



# Hospitalidade

Ano 85 | n.º 333 | Julho - Setembro 2021 | Trimestral | 5,50 €

A Revista da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus

## SAÚDE & SOCIEDADE

Reabilitação psicossocial

## ENTREVISTA

Isabel de Souza Guerra

## ACONTECEU

Procuizador



# REABILITAR E TRANSFORMAR

## Levar à Mudança

# FICHA TÉCNICA

## DIRETOR

Vítor Lameiras  
vitor.lameiras@isjd.pt

## COORDENADORA

Susana Queiroga  
susana.queiroga@isjd.pt

## CONSELHO EDITORIAL

Diana Chaves  
Margarida Cordo  
Rui Ferreira Amaral  
Sónia André

## CONSELHO CIENTÍFICO

Vítor Viegas Cotovio  
Presidente | vitor.cotovio@isjd.pt

Acácio Ferreira Catarino	Isabel Galriça Neto	Margarida G. Neto
Adelino Manteigas	Isabel Lima	Michel Renaud
Aires Gameiro	Isabel Varanda	Nuno Lopes
Ana Sofia Carvalho	João Paulo Abreu	Pacheco Palha
António Leuschner	João Paulo Vidal	Paulo Braga
Caldas de Almeida	José Castelão	Ricardo Campos
D. Jorge Ortega	José Manuel Jara	Rocha Almeida
D. Manuel Clemente	José Raimundo Costa	Rute Alves
David Padeiro	Luís Daniel Fernandes	Vaz Serra
Eduardo Lemos	Luís Filipe Fernandes	Vítor Feytor Pinto
Fátima Carvalho	Luís Gamito	Zeferino Venade Ribeiro
Fernando Pinho	Luís Sá e Melo	
Isabel Bragança	Luísa Figueira	

## PROPRIEDADE

Provincia Portuguesa da Ordem  
Hospitaleira de S. João de Deus  
Contribuinte nº 500 224 269

## EDITOR & SEDE DE REDAÇÃO

Instituto S. João de Deus  
Rua S. Tomás de Aquino, 20  
1600 – 871 Lisboa  
Tel.: 217 213 300  
E-mail: hospitalidade@isjd.pt  
Contribuinte nº 500 927 731

## REDAÇÃO

Diana Chaves  
Susana Queiroga

## FOTOGRAFIA E SELEÇÃO DE IMAGENS

Susana Queiroga

## REVISÃO DE TEXTOS

Daniela Costa

## ESTATUTO EDITORIAL

www.isjd.pt



## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

www.isjd.pt



## IMAGEM DE CAPA

Unsplash

## DESIGN GRÁFICO E PAGINAÇÃO

Typeworks, Design,  
Comunicação e Marketing

## IMPRESSÃO

Jorge Fernandes, Artes Gráficas  
Rua Quinta Conde de Mascarenhas  
N9 Vale Fetal  
2825 – 259 Charneca da Caparica

## PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

2 750 Exemplares

## ASSINATURA ANUAL

20,00 Euro

DEPÓSITO LEGAL: 86985/95

REGISTO E.R.C.: 104805

ISSN: 0871-0090



# SAUDAR-TE

A ARTE PELOS UTENTES DO ISJD



*Trabalhos realizados pelos utentes do Hospital de S. João de Deus – Montemor-o-Novo.*

# EDITORIAL

---

Este número da Revista Hospitalidade traz ao leitor duas dimensões da reabilitação, duas dimensões dos cuidados que são prestados no contexto do Instituto S. João de Deus em Portugal: a reabilitação psicossocial e a reabilitação física e funcional. A filosofia reabilitadora sempre esteve alojada no ideário da Ordem Hospitaleira, tendo em Portugal obtido um grande impulso a partir dos anos 80, no domínio psicossocial, mas vindo de muito antes, coincidente com a história do Hospital S. João de Deus em Montemor-o-Novo e o seu trabalho junto das crianças vítimas de poliomielite.

Sobre a dimensão física e funcional, são muito interessantes os aspetos realçados no Pensamento Livre e que encontram eco na entrevista à Presidente da Comissão Instaladora da Ordem dos Fisioterapeutas. Alcançar na prática dos cuidados o contexto multidisciplinar é uma tarefa que leva o seu tempo, mesmo que tenha o impulso da OMS. Por outro lado, olhar de forma multidisciplinar para a pessoa com doença mental ou com uma dependência é uma realidade já instituída, com os seus benefícios reconhecidos paulatina e consistentemente.

São chamados à atenção do leitor os restantes artigos apresentados, até porque nos evidenciam, adicionalmente ao já referido, os benefícios da reabilitação cognitiva, um deles, e os impactos da pandemia que veio, como todos experimentámos, quebrar rotinas e introduzir outros hábitos. No entanto, o título desta revista indica sentido de mudança e transformação. Este convite é bastante claro na crónica Sobre K e no artigo do Suplemento. Ainda no contexto das entrevistas, sublinhamos a perspetiva dos psicomotricistas, profissão que ainda luta pelo reconhecimento e regulação, sobre a forma como a sua atividade contribui para transformar vidas. E transformar vidas é o que acontece nos centros de reabilitação: para este número, visitámos o mais conhecido nacionalmente, o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Dia 1 de outubro foi dia de “libertação” das restrições que a pandemia trouxe no último ano e meio. Antes disso, o país foi fazendo evoluir os números da vacinação e resgatando as atividades pré-pandémicas. Exemplo disso foi o regresso dos jovens do movimento Juventude Hospitaleira aos centros assistenciais, a retoma do voluntariado e o início da Visita Canónica Provincial (veja o que é na página XX do Suplemento, onde encontra também todas as notícias sobre a atividade assistencial e não só). Uma última nota para mais um projeto que teve início em Barcelos, o Procuidador (leia Aconteceu) que vem transformar, de forma inovadora e em parceria com outras entidades, a vida dos cuidadores, aliviando-os da carga que é cuidar de pessoas com demência.

Claro que é sempre ingrato não falar de todas as rubricas que esta edição comporta, uma vez que na Hospitalidade trabalhamos para lhe proporcionar uma revista com temas diversos, uma leitura alargada sobre o contexto hospitaleiro. Muito fica por referir nesta página do Editorial. Por isso, e neste sentido, a proposta é que, em qualquer lugar do país e ao som de Bocelli (veja as sugestões), a Hospitalidade seja a sua leitura de eleição.



*Susana Queiroga*

# SUMÁRIO

ANO 85 | N.º 333 | JULHO – SETEMBRO 2021

## Hospitalidade

A Revista da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus

EDITORIAL	04
POST-IT	06
NO QUADRO	07
ACONTECEU	08
SOBRE K	11

### SAÚDE&SOCIEDADE

(IN)FELIZ MENTE: A QUEBRA DA ROTINA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DEVIDO À COVID-19	12
--	----

### ENTREVISTA

ISABEL DE SOUZA GUERRA	20
O AVESSE DA CAPA	22

### COMUNIDADE AÇÃO

REABILITAÇÃO HOLÍSTICA POTENCIAR A MUDANÇA	24
---	----

### SAÚDE&SOCIEDADE

FUNDAMENTOS DA REABILITAÇÃO COGNITIVA NA DOENÇA MENTAL	27
---	----

### SAÚDE&SOCIEDADE

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E MULTIDISCIPLINARIDADE	34
--	----

PENSAMENTO LIVRE	43
------------------	----

### ESCUTAR&AUSCULTAR

CRISTINA RUBIANES VIEIRA	45
SUGESTÕES	49
CENAS&CENÁRIOS	50

### SUPLEMENTO

IRMÃOS DE S. JOÃO DE DEUS	I-XX
---------------------------	------



12



20



22



24



27



34



45



I

# POST-IT

MÉSICLES HELIN BERENGUEL | PSICÓLOGO E SONOPLASTA



## NO PAÍS DOS PEQUENINOS



O dia em que “a democracia se sentiu mais realizada”. Foi desta forma que Francisco Rodrigues dos Santos saudou a vitória. O CDS ganhou porque manteve as seis câmaras que tinha e aumentou o número de autarcas. Mais! Exclamou o líder a transbordar

de si: “O CDS superou todos os objetivos a que se propôs nestas eleições”, a somar às capitais de distrito em coligação com o PSD. Afirma que Portugal vai agora começar a viragem da esquerda para a direita e que o CDS será insubstituível e imprescindível nesse processo. Tudo porque “o CDS está a crescer, está vivo e recomenda-se.” **H**

## NO PAÍS DAS CRIATURAS OPORTUNISTAS



Os candidatos do CHEGA provavelmente foram selecionados com o mesmo critério utilizado na recolha de assinaturas aquando da formação do “partido” (ou amálgama de retalhos). Meros peões nas mãos de uma criatura só. Só e

sozinha, porque Ventura não está com os seus. Nem tão pouco os conhece. Usurpa-lhes a identidade de cidadãos com o objetivo de servir o propósito de gente de bem. Pensa-se também vencedor porque, para quem nada tinha, agora pelo menos pode exibir uma meia dúzia de peões num esquinado tabuleiro de xadrez. **H**

## NO PAÍS COR-DE-ROSA



Fernando Medina saudou Carlos Moedas pela conquista da Câmara Municipal de Lisboa. Saiu com humildade democrática e assumiu a derrota por inteiro. Protegeu o Partido Socialista de estilhaços que possam custar caro nas eleições legislativas de 2023. Por seu lado, António Costa

centrou-se no maior número de Câmaras e autarcas que o PS tem espalhados por todo o país. Sublinhou que o PS é o maior

partido autárquico nacional, com três vitórias consecutivas em eleições autárquicas, e ainda o maior partido quer em número de Câmaras, quer em freguesias. Interpretou os resultados como uma renovação da confiança dos portugueses na governação socialista.

De seguida, no discurso aos jornalistas, foi cruzando a gravata com a não-gravata, procurando deixar no consciente coletivo a ideia de que o PS foi mais uma vez o vencedor independentemente de perder Lisboa e outras cidades para partidos em coligação. **H**

## NO PAÍS DOS GLORIOSOS



Carlos foi o grande vencedor. Ninguém dava nada por Moedas, mas o que aconteceu foi que “o PSD teve um excelente resultado nestas eleições autárquicas”.

Rui Rio deu nota máxima aos militantes do PSD e autarcas

que fizeram a história da noite eleitoral.

O Partido Social Democrata sai ganhador porque aumentou o número de votos, o número de eleitos, os Presidentes de Câmara e ainda reduziu a diferença em relação ao Partido Socialista. Venceu a Rui Moreira, no Porto, porque lhe tirou a maioria absoluta. Ganhou também às sondagens e aos comentadores políticos.

Ainda ao ritmo da vitória, o PSD “ganhou ao João, ao António [Costa]... e não só, ao Pedro [Nuno Santos], à Ana, à Céu..., portanto, foi uma vitória suada, com muita gente”, afirmou, do palanque de Viseu, Fernando Ruas.

Cantou vitória por Viseu e pelo PSD. Glorificou o início de uma nova era porque, a partir da tomada de posse, Viseu não pode ficar sem tudo aquilo que Costa prometeu dar com a bazuca do Plano de Recuperação e Resiliência. **H**

## NO PAÍS DOS GRANDES E FORTES



A CDU confirma-se como “uma grande força política” em Portugal, disse João Ferreira no discurso de vitória que reclamou nas eleições autárquicas por Lisboa. João Ferreira, visivelmente contente, deu graças à grande

vitória e à consolidação da CDU no espectro político nacional. Portugal não pode fazer política sem contar com a força da CDU. Mesmo ao lado, o PAN sente-se “com sentido de missão cumprida”. **H**

## NO PAÍS DOS ABSTENCIONISTAS



No país dos vencedores, perderam os portugueses. A abstenção esteve perto da maioria absoluta. Quase metade dos portugueses não exerceu o seu dever cívico. Os egos insuflados vão continuar a ci-randar por palcos de vaidades

onde o que mais importa são a luta pelo poder e protagonismo, deixando para outras calendas o serviço público. O verdadeiro interesse das pessoas ficará esquecido no intervalo dos atos eleitorais. Em 2023, vai haver nova festa no país real. Vamos viver mais outras tantas vitórias permitidas pelos alienados do costume, os não votantes, os vencedores da abstenção. **H**

## NO QUADRO

*O mundo tem de acordar numa altura em que vivemos à beira do abismo.*

ANTONIO GUTERRES,

*in discurso de abertura da 76ª sessão da Assembleia Geral da ONU*

*Não podemos responder às crises humanitárias ao sabor de modas ou ignorá-las por razões de cansaço, enfado ou indiferença. A crise síria, no Iémen, no Haiti, no Tigray, no Sudão, no Sudão do Sul, na Somália, em Cabo Delgado ou a atual situação no Afeganistão, para citar apenas alguns exemplos, atingem homens, mulheres, jovens e crianças com a mesma gravidade, igual força e idêntica desesperança.*

JORGE SAMPAIO,

*in Público em 2021 (em jeito de homenagem)*

## PROJETO PROCUIDADOR TEM INÍCIO EM BARCELOS



No mês de junho teve início, na Casa de Saúde S. João de Deus – Barcelos, o programa de intervenção do Projeto Procuidador. Trata-se de uma resposta de abordagem multidisciplinar e multifacetada dirigida a pessoas com demência e, especialmente, aos seus cuidadores familiares, informais, permitindo-lhe obter um serviço: de capacitação para a prestação de cuidados, promoção do alívio da sobrecarga e alargamento da rede de suporte social, através dos seguintes áreas de intervenção: Gabinete de Apoio Especializado, Grupos Psicoeducativos e Capacitação para a prestação de cuidados, em grupo e individual.

Até ao momento, foram já atendidos individualmente 15 cuidadores informais de pessoas com demência no gabinete de apoio especializado, recebendo orientação e apoio psicossocial. Destes, oito cuidadores participam no primeiro grupo de intervenção, tendo vindo a beneficiar de formação/capacitação e, simultaneamente, de momentos psicoeducativos com vista à resolução de problemas do dia-a-dia decorrentes da sua experiência de cuidar, sejam eles mais ligados aos aspetos relativos à doença, sejam para ajudar a implementar medidas de alívio. Na continuidade da intervenção do Procuidador, prevê-se ainda uma abordagem breve de capacitação individualizada no domicílio.


No decurso da intervenção realizada, é notório o envolvi-

mento dos cuidadores informais que procuram a resposta na esperança ou na expectativa de encontrar o apoio que ao longo dos anos tem escasseado, nomeadamente ao nível dos conhecimentos sobre a doença e prestação de cuidados, ética na relação com a pessoa cuidada, apoios sociais e na comunidade, sendo entre os vários o almejado estatuto do cuidador informal. Tendo em conta que os fatores anteriores causam já sobrecarga, sobressaem também alguns sinais de desgaste emocional, tantas vezes camuflado por um grande propósito de vida que é a sua missão de “cuidar como gesto de gratidão para com a pessoa que cuidam”.

Paralelamente a esta intervenção, o programa tem uma medida de apoio ao alívio dos cuidadores no seu dia-a-dia, que é a figura do Cocuidador. Encontra-se agora a decorrer um curso formativo de oito Cocuidadores voluntários, permitindo assim criar momentos de alívio a diferentes níveis: promovendo a participação do cuidador no programa de intervenção, visitando o cuidador e a pessoa com demência e, por último, substituindo o cuidador, permitindo-lhe dedicar algum tempo por semana a si próprio.

Em Portugal, a família, pela sua estrutura e organização, ainda se assume como a principal referência na prestação de cuidados à pessoa com demência, preservando-a sempre que possível no seu contexto ambiental e familiar; e a

institucionalização acontece maioritariamente num fim de linha, face ao limite das capacidades de resposta dos seus cuidadores. Por esta razão, impõe-se cada vez mais respostas diversificadas e integradas ao nível comunitário, como cuidados mais especializados ao nível institucional. A Estratégia Nacional para as Demências privilegia modelos de intervenção envolventes dos interlocutores regionais e locais, podendo facilitar um atuação numa lógica assistencial mais centrada nas pessoas com demência e nas reais necessidades que a envolvem.

O Procuidador resulta de uma parceria estratégica interinstitucional para população residente neste concelho entre: o Município de Barcelos (Parceiro Promotor), a Associação Nacional AVC e a Casa de Saúde S. João de Deus – Barcelos (Parceiros Executores). É financiado pelo programa Norte 2020 e pretende, até 2023, capacitar e apoiar 64 cuidadores informais de pessoas com demência ou cuidadores informais de pessoas com AVC, através das entidades responsáveis pela sua execução para cada uma destas áreas.  RAQUEL MARTINS

## CAMPANHA DE APOIO AO HOSPITAL S. JOÃO DE DEUS DE BATIBO



**República dos Camarões.**

**Campanha de Apoio ao Hospital S. João de Deus de Batibo.**

Os Irmãos de São João de Deus precisam urgentemente de ajuda para manter aberto o seu hospital de Batibo que, após quatro anos de conflito armado, é o único que ainda continua aberto para servir a população local.

Apesar da insegurança e dos assaltos que sofreu, em 2020 este hospital fez 13.640 prestações em várias áreas da saúde, desde cuidados materno-infantis e primários a internamentos, a traumatologia e diagnóstico e a tratamento de doenças infecciosas.

Por isso, pedimos a sua colaboração para continuarmos a ajudar a população afetada por um conflito esquecido pela comunidade internacional e para que milhares de pessoas não fiquem totalmente desprovidos de cuidados de saúde. Com 300.000 euros, a Ordem Hospitaleira poderá garantir a sustentabilidade do Centro nos próximos 4 anos.

IBAN (FSJD): PT50.0033.0000.45367133674.05 (BCP)  
MBWAY: 962 522 405

O seu donativo chegará a Batibo e ajudará a salvar muitas vidas.


Para mais informações, visite o nosso website: [www.cohajd.org](http://www.cohajd.org)

Ordem Hospitaleira de S. JOÃO DE DEUS

Os Irmãos de São João de Deus precisam urgentemente de ajuda para manter aberto o seu hospital de Batibo (República dos Camarões) que, após quatro anos de conflito armado, é o único que ainda continua aberto para servir a população local.

Apesar da insegurança e dos assaltos que sofreu, em 2020 este hospital fez mais de 13 mil prestações em várias áreas da saúde, desde cuidados materno-infantis e primários a internamentos, a traumatologia e diagnóstico e a tratamento de doenças infecciosas.

Neste sentido, está a decorrer uma campanha de recolha de fundos dinamizada pela Ordem Hospitaleira, através da Fundação S. João de Deus. O objetivo é angariar 300 mil euros que garantirão a sustentabilidade deste Centro nos próximos quatro anos.

Quem quiser colaborar na ajuda a uma população afetada por um conflito esquecido pela comunidade internacional, não permitindo que milhares de pessoas fiquem desprovidos de cuidados de saúde, pode fazê-lo através de MBway (962522405) ou transferência bancária (FSJD: PT50.0033.0000.45367133674.05). 

## TELHAL VOLTA A RECEBER FÉRIAS SOLIDÁRIAS

Um bom exemplo de vivência da hospitalidade foi o desafio lançado aos jovens durante o período de 13 a 23 de setembro na Casa de Saúde do Telhal, ao qual aderiram cerca de 20 jovens, que foram convidados a não somente escutar com os ouvidos, mas com olhos e com o coração também.

O espírito de hospitalidade herdado por S. João de Deus fazia parte de todos os momentos, não apenas nos espaços físicos que falam da hospitalidade, mas principalmente no olhar de cada jovem e utente e na sede de viver e testemunhar a constante alegria que permeava o coração de todos.

As Férias Solidárias possibilitam aos jovens praticarem a



hospitalidade em Comunidades dos Irmãos e Irmãs nas mais diversas situações, por meio de experiência vivencial com os utentes. “O que a memória ama fica eterno.” JEAN LIMA

## JUVENTUDE HOSPITALEIRA REUNIU EM ASSEMBLEIA PRESENCIAL



A Juventude Hospitaleira realizou a sua Assembleia em Fátima, nos dias 11 e 12 de setembro. A finalidade desta assembleia, que está estabelecida na Carta de Identida-

de, consiste em avaliar o caminho percorrido pela Juventude Hospitaleira, como também projetar os novos caminhos.

Durante a assembleia foram apresentados os principais documentos da Juventude Hospitaleira: Carta de Identidade e Memorando.

Foram debatidos vários temas de relevância para o Movimento, como as perspectivas para as Jornadas Mundiais da Juventude.

Além disso, os participantes na assembleia vivenciaram momentos de oração, de fraternidade, de partilhas e de vivências. JEAN LIMA



# LIBERTAR PARA TRANSFORMAR

EUGÊNIO FONSECA | PRESIDENTE DA CONFEDERAÇÃO PORTUGUESA DO VOLUNTARIADO

A resistência à mudança chega a parecer uma realidade genética. Todavia, entre todas as criaturas, o ser humano é o único que tem a possibilidade de fazer alterações conscientes dos seus comportamentos e do seu habitat. Efetivamente, só ele possui o que é necessário para que aconteça transformação. Só a pessoa é uma criatura inteligente com capacidade de refletir, com rigor, sobre todas as situações que a circundam e fazer descobertas; está impregnada de sabedoria que lhe dá a oportunidade de utilizar a “inteligência do coração” (Cfr. 1 Rs 3, 9-14), garantia de decisões humanistas; possui consciência de si mesma e do que a envolve; dispõe do valor da alteridade que lhe possibilita ver as potencialidades do outro e do que é diferente; tem capacidade para discernir, confrontada com diferentes propostas e problemas; está dotada do precioso dom da liberdade, sem o qual não seria autónoma nas escolhas. Porém, não basta a pessoa ter estas características inatas, se não fizer com que se desenvolvam, estimuladas por uma educação que favoreça as capacidades de saber fazer opções; de arriscar com bom senso; de não ter medo do diferente; de ser com os outros; de fazer e refazer sem perder a esperança; de possuir uma predisposição para ser criativa. Mesmo assim, o mais comum é os seres humanos refugiarem-se na tendência para, segundo o Papa Francisco, se acomodarem. Referia-se à necessidade de uma transformação dos métodos evangelizadores, mas a sua preocupação pode-se aplicar também a qualquer outra situação pessoal ou coletiva. Escreveu ele: «... exige o abandono deste cómodo critério pastoral *«fez-se sempre assim»*. Convido todos a serem ousados e criativos nesta tarefa de repensar os objetivos, as estruturas, o estilo e os métodos evangelizadores das

respetivas comunidades.»<sup>1</sup> Esta exortação papal também poderia ser dirigida, por inteiro, à forma de fazer política partidária, ao modelo económico vigente, ao sistema educativo, ao mercado de emprego, ao serviço nacional de saúde, às condições de acesso à habitação, às instituições de todo o tipo, às religiões... Muitas outras realidades de âmbito nacional e internacional poder-se-iam mencionar. Todavia, no apelo de Francisco falta, segundo me parece, uma condição essencial, sem a qual dificilmente qualquer outra será eficaz. Refiro-me à transformação interior. Ou seja, é necessário, em muitos casos, que aconteça uma conversão pessoal. Porém, esta não acontece através de um simples ato mágico, nem de forma instantânea, mas exige paciência, amadurecimento dos valores que mais dão sentido e profundidade à vida. Não é um processo individualista; precisa do outro para se apoiar nas ocasiões de desânimo.

Vem a propósito fazer justa memória de Acácio Catarino que lutou, uma vida inteira, pela transformação das estruturas inumanas em mais humanas e que soube respeitar o tempo de mudança de cada pessoa sem nunca desanimar. Foi um cidadão dos mais íntegros do nosso país. Um ativista da Igreja Católica que sempre a dignificou com o seu exemplar testemunho e o seu invulgar saber. Não chegou a ver as desejadas transformações na Igreja em Portugal. Até agora, foi muitíssimo discreto o tributo que a Igreja hierárquica lhe prestou. Acredito e espero que o seu legado venha ainda a ser mais evidenciado. ■

<sup>1</sup> Cf. FRANCISCO, Exortação Apostólica *Evangelii Gaudium Si'* (24 de novembro de 2013), Prior Velho: Paulinas Editora 2013, 33.

# (IN)FELIZ MENTE: A QUEBRA DA ROTINA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DEVIDO À COVID-19

ANA FIGUEIREDO MARCÃO



## RESUMO

A COVID-19 aumentou notavelmente as preocupações com a saúde e um dos grupos de alto risco e possivelmente mais negligenciados inclui as pessoas com doença mental que se encontram em reabilitação. Estas pessoas têm as mesmas necessidades básicas que qualquer outra, contudo encontram-se mais vulneráveis e com mais dificuldade no acesso às respostas. É importante que não se subestimem as respostas de reabilitação em saúde mental e, ainda que a crise pandémica tenha levado à quebra da rotina, que se veicule também a importância da adaptação, da circularidade e da dinâmica que é este processo reabilitativo.

## PALAVRAS-CHAVE

COVID-19, reabilitação psicossocial, doença mental, isolamento, sofrimento psicológico

## ABSTRACT

The COVID-19 has remarkably raised health concerns and one of the high risks and possibly most neglected groups, includes people with mental illness, is found in rehabilitation. These people have the same basic needs as anyone else, however they are more vulnerable and have more difficulty in accessing responses. It is important not to underestimate, rehabilitation responses in mental health even

though the pandemic crisis, has led to the break routine, also came to reveal the importance of adaptation, circularity, and dynamics that this rehabilitation process is.

## KEYWORDS

COVID-19, psychosocial rehabilitation, mental illness, isolation, psychological distress

Ainda 2019 decorria, quando o mundo foi surpreendido com as primeiras notícias do novo coronavírus, que começava a gerar alguma preocupação em Wuhan, China. Entre o receio, a dúvida e a desconfiança, começava-se a pensar se poderia ser apenas mais uma doença que apenas teria significado no outro lado do mundo ou se porventura viria mesmo a tomar as proporções que a comunicação social informava [3].

A propagação do novo coronavírus aumentava de dia para dia e longínqua era a visão clara do que viria a ser a sua dimensão e natureza [3].

Surge assim a pandemia COVID-19, que criou uma crise humana sem precedentes, que afetou e continua a afetar de uma maneira desproporcional grande parte da população mundial, tornando ainda mais vulneráveis as pessoas com incapacidade e problemas de saúde mental. Estas pessoas precisam de igual modo e como qualquer outra pessoa de proteção e atenção com a sua saúde, bem como acesso aos serviços básicos reabilitativos, dos quais necessitam diariamente para a sua recuperação [1].

Um evento pandémico, como a COVID-19, trouxe implicações na capacidade de resiliência da população que se encontra afetada, podendo-se considerar inclusivamente que atualmente a grande maioria, se não o todo da população, sofre consequências e impactos psicossociais na sua saúde mental, de diferentes níveis de intensidade e gravidade, resultantes das circunstâncias atuais [7].

Durante estes tempos de crise, é inevitável que as pessoas desenvolvam medos do desconhecido e resistência à mudança, ainda mais quando se trata de pessoas vulneráveis a um impacto psicológico avassalador [1].

Uma mudança brusca nas atividades do dia-a-dia, sem uma previsão concreta de quando poderá ocorrer o regresso ao que chamamos de “vida normal”, pode e vai provocar sofrimento e insegurança, visto existir a necessidade de lidar constantemente com um futuro imprevisível [7].

A rotina como era conhecida é agora sujeita a mudanças persistentes e excessivas, que contribuem velozmente para o desencadeamento de reações e sintomas de ansiedade, stress e medo. Com o volume de informações diárias e as alterações constantes vivenciadas, é esperado que as pessoas comecem a apresentar um decréscimo acentuado na capacidade de concentração, memória e atenção, bem como aumento da irritabilidade e diminuição do interesse por realizar atividades prazerosas [7].

A Saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença”, definido pela Organização Mundial de Saúde, viu-se afetada por uma série de fatores face à vivência atual. Nesta reflexão ressalva-se também que a saúde mental é parte integrante do conceito de saúde e bem-estar e, tal como o primeiro, ambos se encontram em grande fragilidade atualmente.

A saúde mental começou a degradar-se a “olhos vistos”, desde o começo da pandemia COVID-19, trazendo implicações graves no bom e autónomo funcionamento de cada um, podendo vir a afirmar-se que um dos grupos mais negligenciados são as pessoas que se encontravam em terapias e intervenções de reabilitação psicossocial ao nível da saúde mental, comparativamente a outros grupos, uma vez que a carência de estratégias e ferramentas para lidar com eventos traumatizantes como este é evidenciada [1].

Pela falha, suspensão ou término das intervenções de cariz psicológico/psicoterapêutico, sociais, médicas ou de terapias reabilitativas (fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional), torna-se essencial reforçar junto do departamento governamental e dos serviços de saúde que têm por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, qual o peso que estas intervenções em reabilitação tem ao nível pessoal, social, profissional e ocupacional e que este poderá ser um dos fatores-chave para alcançar novamente o equilíbrio e uma “feliz mente”.

Considerada atualmente como uma componente essencial da reabilitação em Saúde Mental, a reabilitação psicossocial tem sido definida como “o processo pelo qual a pessoa é ajudada a adaptar-se às limitações da sua incapacidade, a recuperar capacidades perdidas e a desenvolver novas competências, por forma a ultrapassar a situação de desvantagem psicológica e social que lhe adveio da sua perturbação psiquiátrica, tendo em vista melhorar a sua autonomia e a sua qualidade »



de vida”, tal como refletido pelo Conselho Nacional de Saúde Mental, em 2002.

Nesse sentido e ao estar enquadrada como uma resposta na área da saúde, devia ter sido considerada como uma atividade fundamental e como tal era necessário ter-se dado continuidade, ainda que no tempo de confinamento e restrições governamentais <sup>[2]</sup>.

Contudo, muitas destas respostas ficaram suspensas, existindo a necessidade de uma adaptação e criatividade contínua, para que ainda que alterada houvesse uma intervenção.

O risco de crise e descompensação foi agravado pela falta de acessibilidade a respostas e tornou-se o pensamento diário de famílias e doentes. Com pré-disposição para perturbações da ansiedade e depressão, estes sintomas iriam ser altamente exacerbados em tempos de instabilidade e com certeza teriam influências negativas na sua recuperação, que outrora estava a ser trabalhada <sup>[10]</sup>. Qual o impacto da perda da relação presencial? Como será o impacto de convivências familiares intensas ou isolamentos sociais permanentes?

As intervenções em reabilitação ficaram pouco reforça-

das, falhando a sua integração nos planos nacionais de emergência da COVID-19.

É de salientar que são estas as intervenções que visam otimizar a recuperação, para que se consiga chegar a um nível de funcionamento o mais autónomo possível e minimizar as dificuldades. Evidências indicam que, para alguns utentes, a suspensão ou redução do processo reabilitativo pode causar sérios comprometimentos na sua saúde e funcionamento mental, aumentando as descompensações e as crises <sup>[11]</sup>.

Todos estes utentes integrados nestes serviços têm de continuar a ter acesso aos seus acompanhamentos e terapias, ainda que de forma adaptada <sup>[6]</sup>. Além disso, a suspensão ou redução de alguns dos serviços de reabilitação durante o estado de emergência e confinamento inevitavelmente levou a um acumular de necessidades de reabilitação, senão até mesmo ao aparecimento de novas.

As intervenções em reabilitação poderão ajudar a resolver muitas das consequências da COVID-19, incluindo as incapacidades físicas, cognitivas, como também fornecer recursos psicossociais tais como apoio e suporte. É por isso que, na luta contra a COVID-19, é necessário debruçar-se sobre os desa-



fios da saúde mental e desenvolver estratégias e intervenções que assegurem a continuidade de um acompanhamento com qualidade e adequado às necessidades de cada um <sup>[10]</sup>.

O contacto presencial foi totalmente suspenso em quase todos os serviços de reabilitação, bem como as primeiras consultas/atendimentos, novos internamentos, terapias e qualquer situação que colocasse em risco ou onde não existisse o distanciamento necessário e de prevenção. As equipas de reabilitação e os seus serviços viram-se obrigados a uma constante mudança e adaptação, para que assim fosse possível dar uma resposta ao combate do isolamento e à prevenção da crise.

A continuidade do acompanhamento aos utentes, bem como avaliar o seu estado mental e emocional e reforçar medidas de prevenção, foram as prioridades com que as equipas se debateram e preocuparam. Seguidamente, procurou-se valorizar a sua situação psicossocial, tentando sempre que possível que fossem retomados os planos individuais de reabilitação de cada um <sup>[2]</sup>. Foi então que progressivamente algumas das atividades de vida diária, terapias e temas trabalhados foram sendo recuperados, atendendo sempre às principais necessidades que o utente evidenciava, bem como aos equipamentos que tinha disponível (telefone, computador, tablet) e à capacidade de utilização dos mesmos.

A pandemia COVID-19 forneceu a oportunidade de repensar os serviços existentes, melhorando a relação custo-benefício, bem como a acessibilidade das diferentes intervenções em saúde mental. Esta oportunidade ajudou a repensar as abordagens convencionais, preferindo abordagens inovadoras com sistemas de maior inclusão de utentes, famílias e/ou cuidadores que vivenciam as disparidades em saúde física e mental <sup>[12]</sup>. A COVID-19 deixou marcas e uma das maiores consequências para estes grupos foi a presença de sintomas, que se agravaram ou desenvolveram pela suspensão de acompanhamento. Evidenciaram-se maiores alterações físicas e declínios cognitivos, bem como a exacerbação/aparecimento de sintomas de doença mental antes controlados; por outro lado, um dos grandes desafios encontrados foi assegurar que o aumento da ansiedade e sintomas depressivos não iria destruir tudo o que anteriormente fora trabalho e adquirido <sup>[10]</sup>.

Estes são apenas alguns dos inúmeros efeitos que vão sendo observados após a vivência de um período crítico isolado de qualquer cuidado intensivo <sup>[4]</sup>.

Procurar o equilíbrio emocional, perspetivando viver um “dia de cada vez”, com o máximo de consciência e atenção possível e acessível a cada utente. Estar atento e potenciar a comunicação sobre os pensamentos e emoções que estes tempos levam cada um a ter deve ser um dos pontos-chave para a intervenção técnica. Torna-se fulcral desenvolver estratégias que levem ao aumento da resiliência e aceitação dos sintomas negativos <sup>[5]</sup>.

De igual modo, é impreterível que se acautele o acesso à informação, de modo a que se consiga manter alguma sanidade mental. O acesso a informação descontrolada e complexa poderá levar à exacerbação de sintomas, bem como ao descontrolo de comportamentos obsessivos. Deve-se orientar para a prevenção e psicoeducação das regras de etiqueta respiratória, distanciamento social e higienização das mãos e espaço em conta e medida <sup>[5]</sup>.

Não obstante os comportamentos preventivos, a manutenção de relações significativas e positivas é também de extrema importância e tem um impacto significativo nos mesmos. É através dos vínculos e das relações que cada indivíduo se fortalece como pessoa e consegue reconhecer capacidades, forças e debilidades, nesse sentido deverá continuar-se a cuidar das relações anteriormente estabelecidas, relações essas que são de suporte e permitem uma melhoria contínua no desenvolvimento do utente <sup>[5]</sup>.

É então desejável que se estabeleça uma resposta de reabilitação para todos os utentes em recuperação, com o apoio de uma equipa multidisciplinar de psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, mesmo que em tempos de pandemia <sup>[2]</sup>.

Focam-se algumas propostas para os tempos que aí vêm, uma vez que a fase de transição terá de ser progressiva e depende constantemente da evolução da pandemia <sup>[2]</sup>.

A reabilitação psicossocial trata-se de um processo dinâmico, em constante mudança, e como tal é extremamente importante ir incorporando nas medidas mais flexíveis os elementos mais tradicionais de todo o trabalho assistencial feito presencialmente. Planos proativos de reativação para “sair de casa”, potenciar o processo de reabilitação em torno da vida da pessoa e apostar em atividades de trabalho domiciliário são apenas algumas ideias para promover uma mudança gradual, tendo em conta a fase frágil em que cada um se encontra <sup>[3]</sup>.

De igual modo e para assegurar que nenhum utente »



neste processo de recuperação está sozinho ou esquecido durante estes tempos complicados, deve-se providenciar recursos adequados e acessíveis a cada um, procurando não deixar que o isolamento se torne novamente a parte normal dos seus dias <sup>[1]</sup>.

No que respeita a atividades de trabalho domiciliário, salientam-se as propostas de atividades terapêuticas e de vida diária em casa, de modo a que se continue a trabalhar o estabelecido em plano individual de intervenção (PII). Isso irá não só ajudar no processo reabilitativo do utente, como também promover e potenciar a participação das famílias: a construção de kit's idênticos de materiais e atividades, para entrega aos utentes, com dinâmicas que conheçam, de forma a promover o desenvolvimento das mesmas, online e em grupo. Desta forma, os utentes terão contacto com algo que conhecem, que gostam de fazer e que lhes transmite segurança, assim como possibilita o contacto ainda que virtual com os seus colegas e técnicos <sup>[2]</sup>.

Promover e fomentar a participação da família ou cuidadores, para a psicoeducação, passa pela utilização de novas tecnologias, facilitando o seu uso e acesso, de modo a que esta continue a ser uma resposta disponível a longo prazo e não apenas para dar resposta à situação pandémica. O recurso às tecnologias poderá auxiliar na continuidade das intervenções que outrora ficaram suspensas, por motivos de doenças, internamentos ou outros <sup>[15]</sup>.

Facilitar o processo de adaptação ao meio das tecnologias com cada um dos utentes, para que se simplifique o acesso continuado às terapias, poderá também ser um meio para se conseguir chegar a famílias menos participativas no processo reabilitativo do seu familiar <sup>[3]</sup>.

Não menos importante durante este tempo pandémico são as intervenções com as famílias/cuidadores, que de modo algum devem ficar no esquecimento e sem respostas disponibilizadas. Totalmente adaptadas a todas as condicionantes, é de extrema relevância promover junto das famílias a continuidade das intervenções grupais de apoio e suporte ou psicológicas. Disponibilizar um tempo para que o membro da família ou cuidador se sinta à vontade para telefonar ou realizar uma videochamada, criar grupos através das redes sociais, para que as famílias possam partilhar o seu dia-a-dia e em conjunto se consigam ajudar mutuamente, poderão ser algumas das ideias-chave para a nova realidade que se vivencia.

Mas mesmo que as abordagens inovadoras venham tomar algum lugar naquelas que têm uma natureza mais tradicional, o objetivo final será sempre ativar os planos proativos de “sair de casa” e, quanto a estes, será importante não só manter a segurança de todos aqueles que neles participam, como também sensibilizar cada um para o que os espera na instituição que os acolhe. Conversar sobre as opiniões e pensamentos que suscita a ideia de sair de cada, refletir sobre as emoções, clarificar dúvidas e aprender com as experiências e partilhas de outros utentes, potenciar a redução de medos e construir uma preparação emocional para enfrentar da melhor maneira esta nova realidade poderão ser alguns dos primeiros passos a ser tomados <sup>[4]</sup>.

Neste seguimento, é essencial assegurar que estão estabelecidas as medidas de segurança necessárias na instituição, bem como avaliar o que será necessário ter em conta para preparar esta saída. Uma preparação atempada permite providenciar todas as diligências necessárias com tranquilidade e consciência, não propagando a ansiedade <sup>[4]</sup>. Esta será a fase que antecipa o concreto regresso à instituição.

Com o foco na fase de regresso, é importante informar que será normal que as salas não estejam como as conhecem, que não verão sorrisos, nem as caras conhecidas que lhes transmitam segurança e tranquilidade, mas ainda assim aquele é o mesmo espaço, apenas um pouco diferente. Primeiramente, pode-se realizar um novo reconhecimento aos espaços (salas de atividades, de terapias, refeitório), dando a conhecer percursos novos que existam para acesso aos mesmos, deve-se providenciar esquemas ou explicações claras dos comportamentos preventivos com imagens elucidativas das regras de etiqueta respiratória e outras a ser tomadas.

Novas rotinas serão igualmente impostas, como a medição de temperatura à entrada da instituição, desinfeção das mãos e constante higienização de espaços, aqui não só será importante a explicação, como também deve-se fazer sentir a cada um dos utentes que tem um papel ativo neste processo. Ainda que se deva acautelar quem nele participa, bem como a observação da correta prática destes mesmos comportamentos, instigar ao medo e à insegurança de nada vai ajudar no controlo de ansiedade e medo, prejudicando o processo de retorno. Ser claro, preocupado, mas não em demasia e explicar que, com os comportamentos preventivos adequados, podemos ser “agentes



significativos” do combate à propagação da COVID-19. Potenciar a psicoeducação para as novas regras impostas, esclarecer dúvidas quando necessário, e tranquilizar para os novos procedimentos será imperativo para que os utentes se sintam confiantes e seguros no regresso.

Focando agora nas terapias de grupo numa primeira fase, os grupos poderão ser limitados a não mais de 5 pessoas, incluindo os técnicos. Em fases mais avançadas e de maior estabilização pandémica, os grupos de terapias poderão incluir até 10 pessoas incluindo também os técnicos <sup>[15]</sup>.

Nos grupos, as sessões presenciais deverão ser curtas e alternando os clusters existentes anteriormente, ou seja, deverá priorizar-se a integração dos grupos residentes das mesmas respostas residenciais, o mesmo se aplica a atividades ocupacionais, bem como a utentes que tenham meios de deslocação em comum ou porventura venham da mesma zona de residência, prevenindo assim o contacto com diferentes pessoas de diferentes locais, prevenindo a mitigação do vírus. <sup>[15]</sup>. Poderão também priorizar-se sessões em espaços abertos, permitindo não só a prevenção do contágio como possibilitando aos utentes a oportunidade de contactar com um ambiente dife-

rente que por si só poderá apelar à estimulação sensorial, bem como à adaptação a diferentes espaços.

Os desafios da pandemia COVID-19 são recorrentes, não só para quem beneficia de qualquer tipo de tratamento, como também para quem o exerce. As equipas de reabilitação e os profissionais de primeira linha vivem atualmente um cenário sem precedentes e de constante mudança e, se por norma o ambiente de trabalho com pessoas com doença mental já tem uma exigência física e emocional frequente, com a COVID-19 todas estas particularidades foram extremamente acentuadas <sup>[7]</sup>.

O contexto de pandemia requer uma atenção redobrada para cada membro da equipa, uma vez que ele está sujeito a ter a sua saúde mental também afetada por todas as vivências e experiências partilhadas, aumentando sintomas de ansiedade, perda da qualidade do sono, entre outros <sup>[7]</sup>.

Os impactos na saúde mental decorrentes de um elevado nível de stresse, durante os tempos pandémicos, podem comprometer a atenção e a capacidade de decisão dos colaboradores, bem como o cansaço físico e emocional, o que afeta não somente a luta contra a COVID-19, como irá também ter um efeito duradouro no bem-estar ge- >>



ral dos profissionais para além do período do surto<sup>[9]</sup>. Gerir o stress e o bem-estar é tão impreterível neste momento quanto cuidar da saúde física. Assim, manter a proteção da equipa contra o stress, evitando o total consumo que as exigências profissionais requerem e que cresceram com as particularidades e imposições da COVID-19, vai potenciar as capacidades para desempenharem as suas funções tão bem o quanto antes.

Recorrer também a um acompanhamento regular face ao bem-estar da equipa com a qual se trabalha, deixando a possibilidade que cada membro possa dialogar sobre o seu próprio estado mental, a sua capacidade de trabalho e motivação, será tão importante quanto o acompanhamento que é realizado aos utentes<sup>[7]</sup>.

A Organização das Nações Unidas relembra a importância de garantir a saúde mental dos profissionais de saúde e das equipas multidisciplinares, uma vez que serão estes que continuarão a ser um dos fatores-chave para as ações de respostas e recuperação face à COVID-19. Ressalva-se a importância de orientar todos os profissionais e as suas equipas para a promoção do autocuidado psicológico. Manter algum otimis-

mo e positividade, ser simples e manter a lucidez para que se consiga continuar a chegar a todos, o mais breve possível<sup>[6]</sup>.

A 2 de março de 2020, Portugal contou com o primeiro caso confirmado de infeção por SARS-COV-2. Um vírus que causa infeções e graves complicações ao nível do sistema respiratório, mas que um ano depois afetou quase metade da população mundial. Desde essa altura, o vírus faz parte da realidade de cada um e todos os dias são dias novos, de grande exigência e dificuldade perante a capacidade de adaptação.

Existe a constante necessidade de adotar novos comportamentos, novas regras, alterando-se constantemente o dia-a-dia e a sua rotina associada. Sem possibilidade de antever um fim, começa-se a antecipar a clara perceção que, à data de hoje, cada um de nós a seguir ao medo já só consegue manifestar cansaço<sup>[14]</sup>.

Com impactos significativos na saúde psicológica de todos e de cada um, observa-se por parte de técnicos, equipas, doentes, famílias presentes no processo reabilitativo o que foi apelidado e definido pela Ordem dos Psicólogos Portugueses de “fadiga de pandemia”.

A “fadiga de pandemia” refere-se ao sentimento de sobrecar-

ga pela constante vigilância e cansaço a que se está submetido. É devido a esta fadiga que a percepção relacionada com a COVID-19 começa a ficar alterada. Não é fácil perspetivar o futuro, antecipar e lidar com todas as alterações provenientes das constantes mudanças, não só económicas e governamentais, como sociais e relacionais, cujo impacto se traduz em repercussões significativas <sup>[13]</sup>.

A COVID-19 já não coloca só em causa a saúde física, como atualmente cerca de metade da população portuguesa refere ter sentido impactos psicológicos moderados ou graves e mais de 70% dos que estiveram em situação de isolamento, que suspenderam atividades ou se viram sem qualquer resposta, revelam sofrimento psicológico <sup>[14]</sup>.

A prevenção, a promoção da saúde e o espírito de solidariedade nunca foram tão importantes para a vida pessoal e coletiva como nestes tempos pandémicos. As várias recomendações das organizações de saúde pública e as práticas adequadas devem ser suportadas e praticadas, ainda que o cansaço extremo da constante adaptação nos faça pensar em desistir <sup>[11]</sup>. Volta-se a reforçar que a intervenção, a prevenção e a promoção da saúde psicológica, bem como as respostas de intervenção de reabilitação psicossocial, devem ser soluções prioritárias de resposta à pandemia e do Plano de Recuperação e Resiliência para Portugal <sup>[14]</sup>.

“A necessidade aguça o engenho” e como tal cada um de nós e à sua maneira demonstrou capacidades para lidar com o stresse, para ultrapassar acontecimentos muito exigentes, para ser mais tolerante, resiliente e com mais capacidade de resistir à frustração.

Ainda que a responsabilidade individual e as atitudes que cada um de nós possa tomar sejam decisivas na resposta a esta pandemia, e como tal todas as regras de etiqueta respiratória, desinfeção das mãos, utilização de equipamentos de proteção individual e tudo a que fomos obrigados a aprender seja colocado em prática, é inadiável que nos cuidemos, para que possamos cuidar dos outros, sendo fundamental para ultrapassarmos este momento difícil que se invista, individual e socialmente, sobretudo no caso dos mais vulneráveis <sup>[14]</sup>.

Aguarda-se incessantemente o dia em que a comunicação social noticie o fim da crise sanitária, espera-se pela comunicação de 0 casos, 100% de vacinados e o “regresso à vida” tal como era conhecida. Contudo, essa falta de conhecimento e a longínqua visão desse regresso parece teimar em perma-

necer, é por isso que se torna imperativo aprimorar as estratégias de autocuidado e cuidado para com os outros. De igual modo, deve-se relembrar que, quando este momento pandémico passar, possamos ter espaço para refletir e aprender com as experiências, que foram extraordinariamente difíceis, de modo a que seja possível criar uma narrativa positiva e não apenas traumática.

Em abril de 2021, mais de um ano depois do aparecimento do primeiro caso confirmado de SARS-COV-2 em Portugal, podemos assumir que um dos fatores fundamentais para o combate a esta pandemia passa não só por manter um bom estado de saúde física, como aprimorar o estado mental, psicológico e emocional, pretendendo alcançar um estado de pleno equilíbrio e recuperar uma “feliz mente”.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Aamir, A., Awan, S., Filipis, R. d., Diwan, M. N., & Ullah, I. (21 de Outubro de 2020). *Effect of COVID-19 on Mental Health Rehabilitation Centers*. doi:https://doi.org/10.1007/s40737-020-00203-7
- [2] Asociaciones de Rehabilitación Psicossocial, F. E. (2020). *Informe sobre el impacto del estado de alarma por la crisis sanitaria covid-19 en la atención de rehabilitación psicossocial*. Espanha.
- [3] Carvalho, R. G. (2021). O que fazer com um ano na vida? *Jornal da Madeira*, 14.
- [4] Consejo Nacional de Salud Mental. (2020). *Recomendaciones para el cuidado de la salud mental y la promoción de la convivencia en la flexibilización de la medida de aislamiento preventivo durante la pandemia por COVID-19*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- [5] Enfermeiros, Ordem dos (25 de Março de 2020). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Orientações COVID-19 - Alterações na Gestão e na Prática de Cuidados*. Lisboa.
- [6] Esteves, M., Santos, J., & Ribeiro, R. (20 de Abril de 2020). *COVID-19\_Pandemia sob o olhar e intervenção positiva da psicologia*, pp. 1-8.
- [7] Freitas, C., Noal, D., & Passos, M. (2020). *Recomendações e Orientações em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19*. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz.
- [8] Jaffri, A., & Jaffri, U. A. (18 de Junho de 2020). *Post-Intensive care syndrome and COVID-19: crisis after a crisis?* doi:https://doi.org/10.1016/j.hrtng.2020.06.006
- [9] Kang, L. e. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3). Obtido de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030
- [10] Klenitz, P., Mills, J.-A., Connolly, Bronwen, Skelton, P., Smith, . . . Clift, Z. (2020). Rehabilitation considerations during the COVID-19 outbreak.
- [11] Médicos, Ordem dos (2020). *Viver em Tempo de Covid-19 SARS - CoV - 2*.
- [12] Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., . . . Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 8(13):813-824. doi:https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2
- [13] Portugues, Ordem dos Psicólogos (2020). *COVID-19 Fadiga da Pandemia*.
- [14] Portugueses, Ordem dos Psicólogos (2021). *1 ano com impactos na saúde psicológica. Um ano de resiliência e esperança*.
- [15] Washington State Health Care Authority. (s.d.). *Safe Start Recommendations and Requirements: Licensed and Certified Inpatient Behavioral Health Facilities and Agencies*.

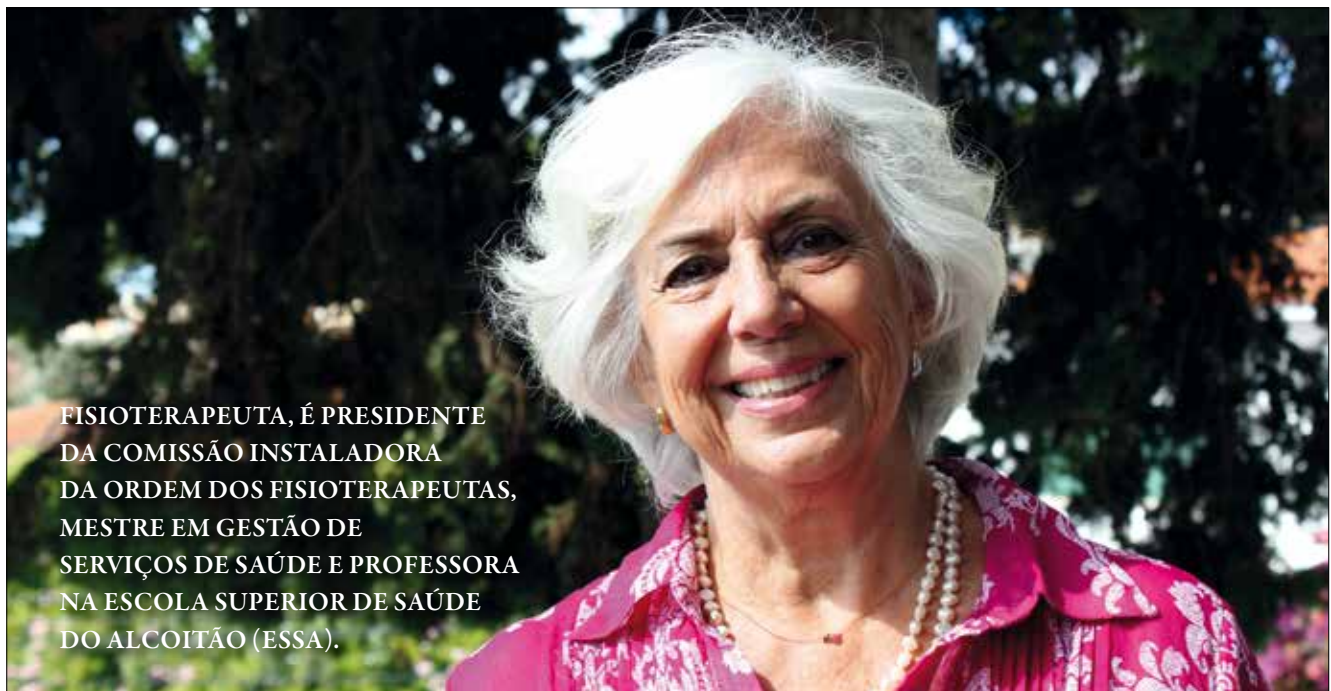
## AUTORA

Ana Figueiredo Marcão licenciada em Psicologia, mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, APPACDM

# ISABEL DE SOUZA GUERRA

“(a pandemia) foi o teste pesado à capacidade de todos os profissionais de saúde”

SUSANA QUEIROGA



**A ORDEM DOS FISIOTERAPEUTAS ESTÁ A DAR OS SEUS PRIMEIROS PASSOS. COMO TEM SIDO ESTE PROCESSO?**

Este processo é extremamente trabalhoso pois consiste em criar uma organização de raiz e dentro de um prazo limitado, uma vez que tínhamos um ano para o cumprir. Como em todas as outras atividades, a pandemia teve influência no atraso, quer do nosso lado, quer da resposta institucional, e o processo de instalação será finalizado este ano. A maior parte do trabalho de fundo está feito:

criação de estruturas e funcionamento, infraestruturas tecnológicas de suporte. Pretendemos basear todo o funcionamento num sistema eminentemente desmaterializado, criando uma plataforma digital para uma efetiva comunicação com os nossos membros. E mais um sem número de atividades indispensáveis ao seu funcionamento. Reunimos numerosas vezes com a tutela, preparámos, apresentámos e foi aprovada toda a regulamentação da Ordem. Está agora a decorrer muito bem o processo de inscrição dos fisioterapeutas. É um processo complexo

e de grande responsabilidade pois implica um escrutínio inicial pelo secretariado, seguido de avaliação por uma comissão técnica de admissões que está a avaliar com toda a independência cada inscrição, para só em seguida ser validada pela comissão instaladora. Está em andamento o processo eleitoral para os órgãos estatutários, com as eleições já marcadas para 15 de novembro.

#### QUAIS SÃO AS VOSSAS MAIORES PREOCUPAÇÕES NESTA FASE E QUAIS OS MAIORES ANSEIOS?

O maior anseio neste momento é levar a bom porto a missão que nos foi confiada, promovendo o processo eleitoral, com a maior transparência e isenção, e dar posse aos órgãos eleitos.

#### DA SUA EXPERIÊNCIA COMO FISIOTERAPEUTA, QUAIS AS MAIORES DIFICULDADES QUE ENCONTROU AO LONGO DA SUA CARREIRA?

Penso que um dos aspetos que eu e todos os fisioterapeutas ansiamos é o reconhecimento da sua autonomia profissional, quer pelo público, quer pelas organizações e entidades oficiais, quer pelos outros profissionais quando envolvidos em trabalho de equipa. Essa falta de reconhecimento tem sido inibidora de uma atuação responsável e plena em muitos setores da saúde. A nossa formação profissional evoluiu de uma forma avassaladora e, quer a nível de competências, quer a nível de diferentes áreas de atuação, cobrimos um leque de atividades cada vez maior, sendo que ambicionamos um exercício conduzido por altos padrões éticos e de qualidade.

#### COM O PROCESSO DE ELEIÇÃO DO BASTONÁRIO TERMINA A FUNÇÃO DA COMISSÃO INSTALADORA. QUE MEMÓRIAS FICAM?

Neste momento, será difícil falar em memórias, pois o trabalho é de tal forma intenso que não dá para pensar no que vem a seguir. Como se sabe, este trabalho não é remunerado e todos nós mantivemos a nossa atividade profissional, o que se refletiu numa enorme exigência. Porém, é preciso também lembrar que muitos de nós na Comissão Instaladora estamos envolvidos neste projeto há mais de 20 anos, que foi o tempo que demorou a concretização da Ordem, o que significa que nunca parámos de trabalhar voluntariamente para a profissão, pois conduzimos este processo ao longo dos anos,

primeiro enquanto associação profissional, depois enquanto comissão pró-ordem e, por fim, nos cargos atuais.

#### O TEMA DA REVISTA NESTE NÚMERO É “REABILITAR E TRANSFORMAR, LEVAR À MUDANÇA”. NUMA PERSPETIVA DE FUTURO, QUAL O CONTRIBUTO DOS FISIOTERAPEUTAS PARA UMA SOCIEDADE MAIS CONSCIENTE E INFORMADA SOBRE SAÚDE?

O fisioterapeuta cobre todos os setores da saúde, cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e reabilitação, paliativos e ainda atua como profissional independente em regime liberal. O seu importante papel manifesta-se nas mais diversas áreas de intervenção, mas nunca esquecendo que o fisioterapeuta, além da atuação na recuperação, reeducação, reabilitação e prevenção da incapacidade, é um especialista em atividade humana e movimento, sendo um educador, um gestor de mudança, através do seu contributo para a promoção da saúde, prevenção da doença e promoção da atividade física.

#### SOBRE A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA, O QUE É QUE AINDA FALTA DEMONSTRAR À SOCIEDADE?

Falta demonstrar que o fisioterapeuta é um profissional imprescindível e insubstituível em todas as equipas da saúde e a todos os níveis do sistema de saúde e um contributo inestimável para a saúde da população e para a plena integração dos indivíduos na sociedade.

#### PASSAMOS POR UMA PANDEMIA, PRESENTEMENTE AINDA ASSIM DECLARADA, QUE ECOS TEM SOBRE A VIVÊNCIA DESTE PERÍODO PELOS FISIOTERAPEUTAS?

Este período foi o teste pesado à capacidade de todos os profissionais de saúde e de igual modo aos fisioterapeutas. Foi no entanto demonstrado a todos os níveis que o fisioterapeuta integrado na equipa multidisciplinar é fundamental para o sucesso das diferentes intervenções no tratamento agudo dos doentes com COVID-19, mas é também indispensável para a recuperação dos efeitos a longo prazo provocados pelo vírus. Os fisioterapeutas que atuam nas unidades de cuidados intensivos e na continuação dos cuidados demonstraram um trabalho exemplar e que foi amplamente reconhecido. ■

# O AVESSO DA CAPA

CONVERSA ENTRE FÁTIMA CARVALHO E MÁRCIA FONSECA

**Fátima Carvalho – Qual o tipo de intervenção que desenvolvem no âmbito da Reabilitação Psicossocial?**

**Márcia Fonseca** – A Reabilitação Psicossocial compreende um conjunto de intervenções que têm por base a premissa de apoiar a pessoa com alguma incapacidade decorrente de uma doença do foro psiquiátrico a alcançar o seu potencial máximo de autonomia, tanto quanto possível na comunidade. Pretende manter ou desenvolver competências instrumentais e sociais necessárias à autonomia e à qualidade de vida. Podemos estar a falar desde competências de autocuidado, a competências inerentes às relações interpessoais ou socialização. Tendo como foco a pessoa, tentamos potenciar as suas capacidades para uma vivência o mais plena possível, com vista a capacitá-la, empoderá-la, aumentar a sua qualidade de vida e a sua integração social.

**MF – A saúde da pessoa é um todo e não podemos falar de saúde mental deixando de fora a saúde física e vice-versa. Neste sentido pergunto, tendo em conta o contexto pandémico, quais foram os impactos da pandemia no seu quotidiano profissional?**

**FC** – Essa pergunta leva-me a dizer-lhe o que estou a fazer atualmente! Trabalho numa enfermaria de reabilitação no Hospital Curry Cabral e neste momento só tenho doentes pós-infecção por COVID-19. Foram doentes que estiveram muito tempo na unidade de cuidados intensivos, ligados ao ventilador durante cinco, seis semanas e até mais, e têm grandes alterações ao nível muscular. São doentes altamente miopáticos, com grandes deficits de força muscular e, sobretudo, grandes deficits de resposta cardiovascular aos esforços, mesmo que mínimos. Chegam ainda com aporte de oxigénio e muitos estão traqueostomizados. Para nós, é um grande desafio

porque não estamos habituados a lidar com este tipo de doentes e vemo-nos confrontados com realidades que necessariamente nos ultrapassam. Antes da pandemia, tínhamos essencialmente doentes pós-AVC, com sequelas importantes a nível motor, sensitivo e até ao nível das funções cognitivas e agora temos uma realidade totalmente diferente. Alguns doentes vêm com lesões neurológicas periféricas devido a posicionamentos prolongados, nomeadamente em decúbito ventral e portanto são realidades muito diferentes. Cognitivamente estão bem, apesar de muitos deles terem tido desmames ventilatórios muito problemáticos e com períodos de grande sonolência e de resposta difícil ao meio envolvente, mas quando conseguem dar a volta a intervenção resulta muito bem. Melhoram muito rapidamente, principalmente a parte muscular, o que torna a intervenção muito gratificante. Recuperam com muita velocidade, ao contrário dos doentes que habitualmente tínhamos. É um belo desafio ver estes doentes recuperar. Entram em cadeira de rodas, totalmente dependentes, com escalas de funcionalidade baixíssimas e, em quatro ou cinco semanas, conseguimos colocá-los a andar e a ir para casa. Mas há doentes que ainda sofrem com medos e algumas mágoas porque passaram por uma situação extrema, com internamentos prolongados sem verem os familiares. Nestes casos, os psicólogos têm um papel muito importante.

**FC – E desse lado, como foi viver este período?**

**MF** – Primeiramente, poderá ser importante referir que a intervenção que fazemos assenta e tem por base a relação, sendo a integração na vida social um direito, independentemente das dificuldades ou características de cada um. Ora, o que nos foi pedido durante o tempo de pandemia, foi literalmente o oposto: confinar, isolar,



adaptar o modelo relacional que tínhamos e encontrar outras formas de vivência em sociedade, muito menos comunitária, em alguns casos. Tivemos que dar azo à imaginação e encontrar outras ferramentas que nem todos dominamos ou sequer dispomos. Há pouco tempo lia que “todos estamos na mesma tempestade, mas os barcos e os braços com que remamos são diferentes”, portanto podemos salientar duas ideias: primeiro, quando pensamos nos efeitos da pandemia ao nível da saúde mental das pessoas em geral, sabemos que houve um grande impacto, ficou mais fragilizada. Depois, quando falamos de intervenção psicossocial, estamos a falar de uma intervenção destinada a pessoas que à partida já têm uma saúde mental mais fragilizada, algumas com patologias com largos anos de evolução, e de pessoas que, muitas vezes, apresentam uma maior vulnerabilidade ao stress. Sendo que muitas vezes conseguimos antecipar e trabalhar algumas das situações mais ansiogénicas ou stressantes. Mas nesta pandemia não conseguimos antecipar nada. Foi tudo novo e foi precisa uma grande capacidade de adaptação e um grande esforço psicológico em termos de processos cognitivos que nos permitissem adaptar e sobreviver. Estando a falar de pessoas que tinham algumas dificuldades ao nível da perceção e do pensamento, concentração e memória. Tivemos duas grandes preocupações: por um lado, atenuar possíveis dificuldades de compreensão e cumprimento das estratégias preventivas, por outro lado, atenuar o risco de desenvolverem uma forma grave de doença por COVID-19, por causa das comorbilidades que já existiam. Isto obrigou-nos a ter estratégias cautelosas, tentando antecipar tudo o que fosse preventivo com este foco na diminuição do risco. Muitas das intervenções tiveram em conta esta questão. Também tivemos que pensar em intervenções que tivessem a ver com estratégias de coping, sobreviver em tempos de pandemia à exaustão emocional decorrente do confinamento. Perante isto, poderíamos pensar que os doentes com quem trabalhamos seriam, à partida, menos resilientes. Mas, de facto, deram-nos autênticas lições de resiliência, de perseverança, de querer acreditar e ter fé. Foi muito interessante vivenciar

isto. Tivemos utentes que conseguiram adaptar-se a esta realidade com muita coragem e humildade. No mesmo sentido, as nossas intervenções e criatividade foram impulsionadas. Nós que utilizamos as tecnologias de comunicação de forma corrente, enquanto profissionais fomos chamados a catalisar esta dimensão e eventualmente flexibilizar alguns modos operacionais: por exemplo, foi interessante ver uma técnica de uma unidade de vida na comunidade a dinamizar, com a psiquiatra (que estava em sua casa), uma intervenção terapêutica com o grupo sobre medidas preventivas, às 22h, altura em que todos os elementos do grupo estavam na unidade. Fomos desafiados a pensar muitas vezes diferente e a estarmos mais presentes ainda que mais distantes.

#### **MF – No seu contexto, que impacto teve o isolamento nos doentes?**

**FC** – Na sequência do que eu referia antes e do que a Márcia respondeu, desde logo o impacto destes doentes passarem por tudo isto longe dos familiares. Portanto, ou recorriamos à videochamada, ou através da janela alguns familiares apareciam para ver os doentes, mas nada disto substitui a proximidade. De facto, houve um isolamento que muito prejudicou a evolução de alguns doentes. Concretamente aqui na Clínica S. João de Ávila, foi muito mau o isolamento a que os utentes estiveram votados. Na maior parte dos casos, sendo utentes com muita idade, também com comorbilidades associadas, o isolamento tanto no que diz respeito aos familiares, como até dentro da própria instituição, por exemplo nas duas semanas iniciais de quarentena, com muito pouca interação, foi terrível para o utente, na adaptação à nova realidade e aceitação dos tratamentos. O isolamento teve repercussões negativas ao nível da sua colaboração e, por conseguinte, na sua melhoria em termos funcionais. Notámos uma grande diferença quando o doente é “libertado” do isolamento inicial e pode começar a circular e a ver outras pessoas. Modifica todo o seu comportamento com ganhos significativos no grau de colaboração. O isolamento agrava muito as alterações cognitivas que muitos já apresentavam. ■

# REABILITAÇÃO HOLÍSTICA POTENCIAR A MUDANÇA

DIANA CHAVES



O Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA), inaugurado há mais de meio século, visa dar resposta à necessidade de reabilitar, dar autonomia no máximo grau possível, dignidade e autoestima e promover a integração social de adultos e crianças com incapacidades, predominantemente motoras, que não obtêm os cuidados que necessitam nos serviços hospitalares. O CMRA dispõe de 150 camas de internamento, sendo 16 destinadas exclusivamente à reabilitação de utentes em idade pediátrica e os 3 serviços disponíveis estão organizados de acordo com o grupo etário e patologias em questão, sendo elas o Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA1), que se destina ao internamento de utentes com Lesões vertebro-medulares e outras patologias neurológicas, o Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento (SRPD), para o internamento de crianças e jovens até aos 18 anos de idade, com pato-

logias neurológicas, osteoarticulares, medulares e outras patologias, e o Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA3), que se destina ao internamento de utentes com Acidentes Vasculares Cerebrais, Traumas Cranioencefálicos, amputados, entre outras patologias.

Em finais de 2019, Pedro (nome fictício) deu entrada no CMRA, referenciado pelos hospitais São José e Curry Cabral, após um acidente de viação que lhe provocou uma paraplegia através de compressão medular por fratura de D12. “Trabalhava como vidraceiro numa empresa na margem sul, perto da minha casa, e fazia o trabalho que me era proposto na empresa sem limitações. Tinha uma vida ativa tanto no emprego como no ambiente familiar”. Pedro sempre gostou de passar o tempo com a família e de praticar exercício, fazia viagens e passeios de mota, ia ao cinema, convivia com amigos e ainda tinha tempo para fazer traba-

lhos de bricolage em sua casa, até que, no dia 6 de dezembro de 2019, sofreu o acidente que alterou por completo a sua vida.

“Este Centro foi-me indicado como um dos sítios mais apropriados do país para fazer uma temporada de reabilitação”, diz-nos Pedro, que foi a uma consulta de diagnóstico ao CMRA para poder ser integrado num programa de reabilitação adequado à sua condição.

A abordagem do Centro é holística, global e centrada no indivíduo e considera os fatores físicos, emocionais e sociais, bem como o ambiente em que o doente está inserido, conseguindo ter êxito na reabilitação de uma pessoa com grandes incapacidades. Esta abordagem é feita de forma integrada e por uma equipa multiprofissional composta por Médicos Fisiatras, Enfermeiros de Reabilitação e Cuidados Gerais, Fisioterapeutas, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Psicólogos Clínicos, Ortoprotésicos, Educadores, Dietista, Assistente Social e Animador Sociocultural.

O primeiro internamento de Pedro teve uma duração de cerca de dois meses e as suas expectativas em relação à recuperação da mobilidade eram grandes, pois, na verdade, Pedro não tinha a verdadeira noção da gravidade da sua lesão. “A admissão no Centro de Alcoitão foi feita de uma forma organizada, desde a receção à realização de exames médicos, entrada na enfermaria, alimentação regrada consoante os índices médicos, limpeza e desinfeção e envolveram-me sempre no processo. O acompanhamento dos vários departamentos é excelente e as pessoas que cá trabalham estão sempre preocupadas com os utentes. Os fisioterapeutas que ficaram com o meu caso são tão profissionais quanto humanos”, conta-nos. Pedro fez o programa de fisioterapia proposto e as melhorias que mais notou foram no sentido da preparação para o seu “novo” dia-a-dia fora do Centro, pensando na sua integração na sociedade, com a sua incapacidade, até ao dia em que teve alta.

Após a alta, Pedro foi para casa, onde se deparou com uma nova realidade para a qual confessa que não estava preparado. Sentiu muitas dificuldades nas transferências da cadeira funcional para a cadeira de banho, sendo que o espaço de manobra em casa é bem diferente do espaço disponibilizado no Centro, e também em chegar a locais mais altos, principalmente na cozinha, para retirar alguma coisa dos armários superiores. De volta ao emprego, foi um choque;

“não poder fazer o que fazia, não poder conduzir uma viatura como conduzia, entre outras coisas...”, conta-nos Pedro que, assim que saiu do Centro e sabendo que ainda havia muito trabalho pela frente, foi procurar obter uma continuidade de fisioterapia junto da sua médica de família. A médica de família apoiou a continuação dos tratamentos e Pedro seguiu com a reabilitação numa clínica de fisioterapia perto da sua área de residência. É de salientar que a CMRA faz uma boa articulação entre a saúde e a área social, nas situações de incapacidade grave, na facilitação de todo o processo de prescrição e atribuição de produtos de apoio.

Pedro sentiu, desde o primeiro minuto da sua lesão, que teve o melhor apoio por parte da sua família e amigos e o facto de ter ido para casa ao fim de seis meses em ambiente hospitalar foi “uma lufada de ar fresco para dar continuidade à reabilitação”, conclui. Nas horas vagas, continuou a fazer exercício em casa com o apoio da sua esposa, fez exercício num ginásio e cerca de uma hora por dia de fisioterapia numa clínica, ambos perto da sua casa. Após ver melhorias significativas na sua condição, o fisiatra desta clínica propôs um segundo internamento no CRMA, desta vez para beneficiar de terapias com equipamentos mais avançados que não estavam disponíveis no primeiro internamento que aconteceu no início da pandemia, altura em que os protocolos exigidos de maneira a gerir o Centro o melhor possível não permitiram a utilização desses equipamentos.

O programa de reabilitação é desenhado de forma individual para cada utente, adequado às potencialidades funcionais, condição clínica, existência de co-morbilidades e fase da doença de cada um. São estabelecidos objetivos de reabilitação, em conjunto com o utente, para um determinado período de tempo, seja para o tratamento em ambulatório, seja para o internamento.

O novo programa de reabilitação que foi proposto a Pedro no segundo internamento, tendo em consideração a sua lesão/paraplegia, está a ser mais exigente que o primeiro e tenta extrair o máximo possível de resultados no tempo que foi definido para o tratamento. “Ao fim de duas a três semanas, vejo uma ligeira melhoria no tónus muscular e mais resistência nos exercícios. De momento, estou apenas a realizar o programa que me foi proposto pelo CMRA, mas estou sempre atento a algum tratamento inovador »

## REABILITAÇÃO HOLÍSTICA



que apareça para diminuir os efeitos da lesão, de forma a ganhar qualidade de vida”, conclui.

Até ao momento, já passaram pelo CMRA mais de 95.000 utentes e os resultados da reabilitação são objetivos e mensuráveis, mas o sucesso dos seus programas de reabilitação não está diretamente relacionado com “grandes ganhos”, mas sim com a capacidade de ajudar a pessoa a encontrar um novo sentido para a sua vida, a integrar-se na família e sociedade, e ajudar as famílias e cuidadores a prestarem o apoio necessário, com os recursos necessários. Além disso, a reabilitação diminui substancialmente os custos da dependência, melhora a qualidade de vida e permite o exercício dos direitos de cidadania. As pessoas com grandes incapacidades são o público-alvo do Centro, que trabalha constantemente na melhoria do seu serviço junto dos utentes e destaca que fazer a diferença na vida de uma pessoa é, sem dúvida, o mais gratificante do seu trabalho. Salienta-se a importância da articulação entre todos os intervenientes na prestação de cuidados de saúde, desde a fase hospitalar, aos centros de reabilitação e rede integrada de cuidados continuados e também a importância de sensibilizar a população para a necessidade de criar uma sociedade mais inclusiva, em que todos os cidadãos, independentemente da sua condição, possam ter acesso e exercer os mesmos direitos. Este Centro trata também sequelas de doenças neurológicas, como por exemplo o AVC,

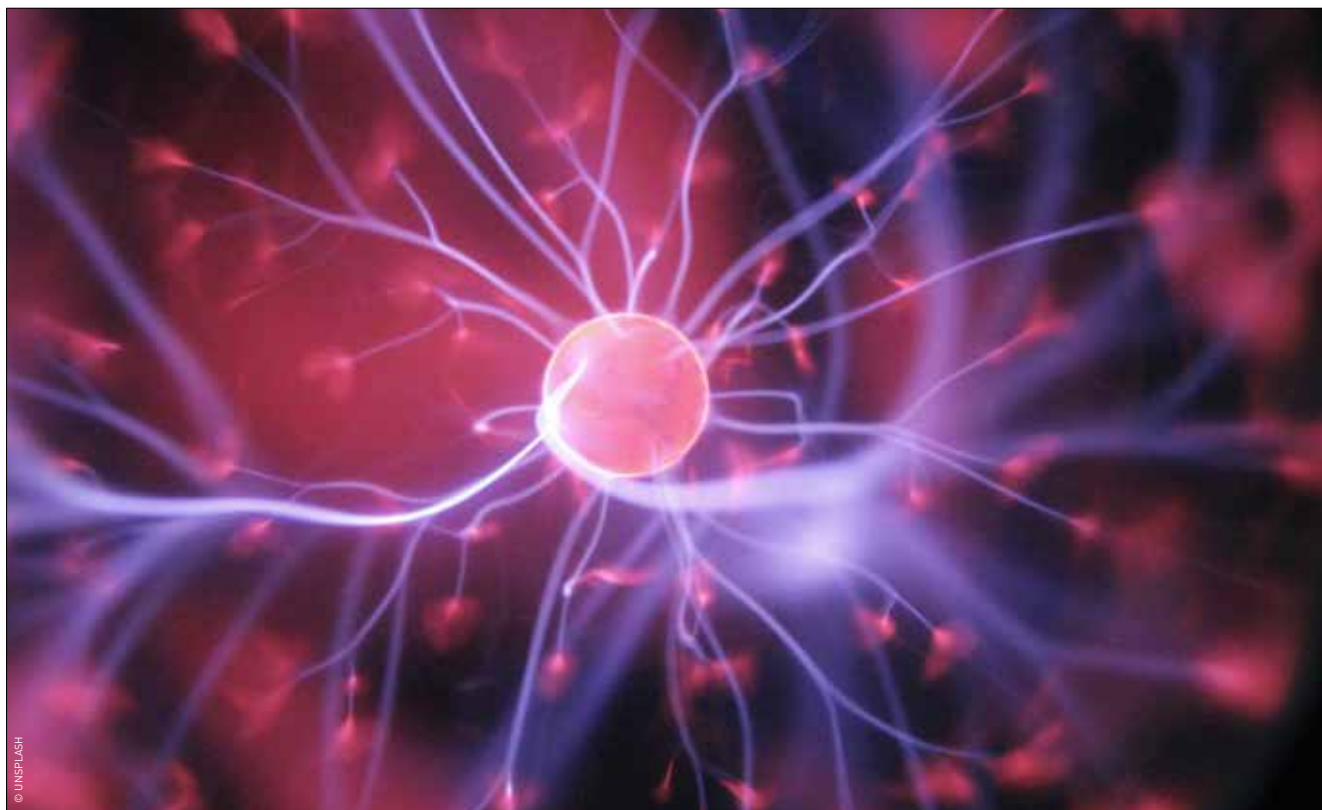
as sequelas de politraumatismos graves, como a lesão medular ou o traumatismo crânio-encefálico, as amputações de membros, as deficiências congénitas e as doenças ou perturbações do desenvolvimento.

O CMRA está capacitado com um Gabinete de Apoio ao Utente (GAU), que é um espaço de audição, diálogo e mediação que recebe sugestões, informações e reclamações, respondendo a cada utente ou família, de modo a esclarecer as questões e mediar a resolução dos problemas através da articulação com os Serviços Clínicos de uma forma estruturada, sendo ainda o único no país que dispõe de um Centro de Mobilidade, integrado no Programa Europeu Autonomy e implementado em parceria com a FIAT em 1999, que tem como objetivo a criação de formas alternativas de condução para pessoas com deficiência. Os parâmetros da avaliação incluem teste de força muscular, capacidade de compreensão e reação a estímulos e destreza global. Os dados desta avaliação são interpretados à luz do contexto clínico-funcional global de cada indivíduo. Nos casos em que há potencial para licenciamento da condução, são equacionadas e relatadas as adaptações necessárias a realizar no veículo.

Para o Pedro e outros tantos utentes, a existência deste tipo de serviços com uma abordagem holística é de facto a potenciação da mudança quando a vida se virou “de pernas para o ar”. ■

# FUNDAMENTOS DA REABILITAÇÃO COGNITIVA NA DOENÇA MENTAL

LILIANA ISABEL SILVESTRE RAMOS



## RESUMO

O trabalho descrito a partir desta fundamentação teórica tem a sua gênese na pretensão de tornar evidente a importância da Reabilitação Cognitiva na Doença Mental. As intervenções psicossociais são relativamente recentes e devem-se ao reconhecimento da importância dos processos neuropsicológicos no tratamento da doença mental assim como o seu impacto ao nível do funcionamento psicossocial.

Nesse sentido, a Reabilitação Cognitiva é considerada como uma importante estratégia interventiva, na medida em que os défices cognitivos tornam-se evidentes desde o primeiro

surto psicótico e influenciam drasticamente o desempenho funcional dos indivíduos.

De acordo com a literatura, são vários os autores que sustentam a teoria de que a maioria dos indivíduos com doença mental apresenta alterações significativas nos vários domínios cognitivos, com défices ao nível do funcionamento executivo, linguagem, memória de trabalho e memória verbal, vigilância e atenção, determinando o perfil funcional dos mesmos. A crescente valorização e enfoque da neurocognição em Psiquiatria, principalmente no que concerne ao planeamento de intervenções terapêuticas e de reabilitação que promovam uma melhoria no prognóstico »



dos indivíduos, contribuiu fortemente para a pertinência do construto do presente trabalho.

#### PALAVRAS-CHAVE

Doença Mental, Reabilitação Cognitiva, Psicossocial

#### ABSTRACT

The work described from this theoretical foundation has its origin in the pretension of making evident the importance of Cognitive Rehabilitation in Mental Illness. Psychosocial interventions are relatively recent and are due to the recognition of the importance of neuropsychological processes in the treatment of mental illness as well as their impact on the level of psychosocial functioning.

In this sense, Cognitive Rehabilitation is considered as an important intervention strategy, insofar as cognitive deficits become evident from the first psychotic outbreak and drastically influence the functional performance of individuals.

According to the literature, several authors support the theory that most individuals with mental illness present

significant changes in the various cognitive domains, with deficits in executive functioning, language, work memory and verbal memory, attention, determining their functional profile.

The growing appreciation and focus of neurocognition in psychiatry, especially with regard to the planning of therapeutic and rehabilitation interventions that promote an improvement in the prognosis of the individuals, contributed strongly to the pertinence of the construct of the present work.

#### KEYWORDS

Mental Illness, Cognitive Rehabilitation, Psychosocial

#### INTRODUÇÃO

A presente fundamentação teórica foi elaborada no âmbito da Pós-Graduação em Reabilitação Psicológica e Psicossocial em Saúde Mental, do Instituto CRIAP, e diz respeito ao cumprimento do trabalho final para a conclusão da Pós-Graduação supracitada, cujo objetivo assenta na materialização do contacto direto com a investigação

nas diversas áreas do conhecimento científico adquirido ao longo de praticamente um ano.

Foi selecionado o tema subordinado à Reabilitação Cognitiva na Doença Mental, decorrente do módulo: Neuropsicologia, Cognição e Comportamento, cuja componente teórica foi dada pelo formador Mésicles Helin Berenguel. Este trabalho resulta de uma metodologia baseada no conhecimento empírico e científico, através de um planeamento e de uma breve revisão da literatura subordinada aos temas Doença Mental e Reabilitação Psicossocial, bem como numa compilação de aprendizagens decorrentes dos módulos frequentados e da prática clínica da formanda, que culmina no desenvolvimento de conhecimentos e competências, académicas e profissionais, no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria.

Está organizado em quatro partes principais: Resumo, Introdução, Enquadramento Teórico e Conclusão. No resumo, são expostos de modo sucinto os principais temas abordados, sendo traçado o perfil teórico-científico a ser explorado com mais detalhe. Na presente introdução, são definidos os objetivos do trabalho e explicada a organização do mesmo. No enquadramento teórico, encontra-se toda a contextualização dos temas considerados mais pertinentes para a prática clínica, assim como as suas linhas orientadoras. Por fim, surge a conclusão, onde são analisados de forma geral os principais aspetos tratados e a síntese das competências adquiridas.

### ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com FAZENDA (2008), “a Doença Mental é um conceito difícil de definir pois abarca um leque alargado de perturbações que alteram o funcionamento emocional, intelectual e social, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença” (FAZENDA, 2008 citado in Azevedo, 2014, p.19). De entre as alterações observadas, as funções e faculdades cognitivas e comportamentais são aquelas que de modo transversal estão mais presentes.

Para Vieira (2013), “várias revisões bibliográficas sustentam a ideia de que os défices cognitivos observados numa grande percentagem de pessoas com esquizofrenia serão responsáveis pelo desempenho cognitivo deficitário e pela incapacidade funcional associada à doença.” (p.22). Segun-

do a autora, os défices cognitivos apresentados por indivíduos com esquizofrenia contribuem para a manifestação de défices funcionais característicos, sendo que cerca de 20 a 60% desses défices funcionais estão mais relacionados com o défice cognitivo do que quanto aos sintomas positivos e negativos da doença. Ainda citando a autora, a mesma refere que “as funções cognitivas mais fortemente afetadas na esquizofrenia são a memória de trabalho, a aprendizagem e a memória visual, a velocidade de processamento, a cognição social, a atenção sustentada/vigilância, a aprendizagem e memória verbal e as funções executivas” (p.23) Atualmente, os serviços de saúde mental oferecem intervenções terapêuticas cujo treino de habilidades promove a autonomia através da Reabilitação Psicossocial. A Reabilitação Psicossocial traduz-se como um importante processo cuja finalidade assenta no desenvolvimento das potencialidades do indivíduo com doença mental, tendo como objetivo a aquisição de níveis de autonomia satisfatórios para que possa desempenhar o seu papel na comunidade. (Azevedo, 2014).

Nesse sentido, Vieira (2013) descreve a reabilitação cognitiva como “uma terapia comportamental que tem como intenção melhorar os processos cognitivos (atenção, memória, funções executivas, cognição social ou metacognição) com o objetivo de durabilidade e generalização” (p.24). Pretende-se, através da estimulação cognitiva, melhorar o funcionamento cognitivo e social do indivíduo, por meio da criação de contextos que permitam manter a mente, as emoções, as interações verbais e sociais em atividade, sendo essa atividade o melhor recurso para minimizar os efeitos negativos. É imperativa a manutenção da cognição no sentido de promover a independência e a autonomia do indivíduo, tendo em consideração as potencialidades da plasticidade cognitiva.

A estimulação cognitiva assenta num vasto conjunto de estratégias e exercícios cujo objetivo passa por estimular determinadas áreas de cognição, aplicadas individualmente ou em grupo num determinado período de tempo. Quando se traça um programa de estimulação cognitiva, deve refletir-se acerca dos estímulos a serem utilizados. As atividades deverão ser motivadoras e bem estruturadas no tempo e no espaço, sustentadas na comunicação verbal e dirigidas a pequenos grupos. (Matimba, 2014) »



De acordo com Marques, Queirós & Rocha, (2006), “(...) a *Reabilitação Cognitiva é um processo terapêutico que visa recuperar, compensar e promover, de forma sistemática, competências neurocognitivas, apoiando-se no pressuposto da capacidade plástica do cérebro*” (p.111).

De facto, não podemos debater a Reabilitação Cognitiva sem referir a plasticidade cerebral ou neuroplasticidade, caracterizada como a capacidade de adaptação do sistema nervoso por meio de interações com fatores ambientais internos e externos, interferindo diretamente no processo e sobre os resultados da própria reabilitação. Ao serem consideradas estratégias de intervenção para as disfunções cognitivas, comportamentais, funcionais e emocionais não poderá ser descurada a neuroplasticidade, para que os resultados sejam potencializados e sejam uma evidência na funcionalidade dos indivíduos. (Ignácio, 2016)

De acordo com Azevedo (2014), os programas de estimulação cognitiva visam o desenvolvimento de competências, o aumento da qualidade de vida e o aumento do nível de funcionamento geral, dependendo para o efeito da sua capacidade de aprendizagem e das suas capacidades cognitivas. Para o autor, os Programas de Estimulação Cognitiva assentam no objetivo major de prevenir o declínio cognitivo global e deverão ser delineados de modo a manter as habilidades preservadas, para compensar perdas e potenciar aprendizagens, estando implícita a estimulação geral de diversos domínios cognitivos. As funções cognitivas podem ser divididas em 9 domínios, nomeadamente a atenção, a orientação, a memória, a organização visuomotora, o raciocínio, as funções executivas, o planeamento e a resolução de problemas. Nos indivíduos com doença mental, verificam-se diversos défices de foro cognitivo e social que afetam o seu funcionamento diário. Entre os vários domínios cognitivos afetados salientam-se a atenção, a memória, a velocidade de processamento e a função executiva, estando esta última relacionada com dificuldades de aquisição de competências sociais assim como o seu desempenho. A priorização interventiva nos défices cognitivos deve-se ao facto de estarem associados a dificuldades do funcionamento social, estando a reabilitação dependente da avaliação e da estimulação cognitiva. Sendo a doença mental uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, empiricamente verificam-se evidências da relação

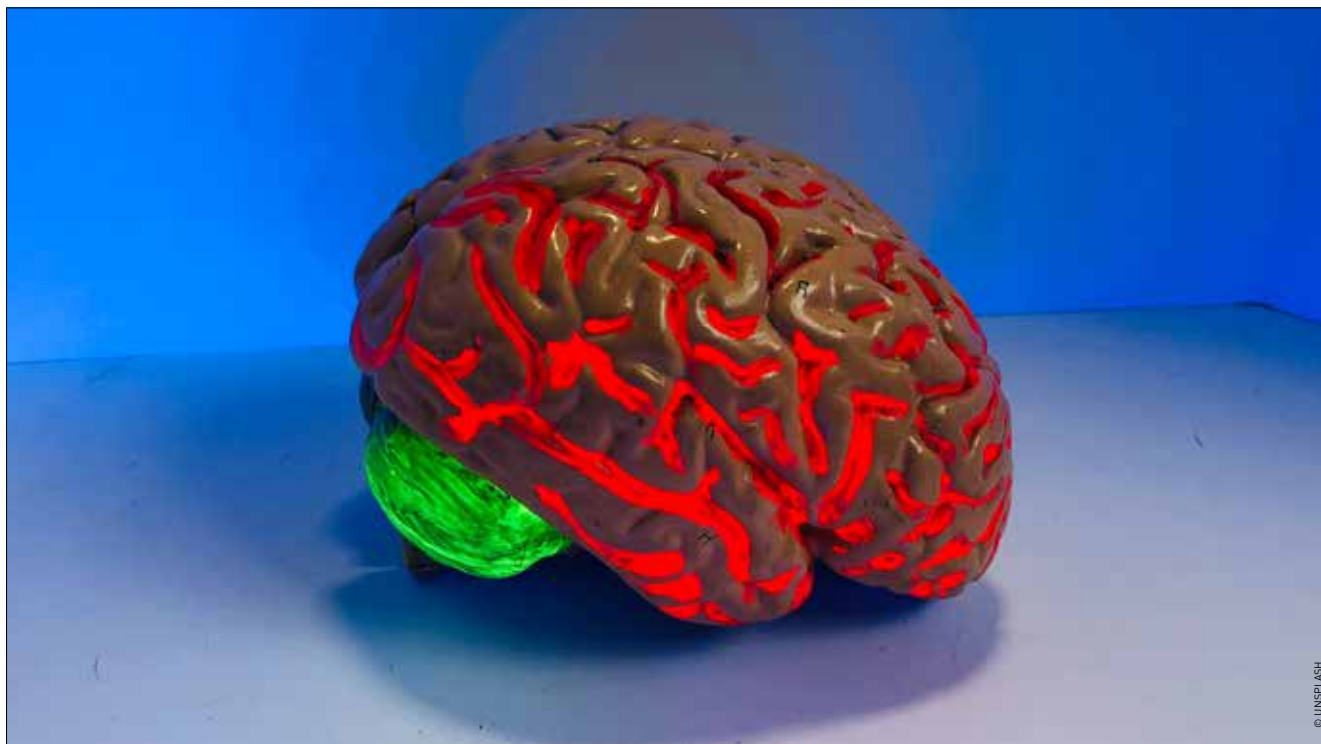
de causalidade entre a cognição e a funcionalidade do indivíduo.

Para que se obtenha um maior e melhor desempenho cognitivo, a remediação cognitiva utiliza um diverso leque de metodologias, individuais ou de grupo, de variável durabilidade e com recurso ou não a material computadorizado, cujo objetivo primordial é fomentar a promoção, compensação ou recuperação sistemática de competências neurocognitivas, existindo o pressuposto de que uma melhoria das funções cognitivas irá permitir um funcionamento social mais adequado. (Vaz-Serra et al, 2010).

Abrisqueta-Gomez (2011) e Mello, Muszkat e Miranda (2006) citado in Ignácio (2016) descrevem sete princípios neurobiológicos que poderão determinar a reabilitação cognitiva, tendo em conta a neuroplasticidade, sendo os mesmos:

1. **Postura Assimiladora** (considerar o ambiente e os materiais utilizados);
2. **Planeamento Instrumental** (atuar em conformidade com as habilidades cognitivas, seguindo uma hierarquização crescente de complexidade, com início em processos atencionais passando para as funções executivas e planeamento);
3. **Metacognição** (sustenta a participação ativa do indivíduo, na medida em que promove a autoconsciência e organização);
4. **Modularidade** (diz respeito às características funcionais e específicas de cada hemisfério, beneficiando-se a formação de alternativas);
5. **Singularidade** (tem em conta as especificidades da própria doença, sendo necessário adaptar as intervenções terapêuticas de acordo com o contexto e expectativas);
6. **Reserva Funcional** (relaciona-se com a capacidade de compensação sensorial ou compensação da área homóloga);
7. **Complementaridade Sensação-Emoção-Ação** (ativação de áreas motoras, auditivas ou outras após estímulo, promovendo a ativação multissensorial e, conseqüentemente, a plasticidade cerebral).

Não obstante, Ignácio (2016), Gindri et al (2012) enumera um último princípio, Transferência ou Generalização, tido como o principal na reabilitação cognitiva, na qual a execução de uma tarefa treinada potencia a realização de outra



não treinada, impulsionando desta forma a transferência da intervenção em contexto clínico para o contexto real do indivíduo.

De acordo com Vieira (2013), na remediação cognitiva são utilizadas intervenções de restituição/remediação, que consistem em intervenções que potenciam a cognição, através da concretização repetitiva e gradual de atividades a priori realizadas pelo indivíduo, de forma a otimizar o seu padrão de desempenho e autonomia. Seguidamente, serão descritas duas abordagens, sendo a seleção determinada pela pertinência das mesmas no contexto profissional da autora.

**1. A Terapia Psicossocial Integrada (IPT)** segue uma abordagem de intervenção hierarquizada, que combina técnicas de remediação cognitiva com técnicas de reabilitação psicossocial organizadas sequencialmente em cinco subprogramas, classificados como Diferenciação Cognitiva (atua ao nível das funções neurocognitivas básicas, nomeadamente a atenção, a memória verbal, a flexibilidade cognitiva e a formação conceptual); Perceção Social (a qual incide na cognição social); Comunicação Verbal (destaca as competências neurocognitivas relacionadas com a comunicação in-

terpessoal); Habilidades Sociais e Resolução de Problemas Interpessoais (intervêm ao nível da construção de habilidades sociais individuais) Vieira (2013). Esta abordagem é descrita também por Marques, Queirós & Da Rocha (2006), que referem que “[...] as pessoas com esquizofrenia apresentam deficits em diferentes níveis funcionais de organização comportamental, que podem ser organizados em quatro categorias, sujeitas a um funcionamento “pervasivo”, no qual se pressupõem interações entre o processamento de informação e o comportamento social. Estas quatro categorias são: (1) categoria atencional/perceptual, relacionada com os deficits básicos de processamento da informação; (2) nível cognitivo, que inclui a formação de conceitos, os processos pré-linguísticos associativos e as atribuições; (3) nível microssocial, que inclui as competências funcionais e os comportamentos sociais básicos; e (4) nível macro-social, que se reporta à efetividade do desempenho dos papéis sociais. Algumas investigações têm mostrado a eficácia e os benefícios cognitivos e psicossociais do Integrated Psychological Therapy (Penades et al., 2003; Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson, & Weiler, 1999)” (p.112). »



**2. O Treino de Remediação Cognitiva (CRT)** traduz-se num conjunto de exercícios adaptados ao desempenho do indivíduo, realizados repetidamente e com um reduzido nível de dificuldade. Está direcionado para as funções cognitivas atenção/concentração, aprendizagem/memória e função executiva, sendo dividido em três módulos, nomeadamente Mudança Cognitiva (realização de tarefas que estimulem a atenção e a flexibilidade cognitiva); Memória (para desenvolvimento da memória de trabalho e memória a longo prazo) e Planeamento (incide no treino de habilidades de planificação).

As restantes abordagens denominam-se Cognitive Enhancement Therapy (CET), Neurocognitive Enhancement Therapy (NET), Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation (NEAR), Attention Process Training (APT), Attention Shaping Procedure (AS) e o Thinking Skills for Work Programs (TSWP).

Ainda citando Vieira (2013), podem ser utilizadas intervenções de compensação, que promovem a aprendizagem de estratégias para que o indivíduo execute uma mesma tarefa de múltiplas formas, a fim de adotar comportamentos adequados de modo inconsciente e automático. Para tal, a autora refere duas abordagens, o Errorless Learning e o Cognitive Adaptation Training.

### RELATO DA PRÁTICA CLÍNICA

Atendendo à prática clínica da formanda, na sequência de observações diretas e informais e das intervenções terapêuticas realizadas em contexto profissional, é realizada uma breve exposição teórica sobre a qual a sua prática clínica é concretizada.

Uma sessão terapêutica deve ser organizada em 3 fases (introdução, desenvolvimento e discussão) e o planeamento deve incluir os objetivos, os materiais, o tipo de ambiente, o tempo determinado, a sequência que permita chegar ao final de modo gradual e claro, e, por último, dar a possibilidade de serem colocadas perguntas e de serem discutidas as conclusões.

Ao serem desenvolvidas intervenções terapêuticas que englobem a estimulação cognitiva e sabendo que as mesmas atuam diretamente na plasticidade neuronal, ao ser estimulada a componente cognitiva como a atenção/concentração, a memória, a linguagem, o raciocínio, denota-se que o

bom funcionamento destas funções influencia diretamente as características pessoais e implica ganhos emocionais nos indivíduos com doença mental.

Nas intervenções deverá ser valorizada a vinculação terapêutica, fundamentada numa relação empática e estruturante como ferramenta de trabalho, sendo necessário manter um nível continuado e satisfatório de estimulação. É fulcral que a informação dada pela terapeuta seja devidamente compreendida pelo indivíduo. As informações deverão ser transmitidas de forma clara, lenta e objetiva, utilizando a comunicação verbal e não-verbal, contacto ocular eficaz, gestos, voz, sons e/ou através de objetos e figuras. As atividades a serem desenvolvidas poderão incluir músicas, notícias, jornais, revistas ou outros de forma a manter um certo nível de interesse, numa tentativa constante de não ser observada apatia e/ou conformismo, não descurando as técnicas de lápis e papel, de mediação lúdica ou software informático. Deverão ser realizadas atividades que mantenham ativas as funções atenção/concentração, a sequência de pensamento e a capacidade de fazer escolhas. Através da estimulação cognitiva, os objetivos terapêuticos passam pelo desenvolvimento da criatividade, memória e comunicação; pela melhoria da qualidade de vida; pela aquisição direta de competências que se refletem na qualidade das tarefas relacionadas com o défice em questão e consequentemente ganhos nos domínios da autoestima e interação social, variáveis fundamentais para o bom desempenho e autonomia do indivíduo no meio onde está inserido. É extremamente importante que sejam desencadeados processos geradores de reflexão, autonomia e sentimento de competência, assentes no treino de habilidades de processamento de informação e de resolução de problemas. Para tal, deverá ser incentivada a participação do indivíduo nas atividades cognitivas e atuar na organização do seu quotidiano. O facto de o indivíduo realizar atividades de forma ativa estimula-o a usar as suas capacidades remanescentes e auxilia-o a mantê-las, sendo um trabalho de manutenção e prevenção.

Procura-se aumentar as trocas verbais e não-verbais, a frequência de contactos sociais, a participação em atividades em grupos terapêuticos, a diminuição de condutas perigosas, inadequadas e ineficazes, a orientação espaço-temporal e o treino para uma boa higiene pessoal. Em

qualquer treino, é crucial que haja continuidade, repetição e gradual exigência das tarefas. A contínua atividade cognitiva como a leitura, os exercícios de memória, as palavras cruzadas e jogos de xadrez, entre outros, auxiliam a manutenção da memória. Não obstante, a promoção de um estilo de vida saudável através da prática de exercício físico e de uma alimentação adequada são também fatores a considerar no que respeita à melhoria da qualidade de vida do indivíduo com doença mental.

Nas sessões terapêuticas, poderão ser aplicados jogos dinâmicos de apresentação e integração, de modo a promover o conhecimento dos indivíduos entre o grupo e potencializar aptidões sociais e de autoconhecimento. Poderão também ser incluídos vários jogos semânticos, como por exemplo identificar e descobrir profissões, função do objeto, associação de imagens, entre outros, com o objetivo de estimular a memória por associação. A estimulação das capacidades cognitivas poderá ser realizada através de jogos como palavras cruzadas, resumo/reconto de histórias e memorização de imagens ou palavras. No sentido de serem desenvolvidas aptidões ao nível da expressão e consciência corporal bem como a criatividade, poderão ser incluídos jogos teatrais através da imitação, por exemplo. O recurso a dinâmicas de grupo ou jogos cooperativos contribui significativamente para o desenvolvimento de inúmeras competências tais como a atenção/concentração, o trabalho de equipa, o desenvolvimento da compreensão e expressão verbal, a coordenação psicomotora, a partilha de experiências e a adaptação a novas situações e desempenhos, além de potenciar redes de interação social. Por fim, deverá ser considerada a estimulação multissensorial, com o objetivo de estimular os sentidos do indivíduo, proporcionando um estado agradável de relaxamento.

### CONCLUSÃO

Na relação que se estabeleceu entre os défices cognitivos e o funcionamento global dos indivíduos com doença mental, atendendo à eficácia das intervenções de reabilitação psicossocial, a reabilitação da função cognitiva tornou-se uma área fundamental de intervenção a ser considerada. Embora a reabilitação cognitiva englobe um vasto conjunto bastante heterogéneo de terapias e com diferentes resultados, é inquestionável a evidência baseada na prática clí-

nica, a qual revela resultados favoráveis derivados da sua aplicação.

Aplicada e ajustada às capacidades e objetivos pessoais e sociais dos indivíduos, atendendo às características e singularidade quanto a aspetos biológicos, funcionais e sociais, faz com que se verifique uma manutenção da autonomia e do desempenho funcional do indivíduo, assim como uma generalização das competências a outros contextos, tornando-a numa componente terapêutica presente atualmente nas intervenções psicossociais, sendo alvo de estudos científicos e sujeita a análise de resultados.

A realização de intervenções terapêuticas integradas, com recurso a componentes neurocognitivos e de competências sociais, poderá ser uma metodologia eficaz. A estimulação cognitiva permite um desempenho neurocognitivo superior, potencializando processos de interação e funcionamento social que se traduzem em melhorias na dimensão social e, conseqüentemente, na experimentação de variados estímulos que possibilitam o desenvolvimento das capacidades cognitivas.

Estes tipos de intervenções proporcionam ao indivíduo a oportunidade de se sentir parte integrante da comunidade através do convívio social, mantendo as suas capacidades residuais e estimulando as funções mentais, mostrando-lhe o valor das suas experiências de vida. ■

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, C. (2014). Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Católica Porto
- Griné, T (s/d). Intervenção de Enfermagem na Promoção da Saúde Mental da Pessoa Idosa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ignácio, M. (2016). Reabilitação das Funções Executivas de Pessoas com Esquizofrenia: proposta de um jogo sério contextualizado nas atividades instrumentais de vida diária. Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.
- Marques, A.J., Queirós, C., & Rocha, N. B. (2006). Metodologias de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos com Doença Mental e Desempregados de Longa Duração. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 109-116
- Matimba, A. (2014). Efeitos do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosas Institucionalizadas na unidade do Sagrado Coração com défices cognitivos Moderados – CSBJ, Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, Faculdade de Ciências Sociais.
- Vaz-Serra, A. et al. (2010). Cognição, Cognição Social e Funcionalidade na Esquizofrenia. *Acta Med Port*; 23: 1043-1058.
- Vieira, J. (2013). Reabilitação Cognitiva na Esquizofrenia. Artigo de revisão, vol. 11, nº2.

### AUTORA

Liliana Isabel Silvestre Ramos Pós-Graduada em Reabilitação Psicológica e Psicossocial em Saúde Mental

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E MULTIDISCIPLINARIDADE

CAROLINA GOMES FERNANDES



## RESUMO

O objetivo deste trabalho é refletir sobre a importância do papel e a forma de participação dos vários intervenientes nas equipas multidisciplinares, com áreas profissionais distintas, em prol da qualidade de vida e da eficácia do tratamento do utente.

No seguimento deste, procede-se à contextualização de conceitos fundamentais para a compreensão da intervenção multidisciplinar em saúde mental.

Inicialmente, é feita referência à saúde mental, seguindo-se

de uma abordagem histórica da reabilitação psicossocial e posteriormente é apresentado e descrito o conceito de multidisciplinaridade, bem como o contributo do Serviço Social e do Educador Social para a reabilitação psicossocial e para as equipas multidisciplinares.

## PALAVRAS-CHAVE

Saúde mental, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, multidisciplinaridade, serviço social, educador social



## ABSTRACT

The objective of this work is to reflect on the importance of the role and the participation of the various actors in the multidisciplinary teams, with different professional areas, for the quality of life and the effectiveness of the treatment of the user.

Following this, we proceed to the contextualization of fundamental concepts for the understanding of the multidisciplinary intervention in mental health.

Initially reference is made to mental health, followed by a historical approach to psychosocial rehabilitation, and later the concept of multidisciplinary is presented and described, as well as the contribution of the Social Work and Social Educator in psychosocial rehabilitation and in multidisciplinary teams.

## KEYWORDS

Mental health, deinstitutionalization, psychosocial rehabilitation, multidisciplinary, social work, social educator

## INTRODUÇÃO

Na sequência da Pós-Graduação em Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental – 5ª Edição, realizada em Lisboa e em Live Streaming, foi proposta a realização de um trabalho final, sobre um tema correspondente a um dos módulos/conteúdos abordados. A escolha do tema foi opção de cada um dos formandos e a minha recaiu sobre o módulo “Reabilitação Psicossocial e Multidisciplinaridade”, uma vez que possuo como local de trabalho a Casa de Saúde São João de Deus – Funchal, onde exerço a função de Técnica Superior de Educação Social – Educadora Social, e considero que desempenho um papel fundamental na equipa multidisciplinar.

Desde há vários séculos que a doença mental faz parte da vida do homem, no entanto, hoje em dia, os problemas ligados à saúde mental representam uma grande preocupação, pelas várias formas que vêm assumindo. Cobb & Mittler definem a doença mental como “[...] várias perturbações que afetam o funcionamento e comportamento emocional, social e intelectual. Caracteriza-se por reações emocionais inapropriadas dentro de vários padrões e graus de gravidade, por distorções (e não por deficiência) da compreensão e da comunicação, e por um comportamento social erradamente dirigido e não por incapacidade de adaptação.” (Folheto SNR n.º54, 2005).

Através do aumento de estudos na área da saúde mental, conseguiu-se melhorar a análise das consequências da doença mental, quer em termos de mortalidade e morbili-dade, quer em termos económicos e sociais, evidenciando a importância desta área que durante imenso tempo foi “negligenciada”. Atualmente, procura-se promover a autonomia e a integração dos doentes na comunidade, ao contrário do que acontecia anteriormente, com a existência de asilos ou outras estruturas, onde os doentes permaneciam por vários anos ou eternamente.

Desta promoção surgiu o conceito de Reabilitação Psicossocial, que, de acordo com Pitta (1996, citado em Guerra, 2004), também pode ser considerada como “...o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade”.

A reabilitação não pode ser encarada apenas como a transição do incapaz para o capaz, mas sim, ser contida num processo amplo, que permite ao doente atingir o seu máximo potencial de funcionamento autónomo dentro da comunidade, sendo que este processo implica diferentes tipos de intervenções psicossociais.

Diversos técnicos de saúde ocupam os seus campos de atuação, sendo todos estes indispensáveis à elaboração e execução dos planos individuais de intervenção (PII), ao tratamento, à cura e à reabilitação do utente. Desta forma, verifica-se que o envolvimento multidisciplinar é essencial e resulta da combinação de profissionais de diferentes áreas, onde cada um, com as suas qualificações e experiências, se complementa entre si, e trabalhando em conjunto para garantir um tratamento completo e sistémico.

## REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: PERSPECTIVA HISTÓRICA

Segundo o Relatório da saúde no mundo da OMS (2001), saúde mental é “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”, sendo esta determinada por vários fatores, tais como: fatores biológicos, individuais, familiares, sociais e fatores económicos e ambientais.

Tendo em conta esta definição, podemos afirmar que os »



problemas de foro mental não são suficientes para avaliar o estado da saúde mental do indivíduo, e que é necessário para esta avaliação focar-se nos outros fatores.

Em Portugal, desde a década de 80, iniciou-se a discussão sobre o fim dos asilos, bem como sobre o paradigma da desinstitucionalização em saúde mental. Esta última surge no contexto de uma perda progressiva de protagonismo por parte do hospital psiquiátrico, dando lugar, em muitos países, à implementação de estruturas assistenciais de base comunitária. Segundo (Bandeira, Gelinas & Lesage, 1998), a desinstitucionalização é um processo de encerramento dos hospitais psiquiátricos como forma de concretizar uma política de saúde mental que consiste em devolver as pessoas com doença mental à sua comunidade de pertença, promovendo a reinserção social e profissional e a igualdade de direitos.

A Organização Mundial de Saúde expõe que não “recomenda o fechamento de hospitais para doentes mentais sem que existam alternativas comunitárias, nem, por outro lado, a criação de alternativas comunitárias, sem fechar os hospitais psiquiátricos. As duas coisas terão de ocorrer ao mesmo tempo, de um forma bem coordenada e paulatina.” (2001).

A realidade é que devolver as pessoas com doença mental à sua comunidade (reintegrá-las) não é um processo linear nem simples, pois surgem vários tipos de barreiras que dificultam a adaptação destes indivíduos, nomeadamente as próprias limitações que advêm das suas patologias mentais. Adjacente a esta realidade, podemos acrescentar os efeitos negativos da institucionalização, a que estes estiveram submetidos durante anos, que consequentemente influenciaram a perda de autonomia e capacidades de relacionamento entre estes e a sociedade em geral. Por sua vez, a sociedade em geral não está preparada para receber estes indivíduos, o que é perceptível pela exteriorização das suas atitudes de estigmatização. Estas atitudes, segundo Erving Goffman (1963), refletem-se na sociedade quando o indivíduo “... é reduzido, nas nossas mentes, de uma pessoa completa e normal para uma pessoa maculada, diminuída.” Para além da desinstitucionalização ocorrer no interior do hospital psiquiátrico, Rotelli & Amarante são da opinião que é preciso reabilitar em contexto (1992, citado em Ferreira, 2013).

Através destas políticas de desinstitucionalização que foram surgindo por toda a Europa, acabou-se por potenciar o aparecimento de novos grupos de “miseráveis”, uma vez que, mesmo tendo em consideração o envolvimento com a comunidade, o que se verificou na realidade foi um isolamento social destes indivíduos no seu contexto sociofamiliar.

Em resultado destas reformas, tornou-se pertinente começar a falar em programas de Reabilitação Psicossocial (termo que nasceu com a reforma psiquiátrica), e em estruturas que proporcionem a inclusão destes doentes, com o intuito de garantir a defesa dos seus direitos e persistam na advocacia social e na luta contra o estigma e a discriminação (Fazenda, 2012).

A Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental define-se como “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível de potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais” (OMS, 2001).

Tem como objetivo capacitar a pessoa com perturbação mental a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restrito possível e procura compensar as incapacidades através da recuperação, aprendizagem de competências individuais e sociais, bem como através da criação de suportes sociais adequados aos seus níveis de autonomia ou de dependência.

Segundo Ferreira (2013), “o objeto da reabilitação não é o “doente”, mas sim a “Pessoa” que tem o direito de viver uma existência completa, amando, trabalhando e estando com os outros” e Liberman afirma que “[...] a reabilitação psicossocial procura ajudar os doentes a lidar com os problemas da sua vida diária, proporcionando-lhe oportunidades para um desempenho aceitável dos papéis sociais e das relações interpessoais com os outros, amortecendo stressores e tornando possível um conjunto de opções em relação ao trabalho e ao alojamento dos utentes” (1992, citado em Ferreira, 2013).

Verificou-se uma melhoria na acessibilidade e qualidade nos cuidados, através da legislação de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 e o Decreto Lei n.º35/99), que veio fortalecer a



criação de serviços descentralizados. Em 2011, surge o programa de Cuidados Continuados Integrados que são: “intervencções sequenciais de Saúde Mental e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, activo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social” (Decreto lei n.º22/2011), que por sua vez promove, “medidas para a organização e coordenação de unidades e equipas multidisciplinares com vista à prestação de apoio psicossocial e de cuidados médicos, ao reforço das competências, à reabilitação, à recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações.”. “O referido conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados específicas de saúde mental inclui unidades residenciais, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário e articula-se com os serviços locais de saúde mental (SLSM) e com a rede

nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)” (Decreto Lei n.º8/2010, de 28 Janeiro).

Em suma, podemos concluir que os objetivos destas reformas foram: contribuir para a promoção da saúde mental, reforçando e protegendo os direitos humanos; assegurar um acesso equilibrado aos cuidados a todas as pessoas, inclusive as que fazem parte dos grupos mais fragilizados; fomentar a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, quer a nível dos cuidados primários, quer dos hospitais gerais e cuidados continuados, com o intuito de diminuir a institucionalização e descentralizar os serviços de forma a prestar cuidados mais próximo das pessoas, facilitando a participação das famílias e das comunidades.

Nos últimos anos, a saúde mental tem-se tornado uma prioridade de saúde pública. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental representam as principais causas de incapacidade na sociedade.

Perante esta realidade que está a atingir a sociedade, o plano anteriormente mencionado (no capítulo III) refere »



que é essencial a formação de equipas multidisciplinares que englobem a participação dos médicos e enfermeiros, bem como profissionais de outras áreas, de forma a contribuir para a reestruturação dos serviços e equipas, complementando-se entre si em resposta às necessidades dos utentes.

### MULTIDISCIPLINARIDADE

O novo paradigma em saúde mental necessita de profissionais comprometidos com uma nova abordagem à doença mental. Em torno deste paradigma, estrutura-se o conceito de multidisciplinaridade.

Em Portugal, a implantação do sistema de equipas multidisciplinares tem sido um forte desafio para os vários profissionais que as integram.

Propõe-se aos profissionais que fazem parte destas que contribuam com as suas competências individuais da sua área de trabalho, juntamente com o seu conhecimento e experiências, de forma a complementar o processo de trabalho coletivo, sendo este último a junção das diferentes áreas profissionais da equipa.

Segundo Almeida & Mishima (2001), os diferentes profissionais deverão estar abertos, através de uma maior relação horizontal, que proporcione agilidade dos diversos poderes, aumentando a interação social, a autonomia, a criatividade e a integração da equipa.

O trabalho em equipa é o resultado da criação de unanimidades, em relação aos objetivos, fins e formas de os conseguir realizar/concretizar (Ribeiro et al. 2004), onde as diferenças não devem ser eliminadas e deve ser alimentado o diálogo entre os vários profissionais que a compõem.

No entanto, acrescendo ao anteriormente referido, é necessário reunir as provas de que a articulação/interação entre os vários profissionais existe e refletir se essa articulação será a mais adequada para a elaboração do plano que deve ser participado por todos.

Para o trabalho de equipa ter um impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente uma melhoria, esta forma de trabalho (equipas multidisciplinares) foi implementada nas organizações hospitalares, em prol de uma melhor coordenação e eficácia. A equipa multidisciplinar fornece aos seus intervenientes estratégias, para que

sejam criadas hipóteses mais adequadas para a situação que enfrenta, ao invés de apenas utilizar a opinião individual de cada profissional, por esta somente ter em conta a sua experiência, o que vai contra a definição de multidisciplinaridade. Esta implica conceitos que são relevantes tais como: interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

O Decreto-Lei n.º 101/2006: artigo 3.º refere a interdisciplinaridade como “a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados”.

Japiassú refere que a interdisciplinaridade na equipa é quando cada profissional “[...] debruçando-se cada um sobre um mesmo problema, na linha da sua especialidade, decorra dos seus saberes reunidos e integrados um conhecimento mais completo e menos unilateral.” (1976, citado em Gomes, 2012).

No âmbito institucional, a interdisciplinaridade consiste na relação entre o procedimento da profissão e das suas funções, obrigações e processos de trabalho. Nesta relação, os vários profissionais devem partilhar experiências, monitorizar as fases do processo e avaliar os objetivos individuais na elaboração do resultado final.

Na saúde mental, o trabalho interdisciplinar foi um passo muito importante na substituição da dita tradicional “medicina curativa”, pois nesta área em que as pessoas se encontram numa situação de grande dependência, é necessário abranger outros cuidados (sociais, ocupacionais, espirituais, psicológicos e outros). Esta possibilita realizar uma avaliação global da pessoa com o objetivo de ir ao encontro das suas necessidades e expectativas.

Considerando que os problemas destas pessoas e das suas famílias são de tal forma variados e difíceis, estas intervenções terão o sucesso desejado se os vários intervenientes, centrados na pessoa, unirem forças e sabedorias.

Segundo Pombo, o conceito de transdisciplinaridade “tratar-se-ia então da unificação de disciplinas tendo por base a explicitação dos seus fundamentos comuns, a construção de uma linguagem comum, a identificação de estruturas e mecanismos comuns de compreensão do real, a formulação de uma visão unitária e sistemática de um sector mais ou menos alargado do saber.” (2004).

A transdisciplinaridade no trabalho em equipa exige, de cada interveniente das várias especialidades, recetividade,

humildade, colaboração e reconhecimento do papel importante de cada um e entre si, sem que exista uma coordenação vinda de uma posição específica.

Para o sucesso desta forma de trabalho, é necessário ainda que cada profissional coloque à disposição da equipa as suas ferramentas de trabalho, teorias e o seu parecer sobre o caso em questão, e acima de tudo imponha aos outros intervenientes o mesmo.

### CONTRIBUTO DA ÁREA SOCIAL: NO TRABALHO MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE MENTAL SERVIÇO SOCIAL

Como pudemos constatar anteriormente, cada vez mais, os agentes que afetam a saúde dos indivíduos não se restringem apenas aos fatores biológicos, como também aos sociais, que ganharam um peso relevante na área da saúde, de tal forma que é importante refletir como o apoio social pode contribuir para esta.

“O campo da saúde foi uma das maiores áreas, e também uma das mais antigas da implementação do trabalho social. O atendimento dos problemas de saúde vai além da acção dos médicos e enfermeiros, pois existia a necessidade de incorporar um outro tipo de profissional capaz de atender ao que se poderia chamar de ‘dimensão social dos problemas de saúde’”. (Ander-Egg, 1995, citado em Tavares, 2010).

O serviço social “é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento, a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do serviço social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o serviço social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social.” (International Federation of Social of Workers).

Em contexto hospitalar, a finalidade da ação social é “estabelecer as relações entre as necessidades pessoais ou familiares e os casos de doença, a fim de serem tidos em conta no tratamento e no regresso dos doentes ao meio social; visa igualmente promover e facilitar o contacto dos doentes e suas famílias com os serviços exteriores cuja »



intervenção seja aconselhável para resolver ou debelar os seus estados de necessidade” (Lopes, et al., 2012). As pessoas com algum tipo de doença mental habitualmente sofrem vários tipos de discriminação/exclusão, infelizmente acabando por fazer parte de grupos minoritários. O Serviço Social, na sua intervenção entre o indivíduo/grupo e o seu sistema social, foca o seu trabalho nos grupos anteriormente referidos, sendo o mediador entre estes e o resto da sociedade, com o objetivo de combater as desigualdades sociais que se verificam, de forma a promover ao grupo/indivíduo uma melhor qualidade de vida (Sheppard, 2006). Através da utilização das suas metodologias e práticas nas diversas áreas sociais, o serviço social ajuda o utente na sua reabilitação, ao promover a sua autonomia e bem-estar, agilizando a qualidade dos cuidados de forma a contribuir para a satisfação dos doentes e das suas famílias. Em suma, o Serviço Social, tendo em conta a situação geral do utente, procura focar-se num diagnóstico que lhe seja favorável, tem como objetivo a inclusão apropriada do utente no meio social e físico, proporcionando a aprendizagem de competências para tal e possui um papel proativo na pre-

tensão de reintegrar e reinserir o utente no seu núcleo social e familiar, sendo esta fundamental para o sucesso do tratamento.

### EDUCADOR SOCIAL

O Técnico Superior de Educação Social “é o trabalhador [social] que concebe, investiga, executa, articula, potencia, apoia, gere, avalia projectos e programas assentes em redes, actores e parcerias sociais, assentes na prática sócio-educativa e pedagógica, desenvolvida em contexto social, fomentando a aprendizagem permanente, a minimização e resolução de problemas. Acompanha processos de socialização e inserção das pessoas reforçando as suas competências pessoais, sociais e profissionais” (Boletim Trabalho e Emprego, 2010).

Tem como funções informar o utente/família dos seus direitos e deveres, dos serviços e recursos sociais que possam contribuir para o seu bem-estar e qualidade de vida, promovendo a sua autonomia e segurança, facilitando o seu processo de educação ou reeducação, integração ou reintegração social e recuperação/obtenção de capacidades e



competências, conseqüentemente diminuindo o seu sofrimento e mal-estar com o objetivo de tornar possível a adaptação e (re) integração do utente na sociedade que o rodeia. Este trabalha individualmente ou em conjunto com as equipas multidisciplinares de cuidadores (Psicólogo, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, entre outros), cooperando ativamente na tomada de decisões através da utilização de metodologias e recursos adequados para cada caso específico.

Pelo mencionado anteriormente, constata-se que os intervenientes da área social são os que mais unem e se relacionam com os outros elementos das equipas e vice-versa, tornando-se, por isso, membros fundamentais nas equipas multidisciplinares.

### CONCLUSÃO

Durante muito tempo, a doença mental detinha-se apenas no utente, sem se ter em conta as relações deste com o seu meio familiar e social.

A luta contra o estigma em relação à doença mental e o trabalho para a sua desmistificação tem sido um traba-

lho contínuo da sociedade em geral.

Com a criação de serviços descentralizados, verificou-se um impacto positivo no acesso aos cuidados e na sua qualidade, proporcionando assim uma assistência mais próxima às populações, bem como uma melhor articulação com os centros de saúde.

A prestação de cuidados aos indivíduos com doença mental necessita de ir ao encontro essencialmente das necessidades e expectativas dos utentes e, por isso mesmo, torna-se importante uma equipa de profissionais de várias áreas disciplinares que se articulem e se complementem uns aos outros, em prol de um objetivo comum.

O reconhecimento das áreas das ciências sociais, bem como um diversificado leque de pareceres de outros profissionais, teve e tem um papel fundamental na promoção da saúde mental.

A intervenção de uma equipa multidisciplinar é deveras importante, pois o utente será avaliado através de uma visão holística nas várias dimensões (bio-psico-social-espiritual-ocupacional), mas esta intervenção só terá sucesso se englobar e reconhecer os diversos profissionais »



(médicos, enfermeiros, assistentes sociais, assistentes operacionais, psicólogos, etc.) que intervêm, não esquecendo que o centro do processo é o utente.

Adjacente ao anteriormente mencionado, para o êxito deste tipo de equipa, os intervenientes deverão ser capazes de proceder a uma partilha de conhecimentos e tomar decisões em conjunto.

A realidade é que os diversos profissionais, no seu trabalho diário, encontram dificuldades em renovar o existente, refletindo assim na sua motivação, muitas vezes diminuída por essas dificuldades, conduzindo a uma rotina que influencia o assenso a novos paradigmas.

Muitos destes profissionais preferem não construir excessivas expectativas em relação às equipas multidisciplinares, para no futuro não sentirem desilusões, e acabam por realizar somente o que lhes compete. A troca de saberes e informações não é, para estes, suficiente para que haja uma mudança nas equipas, devido às relações nos serviços se encontrarem demasiado hierarquizadas.

Será necessário promover ainda mais, junto das várias equipas, a perceção de que as práticas partilhadas são importantes. Estas mudanças devem ser progressivas, onde o fator crucial será a aceitação das mesmas por todos os profissionais, com o intuito de elevar a eficácia do trabalho em equipa e logicamente nos cuidados aos utentes.

A cultura de trabalho em equipa não está visível em todas as áreas profissionais. Para que tal aconteça, um dos primeiros passos é a mudança de comportamentos individuais, com o intuito de ocorrer as alterações necessárias e aumentar os funcionamentos em conjunto, pois modificar políticas e orientações a partir de decretos-lei teóricos não é suficiente, uma vez que a maioria não as cumpre.

Muitos destes profissionais têm a opinião que as tais mudanças de procedimentos implicam alteração de mentalidades e normas de coordenação. Há dificuldade na adesão à cultura do trabalho em equipa tendo em conta que existe uma recusa na perda de poder por parte de alguns superiores hierárquicos, que não se encontram dispostos para rever e ceder os seus papéis.

Os profissionais mais antigos e que se encontram há mais tempo nas organizações/instituições revelam maior resistência ao trabalho em equipa, ao invés dos profissionais mais novos que valorizam esta forma de trabalhar, de tal

modo que conseguem apreender as várias formas de encarar o problema, visto de outras perspetivas que não a deles, em prol de resoluções mais diversificadas. ■

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M.C.P. & Mishima, S.M. (2001). O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo 'novas autonomias' no trabalho. Em Interface – Comunic, Saúde, Edu. Consultado em ficheiro Pdf - <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>.
- BANDEIRA, M.; GELINAS, D.; LESAGE, A. (1998) Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 47, n.º 12. Consultado em ficheiro Pdf - [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o:+o+programa+de+acompanhamento+intensivo+na+comunidade&author=Bandeira+M.&author=Gelinas+D.&author=Lesage+A.&publication\\_year=1998&journal=Jornal+Brasileiro+de+Psiquiatria&volume=12&pages=627-640](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o:+o+programa+de+acompanhamento+intensivo+na+comunidade&author=Bandeira+M.&author=Gelinas+D.&author=Lesage+A.&publication_year=1998&journal=Jornal+Brasileiro+de+Psiquiatria&volume=12&pages=627-640).
- Cobb, H. & Mittler, P. (1980). Significant Differences between Retardation and Mental Illness. Brussels: ILSMH. Em Diferenças significativas entre deficiência mental e doença mental. Folheto do SNR n.º 54 (2005). Consultado em ficheiro Pdf - <http://www.inrpt/content/1/112/folhetos-snr#documentos>.
- Fazenda, I. (2012). Serviço Social na Área da Saúde Mental: Princípios, Modelos e Práticas. Em M. I. Carvalho, Serviço Social na Saúde. Lisboa: Pactor.
- Ferreira, Z. (2013). Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada – Estilos de Vida Saudáveis. Instituto Politécnico de Setúbal. Consultado em ficheiro Pdf - <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4347/1/Trabalho%20de%20Projeto%20%201.%C2%BA%20curso%20de%20Mestrado%20ESMP.pdf>.
- Gomes, S. (2012). INTERDISCIPLINARIDADE E RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS: Um Estudo de Caso em Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Faculdade Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa. Consultado em Pdf - <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20585/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- Goffman E. (1963). Stigma - Notes on the Management of Spoiled Identity. London: Penguin Books. Em Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos?. Dezembro 2013. Vol. 11. N.º 2. Consultado em ficheiro Pdf - [http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15\\_ficheiros/Estigma%20doenca%20mental.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15_ficheiros/Estigma%20doenca%20mental.pdf).
- Guerra, A. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seu possíveis paradigmas. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, ano VII, n.º 2, junho de 2004. Consultado em ficheiro Pdf - <http://www.scielo.br/pdf/rtpf/v7n2/1415-4714-rtpf-7-2-0083.pdf>.
- Lopes, M. A., Ribeiro, A. R., Santo, I. E., Ferreira, F., & Frederico, L. (2012). Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar. Em M. I. Carvalho, Serviço Social na Saúde. Lisboa: Pactor.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório sobre saúde no mundo 2001:Saúde mental –nova concepção, nova esperança. Genebra. Consultado em ficheiro Pdf - <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-mundial-da-saude-2001--saude-mental-nova-concepcao-nova-esperanca.aspx>.
- Pombo, O. (2004). Interdisciplinaridade: Ambições e Limites. Viseu. Relógio d'Água. Portugal, Ministério da Saúde, (2008). Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Consultado em ficheiro Pdf - <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Tavares, A. (2010). Acompanhamento social a pessoas que viveram em situação de sem-abrigo com doença mental. Universidade Fernando Pessoa. Consultado em ficheiro Pdf - [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2940/3/PG\\_18411.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2940/3/PG_18411.pdf).
- Sheppard, M. (2006). Social Work and Social Exclusion: The Idea of Practice. Hampshire: Ashgate Publishing, Ltd. Consultado em <https://books.google.pt/>
- Boletim do Trabalho e Emprego (BTE), n.º 34, v. 77, de setembro de 2010. Consultado em ficheiro Pdf - [http://bte.gep.mtss.gov.pt/completos/2010/bte34\\_2010.pdf](http://bte.gep.mtss.gov.pt/completos/2010/bte34_2010.pdf).
- Informação retirada do site, International Federation of Social Workers. Consultado em ficheiro Pdf - [https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifs-w-cdn/assets/ifsw\\_102510-8.pdf](https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifs-w-cdn/assets/ifsw_102510-8.pdf).
- Lei n.º 36/98 de 24 de Julho - Diário da República, n.º 169, I - Série - A 24/07/1998. Decreto-Lei n.º 35/99 - Diário da República n.º 30/1999, Série I-A de 1999-02-05.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho: Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Decreto-Lei n.º 8/2010 - Diário da República n.º 19/2010, Série I de 2010-01-28. Decreto-Lei n.º 22/2011 - Diário da República n.º 29/2011, Série I de 2011-02-10.



# PENSAMENTO LIVRE

---

FILIPA DIAS | FISIOTERAPEUTA

---

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a reabilitação como uma das componentes essenciais da cobertura universal da saúde e uma estratégia-chave para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, presente na Agenda 2030 das Nações Unidas: “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”.

Estima-se que em todo o mundo 2,4 bilhões de pessoas vivam com uma condição de saúde que beneficia de reabilitação. É previsível que, num futuro próximo, esta necessidade aumente em consequência do aumento da esperança média de vida e das doenças crónicas. É unânime que hoje a resposta às necessidades de reabilitação está longe de ser satisfatória. Nos países de baixos e médios rendimentos, mais de 50% da população não tem disponíveis os cuidados de reabilitação de que necessita. Esta situação foi agravada pela pandemia por COVID-19 que, por um lado, levou a um aumento das necessidades de reabilitação e, por outro, obrigou à suspensão de muitos serviços de reabilitação. As unidades de reabilitação tiveram que ser reajustadas, com as vagas para internamento a serem convertidas para aumentar a capacidade de resposta dos cuidados agudos, foi adiada a admissão de novos utentes, os períodos de internamento foram encurtados (quer com o objetivo de realocação de vagas para os cuidados agudos, como para prevenir a transmissão do vírus), os profissionais dos serviços de reabilitação foram realocados para outros serviços. Todas estas mudanças provocaram um grave impacto ao nível da saúde, da funcionalidade e da qualidade de vida da população.

Com a realidade atual, os serviços têm procurado encon-

trar novas soluções para a saúde. Vai sendo cada vez mais comum a reabilitação à distância, ou “telereabilitação”, com recurso a plataformas digitais que possibilitem uma intervenção sem a necessidade de deslocação quer do utente, quer do profissional de saúde.

A reabilitação é um investimento com custo-benefício, tanto para o utente, como para a sociedade. Evita hospitalizações dispendiosas, reduz o tempo de internamento, previne re-internamentos, reduz o absentismo escolar e profissional. Em contrapartida, promove ganhos em saúde, benefícios sociais e económicos a longo prazo. É um serviço fundamental para pessoas com diferentes condições de saúde e ao longo da vida e durante todas as fases dos cuidados, sejam agudos, subagudos ou crónicos.

Os profissionais que trabalham no âmbito da reabilitação centram-se no impacto de uma condição de saúde na vida da pessoa, concentrando-se principalmente na melhoria da sua funcionalidade e na redução da experiência de dependência – o foco é na funcionalidade e não na doença. Coloca-se uma grande ênfase na educação, no empoderamento e na capacitação das pessoas para gerirem a sua condição de saúde, adaptarem-se à nova condição e permanecerem tão independentes e ativas quanto possível.

No entanto, para que se alcancem todos os benefícios de saúde, sociais e económicos subjacentes à reabilitação, é necessário que a intervenção seja atempada, de qualidade, acessível e disponível para todos. Em muitos casos, significa iniciar a reabilitação assim que uma condição de saúde seja detetada e continuar a mesma juntamente com outras intervenções. A reabilitação não deve ser tida como um tipo de cuidado opcional ou apenas a ser introduzida quando »




outras intervenções falharam. Também não deve ser compreendida como um serviço de saúde de luxo disponível apenas para quem tem meios para o pagar. A reabilitação deve estar acessível e disponível para qualquer pessoa que necessite.

As barreiras que dificultam a resposta à necessidade de reabilitação foram identificadas pela OMS e passam pela falta de priorização, financiamento, políticas e planos para a reabilitação a nível local; escassez de serviços fora das áreas urbanas e com tempos de espera demorados; despesas diretas elevadas e meios de financiamento inexistentes ou inadequados; falta de profissionais de reabilitação qualificados (há menos de 10 profissionais qualificados por 1 milhão de habitantes em países de rendimentos baixos ou médios); falta de recursos, incluindo tecnologia assistiva, equipamentos e consumíveis; necessidade de mais dados e investigação na área da reabilitação; procedimentos de encaminhamento para reabilitação ineficazes e sub-utilizados.

A OMS pretende responder às necessidades identificadas e promover o fortalecimento do sistema de saúde no âmbito da reabilitação. Para cumprir esse desígnio, em 2017, lançou a iniciativa “Reabilitação 2030 – Chamada para a Ação”, onde foram identificadas 10 áreas e objetivos de ação:

1. Alcançar uma liderança forte e apoio político para a reabilitação nos níveis sub-nacional, nacional e global;
2. Fortalecer o planeamento e implementação da reabilitação aos níveis nacional e sub-nacional, inclusivamente na preparação e resposta a emergências;
3. Melhorar a integração da reabilitação no setor da saúde e fortalecer os vínculos inter-setoriais para responder de forma eficaz e eficiente às necessidades da população;
4. Incorporar a reabilitação na cobertura universal de saúde;

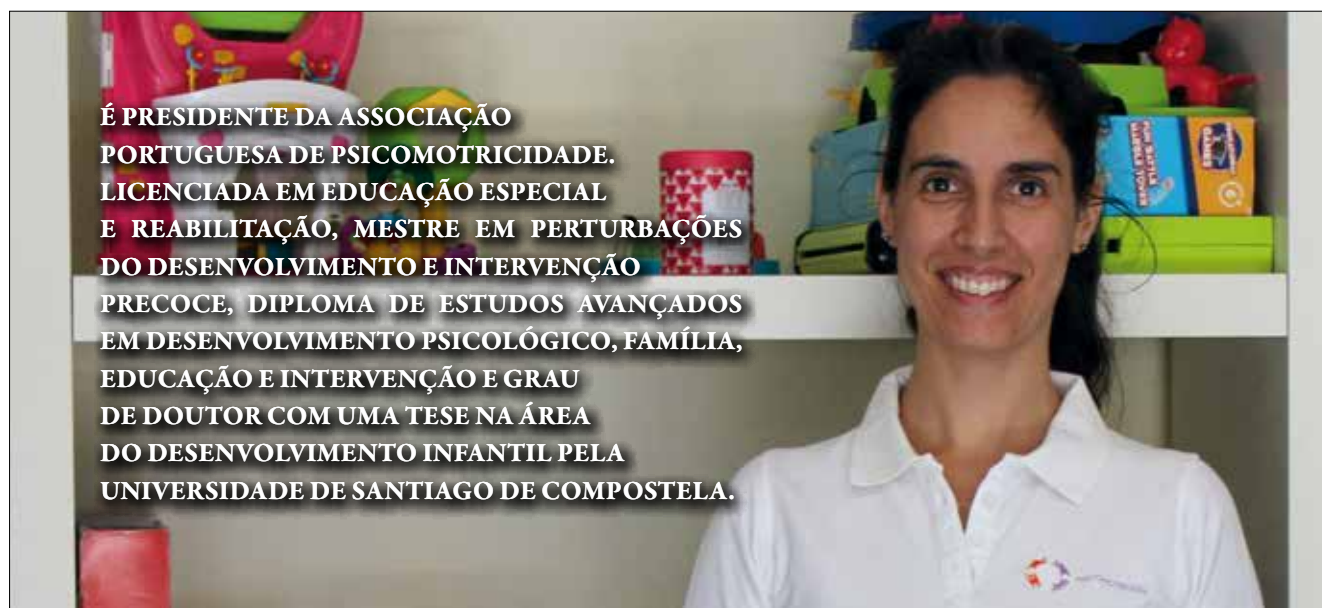
5. Construir modelos abrangentes de prestação de serviços de reabilitação para alcançar progressivamente o acesso equitativo a serviços de qualidade para toda a população, incluindo em áreas rurais e remotas;
6. Desenvolver equipas multidisciplinares para reabilitação adequadas ao contexto de cada país e promover conceitos de reabilitação nos currículos de todas as profissões de saúde;
7. Expandir o financiamento para a reabilitação através de mecanismos apropriados;
8. Recolher informações relevantes para a reabilitação de forma a melhorar os sistemas de informação de saúde, incluindo dados de reabilitação e informações sobre funcionalidade, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
9. Desenvolver a capacidade de investigação e expandir a disponibilidade de evidências robustas para a reabilitação;
10. Estabelecer e fortalecer redes e parcerias em reabilitação, especialmente entre países de baixos, médios e altos rendimentos.

Com a iniciativa Reabilitação – 2030, a OMS pretende fornecer suporte técnico e capacitar cada país individualmente, aumentar a liderança, priorização e mobilização de recursos, desenvolver normas, padrões e orientações técnicas, adequar a agenda de investigação e monitorizar o progresso. Parece haver ainda um longo caminho para que os cuidados de reabilitação cheguem a todos os que necessitam, no entanto, é possível levar à mudança, reabilitar e transformar vidas. 

# CRISTINA RUBIANES VIEIRA

## "O psicomotricista pode fazer a diferença, ser transformador"

SUSANA QUEIROGA



**É PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PSICOMOTRICIDADE. QUAIS OS MAIORES DESAFIOS QUE ESTA PROFISSÃO ENFRENTA?**

O maior desafio que ainda enfrentamos neste momento é a conquista de pleno direito do reconhecimento, regulação e proteção da nossa profissão nas áreas da saúde, da educação e da ação social, tanto nos setores público como privado. Só com a conclusão deste processo poderemos garantir que todos os Psicomotricistas estão em condições de igualdade de circunstâncias profissionais para com os pares, que trabalham nestas três áreas. No entanto, apesar deste nosso objetivo ainda estar em curso em Portugal, temos dado prioridade à formação, de modo a que todos aqueles que possam beneficiar da nossa Intervenção Psicomotora possam usu-

fruir do trabalho de um Psicomotricista formado e qualificado, para assumir de modo responsável o seu desempenho profissional.

Em 2010, aceitei o convite do Prof. Doutor Rui Martins para ser cabeça da lista candidata à Direção da APP e, desde então, tenho renovado as minhas candidaturas por acreditar nas particularidades profissionais que nos caracterizam e ter a certeza do quanto estas são relevantes para o processo de regulamentação da nossa profissão. A minha formação de base é exemplo disso, pois concluí em 2001 a Licenciatura em Educação Especial e Reabilitação, curso de 5 anos, que na realidade foi a precursora da atual Licenciatura em Reabilitação Psicomotora, pós-Bolonha, de 3 anos, e que já existe há cerca de 15 anos no nosso país. »

**CRISTINA RUBIANES VIEIRA**

Já tínhamos algum reconhecimento na área da Educação com a formação em Educação Especial e Reabilitação, que já englobava a Psicomotricidade, e lutávamos pelo reconhecimento na área da saúde que emergia como uma importante área de atuação para muitos dos colegas com esta formação. Infelizmente, com a transição imposta pelo acordo de Bolonha em 2007/2008, este reconhecimento, tal como existia, acabou por se perder. Ficou então claro que uma das principais missões da nossa Associação teria forçosamente de ser o reconhecimento da profissão de Psicomotricista, para todos os Psicomotricistas em Portugal, unindo os Licenciados em Reabilitação Psicomotora, mas também os que haviam feito as formações precursoras.

Apesar da profissão de Psicomotricista ser relativamente recente, a história da Psicomotricidade em Portugal foi consolidada durante décadas, com pelo menos três pioneiros de relevo, Professores na FMH, que tudo fizeram para a trazer para Portugal: o Prof. Doutor João dos Santos, o Prof. Doutor Pedro Onofre e o Prof. Doutor Vítor da Fonseca, o fundador da nossa Associação que ainda hoje continua, com o seu trabalho, a contribuir para a investigação e estudos sobre a Psicomotricidade, com uma vasta publicação de obras, umas relacionadas com aplicação da Psicomotricidade na infância e na educação especial (então assim designada), e também em áreas complementares, como a neuropsicomotricidade. E foi assim que a visão Psicomotricista se iniciou em Portugal logo numa vertente académica onde a influência do Pedopsiquiatra João dos Santos bem contribuiu para a afirmação do potencial destas nossas áreas disciplinares na intervenção em saúde mental infantil. E foram vários os contributos que convergiram para que houvesse uma formação específica em Psicomotricidade, com a correspondente profissão, à semelhança do que acontece noutros países europeus.

**O QUE AINDA HÁ A FAZER NO CONTEXTO ACADÉMICO PORTUGUÊS?**

A formação Universitária em Reabilitação Psicomotora está salvaguardada em três das mais relevantes Universidades do país: Lisboa, Évora e Trás-Os-Montes e Alto Douro, com uma formação consolidada incluindo uma oferta específica ao nível da Licenciatura e do Mestrado e ao nível de teses de Doutoramento com temáticas específicas da área. Todas as escolas do país cumprem os critérios mínimos de formação de Psicomotricistas propostos pelo Fórum Europeu de Psi-

comotricidade, o que comprova o seu nível de excelência. Na APP, temos vindo a trabalhar ao longo dos anos com cada uma das três universidades, no sentido de ajustar as ofertas formativas à evolução da formação em Psicomotricidade no espaço europeu, do mercado de trabalho e do próprio processo de regulamentação da profissão, em particular no âmbito da saúde, sendo que deste trabalho conjunto tem resultado, por exemplo, um aumento das horas de formação em contexto de trabalho (estágios), ou de outras oportunidades de prática ao longo dos três anos de formação; a introdução ou reforço de áreas disciplinares que consolidam a fundamentação das práticas psicomotoras; e a promoção de investigações que conduzam à criação de práticas psicomotoras baseadas na evidência, também fundamentais para o reconhecimento da Psicomotricidade, tanto no domínio da saúde e da educação como nas vertentes sociais.

Paralelamente à formação académica, na APP temos uma oferta formativa própria, que vai sendo atualizada de acordo com as necessidades identificadas pelos nossos associados, estudantes e profissionais, que pretende complementar e aprofundar a formação de base ou especializada dada pelas Universidades. Desde 2020, que temos organizado webinars, de acesso livre, em que são apresentados e discutidos temas relacionados com a prática profissional do Psicomotricista, contando com a participação de convidados, tanto do meio académico, como do profissional, de todas as regiões do país. Celebrámos o Dia Europeu da Psicomotricidade, no dia 19 de Setembro, com três webinars, e contámos com a participação especial do nosso sócio número 1, o Senhor Professor Vítor da Fonseca, que nos deu o privilégio de escutarmos a sua perspetiva sobre a observação psicomotora e de como esta contribuiu para a criação da Bateria Psicomotora, um dos nossos instrumentos de trabalho criado por ele. Temos também em fase final de preparação o relançamento das nossas formações, em formato modular e híbrido (online e presencial, quando for possível), em temáticas tão diversificadas como a escrita científica em psicomotricidade, a observação psicomotora ou a psicomotricidade na geriatria, no meio aquático.

**E NO ÂMBITO DO RECONHECIMENTO DA PROFISSÃO?**

Em Portugal, a profissão de Psicomotricista aparece pela primeira vez em 2008 ou 2009 na Convenção Coletiva de Tra-

balho, atualizada anualmente desde então, com uma descrição de funções específicas e uma carreira própria. Mais tarde, surge na Classificação Portuguesa das Profissões, em 2010, na área da saúde (Outros Profissionais de Saúde Não Especificados). Posteriormente, passa a constar dos Apoios Especializados para crianças e jovens com Necessidades Especiais, financiados pela Segurança Social, em contexto educativo e, mais recentemente, em 2016, passa a ser uma das profissões de inscrição obrigatória na Entidade Reguladora da Saúde. É por isso uma profissão parcialmente reconhecida tanto no setor social, como na saúde e na educação. No entanto, ainda não consta da lista de profissões de saúde com Carteira Profissional emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde, o que ainda coloca constrangimentos importantes ao exercício profissional do Psicomotricista. Verificamos também que existem assimetrias regionais significativas neste domínio. Por exemplo, tanto na região Autónoma da Madeira, como dos Açores, o emprego público dos Psicomotricistas, principalmente na educação, supera o do setor privado, por terem enquadramentos legais próprios, sem aplicação infelizmente no território continental. Na atual equipa da APP, continuamos a trabalhar, em parceria com as três universidades e junto das entidades competentes, para uma regulamentação e proteção da profissão de Psicomotricista, nos seus vários contextos de atuação (saúde, educação e social) em todo o território nacional.

### QUAL A IMPORTÂNCIA DO PSICOMOTRICISTA NO CONTEXTO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DA DOENÇA PSIQUIÁTRICA?

No âmbito da Saúde Mental, a Psicomotricidade é uma resposta terapêutica complementar às demais respostas, como a psicoterapia, a terapia ocupacional ou a farmacológica, entre outras. O trabalho do Psicomotricista, enquanto mediador da experiência corporal do utente, antecede, prepara ou complementa as outras formas de intervenção. Por exemplo, quando a elaboração do pensamento e do discurso em determinados períodos ou estados de doença mental não é possível nesses períodos, a Psicomotricidade pode dar uma resposta terapêutica mais vivencial, corporal, que conduzirá posteriormente a processos de elaboração e representação simbólica, procurando assim criar condições para a realização de uma psicoterapia. O que permite que o trabalho do Psicomotricista tanto possa acontecer num contexto indivi-

dualizado, como faz todo o sentido no seio de uma equipa multidisciplinar, pois é através da diversidade dos saberes que se torna possível melhor compreender o indivíduo, criar e implementar um projeto terapêutico ajustado às suas necessidades, naquela etapa de vida e nos contextos em que esse se encontra. Temos atualmente Psicomotricistas em diversos serviços e departamentos de Saúde do setor público, privado e social dedicados à Saúde Mental, tanto em consulta de ambulatório, como unidades de internamento, mas também em equipas comunitárias, desenvolvendo o seu trabalho individualmente ou em grupos terapêuticos, em todas as regiões do país, incluindo as ilhas.

### EM NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO FÍSICA?

No contexto da reabilitação física, a mais-valia do Psicomotricista é justamente conseguir ver para além do corpo, do ponto de vista anatómico e funcional. Também no seio de equipas disciplinares pode, por exemplo, complementar as respostas da Fisioterapia, da Terapia da Fala ou da Terapia Ocupacional, no sentido de dar a oportunidade ao utente de vivenciar o seu próprio corpo, com as suas potencialidades e fragilidades, que tantas vezes vão além das condicionantes biológicas. Temos colegas que estão a trabalhar, por exemplo, em articulação com a consulta da dor, proporcionando através da consciencialização corporal e da relaxação psicomotora uma resposta complementar ou alternativa à farmacológica, para gestão da dor em processos de reabilitação física, por exemplo em casos de doença crónica ou em mulheres mastectomizadas.

### VIVEMOS OS ÚLTIMOS TEMPOS EM CONTEXTO DE PANDEMIA COM INÚMERAS RESTRIÇÕES. QUE ECOS TIVERAM DOS PROFISSIONAIS QUE ESTIVERAM NO TERRENO?

Os Psicomotricistas têm, pela própria natureza da sua formação e profissão, características de adaptação às circunstâncias muito diferenciadas e foi possível durante todo o período pandémico comprovar que cada um, à sua dimensão, soube superar-se e marcar a diferença que a nossa profissão faz a vários níveis. São muitos os colegas que desenvolvem o seu trabalho em contextos profissionais muito diversificados e com as mais variadas populações, pelo que as restrições resultantes da pandemia tiveram impactos diferentes em função também das limitações impostas em cada período, região e contexto. »

A segurança dos utentes e dos próprios Psicomotricistas foi sempre a nossa prioridade, tendo a APP em 2020 publicado em formato digital um breve Manual de apoio à prática profissional do Psicomotricista em contexto de pandemia, pois tivemos alguns dos nossos colegas, em particular os que trabalham em meio hospitalar e em equipamentos residenciais para pessoas idosas, que nunca interromperam a intervenção presencial, mesmo durante o período do confinamento, sendo mesmo por vezes o único acesso a intervenções especializadas para os seus utentes. Mas a esmagadora maioria de nós teve de encontrar formas alternativas e complementares de dar continuidade ao trabalho, com recurso aos meios de comunicação digitais que, felizmente, tínhamos disponíveis. Foi um período de grande aprendizagem para todos, a vários níveis, que trouxe formas inovadoras de intervenção que possivelmente até irão ficar. Em breve iremos, na nossa revista A Psicomotricidade, publicar um número especial dedicado a esta temática da Intervenção Psicomotora em período pandémico, onde constarão, entre outros, dois estudos em que a APP participou como entidade parceira: um dedicado às implicações psicológicas do trabalho à distância para o Psicomotricista e outro dedicado às implicações da intervenção psicomotora à distância.

### QUAL O IMPACTO DA PANDEMIA NA INTERFACE CORPO-MENTE E QUAL O PAPEL DO PSICOMOTRICISTA NO RESGATE DAS CONSEQUÊNCIAS DESTES IMPACTOS?

Neste momento, pensamos que os verdadeiros impactos do período pandémico não são ainda totalmente conhecidos. Em primeiro lugar, porque o período pandémico ainda não se encontra totalmente ultrapassado. Em segundo lugar, porque, apesar de já existirem alguns estudos sobre as implicações socio-emocionais da distância física imposta, do uso de máscaras, da intervenção à distância com recurso às TIC, muitas das consequências para o bem-estar biopsicossocial de todos apenas agora se irão começar a manifestar. E não

**"O maior desafio que ainda enfrentamos neste momento é a conquista de pleno direito do reconhecimento, regulação e proteção da nossa profissão"**

apenas nos que já usufruíam de intervenção psicomotora, mas na população em geral, em particular nos grupos mais suscetíveis como as crianças, os jovens e as pessoas idosas. Não existem ainda dados concretos, mas parece haver, por exemplo, um aumento de casos de atraso no desenvolvimento da linguagem na população em idade pré-escolar. Sabe-se também que há um aumento ou agudização dos casos em Saúde Mental em todas as faixas etárias. Obviamente, a Intervenção Psicomotora, pela sua natureza relacional e de investimento corporal, pode ser uma das respostas mais indicadas às neces-

sidades que estão agora a surgir e que deverão ser alvo de vigilância ou intervenção nos próximos meses, pelo menos.

### EM QUE MEDIDA PODE O PSICOMOTRICISTA "LEVAR À MUDANÇA"?

A nossa visão é de que a perspetiva inclusiva e integradora do ser humano que o Psicomotricista tem desde a sua formação permite-lhe ser uma resposta humanizadora do processo de desenvolvimento de cada um dos seus utentes. O Psicomotricista considera o indivíduo, mas também os seus vários contextos de vida, nos quais tem uma grande diversidade de potencialidades e fragilidades, pessoais, relacionais. Tantas vezes o foco do trabalho fica retido na fragilidade, na doença, perdendo de vista as potencialidades e a conquista do bem-estar físico, emocional e espiritual, que acaba por ser a verdadeira meta do trabalho do Psicomotricista. E o trabalho do Psicomotricista não se limita apenas aos contextos terapêuticos, pois investe-se também na prevenção. E, mesmo em prevenção, não apenas com as situações de risco, mas com todos. É nisto que acreditamos: que o Psicomotricista pode fazer a diferença, ser transformador. Quando a abordagem à intervenção deixa de estar limitada à sua vertente terapêutica ou reabilitativa, passa a ser uma resposta promotora de saúde, concretizadora do potencial de desenvolvimento de cada indivíduo e de todos, válida realmente em todas as etapas da vida, do nascimento até à morte. ■

# AS SUGESTÕES DOS ENTREVISTADOS

Cristina Vieira



## SE NÃO SABE PORQUE É QUE PERGUNTA?



De João de Sousa Monteiro. Dá-nos um vislumbre da dimensão de investimento do autor na existência da Psicomotricidade em Portugal. Sugerir também o “Manual de Observação Psicomotora”, de Vítor da Fonseca, um dos primeiros estudos do autor, reforça o momento da primeira observação como parte integrante da intervenção psicomotora.

## PORTUGAL



No todo, é um excelente destino. Tal como na Psicomotricidade, são as diferenças que nos enriquecem e a aceitação e coabitação com as tradições uns dos outros que nos dão o privilégio de vivermos aqui e nos surpreendermos a cada momento, vivendo plenamente o maravilhoso país que temos e somos.

Ir. José Paulo



## SETEMARGENS.COM



Este site é um jornal digital com vários artigos e notícias relacionadas com o fenómeno religioso, no sentido mais amplo do termo, não se confinando à atualidade das diversas confissões e crenças estabelecidas. Tem uma visão ampla, isenta e com critério jornalístico.

## ANDREA BOCELLI



De voz inconfundível, muitas vezes associado a outras grandes figuras da cena musical, Bocelli transporta-nos com a sua voz para um outro nível. Enquanto tenor, a sua voz é poderosa, emocional, com uma carga positiva, seja na interpretação de temas clássicos, seja nos duetos.

## A SEGUIR



CUIDAR NA COMUNIDADE  
Habitar no Outro

## ...e ainda

- 10 OUT Dia Mundial da Saúde Mental
- 21 OUT Dia Mundial das Missões
- 25 OUT Dia dos Mártires Hospitaleiros
- 05 DEZ Dia Internacional do Voluntariado

# MUNDO HOSTIL (?)

MARGARIDA CORDO

Parece ser uma vergonha colocar este título. Daí o ponto de interrogação. Na verdade, nem tenho a certeza se ainda sabemos distinguir a realidade da ficção. É mesmo difícil conceber com alguma margem de confiança o que se passa ao nosso redor. O que se vive de facto raramente se publica. O que se publica não é, frequentemente, vivido, mas apenas imaginado como desejo frustrado ou intrujice pura, que só serve para impressionar. E isto são, nem mais nem menos, do que os lugares virtuais de convívio. Hostis? Talvez. Os números dos estudos que quase não se divulgam falam por si.

Sei que começar uma abordagem escrita desta maneira (se fosse só dita seria a mesma coisa) é um perigo. Quem assim se exprime sem dar já uma boa nota de otimismo, é, no mínimo, avaliado como deprimido. Todas as partilhas têm de incluir esperança, ânimo, alento para o imediato e o daqui a algum tempo. Se isso não acontecer, pronto, é oficial – trata-se de um doente mental. É de tal forma obrigatório ser otimista que esta expressão, mesmo que balofa por falta de realismo, se torna tóxica, tão tóxica que impede a verdade de ser e a coragem de viver autêntico.

Vou contar episódios soltos e um facto ainda não confirmado. Um destes dias, tive uma consulta de rotina numa clínica e o médico telefonou a perguntar se podia chegar mais cedo, pois tinham-lhe cancelado consultas intermédias no horário; esforcei-me e lá fui. Cheguei uma hora antes. Dirigi-me ao balcão, e disse que o Dr. X me esperava, tendo pedido para chegar o mais cedo possível. Mandaram-me tirar a respetiva senha e esperar pela minha vez. Assim fiz, mas telefonei para a própria clínica onde me encontrava a saber se poderia falar com o médico apenas para lhe dizer que já tinha chegado, já que, através do balcão, não lhe dariam qualquer recado. Talvez, pensei eu, ele pudesse agilizar o início da consulta e eu trataria das formalidades no fim. Informaram-me que não podiam passar o telefone a nenhum médico. O máximo que podiam fazer era registar o meu telefonema e enviar ao médico a informação de que eu liguei. Posteriormente ele, «talvez para a semana», devolva o contacto... Expliquei a situação e não perceberam o que eu disse. Enfim, “humanização de cuidados”, “visão holística” ou escravização à tecnologia?

Uma amiga minha foi fazer, numa clínica de outro grupo, também privado, um check-up sugerido pela sua companhia de

seguros. Inicialmente, marcaram-lhe os respetivos exames e consultas. Tudo isto ocorreria em três dias diferentes. Na prática e sem aviso prévio, que é como quem diz, teve de se deslocar ao hospital, foi sujeita a três desmarcações, o que faria com que tivesse de perder mais três dias para ser sujeita a todos os atos médicos.

Num dos exames que realizou, foi detetado um nódulo que, embora não fosse suspeito de malignidade, sugeria uma consulta de especialidade. Nessa, a médica mandou-a imediatamente fazer uma PET<sup>1</sup>. Perguntou-lhe a minha amiga se não queria ver as suas análises, já que eram recentes e se não a queria observar ou ver outros exames complementares que também tinha realizado. Foi-lhe dito simplesmente que não. Não valia a pena. A PET ditaria tudo sem demora. Ainda quis fazer mais uma pergunta ou outra sobre cenários possíveis, mas a médica indicou-lhe a porta do gabinete, tendo dito que apenas tinha/tem 20 minutos para cada consulta e que até já estava atrasada.

Está previsto que a OMS classifique como doença a velhice a partir de dia 1 de Janeiro de 2022 e que esta seja assim vista a partir dos 60 anos.

Mas em que mundo existimos? O que é que o homem anda a fazer ao homem, que é como quem diz a si mesmo?

Correndo o risco de parecer deprimida, pessimista e no limite de perder a minha saúde mental, não quero terminar este texto com otimismo. Sei que falar de reabilitar, transformar e mudar é continuar o caminho da esperança para alguns que, não fossem estas práticas (boas), estariam a chegar ao “fim da linha”. Ainda assim, de que serve teorizar ou tecnicizar se, em cada ato, decisão ou lei, falta a pessoa, apenas ficando a doença e o executante da técnica?

Claro que eu também sou profissional de saúde e, por isso, não me ficará muito bem tecer comentários assim. Contudo, talvez me sinta no dever, até porque ninguém está livre de, um dia, ficar “do outro lado”, de alertar, de me alertar – de que serve falar de empatia, de progresso, de descobertas *eternizantes* se, cada vez que recebo alguém de novo, ignoro a pessoa e apenas intervenho no problema ou no diagnóstico sem rosto e sem alma?

Já agora, como alguém disse parecido, talvez valha a pena pensar nisto! 📌

<sup>1</sup> Tomografia por emissão de positrões.

# CONTACTOS

## CÚRIA PROVINCIAL SEDE ISJD

Rua S. Tomás de Aquino, 20  
1600-871 LISBOA  
Tel.: 217 213 300  
E-mail: [sede@isjd.pt](mailto:sede@isjd.pt)  
[www.isjd.pt](http://www.isjd.pt)

## CASA DE SAÚDE DO TELHAL

Estrada do Telhal, 55  
2725-588 MEM MARTINS  
Tel.: 219 179 200  
E-mail: [cst.telhal@isjd.pt](mailto:cst.telhal@isjd.pt)  
[www.isjd.pt/cst-telhal](http://www.isjd.pt/cst-telhal)

## CASA DE SAÚDE S. JOÃO DE DEUS FUNCHAL

Caminho do Trapiche, s/n  
Santo António  
Caixa Postal 4376  
9020-126 FUNCHAL  
Tel.: 291 741 032  
E-mail: [cssjd.funchal@isjd.pt](mailto:cssjd.funchal@isjd.pt)  
[www.isjd.pt/cssjd-funchal](http://www.isjd.pt/cssjd-funchal)

## CASA DE SAÚDE S. RAFAEL

Rua Dr. Anibal Bettencourt, s/n  
Caixa Postal 1102  
9701-902 ANGRA DO HEROÍSMO  
Tel.: 295 204 330  
E-mail: [cssr.angra@isjd.pt](mailto:cssr.angra@isjd.pt)  
[www.isjd.pt/cssr-angra](http://www.isjd.pt/cssr-angra)

## CASA DE SAÚDE S. JOÃO DE DEUS BARCELOS

Av. Paulo Felisberto, 205  
4750-783 BARCELOS  
Tel.: 253 808 210  
E-mail: [cssjd.barcelos@isjd.pt](mailto:cssjd.barcelos@isjd.pt)  
[www.isjd.pt/cssjd-barcelos](http://www.isjd.pt/cssjd-barcelos)

## CASA DE SAÚDE S. MIGUEL

Rua de S. João de Deus, s/n  
Caixa Postal 155  
9501-902 PONTA DELGADA  
Tel.: 296 201 600  
E-mail: [cssm.pdelgada@isjd.pt](mailto:cssm.pdelgada@isjd.pt)  
[www.isjd.pt/cssm-pdelgada](http://www.isjd.pt/cssm-pdelgada)

## HOSPITAL S. JOÃO DE DEUS

Rua de Avis, 89  
7050-089 MONTEMOR-O-NOVO  
Tel.: 266 898 040  
E-mail: [hospital.montemor@isjd.pt](mailto:hospital.montemor@isjd.pt)  
[www.isjd.pt/hospital-montemor](http://www.isjd.pt/hospital-montemor)

## CASA DE SAÚDE S. JOSÉ

Largo S. João de Deus, 1  
4755-044 AREIAS DE VILAR  
Tel.: 253 919 000  
E-mail: [cssj.vilar@isjd.pt](mailto:cssj.vilar@isjd.pt)  
[www.isjd.pt/cssj-vilar](http://www.isjd.pt/cssj-vilar)

## CLÍNICA S. JOÃO DE ÁVILA

Rua S. Tomás de Aquino, 20  
1600-871 LISBOA  
Tel.: 217 213 300  
E-mail: [csja@isjd.pt](mailto:csja@isjd.pt)  
[www.isjd.pt/csja](http://www.isjd.pt/csja)

## RESIDÊNCIA S. JOÃO DE DEUS

Rua S. João de Deus, 6  
2495-456 FÁTIMA  
Tel.: 249 534 627  
E-mail: [irmaos.fatima@isjd.pt](mailto:irmaos.fatima@isjd.pt)

## FUNDAÇÃO S. JOÃO DE DEUS

Av. Júlio Dinis, 23 - 1.º Esq.  
1050-130 LISBOA  
Tel.: 217 983 400  
E-mail: [sede@fsjd.pt](mailto:sede@fsjd.pt)  
[www.fsjd.pt](http://www.fsjd.pt)

## MISSÃO EM TIMOR LESTE

Irmãos de S. João de Deus  
Caixa Postal 100  
88001 Díli - TIMOR LESTE  
Tel.: 00 670 725 7859  
E-mail: [irmaos.timor@isjd.pt](mailto:irmaos.timor@isjd.pt)  
[www.isjd.pt/quem-somos](http://www.isjd.pt/quem-somos)

## ORDEM HOSPITALEIRA NO BRASIL (PROVÍNCIA S. JOÃO DE DEUS DA AMÉRICA LATINA E CARAÍBAS)

Estrada Turística do Jaraguá, 2365  
Pirituba  
05161-000 SÃO PAULO  
Tel.: 00 55 11 390 378 57  
E-mail: [secretaria@saojoadedeus.org.br](mailto:secretaria@saojoadedeus.org.br)  
[www.saojoadedeus.org.br](http://www.saojoadedeus.org.br)

## ORDEM HOSPITALEIRA EM MOÇAMBIQUE (PROVÍNCIA AFRICANA DE SANTO AGOSTINHO) CENTRO DE SAÚDE MENTAL S. JOÃO DE DEUS

Caixa Postal 308  
Nampula, Moçambique  
Tel.: 00258 262 134 38  
E-mail: [csmsjdnpl@teledata.mz](mailto:csmsjdnpl@teledata.mz)  
[lhsjdnampula@yahoo.fr](mailto:lhsjdnampula@yahoo.fr)



Prémio financiado pela Fundação S. João de Deus

Consulte o regulamento em [www.isjd.pt/revista-hospitalidade](http://www.isjd.pt/revista-hospitalidade)

3ª EDIÇÃO

PRÉMIO

S. JOÃO DE DEUS

PARA A INVESTIGAÇÃO

PARTICIPE

E GANHE 1.000€



Entram a concurso os artigos submetidos entre  
**1 de Abril e 31 de Outubro de 2021**  
enviados para o e-mail [hospitalidade@isjd.pt](mailto:hospitalidade@isjd.pt).

A *Revista Hospitalidade* vai premiar com 1.000,00€ o melhor artigo científico nas áreas de **Saúde Mental, Cuidados Paliativos, Cuidados Continuados, Reabilitação Psicossocial, Ética, Dependências e Espiritualidade.**

Promotores:

