

## RESUMO

Centrando-nos no modelo clínico-comunitário, faremos uma abordagem à metodologia aplicada numa Unidade Socio-Ocupacional de Barcelos, a Unidade Paul Adam Mckay, através do programa piloto “Gerar Percursos na Sociedade – GPS Barcelos XXI”. Esta é uma Unidade que dá apoio a pessoas com doença mental severa.

Os cuidados de Saúde Mental estão a ser alvo de uma reestruturação e as Unidades Socio Ocupacionais são uma das respostas que existirão na comunidade. Pretende-se, neste estudo, conhecer alterações significativas sentidas pelos Utilizadores e pelos Técnicos de uma Unidade piloto.

Através da análise quantitativa e qualitativa fez-se uma avaliação do que foi a evolução de quatro Utilizadores que frequentaram a Unidade Socio Ocupacional por um período ininterrupto de, pelo menos, um ano.

Foi aplicada uma escala de avaliação das competências de vida diária - BELS (Basic Everyday Living SKills), bem como foi feita entrevista aos mesmos e a dois técnicos que têm acompanhado a sua evolução.

**Palavras chave:** Saúde Mental, Unidade Socio Ocupacional, *Recovery*, *Empowerment*, Comunidade

## ABSTRACT

Focusing on the clinical- community model , we will approach the methodology applied on a Occupational Unit located in Barcelos , Paul Adam McKay Unit, which implement the program “Gerar Percursos na Sociedade – GPS BARcelos XXI”. This Unit gives support to people with severe mental illness.

The Mental Health care are being restructured and one of the community service will be Occupational Units.

The goal of this study is to determinate significant changes experienced by users and the experts of a pilot unit. .

Through quantitative and qualitative analysis was made an evaluation of the progress of four Users who attended the Occupational Unit for an uninterrupted period of, at least, one year.

The BELS (Basic Everyday Living Skills) scale was applied, and was taken interviews of Users and two experts that have followed its development.

**Key words:** Mental Health, Occupational Unit, Recovery, Empowerment, Community

# ÍNDICE

RESUMO .....	1
ABSTRACT .....	2
ÍNDICE DE ANEXOS .....	5
LISTA DE ABREVIATURAS.....	6
INTRODUÇÃO .....	7
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
1 O conceito de saúde mental .....	10
2 Conceito de comunidade .....	11
3 Contextualização histórica.....	12
4 O Modelo Comunitário.....	15
4.1 Serviços na comunidade .....	17
4.2 Conceito <i>recovery</i> .....	18
4.3 <i>Empowerment</i> na saúde mental.....	19
4.4 Cuidados na comunidade – a experiência britânica .....	20
4.5 Unidade socio ocupacional.....	25
5 Modelo GPS BARCELOS XXI .....	27
PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO .....	31
1 Objetivos.....	32
2 Pergunta de investigação .....	32
3 Metodologia .....	33
3.1 Instrumentos.....	33
4 Caracterização da população .....	34
5 Procedimentos legais e éticos .....	35

6 Resultados.....	36
6.1 Escala BELS (Basic Everyday Living Skills) - Área do Auto Cuidado	36
6.2 Escala BELS (Basic Everyday Living Skills) - Área das Competências Domésticas.....	40
6.3 Escala BELS (Basic Everyday Living Skills)- Área das Competências Comunitárias.....	44
6.4 Escala BELS (Basic Everyday Living Skills)- Área da ocupação e relações sociais. ....	48
CONCLUSÕES.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO 1 – Legislação - Lei nº 36/98, de 24 de Julho, e o Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro

ANEXO 2 - Entrevista exploratória ao Presidente da Recovery IPSS

ANEXO 3 - BELS – Basic Living Everyday Skills

ANEXO 4 - Autorização para o uso da Escala de Avaliação BELS

ANEXO 5 – Consentimento Informado

ANEXO 6 – Guiões de entrevistas

ANEXO 7 – Entrevistas a Utilizadores

ANEXO 8 - Entrevistas a Técnicos

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AFAUCSB - Associação dos Familiares e Amigos dos Utentes da Casa de Saúde de São João de Deus de Barcelos

UPAM – Unidade Paul Adam Mckay

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

SLSM – Serviços Locais de Saúde Mental

SRSM – Serviços Regionais de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

TAPS – Team for the Assessment of Psychiatric Services

GPS – Gerar Percursos na Sociedade

BELS – Basic Everyday Living Skills

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Mestrado em Intervenção Comunitária, na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.

Pretende-se, através do mesmo, refletir sobre as práticas na área da Saúde Mental, equacionando a rede de suporte comunitário existente.

Centrando-nos no modelo clinico-comunitário, faremos uma abordagem à metodologia aplicada numa Unidade Socio-Ocupacional de Barcelos, a Unidade Paul Adam Mckay, através do programa piloto “Gerar Percursos na Sociedade – GPS Barcelos XXI”.

Esta Unidade é uma valência da Recovery IPSS (sendo a anterior denominação social da instituição AFAUCSB – Associação dos Familiares e Amigos dos Utentes da Casa de Saúde de São João de Deus de Barcelos), que desde Dezembro de 2011 trabalha com pessoas com experiência de saúde mental, prestando apoio aos utilizadores e, também, às suas famílias. Devido ao estigma da doença mental, ao não reconhecimento da doença e ao isolamento social, estas pessoas acabaram por perder o contacto com a comunidade e deixam de ter um papel ativo na mesma. Esta resposta social pressupõe uma intervenção específica de forma a integrar o indivíduo na sociedade, torná-lo ativo e inseri-lo na rede social de apoio.

O tema (Saúde Mental) e o subtema (O Modelo Comunitário adaptado à Unidade Socio Ocupacional), foram escolhidos pela necessidade sentida de perceber a evolução real dos utilizadores numa Unidade Socio Ocupacional e perceber as alterações decorrentes da mesma.

Tendo em conta que em países como os Estados Unidos da América, Reino Unido e até mesmo Itália foram ao longo dos últimos anos, e desde a década de 60, reestruturando os serviços de Saúde Mental, a experiência por eles vivida poderá dar-nos algumas luzes de como atuar na nossa realidade. Devemos sempre ter em consideração as especificidades de cada um dos países e que aquilo que poderá ter resultado num país poderá não ter os mesmos efeitos no nosso. Desta forma, e estando Portugal a dar os primeiros

passos na reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, com vista a uma maior integração dos utentes na Comunidade, este trabalho pretende levar a uma reflexão sobre a forma como estamos a fazê-lo, tendo em conta a nossa cultura, serviços existentes e estruturas que estão a ser criadas na Comunidade.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, “Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. A carga de perturbações mentais tais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas” (Mental C. N., 2008). Por conseguinte, e tendo em conta que é uma preocupação de toda a Europa a produtividade da população e a redução dos gastos na saúde, as Unidades Sócio Ocupacionais e outras respostas comunitárias na área da Saúde Mental surgem para dar resposta a esta situação, integrando-as no sistema geral de saúde.

A Lei nº 36/98, de 24 de Julho, e o Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro (ver anexo 1), descrevem de forma detalhada o modelo de organização de serviços de saúde mental em Portugal. Contudo, entende-se que, em relação à organização de serviços, importa sobretudo circunscrever as estratégias que promovam a realização da organização proposta pela lei, que aponta quatro desafios:

- Completar a rede nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e promover a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços;
- Desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de Doentes Mentais Graves (DMG);
- Desenvolver os Serviços Regionais de Saúde Mental (SRSM) necessários para complementar os Serviços Locais em áreas específicas;



- Coordenar a reestruturação dos hospitais psiquiátricos à medida que as respostas por eles asseguradas forem sendo transferidas para outros serviços.

No contexto das políticas de saúde mental podemos ver a progressiva organização do sistema português através da inspiração no modelo comunitário.

A intervenção nesta área tem sido alvo de fortes alterações, embora nem todos os profissionais conciliem com estas mudanças. Serão elas necessárias e fundamentais para um maior sucesso e maior poder do utente sobre a sua própria vida? O utente deixa de ser um mero expectador e passa a ter um papel decisivo na sua vida, nas suas escolhas e na inserção social?

# PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

## 1 O conceito de saúde mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS - (2001) saúde é “ um estado positivo de completo bem-estar físico, mental e social”. Esta definição contraria a do modelo médico que associa a saúde à “ausência de doença” ou de qualquer tipo de distúrbio biológico. A doença tem repercussões em todas as dimensões do indivíduo (física, psicológica e social) podendo desencadear em desequilíbrio. Desta forma, o contexto familiar, laboral e outros aos quais o indivíduo pertence é afetado, daí decorre o facto do tratamento da doença não se poder circunscrever ao indivíduo.

A OMS define Saúde Mental como “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” (Livro Verde, 2005).

A doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, por exemplo, a esquizofrenia e a depressão. A condição mental de cada um é determinada por uma multiplicidade de fatores, nomeadamente biológicos (por exemplo, genética e sexo), individuais (por exemplo, antecedentes pessoais), familiares e sociais (por exemplo, enquadramento social) e económicos e ambientais (por exemplo, estatuto social e condições de vida).

## 2 Conceito de comunidade

O conceito de comunidade é complexo, referenciado por diversos autores e, por isso, alvo de diferentes interpretações. Segundo Gómez (2007) “designa uma entidade social e espacial determinada por um território e pelos seus habitantes, por uma estrutura social e códigos culturais singulares. É um espaço de vida onde se concretizam os problemas, as necessidades, os projetos e as esperanças de um amplo grupo de pessoas que, a partir da sua organização em diversas instituições, pretendem dar resposta aos desafios do seu meio”. Ou seja, uma comunidade tem em comum vários aspetos, sejam eles territoriais, culturais ou sociais. Gómez (2007) ainda afirma que a comunidade pode ser entendida como suporte de unidade entre o familiar e o social, que se caracteriza por uma convivência e visão partilhada acerca da vida e do mundo.

Dos vários autores estudados poder-se-á resumir o conceito de comunidade como tendo os seguintes aspetos em comum: população, território, organizações sociais, interações, sentido de pertença, interesses comuns e comunicação.

O modelo comunitário de intervenção na Saúde Mental, plasmado no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, pretende incluir indivíduos que até então estariam em situação de exclusão social na comunidade, de forma a conseguirem sentirem-se integrados e aptos a desempenhar um papel na mesma.

O conceito de rede social foi utilizado pela primeira vez nas Ciências Sociais por Barnes (1954) referenciado por Guadalupe (2010), que valorizou a importância dos vínculos sociais extra familiares na vida quotidiana e valorizou o papel das relações interpessoais. O modelo comunitário prevê essa valorização e desenvolvimento de competências para uma melhor integração na comunidade e na vida ativa.

As pessoas com problemas de saúde mental tendem a ser excluídos da comunidade, são, muitas vezes, isolados, dentro de quatro paredes, saindo apenas para que possam frequentar as consultas de psiquiatria e pouco mais.

A intervenção comunitária tem como principal objetivo a integração nos contextos comunitários e não nas estruturas e/ou serviços. Este modelo inspira-se nos princípios da saúde mental comunitária que advoga que as pessoas, independentemente do diagnóstico e de qualquer outra vulnerabilidade, devem manter-se na comunidade com acesso aos recursos disponíveis. O processo de recovery faz-se através das redes de suporte, dos grupos de ajuda mútua e da participação em contextos diversificados (Ornelas, 2005).

### **3 Contextualização histórica**

Até à Idade Média, inclusive, os “loucos” eram considerados diferentes de uma forma não criteriosa e deixados entregues a si mesmos. Para aliviar a família, alguns “alienados” eram acumulados em instituições sem qualquer especialização. Os “lunáticos pobres” às casas de correção onde tinham de trabalhar à semelhança de uma pena prisional (Leff, 2000, p.26).

Mais tarde, abriram Asilos Municipais onde os loucos se distinguiam de “outras populações problemáticas” e eram encarcerados num sistema de asilo ficando isolados física e simbolicamente do resto da sociedade. A gestão destes asilos assim como a admissão/detenção dos indivíduos era da responsabilidade das autoridades locais, nomeadamente as da justiça e ordem pública. Num sistema sem critérios de ordem clínica, várias pessoas foram mantidas prisioneiras indevidamente, i.e., sem sofrerem de perturbação mental. Tal detenção era considerada uma das principais formas de marginalização da sociedade (Leff, 2000, p.28).

Posteriormente e depois de várias e injustas detenções, a responsabilidade sobre as pessoas “desajustadas” passa da área da justiça para a da saúde – em direção ao modelo médico. Os asilos são transformados em hospitais onde as doenças mentais são distinguidas das de ordem física e, aí, nasce o conceito de internamento voluntário. A Insanidade passa de fenómeno vago, definido culturalmente mais suscetível a avaliações erróneas,

para uma situação clínica diagnosticada, certificada e tratada por especialistas legalmente reconhecidos (Leff, 2000, p.30).

A convicção de que os cuidados na comunidade para os doentes mentais seriam mais humanos e terapeuticamente mais eficazes do que os dispensados nos hospitais nasce da confluência de uma conjetura política oriunda de considerações filosóficas que estão na base da evolução dos direitos humanos. O “espírito da época” ditou que houvesse uma maior preocupação com o bem-estar dos doentes mentais. Paralelamente, deu-se forte progresso da psicofarmacologia, que se traduziu numa rápida disseminação de medicamentos psicoativos que ao reduzir a sintomatologia de vários quadros clínicos aproximaram o conceito de “normalidade” a um número significativo da população internada (Leff, 2000, p.32).

Os Estados Unidos da América foram o primeiro país a pôr em prática a desinstitucionalização através da chamada Lei Kennedy ou Community Mental Health Construction Act. Esta lei foi a primeira e única iniciativa a nível federal e proclamava o seu direito a todos, absolutamente todos, independentemente da sua capacidade de pagamento. Tal foi inovador na realidade do sistema de saúde norte-americano. Passou-se a defender que os doentes mentais deviam obter alta hospitalar assim que ficassem estáveis, sendo que a rede de serviço – Centros de Saúde Mental Comunitária passou a incluir Internamento, acompanhamento pós-alta, apoio na crise, serviços de reabilitação, lares de transição, consultoria e prevenção através de ações educativas. A crença dominante consistia no princípio de que os hospitais psiquiátricos tendiam a criar mais situações problemáticas do que a resolvê-las e que os cuidados pós alta hospitalar eram praticamente inexistentes (Ornelas, 2008, p.8).

### **O que a realidade Norte-Americana nos ensinou**

Lição 1: a desinstitucionalização envolve mais do que a simples mudança do local dos cuidados

Lição 2: o planeamento dos serviços deve ser individualizado e talhado à medida das necessidades de casos individuais específicos

Lição 3: é essencial facilitar o acesso aos cuidados hospitalares dos doentes que deles necessitem, durante o tempo que for preciso

Lição 4: os serviços deverão ser culturalmente adequados

Lição 5: os doentes devem estar envolvidos tanto quanto possível no planeamento dos serviços

Lição 6: os sistemas de serviços devem ser flexíveis e abertos à mudança

**Figura 1- O que a realidade Norte Americana nos ensinou. Fonte: Leff (2000), p.55**

A reinserção na comunidade de pessoas portadoras de doença mental bem-sucedida implica a análise profunda das lições da Figura 1. No que concerne à primeira lição, é fundamental reformular o conceito de desinstitucionalização. Assim, Leff (2000) definiu este processo como “substituição dos hospitais psiquiátricos para internamento prolongado por serviços alternativos de menor dimensão, menos isolados e com base na comunidade, para cuidar das pessoas com doença mental” (p.49).

## 4 O Modelo Comunitário

O sistema de suporte comunitário consiste numa “Estrutura de Apoio, na comunidade, para pessoas com doença mental grave e prolongada. Estrutura esta que subsiste numa rede organizada de serviços, profissionais e outros agentes e recursos da comunidade para prestar apoio e colaborar com as pessoas no contexto comunitário, no sentido de promover o desenvolvimento das suas potencialidades” (Turner in Ornelas, 2008, p. 87).

Um dos princípios orientadores do sistema de suporte comunitário é a promoção de uma perspectiva de *empowerment*, defendendo que “os serviços devem ser prestados de modo a garantir aos seus utilizadores o maior índice de controlo possível sobre a sua vida, o que inclui a definição dos seus objetivos pessoais e a escolha dos serviços e mecanismos de apoio que consideram necessários e mais adequados” (Ornelas, 2008, p.88).

Os técnicos têm o papel fundamental no sistema de suporte comunitário. Devem estar envolvidos no planeamento, implementação e avaliação dos serviços de base comunitária, bem como no processo de tomada de decisão ao nível da formulação de políticas. Um outro aspeto fundamental, é a adaptação cultural. A mesma deve ser respeitada, i.e., os serviços devem ser sensíveis às características étnicas e culturais dos seus utilizadores, incluindo as questões linguísticas, religiosas e outras, pressupondo a sua disponibilidade e acessibilidade para as minorias étnicas e grupos especiais. O enfoque das intervenções deve focalizar as potencialidades individuais honrando a dignidade e identidade das pessoas. O objetivo das respostas do sistema de suporte comunitário deve ir de encontro às necessidades individuais e não às necessidades do próprio sistema.

Para que as respostas cumpram o seu propósito, é indispensável haver coordenação entre os serviços com a envolvência do utilizador.

A figura 2, adiante apresentada, explicita como estão organizados os componentes do Sistema de Suporte Comunitário. As pessoas com experiência de Saúde Mental estão no centro de toda a intervenção, são elas o principal elemento do sistema, que procuram na comunidade aquilo de que mais

necessitam e todos os elementos de apoio social são fundamentais para o seu bem estar. Ao contrário do que acontecia com o modelo Psiquiátrico, em que a psiquiatria era praticamente a única ou a “peça fundamental” de toda a intervenção, agora ela surge como um dos elementos importantes, ao mesmo nível das restantes intervenções.



**Figura 2 Esquema dos componentes do Sistema de Suporte Comunitário (adaptado de NIMH in Ornelas, 2008, p.90)**



## **4.1 Serviços na comunidade**

A previsão a longo prazo do encerramento da maioria dos grandes centros hospitalares na área da saúde mental, poderá ter lugar apenas quando na comunidade os serviços que lhe darão seguimento estiverem devidamente implementados e prontos a serem agilizados.

A desinstitucionalização prevê uma alteração da prestação de serviços, passando os mesmos a estarem inseridos na comunidade, como resposta mais específica a cada uma das situações. Poderão oferecer mais ou menos apoio aos doentes, conforme as necessidades de cada situação. Este planeamento dos serviços deve envolver os doentes, de uma forma flexível e aberta à mudança, bem como a implementação e avaliação dos mesmos.

Os serviços de saúde, idealmente, deverão ter uma fluente comunicação entre si, de forma a dar uma resposta mais rápida, eficaz e adequada a cada situação.

O sistema de suporte comunitário pressupõe diferentes componentes: localização e contacto, apoio social e rendimentos, cuidados de saúde mental, serviços de apoio na crise, cuidados de saúde, serviços de reabilitação, habitação, sistema de suporte natural (apoio e assistência às famílias, amigos e comunidade em geral), apoio dos pares, defesa cívica. Os mesmos são flexíveis, ou seja, o sistema de suporte comunitário não prescreve quais as componentes que devem estar presentes, apenas fornece referências das funções que poderão ser exercidas, de forma a prestarem o apoio mais adequado à população-alvo.

As quatro áreas base de intervenção são sociais/recreativas, vocacionais, habitacionais e educacionais.

Um modelo, utilizado noutros países, nomeadamente nos Estados Unidos da América, mas cuja legislação portuguesa não permite que seja aplicado no nosso país, é o modelo da gestão de serviços pelos consumidores. Os consumidores são as pessoas com experiência em saúde mental, que fazem a gestão de todos os processos, atividades, com apoio ou não de pessoas próximas: familiares, amigos e pessoas de referência. O empowerment é a base central deste modelo, em que os utentes assumem o

total controlo da gestão dos serviços, permitindo um aumento da autoconfiança e aumento da autonomia. Os grupos de ajuda mútua são um elemento central neste modelo, em que os elementos ajudam outros em situações similares. De acordo com as necessidades dos utentes, podem, também, existir serviços de apoio educacional ao nível das competências do dia a dia.

Relativamente ao ajustamento comunitário, após a desinstitucionalização, segundo Lyftiyya (1998, cit.Ornelas, 2008) devem ser promovidos vários aspetos para um processo eficaz:

- Oportunidade de desenvolver relações sociais;
- Aumento da diversidade das relações sociais;
- O fomento da continuidade das relações sociais;
- A existência de relações íntimas.

A família, amigos, pares, colegas de trabalho e vizinhos são fontes significativas de suporte, no que diz respeito ao *recovery*.

Nos programas de integração comunitária poderão existir, entre outros: habitação apoiada, emprego apoiado, educação apoiada, de forma a garantir uma melhor inserção na comunidade e em todos os aspetos da vida ativa.

## 4.2 Conceito *recovery*

Estabeleceu-se que seria praticamente impossível as pessoas com experiência de doença mental, nomeadamente de internamento, recuperarem e readquirem a sua autodeterminação, autonomia e participação plena na sua vida em sociedade. A mudança deste paradigma ocorreu em resultado dos chamados movimentos dos consumidores e das iniciativas de ajuda mútua que criaram uma visão mais positiva e trouxeram a esperança de recuperação.

Não é possível estabelecer uma definição consensual de *recovery* (traduzido por muitos como “recuperação pessoal”), nem tão pouco um padrão mensurável. Vários estudos de investigação longitudinal, realizados em diferentes países, observaram que o *recovery* não era uma experiência rara, constituindo uma base científica para sustentar uma visão mais otimista sobre esta questão: entre metade a dois terços dos participantes alcançaram níveis

muito positivos de *recovery*, salientando a importância dos suportes e recursos comunitários como fatores dos processos de *recovery*.

O *recovery* baseia-se numa perspetiva holística, em vez de se insurgir como oposição aos sintomas, foca o bem-estar global, a auto determinação, a participação social e o exercício da cidadania (Ornelas, 2008, p.111).

O conceito de qualidade de vida, neste trabalho, está ligado ao *recovery* e a sua avaliação será feita de acordo com parâmetros estabelecidos pela TAPS – Team for the Assessment of Psychiatric Services.

### **4.3 Empowerment na saúde mental**

O termo *empowerment*, tão utilizado no novo paradigma da Saúde Mental, é usado como sinónimo de ajuda mútua, organização comunitária, autossuficiência e autoestima, eficácia pessoal e de competências de *coping*. De uma forma mais simplista pode ser entendido como o “dar voz” a pessoas que até então, devido ao seu diagnóstico de doença mental estavam silenciados e com um papel passivo em todas as tomadas de decisão relativas às suas vidas. Desta forma a criação de grupos de ajuda mútua ou de auto ajuda, bem como outras formas de dinamizar a participação na comunidade tornam o individuo mais ativo e mais munido de ferramentas para as situações do dia-a-dia.

Neste conceito importa perceber as duas dimensões, a das competências individuais e a da participação social. Para que exista o verdadeiro *empowerment* das pessoas com doença mental é fundamental o seu envolvimento neste processo que é, acima de tudo, pessoal.

O *empowerment* está intimamente ligado ao aumento da qualidade de vida dos doentes e ao controlo sobre a sua própria vida, com fortalecimento de estruturas e ligação entre indivíduos.

*“Zimmerman (1995 e 2000b) torna mais especifica a concetualização do empowerment, referindo-se ao conceito como tendo três dimensões: controlo, consciência crítica e participação” (Cit.Ornelas, 2008, p.48). O controlo se refere-se a situações específicas de vida ou de influência sociopolítica, o*

sujeito atua no sobre o mundo. A consciência crítica envolve a capacidade do individuo analisar e questionar a realidade onde se encontra inserido, quer seja a nível político, social, cultural ou outros. Ele não é apenas um sujeito passivo e tem conhecimento sobre o contexto em que se encontra, sabendo mobilizar e identificar recursos, gerindo-os de forma a alcançar objetivos. A participação está relacionada com o envolvimento em grupos de ajuda mútua e em outras organizações ou entidades disponíveis na comunidade, de forma a defender direitos, influenciando o poder político e social.

Como refere Ornelas: “O empowerment não é algo que se oferece ou adquire no imediato, mas é um processo contínuo de crescimento e fortalecimento dos indivíduos, grupos e comunidades, construído através da experiencia de participação” (2008, p.55).

#### **4.4 Cuidados na comunidade – a experiência britânica**

Um dos aspetos negativos mais vincado por Noam Trieman relativamente à inserção dos doentes psiquiátricos na comunidade é a estigmatização da qual são alvo os mesmos. Na Inglaterra, país onde faz parte da equipa de avaliação dos serviços psiquiátricos (TAPS – Team for the Assessement of psychiatric services), observa a generalização de atos criminais imputáveis a pessoas com diagnóstico de esquizofrenia ou outras perturbações mentais. Ou seja, o facto de estas pessoas estarem na comunidade, sem um restritivo controlo, intensifica o estigma da doença mental. A comunicação social e a falta de formação da população neste âmbito criam uma série de mitos na mente de todos, sendo muitas vezes atribuída a culpa destes crimes aos “cuidados comunitários”, à desinstitucionalização dos doentes do foro psiquiátrico.

*Segundo Trieman (2000)“Os homicídios cometidos por doentes mentais são na verdade muito raros, quando comparados com o número de tais pessoas que são admitidas nos hospitais”, (cit.in Leff, 2000, p. 218), dando ênfase à visão do número reduzido de pessoas com histórico de doença mental*

envolvidas em crimes graves comparativamente ao número de entradas anuais nos serviços de psiquiatria. Podem estas pessoas constituir um risco, sendo, no entanto, muito mais elevado o número de pessoas consideradas “sãs” a praticarem crimes graves.

Relativamente a estes crimes perpetrados por pessoas com diagnóstico de doença mental, quando veiculadas pelos meios de comunicação social, os mesmos provocam um efeito cumulativo, ou seja, ninguém se esquece que em determinado período de tempo existiu um crime semelhante ou com outros contornos, também esse realizado por uma pessoa portadora de um problema de saúde mental.

No que diz respeito ao caso Inglês dos “Cuidados comunitários”, houve uma desilusão injustificada da população, no geral, isto porque as expectativas relativamente ao plano não eram realistas. Apesar disso o projeto de investigação da TAPS tem vindo a desmistificar algumas das ideias e dar a conhecer os verdadeiros sucessos do conceito global.

Não seria a melhor solução para as pessoas com experiência em saúde mental uma reclusão maciça, sendo o ideal a integração na comunidade, com uma avaliação constante e riscos medidos. Há que ter em conta, também, que maioria dos crimes cometidos por pessoas com diagnóstico de doença mental são pequenos delitos, como “exibicionismo” ou furtos insignificantes em lojas.

Contudo, convém fazer a ressalva de algo que é muitas vezes esquecido quando o estigma se apropria da mente das pessoas. As pessoas com diagnóstico de doença mental são muitas mais vezes vítimas, vulneráveis ao abuso e à exploração, do que autores de tais crimes.

Tornou-se evidente, segundo as avaliações da TAPS na Inglaterra, que o êxito de tratamento fora do âmbito hospitalar é uma realidade e apenas uma minoria teve dificuldades em se instalar na comunidade. Para estas situações foram, posteriormente, criadas estruturas mais especializadas nas especificidades das doenças e nas características de cada doente.

*“Apenas no caso de que, devido ao encerramento de um hospital psiquiátrico, a sua área de influencia ficasse privada de serviços essenciais, tais como residências com pessoal de apoio, camas para internamento ou*

*unidades de segurança, é que poderíamos justificadamente recear o surgimento de consequências graves”* (Trieman, cit. Leff, Julian, 2000, p. 226)

Um outro aspeto vincado por Noam Trieman é o fenómeno da transinstitucionalização, ou seja, da passagem de doentes de hospitais psiquiátricos para estabelecimentos prisionais, por exemplo, por não haver uma resposta mais adequada.

Sem respostas adequadas a cada situação na comunidade não será possível fazer uma alteração positiva no que diz respeito à vida de pessoas com diagnóstico de doença mental com percurso de institucionalização de longa duração, que após a saída dos grandes centros hospitalares, em situações agudas e sem apoio comunitário, poderão “ser empurrados” para o sistema judicial, onde os cuidados não são apropriados às especificidades da saúde mental.

*“Haverá sempre um preço a pagar por um sistema de cuidados que confira aos pacientes o grau de autonomia e de liberdade que eles desejam e apreciam. A alternativa consiste em enclausurar grande número de pessoas, para garantir que um pequeno número, que não pode ser identificado com exatidão, seja conseqüentemente encarcerado. A escolha entre estas alternativas é de natureza social”* (Trieman, cit. Leff, Julian, 2000, p. 229).

De forma a substituir os hospitais psiquiátricos, na Inglaterra, foi criada uma ampla rede de serviços comunitários, que complementassem os já existentes.

Nas residências, com total ausência de restrições, inseridas na comunidade, não foi conseguido, como previsto inicialmente, uma total integração social dos doentes. Uma das sugestões apontada por Julian Leff e Noam Trieman (2000) seriam programas educacionais para os residentes na área geográfica próxima às residências.

Ainda pela experiência britânica, os mesmos autores consideram importante a distinção entre pacientes psicogerátricos e outros com diferentes diagnósticos, de forma a não haver junção de demências com outras patologias, como psicoses funcionais, para que o ambiente não seja pouco estimulante para os últimos, que quando transferidos para outras unidades

mostraram-se capazes de realizar tarefas que até então os funcionários pensavam não serem capazes. Desta forma, é importante a separação de doentes psicogerítricos por capacidades cognitivas.

Para os doentes considerados difíceis de colocar, com comportamentos desafiantes e potencialmente agressivos, a criação de unidades de tratamento especial na comunidade, com ligação a um hospital próximo, seria uma forma eficaz de os enquadrar, não isolados do público, mas com um rigoroso controlo ao nível da interação.

Um dos estudos realizado no Reino Unido pela “Team for the Assessment of Psychiatric Services – TAPS”, fez o *follow up* de 567 doentes sujeitos a internamento de longa duração em dois hospitais psiquiátricos Londrinos, após a sua desinstitucionalização como parte de um programa de encerramento de grandes unidades psiquiátricas. O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental no Reino Unido deu-se após a consciencialização da falta de prestação de serviços equilibrados adequados aos utentes. A avaliação feita pelo TAPS foi realizada um ano e cinco anos após a saída do hospital psiquiátrico.

Estes doentes terão sido inseridos na comunidade, em unidades apoiadas com diferentes níveis – adaptadas às necessidades de cada um- unidades essas mais pequenas, com uma média de 8 pessoas a residir em cada uma delas. As unidades na comunidade variam ao nível do tamanho e do apoio prestado. Poderão ir de simples apartamentos supervisionados a “*nursing home*” – apoio completo- passando por albergues, com uma equipa de colaboradores adaptados às necessidades. Uma pequena percentagem destes utentes passaram a residir com algum familiar e alguns ficaram a residir sozinhos.

Apesar de pequenas alterações no seu estado clínico e funcional, os utentes sentiam ter ganho melhor qualidade de vida na comunidade. Este sentimento manteve-se após os cinco anos da saída do Hospital.

A maioria dos utentes, após o período de 5 anos, manteve-se na comunidade inicial e não tiveram readmissões, vivendo ininterruptamente no mesmo local durante os 5 anos. Quando existiam readmissões os utentes

voltavam às suas casas na comunidade após um curto período. Esperava-se que a alteração de residência do hospital para a comunidade poderia ter um impacto significativamente forte, quer a nível clínico como social, para os utentes, mas tal não se verificou.

O estudo feito aponta como fatores de risco para as readmissões: utentes mais jovens, curto período de internamento no Hospital, múltiplas admissões anteriores e diagnóstico de bipolaridade.

Dos utentes cujo rasto não foi possível seguir ao longo dos 5 anos crê-se que possam ter-se tornado sem abrigo, não ultrapassando 1,8% da amostra total. Quando calculado o número total de utentes não acompanhados dos diferentes hospitais psiquiátricos do país, o número será considerável.

O caso britânico é um dos exemplos utilizado pelo Governo Português no que diz respeito à aplicação de novas medidas no âmbito do apoio a pessoas com diagnóstico de doença mental. O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, da Coordenação Nacional para a Saúde Mental prevê a criação de Unidades na Comunidade e o encerramento dos grandes hospitais psiquiátricos existentes no país. Este será um processo faseado, em que inicialmente são criadas as estruturas na comunidade, para que seja possível, posteriormente, a desinstitucionalização progressiva dos utentes de longa duração.

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, determina que a prestação dos mesmos seja assegurada por:

- Unidades de Convalescença;
- Residências de treino de autonomia, de apoio máximo, de apoio moderado residências autónomas;
- Equipas de apoio domiciliário;
- Unidades Socio-Ocupacionais.



## **4.5 Unidade socio ocupacional**

Na área da Saúde Mental existem diversas respostas sociais, uma das mais recentes, pela nova designação, é a Unidade Socio Ocupacional. (Portaria nº 149/2011, de 8 de Abril – Secção II)

A Unidade Socio Ocupacional caracteriza-se pela localização na comunidade e destina-se a desenvolver programas de reabilitação psicossocial para pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, estabilizadas clinicamente mas que apresentem incapacidades nas áreas relacional, ocupacional e de integração social.

Têm como objetivo terapêutico a ocupação dos tempos livres, preenchendo as horas do dia com atividades e convívio. São programadas atividades de vários domínios específicos, de forma a trabalhar aprendizagens, auto estima e tomada de decisões.

O tempo livre é ocupado com atividades estruturantes e lúdicas e é concretizado através de aulas de línguas, fotografia, pintura, trabalhos manuais, desporto e outras atividades culturais, lúdicas ou recreativas.

Ao nível dos recursos humanos, as Unidades devem ter uma Equipa Multidisciplinar constituída por um psicólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um monitor, um administrativo e um trabalhador auxiliar dos serviços gerais.

O horário de funcionamento é, no mínimo, de oito horas por dia, em dias úteis.

Os utentes poderão, ou não, frequentar todos os dias da semana a Unidade, dependendo do definido no Plano Individual de Intervenção

A Unidade assegura serviços de apoio e monitorização nas atividades da vida diária, apoio socio ocupacional, sensibilização e treino de familiares e outros cuidadores, apoio a grupos de auto ajuda (para familiares e cuidadores informais, bem como para utentes), apoio e encaminhamento para serviços de formação e integração profissional, promoção de atividades socio culturais e desportivas em articulação com a comunidade, alimentação, convívio e lazer.

Os critérios de admissão dos utentes são os seguintes:

- a) Grau moderado ou reduzido de incapacidade psicossocial por doença mental grave, de acordo com instrumento único de avaliação aplicado no momento da referenciação;
- b) Estabilização clínica, tendo ultrapassado a fase aguda da doença;
- c) Funcionalidade básica conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nomeadamente nas áreas da orientação espaço - temporal, mobilidade física e cuidados pessoais;
- d) Comportamentos que não ponham em causa a convivência com os outros utentes ou impossibilitem o trabalho em grupo;
- e) Perturbação da funcionalidade nas áreas relacional, ocupacional e ou profissional;
- f) Aceitação do programa de reabilitação;
- g) Aceitação do termo de pagamento.

## 5 Modelo GPS BARCELOS XXI

A AFAUCSB é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, constituída em 2 de Novembro de 2004. Em Janeiro de 2014 assume uma nova denominação social, Associação *Recovery* IPSS.

A Associação iniciou a atividade a 1 de Abril de 2005, vindo desde então a desenvolver o seu trabalho na área da Saúde Mental. É uma Associação Federada na Federação das Associações Pró-Saúde Mental (FNAFSAM), sediada em Lisboa.

Esta IPSS tem procurado, desde a sua fundação, atualizar de forma metódica e sistemática a sua missão assistencial relativamente aos cuidados de Saúde Mental em Portugal, assim como, intervir publicamente na defesa da dignidade, respeito, direitos e qualidade de vida de familiares/cuidadores e de doentes mentais graves, como atividades enérgicas e positivas que se desenvolverão de forma continuada no tempo. Esta associação pretende “Reduzir obstáculos, facilitar vivências...”

A Unidade Paul Adam Mckay enverga o “Gerar Percursos na Sociedade - GPS, Barcelos XXI” (Projeto premiado pelo Alto Comissariado da Saúde) desde Dezembro de 2011. A sua abordagem à saúde mental integra uma viragem para a reabilitação psicossocial na comunidade e visa oito GPS’s: Localização e Contacto, Residência Paul Adam Mckay, Emprego, Família, Cuidados de Saúde, Social e Rendimentos, Advocacy e Educação.

O estabelecimento de objetivos terapêuticos, a partir dos modelos de vulnerabilidade stresse-coping e do conceito de recovery tornou claro que o tratamento farmacológico não era suficiente. Desse modo, nos últimos 15 anos foi possível observar-se uma mudança no paradigma e as intervenções cognitivo-comportamentais apresentaram melhorias significativas nas funções neuro e sociocognitivas, assim como, na melhoria das competências sociais em pessoas portadoras de doença mental grave (Ex: Esquizofrenia).

A Associação efectua intervenções cognitivo - comportamentais de orientação clínico - comunitária, recorrendo ao uso do role - play, de programas

de resolução de problemas, reestruturação cognitiva, métodos de relaxamento e controlo do stresse.

Estão a ser adotados, igualmente, modelos da intervenção sistémica/familiar uni e plurifamiliares, nas suas vertentes clínicas e mutualistas, assim como, está a ser adaptado à realidade do Projeto «GPS» o programa germânico WAF (Wohnen, Arbeit, Freizeit) - residencial, laboral e ocupação dos tempos livres.

A Unidade Paul Adam McKay (UPAM), especificamente a nível do GPS Sócio Ocupacional, organiza-se segundo um Programa de Atividades que, apesar de flexível, está definido hora a hora. Esse Programa contempla a integração dos seguintes serviços:

Artes plásticas	Pintura em vidro, tecido, técnicas mistas; escultura, trabalhos manuais, costura e elaboração de acessórios de indumentária
Cinema	Visionamento de filmes, documentários e séries, assim como discussão posterior ao dito visionamento
Saídas diárias	Caminhada livre, visitas culturais, etc..
Época Balnear	Uma a duas vezes por semana, idas à beira-mar pela manhã entre Junho e Setembro.
Aulas de Inglês	Duas vezes por semana, uma hora, nível básico num formato de aprendizagem individualizado
Cozinha	Treino de vida-diário a nível das funções básicas de manutenção da organização da cozinha e aulas esporádicas de culinária com exemplificação e prática dos utilizadores
Aulas de Informática (nível básico)	Uma vez por semana, aula formal de informática num formato de proximidade (Internet Explorer, processamento de texto, etc.)
Atividade lúdico-recreativas	Jogos, Dinâmicas de grupo, sessões de leitura e sessões de escrita

G.A.M. Utilizadores	Bimensalmente, decorre um G.A.M. entre os utilizadores UPAM.
Arte Floral	Aula mensal que aborda as técnicas dos arranjos com flores naturais, secas e apliques.
Desporto	Semanalmente, durante uma hora, os utilizadores usufruem de uma aula de ginástica localizada em grupo, orientada por um professor de educação física que pode ser no espaço da Unidade ou ser no parque da cidade. Usfruem, também, de uma aula de natação por semana.
Sessões de Relaxamento	Três vezes por semana decorre uma sessão de relaxamento (treino de relaxamento muscular progressivo) dirigido por uma profissional especializada
Plantação de uma horta	Uma a duas vezes por semana desenvolvemos atividades ligadas à plantação de plantas aromáticas, vegetais, frutos e flores, em pequena escala, em terreno emprestado perto da UPAM.

Numa perspetiva individual e gratuita, a Recovery IPSS dispõe, ainda, dos seguintes Serviços:

Consultas de enfermagem	Enfermeira da área avalia e trabalha sobre o perfil individual de cada utilizador.
Massagens	Quinzenalmente, um utilizador pode usufruir de uma hora de massagem, dependendo da necessidade, seja Tui Na, shiatsu, Ayurvédica, reiki
Apoio Jurídico	Uma vez por semana, nas instalações da UPAM, um advogado está ao dispor de qualquer questão legal que desafie os utilizadores e/ou familiares.
Tratamento de estética e cabeleireiro	Celebrou-se um protocolo que permite que os utilizadores usufruam gratuitamente de serviços de estética e cabeleireiro, constituindo o papel de modelos para as aulas práticas da Escola de Formação Bellkorporus (Parceria);

Cozinha "O Arado" Restaurante Macrobiótico	Uma vez por semestre decorre um <i>workshop</i> de cozinha macrobiótica no restaurante "O Arado". De referir que, em aula, culminaram numa receita de um queque de chocolate que apelidaram de Muffin UPAM que a proprietária do Arado pensa comercializar no seu estabelecimento para sobremesa (Parceria);
Grupos de Ajuda Mútua (G.A.M.) para Familiares	Bimensalmente decorre um G.A.M. entre familiares/cuidadores de pessoas portadoras de doença mental.
Dentista	Foi concretizado uma parceria que permite o acesso a descontos substanciais no tratamento dentário, assim com à oferta de destartarizações aos utilizadores da UPAM e seus familiares.
Aulas de música	Uma vez por semana, voluntário ensina acordes de guitarra.

#### OUTRAS PARCERIAS

- Formação em colaboração com a Cefolgest: a Recovery IPSS efetuou ações de formação no âmbito da tipologia 3.6 do POPH/FSE – Qualificação dos Profissionais da Saúde.

- A Recovery IPSS faz parte da Rede Social de Barcelos, da CSIF Nuno Álvares Pereira (Freguesias de Barcelos, Barcelinhos e V. F. S. Martinho) e está representada na Comissão Consultiva para a Participação dos Utentes e Cuidadores da Direção do Programa Nacional para a Saúde Mental/Direcção-Geral de Saúde.

## **PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO**

Neste capítulo abordaremos os objetivos da investigação, a pergunta de partida, a metodologia: instrumentos, procedimentos e caracterização da população, bem como os procedimentos legais e éticos.

Atendendo ao isolamento social que maior parte destes utilizadores eram sujeitos, e à permanência, quase sempre, de um dos elementos do agregado familiar que deixava o emprego para permanecer em casa com o utilizador, algumas das competências básicas de vida diária foram-se perdendo ou nunca foram trabalhadas. Passado mais de um ano de intervenção pretende-se avaliar as alterações existentes, pela perspetiva do utilizador e dos técnicos que acompanham os mesmos.

No que refere à recolha de dados, de natureza qualitativa, optou-se pela consulta dos processos individuais, para levantamento de vários elementos. Foi feita, também, uma entrevista exploratória ao Presidente da Recovery IPSS, Dr. Miguel Durães, mentor do projeto GPS Barcelos XXI. (ver anexo 2)

Pretende-se avaliar a alteração ao nível das competências básicas/qualidade de vida, utilizando uma escala de avaliação – análise quantitativa- aplicável aos utentes. Tendo em conta que ela só é aplicada mais de um ano após o início do período em avaliação, recorrer-se-á á aplicação de uma entrevista aos utilizadores para que seja feita a avaliação abrangente dos pontos abordados na escala. Far-se-á, também, aos técnicos entrevistas no sentido de recolher a sua perspetiva acerca das alterações observadas.

Portanto, a metodologia aplicada será mista, quantitativa, a escala, e qualitativa, as entrevistas.

## 1 Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é a análise da evolução dos utentes ao longo do seu percurso na Unidade Socio Ocupacional, no programa Gerar Percursos na Sociedade – Barcelos XXI.

Desta forma, pretende-se evidenciar as transformações na qualidade de vida dos utilizadores e conhecer as eventuais fragilidades do programa.

## 2 Pergunta de investigação

Este trabalho pretende aprofundar questões ligadas ao trabalho desenvolvido numa Unidade Socio Ocupacional para pessoas com diagnóstico de doença mental.

***“Em que medida o modelo RECOVERY (modelo clínico-comunitário) aplicado numa Unidade Sócio ocupacional contribui para a melhoria da qualidade de vida dos utilizadores?”***

Esta será a pergunta de partida que dará início ao trabalho de projeto, far-se-á uma avaliação dos serviços prestados e dos seus resultados. Pretende-se determinar até que ponto há uma interligação entre a frequência da Unidade Socio Ocupacional e a aquisição de competências comunitárias, domésticas, autocuidado e ocupação/relações sociais. O possível resultado deste projeto tem vindo a despertar o interesse dos diferentes intervenientes, não só pelas alterações sentidas pelos utilizadores e familiares mas também pelas consequências dessas alterações.

Tal como está plasmado no Plano Nacional para a Saúde Mental, as Unidades Socio- Ocupacionais serão uma resposta no seio da Comunidade, que poderão ser uma resposta eficaz no que diz respeito a pessoas com diagnóstico de Saúde Mental, que estão em situação estável da doença.



Como tal, teremos as hipóteses teóricas de resposta a esta pergunta de partida:

- Há melhoria do nível de autocuidado;
- Há melhoria ao nível das competências domésticas;
- Há melhoria ao nível das competências comunitárias;
- Há melhoria ao nível da ocupação e relações sociais.

## **3 Metodologia**

### **3.1 Instrumentos**

Numa primeira fase será aplicada aos utilizadores a Escala de Avaliação “Competências Básicas de vida diária” (2011) - BELS (Basic Everyday Living Skills), traduzida para Português pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental – Equipa de Projeto para os Cuidados Continuados de Saúde Mental.(ver anexo 3)

A sua utilização foi autorizada pelos autores (TAPS) na pessoa do Dr. Julian Leff. (ver anexo 4)

“Este questionário foi concebido para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas com doença mental de evolução prolongada. O seu objetivo é avaliar o desempenho nas atividades de vida diária de pessoas que transitam de um ambiente institucional para outro com características residenciais, no contexto da reforma dos serviços hospitalares de saúde mental. Assim, é principalmente um instrumento de investigação, embora possa ser usado para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas integradas em programas de reabilitação. Este questionário é composto por 26 itens, cada um dos quais descrevendo um comportamento concreto. Cada item é pontuado em duas escalas.

(a) Uma escala de 3 pontos que avalia o grau de oportunidade para um desempenho autónomo

(b) Uma escala de 5 pontos que avalia o nível de desempenho atual”

Posteriormente foi aplicada uma entrevista semiestruturada aos utilizadores, e profissionais da Unidade Socio ocupacional (cuidadores formais). Estas entrevistas são distintas para cada um dos grupos.

A escolha da entrevista semiestruturada foi feita tendo em conta que: “o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vividos pelos participantes. Neste tipo de entrevista, o investigador determina uma lista de temas a abordar, formula questões respeitantes a esses temas e apresenta-os aos respondentes numa ordem que ele julga apropriada” (FORTIN,2009,p.377).

Através da entrevista semiestruturada, o investigador consegue obter mais informações sobre o tema, consegue compreender o significado do fenómeno ou acontecimento vivido pelo entrevistado. (FORTIN,2009).

As perguntas foram elaboradas de forma a irem ao encontro dos itens da escala de avaliação das competências de vida diária. Pretende-se perceber a evolução ao longo de um ano, mas com a escala de avaliação seria possível apenas recolher informação respeitante ao momento atual. As entrevistas surgem no sentido de complemento de informação, não só por parte dos próprios utilizadores como por parte dos cuidadores formais.

## **4 Caracterização da população**

Tendo em conta o número reduzido de utilizadores que se encontram há mais de um ano a frequentar a Unidade Socio Ocupacional Paul Adam Mckay, quatro elementos, optou-se por englobar toda a população no estudo.

Todos os elementos têm diagnóstico de doença mental grave: esquizofrenia, perturbação borderline e doença bipolar, tendo sido a um deles diagnosticada uma doença degenerativa, e concomitantemente, esquizofrenia.

Encontram-se em acompanhamento hospitalar, em consultas externas de psiquiatria, nos hospitais de Braga e Viana do Castelo.

Dos quatro elementos três são do sexo masculino e um do sexo feminino., residentes no Concelho de Barcelos (três) e Viana do Castelo (um).

O agregado familiar, além do Utilizador da Unidade, é constituído por:

- 1) Pai e mãe
- 2) Tia
- 3) Integrado num Lar de Idosos
- 4) Mãe, irmã e padrasto

Durante o período compreendido entre as 9horas e as 18horas estão em atividades na Unidade Socio Ocupacional, de segunda a sexta, sendo a frequência das atividades livre e tendo livre circulação pela Instituição, inclusive saídas são permitidas assim que o desejem.

## **5 Procedimentos legais e éticos**

É indispensável, quando se faz investigação, que a mesma seja avaliada do ponto de vista ético. (FORTIN, 2009). A investigação eticamente orientada baseia-se no consentimento fundamentado e esclarecido, de forma a proteger direitos e liberdades dos envolvidos. (Ver anexo 5).

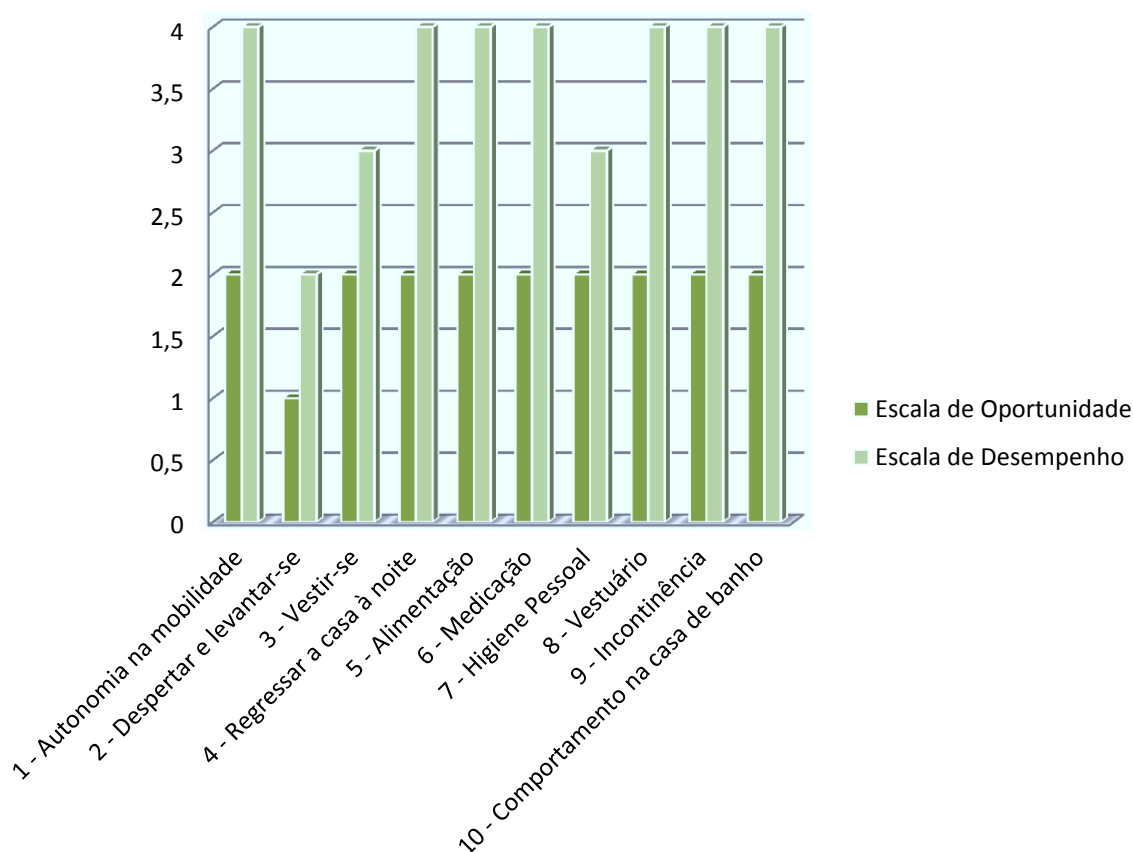
Tendo em conta as regras internacionais e nacionais no que diz respeito à proteção das pessoas (Código de Nuremberg -1947 – ,Declaração de Helsínquia – 1964 – e Código deontológico do Técnico Superior de Educação Social- 2011), todos os participantes são informados acerca do objetivo do estudo, bem como da participação no mesmo e a sua concordância dá-se por escrito, com a assinatura do protocolo do consentimento informado.

## 6 Resultados

A escala BELS foi aplicada a quatro utilizadores que se encontram, desde o início da abertura da Unidade Socio Ocupacional, a frequentar a mesma, sem interrupções.

### 6.1 Escala BELS (Basic Everyday Living Skills) - Área do Auto Cuidado

#### Utilizador 1

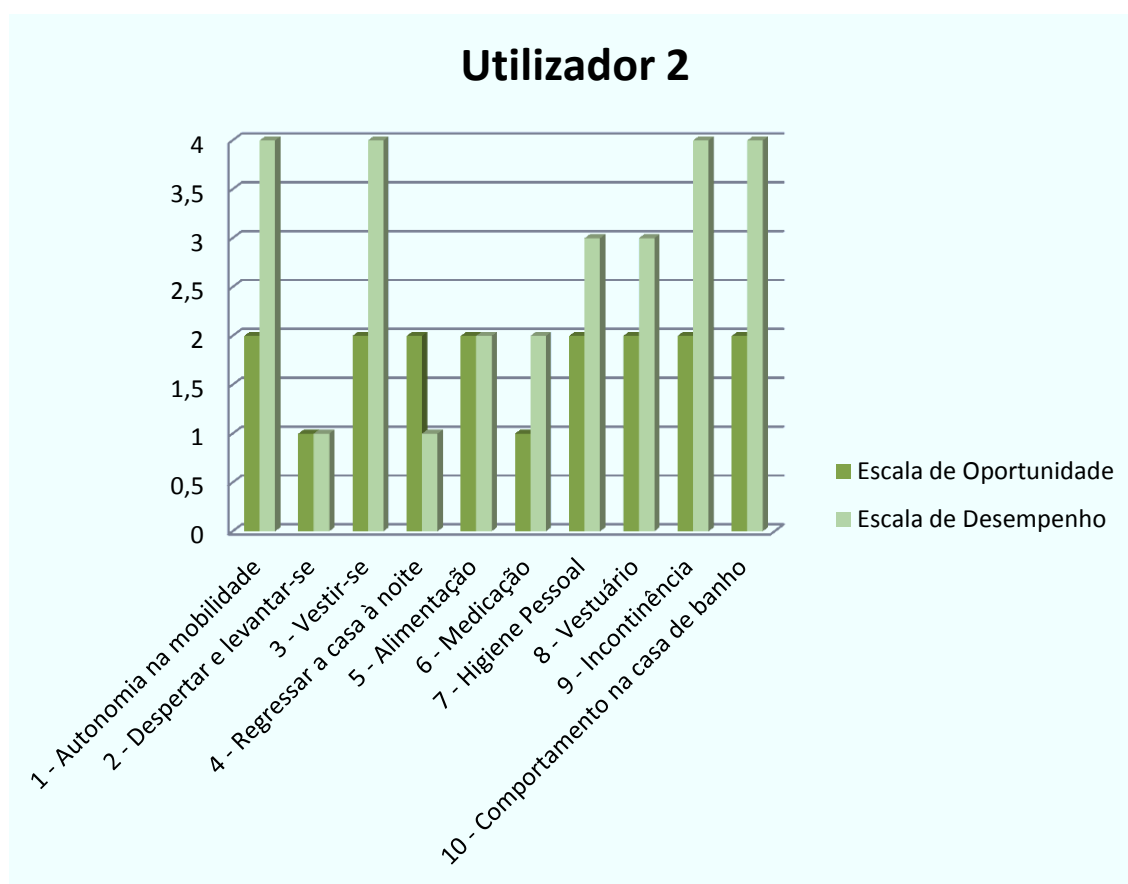


Na área do auto cuidado, o utilizador 1 tem, em maioria das situações oportunidade total para a execução das atividades, tendo o valor máximo em grande parte no que diz respeito à escala de oportunidade (2 pontos).

Denota-se dificuldades no despertar e levantar-se, podendo esta situação dever-se à toma da medicação, tendo mais dificuldade em acordar. O

mesmo afirma que apesar de ter oportunidade de despertar espontaneamente, acaba por ser um elemento da família a fazê-lo.

No que diz respeito a vestir-se denota um ligeiro descuido ou desadequação em alguns momentos. Revela, também, algum descuido com a higiene pessoal.



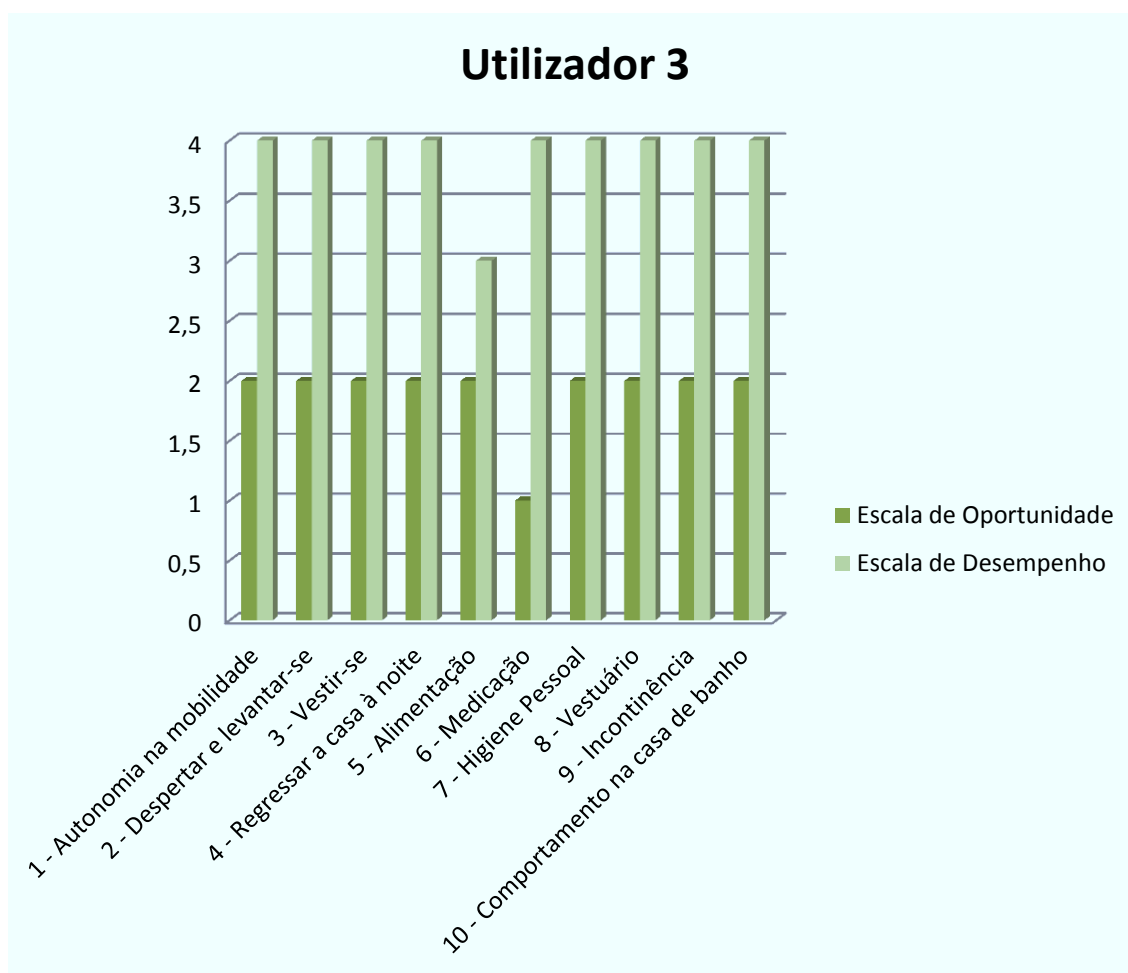
Na área do auto cuidado, o Utilizador 2, revela ter oportunidade para concretizar as atividades em quase todas as situações. No que diz respeito ao despertar e à medicação tem orientação de pessoas de referência.

Atinge a escala máxima no que diz respeito à autonomia na mobilidade, ao vestir-se, à incontinência (inexistente) e ao comportamento na casa de banho, significando esta última que o Utilizador é capaz de usar de forma completamente autónoma a casa de banho.

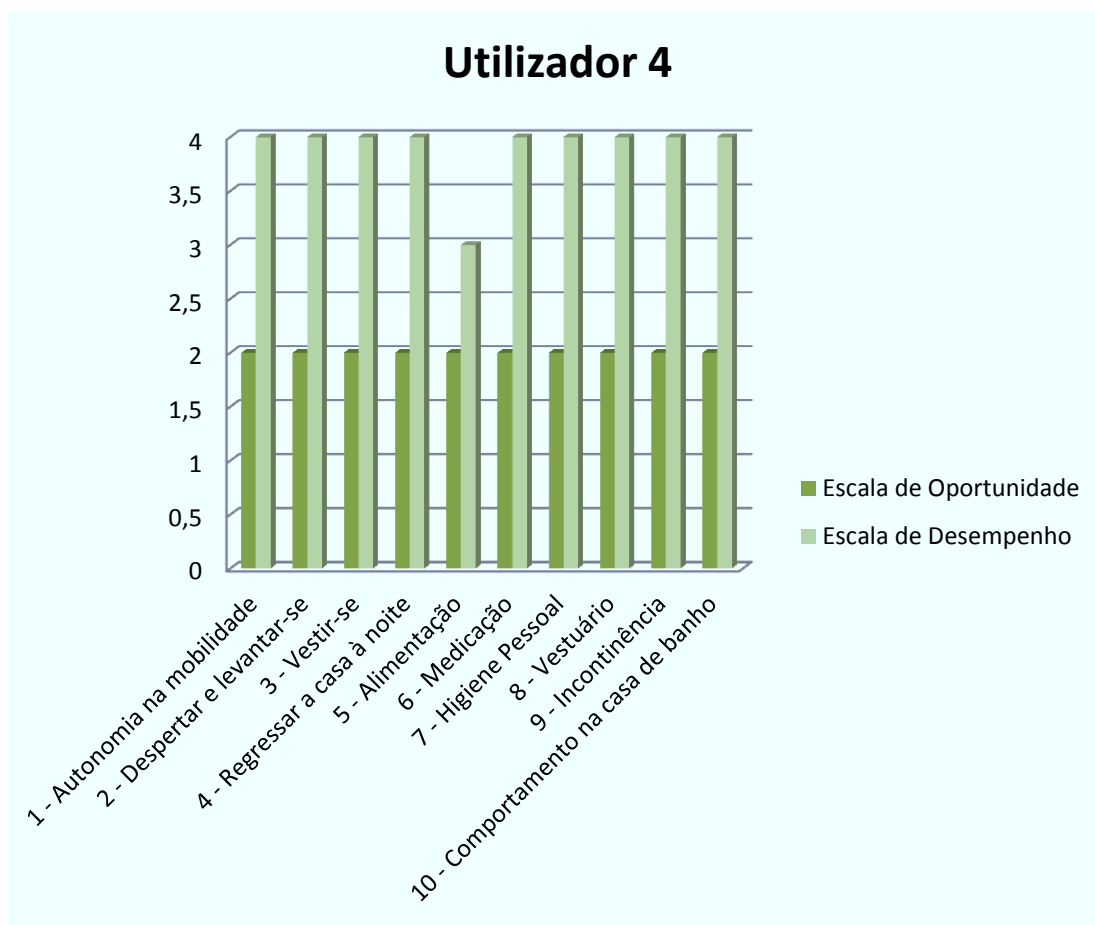
O Utilizador 2 necessita de com frequência de ajuda para se levantar a horas, se isso não acontecer atrasa-se para as atividades programadas. Também, no que diz respeito ao regresso a casa no final do dia, o Utilizador

apresenta dificuldade no cumprimento de horários, sendo pouco colaborante para alterar este comportamento.

No que diz respeito às refeições o Utilizador tem de ser recordado das mesmas, em algumas situações, se tal não acontecer pode ficar sem alimentar-se. A medicação é dada pelos cuidadores, tem de ser lembrado da toma.



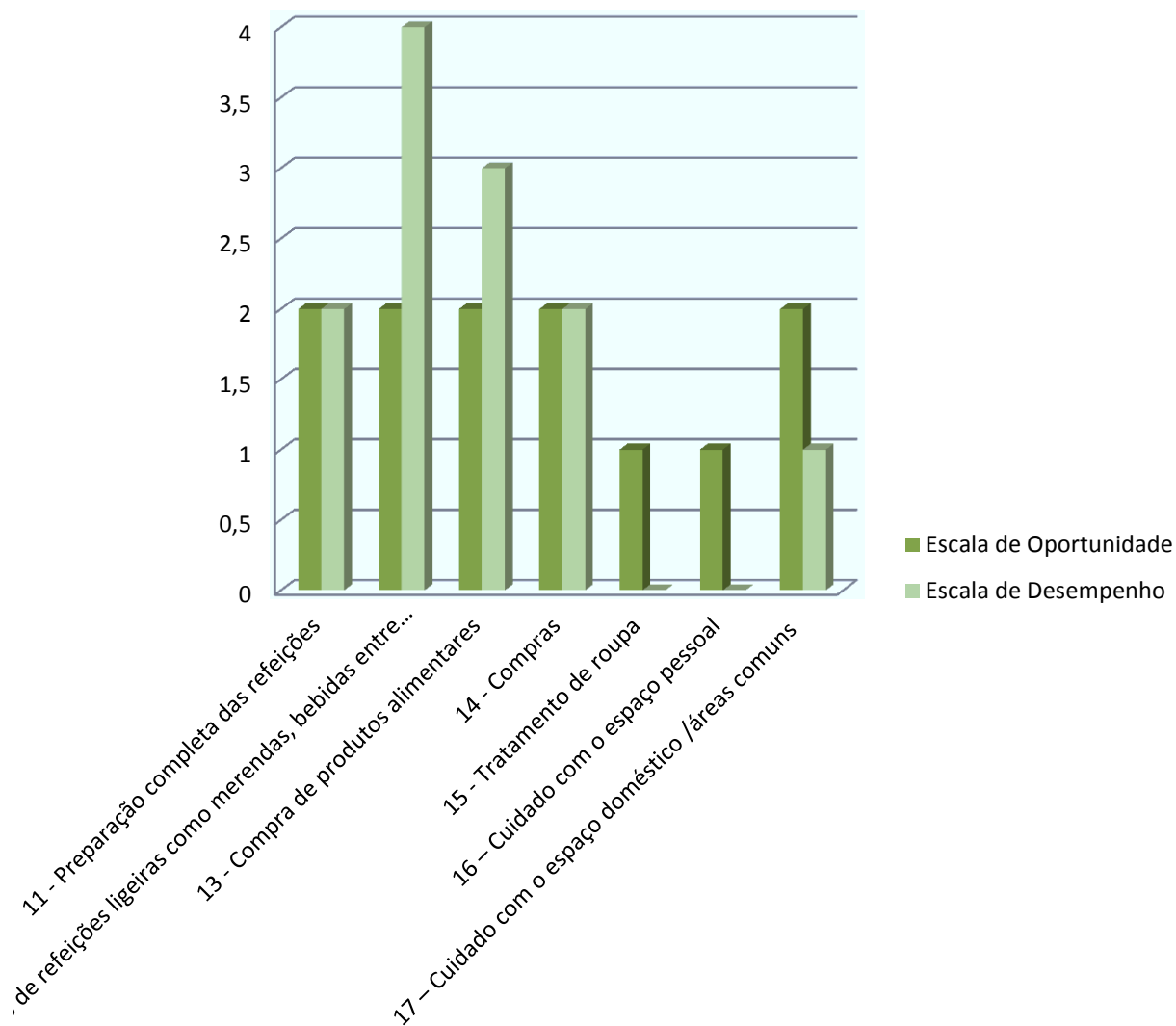
No que diz respeito à área do auto cuidado, o Utilizador 3 tem oportunidade de executar todas as tarefas, exceto na toma da medicação. Revela grande autonomia em todos os níveis, exceto na alimentação.



O Utilizador 4 revela completa oportunidade na área do auto cuidado. É completamente autónomo na execução das atividades, exceto no que diz respeito à alimentação. O Utilizador 4 tem de ser lembrado, em algumas situações, do horário das refeições, quando tal não acontece pode passar sem as fazer.

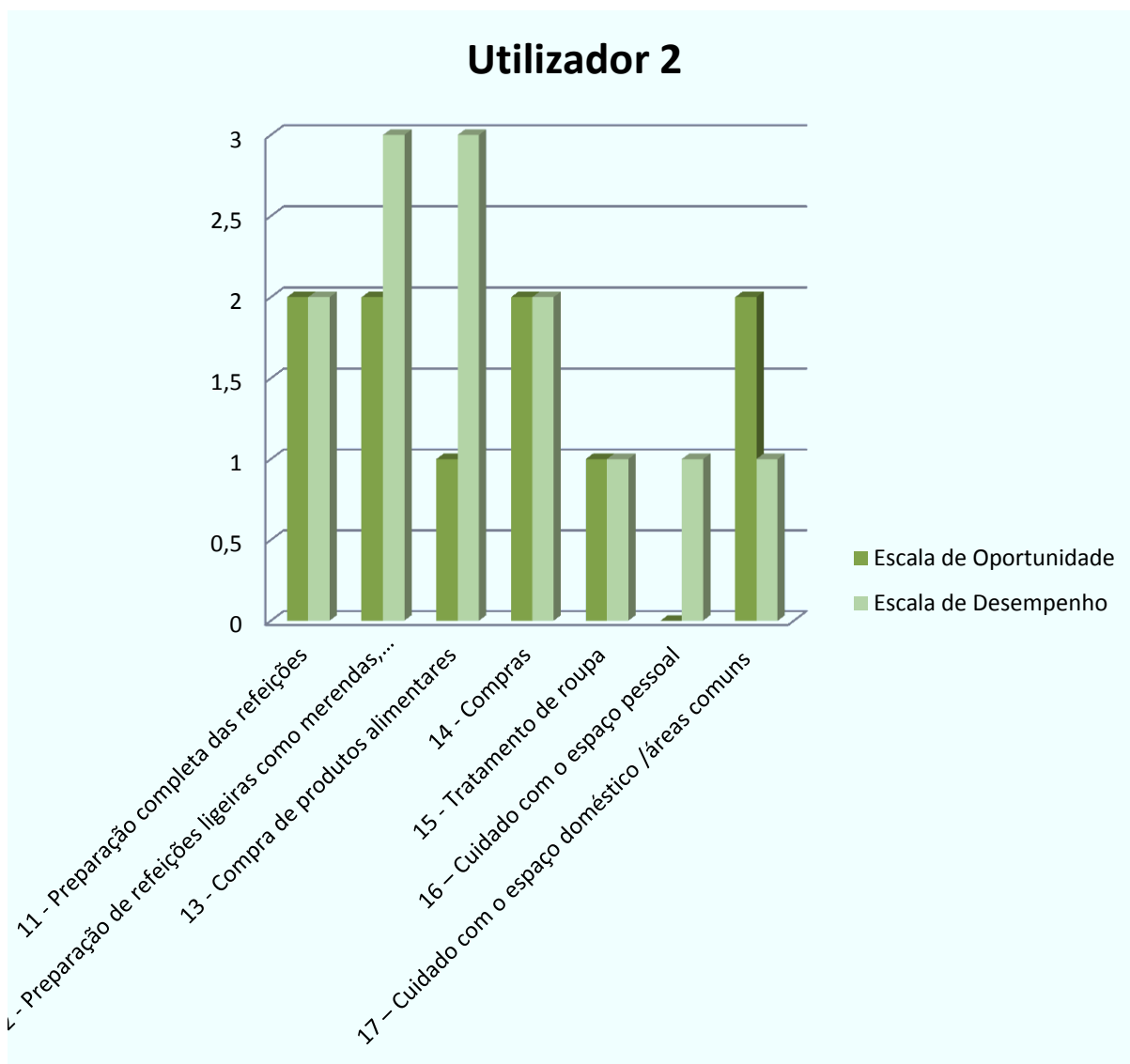
## 6.2 Escala BELS (Basic Everyday Living Skills) - Área das Competências Domésticas

### Utilizador 1



Na área das competências domésticas o Utilizador 1 revela dificuldades, mesmo existindo a oportunidade de executar as atividades. Não executa qualquer atividade relacionada com o tratamento de roupa, nem de cuidado com o espaço pessoal. É capaz de preparar refeições ligeiras, como merendas ou bebidas.

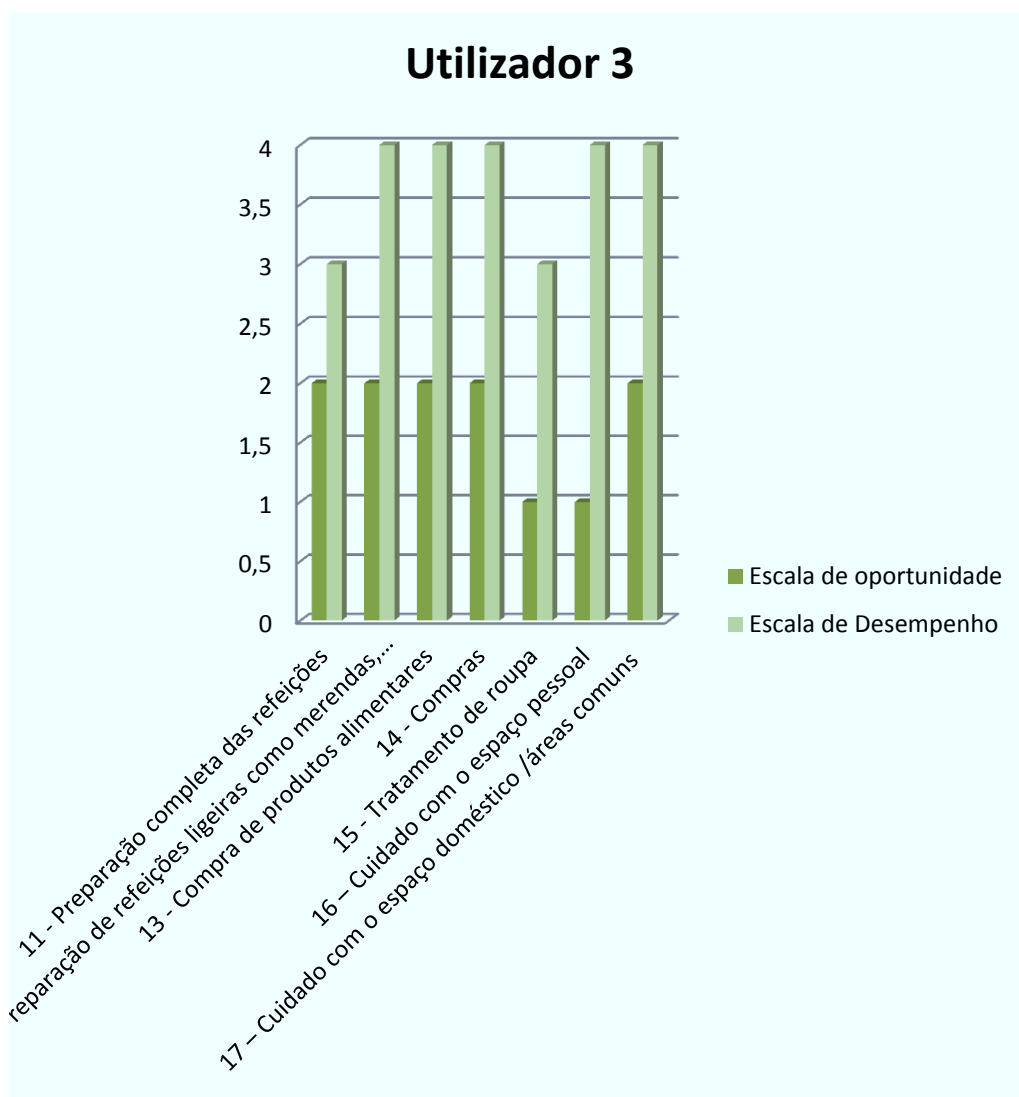




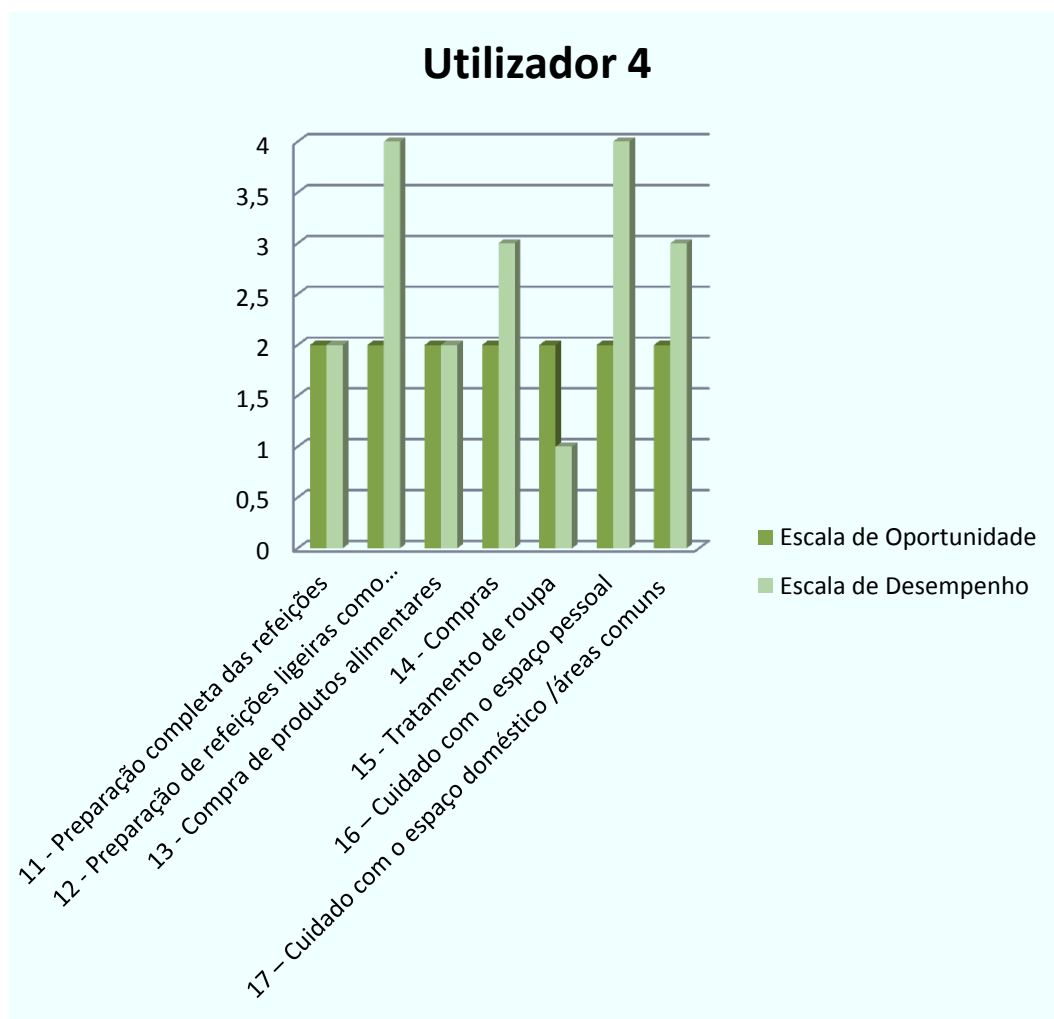
No que concerne à área das competências domésticas, o Utilizador 2 tem oportunidade total de executar as atividades, em cerca de metade das situações. Quando tal não se verifica o Utilizador tem, na sua residência, uma pessoa que as executa sem dar oportunidade ao mesmo de ser o próprio a fazê-las.

O Utilizador é capaz de preparar pequenas refeições sem qualquer tipo de apoio. É, ainda, capaz de preparar refeições completas mas sem variar ao longo dos dias.

Ao nível do cuidado com o espaço pessoal, não revela hábito em arrumar o mesmo, sendo outro elemento a executar a tarefa.

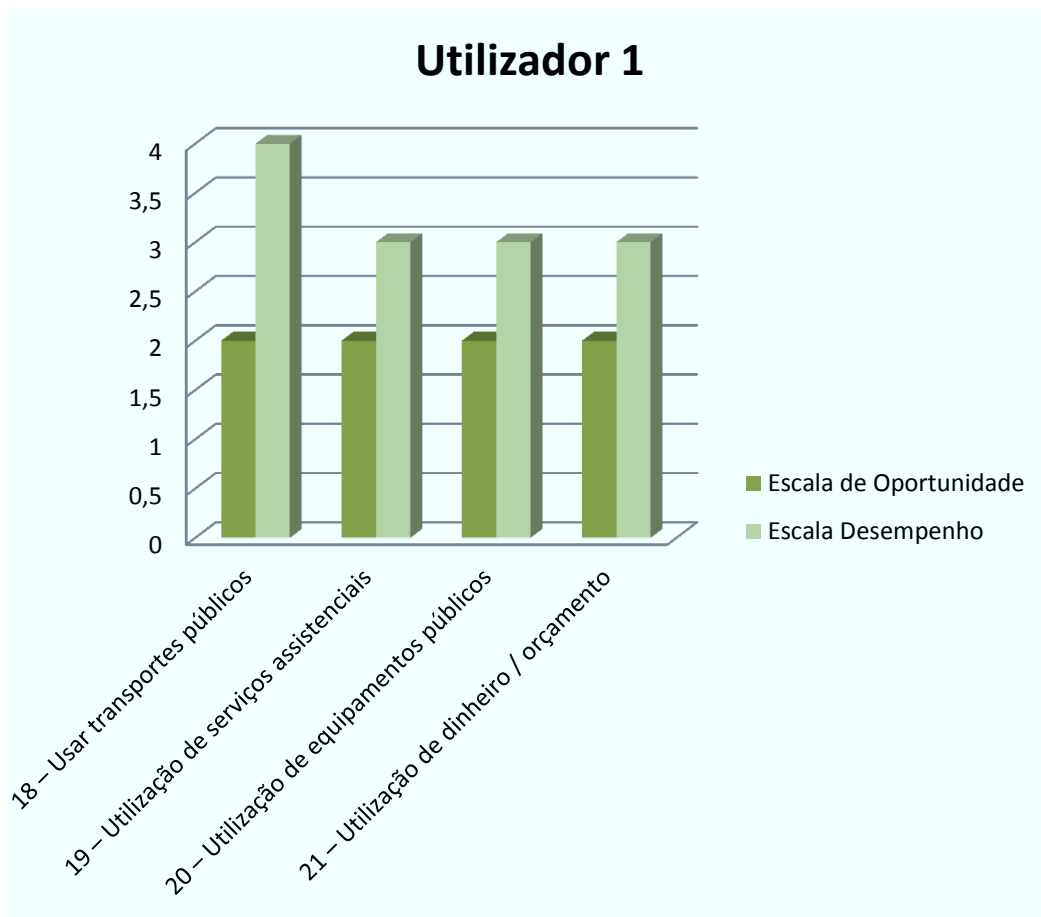


O Utilizador 3 tem oportunidade em executar todas as tarefas na área das competências domésticas, exceto no que diz respeito ao tratamento de roupa e ao cuidado do espaço pessoal. É capaz de executar todas as tarefas.

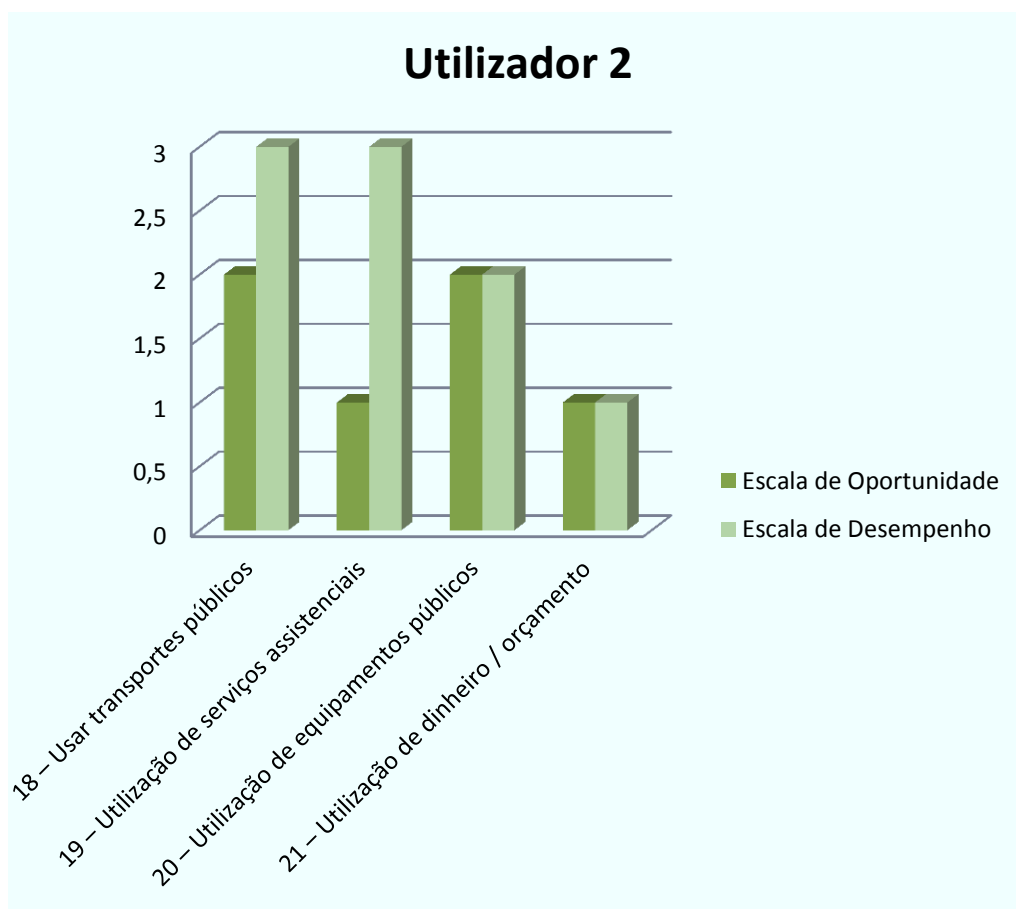


O Utilizador 4 revela total oportunidade na área das competências domésticas, exceto no que diz respeito ao tratamento de roupa. Consegue preparar refeições mas não é capaz de variar. No que diz respeito à compra de produtos alimentares, revela alguma inadequação quando tem oportunidade de o fazer. É completamente autónomo no que diz respeito à preparação de refeições ligeiras e ao cuidado com o espaço pessoal.

### 6.3 Escala BELS (Basic Everyday Living Skills)- Área das Competências Comunitárias



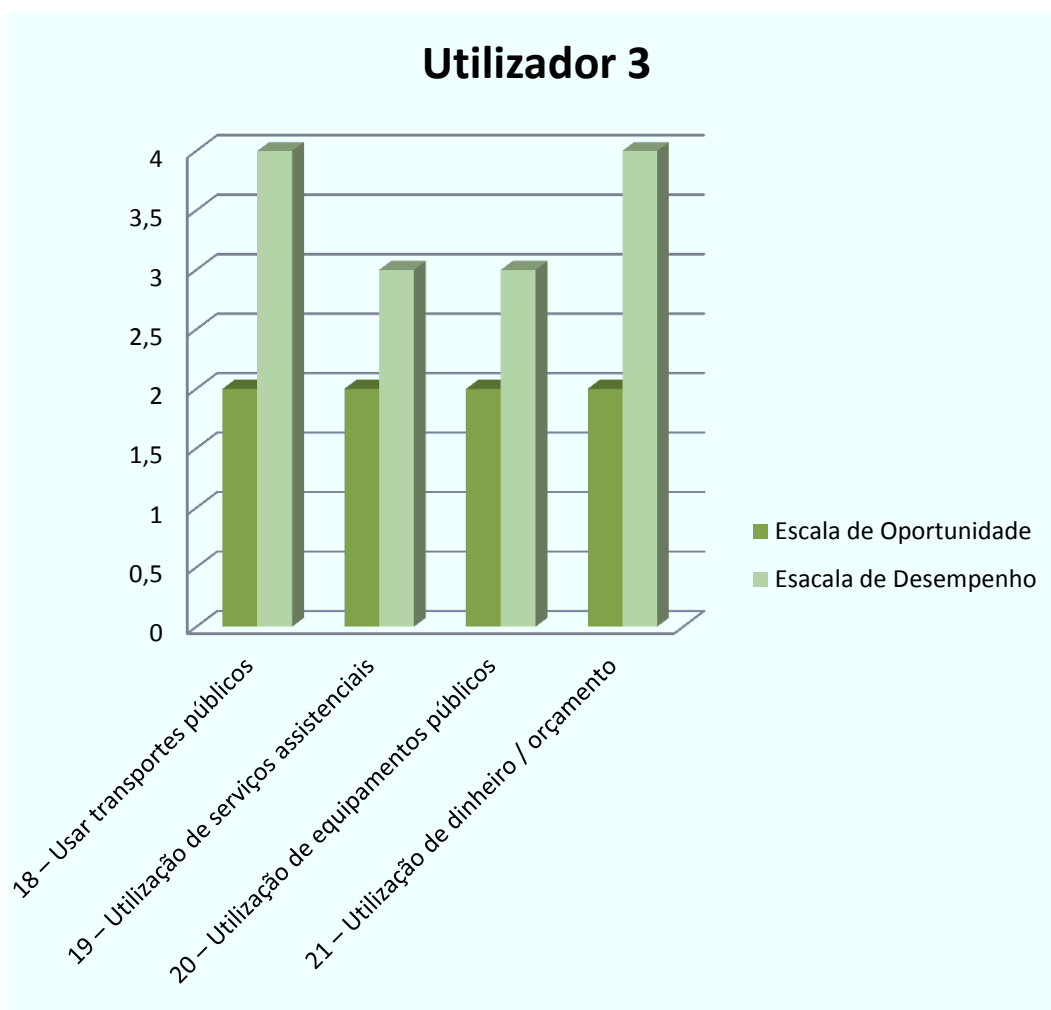
Na área das competências comunitárias, o utilizador 1 tem total oportunidade de executar as atividades. Aquela para a qual está mais treinado é a utilização dos transportes públicos. Consegue fazer uso de serviços assistenciais, utilizar equipamentos públicos e utilizar dinheiro.



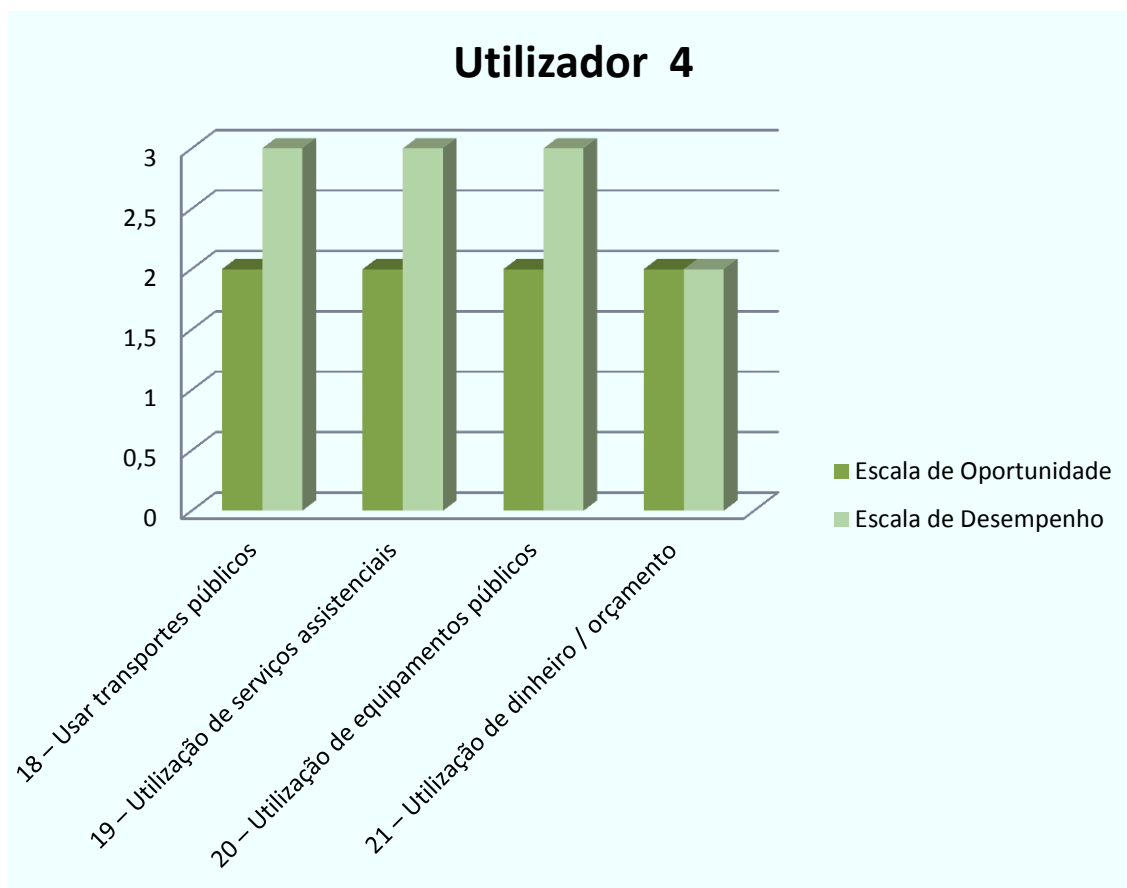
O Utilizador 2 é capaz de utilizar transportes públicos, sem dificuldade e tem oportunidade de o fazer.

No que diz respeito à utilização dos serviços assistenciais, é capaz de o fazer, embora a família cumpra parte desses compromissos, não lhe dando oportunidade de o fazer.

O Utilizador 2 recebe pequenas quantias de dinheiro, diariamente, para fazer face a pequenas despesas correntes, sendo o dinheiro gerido por familiares.

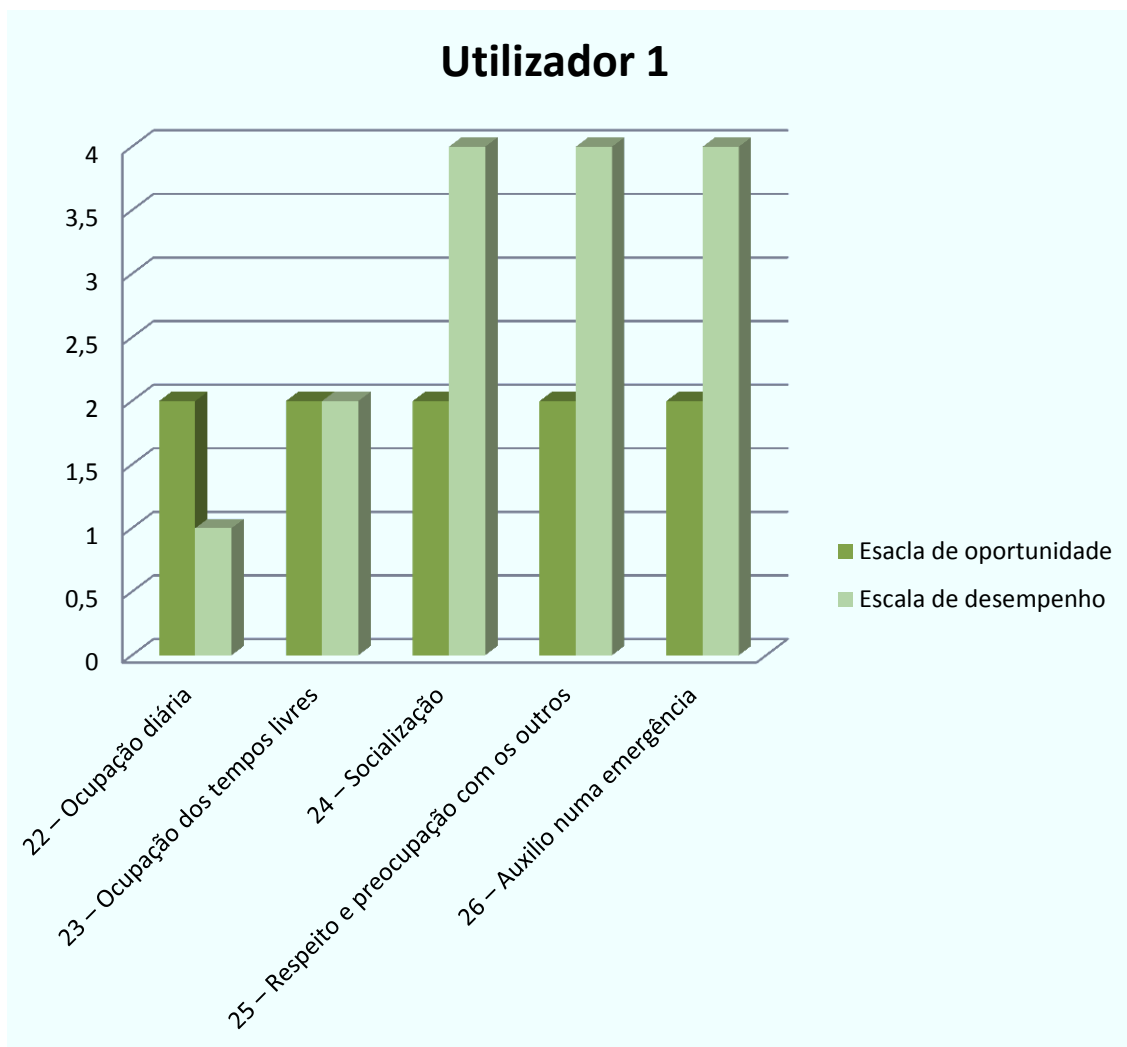


Na área das competências comunitárias, o Utilizador 3 tem oportunidade de executar todas as tarefas. Em algumas situações necessita do apoio de outra pessoa, ao nível da utilização dos serviços assistenciais e na utilização de equipamentos públicos.



O Utilizador 4 tem total oportunidade ao nível das competências comunitárias e revela autonomia na execução das tarefas, apresentando apenas dificuldades na gestão do dinheiro e sua utilização.

#### 6.4 Escala BELS (Basic Everyday Living Skills)- Área da ocupação e relações sociais.

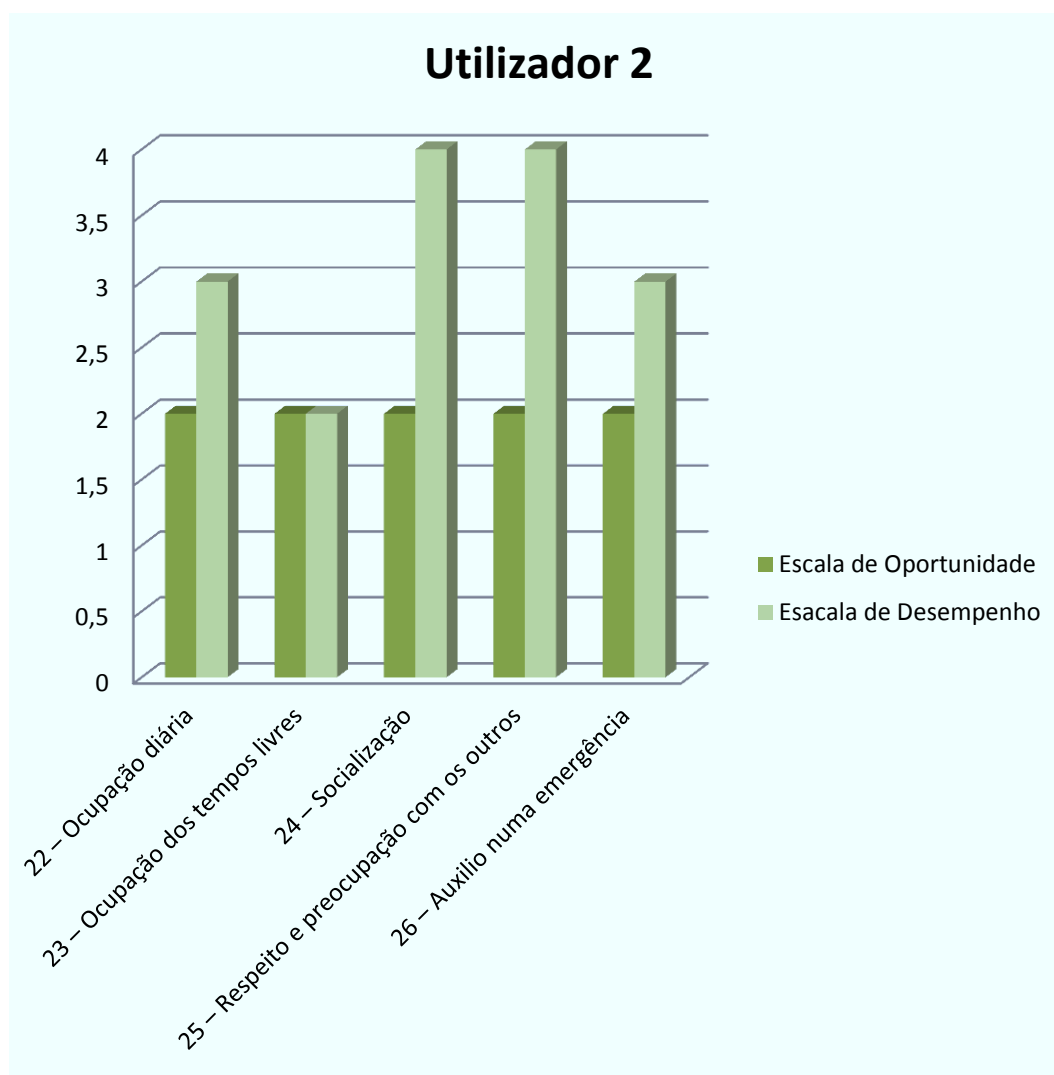


Na área da ocupação e relações sociais, o utilizador 1 tem total oportunidade na execução das tarefas. Revela dificuldade na ocupação diária e ocupação dos tempos livres, apesar da frequência da Unidade Socio Ocupacional não colabora em todas as atividades, revelando pouco interesse pela maioria.

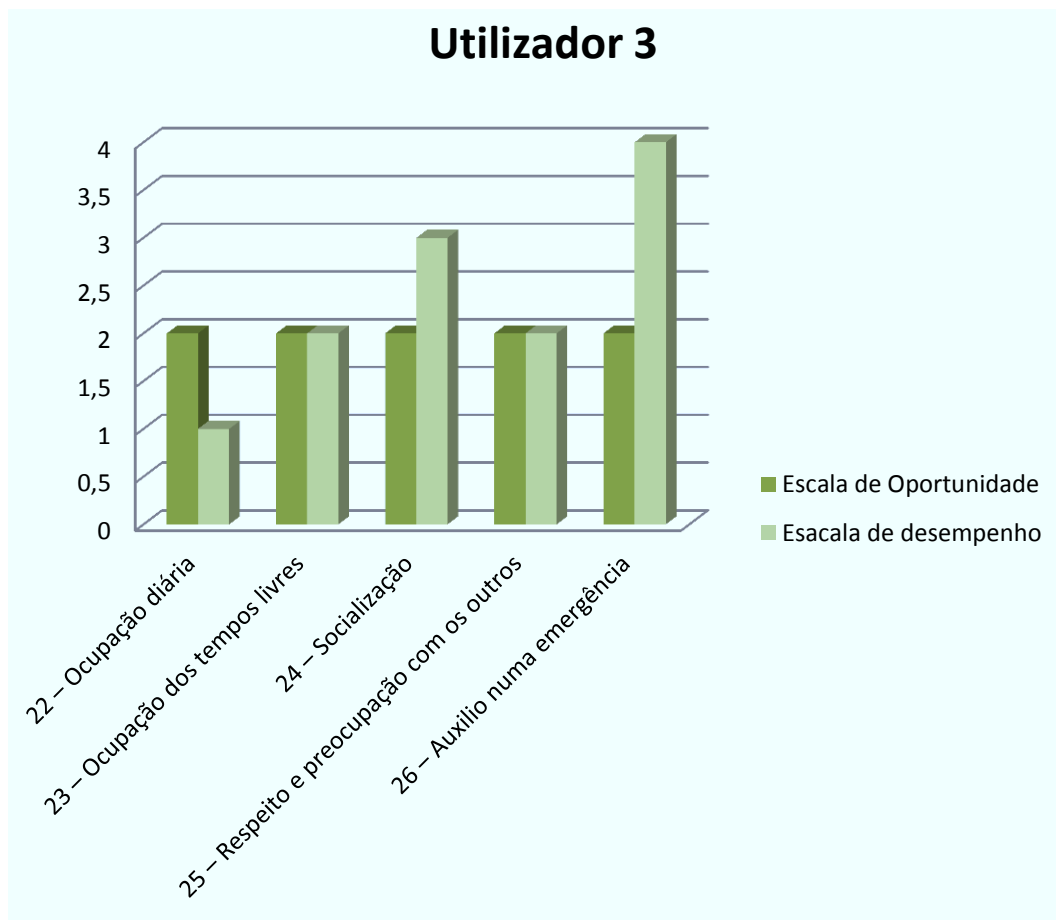
No que diz respeito à socialização, além de estabelecer contato facilmente é uma pessoa que procura companhia.

Revela preocupação e respeito pelos outros e é capaz de auxiliar numa emergência ou mobilizar ajuda.

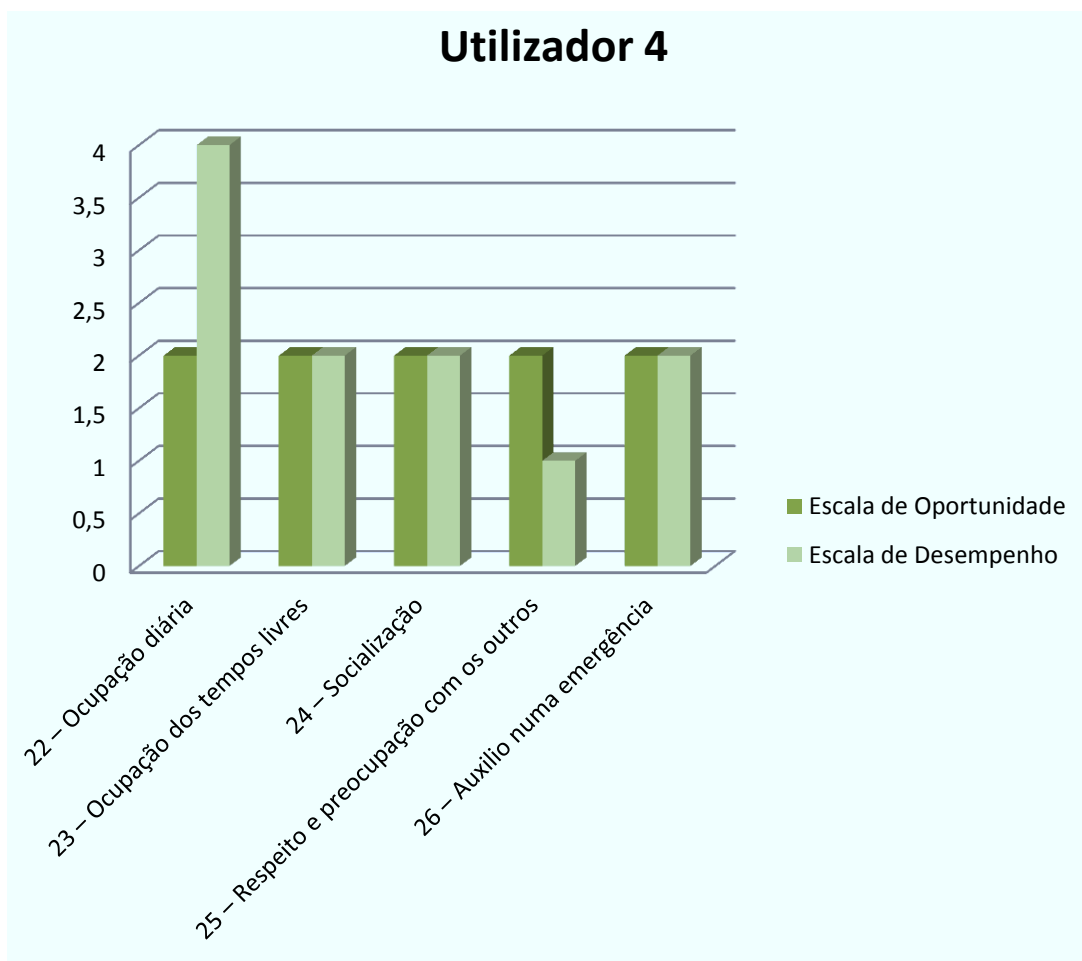




O Utilizador 2 tem oportunidade de executar todas as tarefas no que diz respeito à área da ocupação e relações sociais. Revela algumas dificuldades na ocupação dos tempos livres. No que diz respeito à socialização e ao respeito e preocupação com os outros demonstra-se muito adequado.



O Utilizador 3 tem oportunidade de executar todas as tarefas na área da ocupação e relações sociais. Revela dificuldades na ocupação diária, na ocupação dos tempos livres e no respeito e preocupação com os outros. É capaz de auxiliar outrem numa emergência e é capaz de mobilizar ajuda



O Utilizador 4 revela oportunidade total na área da ocupação e relações pessoais. No que diz respeito à ocupação diária, é uma pessoa adequadamente ativa e não necessita ser estimulada a esse respeito. Na ocupação dos tempos livres mantém algumas atividades de lazer individuais.

Mostra algumas dificuldades no respeito e preocupação com os outros.

## CONCLUSÕES

No que diz respeito ao Utilizador 1, tendo em conta a entrevista e a escala aplicada, considera-se ter havido alterações ao nível do auto cuidado, nomeadamente horários de sono “tinha o sono trocado porque dormia de dia e andava à noite”. Também ao nível da frequência dos internamentos considerou, o Utilizador, ter havido diminuição do número desde que frequenta a Unidade Socio Ocupacional: “tinha um, dois por ano... agora só tenho um, desde que entrei para aqui.” De referir, ainda, a diminuição da medicação diária “... a medicação diminuiu”. O utilizador 1 considera ser, agora, capaz de elaborar refeições ligeiras, bem como a preparação, com auxílio, de refeições completas. No que concerne à ocupação diária, de uma situação sem qualquer atividade, passou a ser capaz de ocupar-se, sendo necessário ser estimulado para que tal aconteça. Se não for estimulado, apesar de estar na Unidade Socio Ocupacional, apresenta períodos diários e prolongados de inatividade.

O Utilizador 2 afirma sentir-se “mais positivo, estou mais energético, estou mais contente, estou mais realizado...” Ao nível da higiene pessoal há alterações no que diz respeito à frequência dos banhos. No período anterior à integração “lavava-me poucas vezes”. É uma pessoa que, quando estimulado, participa nas atividades e cumpre horários quando tem objetivos e é premiado por tal. No período anterior à integração deambulava pela cidade “passeava, passeava, passeava, passeava pela cidade...”. De referir que o Utilizador diminuiu a toma da medicação, desde que se encontra a frequentar a Unidade e, através de conversa informal com técnicos, foi possível compreender que a medicação reduziu e que a médica psiquiátrica considera que mesmo havendo alterações na perceção (como alucinações) tal não afeta o seu bem-estar, pelo contrário, são alucinações que o fazem “manter o bom caminho”. Este é um Utilizador cujo passado está ligado ao consumo de drogas e consegue manter-se abstinente, segundo o próprio em conversa informal, graças a essas alucinações que lhe dizem “não vás por esse caminho”. Esta diminuição da medicação deu-se, sobretudo, desde que integrou a Unidade e passou a ter rotinas diárias.

O Utilizador 3 afirma sentir alterações principalmente no que concerne ao convívio e socialização “gosto de conversar e dialogar com os outros”; “O convívio, e estar com vocês”: Houve uma alteração no que toca à escala de oportunidade, isto porque foi integrado num Lar. O apoio familiar era insuficiente para o tipo de apoio que irá precisar num futuro próximo. Além do diagnóstico de esquizofrenia tem, também, diagnóstico de doença degenerativa do sistema nervoso. Vivia sozinho quando integrou a Unidade mas quando foi viver para o Lar não quis deixar a rotina e as atividades da Unidade Socio Ocupacional. É autónomo e é capaz de fazer o seu dia a dia sem necessitar de apoio, neste momento.

O Utilizador 4 considera que a principal alteração que teve, desde que integrou a Unidade foi a toma da medicação. Além de uma perturbação da personalidade o Utilizador tem diabetes e o seu controlo nem sempre era eficaz. Muitas idas para o hospital em situação de risco de morte ocorriam, antes da integração na Unidade Socio Ocupacional pela administração errada da Insulina. Agora sente que tem maior auto controlo “anteriormente não tinha o cuidado que tenho”. Ainda acerca das alterações, considera que apesar de não ter (no período anterior à integração na Unidade) oportunidade de cozinhar, era capaz de o fazer. Hoje tem oportunidade e executa a tarefa na Unidade. No que diz respeito à ocupação dos tempos livres: “passava em casa, passava em casa sozinha”, agora ocupa-se na Unidade com as atividades diárias. Considera que os internamentos diminuíram e está mais consciente da sua própria situação.

Os Técnicos que fazem o acompanhamento destas situações consideram ter havido várias alterações, mas ainda poderão existir aspetos a ser trabalhados. O técnico 2 considera que a gestão de dinheiro não acontece porque normalmente esse é um trabalho das famílias dos utilizadores: “a maior parte das vezes os utilizadores nem sequer têm acesso ao seu valor de pensão...acabam por ser os familiares a fazer-lhes a gestão do dinheiro”: Do ponto de vista técnico, considera o técnico 2, que “aquilo que se nota é um aumento da auto estima e da auto confiança”, que o poder de decisão e de opinião também tem vindo a progredir positivamente: “...que realmente têm

poder de decisão e que podem dar a sua opinião”, “que podem ter parte importante e integrante no seu processo, nas suas decisões, no que diz respeito à sua vida”. Ainda sobre o feedback dos familiares os técnicos consideram que é muito positivo: “dizem que tem sido benéfico...dizem que tem sido uma evolução positiva...”, que apesar de tudo é um processo lento: “...gostavam que as mudanças fossem mais rápidas, mas depois de longos, de anos...pessoas que têm experiência em doença mental...estas mudanças acontecem com alguma demora, não são abruptas...”. A opinião dos Utilizadores fez, ainda, com que houvesse uma alteração das dinâmicas familiares, isto é, o serem capaz de a expressar: “...”eles querem dar a sua opinião e isso vai mudar um pouco a dinâmica a que eles estavam habituados...”. O Empowerment não é um processo que se adquire de imediato, Ornelas refere que “...é um processo contínuo de crescimento e fortalecimento dos indivíduos, grupos e comunidades, construído através da experiência de participação.” (2008, p.55).

Nem todas as alterações são unânimes. Apesar de existirem não são idênticas nem aconteceram ao mesmo ritmo. Pode-se afirmar que existem melhorias ao nível do auto cuidado, das competências domésticas, das competências comunitárias e ao nível da ocupação e relações sociais.

“Zimmerman (1995 e 2000) torna mais específica a conceitualização do empowerment, referindo-se ao conceito como tendo três dimensões: controlo, consciência crítica e participação” (Cit.Ornelas, 2008, p.48).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, Leandro S, FREIRE, Teresa (2007) Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Psiquilíbrios Edições
- Alves, Fátima (1996). “Exclusão Social – contributos para uma reflexão” in Revista de Investigação e Debate em serviço social, anoll, nº2. Porto: AIDSS
- CNSM (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Lisboa
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). Livro verde: melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a união Europeia. Bruxelas
- Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de Fevereiro, Diário da República, I Série
- Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, Diário da República, I Série
- Decreto-Lei nº 35/99. Diário da República, série I- A, nº30, 5 de Fevereiro de 1999.
- Despacho Conjunto nº 407/98. Diário da República, 2ª série, nº 138, 6 de Junho de 1998
- Fortin, Marie-Fabienne (2009) Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Guadalupe, Sónia. (2010). Intervenção em Rede, Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Gómez, José António Caride, Freitas, Orlando Manuel Pereira de, Callejas, Germán Vargas (2007): Educação e Desenvolvimento Comunitário Local – Perspectivas Pedagógicas e Sociais de Sustentabilidade, Maia: Profedições
- Leff, J. & Warner, R. 2006. Inclusão Social de Pessoas com Doenças Mentais. Coimbra: Editora Almedina
- Leff, J. (2000). Cuidados na Comunidade: Ilusão ou Realidade. Lisboa: Climepsi Editores

- Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo, Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Acedido em Fevereiro de 2013, em [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)
- Ornelas, J (2005). O modelo comunitário de intervenção em saúde mental na era pós-hospitalar. In J. Ornelas, F. Monteiro, m. Moniz &T. Duarte (coord.). Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares, Lisboa: AEIPS
- Ornelas, J. (2008). Psicologia Comunitária. Lisboa: Fim de Século Editora
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007- 2016. Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008. Diário da República, 1ª série, nº 47, 6 de Março de 2008
- Portaria n.º 149\_2011, de 04 de Abril, Diário da República, I Série



# **ENTREVISTA EXPLORATÓRIA AO PRESIDENTE DA AFAUCSB**

(Dr. Miguel Durães)

**Entrevistador (E.) - Bom dia. Preciso de alguns dados inicialmente sobre a sua área de formação**

Presidente (P.) - Sim

**E. - ...Sobre a experiência profissional e as ações desenvolvidas no âmbito da saúde mental**

P. - Muito bem, quando me formei no primeiro ano, dediquei-me logo à investigação, num artigo publicado com 50 esquizofrénicos, com um estudo comparativo do tipo diferencial na área da ansiedade perante a morte, dediquei-me a um projeto de investigação comunitária. Depois disso ingressei num plano, o Plano DOM - Desafios, Oportunidades e Mudanças, na área da Infância e Juventude, inserido num Lar de Infância e Juventude da Casa do Menino Deus, onde desenvolvi o trabalho como psicólogo clínico durante três anos. Entretanto durante esses três anos fiz uma especialização em psicologia forense, na Universidade do Minho. Em 2011 fui convidado para fazer parte da comissão consultiva para a participação dos utentes e cuidadores informais e informais e formais na área da saúde mental, junto da direção geral de saúde, onde neste momento sou consultor do programa nacional para a saúde mental e fui convidado para fazer parte do núcleo executivo na comissão nacional de avaliação dos direitos humanos e da qualidade da prestação dos serviços de saúde mental em Portugal, usando o toolkit da organização mundial de saúde alusivo a convenção dos direitos humanos aprovado na ONU e retificado por Portugal em 2009. Fui convidado para ser delegado, representante deste programa nacional para a saúde mental no global leadership institute da universidade de Boston, na área emergente da saúde mental, aliás o paradigma neste momento da saúde mental, que é o paradigma do recovery, sou presidente da direção de uma instituição, de uma IPSS sem fins lucrativos

na área da saúde mental, que reúne alguns prémios e distinções nessa área, inclusive foi a instituição que fez o primeiro e segundo encontro nacional das associações de família na área da saúde mental, fez parte da comissão organizadora do primeiro e segundo encontro nacional de utentes, profissionais de saúde e familiares na área da saúde mental, evento oficial do ministério da saúde e tem neste momento uma unidade piloto, com metodologia piloto na área da saúde mental, que se chama Unidade Paul Adam Mckay. Tem este nome porque foi uma homenagem que fizemos ao nosso fundador que era escocês, Paul Adam Mckay e usa a sua metodologia designado por Gerar percursos na sociedade - Barcelos XXI, ou GPS Barcelos XXI, que compreende uma abordagem eclética em várias áreas: como emprego, habitação, na educação, no rendimento e contacto, na área social, na área da saúde e na área do ?

**E. - Quais as razões que levaram à criação da Unidade?**

P. - As razões são várias, na área técnico científica há um paradigma que já está bem consolidado em alguns países mais desenvolvidos como estados unidos, reino unido, Alemanha e outros, que é um paradigma que tem uma abordagem da saúde mental, num pressuposto humanista, centrado na pessoa, quebrando, rompendo com o modelo clássico, redutor, o modelo biomédico, restritivo, tornando-o num modelo mais humano, mais especializado cm enfoque não tanto caritativo mas sim, caritativo e protetor, mas sim com enfoque de desenvolvimento de competências e reivindicação, por isso esta unidade bebe desse tipo de filosofias e desse tipo de metodologias. Relativamente às razões, há também razões de ordem pessoal, eu como pessoa tenho familiares com problemas de saúde mental grave, durante sete anos, desde que estou ligado a esta IPSS, lidei com muitos dramas existenciais, muitas famílias sem resposta, muitas pessoas portadoras de doença mental grave, esquizofrénicos, perturbações da personalidade que não tinham respostas comunitárias que, no fundo, quebrassem aquilo que se chama de sistema de porta rotativa, um problema na saúde mental, que é precisamente não haver estruturas intermédias entre os hospitais de

internamento e as famílias. Estas acabam por viver dramas muito complicados porque os filhos são internados de 3 em 3 meses, com consultas de 6 em 6 meses de psiquiatria e depois voltam para aquilo que é designado de sintomatologia negativa ou crónica, que é a consequência da vida do doente. Ficam isolados socialmente, deixam de ter amigos, o grupo de pares reduz-se significativamente a zero ou um amigo, há casos de divórcios, ficando dependentes novamente das famílias nucleares, dos pais, deixam de ter autonomia financeira, autonomia em geral relativamente a sua vida, aos seus planos de tratamento, à medicação que tomam e isso é, na minha opinião, e na opinião da ONU, da OMS e da Comissão Europeia (?) em 2005 houve também mudanças a nível europeu, na forma como viam a saúde mental, ou seja, isto é uma quebra de tudo que são liberdades, garantias e direitos de pessoas. Porque estamos a falar de pessoas, não é? E, por vezes, na saúde mental esses direitos, liberdades e garantias não estão garantidos. As pessoas perdem o poder de decisão, do controle da sua vida e depois não têm estruturas na comunidade que os absorva e os integre novamente na sociedade, seja por via do emprego, seja pela via de programas na área da habitação, projetos de autonomização, seja na área de retomar os estudos, na área da educação, ou seja essas pessoas são logo postas à partida fora da realidade que todos nós julgamos viver como sendo a normalidade, sendo que, transformam-se quase como se fossem fantasmas da sociedade. Das duas uma, são fantasmas porque nós temos mesmo medo deles porque temos uma série de mitos associados a este tipo de pessoas com doença mental grave, que não correspondem à realidade porque eles não são perigosos ou porque são fantasmas porque nós fingimos não os ver. Eles andam por aí um bocado naquela lógica do "longe da vista, longe do coração" e nós estamos aqui para, no fundo, levantar bem a nossa voz na defesa destas pessoas porque verdadeiramente aquilo que a saúde mental sempre foi o parente pobre do nosso país.

### **E. - Houve algum diagnóstico social prévio?**

P - Houve um diagnóstico feito, creio que em 2007, como sabe, esta Unidade teve de obedecer a um despacho, que é o despacho conjunto 407/98, e teve de ter a aprovação de dois ministérios, o que complicou mais aquilo que já é difícil aprovar num, aprovar em dois foi o "dobro da dose", como se costuma dizer, ou seja, teve de ser aprovado tanto no ministério da solidariedade e da segurança social, como no ministério da saúde, pela ARS Norte, que é o organismo competente do ministério da saúde na nossa região. E foi conseguido. E só é conseguido através de um parecer favorável do CLAS, parecer local da ação social, que na altura creio que foi de 89%. De maneira que, uma percentagem elevadíssima, até porque é a única resposta do género no distrito.

### **E. - Como nasceu a Unidade Socio ocupacional?**

P. - Esta unidade Socio ocupacional nasceu, como disse, (pausa) da miséria (pausa) do drama (pausa) e da ambição (pausa) das pessoas que fazem parte dela, dos familiares e dos utentes. Mas foi alvo de uma candidatura a um organismo do ministério da saúde e foi premiado e contratualizado posteriormente já depois do país ter entrado em dependência externa, o que realmente fala muito acerca deste projeto, porque este projeto não foi congelado, foi premiado a nível nacional, é considerado um projeto-piloto e conseguiu o investimento da Unidade, ou seja, o ministério da saúde pagou as obras, a construção, o material desta Unidade. Esta Unidade foi precisamente inaugurada pelo secretário de estado atual, Dr. Fernando Leal da Costa, do Ministério da Saúde e está a ser alvo de uma apreciação, aliás foi alvo de uma exceção que foi decretada por este governo para a celebração de um acordo de cooperação atípico para o funcionamento por parte do ministério da solidariedade e da segurança social. E Entretanto podemos confirmar também duas exceções para dois fundos de socorro social, um que acabou por se concretizar na aquisição de uma unidade móvel para a saúde mental.

**E. - Aqui uma distinção entre unidade socio ocupacional e fórum socio ocupacional?**

P. - O fórum socio ocupacional obedece ao despacho conjunto de que falei e é na base da legislação que na altura tinha sido publicada e foi nessa base que foi aprovado. No entanto a metodologia que foi premiada, o Gerar Percursos na Sociedade - GPS- fundamenta-se na nova legislação dos Cuidados continuados integrados na saúde mental, por isso nós temos uma estrutura, que se chama Unidade Paul Adam Mckay, porque aquilo que está nesse decreto de lei é aquilo que todas as estruturas designadas fórum vão, eventualmente, transitar para os Cuidados Continuados, sendo que nós somos os únicos neste momento a usar essa metodologia de cuidados continuados, que está plasmado no decreto de lei que foi publicado em 2011.

**E. - Quais os requisitos de entrada na Unidade?**

P. - Olha, os requisitos são ser uma pessoa com doença mental grave, ter uma esquizofrenia, uma perturbação da personalidade, uma depressão major, ou bipolar, doença bipolar, ser uma pessoa que esteja num grau de sofrimento significativo, que precise de ajuda especializada na área da saúde mental, que esteja em situação de isolamento social, que esteja ou não a receber uma reforma antecipada ou pensão de invalidez, são mais ou menos estes os critérios de admissão numa unidade deste género.

**E. - Quais as patologias mais frequentes?**

P. - Esquizofrenia.

**E. - Como está organizada a associação?**

P. - A Associação, esta IPSS está organizada... tem a direção, tem órgãos sociais, segue os trâmites normais de uma instituição que é reconhecida ou foi reconhecida como IPSS desde 2007. Depois tem esta valência, que é a Unidade Socio Ocupacional, que tem nesta metodologia programas de reabilitação comunitária na área do emprego, na área da educação, na área da habitação, entre outras,... Que precisa obrigatoriamente de uma equipa que

tenha uma coordenação técnica, que tenha profissionais da área do saber do serviço social, da educação social, na área da psicologia e na área da terapia ocupacional, sendo necessita também de uma administrativa e de dois auxiliares, é assim que está pensada esta Unidade, sendo que o objetivo do GPS, aliás o GPS é superior à própria Unidade em si, isto porque cada GPS acaba por desenvolver e desenrolar as nossas atividades e a nossa estratégia, desenvolvendo uma série de ações que se vão autonomizar um dia como respostas únicas, por exemplo o GPS Educação. Nós já formamos perto de 200 profissionais de saúde, com cursos financiados por fundos sociais europeus e pelo POPH, com autorização do Programa Nacional para a Saúde Mental do Ministério da Saúde para dar formação, por exemplo na área da depressão e suicídio, na área dos cuidados continuados e com a certificação na DGERT, que é estratégico nesta Instituição, nós vamos poder efetuar como entidade formadora, certificada, candidaturas para utentes, familiares, para desempregados, para pessoas em situação de desvantagem social, por isso um dia esta Unidade, que já é pequena para as formações que já demos, vai ser pequena para albergarmos o GPS Educação. Por isso, quem diz isso, diz o GPS Habitação, que a Camara Municipal de Barcelos contratualizou connosco uma declaração de intenções, cedência de uma residência, ou seja, nós sabemos à partida que após a celebração do acordo de cooperação com a segurança social que permita a sustentabilidade desta unidade, vamos ter outra logo a seguir que é uma residência.

#### **E. - Que tipo de apoios é prestado aos utilizadores? E aos familiares?**

P. - Nós temos um GPS Família, que compreende intervenções unifamiliares e plurifamiliares. As unifamiliares compreendem intervenções de acompanhamento clínico formal, ou de psicologia neste caso, numa terapia de base sistémica, ou seja, uma terapia de base familiar ou unifamiliar, da própria família. Estas famílias não estão muitas vezes informadas, não estão formadas para lidar com determinados assuntos, do tipo como lidar com comportamento agressivo, como treino de gestão de medicação, ou até a questão da gestão de dinheiro e, então, é necessário esse acompanhamento assim como a maioria

das famílias que aqui chegam em situação de borne out, de esgotamento emocional? Em que um deles, normalmente, tem de deixar de trabalhar para tomar conta do filho, fica fechado em casa 24 horas sob 24 horas e é por isso que estas unidades são necessárias (pausa) e as plurifamiliares têm a ver com todo o tipo de intervenções de base mutualista, os grupos de ajuda mútua, as formações, as intervenções psico-educativas e é um bocado nesta base de apoios, sendo que nós neste momento constituímos, também um banco alimentar que apoia muitas famílias, 86 agregados familiares, numa base de quem tem ou de quem está em situações de desvantagem socio económica

#### **E. - Quais as parcerias existentes?**

P. - Nós temos parcerias, temos como parceiros, o ministério da saúde, a direção geral de saúde, temos a camara municipal de Barcelos, temos a ARS Norte e o ACES Cávado - o agrupamento do centro de saúde de Barcelos, de Barcelinhos e Esposende, temos muitos padrinhos, que são empresas da sociedade civil privadas, que ao abrigo da lei do mecenato acabam por sustentar a Unidade enquanto não se consegue acordo e em troca respondemos com a iniciativa empreendedora de marketing social, nós sabemos que sejam atividades externas ou internas, sejam ofícios, sejam emails, o logotipo deles vai connosco e chegam a muita gente por isso nos constituímos várias parcerias também com algumas empresas, por exemplo, na área da estética, do bem estar, têm acesso a cabeleireiro, a tratamento de pele, a manicura gratuito, temos parcerias com dentistas, estamos a tentar formalizar parcerias com farmácias para conseguir preços mais vantajosos, como sabe a medicação, os anti psicóticos já não são comparticipados desde o governo anterior e toda a ajuda, todos os apoios que eles puderem ter é sempre uma ajuda. É um bocado à base disso. Tem acesso à piscina, a um pavilhão para fazerem ginástica e é um bocado base que vamos estabelecendo o nosso dia-a-dia, sendo que um ano e três meses e ainda muito para fazer.

**E. - Quais as dificuldades sentidas na implementação do projeto?**

P. - (pausa) A principal dificuldade na implementação deste projeto não depende da qualidade dos nossos técnicos, com a força de vontade, motivação e presença dos nossos elementos de direção, com o abraço da sociedade civil em volta desta causa, mas com a falta de sincronismo entre aquilo q são os tempos de uma IPSS e os tempos do mundo político porque nos estamos há um ano e quatro meses a espera de assinar um acordo que permita a nossa sustentabilidade e enquanto não o conseguimos temos de angariar dinheiro para pagar despesas de funcionamento , que são elevadas, e os nossos padrinhos já injetaram nesta Instituição mais de 150 mil euros e isso é muito. Esta situação não pode continuar para sempre e esperamos que as pessoas responsáveis dos organismos competentes do ministério da segurança social que neste caso estão em braga possam cumprir aquilo que foi uma decisão do governo em abrir uma exceção a esta Instituição, que foi decretada em Agosto mas continuamos a aguardar o consentimento do senhor diretor do centro distrital da segurança social de braga, Dr. Rui Barreira.

**E. - Que tipo de participação têm os utilizadores nas atividades/rotinas da Unidade? E a família?**

P.- nos usamos um modelo baseado um pouco no modelo de George Fairweather , dos Estados Unidos que é um modelo de gestão pelos próprios consumidores. Aqui têm uma opinião, a opinião é realmente tida em conta, há um organismo que foi constituído, que é o conselho consultivo que apesar de não ter um poder executivo de tomada de decisão, tem um poder opinativo, desde darem opinião acerca de tudo que é estrutural nesta instituição: plano de atividades, relatório de avaliação de atividades, regulamento interno e por ai em diante, ou seja eles tem uma palavra, conseguiram também um grupo de auto ajuda em que tem uma cedência gratuita de sala, internet, telefone, material sem que haja abusos por parte da direção ou da equipa técnica. eles tem plena autonomia para fazerem os seus planos de atividades e depois são inseridos em todas as atividades programadas pela nossa equipa técnica que



neste caso é excelente e consegue fazer juz aquilo que neste momento o pais nos pede, fazer muito com menos dinheiro.

Há um representante dos familiares neste conselho consultivo e um representante dos profissionais também.

**E. - Na sua opinião quais as mais-valias que encontra na aplicação a médio e longo prazo do GPS?**

P. - Este modelo tem inúmeras vantagens, vamos começar pela vantagem económica, que normalmente é a vantagem que os políticos dão mais importância. E acho que é importante começarmos a falar a linguagem deles para ver se conseguimos, verdadeiramente, sensibilizá-los para alguma coisa. A saúde mental afeta cerca ... (pausa) ... o ultimo estudo epistemológico efetuado em Portugal já dizia que afetava 23% da população portuguesa, são 2,3milhoes de pessoas, se indiretamente associarmos familiares que estão com eles, a doença mental afeta metade da população portuguesa, cerca de 80,9 milhões de europeus, são 27% , segundo o livro verde como documento oficial da união europeia e são 31% a nível mundial segundo os dados da organização mundial de saúde. A nível económico afeta 4% do PIB e tem custos intangíveis no que diz respeito a produtividade, que é a maior causa de reformas antecipadas e pensões de invalidez e de causas de baixas no trabalho, as baixas psiquiátricas. As pessoas não aguentam este estilo de vida, um estilo de vida competitivo, em que se premeia a ilusão de algo que não esta acessível a todos. Vivemos um modelo consumista, nem toda a gente pode ter tudo: carro, casa, piscina e mais alguma coisa e hoje em dia mais do que nunca e por isso os suicídios tendem a aumentar, e estão a aumentar, por isso urge mais do que nunca mudar o modelo. Porque o modelo assente no modelo asilar, hospital-utente, em que há 10 hospitais psiquiátricos e em que há internamentos para 400 pessoas, ou com capacidade para 400 pessoas, aquilo que acontece é que esses internados nem sequer são distinguidos pelo seu diagnostico, um bocado naquela filosofia "todos aos molho e fé em deus" e terem, estas instituições de contratar baterias de enfermeiros e serviços gerais para seguir uma lógica de intervenção baseada no sistema caritativo dos

"pobrezinhos coitadinhos" e , ao mesmo tempo, protetora, evitando que eles se magoem ou magoem alguém. Numa logica comunitária aquilo que acontece é que estas pessoas são alvo de intervenções ativas, de reabilitação ativa porque essas pessoas não tem a sua funcionalidade executiva comprometida e os estudos comprovam, dos últimos 15 anos, que quanto maior a sua autonomia, maior a sua capacidade de recovery, de recuperação pessoal e clinica, o que quer dizer que estas pessoas podem ser uteis novamente e contribuir para uma sociedade muito mais justa socialmente. Volto a falar no processo humanista e de direitos humanos que é aquela que eu gosto particularmente, é tratar as pessoas como pessoas, e só tratando as pessoas como pessoas iremos crescer como humanos. Hoje em dia pergunto-me muitas vezes se estamos cada vez mais humanos ou animais porque pela forma como estamos a acompanhar aquilo que é o desenvolvimento tecnológico no mundo, baseado no pressuposto da globalização, aquilo que se vê realmente é que estamos muito desenvolvidos tecnologicamente mas que estamos muito pouco fortes na nossa estrutura de personalidade, que não aguentamos e que à mínima coisa caímos em depressões e realmente o ser humano hoje em dia está muito mais vulnerável do que estava há duas gerações atrás. Essa é a minha opinião como clínico e acredito que alguma volta nós teremos de dar a isto, esta forma de atuar é uma forma de atuar de uma comunidade que não permite que haja aquela barreira burocrática entre as famílias dos utentes e a ajuda que eles precisam. Funciona com o case management na comunidade, ou gestor de caso ou técnico de referência, como queiramos chamar, o que permite à partida que caiam uma série de barreiras entre estes agentes que fazem parte da saúde mental: profissional de saúde, familiar e o utente. Por isso as vantagens são muitas. Queremos continuar a progredir como pessoas que pelo modelo competitivo que vivemos, não importa como chegar ao objetivo, não importa quem calcamos pelo caminho ou se realmente chegamos a pensar no que estamos aqui a fazer, quem verdadeiramente somos e o que nos distingue dos animais, que é sermos pessoas com sentimentos.

# **Basic Everyday Living Skills - BELS**

Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS)

## **Competências Básicas de Vida Diária**

**VERSÃO PORTUGUESA**

**2011**

Coordenação Nacional para a Saúde Mental

Equipa de Projecto para os Cuidados Continuados de Saúde Mental

# **BELS - Basic Everyday Living Skills**

## **Competências Básicas de Vida Diária**

### Descrição e objectivo

Este questionário foi concebido para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas com doença mental de evolução prolongada.

O seu objectivo é avaliar o desempenho nas actividades de vida diária de pessoas que transitam de um ambiente institucional para outro com características residenciais, no contexto da reforma dos serviços hospitalares de saúde mental. Assim, é principalmente um instrumento de investigação, embora possa ser usado para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas integradas em programas de reabilitação.

Este questionário é composto por 26 itens, cada um dos quais descrevendo um comportamento concreto. Cada item é pontuado em duas escalas.

- (a) Uma escala de 3 pontos que avalia o grau de oportunidade para um desempenho autónomo
- (b) Uma escala de 5 pontos que avalia o nível de desempenho actual

### Instruções

Existem 3 etapas no procedimento

- (1) Selecção de um informador adequado
- (2) Avaliação do grau de oportunidade que está disponível para a pessoa realizar cada actividade de vida diária de forma autónoma
- (3) Avaliação do nível de desempenho em cada actividade de vida diária

#### 1. *Selecção do informador*

O informador é seleccionado entre as pessoas que melhor conhecem as competências nas actividades de vida diária da pessoa avaliada. No hospital pode ser o gestor de caso/terapeuta de referência ou o enfermeiro chefe. Na comunidade pode ser o pessoal da residência, a assistente social, o enfermeiro da equipa comunitária de psiquiatria, ou um familiar. Na comunidade, algumas pessoas podem viver completamente autónomas, pelo que pode não existir um informador disponível. Neste caso, como último recurso, o próprio pode ser o informador. No entanto, isto requer algum cuidado na formulação das perguntas.

#### 2. *Grau de oportunidade para o desempenho autónomo*

É perguntado ao informador sobre o grau de oportunidade que está disponível para a pessoa realizar cada actividade de vida diária de forma autónoma.

Existem 3 cotações possíveis, que dependem principalmente do modelo organizativo da equipa e das características físicas do local.

- Oportunidade para autonomia total ...codifique 2
- Oportunidade para autonomia parcial ...codifique 1
- Sem oportunidade para autonomia ...codifique 0

### 3. Avaliação do nível de desempenho nas actividades de vida diária

Em termos gerais a avaliação é baseada no comportamento individual durante o mês anterior, à excepção dos comportamentos pouco frequentes (itens 4, 14, 15, 26), em que o período de observação é de seis meses.

Em primeiro lugar, deve colocar-se a questão inicial de cada item. Através da resposta do informador, o entrevistador pode adquirir uma ideia aproximada sobre o nível de desempenho da pessoa. Para fazer uma cotação mais precisa, devem ser pedidos os necessários esclarecimentos ao informador. Estes esclarecimentos fazem-se reformulando o texto de cada ponto da escala, quando necessário.

Em geral a cotação faz-se conforme a escala mostrada em baixo; no entanto, existem excepções, pelo que o avaliador deve estar atento às especificidades de cada item.

As escalas têm uma hierarquia baseada no nível de desempenho ou na frequência de apoio necessário para a realização da actividade. Níveis fracos de desempenho e níveis altos de necessidade de apoio devem ser cotados com pontuações mais baixas. O funcionamento autónomo deve ser cotado com pontuações de 3 ou 4 para cada item.

- a) Nível normal de desempenho ...codifique 4
- b) Problemas ligeiros, mas autónomo ...codifique 3
- c) Problema moderado ou necessidade de apoio ocasional ...codifique 2
- d) Problema grave ou necessidade de apoio frequente ...codifique 1
- e) Sem desempenho algum, ou com necessidade de supervisão diária ...codifique 0
- f) Desconhecido ...codifique 9

Nota: Ocasional = menos de 4 vezes por mês

Frequente = semanal ou mais frequente, mas não diário

Uma vez efectuadas as cotações das duas avaliações, nível de desempenho e grau de oportunidade para o desempenho autónomo, o avaliador deve prosseguir para o item seguinte do questionário.

Os itens estão agrupados em 4 domínios principais:

Auto cuidado, actividades domésticas, competências sociais, actividade e relações sociais.

## A) AUTO CUIDADO

### 1. AUTONOMIA NA MOBILIDADE (pontuar a frequência com que sai e distância percorrida)

Q. *ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA SAIR? A QUE DISTÂNCIA É CAPAZ DE SAIR? ESTÁ DESORIENTADO NO ESPAÇO?*

#### Escala de oportunidade

i. Residência/enfermaria aberta	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado mas a pessoa é livre de sair OU enfermaria/alojamento aberto mas a pessoa tem de informar a equipa/família que vai sair	1
iii. Enfermaria/alojamento fechado para esta pessoa OU só é permitido que saia acompanhado OU está incapacitado e necessita de assistência física	0

#### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Sai pelos seus próprios meios para lá dos limites da área local. Consegue orientar-se em lugares não familiares	4
b) Autónomo no seu bairro. Visita um ou dois familiares que residem fora do seu bairro. Sai regularmente	3
c) Sai para diferentes lugares conhecidos, mas apenas em distâncias que pode percorrer a pé, por ex. lojas, parques, centros de dia, amigos. Saídas irregulares	2
d) Encontra o caminho na vizinhança, mas raramente sai. Tem de ser acompanhado se os locais são mais distantes	1
e) Nunca sai para lá da vizinhança/prédio sem companhia. Sem vontade ou incapaz (por falta de mobilidade ou por orientação reduzida)	0
f) Desconhecido	9

## 2. DESPERTAR E LEVANTAR-SE (despertar e rotina diária nas manhãs nos dias úteis)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA SE LEVANTAR DE MANHÃ?

### Escala de oportunidade

i. A pessoa não necessita de ser despertada pela equipa/família	2
ii. Tem oportunidade para despertar espontaneamente, mas acaba sendo despertada pela equipa/família	1
iii. A pessoa é despertada pela equipa/ família sem nenhuma oportunidade de despertar espontaneamente, OU necessita de assistência física	0

### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Desperta espontaneamente e levanta-se a horas razoáveis	4
b) Funciona de forma autónoma. Não necessita supervisão, algumas vezes é lento para despertar e levantar-se a horas razoáveis (menos de uma vez por semana)	3
c) Ocasionalmente (menos de 4 vezes por mês) é necessário sugerir que se levante a tempo. Se nenhum membro da equipa/ família tenta modificar o seu comportamento, falha o pequeno-almoço ou atrasa-se ocasionalmente para as actividades programadas	2
d) Necessita com frequência ajuda (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente) para se levantar a horas. Se nenhum membro da equipa/família tenta modificar o seu comportamento, atrasa-se para as actividades mais de duas vezes por semana	1
e) Necessita de ajuda diária OU tem assistência física para se levantar (devido a mobilidade comprometida). Se não é estimulado, atrasa-se diariamente para se levantar a horas	0
f) Desconhecido	9

### 3. VESTIR-SE (pontuar autonomia para seleccionar a roupa e vestir-se)

Q. *ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA SE VESTIR? VESTE-SE ADEQUADAMENTE?*

#### Escala de oportunidade

i. A pessoa tem oportunidade para seleccionar as roupas	2
ii. A pessoa está numa enfermaria/alojamento onde habitualmente é a equipa/família que selecciona as suas roupas	1

#### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Roupas adequadas ao clima, situação e correctamente vestidas	4
b) Funciona de forma autónoma. Não necessita supervisão. Ligeiro descuido ou desadequação	3
c) Ocasionalmente é necessário lembrar a pessoa (menos de 4 vezes por mês) para manter critérios apropriados no vestir. Se não se tenta modificar o seu comportamento, mostra ocasionalmente descuido ou desadequação no vestir, OU dorme vestido com a roupa do dia	2
d) Necessita com frequência supervisão (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente) para escolher a roupa adequada e vesti-la correctamente. Se não se tenta modificar o seu comportamento, mostra mais frequentemente inadequação, OU veste-se de acordo com as ideias delirantes	1
e) Necessita de supervisão diária, OU necessita de assistência física	0
f) Desconhecido	9



4. REGRESSAR A CASA À NOITE (pontuar o cuidado com a sua própria segurança e responsabilidade em relação aos seus cuidadores)

Q. ATÉ QUE PONTO SE PODE CONFIAR QUE X (nome da pessoa) REGRESSE A CASA?

Escala de oportunidade

i. Enfermaria aberta/residência	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado mas esta pessoa em particular é livre de sair, OU em enfermaria aberta mas tem de informar a equipa/família quando sai	1
iii. Enfermaria/alojamento fechado para esta pessoa, OU só pode sair acompanhado, OU está incapacitado e necessita de assistência física	0

Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Não necessita monitorização	4
b) Funciona de forma autónoma. Ocasionalmente atrasa-se mais do que esperado mas não é controlado, nem representa uma preocupação importante para os cuidadores	3
c) Ocasionalmente chega tarde (menos de 4 vezes por mês não deixa os familiares saberem a hora do seu regresso). Por vezes pode ser um problema (se supervisionado – maior parte das vezes colaborante)	2
d) Frequentemente atrasado (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente). É frequentemente um problema para os cuidadores, OU esteve perdido nos últimos seis meses (se supervisionado – maior parte das vezes pouco colaborante)	1
e) Problema grave nesta área. Não regressa, ausente vários dias. Não deixa que os cuidadores saibam do seu paradeiro. Perdeu-se mais de uma vez nos últimos seis meses (problemas graves em cumprir orientações) OU não lhe é permitido sair sem acompanhamento	0
f) Desconhecido	9

5. ALIMENTAÇÃO (pontuar a regularidade na obtenção das refeições habituais – incluindo ‘take-away’)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É REGULAR NA SUA ALIMENTAÇÃO? COSTUMA FALHAR REFEIÇÕES?

Escala de oportunidade

i. Para todas as pessoas	2
--------------------------	---

Escala de desempenho

a) Totalmente regular nas refeições básicas. Prepara adequadamente as suas refeições ou, se são fornecidas, adere regularmente	4
b) Ocasionalmente irregular às refeições. Se lhe é providenciada a refeição falha uma ocasionalmente. Não tem supervisão	3
c) Tem de ser ocasionalmente recordado (menos de 4 vezes por mês) para estar presente ou para fazer as refeições. Se não é recordado falha várias refeições principais durante a semana ou falha os pequenos-almoços todos os dias	2
d) Tem de ser frequentemente recordado (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente) para as refeições. Se não é recordado falha uma refeição principal a maior parte dos dias	1
e) Tem de ser recordado diariamente para cumprir as refeições	0
f) Desconhecido	9

6. MEDICAÇÃO (pontuar a independência e cumprimento da medicação prescrita)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA TOMAR A MEDICAÇÃO?

Escala de oportunidade

i. Gere e guarda a sua medicação sem supervisão	2
ii. A medicação fica com a equipa/família mas a pessoa é responsável por se lembrar quando deve tomar os medicamentos (sob supervisão da equipa/família)	1
iii. Os medicamentos são guardados e administrados pela equipa/família	0

Escala de desempenho

a) Totalmente responsável pela sua medicação ou vai regularmente ao serviço ambulatório para fazer medicação <i>depot</i> e renovar receitas	4
b) Guarda a sua medicação. É ocasionalmente lembrado para tomar os seus medicamentos ou a medicação <i>depot</i> é feita em casa pelos técnicos. Colabora	3
c) Medicação dada pelos cuidadores. Maior parte das vezes colabora	2
d) Medicação dada pelos cuidadores. Maior parte das vezes não colabora	1
e) Problemas graves com a medicação. Recusa a medicação	0
f) Não faz medicação/desconhecido	9

## 7. HIGIENE PESSOAL (pontuar a higiene pessoal)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA MANTER A ROTINA DIÁRIA DE HIGIENE?

### Escala de oportunidade

i. Apto para utilizar a casa-de-banho sem restrições ou supervisão	2
ii. Toma banho em dias determinados ou precisa de ajuda para o banho	1
iii. Precisa de ajuda para a higiene diária	0

### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Mantém bom nível de higiene e asseio	4
b) Funciona de forma autónoma. Não tem supervisão. Algum descuido com a higiene	3
c) Tem de ser ocasionalmente (menos de 4 vezes por mês) alertado para a higiene. Se não se insiste, mostra negligência ocasional em certos aspectos da higiene (por ex. barbear, lavar os dentes)	2
d) Tem de ser frequentemente (mais de 4 vezes por mês mas não diariamente) alertado para manter padrões aceitáveis de higiene. Se não se insiste apresenta negligência frequente nas rotinas de higiene	1
e) Tem de ser diariamente lembrado para realizar a sua higiene. Não tem iniciativa ou precisa de assistência para as rotinas de higiene	0
f) Desconhecido	9

## 8. VESTUÁRIO (pontuar a limpeza, estado de conservação)

Q. *ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA TROCAR ROUPA SUJA/EM MAU ESTADO?*

### Escala de oportunidade

i. Para a maior parte das pessoas	2
ii. A pessoa encontra-se numa enfermaria/alojamento onde a equipa/família selecciona diariamente as suas roupas	1

### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Troca de roupa com regularidade. Roupa limpa, engomada, com bom estado de conservação	4
b) Funciona de forma autónoma. Pequenos problemas com a limpeza e conservação da roupa	3
c) Tem de ser ocasionalmente alertado (menos de 4 vezes por mês) para a necessidade de trocar de roupa. Se não é alertado, mostra negligência em certos aspectos da limpeza e conservação da roupa	2
d) Tem de ser frequentemente alertado (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente) para manter padrões aceitáveis de limpeza. Se não é alertado, evidencia negligência grave	1
e) Tem supervisão diária. Não tem iniciativa para verificar as condições do vestuário	0
f) Desconhecido	9

## 9. INCONTINÊNCIA (incapacidade para controlar a eliminação urinária ou intestinal)

Q. X (nome da pessoa) É COMPLETAMENTE CAPAZ DE CONTROLAR A SUA ELIMINAÇÃO URINÁRIA E INTESTINAL?

### Escala de oportunidade

i. Para todas as pessoas	2
--------------------------	---

### Escala de desempenho

a) Sem incontinência	4
b) Incontinência urinária (menos de 4 vezes por mês), mas sem incontinência intestinal	3
c) Incontinência urinária (mais de 4 vezes por mês), mas sem incontinência intestinal	2
d) Incontinência intestinal (menos de 4 vezes por mês) (com ou sem incontinência urinária)	1
e) Incontinência intestinal (mais de 4 vezes por mês) (com ou sem incontinência urinária)	0
f) Desconhecido	9

## 10. COMPORTAMENTO NA CASA DE BANHO

Q. APESAR DA INCONTINÊNCIA, X (nome da pessoa) CONSEGUE USAR A CASA DE BANHO ADEQUADAMENTE? (SE A INCONTINÊNCIA FOI CLASSIFICADA NO ITEM 9 NÃO CLASSIFICAR O MESMO COMPORTAMENTO AQUI).

### Escala de oportunidade

i. Para todas as pessoas	2
--------------------------	---

### Escala de desempenho

a) Sempre	4
b) Funciona de modo autónomo com descuido ligeiro (ex. esquece de puxar autoclismo ou suja as superfícies ou o chão)	3
c) As roupas estão sujas e/ou com odor, necessita de ser chamado à atenção	2
d) Urina ou defeca em público	1
e) Problema grave. As roupas estão sujas e/ou com odor, e urina ou defeca em público	0
f) Desconhecido	9

## A) COMPETÊNCIAS DOMÉSTICAS

### 11. PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS (pontuar planeamento e confecção das refeições)

Q. *ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA PREPARAR AS SUAS REFEIÇÕES?*

#### Escala de oportunidade

i. Capaz de usar a cozinha sem restrições ou supervisão	2
ii. Autorizado a utilizar a cozinha apenas em certos momentos do dia ou com supervisão da equipa/família	1
iii. Não tem autorização para utilizar a cozinha/utensílios de cozinha	0

#### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Prepara e de forma variada todas as suas refeições	4
b) Prepara a maior parte das suas refeições (ou seja; tem almoço fornecido diariamente, mas prepara o seu pequeno-almoço e jantar e as refeições de fim-de-semana, variando os ingredientes), OU participa na confecção das refeições (ex. cozinha regularmente num esquema de turnos)	3
c) Apenas prepara algumas refeições (ex. pequeno-almoço, mas restantes refeições são fornecidas pelos cuidadores), OU prepara todas as suas refeições mas sem variar	2
d) Tem uma participação limitada na cozinha (ex. lavando vegetais, cortando alimentos, etc.)	1
e) Não participa na preparação das refeições	0
f) Desconhecido	9



## 12. PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES LIGEIRAS (ex. merendas, bebidas) entre as refeições principais

Q. *ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA PREPARAR REFEIÇÕES LIGEIRAS E BEBIDAS QUENTES?*

### Escala de oportunidade

i. Tem possibilidade de fazer chá/café e de usar electrodomésticos de cozinha (ex. torradeira) sem restrições	2
ii. Tem acesso à cozinha apenas em certos momentos do dia ou com supervisão da equipa/família	1
iii. Não tem autorização para utilizar a cozinha/não tem cozinha	0

### Escala de desempenho

a) Prepara refeições simples ou bebidas de forma autónoma, fá-lo com regularidade	4
b) Tem algumas dificuldades na preparação de refeições simples ou bebidas	3
c) Tem supervisão ocasional para a preparação de refeições simples (menos de 4 vezes por mês). Se não tem supervisão, prepara refeições ligeiras ou bebidas ocasionalmente de forma inadequada	2
d) Tem sempre supervisão na preparação de refeições ligeiras	1
e) Nunca prepara refeições ligeiras ou bebidas	0
f) Desconhecido	9

13. COMPRA DE PRODUTOS ALIMENTARES (pontuar utilização de lojas para compras. Não inclui comer em cafés e restaurantes, que é classificado no item 19)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NAS COMPRAS?

Escala de oportunidade

i. É capaz de ir fazer compras sem companhia e tem a oportunidade de cozinhar algumas coisas	2
ii. É capaz de ir fazer compras sem companhia, mas não tem oportunidade de cozinhar, OU realiza compras apenas em grupo	1
iii. Não tem autorização para sair sozinho	0

Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Faz as suas compras de forma programada e utiliza as lojas de forma adequada	4
b) Parcialmente autónomo nas compras. Faz compras no seu turno. Faz compras de forma correcta a partir de uma lista	3
c) Compra sempre na mesma loja. É autónomo na compra de uma lista limitada de itens (não inclui planeamento para a preparação de refeições completas, ex. café, chá, bolachas). Necessita de ajuda para outras compras. Se não tem ajuda, esquece-se de comprar ou faz compras de forma inadequada	2
d) Compra apenas com supervisão ou precisa da ajuda dos empregados para fazer o pagamento e obter o troco correcto. Compra poucos produtos, apenas para consumo imediato (ex. doces, refrigerantes)	1
e) Não faz compras em lojas	0
f) Desconhecido	9

#### 14. COMPRAS (roupas, sapatos, artigos pessoais, artigos domésticos)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NA COMPRA DE ARTIGOS PESSOAIS, EXCLUINDO ALIMENTOS?

##### Escala de oportunidade

i. Enfermaria aberta/residência	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado mas a pessoa é livre de sair, OU em enfermaria aberta mas tem de informar a equipa/família se vai sair	1
iii. Enfermaria/alojamento fechado para a pessoa, OU só pode sair acompanhado, OU está incapacitado e necessita de assistência física	0

##### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo	4
b) Parcialmente autónomo. Tem algum apoio nas compras de maior complexidade (ex. mobiliário)	3
c) Compra de forma autónoma um número limitado de produtos (ex. sabonete, cigarros) tem ajuda para outras compras (ex. sapatos). Se não tem ajuda descuida compras necessárias ou compra de modo inadequado	2
d) Compra apenas com supervisão ou precisa da ajuda dos empregados para fazer o pagamento e obter o troco correcto, mesmo para compras simples	1
e) Não faz qualquer compra de artigos pessoais	0
f) Desconhecido	9

## 15. TRATAMENTO DA ROUPA (roupa pessoal, roupa da cama)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA TRATAR DA SUA ROUPA PESSOAL/DA CAMA?

### Escala de oportunidade

i. Utiliza máquina de lavar. Lava a roupa pessoal e da cama	2
ii. Utiliza máquina de lavar, mas não trata da roupa da cama	1
iii. Não tem máquina de lavar	0

### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Utiliza máquina de lavar, lavandaria e limpeza a seco de forma independente e correcta	4
b) Parcialmente autónomo. Usa a máquina de lavar, lava à mão espontaneamente e com regularidade. Algumas coisas são lavadas pelos cuidadores (ex. lençóis)	3
c) Tem supervisão ou tem de ser lembrado para que lave a sua roupa pessoal. Se não tem supervisão, evidencia negligência para esta actividade	2
d) Dá alguma ajuda na lavagem (ex, recolhendo a roupa para lavar), mas habitualmente depende dos cuidadores para providenciar a limpeza das roupas pessoais/da cama	1
e) Não faz nem participa na lavagem das roupas	0
f) Desconhecido	9

16. CUIDADO COM O ESPAÇO PESSOAL (pontuar a arrumação do espaço pessoal, quarto)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É ASSEADO E ARRUMADO NO ESPAÇO EM QUE VIVE?

Escala de oportunidade

i. Não tem quem trate da limpeza	2
ii. Tem quem trate da limpeza, mas espera-se que a pessoa mantenha limpo o seu quarto e roupeiro	1
iii. Tem quem trate da limpeza. Não se espera que a pessoa mantenha limpo o seu quarto e roupeiro	0

Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Limpa e arruma o seu espaço. Mantém um nível correcto de arrumação	4
b) Parcialmente autónomo na limpeza do seu espaço pessoal. Necessita de ocasionalmente ser lembrado que está abaixo do esperado em relação à arrumação (menos de 4 vezes por mês)	3
c) Tem de ser lembrado frequentemente para manter um nível adequado de arrumação do seu espaço pessoal (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente) (caso contrário mostra negligência)	2
d) Tem de ser lembrado diariamente para estar atento ao seu espaço pessoal (caso contrário mostra negligência grave)	1
e) Não arruma o seu espaço pessoal	0
f) Desconhecido	9

## 17. CUIDADO COM O ESPAÇO DOMÉSTICO/ÁREAS COMUNS

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NAS TAREFAS DOMÉSTICAS GERAIS?

### Escala de oportunidade

i. Vive na comunidade e tem oportunidade de realizar tarefas domésticas	2
ii. Vive no hospital e tem oportunidade de realizar tarefas domésticas	1
iii. Não tem oportunidade de realizar tarefas domésticas (ex. as normas da enfermaria/alajamento não o permitem)	0

### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo para manter a casa limpa ou para partilhar as tarefas domésticas. Não necessita ajuda de pessoal/família	4
b) Parcialmente autónomo na limpeza da sua casa. Executa regularmente tarefas domésticas. Se vive sozinho, apresenta problemas ligeiros com o nível de limpeza/arrumação. Sem ajuda de pessoal/família	3
c) Ocasionalmente necessita de ser lembrado das tarefas domésticas (menos de 4 vezes por mês). Caso contrário mostra sinais de negligência	2
d) Raramente ajuda nas tarefas domésticas ou frequentemente tem de lhe ser sugerido que o faça, caso contrário mostra negligência grave	1
e) Não faz tarefas domésticas	0
f) Desconhecido	9

## C) COMPETÊNCIAS COMUNITÁRIAS

### 18. USAR TRANSPORTES PÚBLICOS

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NA UTILIZAÇÃO DOS TRANSPORTES PÚBLICOS?

#### Escala de oportunidade

i. Enfermaria/alojamento aberto	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado, mas a pessoa é livre de sair, OU alojamento aberto mas a pessoa tem de informar a equipa/família que vai sair	1
iii. Enfermaria/alojamento fechado para a pessoa, OU só é permitido que saia acompanhado, OU está incapacitado e necessita de assistência física	0

#### Escala de desempenho

a) É autónomo na utilização dos vários tipos de transporte público. Consegue ir a locais que não lhe são familiares utilizando transporte público	4
b) É autónomo na utilização de transporte público para percursos habituais e conhecidos	3
c) É autónomo na utilização de transporte público apenas para um percurso habitual e conhecido	2
d) Tem de ser acompanhado quando usa transporte público ou utiliza transporte organizado pelos cuidadores	1
e) Nunca é autónomo na utilização do transporte público. Mesmo acompanhado mostra dificuldade ou resistência	0
f) Desconhecido	9

19. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS (médico de família, dentista, oftalmologista, segurança social, serviços de habitação social)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS?

Escala de oportunidade

i. Espera-se que cumpra todos os compromissos	2
ii. Alguns dos compromissos tem de ser cumpridos pela equipa/família	1
iii. Todos os compromissos têm de ser cumpridos pela equipa/família	0

Escala de desempenho

a) Utiliza os serviços acima referidos de forma autónoma e apropriada	4
b) Utiliza alguns serviços de forma autónoma, mas noutros necessita de ajuda (ex. preenchimento de formulários mais complexos)	3
c) Precisa de ajuda para o contacto adequado com os serviços (ex. fazer marcações, preencher formulários). Pode verbalizar necessidades aos cuidadores. Se não tem ajuda, evidencia dificuldades na resolução de problemas (ex. falha na obtenção de benefícios sociais, os problemas de saúde não são resolvidos)	2
d) Recebe sempre ajuda para contactar os serviços apropriados. Capacidade reduzida para reconhecer e verbalizar necessidades, ou recusa utilizar os serviços apesar de precisar	1
e) Não tem iniciativa para comunicar a necessidade que tem destes serviços	0
f) Desconhecido	9



20. UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS (livrarias, parques, bancos, correios, cafés, restaurantes, cinema, teatro, aulas nocturnas, instalações desportivas, igreja, etc.)

Q. X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NA UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS?

Escala de oportunidade

i. Enfermaria/alojamento aberto	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado mas a pessoa é livre de sair, OU alojamento aberto mas a pessoa tem de informar a equipa/família que vai sair	1
iii. Enfermaria/alojamento fechado para a pessoa, OU só é permitido que saia acompanhado, OU está incapacitado e necessita de assistência física	0

Escala de desempenho

a) Utiliza os diferentes equipamentos públicos de forma autónoma e frequente	4
b) Utiliza um equipamento frequentemente (ex. correios) ou outros ocasionalmente (menos de quatro vezes por mês)	3
c) Utiliza um equipamento apenas quando estimulado. Se não se tenta alterar o seu comportamento, raramente utiliza um equipamento público (uma vez por mês)	2
d) Utiliza os equipamentos apenas quando acompanhado	1
e) Nunca utiliza nenhum dos equipamentos acima referidos	0
f) Desconhecido	9

21. UTILIZAÇÃO DE DINHEIRO/ORÇAMENTO (pontuar a administração do dinheiro, sem considerar a fonte de rendimento)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NA ADMINISTRAÇÃO DO SEU DINHEIRO?

Escala de oportunidade

i. Recebe o seu dinheiro através de conta bancária e paga as suas próprias contas	2
ii. Recebe o seu dinheiro por via da instituição, após dedução das despesas efectuadas	1
iii. Recebe em géneros (ou seja, recebe um pacote com artigos pessoais por ex. artigos de higiene e doces)	0

Escala de desempenho

a) É autónomo na gestão do seu dinheiro	4
b) Autónomo. Ocasionalmente fica com pouco dinheiro mas não representa um problema grave	3
c) Tem um subsídio semanal para conseguir gerir o dinheiro	2
d) Tem um subsídio diário ou recebe pequenas quantias de cada vez para conseguir gerir o dinheiro	1
e) Tem dificuldades graves com a gestão do dinheiro. O dinheiro é gerido na totalidade pelos cuidadores ou não apresenta qualquer interesse na utilização do dinheiro	0
f) Desconhecido	9

## D) OCUPAÇÃO E RELAÇÕES SOCIAIS

22. OCUPAÇÃO DIÁRIA (pontuar o nível de envolvimento nas actividades instrumentais, excluindo aquelas que não têm um objectivo) (ter em atenção a idade e situação)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É ACTIVO E INTENCIONAL NAS ACTIVIDADES DIÁRIAS?

### Escala de oportunidade

i. Enfermaria/alojamento aberto	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado	1

### Escala de desempenho

a) Mantém-se adequadamente activo (tem um emprego, trabalho voluntário ou utiliza um serviço diário sem necessitar de ser estimulado, OU envolvido nas tarefas domésticas)	4
b) Mantém-se activo parte do tempo (tal como referido acima, mas com períodos ocasionais de inactividade)	3
c) Tem de ser ocasionalmente estimulado para se envolver em actividades deste tipo. Se não se tenta alterar o seu comportamento, mostra períodos frequentes de inactividade (50% do tempo)	2
d) Tem de ser frequentemente estimulado para se envolver em actividades deste tipo. Se não se tenta alterar o seu comportamento, mostra períodos diários e prolongados de inactividade	1
e) Muita dificuldade em se ocupar, não faz nada a maior parte do tempo	0
f) Desconhecido	9

## 23. OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES

Q. COMO UTILIZA X (nome da pessoa) O SEU TEMPO LIVRE? ENVOLVE-SE EM ALGUMA ACTIVIDADE DE LAZER?

### Escala de oportunidade

i. Enfermaria/alojamento aberto	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado	1

### Escala de desempenho

a) Mantém actividades de lazer regulares, individualmente ou em grupo, sem necessitar de encorajamento (visitas, saídas com amigos)	4
b) Mantém actividades de lazer individualmente ou em grupo (conversas com outras pessoas, saídas com outros), mas necessita de encorajamento para algumas actividades	3
c) Mantém algumas actividades de lazer individuais, (ex. ler, ver TV, ouvir rádio, passear)	2
d) Participa em actividades de lazer individuais apenas quando estimulado. Não participa em actividades de grupo	1
e) Dificuldade em despertar o seu interesse por qualquer actividade. Passa o tempo livre sem fazer nada	0
f) Desconhecido	9

24. SOCIALIZAÇÃO (pontuar a frequência e o nível de envolvimento com outras pessoas)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É SOCIÁVEL? PROCURA A COMPANHIA DE OUTRAS PESSOAS?

Escala de oportunidade

i. Enfermaria/alojamento aberto	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado	1

Escala de desempenho

a) Mantém espontaneamente contacto com familiares/amigos/ conhecidos. Relaciona-se bem com os outros. Procura companhia	4
b) Mantém contacto com alguns familiares/amigos/conhecidos. Relaciona-se superficialmente com outras pessoas com quem tem contacto diário	3
c) Relaciona-se com poucas pessoas conhecidas. Receptivo à aproximação dos outros, mas não procura companhia	2
d) Solitário e distante. Raramente se aproxima de outras pessoas	1
e) Extremamente distante. Rejeita a aproximação social	0
f) Desconhecido	9

## 25. RESPEITO E PREOCUPAÇÃO COM OS OUTROS

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) MOSTRA RESPEITO E PREOCUPAÇÃO PELOS OUTROS? (EX. SE UM MEMBRO DA EQUIPA/FAMILIAR OU COLEGA DE ALOJAMENTO ESTÁ DOENTE, PREOCUPA-SE?). PONTUAR COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL

### Escala de oportunidade

i. Para todas as pessoas	2
--------------------------	---

### Escala de desempenho

a) Mostra respeito e preocupação pelos outros	4
b) Por vezes mostra respeito e preocupação pelos outros, mas de forma inconsistente	3
c) Mostra algum respeito e preocupação pelos outros	2
d) Mostra pouco respeito e preocupação pelos outros	1
e) Não mostra respeito e preocupação pelos outros	0
f) Desconhecido	9

## 26. AUXÍLIO NUMA EMERGÊNCIA

Q. *CONSIDERAR UMA EMERGÊNCIA DOMÉSTICA (EX. DESMAIO DE UM COLEGA RESIDENTE, INCÊNDIO NA COZINHA, REBENTAMENTO DA CANALIZAÇÃO). COMO RESPONDERIA X (nome da pessoa) NESTA SITUAÇÃO?*

### Escala de oportunidade

i. Para a maioria das pessoas	2
ii. Com incapacidade, necessita de ajuda física	1

### Escala de desempenho

a) Intervenção apropriada, com resposta autónoma imediata, mobilizando ajuda	4
b) Pediria ajuda, mas pouco provável que tivesse uma resposta autónoma	3
c) Pouco provável que pedisse ajuda	2
d) Definitivamente não pediria ajuda	1
e) Não pediria ajuda, o seu comportamento seria um obstáculo (ex. não permitiria o acesso do serviço de emergência)	0
f) Desconhecido/impossibilidade de avaliar	9

## Ficha de identificação e cotação

Identificação da pessoa avaliada:

Código da pessoa avaliada:

Ano

Data da avaliação:

Dia

Mês

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Número da avaliação (para esta pessoa):

Identificação do informador:

Identificação do avaliador:

Local:



		Cotação	
		Escala de oportunidade (0 a 2)	Escala de desempenho (0 a 4)
<b>AUTOUIDADO:</b>			
1	Autonomia na mobilidade		
2	Despertar e levantar-se		
3	Vestir-se		
4	Regressar a casa à noite		
5	Alimentação		
6	Medicação		
7	Higiene pessoal		
8	Vestuário		
9	Incontinência		
10	Comportamento na casa de banho		
<b>Total</b>		■	/ □
<b>COMPETÊNCIAS DOMÉSTICAS:</b>			
11	Preparação completa das refeições		
12	Preparação de refeições ligeiras como merendas, bebidas entre as refeições		
13	Compra de produtos alimentares		
14	Compras		
15	Tratamento da roupa		
16	Cuidado com o espaço pessoal		
17	Cuidado com o espaço doméstico/áreas comuns		
<b>Total</b>		■	/ □
<b>COMPETÊNCIAS COMUNITÁRIAS:</b>			
18	<i>Usar transportes públicos</i>		
19	Utilização dos serviços assistenciais		
20	Utilização dos equipamentos públicos		
21	Utilização de dinheiro/orçamento		
<b>Total</b>		■	/ □
<b>OCUPAÇÃO E RELAÇÕES SOCIAIS:</b>			
22	Ocupação diária		
23	Ocupação dos tempos livres		
24	Socialização		
25	Respeito e preocupação com os outros		
26	Auxílio numa emergência		
<b>Total</b>		■	/ □

# **Basic Everyday Living Skills - BELS**

Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS)

## **Competências Básicas de Vida Diária**

**VERSÃO PORTUGUESA**

**2011**

Coordenação Nacional para a Saúde Mental

Equipa de Projecto para os Cuidados Continuados de Saúde Mental

# **BELS - Basic Everyday Living Skills**

## **Competências Básicas de Vida Diária**

### Descrição e objectivo

Este questionário foi concebido para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas com doença mental de evolução prolongada.

O seu objectivo é avaliar o desempenho nas actividades de vida diária de pessoas que transitam de um ambiente institucional para outro com características residenciais, no contexto da reforma dos serviços hospitalares de saúde mental. Assim, é principalmente um instrumento de investigação, embora possa ser usado para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas integradas em programas de reabilitação.

Este questionário é composto por 26 itens, cada um dos quais descrevendo um comportamento concreto. Cada item é pontuado em duas escalas.

- (a) Uma escala de 3 pontos que avalia o grau de oportunidade para um desempenho autónomo
- (b) Uma escala de 5 pontos que avalia o nível de desempenho actual

### Instruções

Existem 3 etapas no procedimento

- (1) Selecção de um informador adequado
- (2) Avaliação do grau de oportunidade que está disponível para a pessoa realizar cada actividade de vida diária de forma autónoma
- (3) Avaliação do nível de desempenho em cada actividade de vida diária

#### 1. *Seleccção do informador*

O informador é seleccionado entre as pessoas que melhor conhecem as competências nas actividades de vida diária da pessoa avaliada. No hospital pode ser o gestor de caso/terapeuta de referência ou o enfermeiro chefe. Na comunidade pode ser o pessoal da residência, a assistente social, o enfermeiro da equipa comunitária de psiquiatria, ou um familiar. Na comunidade, algumas pessoas podem viver completamente autónomas, pelo que pode não existir um informador disponível. Neste caso, como último recurso, o próprio pode ser o informador. No entanto, isto requer algum cuidado na formulação das perguntas.

#### 2. *Grau de oportunidade para o desempenho autónomo*

É perguntado ao informador sobre o grau de oportunidade que está disponível para a pessoa realizar cada actividade de vida diária de forma autónoma.

Existem 3 cotações possíveis, que dependem principalmente do modelo organizativo da equipa e das características físicas do local.

- Oportunidade para autonomia total ...codifique 2
- Oportunidade para autonomia parcial ...codifique 1
- Sem oportunidade para autonomia ...codifique 0

### 3. Avaliação do nível de desempenho nas actividades de vida diária

Em termos gerais a avaliação é baseada no comportamento individual durante o mês anterior, à excepção dos comportamentos pouco frequentes (itens 4, 14, 15, 26), em que o período de observação é de seis meses.

Em primeiro lugar, deve colocar-se a questão inicial de cada item. Através da resposta do informador, o entrevistador pode adquirir uma ideia aproximada sobre o nível de desempenho da pessoa. Para fazer uma cotação mais precisa, devem ser pedidos os necessários esclarecimentos ao informador. Estes esclarecimentos fazem-se reformulando o texto de cada ponto da escala, quando necessário.

Em geral a cotação faz-se conforme a escala mostrada em baixo; no entanto, existem excepções, pelo que o avaliador deve estar atento às especificidades de cada item.

As escalas têm uma hierarquia baseada no nível de desempenho ou na frequência de apoio necessário para a realização da actividade. Níveis fracos de desempenho e níveis altos de necessidade de apoio devem ser cotados com pontuações mais baixas. O funcionamento autónomo deve ser cotado com pontuações de 3 ou 4 para cada item.

- a) Nível normal de desempenho ...codifique 4
- b) Problemas ligeiros, mas autónomo ...codifique 3
- c) Problema moderado ou necessidade de apoio ocasional ...codifique 2
- d) Problema grave ou necessidade de apoio frequente ...codifique 1
- e) Sem desempenho algum, ou com necessidade de supervisão diária ...codifique 0
- f) Desconhecido ...codifique 9

Nota: Ocasional = menos de 4 vezes por mês

Frequente = semanal ou mais frequente, mas não diário

Uma vez efectuadas as cotações das duas avaliações, nível de desempenho e grau de oportunidade para o desempenho autónomo, o avaliador deve prosseguir para o item seguinte do questionário.

Os itens estão agrupados em 4 domínios principais:

Auto cuidado, actividades domésticas, competências sociais, actividade e relações sociais.

## A) AUTO CUIDADO

### 1. AUTONOMIA NA MOBILIDADE (pontuar a frequência com que sai e distância percorrida)

Q. *ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA SAIR? A QUE DISTÂNCIA É CAPAZ DE SAIR? ESTÁ DESORIENTADO NO ESPAÇO?*

#### Escala de oportunidade

i. Residência/enfermaria aberta	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado mas a pessoa é livre de sair OU enfermaria/alojamento aberto mas a pessoa tem de informar a equipa/família que vai sair	1
iii. Enfermaria/alojamento fechado para esta pessoa OU só é permitido que saia acompanhado OU está incapacitado e necessita de assistência física	0

#### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Sai pelos seus próprios meios para lá dos limites da área local. Consegue orientar-se em lugares não familiares	4
b) Autónomo no seu bairro. Visita um ou dois familiares que residem fora do seu bairro. Sai regularmente	3
c) Sai para diferentes lugares conhecidos, mas apenas em distâncias que pode percorrer a pé, por ex. lojas, parques, centros de dia, amigos. Saídas irregulares	2
d) Encontra o caminho na vizinhança, mas raramente sai. Tem de ser acompanhado se os locais são mais distantes	1
e) Nunca sai para lá da vizinhança/prédio sem companhia. Sem vontade ou incapaz (por falta de mobilidade ou por orientação reduzida)	0
f) Desconhecido	9

## 2. DESPERTAR E LEVANTAR-SE (despertar e rotina diária nas manhãs nos dias úteis)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA SE LEVANTAR DE MANHÃ?

### Escala de oportunidade

i. A pessoa não necessita de ser despertada pela equipa/família	2
ii. Tem oportunidade para despertar espontaneamente, mas acaba sendo despertada pela equipa/família	1
iii. A pessoa é despertada pela equipa/ família sem nenhuma oportunidade de despertar espontaneamente, OU necessita de assistência física	0

### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Desperta espontaneamente e levanta-se a horas razoáveis	4
b) Funciona de forma autónoma. Não necessita supervisão, algumas vezes é lento para despertar e levantar-se a horas razoáveis (menos de uma vez por semana)	3
c) Ocasionalmente (menos de 4 vezes por mês) é necessário sugerir que se levante a tempo. Se nenhum membro da equipa/ família tenta modificar o seu comportamento, falha o pequeno-almoço ou atrasa-se ocasionalmente para as actividades programadas	2
d) Necessita com frequência ajuda (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente) para se levantar a horas. Se nenhum membro da equipa/família tenta modificar o seu comportamento, atrasa-se para as actividades mais de duas vezes por semana	1
e) Necessita de ajuda diária OU tem assistência física para se levantar (devido a mobilidade comprometida). Se não é estimulado, atrasa-se diariamente para se levantar a horas	0
f) Desconhecido	9

### 3. VESTIR-SE (pontuar autonomia para seleccionar a roupa e vestir-se)

Q. *ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA SE VESTIR? VESTE-SE ADEQUADAMENTE?*

#### Escala de oportunidade

i. A pessoa tem oportunidade para seleccionar as roupas	2
ii. A pessoa está numa enfermaria/alojamento onde habitualmente é a equipa/família que selecciona as suas roupas	1

#### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Roupas adequadas ao clima, situação e correctamente vestidas	4
b) Funciona de forma autónoma. Não necessita supervisão. Ligeiro descuido ou desadequação	3
c) Ocasionalmente é necessário lembrar a pessoa (menos de 4 vezes por mês) para manter critérios apropriados no vestir. Se não se tenta modificar o seu comportamento, mostra ocasionalmente descuido ou desadequação no vestir, OU dorme vestido com a roupa do dia	2
d) Necessita com frequência supervisão (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente) para escolher a roupa adequada e vesti-la correctamente. Se não se tenta modificar o seu comportamento, mostra mais frequentemente inadequação, OU veste-se de acordo com as ideias delirantes	1
e) Necessita de supervisão diária, OU necessita de assistência física	0
f) Desconhecido	9

4. REGRESSAR A CASA À NOITE (pontuar o cuidado com a sua própria segurança e responsabilidade em relação aos seus cuidadores)

Q. ATÉ QUE PONTO SE PODE CONFIAR QUE X (nome da pessoa) REGRESSE A CASA?

Escala de oportunidade

i. Enfermaria aberta/residência	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado mas esta pessoa em particular é livre de sair, OU em enfermaria aberta mas tem de informar a equipa/família quando sai	1
iii. Enfermaria/alojamento fechado para esta pessoa, OU só pode sair acompanhado, OU está incapacitado e necessita de assistência física	0

Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Não necessita monitorização	4
b) Funciona de forma autónoma. Ocasionalmente atrasa-se mais do que esperado mas não é controlado, nem representa uma preocupação importante para os cuidadores	3
c) Ocasionalmente chega tarde (menos de 4 vezes por mês não deixa os familiares saberem a hora do seu regresso). Por vezes pode ser um problema (se supervisionado – maior parte das vezes colaborante)	2
d) Frequentemente atrasado (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente). É frequentemente um problema para os cuidadores, OU esteve perdido nos últimos seis meses (se supervisionado – maior parte das vezes pouco colaborante)	1
e) Problema grave nesta área. Não regressa, ausente vários dias. Não deixa que os cuidadores saibam do seu paradeiro. Perdeu-se mais de uma vez nos últimos seis meses (problemas graves em cumprir orientações) OU não lhe é permitido sair sem acompanhamento	0
f) Desconhecido	9



5. ALIMENTAÇÃO (pontuar a regularidade na obtenção das refeições habituais – incluindo ‘take-away’)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É REGULAR NA SUA ALIMENTAÇÃO? COSTUMA FALHAR REFEIÇÕES?

Escala de oportunidade

i. Para todas as pessoas	2
--------------------------	---

Escala de desempenho

a) Totalmente regular nas refeições básicas. Prepara adequadamente as suas refeições ou, se são fornecidas, adere regularmente	4
b) Ocasionalmente irregular às refeições. Se lhe é providenciada a refeição falha uma ocasionalmente. Não tem supervisão	3
c) Tem de ser ocasionalmente recordado (menos de 4 vezes por mês) para estar presente ou para fazer as refeições. Se não é recordado falha várias refeições principais durante a semana ou falha os pequenos-almoços todos os dias	2
d) Tem de ser frequentemente recordado (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente) para as refeições. Se não é recordado falha uma refeição principal a maior parte dos dias	1
e) Tem de ser recordado diariamente para cumprir as refeições	0
f) Desconhecido	9

6. MEDICAÇÃO (pontuar a independência e cumprimento da medicação prescrita)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA TOMAR A MEDICAÇÃO?

Escala de oportunidade

i. Gere e guarda a sua medicação sem supervisão	2
ii. A medicação fica com a equipa/família mas a pessoa é responsável por se lembrar quando deve tomar os medicamentos (sob supervisão da equipa/família)	1
iii. Os medicamentos são guardados e administrados pela equipa/família	0

Escala de desempenho

a) Totalmente responsável pela sua medicação ou vai regularmente ao serviço ambulatório para fazer medicação <i>depot</i> e renovar receitas	4
b) Guarda a sua medicação. É ocasionalmente lembrado para tomar os seus medicamentos ou a medicação <i>depot</i> é feita em casa pelos técnicos. Colabora	3
c) Medicação dada pelos cuidadores. Maior parte das vezes colabora	2
d) Medicação dada pelos cuidadores. Maior parte das vezes não colabora	1
e) Problemas graves com a medicação. Recusa a medicação	0
f) Não faz medicação/desconhecido	9

## 7. HIGIENE PESSOAL (pontuar a higiene pessoal)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA MANTER A ROTINA DIÁRIA DE HIGIENE?

### Escala de oportunidade

i. Apto para utilizar a casa-de-banho sem restrições ou supervisão	2
ii. Toma banho em dias determinados ou precisa de ajuda para o banho	1
iii. Precisa de ajuda para a higiene diária	0

### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Mantém bom nível de higiene e asseio	4
b) Funciona de forma autónoma. Não tem supervisão. Algum descuido com a higiene	3
c) Tem de ser ocasionalmente (menos de 4 vezes por mês) alertado para a higiene. Se não se insiste, mostra negligência ocasional em certos aspectos da higiene (por ex. barbear, lavar os dentes)	2
d) Tem de ser frequentemente (mais de 4 vezes por mês mas não diariamente) alertado para manter padrões aceitáveis de higiene. Se não se insiste apresenta negligência frequente nas rotinas de higiene	1
e) Tem de ser diariamente lembrado para realizar a sua higiene. Não tem iniciativa ou precisa de assistência para as rotinas de higiene	0
f) Desconhecido	9

## 8. VESTUÁRIO (pontuar a limpeza, estado de conservação)

Q. *ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA TROCAR ROUPA SUJA/EM MAU ESTADO?*

### Escala de oportunidade

i. Para a maior parte das pessoas	2
ii. A pessoa encontra-se numa enfermaria/alojamento onde a equipa/família selecciona diariamente as suas roupas	1

### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Troca de roupa com regularidade. Roupa limpa, engomada, com bom estado de conservação	4
b) Funciona de forma autónoma. Pequenos problemas com a limpeza e conservação da roupa	3
c) Tem de ser ocasionalmente alertado (menos de 4 vezes por mês) para a necessidade de trocar de roupa. Se não é alertado, mostra negligência em certos aspectos da limpeza e conservação da roupa	2
d) Tem de ser frequentemente alertado (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente) para manter padrões aceitáveis de limpeza. Se não é alertado, evidencia negligência grave	1
e) Tem supervisão diária. Não tem iniciativa para verificar as condições do vestuário	0
f) Desconhecido	9

## 9. INCONTINÊNCIA (incapacidade para controlar a eliminação urinária ou intestinal)

Q. X (nome da pessoa) É COMPLETAMENTE CAPAZ DE CONTROLAR A SUA ELIMINAÇÃO URINÁRIA E INTESTINAL?

### Escala de oportunidade

i. Para todas as pessoas	2
--------------------------	---

### Escala de desempenho

a) Sem incontinência	4
b) Incontinência urinária (menos de 4 vezes por mês), mas sem incontinência intestinal	3
c) Incontinência urinária (mais de 4 vezes por mês), mas sem incontinência intestinal	2
d) Incontinência intestinal (menos de 4 vezes por mês) (com ou sem incontinência urinária)	1
e) Incontinência intestinal (mais de 4 vezes por mês) (com ou sem incontinência urinária)	0
f) Desconhecido	9

## 10. COMPORTAMENTO NA CASA DE BANHO

Q. APESAR DA INCONTINÊNCIA, X (nome da pessoa) CONSEGUE USAR A CASA DE BANHO ADEQUADAMENTE? (SE A INCONTINÊNCIA FOI CLASSIFICADA NO ITEM 9 NÃO CLASSIFICAR O MESMO COMPORTAMENTO AQUI).

### Escala de oportunidade

i. Para todas as pessoas	2
--------------------------	---

### Escala de desempenho

a) Sempre	4
b) Funciona de modo autónomo com descuido ligeiro (ex. esquece de puxar autoclismo ou suja as superfícies ou o chão)	3
c) As roupas estão sujas e/ou com odor, necessita de ser chamado à atenção	2
d) Urina ou defeca em público	1
e) Problema grave. As roupas estão sujas e/ou com odor, e urina ou defeca em público	0
f) Desconhecido	9

## A) COMPETÊNCIAS DOMÉSTICAS

### 11. PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS (pontuar planeamento e confecção das refeições)

Q. *ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA PREPARAR AS SUAS REFEIÇÕES?*

#### Escala de oportunidade

i. Capaz de usar a cozinha sem restrições ou supervisão	2
ii. Autorizado a utilizar a cozinha apenas em certos momentos do dia ou com supervisão da equipa/família	1
iii. Não tem autorização para utilizar a cozinha/utensílios de cozinha	0

#### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Prepara e de forma variada todas as suas refeições	4
b) Prepara a maior parte das suas refeições (ou seja; tem almoço fornecido diariamente, mas prepara o seu pequeno-almoço e jantar e as refeições de fim-de-semana, variando os ingredientes), OU participa na confecção das refeições (ex. cozinha regularmente num esquema de turnos)	3
c) Apenas prepara algumas refeições (ex. pequeno-almoço, mas restantes refeições são fornecidas pelos cuidadores), OU prepara todas as suas refeições mas sem variar	2
d) Tem uma participação limitada na cozinha (ex. lavando vegetais, cortando alimentos, etc.)	1
e) Não participa na preparação das refeições	0
f) Desconhecido	9

## 12. PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES LIGEIRAS (ex. merendas, bebidas) entre as refeições principais

Q. *ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA PREPARAR REFEIÇÕES LIGEIRAS E BEBIDAS QUENTES?*

### Escala de oportunidade

i. Tem possibilidade de fazer chá/café e de usar electrodomésticos de cozinha (ex. torradeira) sem restrições	2
ii. Tem acesso à cozinha apenas em certos momentos do dia ou com supervisão da equipa/família	1
iii. Não tem autorização para utilizar a cozinha/não tem cozinha	0

### Escala de desempenho

a) Prepara refeições simples ou bebidas de forma autónoma, fá-lo com regularidade	4
b) Tem algumas dificuldades na preparação de refeições simples ou bebidas	3
c) Tem supervisão ocasional para a preparação de refeições simples (menos de 4 vezes por mês). Se não tem supervisão, prepara refeições ligeiras ou bebidas ocasionalmente de forma inadequada	2
d) Tem sempre supervisão na preparação de refeições ligeiras	1
e) Nunca prepara refeições ligeiras ou bebidas	0
f) Desconhecido	9



13. COMPRA DE PRODUTOS ALIMENTARES (pontuar utilização de lojas para compras. Não inclui comer em cafés e restaurantes, que é classificado no item 19)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NAS COMPRAS?

Escala de oportunidade

i. É capaz de ir fazer compras sem companhia e tem a oportunidade de cozinhar algumas coisas	2
ii. É capaz de ir fazer compras sem companhia, mas não tem oportunidade de cozinhar, OU realiza compras apenas em grupo	1
iii. Não tem autorização para sair sozinho	0

Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Faz as suas compras de forma programada e utiliza as lojas de forma adequada	4
b) Parcialmente autónomo nas compras. Faz compras no seu turno. Faz compras de forma correcta a partir de uma lista	3
c) Compra sempre na mesma loja. É autónomo na compra de uma lista limitada de itens (não inclui planeamento para a preparação de refeições completas, ex. café, chá, bolachas). Necessita de ajuda para outras compras. Se não tem ajuda, esquece-se de comprar ou faz compras de forma inadequada	2
d) Compra apenas com supervisão ou precisa da ajuda dos empregados para fazer o pagamento e obter o troco correcto. Compra poucos produtos, apenas para consumo imediato (ex. doces, refrigerantes)	1
e) Não faz compras em lojas	0
f) Desconhecido	9

#### 14. COMPRAS (roupas, sapatos, artigos pessoais, artigos domésticos)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NA COMPRA DE ARTIGOS PESSOAIS, EXCLUINDO ALIMENTOS?

##### Escala de oportunidade

i. Enfermaria aberta/residência	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado mas a pessoa é livre de sair, OU em enfermaria aberta mas tem de informar a equipa/família se vai sair	1
iii. Enfermaria/alojamento fechado para a pessoa, OU só pode sair acompanhado, OU está incapacitado e necessita de assistência física	0

##### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo	4
b) Parcialmente autónomo. Tem algum apoio nas compras de maior complexidade (ex. mobiliário)	3
c) Compra de forma autónoma um número limitado de produtos (ex. sabonete, cigarros) tem ajuda para outras compras (ex. sapatos). Se não tem ajuda descuida compras necessárias ou compra de modo inadequado	2
d) Compra apenas com supervisão ou precisa da ajuda dos empregados para fazer o pagamento e obter o troco correcto, mesmo para compras simples	1
e) Não faz qualquer compra de artigos pessoais	0
f) Desconhecido	9

## 15. TRATAMENTO DA ROUPA (roupa pessoal, roupa da cama)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO PARA TRATAR DA SUA ROUPA PESSOAL/DA CAMA?

### Escala de oportunidade

i. Utiliza máquina de lavar. Lava a roupa pessoal e da cama	2
ii. Utiliza máquina de lavar, mas não trata da roupa da cama	1
iii. Não tem máquina de lavar	0

### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Utiliza máquina de lavar, lavandaria e limpeza a seco de forma independente e correcta	4
b) Parcialmente autónomo. Usa a máquina de lavar, lava à mão espontaneamente e com regularidade. Algumas coisas são lavadas pelos cuidadores (ex. lençóis)	3
c) Tem supervisão ou tem de ser lembrado para que lave a sua roupa pessoal. Se não tem supervisão, evidencia negligência para esta actividade	2
d) Dá alguma ajuda na lavagem (ex, recolhendo a roupa para lavar), mas habitualmente depende dos cuidadores para providenciar a limpeza das roupas pessoais/da cama	1
e) Não faz nem participa na lavagem das roupas	0
f) Desconhecido	9

16. CUIDADO COM O ESPAÇO PESSOAL (pontuar a arrumação do espaço pessoal, quarto)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É ASSEADO E ARRUMADO NO ESPAÇO EM QUE VIVE?

Escala de oportunidade

i. Não tem quem trate da limpeza	2
ii. Tem quem trate da limpeza, mas espera-se que a pessoa mantenha limpo o seu quarto e roupeiro	1
iii. Tem quem trate da limpeza. Não se espera que a pessoa mantenha limpo o seu quarto e roupeiro	0

Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo. Limpa e arruma o seu espaço. Mantém um nível correcto de arrumação	4
b) Parcialmente autónomo na limpeza do seu espaço pessoal. Necessita de ocasionalmente ser lembrado que está abaixo do esperado em relação à arrumação (menos de 4 vezes por mês)	3
c) Tem de ser lembrado frequentemente para manter um nível adequado de arrumação do seu espaço pessoal (mais de 4 vezes por mês, mas não diariamente) (caso contrário mostra negligência)	2
d) Tem de ser lembrado diariamente para estar atento ao seu espaço pessoal (caso contrário mostra negligência grave)	1
e) Não arruma o seu espaço pessoal	0
f) Desconhecido	9

## 17. CUIDADO COM O ESPAÇO DOMÉSTICO/ÁREAS COMUNS

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NAS TAREFAS DOMÉSTICAS GERAIS?

### Escala de oportunidade

i. Vive na comunidade e tem oportunidade de realizar tarefas domésticas	2
ii. Vive no hospital e tem oportunidade de realizar tarefas domésticas	1
iii. Não tem oportunidade de realizar tarefas domésticas (ex. as normas da enfermaria/alojamento não o permitem)	0

### Escala de desempenho

a) Totalmente autónomo para manter a casa limpa ou para partilhar as tarefas domésticas. Não necessita ajuda de pessoal/família	4
b) Parcialmente autónomo na limpeza da sua casa. Executa regularmente tarefas domésticas. Se vive sozinho, apresenta problemas ligeiros com o nível de limpeza/arrumação. Sem ajuda de pessoal/família	3
c) Ocasionalmente necessita de ser lembrado das tarefas domésticas (menos de 4 vezes por mês). Caso contrário mostra sinais de negligência	2
d) Raramente ajuda nas tarefas domésticas ou frequentemente tem de lhe ser sugerido que o faça, caso contrário mostra negligência grave	1
e) Não faz tarefas domésticas	0
f) Desconhecido	9

## C) COMPETÊNCIAS COMUNITÁRIAS

### 18. USAR TRANSPORTES PÚBLICOS

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NA UTILIZAÇÃO DOS TRANSPORTES PÚBLICOS?

#### Escala de oportunidade

i. Enfermaria/alojamento aberto	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado, mas a pessoa é livre de sair, OU alojamento aberto mas a pessoa tem de informar a equipa/família que vai sair	1
iii. Enfermaria/alojamento fechado para a pessoa, OU só é permitido que saia acompanhado, OU está incapacitado e necessita de assistência física	0

#### Escala de desempenho

a) É autónomo na utilização dos vários tipos de transporte público. Consegue ir a locais que não lhe são familiares utilizando transporte público	4
b) É autónomo na utilização de transporte público para percursos habituais e conhecidos	3
c) É autónomo na utilização de transporte público apenas para um percurso habitual e conhecido	2
d) Tem de ser acompanhado quando usa transporte público ou utiliza transporte organizado pelos cuidadores	1
e) Nunca é autónomo na utilização do transporte público. Mesmo acompanhado mostra dificuldade ou resistência	0
f) Desconhecido	9

19. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS (médico de família, dentista, oftalmologista, segurança social, serviços de habitação social)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS?

Escala de oportunidade

i. Espera-se que cumpra todos os compromissos	2
ii. Alguns dos compromissos tem de ser cumpridos pela equipa/família	1
iii. Todos os compromissos têm de ser cumpridos pela equipa/família	0

Escala de desempenho

a) Utiliza os serviços acima referidos de forma autónoma e apropriada	4
b) Utiliza alguns serviços de forma autónoma, mas noutros necessita de ajuda (ex. preenchimento de formulários mais complexos)	3
c) Precisa de ajuda para o contacto adequado com os serviços (ex. fazer marcações, preencher formulários). Pode verbalizar necessidades aos cuidadores. Se não tem ajuda, evidencia dificuldades na resolução de problemas (ex. falha na obtenção de benefícios sociais, os problemas de saúde não são resolvidos)	2
d) Recebe sempre ajuda para contactar os serviços apropriados. Capacidade reduzida para reconhecer e verbalizar necessidades, ou recusa utilizar os serviços apesar de precisar	1
e) Não tem iniciativa para comunicar a necessidade que tem destes serviços	0
f) Desconhecido	9

20. UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS (livrarias, parques, bancos, correios, cafés, restaurantes, cinema, teatro, aulas nocturnas, instalações desportivas, igreja, etc.)

Q. X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NA UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS?

Escala de oportunidade

i. Enfermaria/alojamento aberto	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado mas a pessoa é livre de sair, OU alojamento aberto mas a pessoa tem de informar a equipa/família que vai sair	1
iii. Enfermaria/alojamento fechado para a pessoa, OU só é permitido que saia acompanhado, OU está incapacitado e necessita de assistência física	0

Escala de desempenho

a) Utiliza os diferentes equipamentos públicos de forma autónoma e frequente	4
b) Utiliza um equipamento frequentemente (ex. correios) ou outros ocasionalmente (menos de quatro vezes por mês)	3
c) Utiliza um equipamento apenas quando estimulado. Se não se tenta alterar o seu comportamento, raramente utiliza um equipamento público (uma vez por mês)	2
d) Utiliza os equipamentos apenas quando acompanhado	1
e) Nunca utiliza nenhum dos equipamentos acima referidos	0
f) Desconhecido	9



21. UTILIZAÇÃO DE DINHEIRO/ORÇAMENTO (pontuar a administração do dinheiro, sem considerar a fonte de rendimento)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É AUTÓNOMO NA ADMINISTRAÇÃO DO SEU DINHEIRO?

Escala de oportunidade

i. Recebe o seu dinheiro através de conta bancária e paga as suas próprias contas	2
ii. Recebe o seu dinheiro por via da instituição, após dedução das despesas efectuadas	1
iii. Recebe em géneros (ou seja, recebe um pacote com artigos pessoais por ex. artigos de higiene e doces)	0

Escala de desempenho

a) É autónomo na gestão do seu dinheiro	4
b) Autónomo. Ocasionalmente fica com pouco dinheiro mas não representa um problema grave	3
c) Tem um subsídio semanal para conseguir gerir o dinheiro	2
d) Tem um subsídio diário ou recebe pequenas quantias de cada vez para conseguir gerir o dinheiro	1
e) Tem dificuldades graves com a gestão do dinheiro. O dinheiro é gerido na totalidade pelos cuidadores ou não apresenta qualquer interesse na utilização do dinheiro	0
f) Desconhecido	9

## D) OCUPAÇÃO E RELAÇÕES SOCIAIS

22. OCUPAÇÃO DIÁRIA (pontuar o nível de envolvimento nas actividades instrumentais, excluindo aquelas que não têm um objectivo) (ter em atenção a idade e situação)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É ACTIVO E INTENCIONAL NAS ACTIVIDADES DIÁRIAS?

### Escala de oportunidade

i. Enfermaria/alojamento aberto	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado	1

### Escala de desempenho

a) Mantém-se adequadamente activo (tem um emprego, trabalho voluntário ou utiliza um serviço diário sem necessitar de ser estimulado, OU envolvido nas tarefas domésticas)	4
b) Mantém-se activo parte do tempo (tal como referido acima, mas com períodos ocasionais de inactividade)	3
c) Tem de ser ocasionalmente estimulado para se envolver em actividades deste tipo. Se não se tenta alterar o seu comportamento, mostra períodos frequentes de inactividade (50% do tempo)	2
d) Tem de ser frequentemente estimulado para se envolver em actividades deste tipo. Se não se tenta alterar o seu comportamento, mostra períodos diários e prolongados de inactividade	1
e) Muita dificuldade em se ocupar, não faz nada a maior parte do tempo	0
f) Desconhecido	9

## 23. OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES

Q. COMO UTILIZA X (nome da pessoa) O SEU TEMPO LIVRE? ENVOLVE-SE EM ALGUMA ACTIVIDADE DE LAZER?

### Escala de oportunidade

i. Enfermaria/alojamento aberto	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado	1

### Escala de desempenho

a) Mantém actividades de lazer regulares, individualmente ou em grupo, sem necessitar de encorajamento (visitas, saídas com amigos)	4
b) Mantém actividades de lazer individualmente ou em grupo (conversas com outras pessoas, saídas com outros), mas necessita de encorajamento para algumas actividades	3
c) Mantém algumas actividades de lazer individuais, (ex. ler, ver TV, ouvir rádio, passear)	2
d) Participa em actividades de lazer individuais apenas quando estimulado. Não participa em actividades de grupo	1
e) Dificuldade em despertar o seu interesse por qualquer actividade. Passa o tempo livre sem fazer nada	0
f) Desconhecido	9

24. SOCIALIZAÇÃO (pontuar a frequência e o nível de envolvimento com outras pessoas)

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) É SOCIÁVEL? PROCURA A COMPANHIA DE OUTRAS PESSOAS?

Escala de oportunidade

i. Enfermaria/alojamento aberto	2
ii. Enfermaria/alojamento fechado	1

Escala de desempenho

a) Mantém espontaneamente contacto com familiares/amigos/ conhecidos. Relaciona-se bem com os outros. Procura companhia	4
b) Mantém contacto com alguns familiares/amigos/conhecidos. Relaciona-se superficialmente com outras pessoas com quem tem contacto diário	3
c) Relaciona-se com poucas pessoas conhecidas. Receptivo à aproximação dos outros, mas não procura companhia	2
d) Solitário e distante. Raramente se aproxima de outras pessoas	1
e) Extremamente distante. Rejeita a aproximação social	0
f) Desconhecido	9

## 25. RESPEITO E PREOCUPAÇÃO COM OS OUTROS

Q. ATÉ QUE PONTO X (nome da pessoa) MOSTRA RESPEITO E PREOCUPAÇÃO PELOS OUTROS? (EX. SE UM MEMBRO DA EQUIPA/FAMILIAR OU COLEGA DE ALOJAMENTO ESTÁ DOENTE, PREOCUPA-SE?). PONTUAR COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL

### Escala de oportunidade

i. Para todas as pessoas	2
--------------------------	---

### Escala de desempenho

a) Mostra respeito e preocupação pelos outros	4
b) Por vezes mostra respeito e preocupação pelos outros, mas de forma inconsistente	3
c) Mostra algum respeito e preocupação pelos outros	2
d) Mostra pouco respeito e preocupação pelos outros	1
e) Não mostra respeito e preocupação pelos outros	0
f) Desconhecido	9

## 26. AUXÍLIO NUMA EMERGÊNCIA

Q. CONSIDERAR UMA EMERGÊNCIA DOMÉSTICA (EX. DESMAIO DE UM COLEGA RESIDENTE, INCÊNDIO NA COZINHA, REBENTAMENTO DA CANALIZAÇÃO). COMO RESPONDERIA X (nome da pessoa) NESTA SITUAÇÃO?

### Escala de oportunidade

i. Para a maioria das pessoas	2
ii. Com incapacidade, necessita de ajuda física	1

### Escala de desempenho

a) Intervenção apropriada, com resposta autónoma imediata, mobilizando ajuda	4
b) Pediria ajuda, mas pouco provável que tivesse uma resposta autónoma	3
c) Pouco provável que pedisse ajuda	2
d) Definitivamente não pediria ajuda	1
e) Não pediria ajuda, o seu comportamento seria um obstáculo (ex. não permitiria o acesso do serviço de emergência)	0
f) Desconhecido/impossibilidade de avaliar	9

## Ficha de identificação e cotação

Identificação da pessoa avaliada:

Código da pessoa avaliada:

Ano

Data da avaliação:

Dia

Mês

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Número da avaliação (para esta pessoa):

Identificação do informador:

Identificação do avaliador:

Local:

		Cotação	
		Escala de oportunidade (0 a 2)	Escala de desempenho (0 a 4)
<b>AUTOUIDADO:</b>			
1	Autonomia na mobilidade		
2	Despertar e levantar-se		
3	Vestir-se		
4	Regressar a casa à noite		
5	Alimentação		
6	Medicação		
7	Higiene pessoal		
8	Vestuário		
9	Incontinência		
10	Comportamento na casa de banho		
Total		█	/ █
<b>COMPETÊNCIAS DOMÉSTICAS:</b>			
11	Preparação completa das refeições		
12	Preparação de refeições ligeiras como merendas, bebidas entre as refeições		
13	Compra de produtos alimentares		
14	Compras		
15	Tratamento da roupa		
16	Cuidado com o espaço pessoal		
17	Cuidado com o espaço doméstico/áreas comuns		
Total		█	/ █
<b>COMPETÊNCIAS COMUNITÁRIAS:</b>			
18	Usar transportes públicos		
19	Utilização dos serviços assistenciais		
20	Utilização dos equipamentos públicos		
21	Utilização de dinheiro/orçamento		
Total		█	/ █
<b>OCUPAÇÃO E RELAÇÕES SOCIAIS:</b>			
22	Ocupação diária		
23	Ocupação dos tempos livres		
24	Socialização		
25	Respeito e preocupação com os outros		
26	Auxílio numa emergência		
Total		█	/ █



## **GUIÃO DE ENTREVISTA A UTILIZADORES**

No âmbito do Mestrado em Intervenção Comunitária, encontro-me a realizar a avaliação da alteração da qualidade de vida de utilizadores de uma Unidade Socio-Ocupacional, integrada na Comunidade, em Barcelos.

Quero pedir-lhe autorização para proceder à gravação da entrevista.

1. Qual o seu diagnóstico clínico?
2. Quando integrou a Unidade?
3. Situando-se no período anterior à integração da Unidade Socio-Ocupacional, como caracteriza o autocuidado, nomeadamente o despertar e levantar, vestir-se, alimentar-se, a toma da medicação, o vestuário e a higiene pessoal?
4. Em sua casa, ou nos períodos de internamento em Hospital de cuidados na área da Saúde Mental, tinha oportunidade e era capaz de preparar refeições? E refeições ligeiras, por exemplo o lanche?
5. Nessa mesma altura, sentia-se capaz de fazer a higiene habitacional? Precisava de ajuda para realizar as tarefas domésticas?
6. Como era feita a gestão do dinheiro antes de entrar para a Unidade Socio Ocupacional? Tinha apoio de algum familiar nessa tarefa?
7. Como passava o seu tempo livre anteriormente à integração na Unidade Socio Ocupacional?
8. Quais as atividades favoritas no período anterior à integração? E agora?
9. Sentia que podia ser útil a outras pessoas? E hoje, sente que pode servir de exemplo a outras pessoas com diagnóstico na área da Saúde Mental?
10. Quantos internamentos anuais, na área da psiquiatria, tinha no período anterior à integração na Unidade? Depois de entrar para a Unidade quantos internamentos teve?
11. Consegue identificar alterações significativas no que diz respeito ao geral da sua vida, desde que integrou a Unidade Ocupacional?

## **GUIÃO DE ENTREVISTA A TÉCNICOS**

No âmbito do Mestrado em Intervenção Comunitária, encontro-me a realizar a avaliação da alteração da qualidade de vida de utilizadores de uma Unidade Socio-Ocupacional, integrada na Comunidade, em Barcelos.

Quero pedir-lhe autorização para proceder à gravação da entrevista.

1. Qual a sua função na Unidade Socio-ocupacional?
2. Desde quando trabalha na Unidade?
3. Que tipo de atividades de vida diária são realizadas?
4. Considera terem havido alterações nos utilizadores após a entrada na Unidade Socio-Ocupacional?
5. Que tipo de alterações?
6. Considera que isso se deve a que fatores?
7. Qual o feedback dos familiares em relação à frequência da Unidade?
8. Quais as maiores dificuldades que sente neste trabalho?
9. O que considera que poderiam ser mais valias no trabalho com os utilizadores que ainda não seja feito?
10. Como classifica a participação dos utilizadores no que diz respeito à organização de atividades e outras dinâmicas?