhes chamam candeias. O desenvolvimento dos frutos do castanheiro dá-se no interior de um ouriço onde se desenvolvem normalmente três castanhas de forma cónica mais ou menos achatada que se libertam a partir do início de Outubro

Ocorrendo um pouco por toda a Europa do Sul e também do Norte, o castanheiro é uma árvore que se adapta a vários tipos de clima e altitude embora apresenta uma preferência por altitudes entre 400-1000m, climas sub atlânticos e solos ligeiramente ácidos.

No ecossistema, o castanheiro permite o desenvolvimento de alguns cogumelos comestíveis, sob a sua copa com benefício para a própria árvore. Note-se que nem todas Em Portugal há alguns exemplares de castanheiros monumentais nos distritos de Bragança Viseu e Guarda, cujos troncos têm circunferências com cerca de 10 metros, estando a presença desta árvore bem patente na toponímia de Portugal onde aparecem frequentemente designações como Souto, Castanheiro ou Castanhal.

A macieira pertence à ordem das Rosales, família das Rosaceae, género *Malus*.

Macieira *Malus domestica*

A macieira é uma das árvores de fruto mais cultivadas, podendo oscilar entre os 5 e os 12 m de altura. No entanto, as variedades mais modernas costumam atingir um porte menor que as mais antigas e tradicionais.

Esta árvore cobre-se de flores brancas na Primavera, que desabrocham à medida que as novas folhas vão crescendo, sendo, também, uma árvore de belo porte e com grande valor estético, especialmente na época da floração, ou quando exibe os seus apetecíveis frutos em amadurecimento.



Medronheiro *Arbutus unedo*

O medronheiro pertence à ordem das Ericales, família das Ericaceae.

Medronheiro *Arbutus unedo*

Esta espécie apresenta-se como um arbusto ou uma árvore de pequena dimensão, podendo atingir os 8 a 10 m de altura ainda que usualmente não ultrapasse os 5 m. O tronco possui casca pardo-a vermelhada ou pardo-acinzentada, delgada, gretada, muito escamosa, caduca em pequenas placas nos exemplares mais velhos e a sua copa tem uma forma oval com ramos grossos.

As flores do medronheiro são pequenas, com um cálice curto e corola branca, reunidas em cachos e os frutos são baciformes, globosos, granulados ou eriçados na superfície, medindo entre 20 a 25 mm, de cor avermelhada quando maduros, com sementes pequenas, angulares e de cor castanha.

Esta árvore floresce no Outono ou no princípio do Inverno sendo que a maturação dos frutos ocorre no Outono do ano precedente. É nesta época, devido ao facto de a floração e a maturação dos frutos do ano anterior ser simultânea, que o medronheiro se cobre de uma "veste" colorida de grande beleza. Nas suas cores podemos encontrar o verde brilhante das folhas, o branco das flores e os frutos que são inicialmente amarelos, tornando-se vermelhos com a sua maturação.



Distribuindo-se por uma vasta área na bacia mediterrânica, a sua área de distribuição inclui também todo o território de Portugal continental, ocorrendo as maiores manchas nas Serras de Monchique e do Caldeirão.

O medronheiro é uma espécie que aparece consociada às Quercíneas, particularmente ao sobreiro e à azinheira, ocorrendo nos montados e em zonas de matos resultantes da sua degradação. Crescem tanto em solos ácidos como alcalinos mas preferem que sejam profundos e frescos.

A Romãzeira, pertence à ordem das Myrtales, família das Lythraceae, género Punica.

Romãzeira Punica granatum



Apresenta-se como uma pequena árvore de tendência arbustiva com folha caduca que pode atingir os 6 a 8 m de altura.

O seu fruto tem uma forma redonda achatada, encabeçada por um cálice em forma de coroa que possui uma casca grossa e forte, de cor vermelho escuro a púrpura.

Com folhagem verde brilhante, flores de cálice campanulado e fruto globoso muito apreciado com sementes de sabor delicado a romãzeira muito utilizada em hortas e pomares. Actualmente por razões estéticas passou a ser colocada em jardins, porque é uma árvore muito ornamental, e o tamanho pode ser controlado através da poda.

A romã é normalmente usada para a alimentação e o sumo tem propriedades medicinais, devido às suas características naturais, sendo usado com fins farmacêuticos. Todos os constituintes da árvore podem ser usados como fontes de taninos que podem ser aplicados por exemplo para a curtição de peles ou usados como corante para a indústria têxtil

Esta espécie tem preferência por climas temperados a subtropicais, podendo facilmente adaptar-se a climas com Invernos rigorosos ou Verões muito quentes, bem como é capaz de tolerar todos os tipos de solos, na medida em que possui uma excelente capacidade de adaptação.

Sobreiro – Quercus suber

O Sobreiro é uma árvore angiospérmica dicotiledónea, também denominada folhosa, pertencente à ordem das Fagales, família das Fagáceas, género Quercus.

Sobreiro – Quercus suber

Apresenta-se como uma árvore de porte médio, com uma copa ampla e uma altura média de 1520 m, embora possa atingir, em casos extremos, os 25 m de altura. O seu tronco tem uma casca espessa e suberosa, vulgarmente designada por cortiça. As folhas do sobreiro são persistentes, de cor verde escura, brilhantes nas faces superiores e acinzentadas nas inferiores.

O sobreiro é uma árvore que ocorre em todo o território nacional, espontaneamente, semeado ou plantado, na forma de montados de sobreiro. É chamada uma “árvore de sombra” na medida em que cresce melhor sob árvores adultas, preferindo climas com A cortiça proporciona ao sobreiro uma protecção contra o fogo, permitindo-lhe frequentemente sobreviver a incêndios que matam outras árvores.



A sua principal utilização é a produção de cortiça, o único produto do qual Portugal é o primeiro produtor mundial uma vez que a madeira é muito dura e compacta, difícil de trabalhar, tendo pouco valor para carpintaria e marcenaria. É num entanto um óptimo combustível para lume, sendo muito utilizada nas lareiras.

Em termos ambientais os montados de sobreiro e os sobreirais, desempenham funções importantes na conservação do solo, na regularização do ciclo hidrológico e na qualidade da água, na produção de oxigénio e consequente sequestro do carbono da atmosfera, apresentando-se também como ecossistemas florestais mediterrânicos singulares, extremamente ricos em termos de biodiversidade que estão identificados entre os mais importantes para a conservação da natureza a nível nacional e europeu.

O carvalho português ou cerquinho é uma árvore angiospérmica dicotiledónea, também denominadas folhosas, pertencendo à ordem das Fagales, família das Fagáceas, género *Quercus*.

Carvalho português *Quercus faginea*



O carvalho português, não ultrapassa os 20 m de altura, e possui folha caduca ainda que esta queda seja tardia sendo, por isso, denominada árvore de folha marcescente.

As folhas são simples, alternas com estípulas largas e estreitas. São denominadas semi-caducas por se manterem muito tempo na árvore após terem murchado bem como por se conservarem verdes durante o Inverno nos indivíduos mais jovens e têm pelos acinzentados que acabam por desaparecer, tornando-se verdes e lustrosas.

O tronco pode ser algo tortuoso, embora seja usualmente direito e possui uma casca acinzentada ou parda-acinzentada, com muitas gretas pouco profundas nos indivíduos mais velhos.

Os frutos do carvalho são bolotas cilíndricas que nascem em pedúnculos curtos, com uma cúpula de escamas ovais algo proeminentes no dorso. Estas, amadurecem e disseminam-se em Setembro e Outubro.

Os carvalhos têm preferência por climas suaves e quentes, podendo algumas variedades tolerar os climas continentais com grandes amplitudes térmicas e de humidade. Assim, Os carvalhos portugueses ou cerquinhos são árvores de crescimento e desempenham um papel importante como espécie estanque de alguns solos bastante degradados, que são limitantes para a maior parte das espécies arbustivas e arbóreas.

A Quinta Pedagógica das Romãzeiras será um espaço onde os visitantes poderão tomar contacto com um ambiente natural e de exploração agrícola, pelo que não ficaria completa sem um rol de animais que despertem a curiosidade e contribuam para o bem-estar de quem os observa.

Procurou-se criar um conjunto de animais que fossem representativos de determinados ambientes, de modo a contribuir para uma melhor percepção do valor natural ou funcional das várias espécies. No entanto, existem alguns entraves para que as espécies correspondam ao objectivo referido. Refere-se a dificuldade de detenção de espécies cinegéticas e autóctones em cativeiro, devido às obrigações legais a cumprir e que, se afastam do objectivo primário da Quinta das Romãzeiras.

Deste modo, foram escolhidas espécies possíveis de criar em cativeiro e que ainda assim cumpram o propósito inicial de serem representativas de alguns valores, correspondendo à solicitação do proponente.

O burro pertence à ordem dos Perissodactyla, família Equidae, género Equus.



Os burros podem atingir a altura de 1,35 m, sendo a sua pelagem comprida, castanha escura no corpo e branca no focinho e no contorno dos olhos. A cabeça é volumosa e as orelhas são grandes, largas na base, arredondadas na ponta e com muitos pêlos, os olhos são pequenos e o pescoço é curto e grosso. Os membros são grossos com articulações volumosas, providos de pêlo abundante cobrindo os cascos.

Os burros são animais de temperamento dócil, forte e muito inteligentes, que não perdem a sua integridade e personalidade no contacto com os humanos.

Embora os burros sejam animais independentes, a companhia das pessoas é fundamental e rapidamente criam laços afectivos fortes com os humanos, se lhes for dispensada a atenção de que necessitam.

Como quinta pedagógica é importante unir esforços pela preservação e salvaguarda do património cultural português. Assim a presença de um exemplar da raça asinina de Miranda ajudará a quinta ter um papel fundamental na recriação da imagem de ruralidade do país, uma vez que os burros tiveram sempre um papel importante nas actividades agrícolas. Esta é, aliás, uma das raças autóctones que está a passar por grandes dificuldades de sobrevivência, estando mesmo perto da extinção.

Cabra *Capra aegagrus hircus*

A cabra pertence à ordem Artiodactyla, família Bovidae, Subfamília caprinae, género Capra.



Esta espécie possui chifres e barba, o pêlo é variável conforme o tipo de habitat onde estão inseridos, e a pelagem é bastante diversificada. O bode é dominante apresenta uma estrutura maior que a cabra.

Os caprinos são um dos menores ruminantes domesticados e são essencialmente animais sociais que vivem em grupos complexos e hierarquicamente organizados. As cabras gostam de dar pinotes, pular e como gostam de brincar, chegam a fazer pequenas danças e simulam lutas na brincadeira

Na quinta, a cabra é criada com várias finalidades. Desde logo, para o aproveitamento do leite para a produção de queijo de cabra puro, ou com mistura com leite de ovelha, além da carne deste animal que também é muito apreciada.

Coelho *Oryctolagus cuniculus*



O coelho pertence à ordem dos lagomorpha, família Leporidae, género *Oryctolagus*.

Os coelhos possuem cores bastantes diversificadas, mas as mais comuns são o branco, o preto e acastanhado, o comprimento é variável conforme a espécie. É mais pequeno que a lebre, com a cauda curta orientada para cima e as suas orelhas são compridas.

Os coelhos são pequenos mamíferos que abundam por todo o planeta quer em estado selvagem quer em cativeiro (como animal de companhia, ou para a produção de alimento).

São animais altamente sociais que gostam de viver juntos, bem como de tratar da higiene uns dos outros para reforçar as relações com os membros do seu grupo.

Os coelhos ao contrário do que geralmente se pensa não são roedores, roem tudo para gastarem os dentes que crescem ao longo de toda a vida.

Outro aspecto relevante é o sono que os faz cair de repente como se algo de anormal tivesse acontecido.

O pato pertence à ordem dos Anseriformes, família Anatidae, género *Anas*.



São aves de bico arredondado, pernas curtas, penas impermeáveis e membranas interdigitais que lhe permitem nadar.

Os patos são animais muito sociáveis e sentem-se muito bem em grupo. Passam os dias juntos procurando comida nas ervas ou na parte mais rasa da água, e dormem em grupo durante a noite. São animais meticulosamente limpos que mantêm os seus ninhos sem lixos nem restos, e gostam de acariciar as penas e exhibir as suas lindas plumagens aos potenciais companheiros.

Os tradicionais patos brancos, que se encontram um pouco por todas as quintas da Europa, têm origem na China, sendo conhecido como pato de Pequim.

A rola pertence à ordem dos columbiformes, família Columbinae, género Streptopelia.



As rolas do género Streptopelia são aves de médio porte, com comprimentos que podem variar entre os 25 e os 36 cm. A sua plumagem é geralmente cinzenta com tons acastanhados ou púrpuras em algumas espécies. Os exemplares desta espécie tal como outras do mesmo género apresentam um colar preto na zona posterior do pescoço.

No estômago, em geral, contêm bastante areia, que auxilia a triturar os alimentos.

As espécies deste género que vivem em liberdade são geralmente migratórias que encontram boas condições para a reprodução e alimentação na Península Ibérica. O exemplar mais característico é a Rola brava (Streptopelia turtur), que é uma espécie cinegética bastante apreciada pelos caçadores

O porco da Índia pertence à ordem dos Rodentia, família Caviidae, género Cavia.



Os porcos da Índia possuem cores bastantes diversificadas, mas as mais comuns são o branco, o preto e acastanhado e o comprimento pode chegar até os 25 cm. O comprimento do pelo também é bastante variável.

Apesar do seu nome esta espécie é originária da América do Sul, e foi introduzida pelos espanhóis na Europa no Séc. XVI. O carácter carinhoso e o seu ar de mascote, levou a que fosse cada vez mais acarinhado e faz dele um caso de sucesso como animal de companhia

Manter um Porquinho da Índia é relativamente fácil, não precisa de uma gaiola muito grande, não é ruidoso e não tem cheiro intenso

Os porcos da Índia são animais sociais que nunca devem estar sozinhos. O melhor é terem um par do mesmo sexo, dado que como todos os roedores, têm grandes ninhadas num curto espaço de tempo.

A chinchila, pertence à ordem dos Rodentia, família Chinchillidae, género chinchilla .



A pelagem da chinchila é muito densa e extremamente suave, podendo ter várias tonalidades, a mais comum o cinzento. As chinchilas podem atingir um comprimento de 30 cm e pesar aproximadamente 750 g.

São roedores originários da América do Sul, vivem normalmente em locais áridos e com pouca vegetação. São animais dóceis, tímidos e inteligentes. Para garantir o seu conforto deve ser providenciado um local escuro onde possam descansar sem serem incomodados. Não suportam temperaturas altas e não devem ser expostas ao sol, pois podem morrer devido a estes factores.

Tal como os gatos necessitam de uma pequena caixa para fazerem as suas necessidades. Deve também ser colocado nas jaulas pequenos acessórios de madeira para poderem desgastar dentes.

A chinchilas necessitam de alguns cuidados especiais nomeadamente a limpeza do pelo. Para tal deve colocar-se areia própria para banho de chinchila num recipiente, elas ao rolarem na areia retiram o excesso de gordura e os pelos mortos. Este procedimento deve durar cerca de 15 minutos.

O pavão pertence à ordem dos Galliformes, família Phasianidae, género Pavo .



As fêmeas podem medir cerca de 86 cm de comprimento e pesam cerca de 3,4 kg, enquanto os machos têm em média 1 m, incluindo a plumagem podem atingir a 2,2 m e chegam a pesar cerca de 5 kg.

Os machos possuem uma plumagem azul esverdeada, nas fêmeas esta é uma mistura de verde esbatido, cinzento e azul, em que predominam as duas primeiras.

O pavão é uma ave de grande porte, com origem na Índia, onde já foi considerado um animal sagrado.

Apesar de ser um animal de quinta, o pavão é, acima de tudo, uma ave ornamental, que pode ser encontrada em muitos jardins públicos.

O seu som característico, alerta para a presença deste animal, mesmo quando não o vemos, embora ele nos esteja a observar.

Quando o pavão abre o seu leque de penas, está à procura de uma pavoia para cortejar, é para esse efeito que os machos usam as suas cores garridas.

Para a realização do presente estudo prévio foram consultados os seguintes sites:

- <http://www.naturlink.pt>
- <http://www.aprome.com.pt>
- <http://hvr.utad.pt/pt/herbario/herbario.asp>
- <http://www.dgv.minagricultura.pt>
- <http://www.avesdeportugal.info>
- <http://www.quercus.pt>
- <http://www.aepga.pt>

Apêndices

Apêndice A

Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsinquia” da Associação Médica Mundial
(Helsinquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):
Estudo do Impacto Desinstitucionalização de doentes e /ou deficientes mentais no
Bem-Estar Psicológico.
Uma Experiencia de Reabilitação Psicossocial – Quinta Pedagógica das
Romãzeiras”

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----
-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto que me seja aplicado uma escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar, e um inventário de sintomatologia (BSI), propostos pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 200__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome: Ana Carolina Cordeiro de Almeida

Assinatura:

Apêndice B

Formulário de Caracterização
Sociodemográfica e Clínica

Formulário de caracterização

• Características Sociodemográficas

- Idade

____/____/____

- Escolaridade:

Analfabeta

1º Ciclo

2º Ciclo

Secundário

Superior

- Estado civil

Solteiro

Casado

Divorciado

Viúvo

• Características clínicas:

- Anos de permanência na Instituição

____/____/____

- Tipo de Diagnóstico

Atraso Mental

Doença Mental

Outra patologia