

pro **move-TE**

UM PROJETO-PILOTO
EM SAÚDE MENTAL
DE CRIANÇAS E JOVENS




pro
move-TE

UM PROJETO-PILOTO
EM SAÚDE MENTAL
DE CRIANÇAS E JOVENS







PROMOVE-TE: UM PROJETO-PILOTO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E JOVENS

ÍNDICE

| | |
|--------------------------|----|
| Introdução | 5 |
| Fundamentação | 6 |
| Projeto PROMove-te | 9 |
| Descrição | 9 |
| Objetivos..... | 9 |
| Público-Alvo..... | 10 |
| Metodologia..... | 11 |
| Recomendações | 27 |
| Notas Finais | 35 |
| Bibliografia | 37 |
| Anexos..... | 39 |



INTRODUÇÃO

A ARIA – Associação de Reabilitação e Integração Ajuda foi a entidade promotora do projeto-piloto de prestação de cuidados integrados – Projeto PROMove-te – através da criação de uma equipa móvel de apoio psicossocial a crianças e jovens com problemas de saúde mental, entre os 10 e os 25 anos de idade, residentes nos concelhos de Lisboa, Oeiras, Cascais e Sintra. O projeto decorreu entre Setembro de 2014 e Fevereiro de 2016, tendo sido desenvolvido em parceria com o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), a Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (SPTF) e a Logframe - Consultoria e Formação, e co-financiado pelo Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu (EEA Grants).

A presente publicação é resultado do projeto-piloto e das reflexões decorrentes, tendo por objetivo a divulgação da metodologia desenvolvida e das boas práticas que fomos identificando no seu decurso. Optámos por não desenvolver na publicação a caracterização do nosso público-alvo, nem os resultados do projeto, uma vez que estes elementos são apresentados no Relatório de Avaliação Ex-Post, disponível no site www.aria.com.pt. Assim sendo, preferimos apresentar uma breve descrição do projeto, explicitando a filosofia e os modelos que orientaram a metodologia adoptada, e identificar um conjunto de variáveis que nos parecem fundamentais no desenho de uma intervenção adequada e eficaz. Esperamos, com esta escolha, facilitar a replicação dos elementos chave da metodologia, não sendo prescritivos na sua forma e ferramentas. Acreditamos que deste modo se poderá adequar o modelo a diferentes realidades sócio-culturais, fazendo apelo aos diferentes recursos e potencialidades da comunidade onde se implantar. Resta-nos pois desejar que a presente publicação forneça linhas orientadoras úteis para aqueles que acreditam num modelo de intervenção integrado que entenda a recuperação do problema de saúde mental e a integração da criança ou jovem com esta problemática como um desafio da comunidade.



FUNDAMENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresenta pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade. O nosso país carece de dados epidemiológicos em saúde mental da infância e adolescência, mas os resultados do estudo sobre a população adulta portuguesa, aponta o seguinte: “No último ano, um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica e quase metade (43%) já teve uma destas perturbações durante a vida”, consubstanciando a continuidade, já reconhecida na literatura da especialidade, entre as perturbações da infância, da adolescência e da vida adulta.

Estudos epidemiológicos recentes mostram, ainda, que os distúrbios psiquiátricos e os problemas de saúde mental relacionados com a saúde em geral tornaram-se a principal causa de incapacidade para a atividade produtiva e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura em todo o mundo. Efetivamente, de acordo com o indicador que mede a carga da doença expressa em número de anos perdidos devido a problemas de saúde, incapacidade ou morte prematura (*DALY – Disability-adjusted life year*), os problemas de saúde mental correspondem à segunda maior causa de perda de DALY na Europa, correspondendo a 19% do total da perda.

Propiciam, ainda, a ocorrência de outras doenças, tais como o cancro, as doenças cardiovasculares, as doenças metabólicas, os consumos de substâncias psicoativas indutoras de dependência, devido à redução do funcionamento do sistema imunitário, à baixa adesão aos tratamentos médicos, às barreiras sociais na obtenção de tratamento e aos estilos de vida. Não será pois de estranhar que entre as consequências dos problemas de saúde mental encontremos uma taxa de mortalidade superior à da população em geral. Para a mesma também contribui a taxa de suicídio, sendo a segunda causa mais comum de mortalidade entre os jovens dos 15 anos 29 anos.

Os problemas de saúde mental, a par do sofrimento que acarretam, são fator de risco para percursos de exclusão social, tendo um impacto significativo na vida familiar, nas redes de suporte social e no desempenho escolar e profissional. Os custos associados ultrapassam em larga medida o setor da saúde, representando um acréscimo de despesas no setor social, no sistema educativo e de justiça. Paralelamente a estes custos, as perdas de produtividade de familiares prestadores de cuidados, bem como as perdas futuras de produtividade da criança ou jovem, tornam o impacto económico particularmente significativo.

Apesar do impacto destes problemas, são conhecidas as dificuldades de acesso ao tratamento para a qual concorrem:

- a) o estigma e o desconhecimento face ao problema de saúde mental;
- b) a escassez de recursos estruturais e humanos.

Efetivamente, a incapacidade gerada por problemas de saúde mental é frequentemente alvo de incompreensão, por falta de informação e pelo estigma que se encontra associado às perturbações psiquiátricas, que resulta frequentemente em atitudes discriminatórias e

que contribui para o processo de exclusão da pessoa com problema de saúde mental. O desconhecimento do impacto dos problemas de saúde mental e das necessidades especiais desta população conduz, naturalmente, à ausência de apoios vitais ao sucesso educativo e profissional, entre outros. A mudança de paradigma do “indivíduo com incapacidade” para a “comunidade incapacitante” alerta-nos para a responsabilidade da comunidade em providenciar os apoios necessários à participação e cidadania ativa da pessoa com necessidades especiais. Face ao exposto, uma dimensão substantiva do projeto é a capacitação da comunidade no seu todo para apoiar a criança ou jovem no seu processo de inclusão. Ao intervir em contextos normativos para a criança ou jovem (e.g. casa, escola, empresa), capacitamos tanto os próprios para responderem às exigências do meio quanto os agentes comunitários (e.g. família, professores, empregadores) de modo providenciarem os apoios necessários a uma adaptação bem sucedida.

O projeto delineado parte da premissa, sustentada em evidência científica, de que a intervenção precoce nos problemas de saúde mental permite uma evolução mais favorável dos mesmos e a redução do seu impacto ao nível da incapacidade e processos de exclusão daí decorrentes. Parte de uma segunda premissa de que existe atraso significativo no acesso aos cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial – devido ao estigma associado e à reduzida cobertura dos serviços assistenciais. A criação de uma nova resposta, uma equipa de mobilidade que intervém no ambiente natural da criança/jovem, pretende ultrapassar estes obstáculos. O projeto implementou uma intervenção comunitária integrada que serviu de interface entre a criança ou jovem, equipas clínicas, cuidadores e comunidade educativa, pretendendo facilitar a adesão a um plano de cuidados clínicos, promover o desenvolvimento de competências normativas para a faixa etária da criança ou jovem e capacitar o meio ecológico para apoiar a sua recuperação e adaptação.

Deste modo, assumimos que o sucesso da intervenção depende da interação indivíduo-comunidade ao longo dos diferentes ciclos de vida, e que o problema de saúde mental afeta diversas dimensões de vida (e.g. clínica, funcional, relacional e social), exigindo abordagens multidimensionais integradas, espelhadas na parceria montada para o seu desenvolvimento. Este modelo integrado tem por fim último a salvaguarda dos direitos da criança, adolescente ou jovem prevenindo a cronicidade dos problemas de saúde mental e os processos de exclusão social que estes frequentemente acarretam.

PROJETO PROMOVE-TE

DESCRIÇÃO

O projeto procurou desenvolver uma metodologia de intervenção comunitária integrada junto de crianças, adolescentes e jovens com problemas de saúde mental, disponibilizada por uma equipa móvel de apoio psicossocial, constituída por três profissionais com as seguintes formações base: assistente social, psicólogo e técnico superior de educação especial e reabilitação. Assentando no pressuposto de que os processos de inclusão em saúde mental deverão contemplar dimensões como a estabilidade clínica, a autonomia e a capacitação do meio envolvente da criança/adolescente/jovem, foram criadas relações estratégicas com parceiros (ver Anexo - Quadro 1) que contribuíram com mais valias para o delineamento de planos de intervenção integrados de cuidados clínicos e reabilitativos numa perspetiva sistémica, nomeadamente:

ARIA: intervenção em reabilitação psicossocial com vista à inclusão sócio-educativa/profissional;

CHLO – Serviço de Psiquiatria: intervenção clínica em saúde mental da criança/adolescente/jovem;

SPTF: intervenção clínica sistémica e supervisão da intervenção comunitária;

Logframe: monitorização e avaliação do projeto com vista ao delineamento de ações corretivas e à identificação de boas práticas a disseminar.

OBJETIVOS

O projeto teve como principais objetivos:

- Promover a inclusão social, educacional e cultural de 50 beneficiários – crianças, adolescentes ou jovens – em situação de vulnerabilidade decorrente de um problema de saúde mental;
- Capacitar para a empregabilidade 20 beneficiários jovens, em situação de vulnerabilidade decorrente de um problema de saúde mental.

Para o efeito, estruturou-se a intervenção em quatro eixos (ver Anexo - Quadro 2):

1. Planos de Intervenção Integrados – Clínicos e de Reabilitação Psicossocial

Entendendo que a regulação do bem-estar e a funcionalidade da criança e/ou jovem são interdependentes, desenvolvemos planos de intervenção integrados da dimensão clínica e funcional, através de reuniões periódicas entre equipas de saúde mental e a equipa móvel de apoio psicossocial. Esta última tinha por responsabilidade realizar as sessões individuais de avaliação e treino de competências nos contextos naturais (e.g. casa, escola, grupo recreativo, centro de formação, outros). Ao nível clínico, a equipa avaliava o sofrimento e incapacidade decorrentes do problema de saúde mental, bem como a representação do problema e do tratamento por forma a identificar um plano de intervenção consensuado entre os intervenientes. Na dimensão funcional, a equipa tinha como principais metas desenvolver competências pessoais e interpessoais que facilitassem a adaptação aos contextos em que a

criança ou jovem se encontrava inserido, sendo prioritário o treino de *soft skills* transversais e necessárias ao sucesso escolar e profissional, bem como o delineamento de um projeto educativo/formativo para o jovem, orientação e encaminhamento para recursos formativos adequados ou implementação de programas de formação à medida.

2. Capacitação da Rede Social de Suporte

Partindo do pressuposto de que o bem-estar decorre da capacidade de regulação de necessidades pessoais e da resposta às exigências do meio ecológico, entendemos prioritário capacitar a rede de suporte social da criança e/ou jovem (e.g. família, comunidade educativa, serviços da comunidade) para identificar, compreender e dar resposta adequada às necessidades da criança ou jovem com problemas de saúde mental. Para o efeito, a equipa móvel desenvolveu sessões de psicoeducação individualizadas com a família e figuras de suporte comunitárias no sentido de as capacitar para darem o apoio adequado no processo de recuperação e adaptação. A par desta intervenção, tendo presente que algumas dinâmicas familiares podem dificultar a recuperação da criança ou jovem, a SPTF disponibilizou terapia familiar a 10% dos agregados familiares abrangidos no projeto.

3. Capacitação dos Beneficiários Jovens para a Empregabilidade

A manifestação precoce de um problema de saúde mental tem impacto no sucesso do percurso educativo, limitando as oportunidades de qualificação e profissionalização. Além disso, é comum a doença privar a criança/jovem de um conjunto de aprendizagens e de experiências normativas importantes para a definição de um projeto profissional. Neste sentido, procurámos disponibilizar ferramentas que permitissem ao jovem analisar as opções profissionais que se adequassem ao seu perfil (e.g. interesses, competências), identificar e participar em formações pertinentes para o projeto profissional delineado e promover a aquisição de competências funcionais e interpessoais facilitadoras de uma boa adaptação a projetos de qualificação ou inserção profissional.

4. Avaliação e Monitorização

O impacto de um problema de saúde mental afeta um conjunto de domínios de vida, exigindo uma articulação intersectorial para a eficácia da intervenção. Neste sentido, privilegiámos uma intervenção em rede, tendo em vista mobilizar o sistema de suporte da rede social num esforço de colaboração em função das necessidades identificadas. Face ao desafio de consensualizar perspetivas, objetivos e estratégias entre os intervenientes envolvidos, foram desenvolvidas pela SPTF jornadas de supervisão da intervenção em rede com todos os participantes neste processo (e.g. crianças e jovens, famílias, profissionais) por forma a identificar boas práticas. Além disso, tratando-se de um projeto-piloto que se propôs desenvolver uma resposta inovadora, entendemos que seria determinante desenvolver uma monitorização e avaliação da eficácia e eficiência do modelo de intervenção implementado, tarefa essa que ficou a cargo da Logframe e que é apresentada em relatório próprio.

PÚBLICO-ALVO

A equipa móvel trabalhou com 50 crianças ou jovens, dos 10 aos 25 anos, com problemas de saúde mental em acompanhamento pelos serviços de psiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e residentes nos concelhos de Lisboa, Oeiras, Cascais ou Sintra.

Os critérios de referenciação para acompanhamento pela equipa móvel não se centraram no diagnóstico clínico (existindo uma elevada variabilidade de quadros nas crianças ou jovens em acompanhamento), mas antes nas seguintes dimensões:

- _ Falta de adesão ao tratamento;
- _ Dificuldades relacionais significativas no seio da família;
- _ Compromisso importante da funcionalidade nos seguintes domínios: autonomia, competências sociais e aprendizagem.

O projeto contemplou, igualmente, a capacitação das figuras de suporte que se traduziu no envolvimento de 89 cuidadores e 163 figuras de suporte. Entre as figuras de suporte encontramos diferentes profissionais de 92 entidades com quem colaborámos, nomeadamente:

- _ 30 Escolas distribuídas pelos 4 concelhos (Lisboa, Oeiras, Cascais e Sintra);
- _ 2 Centros de formação profissional;
- _ 10 Entidades com respostas clínicas ou de reabilitação psicossocial;
- _ 17 Estruturas recreativas ou programas de ocupação jovem;
- _ 2 CPCJ (Cascais e Oeiras);
- _ 21 entidades de apoio social.

METODOLOGIA

Nesta secção procuraremos explicitar os modelos que orientaram a estruturação do projeto e a sua tradução em práticas de intervenção. Efetivamente, foram vários os modelos que serviram de linhas orientadoras a este projeto-piloto, determinando os públicos a envolver bem como a metodologia de intervenção.

O **modelo social de incapacidade** orientou-nos para a necessidade de entender a funcionalidade e adaptação da criança ou jovem no ambiente em que se encontra inserida, e de desenvolver uma intervenção que integre os dois eixos – desenvolvimento de competências e disponibilização de apoios. Efetivamente, o modelo social de incapacidade (ver Anexo - Quadro 3) alargou o reconhecimento das consequências negativas dos problemas de saúde mental ao identificar não só o compromisso sintomático, mas também a disfunção, incapacidade e desvantagem.

Na perspetiva da reabilitação psiquiátrica, o sistema de saúde mental não se deve preocupar só com a intervenção no compromisso ou sintomas apresentados pela pessoa, mas também na capacidade da mesma desenvolver tarefas (disfunção), papéis (incapacidade) e a lidar com a discriminação e pobreza (desvantagem), que frequentemente vivencia. Daqui decorre a necessidade de promover uma intervenção que integre a dimensão clínica, funcional, social bem como a capacitação do meio envolvente na eliminação de barreiras à participação. Na sua prática, a equipa móvel de apoio psicossocial tinha como primeira preocupação avaliar o bem-estar e adaptação da criança em contextos vitais para o seu desenvolvimento (e.g. casa, escola), envolvendo desde o início figuras chave de suporte (e.g. familiares, profissionais de educação) nos diferentes ambientes para a identificação das exigências colocadas à criança ou jovem e dos apoios disponibilizados. Esta equipa de mobilidade privilegiou ainda o treino das competências pertinentes a cada papel social (e.g. filho, aluno, amigo) nos contextos

adequados (e.g. casa, escola, outros), utilizando deste modo os ambientes naturais e tarefas significativas na aquisição e treino de competências.

Neste sentido, o processo de reabilitação psiquiátrica ajuda as pessoas a preservar (manter) a capacidade para um funcionamento mais independente, mas também a alcançar ou restaurar (ter) um funcionamento apropriado à sua idade que, ou foi perdido ou nunca ocorreu devido à interrupção do desenvolvimento funcional da pessoa decorrente do problema de saúde mental. Em reabilitação psiquiátrica, melhoramos a função e reduzimos a incapacidade através do esforço paralelo de desenvolvimento de competências e/ou apoios. De modo simples, o processo da reabilitação psiquiátrica procura ajudar as pessoas a determinarem os papéis sociais que desejam alcançar (objetivos). De seguida, as pessoas são apoiadas na identificação do que precisam fazer e do que sabem fazer bem (competências) e do que têm e/ou necessitam ter (apoios ou recursos) de modo a alcançarem os seus objetivos. Nessa altura, são ajudadas a desenvolverem as competências e/ou recursos necessários para o alcance dos mesmos.

Uma evidência que ressalta dos resultados dos processos de reabilitação psicossocial é que estes não decorrem do diagnóstico e sintomatologia da pessoa, mas antes da presença de objetivos autodeterminados a par das competências e recursos necessários para o seu alcance. Todo o comportamento humano pode ser compreendido como enquadrado num contínuo entre a heteronomia, ou regulação externa, e a autonomia, ou verdadeira auto-regulação. De acordo com a **teoria da autodeterminação** (Deci & Ryan, 1985), a regulação autónoma do comportamento é mais estável e duradoura e tem mais efeitos positivos sobre o bem-estar do que a regulação controlada. Esta teoria defende, ainda, que na presença de determinadas condições de apoio, a motivação, previamente controlada, pode ser interiorizada e transformada em motivação autónoma. Os contextos que mais satisfazem as necessidades psicológicas do indivíduo são aqueles que mais apoiam o seu processo de interiorização.

Necessidades Psicológicas:

- Competência: ter confiança nas suas aptidões e na capacidade de alcançar resultados;
- Autonomia: o indivíduo tem necessidade de se sentir autónomo nas suas ações, em vez de se sentir controlado ou coagido a agir;
- Relação: necessidade de experienciar uma ligação com os outros e de ter relações sociais satisfatórias e apoiantes.

Na medida em que o ambiente social apoia e promove perceções de competência, autonomia e de pertença, a pessoa tenderá a evoluir para a integração do *self* e a desenvolver os recursos pessoais para se envolver em comportamento adaptativo, autonomamente regulado. Em geral, pode ser afirmado que as pessoas necessitam de sentir que têm escolha e volição relativamente aos objetivos de mudança, precisam compreender o modo de alcançar esses objetivos e de sentir que podem ser eficazes na implementação das ações necessárias e de se sentirem respeitadas e acarinhadas pelos outros. Este entendimento da importância da autodeterminação teve implicações claras sobre a metodologia de trabalho. Uma das principais preocupações da equipa foi o estabelecimento de uma relação de trabalho colaborativa, assente na satisfação das seguintes necessidades psicológicas:

- Competência:
 - _ Desenvolvimento de expectativas claras e realistas sobre as consequências da mudança;
 - _ Formulação realista de objetivos alcançáveis;
 - _ Encorajamento para acreditar que é capaz de desenvolver os comportamentos apropriados;
 - _ Feedback positivo relativamente ao progresso.
- Autonomia:
 - _ Desenvolver um racional pessoal significativo para o desenvolvimento de determinado comportamento;
 - _ Minimizar controlos externos como recompensas ou punições contingentes;
 - _ Providenciar oportunidades para a participação e escolha;
 - _ Reconhecer sentimentos negativos associados ao desenvolvimento de tarefas difíceis.
- Relação:
 - _ Investimento genuíno na criança ou jovem e no seu bem-estar;
 - _ Empatia face às dificuldades com que se depara;
 - _ Disponibilização de apoio.

Efetivamente a nossa prática assentou no pressuposto de que as pessoas estarão mais aptas para mudar positivamente:

- _ No contexto de uma relação positiva;
- _ Quando estabelecem os seus objetivos;
- _ São ensinadas competências;
- _ Recebem apoio;
- _ Têm expectativas positivas ou esperança face ao futuro;
- _ Quando acreditam na sua autoeficácia.

Outro modelo determinante para a estruturação da intervenção foi o **modelo transteórico de mudança** (Prochaska, Norcross & Diclemente, 1994), que veio identificar um conjunto de aspetos temporais, motivacionais e desenvolvimentistas que caracterizam o processo de mudança, salientando a necessidade de emparelhar estratégias terapêuticas (processos de mudança) com o estágio de mudança em que se encontra a pessoa. Os autores descreveram cinco estádios com características particulares que constituem o processo de mudança:

- Precontemplação: neste estágio não existe consciência do problema e, consequentemente, a pessoa não apresenta intenção de modificar o seu comportamento. Contudo, é necessário não equiparar este estágio com ausência de mudança, uma vez que a pessoa pode apresentar alterações ao seu comportamento devido a pressão externa;
- Contemplação: a pessoa manifesta consciência do problema mas demonstra ambivalência relativamente às vantagens, autoeficácia e compromisso no processo de mudança;

- **Preparação:** este estágio combina intenção e critérios comportamentais, uma vez que a pessoa aceita responsabilidade pela mudança do comportamento e desenvolve um plano para o concretizar;
- **Ação:** o momento em que o indivíduo modifica o seu comportamento, experiências ou ambiente de modo a ultrapassar o seu problema;
- **Manutenção:** o foco da atenção neste estágio é a prevenção da recaída e a cimentação dos ganhos alcançados no estágio anterior;

Complementarmente aos estádios de mudança que representam a dimensão temporal e que clarificam quando ocorrem as mudanças em atitudes, intenções e comportamentos, os autores descreveram uma segunda dimensão que nos permite compreender o modo como essas mudanças ocorrem – os processos de mudança. Estes processos foram identificados teoricamente numa análise comparativa dos sistemas de psicoterapia e filtrados através de apoio empírico, resultando na seguinte listagem:

Tabela 1 – Processos de Mudança

| Processo | Definição | Intervenções |
|-------------------------|--|--|
| Promoção de consciência | Aumentar a informação sobre o <i>self</i> e o problema. | Observações, confrontos, interpretações, biblioterapia. |
| Autoreavaliação | Avaliar o modo como pensa e sente relativamente a si mesmo face ao problema. | Clarificação de valores, imagética, experiência emocional corretiva |
| Autolibertação | Escolha e compromisso em agir ou acreditar na capacidade de mudança. | Tomada de decisão, resoluções de ano novo, técnicas de logoterapia, técnicas de promoção do compromisso. |
| Contracondicionamento | Substituir os comportamentos problemáticos por alternativas. | Relaxamento, dessensibilização, asserção, autoafirmações positivas. |
| Controle de estímulos | Evitar ou combater estímulos que despoletam comportamentos problemáticos. | Reestruturação do ambiente, evitar pistas de elevado risco, técnicas de fading. |
| Gestão de reforços | Reforçar-se a si ou ser reforçado por outros devido à concretização de mudanças. | Contratos de contingência, reforço aberto ou coberto, autoreforço. |
| Relações de suporte | Ser confiante e aberto sobre problemas com alguém que se preocupe. | Aliança terapêutica, suporte social, grupos de autoajuda. |
| Alívio dramático | Vivenciar e expressar emoções sobre os problemas e soluções. | Psicodrama, viver o luto das perdas, <i>role-playing</i> . |

Tabela 1 (cont.) – Processos de Mudança

| Processo | Definição | Intervenções |
|-----------------------|---|---|
| Reavaliação ambiental | Avaliar o modo como o problema afeta o ambiente físico e relacional. | Treino de empatia, documentários. |
| Libertação social | Aumentar alternativas para comportamentos não problemáticos disponíveis na sociedade. | Defesa dos direitos, <i>empowerment</i> , intervenção política. |

Segundo o modelo transteórico, a interação entre os estádios e os processos é facilitadora ou bloqueadora do processo de mudança, sendo necessário emparelhar adequadamente as técnicas terapêuticas com as fases motivacionais da pessoa.

Tabela 2 – Estádios e Processos de Mudança

| Estádios de Mudança | | | | |
|--|------------------|---------------------------|---|------------|
| Precontemplação | Contemplação | Preparação | Ação | Manutenção |
| Promoção de consciência Alívio dramático Reavaliação ambiental | | | | |
| | Auto-reavaliação | | | |
| | | Auto-libertação | | |
| | | | Gestão de reforços Relações de suporte Contracondicionamento Controle de estímulos | |
| Processos cognitivo-experienciais | | | | |
| | | Processos comportamentais | | |

Deste modo, os autores alertam para duas falhas de emparelhamento mais comuns. A primeira assenta na utilização de processos cognitivo-experienciais de tomada de consciência em indivíduos que se aproximam do estágio de ação, que tem subjacente a premissa de que da consciência decorrerá naturalmente a modificação comportamental. A segunda utiliza processos comportamentais sem os pré-requisitos de consciência e determinação, a qual conduzirá com grande probabilidade a uma mudança temporária.

Não será difícil perceber a pertinência deste modelo para o delineamento de um programa de intervenção junto de um público com níveis reduzidos de adesão ao tratamento, alertando para a necessidade de adequar a intervenção aos níveis de preparação para a mudança, ou seja, utilizando estratégias de consciencialização e motivacionais nas fases mais

precoces e evoluindo para estratégias comportamentais à medida que se aproximam da fase de ação. A título ilustrativo, procurámos compilar verbalizações típicas de cada fase em diferentes domínios de vida bem como ilustrar alguns exemplos de intervenções adequadas às mesmas (ver Tabela 3).

Uma vez que a intervenção procura integrar diferentes necessidades e dimensões – clínica e funcional – será importante cruzar este modelo com modelos de mudança nestas dimensões.

O **modelo de crenças relativas à saúde** foi inicialmente desenvolvido nos Estados Unidos, na década de 50, por um grupo de psicólogos sociais num esforço de explicar a dificuldade de envolvimento das pessoas em programas de prevenção ou de deteção precoce de doenças, sendo posteriormente alargado para conceptualizar a resposta das mesmas face ao diagnóstico de uma doença, particularmente a adesão aos tratamentos prescritos (Rosenstock, 1990).

Segundo este modelo, os indivíduos tendem a agir para prevenir, monitorizar ou controlar condições deterioradas de saúde se se verificarem as seguintes dimensões:

- **Vulnerabilidade Percebida:** esta dimensão refere-se à percepção subjetiva de risco de contrair uma doença ou, no caso de um diagnóstico estabelecido, à aceitação do mesmo e às estimativas pessoais de recaída;
- **Severidade Percebida:** sentimentos relativos à seriedade de desenvolver uma doença ou de a deixar por tratar incluem avaliações das consequências médicas e clínicas (e.g. morte, incapacidade e dor) e possíveis consequências sociais (e.g. trabalho, vida familiar e relações sociais);
- **Benefícios Percebidos:** embora as dimensões anteriores providenciem a motivação para a modificação do comportamento, não definem a escolha de um curso de ação particular. Segundo este modelo, é hipotetizado que esta escolha depende de crenças relativas à eficácia das várias ações disponíveis para reduzir a ameaça, ou seja, dos benefícios percebidos de implementar determinado curso de ação;
- **Barreiras Percebidas:** os aspetos potencialmente negativos de uma alternativa de ação particular podem servir de obstáculo à implementação do comportamento recomendado. Acredita-se que ocorre uma análise automática de custos-benefícios em que o indivíduo pesa a eficácia da ação contra as percepções de que a mesma pode ser custosa, perigosa (e.g. ter efeitos secundários negativos), desagradáveis (e.g. dolorosa, difícil, perturbadora), inconveniente, ou outras.

Neste sentido, “Os níveis combinados de vulnerabilidade e severidade determinam a energia ou força para agir e a percepção de benefícios (menos barreiras) providencia um curso de ação preferido” (Rosenstock, 1974 citado por Rosenstock, 1990).

Tabela 3 – Nível de Preparação para a Mudança

| | Precontemplação | Contemplação | Preparação | Ação | Manutenção |
|---------------------|--|--|---|---|--|
| Recuperação Clínica | Sinto-me confortável em casa não vejo necessidade de sair | Seria bom ir ao cinema mas sinto-me incapaz de enfrentar a rua | Posso começar a fazer uma lista de situações que me provocam ansiedade e aprender algumas estratégias para a diminuir | Comecei por ir comprar o pão na padaria ao fundo da rua e todos os dias utilizei a respiração profunda para controlar a minha ansiedade | Consigo lidar com grande parte das situações do dia-a-dia, mas ainda preciso controlar a minha ansiedade |
| Vida Familiar | É responsabilidade dos meus pais levarem-me à escola | Seria bom aprender a utilizar os transportes, mas sinto-me demasiado nervoso | Podia fazer algumas viagens acompanhado até ganhar confiança | Comecei por fazer as viagens acompanhado e agora já vou sozinho. | Descobri que ouvir música no mp3 me ajuda a descontrair quando os transportes vão com mais pessoas. |
| Vida Social | Não me sinto sozinho, estou bem como estou | Não consigo encontrar amigos com quem me entenda | Posso inscrever-me em atividades extracurriculares na escola para conhecer novos colegas | Inscrevi-me no teatro da escola. | Tenho passado os intervalos e a hora de almoço com os meus novos amigos. |
| Escola | Simplemente não gosto da escola nem de lá estar | Não tenho cabeça para a escola | As aulas de apoio poderiam ser uma ajuda | Tenho ido às aulas de apoio e comecei a tirar apontamentos para me concentrar nas aulas | Melhorei algumas notas e continuo a ir às aulas de apoio de duas disciplinas. Só falto às vezes... |
| Formação | Gosto de viver um dia de cada vez, não me faz sentido planear o futuro | Não vejo grandes oportunidades de mudar a minha situação | Vou inscrever-me no CQEP* para conhecer a oferta formativa | Inscrevi-me no curso de Rececionista de Hotel de dupla certificação | Gosto do curso e tenho tentado controlar as faltas para não perder esta oportunidade |

* Centro para a Qualificação e o Ensino Profissional

Tabela 3 (cont.) – Nível de Preparação para a Mudança

| | Precontemplação | Contemplação | Preparação | Ação | Manutenção |
|---------------------|--|---|---|--|---|
| Tarefas | Desenvolver a necessidade de mudança através da exploração das vantagens da situação atual e das vantagens da mudança. | Desenvolver a confiança, identificando os interesses, as competências, experiências de sucesso bem como as oportunidades e a rede de suporte. | Identificar competências e apoios necessários para a concretização do objetivo. | Treino de competências e implementação de apoios. | Adaptação dos apoios adequados às necessidades presentes. |
| Recuperação Clínica | Explorar o impacto da forma como lida com o sintoma em objetivos pessoais valorizados. | Explorar períodos em que conseguiu lidar melhor com o sintoma e identificar competências e apoios presentes (e.g. explorar períodos em que conseguiu lidar; se tinha um amigo que ajudava). | Identificar competências de regulação emocional e apoios para a mesma. | Regulação de rotinas de sono e alimentação; Aprendizagem de estratégias de regulação de ansiedade; Treino de mobilidade para acesso a consulta de saúde mental; Acompanhamento de beneficiários e famílias a consultas para monitorização do plano individual integrado (e.g. clínico e funcional); Apoio na expressão de necessidades e negociação de adaptações. | Monitorização dos sintomas e das estratégias de coping; Apoio na expressão de necessidades e negociação de adaptações. |
| Vida Familiar | Sessões familiares que promovam a expressão de necessidades e sentimentos e que facilitem a descentração. | Identificar em que é que pode contribuir para melhorar as relações familiares e em que é que gostaria que os outros elementos da família contribuíssem. | Identificar rotinas de cuidado pessoal e apoios necessários para a sua concretização. | Criação de horários de rotinas de cuidado pessoal; Monitorização do seu cumprimento e desenvolvimento de estratégias para automatização de rotinas; Avaliação do impacto no bem-estar pessoal e no relacionamento familiar. | Monitorização; Avaliação do impacto no bem-estar pessoal e no relacionamento familiar. |

Tabela 3 (cont.) – Nível de Preparação para a Mudança

| | Precontemplação | Contemplação | Preparação | Ação | Manutenção |
|-------------|--|--|---|--|---|
| Vida Social | Exploração de interesses recreativos, desportivos, culturais. | Visita a estruturas ou participação em atividades pontuais (e.g. cinema, teatro, desporto, voluntariado). | Exploração de recursos ou oportunidades de participação na zona de residência e identificação de competências e apoios necessários para a sua frequência. | Acompanhamento na inscrição e primeiro contacto; Treino de mobilidade para acesso ao recurso; Apoio na resolução de dificuldades; Avaliação do impacto no bem-estar. | Incentivo à continuidade na participação; Apoio na resolução de dificuldades. |
| Escola | Sessões com crianças e adolescentes em absentismo ou abandono escolar e em diferentes estádios de mudança. | Identificar momentos em que frequentar a escola era uma experiência positiva e identificar figuras de referência valorizadas. | Planear o retorno à escola de modo faseado de acordo com as competências e apoios disponíveis. | Sessões no espaço escolar; Desenvolvimento de estratégias para diminuição do impacto dos sintomas no processo de aprendizagem; Apoio na estruturação do estudo; Negociação de adaptações ou apoios variados no espaço escolar (possibilidade de aumento progressivo da carga horária lectiva, apoio educativo, acompanhamento por pares na refeição, identificação e acesso a atividades extra-curriculares). | Monitorização com a criança ou adolescente da frequência e satisfação; Monitorização com o profissional de referência da frequência e sucesso da integração. |
| Formação | Explorar ofertas de emprego a que se poderia candidatar com as qualificações escolares e profissionais presentes e a satisfação com as mesmas. | Explorar interesses: questionários de interesses profissionais; análise dos descritivos de função; entrevistas a profissionais; job shadowing. | Apoio na pesquisa da oferta formativa; Apoio no recurso aos CQEP; Pesquisa de empresas ou instituições para desenvolvimento de Formação em Posto de Trabalho. | Apoio no processo de inscrição e candidatura (recolha de documentação, inscrição, entrevista ou teste de seleção); Treino de mobilidade para acesso ao recurso; Apoio na gestão de tempo necessária para cumprimento de horários; Reuniões com tutor e jovem beneficiário para avaliação de satisfação, progressos e dificuldades no decurso da formação; Negociação de adaptações do processo formativo. | Monitorização; Avaliação do impacto no bem-estar pessoal e no relacionamento familiar. |

Em 1977, Bandura introduziu o conceito de autoeficácia, diferenciando-o dos conceitos de expectativas de resultado e de competência funcional. Por contraste ao conceito de expectativas de resultado, definido como “as estimativas pessoais de que um dado comportamento conduzirá a determinados resultados”, a autoeficácia é definida como a “convicção de que consegue executar o comportamento necessário para produzir os resultados”. No que diz respeito à relação deste conceito com o de competência funcional, a teoria da autoeficácia afirma que a competência funcional por si só é insuficiente para a execução do comportamento desejado, ou seja, que o indivíduo deve em primeiro lugar acreditar que é capaz de executar o comportamento necessário a determinado curso de ação. Além disso, e ao contrário de conceitos de traço mais abrangentes como por exemplo, o locus de controlo, a teoria da autoeficácia refere-se a expectativas relativas a interações muito específicas com o meio ambiente envolvente, ou seja, refere-se a percepções de capacidade de desempenho numa dada situação, atividade ou domínio.

Retomando a articulação deste conceito com o modelo de crenças relativas à saúde, podemos afirmar que para o sucesso de uma modificação comportamental, as pessoas devem sentir-se ameaçadas pelos seus padrões comportamentais atuais (vulnerabilidade e severidade percebidas) e acreditar que uma mudança particular será benéfica através da produção de um resultado valorizado a um custo aceitável (benefícios e barreiras percebidos), mas também têm de se sentir competentes (autoeficazes) para implementar essa mudança (ver Tabela 4).

Tabela 4 - Modelo Transteórico de Mudança

| Estádios de Mudança | | | | | |
|--|---|---|---------------------------|------|------------|
| Precontemplação | | Contemplação | Preparação | Ação | Manutenção |
| Modelo Clínico Modelo de Crenças relativas à Saúde | Vulnerabilidade e Severidade Percebidas | | | | |
| | | Benefícios e Barreiras Percebidas Autoeficácia | | | |
| | Processos cognitivo-experienciais | | | | |
| | | | Processos comportamentais | | |

Este modelo revela-se particularmente útil na identificação dos fatores que contribuem para uma fraca adesão ao tratamento. Efetivamente, a intervenção necessária quando existe uma baixa percepção de vulnerabilidade e severidade incide em estratégias de consciencialização ou motivacionais. Dito isto, quando falamos de estratégias de consciencialização não assumimos que é necessariamente útil a aceitação de um diagnóstico, mas antes que é importante o reconhecimento das manifestações de sofrimento e do seu impacto em dimensões que a criança ou jovem valorize. A título de exemplo, perante um quadro de ansiedade social marcada que se traduza em isolamento poderá fazer sentido explorar com a criança ou jovem as manifestações dessa mesma ansiedade e o modo como o evitamento de situações sociais a priva de experiências que valoriza, sejam elas fazer amizades, participar em atividades recreativas ou qualquer outra significativa para a criança ou jovem. Se os

entraves à adesão se prenderem com a percepção de poucos benefícios no tratamento poderá ser útil identificar com a criança diferentes opções de tratamento (e.g. farmacológicas, psicoterapêuticas), analisar as vantagens de cada uma e colocar a teste uma das opções. Se pelo contrário a fraca adesão decorrer da percepção de barreiras, será importante analisar a possibilidade de redução das mesmas (e.g. ajustar a dosagem da medicação para reduzir efeitos secundários) ou explorar alternativas de tratamento aceitáveis para a criança ou jovem (e.g. substituir a medicação por uma exposição progressiva a situações interpessoais acompanhada de treino de competências de regulação da ansiedade). Por fim, se o fator responsável pela baixa adesão for uma baixa autoeficácia poderá ser importante reduzir as exigências das tarefas terapêuticas até alcançar um desafio que a criança ou jovem se sinta capaz de enfrentar ou disponibilizar apoios que mitiguem o impacto da mesma (e.g. introduzir passos menos exigentes numa hierarquia de exposição progressiva ou permitir que a criança ou jovem vá acompanhada de alguém da sua confiança no confronto das situações que geram ansiedade).

Relativamente à dimensão funcional, **o modelo de preparação para a reabilitação** apresenta um quadro de referência que permite à criança/jovem e profissional determinar se o primeiro se encontra preparado para o processo de mudança envolvido na reabilitação, ou seja, avaliar o seu nível de interesse em estabelecer e alcançar objetivos autodeterminados de reabilitação (Cohen & Minks, 1993; Farkas, Soydan & Gagne, 2000).

Na avaliação do nível de preparação, são fundamentais as seguintes dimensões:

- Necessidade de mudança: esta pode ser motivada interna ou externamente. Uma elevada necessidade resulta da insatisfação significativa do indivíduo com a sua situação atual e/ou da expressão, por parte de outros significativos, de necessidade urgente de mudança ou abandono devido à percepção de insucesso nesse ambiente;
- Compromisso com a mudança: esta dimensão representa a crença do indivíduo de que a mudança é necessária, positiva, possível e apoiada;
- Consciência ambiental: caracterizada pelo conhecimento que a pessoa tem sobre ambientes residenciais, educativos, vocacionais e/ou sociais, com discriminação das características do local, pessoas e atividades que compõem esse ambiente;
- Consciência pessoal: esta dimensão procura avaliar o conhecimento que o indivíduo tem sobre as características do seu agrado e desagrado em vários ambientes por que passou e os seus valores pessoais;
- Proximidade pessoal: constitui um indicador da disponibilidade da pessoa em estabelecer uma relação pessoal com outra.

Estas dimensões cobrem as variáveis de consciência pessoal e ambiental, fundamentais à autodeterminação dos objetivos de reabilitação, as variáveis motivacionais para dar início a um processo de mudança – necessidade e compromisso com a mudança e, por fim, as variáveis relacionais importantes no estabelecimento da relação terapêutica.

Subjacentes a este modelo, existem cinco pressupostos fundamentais: 1) o nível de preparação descreve a disponibilidade e compromisso com o processo de mudança, não a

capacidade de mudança, 2) o nível de preparação altera-se ao longo do tempo constituindo uma variável de estado e não de traço, 3) a preparação é ambientalmente específica, ou seja, varia entre domínios (e.g. residencial, escolar, laboral, outro), 4) a avaliação do nível de preparação envolve a pessoa no processo e 5) a avaliação do nível de preparação não pretende a exclusão de pessoas do processo de reabilitação.

Por contraste ao modelo transteórico, a preparação para a reabilitação descreve os indicadores que assinalam a disponibilidade do indivíduo para se envolver num processo de reabilitação. É possível que este último modelo detalhe os indicadores mais relevantes durante os estádios de precontemplação e contemplação para iniciar um tipo específico de atividade, a saber: o estabelecimento de um objetivo geral de reabilitação. O modelo de preparação para a reabilitação salienta, então, o envolvimento no processo de reabilitação através da autodeterminação na escolha de objetivos de vida e do compromisso com as atividades planeadas para o seu alcance (ver Tabela 5).

Tabela 5 - Modelo Transteórico de Mudança

| Estádios de Mudança | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|--|------------|
| Precontemplação | | Contemplação | Preparação | Ação | Manutenção |
| Modelo Funcional Modelo de Preparação para a Reabilitação integrado nas três Fases do Processo de Reabilitação Psiquiátrica | Necessidade de Mudança | | | | |
| | | Consciência Pessoal Consciência Ambiental Estabelecimento de um Objetivo Avaliação Funcional Avaliação de Recursos | | | |
| | Compromisso com a Mudança | | | | |
| | | | Planeamento do Desenvolvimento de Competências e de Recursos | | |
| | | | | Treino de Competências | |
| | | | | Programação da Utilização das Competências Coordenação de Recursos Modificação de Recursos | |
| | Processos cognitivo-experienciais | | | | |
| | | | Processos comportamentais | | |

Este modelo revelou-se particularmente útil, por exemplo, no entendimento e estruturação da intervenção na capacitação para a empregabilidade dos jovens. Efetivamente, foi frequente depararmo-nos com jovens que sentiam necessidade de mudança e que

viam benefícios no delineamento de um projeto de qualificação profissional para o seu futuro mas cujo compromisso com a mudança era ambivalente devido a uma baixa autoeficácia, fruto da acumulação de experiências de insucesso escolares ou das dificuldades decorrentes do problema de saúde mental, vividas no dia-a-dia em tarefas rotineiras. Nestas situações revelou-se útil a revisão do seu percurso educativo com vista à identificação das competências já desenvolvidas e de experiências de sucesso, a utilização de passos intermédios que contribuíssem para o reforço da confiança do jovem (e.g. participação em programas de ocupação jovem, experiências de voluntariado), bem como a identificação de apoios disponíveis para o confronto das exigências colocadas pela frequência de um programa de formação profissional (e.g. apoio nas deslocações, no acto de inscrição e na recolha da documentação necessária, apoio na organização do estudo, outros). Também foi frequente trabalharmos com jovens que valorizavam a oportunidade de qualificação profissional mas com uma reduzida consciência pessoal, que se traduzia no desconhecimento das suas aptidões e interesses, e ambiental, com um desconhecimento das possibilidades do mercado de trabalho e da oferta formativa. Nestas situações, revelou-se particularmente útil a revisão do percurso de vida no sentido de identificar áreas de interesse e de competências desenvolvidas, a exploração de diferentes atividades profissionais através da análise do seu descritivo (disponíveis em sites como o Vi@s do IEFP ou o Catálogo Nacional das Qualificações), a realização de entrevistas a profissionais, bem como a realização de experiências de *job shadowing*. Estas atividades revelaram-se fundamentais para a identificação de áreas profissionais adequadas ao perfil pessoal do jovem, reforçando quer a motivação, quer a confiança para um percurso de qualificação. Feita a pesquisa da oferta formativa e selecionada a opção mais adequada, concluía-se assim a fase de diagnóstico/preparação, podendo então avançar para as fases de planeamento e implementação do processo de reabilitação psicossocial.

Tabela 6 - Perspetiva Geral sobre o Processo de Diagnóstico-Planeamento-Intervenção da Reabilitação Psicossocial

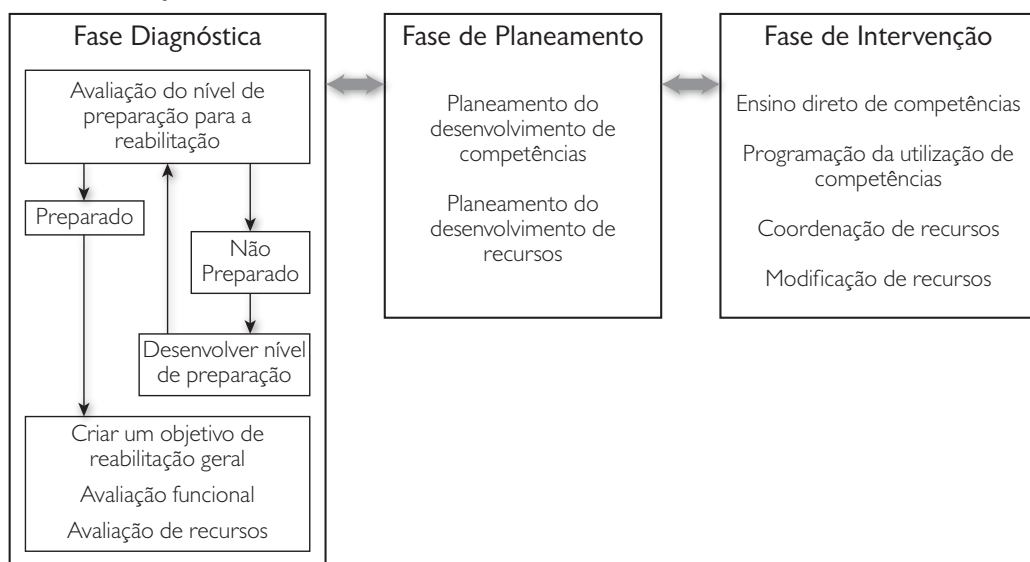


Tabela 7 - Etapas Significativas e Passos no Processo de Reabilitação Psiquiátrica

| Fase | Etapas (Atividades) | Passos |
|-------------|--|--|
| Diagnóstico | Avaliação do Nível de Preparação | Inferir necessidade Validar compromisso com a mudança Estimar consciência Discriminar proximidade pessoal Escolher uma direção |
| | Desenvolvimento do Nível de Preparação | Organizar atividades motivacionais Clarificar implicações pessoais Demonstrar apoio credível |
| | Estabelecimento de um Objetivo Geral de Reabilitação | Estabelecer relação Identificar critérios pessoais Descrever ambientes alternativos Escolher um objetivo |
| | Avaliação de Competências | Listar competências críticas Descrever utilização de competências Avaliar funcionamento de competência Orientação |
| | Avaliação de Recursos | Listar recursos críticos Descrever utilização de recursos Avaliar utilização de recursos Orientação |
| Planeamento | Planeamento para o Desenvolvimento de Competências | Estabelecer prioridades Definir objetivos Escolher intervenções Formular o plano |
| | Planeamento para o Desenvolvimento de Recursos | Estabelecer prioridades Definir objetivos Escolher intervenções Formular o plano |
| Intervenção | Ensino Direto de Competências | Delinear o conteúdo da competência Planear a lição/sessão Treino |
| | Programação da Utilização de Competências | Identificar barreiras Desenvolver o programa Apoiar a ação do participante |
| | Coordenação de Recursos | Apresentar beneficiário ao recurso Resolução de problemas Programação da utilização de recurso |
| | Modificação de Recursos | Avaliar nível de preparação para a mudança Propor mudança Consultadoria aos recursos Treino/formação de recursos |

Adaptado de: Anthony, W.A., Cohen, M.R. & Farkas, M.D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation, Second Edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

A articulação dos modelos que serviram de referência a este projeto-piloto tem por fim fundamentar a sua estruturação e opções metodológicas. Inerente aos diferentes modelos de mudança está o entendimento da mesma como a intersecção adequada entre fases temporais, processos e níveis de mudança. De modo a aprofundar a articulação dos diferentes elementos na experiência da mudança, procurámos organizar os diferentes modelos em dois níveis de mudança – clínico e funcional– identificando os indicadores de processo essenciais a cada fase (Tabela 4 e 5), na convicção de que a experiência do problema de saúde mental pode comprometer a vivência da criança ou jovem nestas dimensões, que se influenciam mutuamente, sendo necessário atender às mesmas de modo integrado ao longo de um processo de reabilitação psicossocial.



RECOMENDAÇÕES

A experiência de trabalho da equipa móvel veio revelar que esta foi uma aposta certa no formato de intervenção junto de crianças e jovens com dificuldades de adesão ao tratamento providenciado pelas equipas comunitárias de saúde mental, tratando-se de uma resposta complementar importante na intervenção junto destes beneficiários. A possibilidade de ir ao seu encontro em ambientes comuns do seu quotidiano permitiu ultrapassar o obstáculo do estigma no acesso aos cuidados de saúde mental. Além disso, apresentando-nos como uma equipa com o objetivo de apoiar a criança ou jovem a alcançar bem-estar e satisfação com diferentes domínios de vida (e.g. relações sociais, escola/formação, lazer ou atividades) descentramos a intervenção das questões clínicas, subordinando-as aos objetivos valorizados pela criança ou jovem e facilitando a sua adesão aos planos de intervenção.

É de ressaltar, no entanto, que subestimámos os períodos de intervenção necessários. Vimos anteriormente que a força motriz de qualquer processo de mudança nasce da necessidade de mudança, ou insatisfação com a situação presente, a crença de que a mudança trará ganhos e benefícios e de que é possível. Uma parte significativa dos beneficiários do projeto revelou um desinvestimento afetivo em si e no ambiente envolvente que exigiu um tempo significativo quer para o estabelecimento da relação, quer na preparação para a mudança. Assim sendo, os 9 meses de duração média de intervenção com os beneficiários revelaram-se claramente insuficientes para uma parte significativa das crianças e jovens que acompanhamos, aconselhando-se naturalmente o seu prolongamento de modo a acomodar a intervenção às necessidades dos beneficiários que se encontram nas fases iniciais do processo de mudança (e.g. precontemplanção e contemplanção).

Outra mais valia da mobilidade da equipa refletiu-se no envolvimento de figuras de suporte chave nos diferentes ambientes que compõem o quotidiano dos beneficiários do projeto, permitindo desde logo fazer uma avaliação contextual das exigências e apoios e sensibilizando os intervenientes para as dificuldades decorrentes do problema de saúde mental e para as necessidades de adaptação e de apoio para as colmatar. Além de facilitar particularmente o envolvimento de diferentes agentes da comunidade (e.g. profissionais das áreas da educação, formação profissional, social e da saúde, bem como profissionais variados de entidades recreativas ou culturais), permitiu agilizar a articulação de um conjunto de entidades quando a família era alvo de diferentes intervenções.

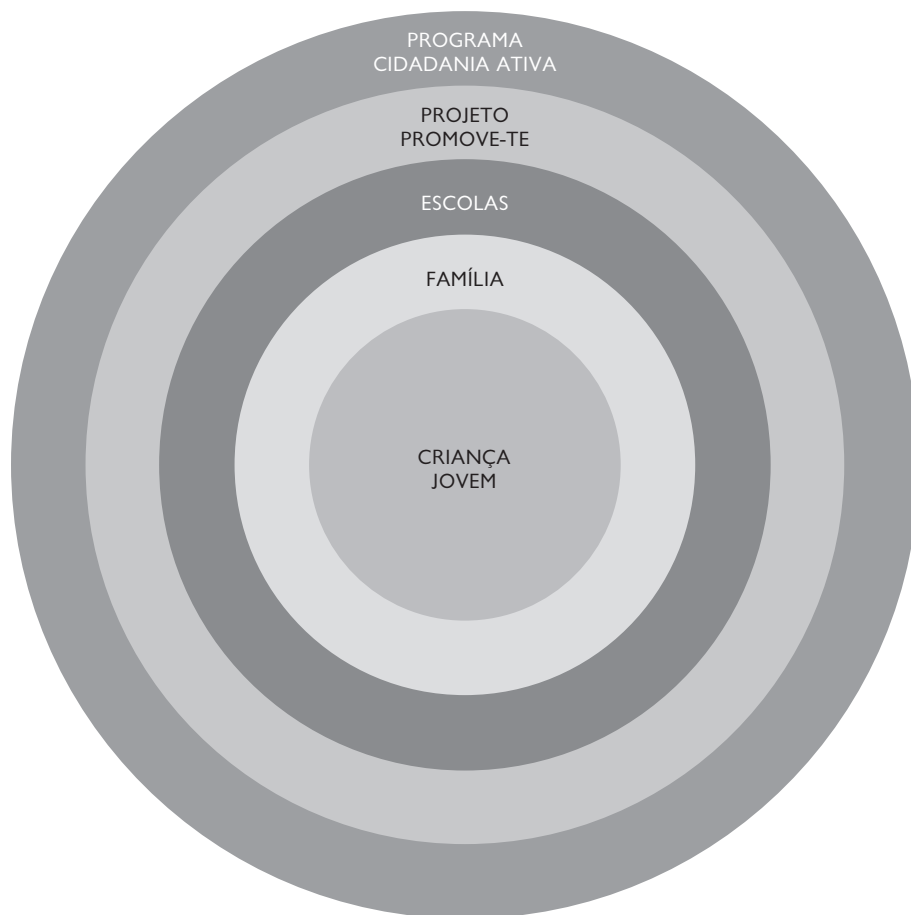
A mobilidade aliada à flexibilidade de horários, também se revelou vantajosa no estabelecimento de relação com a família, particularmente com agregados familiares com fortes condicionamentos na sua mobilidade ou disponibilidade de tempo, quer por constrangimentos económicos quer pela precariedade e/ou horários das suas vidas profissionais. Esta flexibilidade de horário poderá ser acautelada em equipas de mobilidade através de turnos complementares nos elementos da equipa, de modo a ir ao encontro da disponibilidade das famílias e ultrapassar este obstáculo ao seu envolvimento nos planos de intervenção a delinear. Na aliança com a família e a criança ou jovem também se revelou de particular utilidade o contacto regular de pelo menos dois elementos da equipa, sobretudo face a marcada conflitualidade no seio da família que dificulte a consensualização de objetivos

comuns. A disponibilidade e relação estabelecida com mais do que um técnico possibilita a prevenção de rupturas com a equipa, na medida em que é possível desenvolver uma intervenção paralela para responder às diferentes necessidades expressas pelos elementos da família.

Também é de salientar que a equipa móvel de apoio psicossocial teve um apoio especializado, proporcionado pela parceria do projeto, que permitiu a sua capacitação para lidar com a complexidade e multiplicidade de necessidades dos agregados e entidades com quem trabalhou. É incontestável que a reunião regular com o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do CHLO foi de extrema importância para o desenvolvimento de planos integrados que apoiassem o desempenho de papéis sociais valorizados pela criança ou jovem, acautelando as necessidades clínicas dos mesmos. Outro apoio inestimável foi fornecido pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar que, além de disponibilizar uma intervenção especializada como a Terapia Familiar a parte dos beneficiários do projeto, ajudou a equipa a reequacionar o seu modelo de intervenção com as famílias. Constatámos ao longo do projeto que, à semelhança da criança ou jovem, as famílias também se encontram em fases diferentes de preparação para a mudança, sendo necessário prever estratégias diferenciadas para um maior envolvimento e capacitação ao longo do processo de intervenção. Naturalmente, as sessões de psicoeducação foram úteis e valorizadas pelas famílias que acreditavam na sua capacidade de influenciar a evolução do problema de saúde mental e que se encontravam disponíveis para questionar as suas práticas educativas ou experimentar formas alternativas. No entanto, este tipo de intervenção revelou-se inadequado face a cuidadores com uma representação do problema e do seu papel parental incompatível com um papel ativo na promoção da recuperação, sendo aconselhadas intervenções de consciencialização dessas crenças e de experiências que possibilitem a sua reestruturação.

Ao longo do projeto, fomos também reforçando a crença de que o sucesso da intervenção da equipa depende em larga medida da sua capacidade de estabelecer uma boa relação e aliança com todos os intervenientes. Fazendo apelo ao conceito de aliança terapêutica de Bordin (1979) - definida como a medida na qual o terapeuta e o cliente experimentam um laço emocional, concordam quanto aos objetivos da terapia e quanto às tarefas a desenvolver para os atingir - o presente projeto parte da premissa de que a reabilitação psicossocial é um processo coconstruído entre todos os intervenientes. Enquanto tal exige uma atenção cuidada às representações e expectativas de cada um para identificar um trajeto consensual. Esta tarefa torna-se particularmente exigente quando falamos de um número considerável de intervenientes, sendo necessário articular diferentes perspetivas e objetivos (ver Gráfico 1). Uma intervenção chave do projeto foi a realização de Jornadas de Intervenção em Rede, dinamizadas pelo parceiro SPTF, em que foram convidados a participar todos os intervenientes nos planos de intervenção (e.g. crianças e jovens, famílias, profissionais de saúde, educação, sociais ou outros), sendo-lhes propostas tarefas que colocaram em confronto as diferentes expectativas, necessidades e objetivos, permitindo a descentração e a identificação de pontos de contacto ou comuns.

Gráfico 1 - Objetivos de Intervenção



OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO

Programa Cidadania Ativa: Promoção da inclusão social de crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade; Capacitação para a empregabilidade de jovens em situação de vulnerabilidade.

Equipa PROMove-te: Promover a recuperação clínica e pessoal, através do apoio ao desenvolvimento de uma identidade positiva, entendimento e regulação do problema de saúde mental e desenvolvimento de papéis sociais significativos;
Capacitar a rede de suporte social;
Capacitar os jovens em situação de vulnerabilidade para a empregabilidade.

Escolas: Combater o abandono e absentismo escolar;
Reduzir problemas de comportamento que constituam obstáculo à adaptação e rendimento escolar.

Efetivamente, a riqueza e potencialidade de um trabalho em rede que permite ações concertadas e complementares face a necessidades e problemas complexos, também acarreta desafios à sua dinamização. Uma intervenção que se estrutura a diferentes níveis – individual (criança ou jovem), micro-social (família) e meso-social (comunidade) – deverá ponderar um conjunto de variáveis pertinentes para cada um (ver Anexos - gráficos 3, 4 e 5), exigindo uma marcada flexibilidade e adaptabilidade da intervenção.

De forma sumária, devemos ponderar as seguintes variáveis na estruturação das nossas práticas:

Tabela 8 - Variáveis pertinentes para o plano de intervenção

| | |
|------------------|---|
| Comunidade | <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente - Oportunidades de participação (recursos e acesso) - Constrangimentos ambientais (obstáculos à participação) - Funcionamento organizacional - Expetativas face ao processo de mudança |
| Família | <ul style="list-style-type: none"> - Agregado familiar - Ciclo de vida - Rede de suporte - Necessidades motivacionais - Problemas de saúde mental nos cuidadores - Representação do problema - Auto-eficácia - Expetativas face ao processo de mudança - Estilos parentais - Estilo de <i>coping</i> - Nível de preparação |
| Criança ou jovem | <ul style="list-style-type: none"> - Interesses e motivações - Etapa de desenvolvimento - Estilo de vinculação - Necessidades motivacionais - Problema de saúde mental - Representação do problema - Auto-conceito e auto-eficácia - Estilo de <i>coping</i> e de <i>recovery</i> - Nível de preparação para a mudança |

Para finalizar, e de forma a ilustrar algumas adaptações possíveis da intervenção em função das variáveis identificadas, organizámo-las de acordo com a sua relevância para as diferentes componentes de uma aliança terapêutica, a saber: a criação de um laço de confiança, o acordo relativo aos objetivos da intervenção e o acordo quanto às tarefas necessárias para a sua concretização.

| | | Crianças e Jovens | |
|---------------------|-----------|-------------------------------------|---|
| | | Variáveis | Adaptações |
| Aliança Terapêutica | Laço | Estilo de vinculação | O estilo de vinculação evitante constitui um desafio à criação de laço, sendo aconselhável estabelecer inicialmente o contacto com ajuda prática, instrumental. Além disso, estabelecer um contacto com vários elementos da equipa pode ser vivido como uma relação menos intensa e intrusiva do que a relação de um para um. O estilo desorganizado também apela a um contacto de vários elementos da equipa que contribuem com os seus diferentes estilos de vinculação e personalidade e que espelham o funcionamento do beneficiário. |
| | | Proximidade pessoal | Adequar o contacto ao tipo de proximidade privilegiada pela criança ou jovem (e.g. física, emocional ou intelectual). |
| | | Resistência | Níveis elevados de reatância ou resistência aconselham a utilização de processos não diretivos ou até paradoxais. |
| | Objetivos | Interesses e motivações | O desinvestimento afetivo pode ser uma dificuldade na identificação de interesses e motivações, essenciais para o envolvimento no processo. Torna-se essencial promover a consciência pessoal e ambiental de modo a identificá-los. |
| | | Etapas e tarefas de desenvolvimento | Existem tarefas desenvolvimentistas importantes na relação com os outros (e.g. família, pares) na relação com o corpo e com a sexualidade que nos devem servir de guia na exploração de objetivos. |
| | | Necessidades motivacionais | Existindo necessidades de primeira ordem a descoberto (e.g. fisiológicas, segurança), estas terão que ser abordadas antes de passar às de segunda ordem (e.g. sociais, estima, autorrealização). |
| | | Problema de saúde mental | É de particular importância avaliar o sofrimento e incapacidade gerada em tarefas consideradas essenciais à prossecução do objetivo. Níveis muito baixos ou muito altos de sofrimento podem constituir barreira ao envolvimento no processo de mudança. Os níveis de incapacidade ou compromisso funcional devem servir-nos de guia na determinação da intensidade e duração da intervenção. |
| | | Representação do problema | Mais importante que a adesão a um diagnóstico clínico é a representação sobre a causalidade e atribuições relativas ao problema. Será importante promover atribuições que promovam a autoeficácia na regulação do sofrimento e incapacidade. |
| | | Nível de preparação para a mudança | Quando existe desinvestimento em áreas e ambientes considerados vitais para o desenvolvimento da criança ou jovem dever-se-ão explorar possíveis fatores associados. |
| | Tarefas | Rede de suporte | Conhecer a sua constituição (e.g. formal e informal) ajuda a identificar tarefas de apoio que poderão ser ativadas. |
| | | Etapas de desenvolvimento cognitivo | As tarefas terão que ser adequadas ao nível de desenvolvimento cognitivo da criança, evoluindo do concreto para o abstrato. |
| | | Autoeficácia | Se estivermos perante níveis baixos de autoeficácia será aconselhável decompor as tarefas em pequenos passos que garantam o sucesso da criança no seu desempenho. |
| | | Estilo de coping e de recovery | Os estilos de coping internalizantes ou de integração requerem tarefas focadas em processos de consciencialização, enquanto os externalizantes ou de encapsulamento respondem melhor a tarefas orientadas para os comportamentos. |
| | | Níveis de preparação para a mudança | Os estádios iniciais de precontemplação e contemplação requerem tarefas que apelem a processos cognitivo-experienciais, enquanto nos estádios posteriores de preparação, ação e manutenção é mais adequado recorrer a tarefas focadas em processos comportamentais. |

| | | Família | |
|---------------------|-----------|---|---|
| | | Variáveis | Adaptações |
| Aliança Terapêutica | Laço | Estilos de <i>coping</i> | O distanciamento face ao problema será o estilo de <i>coping</i> mais desafiante para o estabelecimento de laço. Poderá ser útil explorar de forma empática a sobrecarga da prestação de cuidados, estimulando um envolvimento progressivo em tarefas de menor carga emocional. |
| | | Expetativas face ao processo de mudança | Expetativas de uma evolução rápida, linear e sem retrocessos pode levar a um descrédito e desinvestimento no processo de mudança. |
| | Objetivos | Funcionamento | A coesão, definida como a ligação emocional que se estabelece entre os membros de uma família; a adaptabilidade ou flexibilidade que avalia a capacidade do sistema familiar mudar a sua estrutura de poder, as regras e o papel das relações em resposta a uma situação de stress situacional e de desenvolvimento e a comunicação são dimensões a explorar no funcionamento familiar. |
| | | Ciclo vital | É importante ter presente os desafios típicos de determinada etapa do ciclo vital (e.g. relação com a escola, renegociação da relação pais-filhos com adolescentes, envelhecimento dos avós e prestação de cuidados) de modo a identificar os recursos da família e os apoios necessários. |
| | | Estilos parentais | Estilos menos eficazes podem ter por base crenças desajustadas sobre a parentalidade, sobre o processo de desenvolvimento da criança ou jovem e sobre o processo de mudança. |
| | | Necessidades motivacionais | Existindo necessidades de primeira ordem a descoberto (e.g. fisiológicas, segurança), estas terão que ser abordadas antes de passar às de segunda ordem (e.g. sociais, estima, autorrealização). |
| | | Problema de saúde mental no cuidador | É de particular importância avaliar o sofrimento e impacto na parentalidade. |
| | | Representação do problema | Mais importante que a adesão a um diagnóstico clínico é a representação sobre a causalidade e atribuições relativas ao problema. Será importante promover atribuições que promovam a autoeficácia no apoio à recuperação. |
| | | Nível de preparação para a mudança | Pode ser importante promover a consciência de padrões de relação e comunicação na família ineficazes na resolução de dificuldades para salientar a necessidade de mudança. |
| | Tarefas | Autoeficácia | Se estivermos perante níveis baixos de autoeficácia será aconselhável decompor as tarefas em pequenos passos que garantam o sucesso da família no seu desempenho. |
| | | Rede de suporte | Conhecer a sua constituição (e.g. formal e informal) ajuda a identificar tarefas de apoio que poderão ser ativadas. |
| | | Níveis de preparação para a mudança | Pode ser importante promover a automonitorização na relação e comunicação entre os membros da família de modo a identificar padrões adequados e inadequados e de mobilizar a motivação para a mudança destes últimos. |

| | | Família | |
|---------------------|-----------|--|--|
| | | Variáveis | Adaptações |
| Aliança Terapêutica | Laço | Funcionamento organizacional | A atitude face à inclusão e a adaptabilidade estão intimamente associadas, sendo importante avaliar em que medida a organização é flexível no seu funcionamento de modo a acomodar as necessidades particulares da criança ou jovem. |
| | | Expetativa face ao processo de mudança | Expetativas de uma evolução rápida, linear e sem retrocessos pode levar a um descrédito e desinvestimento no processo de mudança. |
| | Objetivos | Hierarquização do processo de mudança | Acordo relativamente a objetivos últimos e objetivos intermédios de acordo com as competências e autoeficácia da criança bem como dos apoios disponíveis à sua participação. |
| | | Ambiente | Existem variáveis ambientais (e.g. ambiente físico, segurança, modelos, coesão) que podem comprometer ou constituir obstáculo aos objetivos delineados. |
| | Tarefas | Oportunidades de participação | O mapa de recursos da comunidade nas áreas de vida pertinentes para as necessidades da criança ou jovem é de importância vital para o delineamento da intervenção. |
| | | Constrangimentos à participação | A par do mapa de recursos são importantes as questões de acessibilidade que podem condicionar a sua utilização (e.g. custo, horários, transportes). |



NOTAS FINAIS

Procurámos com esta publicação partilhar a experiência do projeto-piloto, que consistiu na criação de uma equipa móvel de apoio psicossocial a crianças e jovens com problemas de saúde mental, com o objetivo de os apoiar a regular a manifestação clínica do seu problema de saúde mental e o impacto no desempenho de papéis sociais, normativos para a sua etapa de desenvolvimento, bem como capacitar a rede social de suporte para identificar as necessidades particulares da criança ou jovem e disponibilizar os apoios adequados. Optámos por não prescrever procedimentos concretos por entendermos que estes devem estar ao serviço de uma filosofia de intervenção e entendimento do processo de mudança, existindo múltiplas formas de concretizar estas linhas orientadoras. Tentámos, no entanto, fornecer exemplos de algumas práticas decorrentes deste modelo de intervenção, de modo a ilustrar a sua concretização. Resta-nos esperar ter animado e estimulado outras entidades e serviços a desenvolver esta resposta, por entendermos que a mesma pode ser determinante na prevenção da cronicidade dos problemas de saúde mental e do seu impacto na integração social, constituindo um contributo significativo para a salvaguarda dos direitos da criança ou jovem.



BIBLIOGRAFIA

- Anthony, W.A.; Farkas, M.D. (2012). *The Essential Guide to Psychiatric Rehabilitation Practice*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- Caldas de Almeida, J.A.; Xavier, M. (Coord.) (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Cohen, M., Mynks, D. (Eds.) (1993). *Compendium of Activities for Assessing and Developing Readiness for Rehabilitation Services*. Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cuppit, C. (Ed.) (2010). *Reaching Out: the psychology of assertive outreach*. Routledge, East Sussex.
- Entidade Reguladora da Saúde (2015). *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*. Porto.
- Farkas, M., Soydan, A.S., Gagne, C. (2000). *Introduction to Rehabilitation Readiness*. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Gumley, A.; Schwannauer, M. (2006). *Staying Well After Psychosis: a cognitive interpersonal approach to recovery and relapse prevention*. John Wiley & Sons, Ltd., West Sussex.
- King, R.; Lloyd, C.; Meehan, T. (2007). *Handbook of Psychosocial Rehabilitation*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Markland, D., Ryan, R.M., Tobin, V. & Rollnick, S. (2005). *Motivational interviewing and self-determination theory*. Journal of Social and Clinical Psychology, 24, 785-805.
- Moreira, P; Gonçalves, O; Beutler, L. E. (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto Editora.
- Pereira, A.I.; Goes, A.R.; Barros, L. (Eds.) (2015). *Promoção da Parentalidade Positiva: intervenções psicológicas com pais de crianças e adolescentes*. Coisas de Ler Edições, Lda., Lisboa.
- Prochaska, J.O.; Norcross, J.C.; Diclemente, C.C. (1994). *Changing for Good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. HarperCollins, New York.
- Rosenstock, I.M. (1990). The Health Belief Model: explaining health behaviour through expectancies (pp. 39-62). In Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K. (Eds). *Health Behaviour and Health Education: theory, research and practice*. San Francisco, Jossey-Bass.

- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Suhrcke, M.; Pillas, D.; Selai, C.: *Economic aspects of mental health in children and adolescent*. In: Social cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
- Vansteenkiste, M. & Sheldon, K.M. (2006) *There's nothing more practical than a good theory: integrating motivational interviewing and self-determination theory*. British Journal of Clinical Psychology, 45, 63-82.

ANEXOS





Quadro 1 – Sinopse da Intervenção

| Faixa Etária | 10 aos 14 anos | 15 aos 17 anos | 18 aos 25 anos |
|--|--|--|--|
| Diagnósticos significativos (incapacidade) | Perturbações somatoformes Perturbação de Asperger Perturbações disruptivas do comportamento Perturbações de humor e/ou ansiedade Perturbações pela utilização de substâncias Perturbações psicóticas | Perturbações somatoformes Perturbação de Asperger Perturbações disruptivas do comportamento Perturbações de humor e/ou ansiedade Perturbações pela utilização de substâncias Perturbações psicóticas | Perturbações psicóticas |
| Crítérios de inclusão | Acompanhamento em equipa de saúde mental Falta de adesão ao tratamento Dificuldades relacionais significativas no seio da família Compromisso importante da funcionalidade nos seguintes domínios: autonomia, competências sociais e aprendizagem | Acompanhamento em equipa de saúde mental Falta de adesão ao tratamento Dificuldades relacionais significativas no seio da família Compromisso importante da funcionalidade nos seguintes domínios: autonomia, competências sociais e aprendizagem | Acompanhamento em equipa de saúde mental Motivação para participação em projeto de reabilitação profissional Falta de adesão ao tratamento Dificuldades relacionais significativas no seio da família Compromisso importante da funcionalidade nos seguintes domínios: autonomia, competências sociais e aprendizagem Transição de seguimento para consulta de Psiquiatria de Adultos |
| Número de beneficiários | 10 | 20 | 20 |
| Intervenção do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência/ Psiquiatria de Adultos | 1. Avaliação compreensiva e contínua dos sintomas de doença mental, diagnóstico e da resposta ao tratamento; 2. Psicoeducação relativa à doença mental e à função e efeitos secundários da medicação prescrita; 3. Gestão de sintomas destinada a ajudar o cliente a identificar/isolar os sintomas, padrões de ocorrência do seu problema de saúde mental e a desenvolver métodos (internos, comportamentais ou adaptativos) que ajudem a minimizar o seu impacto; 4. Intervenção atempada face a sinais/sintomas de pré- crise reportados pela equipa móvel; 5. Terapia individual de suporte; 6. Psicoterapia; 7. Intervenção social em articulação com equipa móvel. | | |

Quadro 1 (Cont.) – Sinopse da Intervenção

| Faixa Etária | 10 aos 14 anos | 15 aos 17 anos | 18 aos 25 anos |
|--|--|--|---|
| Intervenção da Equipe Móvel de Apoio Psicossocial (EMAP) | <p>1. Monitorizar os sintomas de doença mental e a resposta à medicação, articulando com a equipa clínica;</p> <p>2. Avaliação compreensiva e contínua da funcionalidade nos seguintes domínios: autonomia, competências sociais e aprendizagem;</p> <p>3. Identificação das competências e apoios necessários para a adesão ao tratamento;</p> <p>4. Apoio na adesão à Consulta de Pedopsiquiatria, se necessário;</p> <p>5. Identificação das competências e apoios necessários ao sucesso nos contextos prioritários (casa, escola, relação com pares);</p> <p>6. Aconselhamento e capacitação das figuras de suporte (família, comunidade educativa);</p> <p>7. Intervenção social (Centros de Saúde, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Escolas, Centros de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências, outros), em articulação com equipa clínica.</p> <p>Intervenção Individual: 1, 2, 3, 4, 5; Intervenção Comunitária: 5, 6, 7; Intervenção Familiar: 4, 5, 6.</p> | <p>1. Monitorizar os sintomas de doença mental e a resposta à medicação, articulando com a equipa clínica;</p> <p>2. Avaliação compreensiva e contínua da funcionalidade nos seguintes domínios: autonomia, competências sociais e aprendizagem;</p> <p>3. Identificação das competências e apoios necessários para a adesão ao tratamento;</p> <p>4. Apoio na adesão à Consulta de Pedopsiquiatria, se necessário;</p> <p>5. Identificação das competências e apoios necessários ao sucesso nos contextos prioritários (casa, escola, relação com pares);</p> <p>6. Aconselhamento e capacitação das figuras de suporte (família, comunidade educativa);</p> <p>7. Delineamento de um projeto educativo/ formativo ou profissional para cada cliente e encaminhamento para recursos adequados;</p> <p>8. Intervenção social (Centros de Saúde, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Escolas, Centros de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências, outros), em articulação com equipa clínica.</p> <p>Intervenção Individual: 1, 2, 3, 4, 5, 7; Intervenção Comunitária: 5, 6, 7, 8; Intervenção Familiar: 4, 5, 6.</p> | <p>1. Monitorizar os sintomas de doença mental e a resposta à medicação, articulando com a equipa clínica;</p> <p>2. Avaliação compreensiva e contínua da funcionalidade nos seguintes domínios: autonomia, competências sociais e aprendizagem;</p> <p>3. Identificação das competências e apoios necessários para a adesão ao tratamento;</p> <p>4. Apoio ao processo de transição de Consulta de Pedopsiquiatria para Consulta de Psiquiatria de Adultos, se necessário;</p> <p>5. Identificação das competências e apoios necessários ao sucesso nos contextos prioritários (casa, escola, relação com pares);</p> <p>6. Aconselhamento e capacitação das figuras de suporte (família, comunidade educativa, entidade empregadora);</p> <p>7. Delineamento de um projeto educativo/formativo ou profissional para cada cliente, encaminhamento para recursos formativos adequados ou implementação de programas de formação à medida;</p> <p>8. Intervenção social (Centros de Saúde, Escolas/Centros de Formação Profissional, Centros de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências, outros), em articulação com equipa clínica.</p> <p>Intervenção Individual: 1, 2, 3, 4, 5, 7; Intervenção Comunitária: 5, 6, 7, 8; Intervenção Familiar: 5, 6.</p> |

Quadro 1 (Cont.) – Sinopse da Intervenção

| Faixa Etária | 10 aos 14 anos | 15 aos 17 anos | 18 aos 25 anos |
|--|---|-------------------|----------------|
| Reunião Inter-equipas | Reunião quinzenal | Reunião quinzenal | Reunião mensal |
| Tempo máximo de intervenção da EMAP | 6 a 9 meses | 6 meses | 9 meses |
| Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar | Supervisão da intervenção sistémica Terapia Familiar a 5 beneficiários | | |
| Logframe – Consultoria e Formação | Monitorização e avaliação do projeto | | |

Quadro 2 – Componentes do Projeto

| Componente 1 Preparação | Componente 2 Planos de intervenção integrados – clínicos e de reabilitação psicossocial | Componente 3 Capacitação da rede social de suporte | Componente 4 Capacitação dos beneficiários jovens para a empregabilidade | Componente 5 Reflexão-Ação |
|--|---|--|--|---|
| Associação de Reabilitação e Integração <i>Ajuda</i> | 2.1 - Reuniões quinzenais entre equipas clínicas e equipa móvel de apoio psicossocial 2.2 - Sessões individuais de avaliação e treino de competências nos contextos naturais | 3.1 - Sessões de psicoeducação individualizadas para a família e figuras de suporte comunitárias | 4.1 - Treino individualizado de <i>soft skills</i> 4.2 - Delimitamento do projeto educativo/formativo do jovem 4.3 - Integração em formação profissional ou em planos de formação à medida | 5.1 - Reunião de parceria trimestrais de monitorização do projeto 5.3 - Disseminação dos resultados |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental | 2.1 - Reuniões quinzenais entre equipas clínicas e equipa móvel de apoio psicossocial | | | 5.1 - Reunião de parceria trimestrais de monitorização do projeto 5.3 - Disseminação dos resultados |
| Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar | 2.1 - Reuniões quinzenais entre equipas clínicas e equipa móvel de apoio psicossocial | 3.2 - Terapia familiar a 10% das crianças/jovens | | 5.1 - Reunião de parceria trimestrais de monitorização do projeto 5.2 - Jornadas de supervisão da intervenção em rede 5.3 - Disseminação dos resultados |
| Logframe – Consultoria e Formação | | | | 5.1 - Avaliação e monitorização do projeto |

Quadro 3 – O Modelo de Reabilitação Psiquiátrica

| Estádio | Compromisso | Disfunção | Incapacidade | Desvantagem |
|-------------|---|---|--|---|
| Definição | Qualquer perda ou anomalia de estrutura ou função psicológica, fisiológica, sensorial ou anatómica | Qualquer restrição ou falta de capacidade para levar a cabo uma tarefa ou atividade de acordo com as expectativas sociais | Qualquer restrição ou falta de capacidade para levar a cabo um papel de acordo com as expectativas sociais | Falta de oportunidades que limitam ou impedem o desempenho de uma atividade ou papel considerado normativo para um indivíduo (dependendo da idade, sexo, fatores sociais e culturais) |
| Exemplos | Sintomas psiquiátricos Funcionamento intelectual deficitário Perda sensorial (e.g. visão, audição, outra) | Défice de competências sociais Défice de competências de vida diária Défice de competências de adaptação laboral | Desemprego Sem abrigo | Discriminação Pobreza Barreiras Arquitetónicas |
| Avaliação | Clínica/Diagnóstica | Funcional | Funcional/Ecológica | Ecológica |
| Intervenção | Farmacológica Psicoterapêutica | Treino de Competências Psicossociais | Educação Apoiada Habitação Apoiada Emprego Apoiado | Disponibilização de Apoios Eliminação de Barreiras |

Gráfico 3 – Variáveis da Criança ou Jovem

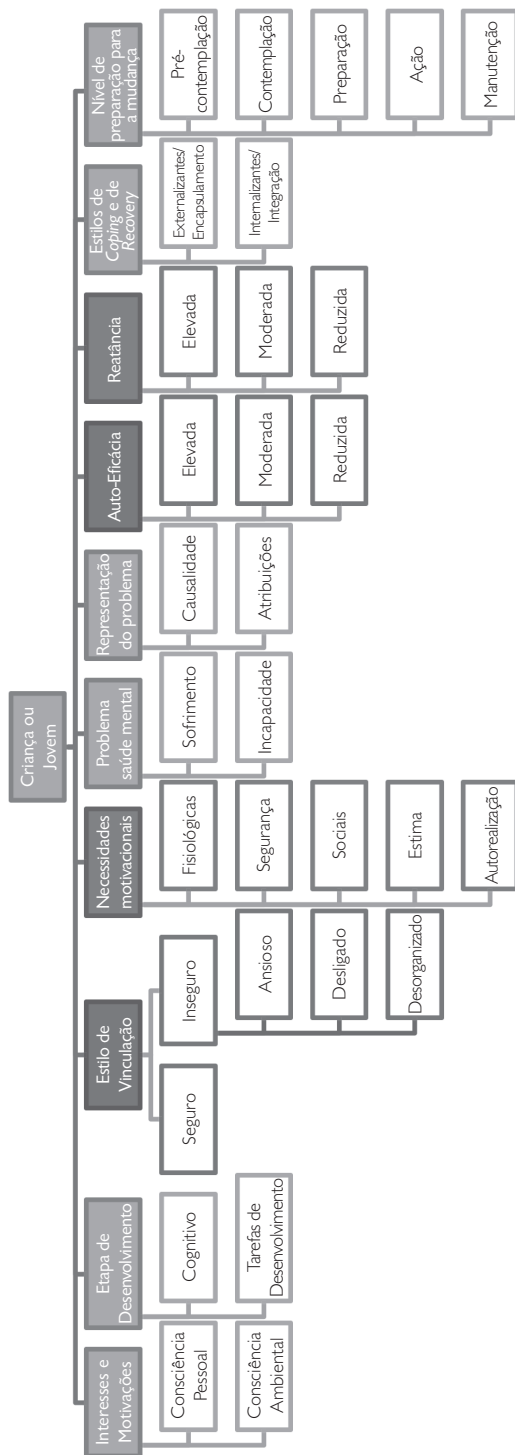


Gráfico 4 – Variáveis da Família

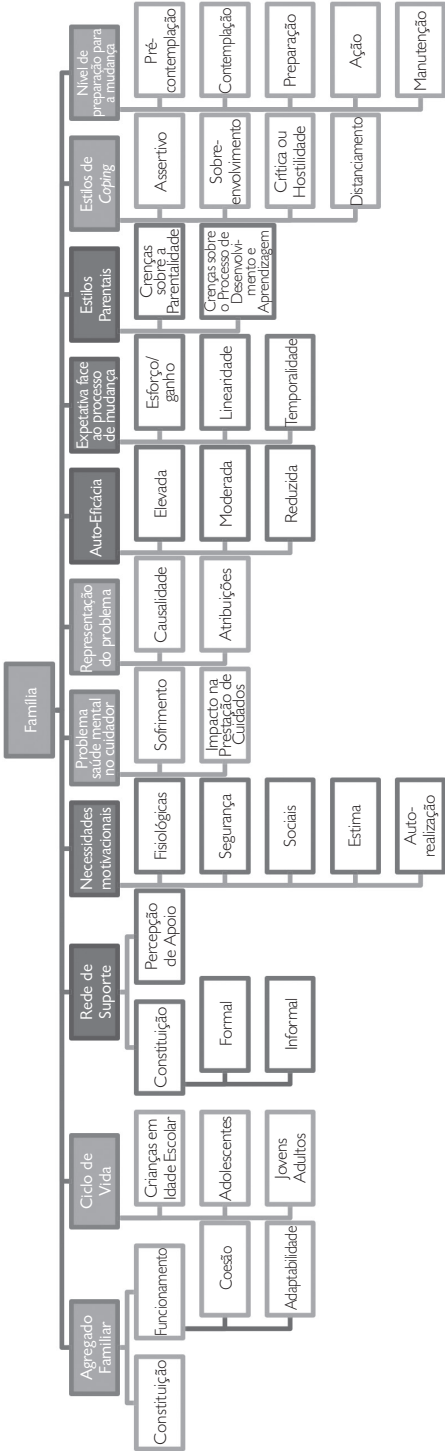
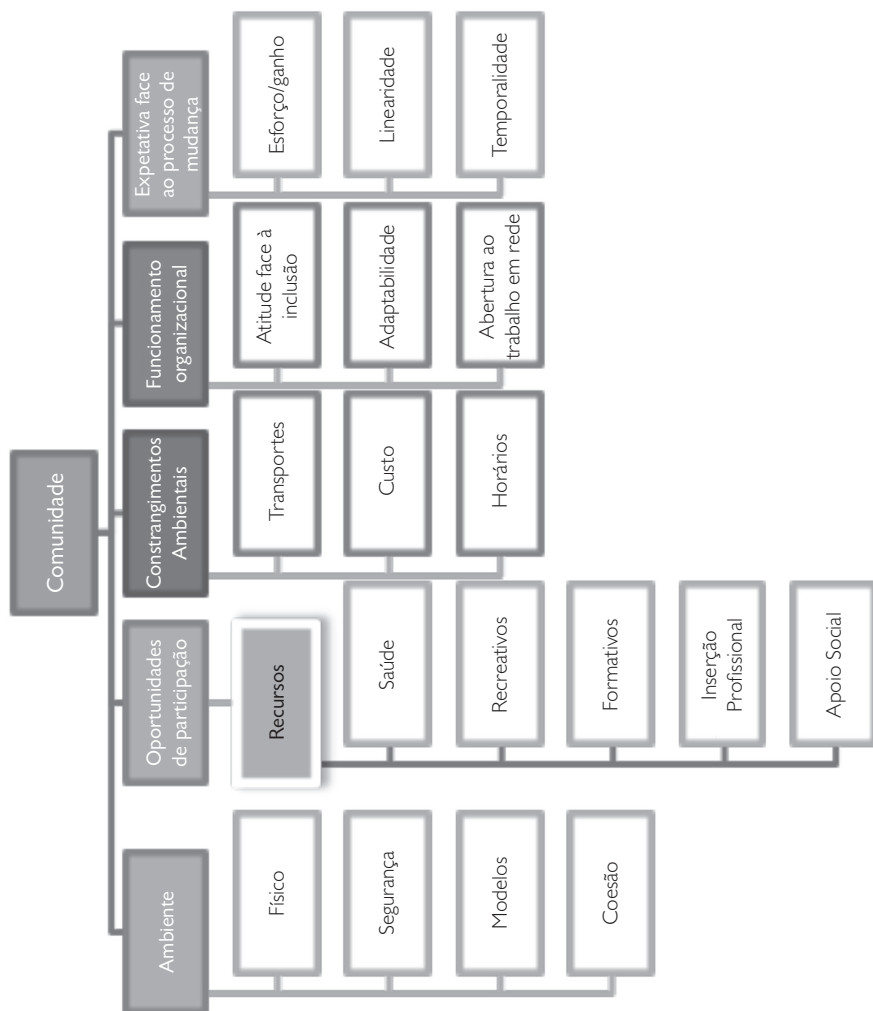


Gráfico 5 – Variáveis da Comunidade





FICHA TÉCNICA

PROMOVE-TE: UM PROJETO-PILOTO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E JOVENS

Edição: ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda

Autoria: Projeto PROMove-te
(Diogo Lima, Inês Simões e Maria João Jorge com revisão de Teresa Ribeiro e Carla Silva)

Depósito Legal: 406682/16

Impressos 100 exemplares em Lisboa, na Escala 3, Lda.

Versão digital disponível para descarregar gratuitamente em:
www.aria.com.pt

PROMOTOR:



CO-FINANCIADO POR:



FUNDAÇÃO
CALOUSTE GULBENKIAN
CIDADANIA ATIVA







ARIA Associação de Reabilitação
e Integração Ajuda

Quinta da Cabrinha, Loja 9A, 9B
Avenida de Ceuta, 1300 Lisboa
www.aria.com.pt

Quinta do Cabrinha, Loja 9A, 9B
Avenida de Ceuta, 1300 Lisboa
www.aria.com.pt

PROMOTOR:



CO-FINANCIADO POR:

