

## Guia de Apoio ao Desenvolvimento da Equipa de Apoio Domiciliário de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

CNRCCI - Equipa de acompanhamento das experiências piloto de CCISM  
Julho de 2018

**PARA:** Equipas de Coordenação Regional (ECR), Equipas de Coordenação Local (ECL), Equipas de Gestão de Altas (EGA), Serviços Locais de Saúde Mental, Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Instituições Psiquiátricas do Setor Social e Unidades Prestadoras da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

### Objetivo da Equipa de Apoio Domiciliário

A Equipa de Apoio Domiciliário (EAD), destina-se a pessoas com doença mental grave, clinicamente estabilizadas, que necessitam de programa adaptado ao grau de incapacidade psicossocial, para reabilitação de **competências relacionais**, de **organização pessoal e doméstica** e de **acesso aos recursos da comunidade**, em domicílio próprio, familiar ou equiparado.

Estes projetos são consubstanciados num Plano Individual de Intervenção (PII) e devem ter objetivos intermédios e finais. O objetivo final atingido coincide com o término do PII e desencadeia a saída da equipa sendo assegurada a continuidade de cuidados sempre que necessário.

### Área de reabilitação e serviços da EAD

Como referido anteriormente as três grandes áreas de reabilitação são:

- Competências relacionais
- Organização pessoal e/ou doméstica
- Acesso a recursos na comunidade

Os serviços prestados pela EAD:

- Promoção da autonomia nas atividades básicas de vida diária.
  - Promover ações desenvolvidas pela pessoa no seu quotidiano que permitem assegurar condições de sobrevivência comer, beber, vestir/despir, higiene.

- Promoção da autonomia nas atividades instrumentais de vida diária.
  - Promover ações desenvolvidas pela pessoa no seu quotidiano que aumentem independência e competências nas tarefas domésticas (e.g. limpar a casa, cuidar da roupa, da comida, usar equipamentos domésticos, fazer compras) e na utilização de recursos na comunidade (e.g. utilizar transportes, utilizar serviços públicos, gerir dinheiro, planear atividades)
- Facilitação no acesso a atividades ocupacionais, convívio, lazer (na comunidade), com o objetivo de trabalhar competências relacionais, promover a inclusão e o suporte social.
  - Promover ações desenvolvidas pela pessoa para o planeamento e utilização de recursos na comunidade.
  - Providenciar oferta de serviços na comunidade para atividades ocupacionais, convívio e lazer.
  - Acompanhar/intermediar contacto entre utente e recursos na comunidade para atividades ocupacionais, convívio e lazer.
- Garantir acesso a cuidados de saúde.
  - Promover ações para aumentar adesão ao projeto terapêutico.
  - Assegurar a continuidade de cuidados através de ações de articulação para discriminação da complementaridade nas intervenções com o técnico de referência, psiquiatra assistente ou equipa de psiquiatria do utente.
  - Assegurar a continuidade de cuidados da especialidade de psiquiatria, através da manutenção da relação terapêutica do utente com o seu técnico de referência, psiquiatra assistente ou equipa de psiquiatria e a manutenção dos procedimentos terapêuticos
  - Assegurar a continuidade de cuidados gerais, através do registo nos cuidados de saúde primários e no acesso aos cuidados necessários de vigilância periódica da saúde ou em situação urgente.
- Sensibilização/treino do cuidador informal para a prestação de cuidados
  - Promover ações com familiares, cuidador informal, outras figuras de referência para o utente, com o objetivo de aumentar o conhecimento e a compreensão do fenómeno clínico.
  - Promover ações que aumentem competências na comunicação familiar.
  - Promover ações que aumentem competências do cuidador informal.
  - Promover ações de suporte e aconselhamento aos familiares e/ou cuidador.
- Supervisão e gestão da medicação.
  - Entende-se a gestão da medicação como parte integrante da gestão do regime terapêutico e pressupõe-se que a finalidade da intervenção seja a aquisição de competências que permitam a autogestão do regime terapêutico num processo com objetivos intermédios quando indicado para a pessoa.

A autogestão mobiliza competências para resolução de problemas, tomada de decisão, mobilização de recursos e implementação de estratégias pessoais.

No contexto de cuidados em CCISM, considera-se que os técnicos da EAD fazem:

- Gestão da medicação, quando preparam medicação, administram e monitorizam a efetividade terapêutica.
- Supervisão da medicação, quando acompanham/orientam o utente na gestão da sua medicação.

A medicação referida é, em sentido lato, a que poderia ser gerida pelo próprio, de modo seguro, incluindo a autoadministração, se não estivesse limitado pela sua condição clínica.

## Intervenções na EAD

Os serviços disponíveis na EAD estão organizados numa lógica de reabilitação psicossocial, significando que têm como objetivo permitir à pessoa com doença mental grave atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, através da criação de oportunidades de desenvolvimento das competências individuais e sociais num contexto mais próximo possível da realidade do indivíduo, possibilitando deste modo a redução da discriminação e do estigma.

As intervenções têm por base os princípios inerentes aos processos de reabilitação psicossocial, designadamente os princípios orientadores para a participação do utente:

- *Recovery* (recuperação pessoal) - pressuposto de que existe vida para além da doença mental e que essa vida pode ter qualidade. Privilegia-se o reforço da auto-estima, da identidade e da recuperação dos diferentes papéis sociais, partindo do próprio indivíduo, que determina o seu próprio destino com base naquilo que considera fundamental para si. Tarefas: Desenvolver uma identidade positiva, enquadrar a doença mental; autogerir a doença mental; desenvolver papéis sociais valorizados.
- Centralização na pessoa - focar o apoio nas necessidades específicas da pessoa. Significa conhecer a pessoa – os seus objetivos pessoais, as suas aspirações, os seus recursos – e ter planos que sejam claros sobre as ações que são da responsabilidade da pessoa e as que ficam sob a responsabilidade da EAD. Operacionalização: elaborar um contrato entre EAD e utente onde se valoriza o que a pessoa considera importante para si e onde se valoriza o papel de cada um dos intervenientes (utente, família, técnicos...).
- *Empowerment* (emponderamento) - a noção de *empowerment* está intimamente ligada às noções de autonomia e auto-determinação. Operacionalização: delegar poder proporcionando informação relevante e ajudando o indivíduo a tomar suas próprias decisões.
- Autodeterminação – significa entender o indivíduo como alguém que é ou pode tornar-se capaz e competente. Significa criar condições que permitam estimular a tomada de decisão e ações independentes. Operacionalização: promover a decisão da pessoa quanto aos objetivos (o que é possível) e como fazer (estratégias).

- Auto-eficácia - o indivíduo acredita na sua capacidade para lidar com as situações da vida. Significa fornecer suporte e orientação para que a pessoa possa estar mais capacitado para viver autonomamente e ser capaz de lidar com os desafios diários. Operacionalização: promover a utilização dos recursos pessoais e a aquisição de competências através da aplicação das estratégias pessoais.

Os projetos no âmbito dos CCISM permitem condições para o desenvolvimento de projetos individuais de recuperação, com o apoio de profissionais da área da saúde e social, que estabelecem relações terapêuticas substanciadas em acompanhamento e apoio consistente, contribuindo decisivamente para o desfecho desses projetos.

A avaliação da funcionalidade possibilita a definição das intervenções, atividades e tarefas que integram o projeto de recuperação contemplando os aspetos psicológicos e os aspetos sociais tal como definido no conceito de Reabilitação Psicossocial.

As intervenções nos CCISM sustentam-se em primeiro lugar nas competências básicas da comunicação e relação terapêutica mas devem mobilizar técnicas, recursos e estratégias atualmente consideradas efetivas para a recuperação da pessoa com doença mental grave de acordo com a situação clínica que apresente. São exemplo disso a intervenção familiar (e.g. psicoeducação), a reabilitação cognitiva, o tratamento comunitário assertivo, o treino de competências sociais, a terapia cognitivo-comportamental, o emprego apoiado. É igualmente reconhecida a importância do suporte por pares e de serviços prestados pelos próprios, entre outros aspetos pelo valor terapêutico desta experiência para os utentes que prestam os serviços.

A decisão sobre a intervenção deve ter por referência a situação clínica do utente, incluindo a avaliação funcional e o nível de adesão ao projeto, os recursos disponíveis, como as características da habitação e do emprego, o contexto e suporte familiar e social, as intervenções já prestadas pela equipa do serviço de psiquiatria e os objetivos de reabilitação pretendidos.

### **Articulação entre serviço Local de Saúde Mental (SLSM) e CCISM**

Os CCISM representam para o serviço de psiquiatria mais um instrumento de intervenção no projeto terapêutico do seu utente. A participação da equipa de CCISM neste projeto não substitui o médico assistente, o técnico de referência ou outro profissional de referência do serviço de psiquiatria ou a equipa de saúde mental comunitária que acompanha a pessoa mas permite um outro nível de cuidados que por algum motivo não pode ser assegurado pelo SLSM.

Os técnicos do SLSM que referenciam a pessoa mantêm o acompanhamento e o vínculo que têm com o utente, devendo assegurar os tratamentos psicológicos e farmacológicos que considerarem necessários e, solicitam à equipa de CCISM, as intervenções complementares para atingir os objetivos pretendidos com o projeto de recuperação, sem extrapolar a carteira de serviços indicada para cada tipologia de CCISM.

Neste sentido qualquer das intervenções assumidas pela equipa de EAD não substitui o que deve ser realizado pela equipa do SLSM mas complementa/acrescenta, não pondo em causa em momento algum a responsabilidade clínica e a garantia de suporte de longa duração que é atribuição do SLSM.

O SLSM deve desde início ser claro sobre o que pretende da EAD, e tal deve ser consubstanciado na informação fornecida, desde logo na referenciação do utente.

A abordagem das duas equipas (SLSM e EAD) deve traduzir-se em planos de intervenção consensuais com objectivos temporalmente definidos, e com clarificação das intervenções de cada equipa.

### **Quem pode ser proposto para a EAD**

Pode ser proposta a pessoa com qualquer grau de incapacidade psicossocial, que apresenta necessidade de apoio numa das áreas anteriormente referidas e que se enquadre na tipologia de serviços disponível na EAD.

Devem considerar-se as situações clínicas em que o projeto de reabilitação necessite de técnicos da saúde mental ou com formação e treino para a reabilitação psicossocial, e em que se justifique:

- Maior número de contactos entre os profissionais da EAD e utente, no contexto do próprio;
- Maior frequência inicial dos contactos entre EAD e utente;
- Períodos mais prolongados de contacto, por necessidade de acompanhamento em atividades/tarefas reabilitativas.

### **Referenciação**

Na referenciação para estas equipas as entidades referenciadoras fazem uma proposta no GestcCare CCI, com indicação dos objetivos pretendidos com o projeto de reabilitação e dos elementos necessários para a elaboração do Plano Individual de Intervenção (PII) que justificam a proposta.

A pessoa proposta para esta resposta da RNCCI deve aceitar o programa de reabilitação proposto e a comparticipação no pagamento do serviço, que nestas equipas é calculado por visita.

### **Referências**

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). *Evidence-based practice in psychology*. American Psychologist, 61, 271-285.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório – Proposta de Plano de Acção para a reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de saúde Mental em Portugal 2007-2016*

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Comissão Consultiva para a Participação de Utentes e Cuidadores. (S.D.) *Princípios Orientadores para a Participação do Utente*.

Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro. Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. (2009). *Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness*. Quality Plan for the National Health System ,

### **Guia de Apoio ao Desenvolvimento da Equipa de Apoio Domiciliário de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental**

CNRCCI - Equipa de acompanhamento das experiências piloto de CCISM, maio de 2018

Ministry of Health and Social Policy. Aragon Health Sciences Institute – I+CS; Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS: I+CS No 2007/05.

Hirdes, A.; Kantorski, L. (2004). *Reabilitação Psicossocial, objetivos, princípios e valores*. R Enferm UERJ; 12:217-21.

Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril, republicada pela Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro. Estabelece as condições de organização e funcionamento das unidades e equipas prestadoras de CCISM para a população adulta e para a infância e adolescência.

Robert S. Kern, Shirley M. Glynn, William P. Horan, Stephen R. Marder; (2009). *Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia*, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 35, Issue 2, 1 March 2009, Pages 347–361, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn177>.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa, Lidel