

Cantinho dos Sorrisos - Um projeto de Educação Social em contexto de Saúde Mental

Ana Isabel Oliveira

Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto

Sofia Veiga¹

Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto

inED - Centro de Investigação e Inovação em Educação

RESUMO

O presente trabalho visa espelhar um projeto de educação social desenvolvido numa resposta de Saúde Mental de um centro hospitalar da região norte de Portugal, cuja finalidade é prestar apoio às pessoas com doença mental grave e respetivas famílias no seu processo de reabilitação psicossocial. Trata-se, assim, de uma resposta cuja missão e valores assentam nos pressupostos da psiquiatria comunitária, visando a aproximação da intervenção e da pessoa com experiência em doença mental à comunidade.

Apoiado metodologicamente na Investigação-Ação Participativa, o projeto "Cantinho dos Sorrisos" procurou promover a participação, a autonomia e o empoderamento das pessoas com experiência em doença mental. Como estratégia recorreu-se à reabilitação de uma horta biológica, tendo sido desenvolvidas três ações interdependentes: (Re)Descobrir, que integrou momentos de partilha, pesquisa, discussão e tomada de decisão; (Re)Construir, que operacionalizou o planeado anteriormente; (Re)Utilizar, que deu fim aos produtos cultivados.

O processo coletivamente vivido de conceção, planeamento e concretização da horta biológica permitiu que se dessem passos em prol de uma maior autonomia e empoderamento dos sujeitos com experiência em doença mental. Uns com os outros, puderam: reconhecer e valorizar os seus saberes e competências; fazer escolhas, tomar decisões e comprometer-se na ação; vivenciar experiências (mais) significativas e saudáveis.

Palavras-chave: Educação Social; Investigação-ação-participativa; Doença mental; Autonomia; Empoderamento.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present a social education project developed in a mental health service in a hospital center in the north of Portugal, whose aim is to support people with severe mental illness and their families in their psychosocial rehabilitation process. It is a service whose mission and values are based on the assumptions of community psychiatry, which brings the intervention and the person with experience of mental illness closer to the community.

Methodologically based on Participatory Action Research, the "Corner of Smiles" project sought to promote the participation, autonomy, and empowerment of people with mental illness. As a strategy, the rehabilitation of an organic vegetable garden was used, and three interdependent actions were developed: (Re)Discover, which included moments of sharing, research, discussion, and decision-making; (Re)Build, which operationalised what had previously been planned; and (Re)Use, which put an end to the products grown.

The collective process of conceiving, planning and implementing the organic garden enabled steps to be taken in favour of greater autonomy and empowerment for people with mental illness. Together, they were able to: recognise and value their knowledge and skills; make choices, make decisions and commit to action; and live (more) meaningful and healthy experiences.

¹ Endereço de contacto: sofiaveiga@ese.ipp.pt

Keywords: Social Education; Participatory action research; Mental illness; Autonomy; Empowerment.

Com o intuito de se enquadrar a realidade onde o projeto “Cantinho dos Sorrisos” emergiu, mostra-se pertinente fazer um breve enquadramento histórico que permita espelhar como é que a sociedade e a comunidade científica têm perspetivado as pessoas com experiência em doença mental, influenciando, conseqüentemente, a forma como as mesmas são olhadas, tratadas e intervencionadas.

1. Abordagem da Doença Mental: Do hospital psiquiátrico à comunidade

Com base numa análise histórica e temporal, pode afirmar-se que a forma como se intervém na doença mental é, em grande parte, influenciada pela perceção da sociedade relativamente à mesma (OMS, 2002). A doença mental foi já associada a fenómenos sobrenaturais, ao oculto, a superstições religiosas e até mesmo a uma ação criminosa. Apenas no século XVIII, com o apoio do médico francês Philippe Pine, a doença mental foi reconhecida enquanto doença, o que permitiu que a sociedade fosse, aos poucos, considerando que estas pessoas tinham direito a um apoio especializado (Nogueira, 2013; Spadini & Souza, 2006). Todavia, todos os mitos associados às pessoas com experiência em doença mental foram conduzindo, inevitavelmente, ao seu afastamento da sociedade e dos seus contextos naturais de vida, por tempo mais ou menos indefinido (OMS, 2002).

Em Portugal, só em finais do século XX é que o sistema de saúde mental foi reestruturado (Ornelas, 2007). A alteração de paradigma iniciou-se, tenuemente, na década de sessenta do século passado, quando a Lei de Saúde Mental (LSM n.º 2118) lançou novos princípios da política de assistência psiquiátrica, que definia como objetivos levar a psiquiatria à comunidade. Apesar do esforço inicial, vários foram sendo os entraves colocados a nível nacional (Alves & Nicolau, 2017), verificando-se uma indisponibilidade e ineficácia dos recursos. Ao contrário do almejado movimento de desinstitucionalização, assistia-se a um movimento de transinstitucionalização, em que os sujeitos eram levados de umas instituições para outras (Ornelas, 1996). Para fazer face aos constrangimentos e às controvérsias que se iam observando, foi concebido o Sistema de Suporte Comunitário (1977), que assentava na crença de que os serviços devem ser centrados nos sujeitos e nas suas necessidades, e não o contrário. A intervenção realizada procurava a promoção do *empowerment* das pessoas com experiência em doença mental, através da construção de estratégias/alternativas que lhes permitissem ter, gradualmente, um maior controlo das suas vidas e que valorizassem as suas potencialidades e recursos. Os serviços organizavam-se de forma a potenciar o envolvimento dos sujeitos e das suas famílias no processo de tratamento e de recuperação (Ornelas, 1996). Considerava-se, assim, que a participação e a manutenção das pessoas nos seus meios naturais de vida contribuíam de forma significativa para a sua melhoria e estabilidade, com vantagens no seu bem-estar a longo prazo (Ornelas, 2005).

Na década de noventa começaram a ser criadas estruturas de base comunitária com o objetivo de prestar apoio ao processo de reabilitação psicossocial das pessoas com experiência em doença mental, nomeadamente programas de formação profissional e de apoio ao emprego; residências comunitárias; unidades de vida apoiada, protegida e autónoma; centros comunitários; e ainda fóruns sócio ocupacionais (Duarte, 2005). O Programa Horizon, o Despacho 407/98 e a legislação de apoio ao emprego, criados nos finais da última década do século XX, serviram de base para a criação de programas e estruturas de reabilitação psicossocial.

Em 2007, Portugal implementou o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Esta nova política de saúde mental estava centrada em: ajudar as pessoas a recuperarem plenamente a sua vida na comunidade, com apoio especializado sempre que necessário; garantir o acesso aos cuidados de saúde mental a todas as pessoas que deles necessitassem, fora das grandes instituições e na proximidade dos locais onde viviam; promover a reabilitação e a integração na sociedade, em articulação com outros serviços da comunidade (CNRSSM, 2007).

Com todas estas evoluções percebe-se que a doença mental deixou de ser um fenómeno centrado exclusivamente na pessoa com experiência em doença mental, passando a exigir o envolvimento de diversos

atores sociais, nomeadamente dos familiares, da comunidade e ainda dos profissionais, articulando a sua ação e intervenção (Ornelas, 2007).

Não obstante, apesar de se terem observado avanços significativos, continuava a verificar-se um conjunto de condicionantes que limitava a existência e a prática de estruturas de base comunitária potenciadoras do processo de reabilitação psicossocial das pessoas com experiência em doença mental. Por isso, não era de estranhar que em Portugal, tal como a nível mundial, grande parte dos gastos públicos continuassem a ser orientados para os hospitais psiquiátricos, ao invés de serem destinados a respostas de cariz comunitário. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde divulgou uma revisão mundial sobre o estado da saúde mental, que originou o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030. Com este Plano, os 194 Estados Membros que o assinaram - um dos quais Portugal - garantiam reunir esforços para atingir mudanças mais significativas relativamente à saúde mental. Os quatro objetivos elencados neste documento, com os quais os Estados Membros se comprometeram foram: reforçar a liderança e a governação eficazes na saúde mental; fornecer serviços de saúde mental e de assistência social abrangentes, integrados e adaptáveis em ambientes comunitários; implementar estratégias de promoção e de prevenção no domínio da saúde mental; fortalecer os sistemas de informação, os dados científicos e a investigação em saúde mental (WHO, 2021).

2. Abordagem psicossocial na doença mental

A saúde mental pode ser influenciada por diversos fatores. De acordo com a abordagem psicossocial, existem fatores físicos, psicológicos, do meio ambiente natural e social, que interagem entre si. É a compreensão da diversidade dos fenómenos biopsicossociais presentes na doença mental, e sua interdependência, que permite perspetivar a intervenção a realizar (Alves & Francisco, 2009). Uma intervenção que implica perspetivar as pessoas de forma holística e que exige uma colaboração efetiva entre profissionais - das áreas da saúde, da educação e social - que permita atender às especificidades e às necessidades das mesmas.

Baseada nesta abordagem psicossocial, a reabilitação psicossocial pretende que as pessoas com experiência em doença mental alcancem um nível de funcionamento adaptado à sua situação, física ou mental, minimizando as limitações e as incapacidades dela emergente. Os cuidados prestados são individualizados, e procuram desenvolver as potencialidades e o empoderamento das mesmas, designadamente através do envolvimento nas decisões que lhes dizem respeito e na redução do estigma (Hirdes & Kantorski, 2004).

A reabilitação psicossocial é, assim, um processo que vai muito além do conceito de tratamento, próprio do modelo biomédico. O foco não passa pela cura nem pela normalização do comportamento (Abreu et al., 2009), mas pelo *recovery*, um modelo mais otimista e focado no empoderamento (Ornelas, 2007). A pessoa com experiência em doença mental passa, assim, a assumir um papel mais ativo e preponderante na sua vida (Fazenda, 2008; Ferreira & Veiga, 2017).

Muitos profissionais “esperam” eternamente as condições ideais que às vezes não chegam nunca, outros, criativos e envolvidos, fazem de cada lugar, de cada momento, a oportunidade para pôr em prática a reabilitação dentro do *setting* real da vida das pessoas, e não em instituições. (Hirdes & Kantorski, 2004, p. 218)

Dado que se trata de um processo a ser desenvolvido desejavelmente em contexto natural de vida, este implica uma cooperação entre a pessoa com experiência em doença mental, a família, a comunidade e as instituições, que estimule a integração e a inclusão social. Ao mesmo tempo, procura promover uma maior autonomia, emancipação, participação e capacidade de decisão, bem como a criação de um sistema de apoio social de longa duração (Fazenda, 2008; OMS, 2002), permitindo que a pessoa com experiência em doença mental faça “a gestão da sua liberdade” (Cordo, 2005, p. 19).

A reabilitação psicossocial recorre a diferentes áreas de intervenção que devem disponibilizar soluções diversificadas capazes de responder à multiplicidade de interesses e necessidades individuais, num processo ativo, dinâmico e necessariamente reflexivo (Ferreira & Veiga, 2017). Os programas de reabilitação devem ser flexíveis de forma a permitirem a edificação de “planos individuais de reabilitação”, o que implica que as estratégias utilizadas, bem como as áreas de trabalho, sejam definidas consoante os interesses e as preferências dos sujeitos (Cordo, 2003).

3. O educador social na área da Saúde Mental

O educador social é um profissional que procura promover o desenvolvimento, a autonomia e a qualidade de vida de todos os cidadãos, em particular daqueles que se encontram em situação de “invisibilidade” e de vulnerabilidade psicossocial, sendo chamado a intervir numa multiplicidade de contextos, numa lógica de prevenção, mediação, capacitação e/ou reinserção psicossocial.

Apoiando os sujeitos na (re)construção dos seus projetos de vida, a sua ação, assente numa relação de proximidade e de afetividade (Ferreira & Veiga, 2017), com carácter transformador, tem como intuito promover a capacitação e o empoderamento dos sujeitos (Timóteo, 2013).

A afetividade e a autenticidade, a par do respeito e da crença no potencial de desenvolvimento e de mudança dos sujeitos, são características essenciais para o trabalho a desenvolver. Estas permitem que se estabeleça uma relação de confiança, de entrega e de compromisso entre os intervenientes, caso contrário, “(...) a pessoa poderá sentir algumas dificuldades em revelar ao profissional a sua intimidade, expor as suas fragilidades e reconhecer que tem um problema que não é capaz de resolver, algo que a deixa desconfortável” (Ferreira & Veiga, 2017, p. 38).

Na intervenção em saúde mental, é fundamental que o profissional tenha consciência que a edificação da intervenção exige tempo, continuidade, espaços e vínculos, podendo ocorrer momentos de desmotivação e descrença. É, por isso fundamental, que os educadores sociais sejam “(...) profissionais da não desistência e da não indiferença” (Veiga, 2009, p. 38), adotando uma postura perseverante e positiva no processo de intervenção e de mudança. O profissional deve procurar, então, edificar “ou simplesmente fortalecer percursos que, embora possam já ter sido de desistência e desânimo, devem começar a tomar corpo num novo contorno existencial que remeta para uma vida melhor, para outros horizontes, para Projetos realistas” (Cordo, 2003, p. 99).

Intervir no âmbito da doença mental exige um saber específico - da psicopatologia, da relação e da intervenção -, o que obriga a uma formação continuada e a uma postura constante de reflexão e de autovigilância (Ferreira & Veiga, 2017).

Enquadrados teoricamente os domínios de intervenção, cabe agora explicitar o contexto em que o projeto aconteceu.

4. A UDAI

De acordo com o seu Regulamento Interno, a UDAI é uma unidade socio-ocupacional integrada no Serviço de Psiquiatria de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal, orientada para a intervenção e a reabilitação psicossocial de pessoas com experiência em doença mental grave, entre os 18 e os 60 anos de idade. É sua missão orientar e apoiar estas pessoas na edificação de um projeto de vida, bem como proporcionar respostas adequadas ao bem-estar pessoal das mesmas e das suas famílias. Procura prevenir internamentos e institucionalizações continuadas, contribuindo sempre que possível para a sua inserção socioprofissional, através de um apoio especializado. A instituição apresenta um conjunto de critérios de exclusão: indivíduos com diagnósticos de deficiência mental ou outro défice cognitivo moderado a grave; indivíduos que experienciem consumos atuais de álcool e/ou outra substância psicoativa ilícita; e indivíduos que apresentem comportamentos que coloquem em causa a convivência e o trabalho em grupo.

A UDAI acolhe, no máximo, quinze pessoas com experiência em doença mental grave, que se encontram clinicamente estabilizadas. A cada sujeito é atribuído um gestor de caso, ou seja, um representante pertencente à equipa técnica, cujas funções passam pela avaliação inicial da pessoa, e a definição e avaliação, em conjunto com a mesma, do seu plano individual de intervenção (PII). Este é um instrumento que, partindo das necessidades identificadas, institui os objetivos prioritários a alcançar e as intervenções a realizar com vista à integração psicossocial da pessoa.

A equipa técnica, composta por cinco profissionais de áreas distintas - três psicólogos, um terapeuta ocupacional e um assistente social - orienta a sua ação de acordo com as necessidades do grupo e os PII de cada sujeito, tendo por base o *knowhow* e as competências de cada um.

Localizada no centro de uma pequena cidade, esta resposta possui uma boa acessibilidade, em termos de transportes, e é circundada por um conjunto vasto de serviços e de espaços verdes, alguns deles destinados à prática da atividade agrícola.

A nível físico, a UDAI é composta por uma sala de atividades e alguns gabinetes técnicos. Diariamente, são desenvolvidas atividades diversas, que procuram responder às necessidades e interesses dos sujeitos e/ou das famílias, designadamente atividades físicas, artísticas e psicoeducativas, terapias diversas, e treinos de funcionalidade. As atividades são revistas anualmente e reestruturadas consoante as opiniões e necessidades do grupo. Em geral, são desenvolvidas em simultâneo mais do que uma atividade, podendo cada pessoa optar por aquela que lhe agrada mais ou que lhe fizer mais sentido. Para além destas atividades, cuja orientação e respetiva preparação é da responsabilidade da equipa técnica, as pessoas podem usufruir, ao longo do ano, de um conjunto de outras atividades, realizadas no exterior, com o objetivo de estreitar a ligação com a comunidade.

Foi neste âmbito que o projeto que a seguir se narra foi desenvolvido.

5. “Cantinho dos Sorrisos”: um projeto de Educação Social

Os projetos de Educação Social, partindo das necessidades, recursos, interesses e vontades dos indivíduos e dos grupos (Cembranos et al., 2001), devem ser desenhados e desenvolvidos em função dos mesmos (Mendonça, 2002) e com a sua participação, em prol das mudanças almejadas.

O projeto “Cantinho dos Sorrisos”, enquadrado metodologicamente na Investigação-Ação Participativa (IAP), teve como ponto de partida e motor principal as pessoas com experiência em doença mental. A sua participação no desenho e desenvolvimento do projeto foi essencial para que o pudessem sentir como seu, envolvendo-se, comprometendo-se e assumindo gradualmente o poder de decisão sobre o curso do mesmo e sobre o seu papel “no seu próprio processo de desenvolvimento” (Ferreira & Bertão, 2017, p. 82). A avaliação do projeto, que aconteceu de forma participada e continuada, teve por base o modelo CIPP (Context, Input, Process, Product), desenvolvido por Stufflebeam e Shinkfield (1995).

Da análise da realidade, feita a partir da triangulação da informação obtida através da observação participante, das vozes dos diversos atores sociais e da análise documental, foi possível identificar e priorizar um conjunto de problemas, recursos e potencialidades que deram corpo ao projeto em apreço.

As potencialidades, sendo mais subjetivas e abstratas, definem-se pelas capacidades e competências dos atores envolvidos e/ou características do contexto, que, quando mobilizadas, permitem alavancar e influenciar positivamente o decurso do projeto (Timóteo & Bertão, 2012). No que concerne às mesmas, na realidade identificada, destacaram-se: a riqueza vocabular das pessoas; a sua criatividade; a capacidade de liderança de alguns sujeitos; percursos e saberes ligados à vida rural; gosto pelo contacto com a natureza; competências escolares; a localização da UDAI e as suas acessibilidades.

Já os recursos podem ser definidos como os meios existentes na realidade que servem para dar resposta aos problemas (Timóteo & Bertão, 2012). Podendo ser endógenos e/ou exógenos, na realidade da UDAI os recursos que se revelaram mais pertinentes foram os seguintes: sala de atividades, com materiais variados e de fácil acesso; espaço verde, ao ar livre, nas traseiras do edifício; equipa técnica, outros profissionais e estagiários; pessoas com experiência em doença mental; parcerias institucionais várias.

Já os problemas podem definir-se como sendo um obstáculo presente na realidade que, devido à sua existência, não permite satisfazer um conjunto de necessidades existentes (Cembranos et al., 2001).

O tempo livre, ou seja, o tempo não ocupado pelas atividades desenvolvidas no âmbito desta resposta parecia ser sentido pelos participantes como excessivo e de qualidade reduzida. Não sabiam como ocupá-lo ou não tinham iniciativa para o fazer com atividades/tarefas que lhes fizessem sentido. O impacto da sintomatologia negativa associada às diferentes psicopatologias existentes, principalmente a falta de motivação generalizada, bem como os efeitos secundários da medicação, como o cansaço e a sonolência, explicavam parte da inação sentida. Não obstante, por se sentirem seguros no(s) espaço(s) da UDAI, passavam os seus tempos livres, nomeadamente as horas de almoço, no(s) mesmo(s), sendo ainda habitual prolongarem o seu horário de permanência na instituição. A sala de atividades, o principal espaço físico da UDAI, assumia-se como o ponto de encontro entre todos, ainda que existisse, nas proximidades da resposta e da respetiva

estrutura hospitalar, uma variedade de possíveis contextos onde poderiam encontrar-se para conviver. Todavia, os sujeitos não demonstravam iniciativa, nem motivação, para a procura ativa de outros espaços, ocupações e/ou distrações (“Vemos as notícias, mas também é sempre isso. Não há muito mais que possamos fazer” - Sr. C; “Este é um tempo de descanso para nós, mas às vezes também apanhamos seca, porque não fazemos nada” – Sra. M).

As pessoas mencionavam constantemente o desejo de realizarem mais atividades ao ar livre, de praticarem mais exercício físico, de lerem, mas depositavam na equipa a responsabilidade de organizarem atividades que respondessem à concretização destes desejos. Esta falta de motivação fazia sentir-se tanto no que diz respeito ao trabalho desenvolvido na própria UDAI, como em outras dimensões e ambientes da(s) vida(s) das pessoas (“A falta de motivação condiciona muito a minha vida. Não consigo encontrar algo a que me agarre verdadeiramente” – Sr. L). A dependência, desmotivação, inação e falta de autonomia estavam presentes nas diversas áreas de vida destas pessoas - saúde, social, lazer, pessoal – com um forte impacto na sua autoestima, bem-estar e qualidade de vida. Além disso, geravam uma grande sobrecarga e *stress* nos profissionais (“Não é fácil lidar com esta desmotivação constante. Chega a ser cansativo também para nós e bastante desgastante” – Profissional A.).

Fazia sentir-se no grupo a necessidade de serem desenvolvidas mais atividades ao ar livre. Destacava-se principalmente a oportunidade de se viverem momentos diferentes, num espaço também ele diferente daquele que era o habitual (“Gosto das atividades, mas acho que elas podiam ser mais vezes ao ar livre, fazemos pouco isso (...) Dava para aliviar a cabeça, para espairecer” – Sr. P.).

Além da dependência e baixa autonomia dos sujeitos, foram, ainda, identificados, como problemas, o sedentarismo e os estilos de vida pouco saudáveis. Dada a importância e o impacto que o primeiro assumia naquele momento para os participantes e para a equipa técnica, e tendo em conta as potencialidades e os recursos identificados que garantiam a exequibilidade do projeto, optou-se pela sua priorização. Não obstante também os outros seriam trabalhados, dada a interdependência que revelavam entre si.

6. Desenho do projeto: finalidade e objetivos de intervenção

O projeto desenhado teve como finalidade: “Promover a autonomia e o empoderamento dos sujeitos com experiência em doença mental grave”. Os objetivos gerais (OG) delineados foram os seguintes: OG 1. “Promover estilos de vida mais saudáveis”; OG 2. “Promover a autonomia dos sujeitos face às orientações dos técnicos”; OG 3. “Valorizar os recursos e as potencialidades dos sujeitos”. Como objetivos específicos (OE) definiram-se, para cada OG, que os sujeitos com experiência em doença mental fossem capazes de: OE 1.1. Estabelecer um maior contacto com a natureza; OE 1.2. Adotar um estilo de vida menos sedentário; OE 1.3. Adquirir conhecimentos e competências que lhes permitissem produzir, selecionar e consumir alimentos de forma mais adequada e saudável; OE 2.1. Reconhecer os seus interesses e os do grupo; OE 2.2. Encontrar estratégias e recursos disponíveis - em si, nos outros e na UDAI - para responder aos seus interesses; OE 2.3. Negociar e tomar decisões autonomamente; OE 3.1. Ter iniciativa e mobilizar-se para a ação, construindo um espaço que lhes permitisse a ocupação dos tempos livres; OE 3.2. Valorizarem os seus pares, reconhecendo-os como sujeitos ativos e com competências; OE 3.3. Se envolverem, em conjunto com familiares e técnicos, na (re)construção de uma horta biológica.

Guerra (2007, p. 167) define estratégias como sendo as “grandes orientações metodológicas de intervenção do projeto consideradas em termos da relação entre recursos e objetivos”. Deste modo, a principal estratégia utilizada neste projeto foi a reabilitação de uma horta biológica no espaço verde, ao ar livre, existente nas traseiras da UDAI.

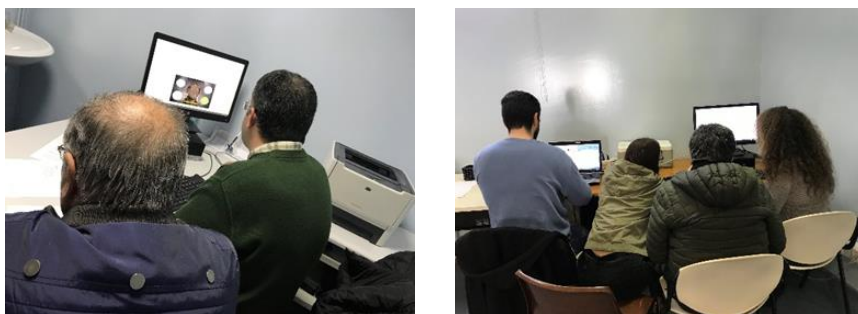
7. Desenvolvimento do projeto

O “Cantinho dos Sorrisos” integrou três ações, complementares, desenvolvidas de forma intercalada. Uma vez que o motor que alavancou este projeto foram os conhecimentos e as histórias de vida dos sujeitos,

ligados à terra, optou-se por nomear cada ação por “re”, de forma a simbolizar a oportunidade de serem revividos e reutilizados esses mesmos percursos e saberes.

A primeira ação, denominada “(Re)Descobrir”, direcionada para os três OG, integrou momentos de partilha, discussão e tomada de decisão, bem como trabalhos de pesquisa necessários para o desenvolvimento prático das tarefas referentes à concretização da horta (Figura 1). Nesta ação, tal como o nome indica, pretendeu-se a aquisição de novos conhecimentos e o reconhecimento dos já existentes.

Figura 1. Trabalhos de pesquisa



Mobilizando os conhecimentos adquiridos, realizaram-se vários momentos de discussão e negociação sobre como preparar a terra, quais as plantas e alimentos adequados a cada estação do ano, entre outros.

Nesta ação abriu-se espaço para a participação *in loco* das famílias e de pessoas da comunidade. Foram várias as vezes em que as pessoas levaram questões e/ou dúvidas para os seus contextos de vida, ou tinham a intenção de o fazer, pois tinham familiares/conhecidos que possuíam conhecimentos nestas áreas. Por vezes, esqueciam-se, particularmente na fase inicial. Estes “esquecimentos” foram alvo de uma reflexão conjunta, procurando ajustar-se as estratégias utilizadas. A *internet* acabou por ser um recurso fundamental nesta ação e, em grupo, as pessoas tiveram a oportunidade de pesquisar e discutir os conhecimentos adquiridos, desenvolvendo competências neste domínio e a sua literacia digital, essencial para outros contextos das suas vidas.

Nesta ação realizou-se um trabalho de pesquisa acerca das características e qualidades dos alimentos a plantar, permitindo não só a aquisição de conhecimentos acerca do valor nutricional de cada alimento, mas também a possibilidade de estes serem incluídos nas refeições diárias confeccionadas. Reunidas as informações necessárias, os sujeitos sugeriram a realização de um cartaz que fizesse a síntese das suas pesquisas (Figura 2).

Figura 2. Cartaz síntese das características e qualidades dos alimentos a plantar



Para responder ao OG2 existiram semanalmente momentos grupais de negociação acerca das tarefas a realizar na horta. Para a rega, em particular, concordaram em definir um responsável por dia, que ficaria identificado no quadro de tarefas que elaboraram para esse fim (Figura 3). Contudo, foram emergindo ao longo do tempo alguns constrangimentos e imprevistos, de natureza variada, que nem sempre permitiram o cumprimento da tarefa pelo responsável do dia. Além disso, o facto rega ser sentida, por muitos, como uma tarefa pouco motivadora e solitária, levou a que o grupo decidisse que a horta fosse regada em pequenos grupos, promovendo uma maior ligação entre si e a possibilidade de se motivarem mutuamente. Estes reajustes, emergentes das necessidades dos sujeitos, deram uma maior abertura e autenticidade ao projeto. Com o intuito de se promover um maior sentimento de pertença do grupo ao espaço da horta, este foi desafiado a escolher o nome para o espaço. “Cantinho dos Sorrisos”, o nome eleito, refletia a relação que os sujeitos estavam a desenvolver entre si e com o espaço/projeto (“É um espaço onde não há tempo para se estar triste, estamos todos a conviver no meio daquela cor toda” – Sr. R; “É o nosso espaço e é um espaço que nos faz felizes” – Sra A.).

Figura 3. Quadro de tarefas



Nos momentos semanais, outros temas foram trazidos para a discussão, nomeadamente outras atividades a desenvolver no âmbito do projeto e outras formas de ocupação do espaço da horta, dada a sua elevada dimensão. Quanto ao primeiro assunto, todos os sujeitos consideraram que seria pertinente visitar espaços comunitários, relacionados com agricultura biológica, onde pudessem ter acesso a outros conhecimentos e visões. Recolhida a opinião de todos, incluindo a dos técnicos, definiu-se que o local a visitar seria um espaço com plantas aromáticas nas imediações da instituição, ao qual poderiam aceder caminhando.

No que diz respeito à horta em construção, os sujeitos decidiram que seria importante tornar o espaço mais apelativo, revelando-se este um indicador da evolução e aproximação do grupo aos objetivos do projeto. Foi sugerida a criação de uma zona de sofás, para que pudessem usufruir do espaço nos dias de melhor tempo. A UDAI disponibilizou um conjunto de recursos materiais (ex: paletes) e humanos (ex: pessoal do serviço de manutenção) que viabilizavam as decisões que se iam tomando (Figura 4).

Figura 4. Construção de sofás com paletes



Na segunda ação, denominada “(Re)Construir”, deu-se o desenvolvimento prático de todas as tarefas (Figura 5). Orientada por todos os OG, esta ação exigiu proatividade e disponibilidade dos participantes, seus familiares e equipa técnica. Esta ação foi a mais desafiadora para o grupo, pois era onde se fazia sentir mais a sua falta de iniciativa. Não obstante, a motivação e a responsabilização constantes permitiram que o mesmo se mantivesse unido e focado. Em dias de maior calor, o repouso e o descanso eram pedidos frequentemente. O respeito pelo tempo e pelo espaço de cada um e do grupo em geral permitiu manter a motivação e o comprometimento necessários à prossecução do projeto.

Figura 5. Momentos do cultivo da horta biológica



A preparação da terra, numa fase inicial de restauração da horta, foi uma tarefa deixada ao grupo, sem qualquer tipo de orientação. Apesar de o desafio ter sido aceite por todos, a mesma não foi cumprida, segundos os sujeitos, mais uma vez por “esquecimento”. Esta situação exigiu nova reflexão. Em conjunto, percebeu-se que, mais do que apelar à participação, era importante que as pessoas encontrassem alternativas e outras possibilidades de estar e de fazer.

Em todas as atividades foi sendo fundamental ouvir as pessoas e devolver-lhes questões como “como prefere(m) fazer?”, “como acha(m) que ficaria melhor?”, garantindo o maior envolvimento, comprometimento e participação possíveis (Figura 6).

Figura 6. Elaboração da placa com o nome do espaço da horta



À medida que as plantações cresciam, eram necessários novos cuidados e, conseqüentemente, novas decisões. O grupo mostrava-se mais responsável e comunicativo. Com o seu envolvimento em tudo o que ia acontecendo, as pessoas passaram a ir, espontaneamente, para o espaço.

As famílias foram sempre convidadas a participar, seja visitando o espaço, seja observando ou colaborando nos trabalhos em desenvolvimento. Um dos familiares, em particular, disponibilizou-se para orientar e apoiar as tarefas inerentes a algumas plantações. A integração de familiares no projeto permitiu que estes observassem o trabalho realizado pelos seus familiares, reconhecendo e valorizando as competências dos mesmos, o que contribuía para o fortalecimento da sua autoestima.

Ao longo do tempo, a horta foi recebendo vários visitantes, desde familiares a outros utentes e profissionais do centro hospitalar, a pessoas da comunidade. Uns forneciam produtos para serem plantados, outros visitavam por mera curiosidade, outros apoiavam na rega nos dias em que não estava presente nenhum elemento da UDAI para o fazer ... Este revelava-se um projeto aberto a todos.

Algumas das atividades definidas no plano semanal passaram a desenvolver-se, nos dias de bom tempo, no espaço da horta (Figura 7), o que foi permitindo o desenvolvimento de um maior sentimento de pertença a este espaço e, ao mesmo tempo, um maior interesse e proatividade das pessoas nas tarefas inerentes ao mesmo.

Figura 7. Atividade habitual da UADI desenvolvida no espaço da horta

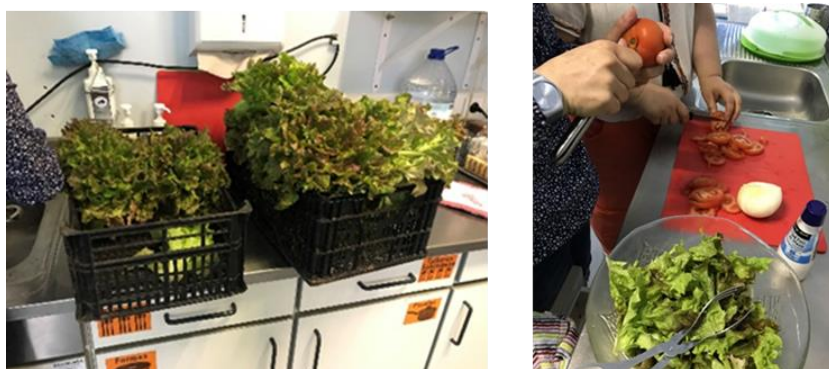


A última atividade integrada na ação “(Re)Construir” resultou da visita ao local escolhido pelo grupo, na discussão sucedida no âmbito da primeira ação. Ao visitarem esse local - um espaço com plantas aromáticas - verificaram que grande parte das estratégias e procedimentos utilizados pelos profissionais aí existentes, formados na área, eram os mesmos que estavam a utilizar no “Cantinho dos Sorrisos”, validando as suas competências e saberes.

Por último, a terceira ação, denominada “(Re)Utilizar”, integrou todos os momentos destinados à utilização dos produtos cultivados. Após algumas conversas intencionais, o grupo decidiu que os alimentos cultivados serviriam para consumo próprio. Foi, então, realizado um almoço na UDAI, com os participantes e os profissionais, tendo os produtos cultivados sido confeccionados e os sobrantes doados aos presentes. Depois

de serem preparadas saladas pelo grupo (Figura 8), as mesmas foram levadas para o refeitório e os participantes do projeto foram convidando as pessoas que iam aparecendo para almoçar. Pela primeira vez, foram os sujeitos a preparar algo para outros e não o contrário. Uma maior autonomia e independência faziam sentir. Os sujeitos sentiam-se valorizados e reconhecidos pelo seu trabalho. Além de ter contribuído para melhorar a sua autoestima, os sujeitos tiveram e terão, com certeza, a oportunidade de realizarem uma alimentação mais saudável.

Figura 8. Salada realizada com os produtos cultivados



8. Considerações finais

Sendo um direito de todos os cidadãos, a participação não é exercida nem reivindicada por muitos, em particular pelas pessoas e grupos mais vulneráveis.

O projeto de educação social narrado foi concebido e desenvolvido numa realidade que reconhece e valoriza os princípios e os valores da educação social, em particular o direito à participação das pessoas com experiência em doença mental.

Se houve um apelo à participação desde os primórdios do projeto, o exercício efetivo de uma participação ativa e comprometida foi acontecendo paulatina, mas consistentemente. O grupo foi gradualmente assumindo a sua voz e foi-se tornando protagonista na e da sua vida institucional.

O projeto foi sempre aberto, criativo e flexível, ajustando-se às necessidades, oportunidades e constrangimentos que iam surgindo a cada momento. A espontaneidade exigida convocava dos interventores sociais competências de natureza diversa.

Este projeto permitiu o convívio, a partilha, o trabalho conjunto entre profissionais, familiares e pessoas com experiência em doença mental. Permitiu, acima de tudo, que estes se reconhecessem e fossem reconhecidos como pessoas com voz e com valor. Pese embora a(s) sua(s) psicopatologia(s), possuem uma história, saberes e competências que lhes dão sentido e os definem como pessoas.

Trabalhar em contextos de Saúde Mental implica um olhar e uma postura humana e humanizante. Implica olhar a(s) pessoa(s) como um todo, perspetivá-la(s) como (um) sujeito(s) com direitos, com valor e com competências, que, se devidamente coadjuvadas, podem edificar percursos de vida mais autónomos e empoderados.

Apesar de o educador social não ter ainda lugar nas equipas que trabalham em contextos hospitalares de Saúde Mental, o projeto narrado foi uma oportunidade para se abrirem caminhos para a afirmação da Educação Social nestes contextos.

Referências

Abreu, M., Gonçalves, P., Santos, E., & Teixeira, T. (2009). Reabilitação psicossocial de pessoas com esquizofrenia: Estudo de caso. *Psicologica*, 50, 97-139. https://doi.org/10.14195/1647-8606_50_6

- Alves, E., & Francisco, A. (2009). Ação psicológica em saúde mental: Uma abordagem psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 768-779. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/YpCPNpqwGqmxVqNzTKZj36c/>
- Alves, F., & Nicolau, K. (2017). Racionalidades leigas e governação da saúde mental em Portugal. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 799-810. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0877>
- Cembranos, F., Montesinos, D., & Bustelo, M. (2001). *La animación sociocultural: Una propuesta metodológica*. Editorial Popular.
- CNRSSM - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório proposta de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Ministério da Saúde.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental: Das famílias para a instituição, da instituição para a família*. Climepsi. ISBN: 9789727960750
- Cordo, M. (2005). Saúde mental e manutenção do emprego. *Revista Integrar*, 23, 19-24.
- Duarte, M. (2005). Serviços comunitários de intervenção e apoio na crise. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz & T. Duarte (Coord.), *Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares* (pp. 351-365). AEIPS. ISBN: 9729990409.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi. ISBN: 9789727962914.
- Ferreira, J., & Veiga, S. (2017). A pessoa do profissional de relação de ajuda... em contextos de saúde mental. *Sensos-e*, 4(2), 36-50. <https://parc.ipp.pt/index.php/sensos/article/view/2538/670>
- Guerra, I. C. (2007). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção. O planeamento em ciências sociais* (2ª ed., reimp.). Principia. ISBN 972-8500-85-6
- Hirdes, A., & Kantorski, L. P. (2004). Reabilitação psicossocial: Objetivos, princípios e valores. *Rev. Enferm. UERJ*, 12(2), 217-221.
- Ferreira J., & Bertão, A. (2017). A metodologia de investigação-ação participativa na reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental. *Sensos-e ICRE'17*, IV(1), 79-87. <https://doi.org/10.34630/sensos-e.v4i1.2543>
- Mendonça, M. (2002). *Ensinar e aprender por projectos*. Asa. ISBN: 9789724128474.
- Nogueira, M. (2013). *Inclusão social e bem-estar da pessoa doente mental: Contributos de um estudo de caso num serviço de psiquiatria* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=29101
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde*. Direcção-Geral da Saúde/OMS. Disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Ornelas, J. (1996). Sistema de suporte comunitário. *Análise Psicológica*, 2-3(XIV), 331-339.
- Ornelas, J. (2005). O modelo comunitário de intervenção em saúde mental na era pós-hospitalar. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz & T. Duarte (Coord.), *Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares* (pp. 11-18). AEIPS. ISBN: 9729990409.
- Ornelas, J. (2007). Psicologia comunitária: Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 1(XXV), 5-11.
- Spadini, L., & Souza, M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem*, 40(1), 123-127. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100018>
- Stufflebeam, D., & Shinkfield, A. (1995). *Evaluación sistémica – Guia teórica y práctica* (3ª ed.). Paidós.
- Timóteo, I. (2013). A evolução da educação social: Perspetivas e desafios contemporâneos. *Praxis Educare*, 1, 13-18.
- Timóteo, I., & Bertão, A. (2012). Educação social transformadora e transformativa: Clarificação de sentidos. *Sensos*, 2(1), 11-26.
- Veiga, S. (2009). *Palcos de conhecimento. Espaços de transformação. Contributos da metodologia sociodramática para a formação dos educadores sociais* [Tese de Doutoramento, Universidade de Évora]. Repositório Institucional da Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/11860?locale=pt>
- World Health Organization (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>