

A metodologia de investigação-ação participativa na reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental

Joana Ferreira¹

Mestrado em Educação e Intervenção Social

Ana Bertão

Centro de Investigação e Inovação em Educação (ineD)

Resumo

Devido ao processo de desinstitucionalização, a prestação de cuidados ao nível da saúde mental (SM) está a deixar de ser centralizada nos hospitais psiquiátricos, que muito em breve deixarão de existir em conformidade com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde Mental – PNSM (2007-2016), para ser desenvolvida na comunidade. Para além dos cuidados clínicos, e mais do que tratar a sintomatologia, é necessário mudar algumas atitudes e representações para que a pessoa com doença mental (DM) seja encarada na sua globalidade e de forma integrada, considerando a sua história e contextos de vida. A pessoa com DM é cidadã de pleno direito e deve ter voz ativa e participativa em tudo o que a envolve, de forma a conseguir uma reabilitação psicossocial ajustada. A utilização de metodologias de investigação e de ação que se traduzam em possibilidades de mudança para os sujeitos envolvidos é um desafio atual e urgente. Com este artigo pretende-se partilhar o projeto “Reabilitar em saúde mental: Uma abordagem integrada, integral e participada”, desenvolvida no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social, na especialização em Ação Psicossocial em Contextos de Risco, e, a partir dele, refletir sobre a importância e o impacto da utilização da metodologia de investigação-ação participativa na reabilitação psicossocial de pessoas com DM.

Palavras-chave: Doença mental, participação, reabilitação psicossocial, investigação-ação participativa

Abstract

Due to the process of deinstitutionalization, mental health care is not centralized in psychiatric hospitals, which will soon cease to exist in accordance with the guidelines of the National Mental Health Plan - NMHP (2007-2016), to be developed in the community. In addition to clinical care, rather than treating symptomatology, it is necessary to change some attitudes and representations so that the person with mental illness (MI) is viewed in its entirety and in an integrated way, considering its history and contexts of life. The person with MI is a full citizen and must have an active and participative voice in everything that surrounds her, in order to achieve an adjusted psychosocial rehabilitation. The use of research and action methodologies that translate into possibilities of change for the subjects involved is a current and urgent challenge. This article intends to share the project "Rehabilitate in mental health: An integrated, integral and participated approach", developed in the scope of the Master in Education and Social Intervention, in the specialization in Psychosocial Action in Risk Contexts, and, from it, to reflect on the importance and the impact of the use of the participatory action research methodology on the psychosocial rehabilitation of people with MI.

Keywords: Mental illness, participation, psychosocial rehabilitation, participatory action research

INTRODUÇÃO

O processo de desinstitucionalização e surgimento da psiquiatria comunitária emergem de uma mudança de paradigma na prestação de cuidados em saúde mental. Em Portugal, em 2009, iniciou-se a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental – PNSM (2007-2016) que defende que a prestação de cuidados nesta área deve acontecer no “meio menos restritivo possível” (Ministério da Saúde, 2008, p.13), e que as intervenções devem promover a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental (DM) grave, deixando assim de ser hospitalocentricas para decorrer na comunidade. Neste sentido, mais do que tratar a sintomatologia, é necessário ajudar a pessoa com DM a reconquistar a sua identidade, equilíbrio e sentido de pertença (Cordo, 2013; Fazenda, 2008; Leff & Warner, 2008),

¹ Email de contacto: joanavazferreira@sapo.pt

recorrendo a estratégias diversificadas de apoio à inclusão social e bem-estar e valorizando as intervenções psicossociais, a par das intervenções clínicas necessárias (Pinto et al., 2011).

Sendo o processo de reabilitação psicossocial no panorama da desinstitucionalização da pessoa com DM recente, importa encontrar formas de estudar e de intervir nesta área que sejam inovadoras e que vão ao encontro das necessidades das pessoas com DM e dos profissionais desta área. A investigação-ação participativa surge como uma opção metodológica importante na construção de projetos sociais neste âmbito, pois coloca os sujeitos como participantes ativos e protagonistas dos seus próprios processos de desenvolvimento.

No presente artigo, será apresentado o projeto “Reabilitar em Saúde Mental: Uma abordagem integrada, integral e participada” (Ferreira, 2016), desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social, na especialização em Acção Psicossocial em Contextos de Risco, da Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto. Este projeto teve dois eixos de intervenção: um centrado na organização do serviço, da equipa e das práticas, para um olhar comunitário; e o segundo centrado na intervenção e reabilitação psicossocial de duas pessoas com patologia mental grave. Serão, ainda, analisados os impactos do uso da metodologia de Investigação-Ação Participativa.

MUDANÇA DE PARADIGMA EM SAÚDE MENTAL

Breve perspetiva histórica

Ao longo da história, a DM foi sendo encarada com mistério, atribuída a fenómenos sobrenaturais, feitiçaria, misticismo, espiritismo, e as pessoas tratadas com desprezo, alvo de abusos físicos e psíquicos, ridicularizadas, isoladas, escondidas e até abandonadas em caves, prisões (Cordeiro, 1987; Cordo, 2013).

Nas Culturas Primitivas e na Antiguidade, a DM era associada a fenómenos sobrenaturais, ideias de feitiçaria, mistério, magia, possessão por demónios (Cordeiro, 1987). No que se refere ao tratamento, na Antiguidade, “não havia qualquer intenção de tratamento uma vez que, tendo sido os deuses a enlouquecer a pessoa, a eles cabia a função de a curar” (Cordeiro, 1987, p.16). Já na Idade Média, “o tratamento era físico, com banhos, dietas e sono abundante” (Cordeiro, 1987, p.18).

Na época renascentista, estas pessoas eram enviadas para cruzadas e/ou guerras, alvos de desprezo e abuso por parte de todos (Cordeiro, 1987; Fazenda, 2008). Ainda nesta época, com o humanismo, começa a entender-se a DM a partir de uma base científica, havendo inúmeros estudiosos que desenvolvem estudos acerca do funcionamento do cérebro (Cordeiro, 1987). Ainda assim, ao nível das comunidades, a forma de olhar para as pessoas com DM permaneceu a mesma, ao continuarem a ser desrespeitadas e ridicularizadas (Cordeiro, 1987).

O surgimento da psiquiatria como especialidade médica levou a que os problemas do foro mental passassem a ser considerados doenças (Cordeiro, 1987; Fazenda, 2008; Leff & Warner, 2008). Com a construção dos primeiros hospitais psiquiátricos e o internamento das pessoas com DM, os doentes sofriam uma perda de referências, de individualidade e identidade, por estarem distantes das suas famílias e comunidades (Cordeiro, 1987; Fazenda, 2008;). Embora tenham sido criados “com a melhor das intenções”, a importância destes hospitais “tornou-se nula devido às práticas proteccionistas e a um conjunto de ideias ou crenças de pessimismo terapêutico” (Leff & Warner, 2008, p.117). A ideia de que as pessoas com DM não têm a mínima capacidade para decidir sobre as suas próprias vidas, sendo incapazes de produzir algo, levou à “justificação da separação do doente mental da sua comunidade, ao abandono dos chamados crónicos e à aceitação resignada da persistência de instituições psiquiátricas” (Leff & Warner, 2008, p.11). Por não ser considerada a opinião e vontade das pessoas com DM, estas estruturas acabam por ser “paternalistas e adivinham aquilo de que os seus utentes precisam, e tentam satisfazer essas necessidades de uma forma tendencialmente acrítica” (Cordo, 2013, p.14).

Com a psiquiatria comunitária, e o movimento defensor da desinstitucionalização, começou a alterar-se a maneira de encarar e tratar as pessoas com perturbação mental, sendo privilegiado o acompanhamento em ambulatório e internamentos de curta duração (Fazenda, 2008). Segundo Matos (2004, p. 67) a saúde mental, ainda com uma função predominantemente curativa e assistencialista, necessita de ter maior relevo para conseguir “desempenhar o importante papel que lhe compete numa sociedade em transformação” e “integrar-se na saúde pública e regionalizar-se”.

De acordo com OMS & Wonca (2008, p.10), há que “tratar as doenças mentais tão cedo quanto possível, holísticamente, e perto da casa e da comunidade da pessoa, o que leva aos melhores resultados de saúde”. Esta recomendação advém do facto de esta mudança de paradigma atender à influência dos contextos de vida no adoecer,

nomeadamente, no modo como a própria doença se manifesta e mantém, podendo, estes, mitigar, perpetuar e potenciar o quadro clínico.

Segundo a abordagem ecológica do desenvolvimento perspetivada por Bronfenbrenner, existe uma mútua influência entre o ser humano e os sistemas que o envolvem. Segundo Bronfenbrenner (1979, citado em Bairrão, 2005, p.19), esta abordagem implica o estudo científico da “acomodação progressiva e mútua entre um ser humano ativo em crescimento e as propriedades em mudança dos cenários imediatos que envolvem a pessoa em desenvolvimento” e é afetada “pelas relações entre os cenários e pelos contextos mais vastos em que estes cenários estão inseridos”. Assim, em saúde mental, os cuidados prestados na comunidade permitem intervir junto do sujeito, adaptando essa mesma intervenção às necessidades que vão sendo identificadas nos respetivos contextos, e considerando os níveis de sistema mais próximos e significativos para a situação.

As alternativas para o encerramento dos hospitais psiquiátricos passam pela criação de respostas de reabilitação psicossocial adequadas às necessidades dos doentes e suas famílias (Comissão das Comunidades Europeias, 2005; Fazenda, 2008). Este é um modelo de atuação que procura uma valorização integral do ser humano. Releva e procura aumentar as potencialidade/capacidades da pessoa, diminuir as incapacidades e minimizar os efeitos provindos da doença, através de uma reintegração na sociedade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), a reabilitação psicossocial é um processo que visa proporcionar às pessoas condicionadas por DM, a possibilidade de rentabilizar ao máximo as suas capacidades funcionais de forma autónoma na comunidade, fomentando para tal, tanto competências individuais como mudanças ambientais. Neste sentido, as intervenções terão de ser contextualizadas e atender à globalidade e diversidade de contextos em que a pessoa está envolvida, bem como às suas interinfluências.

Participação das pessoas com doença mental nas intervenções

Tal como acima referido, habitualmente, as práticas ao nível da saúde mental centram-se na definição de intervenções com base naquilo que os profissionais consideram ser o melhor para as pessoas, esquecendo muitas vezes que as pessoas com DM são muito mais do que a sua doença e que, nas palavras de Cordo (2013, p.115), “(...) na sua maioria têm opinião; e nós passamos a vida a dizer e a conceber o que é melhor para elas, a fazê-las concordar com isso e nem lhes pedimos sugestões”.

Na DM a vontade também está, frequentemente, doente, o que leva a uma inibição da ação e a uma maior dificuldade para a pessoa expressar as suas opiniões e interesses, tendo como consequência a dificuldade em ser ouvida (Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007; Cordo, 2013). A ausência de exigência, o paternalismo e a condescendência levam a uma falsa aceitação e tolerância para com a pessoa com DM e, frequentemente, a uma limitação da cidadania “por não ser quotidianamente vivida” (Cordo, 2013, p.128). Esta maneira de encarar as pessoas com DM leva a que nem sempre se pense no sofrimento causado a alguém que não é ouvido, pondo em causa a sua dignidade, o respeito por si próprio e a autoestima. Só a própria pessoa pode mostrar o que sente que a dignifica, e não devem ser os profissionais a tomarem as decisões que dizem respeito à sua vida (Fazenda, 2008; Cordo, 2013), de forma unilateral, quando não estão comprometidas todas as capacidades de discernimento e consciência da realidade.

A pouca autonomia de algumas pessoas com DM é consequência, em algumas situações, da própria doença, mas em muitas outras, ela advém do estigma e das representações associadas à DM. Muitas pessoas com psicopatologias são consideradas inábeis pela sua condição clínica e, de acordo com Almeida (2010), quando uma pessoa tem pouca autonomia é, em certo ponto, controlada por outras pessoas, pela dificuldade ou incapacidade de decidir o que deseja para si, ou, até, pelo espaço que lhe é retirado para a participação na tomada de decisão.

Será, assim, crucial garantir o direito à autodeterminação na ausência de capacidade para a tomada de decisão plena, devendo ser defendidos os seus direitos, e zelando pelas pessoas quando elas não o conseguem fazer (advocacia). Este zelo deve ser feito por alguém que “respeita o ponto de vista e desejos da pessoa cuja causa advoga, sem julgamentos, e acredita no seu direito de ser representado, aceder à informação, serviços e oportunidades” (CRSSM, 2007, p.3). Para que isto seja possível, ao invés de meras recetoras de cuidados, as pessoas com DM devem ter uma voz ativa e ser chamadas para as tomadas de decisão relativas a si e ao que as rodeia, marcando “um percurso pessoal para a emancipação e para uma vida satisfatória” (Fazenda, 2009, p.119).

A participação será, assim, o elemento fulcral por ser o “caminho natural para o homem exprimir a sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo” (Bordenave, 1994, p. 16). Através do seu exercício e de uma prática reflexiva, o sujeito pode aprender e melhorar a sua participação. Para uma

participação de qualidade, o sujeito deve conhecer a sua realidade e refletir sobre ela e, quando se depara com contradições, deve conseguir superá-las, traduzindo-se isto na capacidade demonstrada para argumentar, antecipar problemas e consequências, lidar e gerir conflitos, respeitar opiniões, entre outros (Bordenave, 1994).

Segundo Guerra (2006, p.52), “a participação não é sinal de consenso e não tem significado de *per se*, se não se atender aos atores em presença, aos conteúdos em discussão e às suas relações com o contexto sistémico em que se inserem”. Torna-se imperativo apostar nas pessoas e, por conseguinte, “acreditar na potencialidade dos portadores de DM para a mudança de padrões e comportamentos, e à aquisição de habilidades que lhes permitam viver e interagir em sociedade” (Hirdes, 2009, p.170).

Atendendo a tudo o que foi referido, importa colocar as pessoas no centro do conhecimento (Hirdes, 2009), mesmo que elas tenham uma DM, e para que o processo de reabilitação resulte, este terá de considerar as suas características pessoais, as suas competências, vontades, interesses, recursos e limitações. A intervenção não poderá, por isso, neste âmbito, descolar-se de uma posição investigativa, nem a investigação pode dissociar-se da realidade, mas a teoria e a praxis terão de estar permanentemente articuladas, uma iluminando a outra para a descoberta de novos olhares, saberes e caminhos para o bem-estar das pessoas com DM. A investigação-ação participativa é uma metodologia que garante a participação, e releva o papel preponderante dos sujeitos no seu próprio processo de desenvolvimento.

A METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO-AÇÃO PARTICIPATIVA

O paradigma científico determina a metodologia e o método de investigação e, de acordo com Kuhn (2009), define o que se deve observar. Ou seja, qual o tipo de questões a formular para obter respostas relativamente ao objetivo que se pretende, como as mesmas devem ser organizadas e como devem ser interpretados os resultados da investigação científica (Kuhn, 2009).

Santos (1995, p.10) refere a existência de dois paradigmas: dominante e emergente. De acordo com este autor, o paradigma dominante “apresenta-se como um modelo totalitário, de carácter rigoroso, quantitativo, desqualificativo e limitativo”, que assenta na “total separação entre a natureza e o ser humano” (Santos, 1995, p.13). A análise da realidade assente neste paradigma é feita de forma rigorosa e sistemática que visa dominar e controlar. O facto de ser um paradigma que privilegia a mensuração, objetividade e previsibilidade, leva a que seja muito complicado analisar fenómenos sociais, tendo em conta a sua origem dinâmica e subjetiva. Nesse sentido, torna-se necessária uma outra forma de produzir conhecimento, que permita que haja uma ligação efetiva e afetiva ao que é estudado (Lima, 2003; Santos, 1995).

Estas alterações sobre o modo de olhar a realidade social e a investigação dos fenómenos sociais levaram à emergência de um novo paradigma, denominado emergente, que defende que a realidade não se esgota no observável e quantificável. Assim, torna-se necessária uma pluralidade metodológica, visando o aprofundamento relativo ao estudo da realidade, valorizando o senso comum e notificando-o como libertador, transparente, espontâneo e persuasivo (Santos, 1995).

De referir que, neste paradigma, os investigadores são parte integrante da realidade, na medida em que, ao intervirem, fazem automaticamente parte dela, alterando-a. Assim, investigadores, investigados e seus ambientes não podem ser dissociados por serem interdependentes, uma vez que todas as visões influem sobre a realidade e são importantes para o conhecimento (Lima, 2003; Santos, 1995; Timóteo & Bertão, 2012). Neste seguimento, reflete-se que o investigador tem de ser ponderado, perspicaz no sentido de perceber qual a melhor postura a adotar, ser respeitador da vida quotidiana existente, não sendo correto impor a sua presença e com isso não permitir que a realidade flua. Assim, “a reflexividade deve fazer-se sobre as implicações desse cruzamento de referências sociais, de maneira a favorecer um melhor entendimento das dinâmicas que se desenvolvem nos espaços de interação” (Neves & Nogueira, 2005, p. 410).

De acordo com Cembranos, Montesinos & Bustelo (2001), há que conhecer a realidade onde se atua de forma aprofundada, para perceber como esta poderá ser transformada e qual a melhor forma de o fazer. Para a obtenção de um conhecimento o mais real e fidedigno possível, a participação dos intervenientes desta realidade é fundamental (Cembranos et al. 2001; Fazenda, 2008; Hirdes, 2009). A investigação-ação participativa é uma metodologia que segue e respeita estes pressupostos.

De acordo com Lima (2003, p.306), a investigação-ação participativa “corresponde a um modo de procurar entender o mundo para nele melhor se viver, para que se possa constituir moradia confortável de tudo quanto nele existe”. Traz uma nova maneira de encarar o envolvimento dos investigados no processo de transformação, na medida

em que defende o papel preponderante que os sujeitos têm no seu próprio processo de desenvolvimento. Para que tal possa suceder, a participação, como acima referido, é o elemento fulcral por ser o “caminho natural para o homem exprimir a sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo” (Bordenave, 1994, p. 16). A participação é um processo que precisa de ser desenvolvido, exercitado e aprimorado pela reflexão.

Por vezes, os sujeitos precisam de ser ajudados neste processo, por um profissional que, vindo de fora, integra o seu contexto de vida, conhecedor da sua realidade. A ajuda para uma participação ativa também pode vir de outros sujeitos do mesmo contexto que possuem outros recursos. Neste envolvimento, simultaneamente individual e coletivo, pode gerar-se mudança, integrar a diferença e encontrar formas de viver em comunidade de maior qualidade e mais satisfatórias para todos/as.

PROJETO “REABILITAR EM SAÚDE MENTAL: UMA ABORDAGEM INTEGRADA, INTEGRAL E PARTICIPADA”

Contextualização

O projeto “Reabilitar em saúde mental: Uma abordagem integrada, integral e participada - RSMAIIP” (Ferreira, 2016) foi realizado num Departamento de Saúde Mental (DSM) de um Hospital Geral do País. Este DSM foi criado na sequência da política de desinstitucionalização da pessoa com DM e da execução do PNSM (2007-2016). Em alguns destes departamentos, a prestação de cuidados é ainda centrada em práticas hospitalares com escassas ou nenhuma respostas do ponto de vista comunitário, sem grandes espaços para uma articulação intersectorial, havendo, essencialmente, uma mediação institucional. Esta mediação caracteriza-se pelo facto de os profissionais que trabalham no âmbito da saúde mental estabelecerem “ligações com outros serviços da comunidade para obter recursos ou promover o acesso a serviços e direitos para os utentes, de forma pontual ou mais sistemática, mas sempre descontinua no tempo” (CRSSM, 2007, p. 56).

Todos os participantes (psiquiatras, enfermeiros, pessoas com DM) foram, desde o início, instigados a participar no projeto e envolvidos na sua construção, formando um coletivo de investigadores e interventores, focados na necessidade de alterar as práticas hospitalares na resposta a pessoas com DM grave. A partir da análise da realidade, foram identificados quatro problemas: 1) ausência de prática comunitária nas intervenções junto de sujeitos com DM; 2) dispersão da informação resultante das diferentes intervenções, impedindo intervenções mais integradas; 3) ausência de um plano de reabilitação sustentado pela falta de definição de linhas orientadoras do programa desenvolvido no departamento direcionado para a reabilitação das pessoas com DM (Programa Integrar, PI); e, por último 4) falta de envolvimento e participação das pessoas com DM nas tomadas de decisão sobre os seus processos de reabilitação.

Desenhou-se, então, o projeto com a finalidade de alterar as práticas deste DSM, para o desenvolvimento de intervenções mais integradas, participativas e comunitárias, orientadas para a reabilitação psicossocial das pessoas com DM grave. O desenho de projeto incluiu dois eixos de ação: um eixo centrado na organização do serviço e na equipa de profissionais; um outro eixo incidiu, especificamente, no desenvolvimento de uma intervenção psicossocial junto de dois sujeitos com DM grave.

Eixo 1 – A organização do serviço, da equipa e das práticas para um olhar comunitário

O primeiro eixo do projeto RSMAIIP foi desenhado com o intuito de contribuir para que as intervenções do DSM, junto de pessoas com DM grave, pudessem atender e considerar outras dimensões da pessoa, para além da doença, e incluir intervenções de caráter psicossocial.

Os elementos da equipa deste DSM tinham os conhecimentos teóricos acerca do que pressupõe a psiquiatria comunitária, mas não tinham a experiência de como a mesma podia ser operacionalizada no serviço. Neste sentido, houve a necessidade de pensar como a psiquiatria comunitária podia ser enquadrada neste DSM, primeiramente, através de um trabalho em rede interno ao próprio hospital, e, posteriormente, operacionalizar este novo modelo de intervenção.

A otimização das reuniões de equipa para a partilha de conhecimento, as reflexões conjuntas e a procura de novas formas de intervenção fez emergir nos elementos da equipa a necessidade de um trabalho interno que facilitasse a planificação e desenvolvimento de intervenções mais integradas e que respondessem às reais necessidades das pessoas com DM, construindo um olhar holístico sobre os sujeitos e os seus contextos (familiar, comunitário, escolar, socioprofissional). Era necessário compreender a doença e a sua expressão, o impacto desta no quotidiano dos sujeitos, mas também atender a outras dimensões das pessoas, numa perspetiva biopsicossocial.

Nesta medida, conjuntamente com todos os membros da equipa, foram definidos os seguintes objetivos: Desenhar um projeto terapêutico que respeite a pessoa com DM em todas as suas dimensões (perspetiva biopsicossocial); Desenvolver práticas marcadas pela maior proximidade entre todos os profissionais e sujeitos com DM; Desenvolver intervenções mais integradas. Este último objetivo advinha do facto de, muitas vezes, as pessoas com DM acompanhadas no departamento serem sujeitas a várias intervenções desenvolvidas por profissionais diferentes (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro) sem que se exigisse um trabalho articulado e integrado.

Para a prossecução dos diferentes objetivos, foram realizadas diversas ações, que incluíram discussão de práticas e partilha de conhecimentos em grupos de discussão, de forma a refletir-se e concretizar-se o enquadramento da psiquiatria comunitária em contexto hospitalar. Neste contexto, foram integradas práticas psicossociais de base comunitária nas intervenções realizadas com a população adulta com DM grave e foram definidas as linhas orientadoras do PI para a construção de um plano de reabilitação sustentado. Uma outra ação centrou-se na articulação/mediação entre os recursos da comunidade e o hospital, para a constituição de uma rede de apoio comunitário à reabilitação psicossocial. Foi ainda objetivo do projeto, a organização e estruturação de formas de comunicação internas, para que os diferentes profissionais, respeitando as suas funções, pudessem ter acesso às informações necessárias para uma intervenção mais integrada. Para o efeito, construíram-se alguns instrumentos para a organização das informações a constarem dos processos, com outros dados para além das informações clínicas, e uma base de dados que facilitava o acesso a essas informações.

Eixo 2 - Intervenção psicossocial de duas pessoas com dm grave

O segundo eixo do projeto RSMAIIP surgiu na sequência de se ter verificado que a intervenção hospitalar não era suficiente para atender a todas as necessidades demonstradas pelas pessoas com DM acompanhadas no Departamento e que o PI desenvolvido continuava muito centrado na necessidade de mudar os comportamentos e hábitos do doente, em função da perspetiva do profissional, com pouco espaço para atender aos contextos e limitações do quotidiano dos sujeitos. Para o cumprimento das tarefas definidas no PI, as pessoas precisavam de desenvolver competências e ter maior apoio no seu quotidiano, porque não o conseguiriam fazer sozinhas. Neste sentido, considerou-se necessária uma abordagem psicossocial nos contextos de vida dos sujeitos, para que fosse possível um acompanhamento mais proximal de modo a que estas pessoas pudessem ser socialmente mais participativas e ativas nos seus contextos naturais de vida. Foi assim desenvolvida uma intervenção psicossocial individual, baseada na relação de ajuda e na mediação, junto de dois sujeitos com DM grave, e que tomou a forma de duas ações integradas no eixo 2 do projeto RSMAIIP: Ação 1, denominada “Quando a vida se reaviva”, foi desenvolvida com um senhor de 54 anos de idade com diagnóstico de esquizofrenia (Sr. Manuel, nome fictício); Ação 2, denominada “Pelo caminho das possibilidades”, decorreu com uma jovem de 21 anos, com diagnóstico de esquizofrenia e transtorno do desenvolvimento intelectual (Esperança, nome fictício).

Juntamente com os dois sujeitos, os profissionais que os acompanhavam no DSM e com os elementos disponíveis da família, foram desenhadas duas intervenções psicossociais, adequadas às características e necessidades de cada uma das pessoas acompanhadas, com o objetivo de desenvolver algumas competências interpessoais, de comunicação e de valorização pessoal, incentivando o respeito por si próprios e a autoestima. As ações desenvolvidas no contexto destas intervenções permitiram trabalhar, ainda, a participação ativa dos sujeitos, a possibilidade de fazer escolhas e a tomada de decisão. As duas pessoas com DM grave acompanhadas encontravam-se em situação de grande isolamento social, limitando as suas interações e saídas de casa às idas ao hospital, aos contactos com os médicos e enfermeiros em contexto de consulta e uma das pessoas mantinha, ainda, contacto com os familiares mais próximos (pais e avô). Ambas tinham história de internamento hospitalar anterior por crise psicótica aguda. Estas características, tal como a falta de rede social de apoio na comunidade, sustentaram uma intervenção desenvolvida nos respetivos contextos naturais de vida e baseada na relação de ajuda e no trabalho em rede. Ambas as ações sempre foram desenvolvidas de forma progressiva, privilegiando a participação ativa dos sujeitos em todas as decisões tomadas, para que cada passo fosse dado em segurança, sempre atendendo ao ritmo, interesse e disponibilidade das pessoas e com o envolvimento das redes sociais necessárias.

IMPACTOS DO USO DA METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO-AÇÃO PARTICIPATIVA

A utilização da Investigação-Ação Participativa permitiu potenciar o envolvimento dos sujeitos, participantes, profissionais e pessoas com DM, facilitando o seu empoderamento e reforçando o seu papel no processo de transformação e de desenvolvimento.

Foram diversos os impactos produzidos pelo desenvolvimento do projeto, quer a nível do serviço do DSM, quer do desenvolvimento das duas pessoas acompanhadas no eixo 2 do projeto. Gradualmente, começou a haver uma articulação e comunicação mais regulares entre profissionais, quando havia intervenções simultâneas. Tal foi possível, pois foram criados momentos de reflexão conjunta, e todos os profissionais que trabalhavam junto de uma mesma pessoa, começaram a reunir semanalmente e a partilhar informações, o que levou a que as intervenções fossem mais integradas.

No decorrer do desenvolvimento deste projeto, os profissionais começaram a ter uma perceção mais global das necessidades das pessoas com DM grave e a olhá-las de forma diferente, o que levou, consequentemente, a uma mudança nas suas práticas. Os profissionais refletiram e reconheceram a necessidade de se olhar a pessoa para além da doença de que padece, bem como repensar a abordagem que adotam nas intervenções. Isto é, ao invés de conduzirem as intervenções segundo o seu próprio ritmo (do profissional), sendo a pessoa um agente passivo em todo o processo, consideraram que a lógica de partilha constante de informações sobre a intervenção psicossocial realizada, bem como as definições de objetivos realizados com a participação das pessoas, considerando os seus ritmos, é de extrema importância.

A articulação entre hospital e comunidade começou também a acontecer de forma mais regular e sistemática. A presença de um profissional psicossocial no contexto facilitou a mediação necessária. Este aspeto tem influência na continuidade dos cuidados, levando a que as pessoas, ao saírem do hospital, depois das consultas, ou de lhes ser administrada a medicação, não ficassem desamparadas, sem rede de suporte.

No que se refere ao eixo 2, o facto de as duas pessoas acompanhadas nos seus contextos naturais de vida serem envolvidas no seu próprio processo de reabilitação, originou uma mudança na forma como encaram a vida, a sua esperança rejuvenesceu, têm uma maior perceção dos recursos internos e externos disponíveis, maior ligação à comunidade e voz em tudo o que as envolve.

No caso do Sr. Manuel, que se encontrava em completo isolamento e a viver sozinho num quarto, a constituição de uma rede de apoio na comunidade, bem como a sua evolução quando percebeu que poderia aceder a estes recursos, foi um dos maiores impactos do trabalho desenvolvido. Estas conquistas permitiram mitigar o seu sofrimento e suprir algumas das suas carências sociais e económicas, com direito a alimentação, a espaço recreativo e ao interesse e respeito dos outros.

Também com a Esperança, o facto de ter conseguido reativar algumas relações familiares, experimentar-se, mesmo que por pouco tempo, num contexto profissional, e decidir-se a retomar uma formação interrompida são sinais da maior autonomia e saída do estado depressivo em que se encontrava.

Como resultado do projeto, inclui-se, ainda, o reconhecimento pelos profissionais da necessidade de equipas multidisciplinares em contextos de saúde mental, com a integração de profissionais da área social/psicossocial e comunitária, para intervenções que considerem a dimensão social da saúde e da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança de paradigma em saúde mental veio, entre outros aspetos, elevar a importância da participação das pessoas com DM grave nos seus próprios processos de reabilitação. O respeito pela pessoa com psicopatologia, o olhar holístico sobre ela e a sintonia empática criam as condições necessárias para lhe dar o espaço de participação.

Para que a reabilitação seja conseguida, é necessário promover a autonomia e o exercício dos direitos, através do *empowerment* das pessoas que têm perturbações mentais, o que pressupõe um aumento da “participação das pessoas diminuídas no seu poder como podem ser as pessoas com DM, e da advocacia junto da comunidade” (Fazenda, 2008, p.23). Na reabilitação psicossocial importa garantir o papel ativo dos sujeitos enquanto agentes de mudança, e mesmo que no início o papel central tenha de ser ocupado pelos profissionais, estes deverão deixar-se “apagar” (Fazenda, 2008, p.48) ao reconhecerem as capacidades e competências das pessoas com DM para se representarem e defenderem os seus direitos.

Seguindo os princípios da investigação-ação participativa, a pessoa com DM pode pensar-se enquanto sujeito, com desejos, interesses, capacidades, e decidir o que lhe é mais favorável e significativo a cada momento, considerando as suas características, condições de saúde, ritmos, recursos e potencialidades. Pode participar na construção de um plano de intervenção para a sua vida, com os seus conhecimentos sobre si e sobre os seus quotidianos, em colaboração com os profissionais que detêm os conhecimentos científicos e técnicos necessários.

Com a realização deste projeto, pode afirmar-se a mudança das práticas profissionais de alguns dos elementos da equipa, mas sobretudo, emergiu um olhar mais crítico sobre as intervenções em curso e sobre as potencialidades das

peças com DM. Há um maior respeito pelo ritmo das peças, pelas suas vontades, uma tolerância diferente aos seus fracassos e é, agora, mais reconhecida a importância da sua participação em todo o processo. No que se refere às duas peças acompanhadas, estas já se conseguem posicionar na relação com os profissionais, expressar as suas opiniões, procurar soluções para si próprias, aceder aos recursos na comunidade e sentem-se, hoje, merecedores de desfrutar de dias prazerosos, tal como é possível de perceber através dos discursos dos próprios. O Sr. Manuel, por exemplo, refere que já consegue desfrutar da companhia de outras peças, nomeadamente, num grupo de auto ajuda que frequenta: “Eu chego sempre 15 minutos mais cedo, para falar um pouco com as peças, e depois entramos. Estou a gostar, está a ser importante falar sobre isto (álcool) e também estou entretido”. Já a jovem Esperança sente-se mais confiante pela conquista de autonomia “Eu já sei onde é a paragem (de autocarro) e vou sozinha, eu consigo ir”. Alteraram-se os quotidianos destas duas peças, abrindo portas de entrada para outras mudanças.

REFERÊNCIAS

- Almeida, E. (2010). Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. *Revista Bioética*, 18, 381-395
- Bairrão, J. (1995). A perspectiva ecológica em psicologia da educação. *Psicologia*, X(3), 7-30.
- Bordenave, J. (1994). *O que é participação* (8ª ed.). São Paulo: Brasiliense
- Cembranos, F., Montesinos, D., & Bustelo, M. (2001). *La animation sociocultural: una propuesta metodológica* (8ª ed.). Madrid: Editorial Popular
- Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, CRSSM (2007). *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal*. Lisboa: Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Disponível em <http://www.hmlemos.min-saude.pt/docs/PNacSM2007.pdf>
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde – melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias. Disponível em https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf
- Cordeiro, J. (1987). *A saúde mental e a vida: pessoas e populações em risco psiquiátrico*. Lisboa: Edições Salamandra
- Cordo, M. (2013). *Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição, da instituição para a família*. Lisboa: Climepsi
- Decreto-Lei n.º 304/2009. *Diário da República*, I Série–A, N.º 205, de 22 de outubro de 2009, 7933-794. Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82BE86B31314C3/18519/DL3042009SaudeMental1.pdf>
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi.
- Fazenda, I. (2009). Novos desenvolvimentos em saúde mental e comunitária. *Psilogos*, 7(1 e 2), 111-119. Disponível em <http://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/4015>
- Ferreira, J. (2016). *Reabilitar em Saúde Mental: Uma abordagem integrada, integral e participada. Projeto de Investigação e Intervenção em Educação Social* (Dissertação de Mestrado não publicada). Politécnico do Porto, Porto, Portugal.
- Fossi, L., & Guareschi, N. (2004). A psicologia hospitalar e as equipas multidisciplinares. *Revista SBPH*, 7(1), 29-42. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção* (2ª ed.). Cascais: Príncipia Editora.
- Guerra, I. (2006). *Participação e acção colectiva – Interesses, conflitos e consensos*. Estoril: Príncipia Editora.
- Hirdes, A. (2009). Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciências & Saúde Coletiva*, 14(1), 165-171. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a22v14n1.pdf>
- Kuhn, T. (2009). *A estrutura das revoluções científicas*. Lisboa: Guerra e Paz
- Leff, J., & Warner, R. (2008). *Inclusão de pessoas com doenças mentais*. Coimbra: Edições Almedina
- Lima, R. (2003). *Desenvolvimento levantado do chão... com os pés assentes na terra* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Lussi, I., Pereira, M., & Junior, A. (2006). A proposta da reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização. *Revista Latino - Am Enfermagem*, 14(3), 448-456. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300021
- Matos, A. (2004). *Saúde mental*. Lisboa: Climepsi.

- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental.aspx>
- Neves, S., & Nogueira, C. (2005). Metodologias feministas: A reflexividade ao serviço da investigação em ciências sociais. *Psicologia, reflexão e crítica*, 18(3), 90-93. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a15v18n3>
- Oliveira, R., & Furegato, A. (2012). Relação de ajuda com paciente psiquiátrico: além do paradigma médico. *Revista Eletrónica Saúde Mental Álcool Drogas* (Online), 8(2). Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762012000200006
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Cuidar, sim – excluir, não*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Disponível em http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf
- Organização Mundial de Saúde & Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspetiva global*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Disponível em http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1
- Santos, B. (1995). *Um discurso sobre as ciências* (7ª ed.). Porto: Edições Afrontamento
- Paul, P. (2005). Transdisciplinaridade e antropofomação: sua importância nas pesquisas em saúde. *Saúde e Sociedade*, 14(3), 72-92. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300005
- Pinto, D., Jorge, M., Pinto, A., Vasconcelos, M., Cavalcante, C., Flores, A., & Andrade, A. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(3), 493-502. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>
- Timóteo, I., & Bertão, A. (2012). Educação social transformadora e transformativa: clarificação de sentidos. *Sensos*, 2(1), 11-26. Disponível em <http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/6296/1/Sensos%203%20-%20Educacao%20Social.pdf>
- Trigo, M. (2008). Modelos em saúde: perspetiva crítica sobre as origens. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(2) 5-22. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-01-2000.pdf>