

GUIA
ORIENTADOR do
Processo de
Reabilitação
Psiquiátrica

William A. Anthony e Marianne D. Farkas

VERSÃO PORTUGUESA
António Marques, PhD
Cristina Queirós, PhD

BOSTON
UNIVERSITY

Boston University

Centro de Reabilitação Psiquiátrica

Livpsic

VERSÃO PORTUGUESA

António Marques, PhD
Cristina Queirós, PhD

**GUIA ORIENTADOR do
Processo de Reabilitação Psiquiátrica**

Livsic - Porto

2012

Versão Original

© 2009, Center of Psychiatric Rehabilitation, *Boston University*. Todos os direitos reservados.

Anthony, W. A. & Farkas, M. D. (2009). *Primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.

Publicado por:

Center for Psychiatric Rehabilitation
College of Health and Rehabilitation Sciences (Sargent College)
Boston University
940 Commonwealth Avenue West
Boston, MA 02215, EUA
<http://www.bu.edu/cpr/>

O Center of Psychiatric Rehabilitation foi, parcialmente, financiado pelo National Institute on Disability and Rehabilitation Research e pelo Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Versão Portuguesa

© 2012, Laboratório de Reabilitação Psicossocial da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) e da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto (ESTSP). Todos os direitos reservados.

Marques, A. & Queirós, C. (2012). *Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica*. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSIPP.

Com a colaboração de: Maria Luísa Coelho Barbosa Felgueiras, Fernanda Helena Carvalho Moreira, Tânia Marisa dos Santos Poiars, Joana Santos Costa Guerra e Cunha, Maria Cândida Martins, Cláudia Patrícia Soares de Oliveira, Mafalda Cadillon Luz Pampolim, Maria Francisca Teixeira Estrela de Pinho Resende.

Publicado por:

Laboratório de Reabilitação Psicossocial
FPCEUP/ESTSIPP
Universidade do Porto/Instituto Politécnico do Porto
Rua Alfredo Allen, s/n,
4200-135 Porto, PORTUGAL
<http://www.labrp.com>

Prólogo à Versão Portuguesa	9
Prefácio	11
Introdução	13
Objectivo deste Guia.....	13
Público-Alvo deste Guia.....	13
Pressupostos subjacentes a este Guia.....	13
Compreender os antecedentes e o Processo de Reabilitação Psiquiátrica	15
Origens da Reabilitação Psiquiátrica	15
Pessoas que utilizam os Serviços de Reabilitação Psiquiátrica	15
Definição de Reabilitação Psiquiátrica	15
Explicação do Processo de Reabilitação Psiquiátrica.....	16
Modelos de Reabilitação Psiquiátrica, Contextos e Disciplinas.....	16
O Impacto da Reabilitação Psiquiátrica na área da Saúde Mental.....	17
Diferenciação entre Serviços de Reabilitação Psiquiátrica e outros Serviços de Saúde Mental	18
Reabilitação Psiquiátrica como um Processo Baseado na Evidência.....	19
A Natureza Crítica da Relação de Ajuda.....	20
O Processo de Reabilitação Psiquiátrica e o Medicaid.....	20
Acompanhamento do Processo de Reabilitação Psiquiátrica.....	23
Acompanhamento do Processo de Prestação de Serviços.....	23
Benefícios em Seguir o Processo de Prestação de Serviços	23
Compreender o Processo de Prestação de Serviços.....	24
O Diagnóstico-Planeamento-Intervenção (DPI) no Processo de Reabilitação Psiquiátrica.....	24
Um exemplo de acompanhamento do Processo de Reabilitação Psiquiátrica.....	25
Quão detalhado deve ser o acompanhamento?	26
E em relação ao nível de especificidade da intervenção em si?.....	26
Acompanhamento dos processos de DPI para diferentes serviços	29
Actividades de DPI comuns aos Processos de Serviço	30
Registar o Processo de Reabilitação Psiquiátrica	31
A Importância de fazer um Registo.....	31
Diferenças entre acompanhar e fazer o Registo.....	31
Quão detalhado deve ser o Registo?	31
Registo das fases de DPI do Processo de Reabilitação Psiquiátrica.....	31
Formulário de registo para avaliação e desenvolvimento da <i>readiness</i> na fase de Diagnóstico da Reabilitação Psiquiátrica	32
Formulário de registo para estabelecer um objectivo global da reabilitação na fase de Diagnóstico da Reabilitação Psiquiátrica	33
Formulários de Registo para Avaliação Funcional e de Recursos de Suporte na fase de Diagnóstico da Reabilitação Psiquiátrica.....	34
Formulário de Registo para Planeamento e Intervenção nas fases de Planeamento e Intervenção da Reabilitação Psiquiátrica.....	36
Resumo.....	39
Apêndice A - Principais Etapas e Subetapas do Processo de Reabilitação Psiquiátrica	45

Apêndice B: Exemplos de Registos Requeridos para o Processo de Reabilitação Psiquiátrica	46
Exemplo da Experiência de uma Pessoa ao longo do Processo de Reabilitação Psiquiátrica e Formulários de Registo das Principais Etapas e Subetapas	46
Exemplo da Tabela 8: Registo da Escolha de um Objectivo	47
Exemplo da Tabela 9: Registo da Avaliação Funcional.....	48
Exemplo da Tabela 10 - Registo da Avaliação de Recursos de Suporte.....	49
Exemplo da Tabela 11 - Plano de Intervenção e Cronograma de Intervenção	50
Apêndice C: Registos em Branco	51
Registo de Avaliação e Desenvolvimento da Readiness.....	51
Registo da Escolha de um Objectivo	52
Registo da Avaliação Funcional.....	53
Registo da Avaliação de Recursos de Suporte	54
Plano de Intervenção e Cronograma de Intervenção	55
Apêndice D: Referências e Recursos úteis para o Processo de Reabilitação Psiquiátrica	57
Recursos de Suporte úteis para o Processo de Reabilitação Psiquiátrica	57
Formação e Assistência Técnica	61
A Formação e a Assistência Técnica incluem temas como:.....	61
Produtos e Publicações	62
Tecnologia para a Formação de Profissionais:.....	62
Cadernos de Exercícios para o Processo de Reabilitação Psiquiátrica:.....	62
Livros:.....	62

PRÓLOGO À VERSÃO PORTUGUESA

Nas últimas décadas, resultante de transformações na forma de entender e intervir na doença mental, tem-se assistido em Portugal a mudanças significativas nas orientações sociopolíticas e na organização e prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental, particularmente ao nível da reabilitação e inserção social das pessoas com incapacidades psicossociais.

A reabilitação psicossocial é hoje amplamente reconhecida e entendida como essencial para promover a melhoria do funcionamento e efectiva inserção social das pessoas com experiência de doença mental nos contextos por si escolhidos para residir, aprender, trabalhar e socializar, contribuindo significativamente para a melhoria da sua qualidade de vida. No entanto, este reconhecimento não significa que haja consenso nos conceitos e práticas de reabilitação psicossocial, continuando este campo de conhecimento ainda pouco delimitado, caracterizado por uma grande heterogeneidade de modelos e práticas de intervenção, assentes por vezes

A reabilitação psicossocial é hoje amplamente reconhecida e entendida como essencial para promover a melhoria do funcionamento e efectiva inserção social das pessoas com experiência de doença mental nos contextos por si escolhidos para residir, aprender, trabalhar e socializar, contribuindo significativamente para a melhoria da sua qualidade de vida.

em pressupostos pouco coerentes com os actuais valores e princípios que devem orientar a reabilitação psicossocial, de acordo com autores e entidades internacionais de referência.

É neste âmbito, e com base no pressuposto de que muito há para evoluir em Portugal na conceptualização da Reabilitação Psicossocial, que nos propusemos adaptar para a cultura portuguesa o “A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process”, desenvolvido pelo Prof. William Anthony e Marianne Farkas, do Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University. A versão portuguesa O “Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica” pretende ser um contributo para uma prática da Reabilitação Psicossocial de

personas com experiência de doença mental, em Portugal, fundamentada e regulada por pressupostos mais universais e por princípios baseados na evidência.

A adaptação de documentos e instrumentos, sejam eles de avaliação, intervenção ou apenas informativos requerem uma metodologia específica. Esta metodologia, que obedece a determinadas fases e regras, depende da colaboração de vários profissionais. Foi neste enquadramento e com ajuda inexcelsível de vários estudantes, profissionais de reabilitação, especialistas na língua portuguesa e inglesa e também dos autores do documento original, que se construiu a versão portuguesa deste documento.

A partir do documento original foi necessário realizar uma tradução preliminar, revista por especialistas da área e por tradutores oficiais, de forma a se obter uma versão preliminar consensual, passível de ser comparada com a retroversão, realizada no país de origem, sob supervisão dos autores do documento. Esta segunda versão preliminar comparada e revista foi submetida a várias rondas de uma painel de Delphi, constituído por especialistas e representantes de entidades de reabilitação psiquiátrica portuguesas, no sentido de se obter um consenso alargado relativamente à versão portuguesa, que finalmente se apresenta e se disponibiliza para todos as pessoas com experiência de doença mental, seus familiares, estudantes, profissionais, professores e investigadores, que se dedicam a esta área.

**António Marques, PhD
Cristina Queirós, PhD**

PREFÁCIO

Temos vindo a praticar, ensinar, escrever e/ou investigar, há mais de três décadas, na área de reabilitação psiquiátrica. No início das nossas carreiras, a área de reabilitação psiquiátrica, onde nos inserimos actualmente, ainda não tinha obtido um consenso, na sua filosofia de base, nem integrado estudos de investigação numa base de conhecimento substancial. Existiam poucos modelos de intervenção e financiamento, ainda não se tinha desenvolvido tecnologia para as práticas de reabilitação nem existia uma articulação no processo de reabilitação psiquiátrica. Gradualmente, ao longo dos anos, foi-se desenvolvendo um grau considerável de entendimento sobre os fundamentos filosóficos, princípios e valores da reabilitação psiquiátrica. Um corpo significativo de investigação constituiu-se como base de conhecimento, aumentaram as opções de financiamento e foi criada, investigada e disseminada uma variedade de modelos. Passaram a existir programas de treino, antes e durante a intervenção, ocorreu um aumento no uso de tecnologias de reabilitação e foi descrito o processo de reabilitação psiquiátrica.

É importante frisar que, consistente com este progresso na reabilitação psiquiátrica, a recuperação de uma doença mental grave tornou-se um facto e não apenas uma esperança. Nesta era de recuperação, a implantação do processo de reabilitação psiquiátrica atingiu uma maior

Independentemente do nome do modelo de reabilitação, área ou formação do profissional de saúde, fonte do financiamento ou ambiente no qual trabalha, quem ajuda as pessoas, com doença mental grave, a melhorar a sua funcionalidade e a adquirir papéis valorizados, na comunidade, deve ter consciência dos princípios essenciais do processo de reabilitação psiquiátrica e saber como trabalhar com esses princípios.

proeminência. O processo de reabilitação psiquiátrica, como este Guia irá descrever, foi concebido para ajudar as pessoas a *ser bem-sucedidas e sentir-se satisfeitas nos contextos onde decidem viver, trabalhar, aprender e socializar*. A *New Freedom Commission on Mental Health (2003)*¹ anteviu um futuro “*em que todos os que têm doença mental irão recuperar e terão ajuda para viver, trabalhar, aprender e participar nas suas comunidades*” (sublinhado de Anthony & Farkas), expressão muito consistente com os resultados que são enfatizados na reabilitação psiquiátrica. Um aspecto único no processo da reabilitação psiquiátrica é o facto de se focar na assistência das pessoas para que adquiram ou readquiram papéis nas suas comunidades, como foi reforçado no relatório da *New Freedom Commission*. É, por isso, difícil compreender como uma visão da recuperação poderá ser

atingida sem existir uma maior implementação dos serviços de reabilitação psiquiátrica.

Recentemente, a área da reabilitação psiquiátrica tendeu a focar-se em modelos de reabilitação, (tal como Clubhouse, ACT, IPS), bem como nas políticas e nos procedimentos que, fielmente, orientam a implementação desses modelos. Estas políticas e procedimentos incluem dimensões como uma correcta combinação de disciplinas, locais onde os serviços são oferecidos, estrutura do dia de trabalho, etc. *De forma complementar, o processo de reabilitação psiquiátrica foca-se na natureza da interacção de ajuda, entre o profissional e o utente, que ocorre no âmbito de qualquer contexto e modelo de reabilitação psiquiátrica.*

No entanto, de modo a integrar o processo de reabilitação psiquiátrica, em diversos modelos de reabilitação e aproveitar o seu papel crítico na promoção de *recovery*², deve existir um

1 Comissão fundada sob os auspícios do Presidente americano, à data George W. Bush, e cuja criação foi anunciada a 1 de Fevereiro de 2001.

2 A tradução do conceito de *recovery* para a língua portuguesa ainda não é consensual pois para alguns especialistas a palavra “recuperação” não traduz a fiel reprodução de todo o significado subjacente ao conceito/paradigma de *recovery*: Optaremos por usar o termo na língua original quando se reportar a este paradigma.

conhecimento fundamental sobre aspectos básicos do processo de reabilitação psiquiátrica e sua evidência. Ficamos muito surpreendidos com a falta de uma compreensão detalhada sobre o que é, e não é, o processo de reabilitação psiquiátrica bem como sobre a base empírica que lhe está subjacente. *Qualquer que seja o modelo de reabilitação, a área ou a experiência do profissional, os financiamentos ou o contexto em que as pessoas trabalham, todos os que ajudam pessoas, com doenças mentais graves, a melhorar o seu funcionamento e a adquirir papéis valorizados, na comunidade, devem estar informados sobre os aspectos essenciais do processo de reabilitação psiquiátrica e como trabalhar com esses aspectos.* Mesmo assim, muitas vezes, predomina a incerteza sobre aspectos fundamentais do processo de reabilitação psiquiátrica.

O processo de reabilitação psiquiátrica foca-se na natureza da interacção de ajuda entre o profissional e o utente, ocorrendo esta em qualquer contexto e modelo / programa de reabilitação psiquiátrica.

Temos desenvolvido formas de ensinar cuidadores, incluindo os utentes-cuidadores, sobre os fundamentos e detalhes das competências necessárias para transmitir os processos. Esta área continua a causar confusão, nos *workshops*, apresentações ou grupos de discussão, pela intensa formação e supervisão necessárias, ao longo do tempo, para alterar a prática diária. Estruturas organizacionais, como descrições de trabalho, formulários de registo e mecanismos de controlo de qualidade, são esquecidos, frequentemente,

quando se tenta implementar os processos de reabilitação psiquiátrica, nas organizações, de forma a serem utilizados com segurança ao longo do tempo.

Como não gostamos de desistir, o “*Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica*” é mais uma tentativa da nossa parte para clarificar essa confusão. Este Guia enumera, de forma sucinta e directa, o processo de reabilitação psiquiátrica, e o conteúdo em que se baseia, que nós e os nossos colegas, no *Boston University’s Center for Psychiatric Rehabilitation*, temos vindo a desenvolver, demonstrar, ensinar e disseminar. Qualquer pessoa que trabalhe com pessoas com doença mental grave, a qualquer nível, deve estar familiarizada com o processo de reabilitação psiquiátrica. Para aqueles que estão, directamente, ligados à prática ou ao estudo na área da reabilitação psiquiátrica e para os que pretendem obter uma maior especialização, existem vários recursos de suporte para treino e assistência técnica, na página electrónica do Centro, em papel e em suporte digital. Referências e Recursos de Suporte úteis estão indicados nos Apêndices deste Guia.

William A. Anthony, PhD
Marianne D. Farkas, ScD

President’s New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America, final report* (No. Pub. No. SMA-03-3832.) Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

INTRODUÇÃO

Objectivo deste Guia

O objectivo deste Guia é descrever o complexo processo de reabilitação psiquiátrica, na sua forma mais simples e directa, tentando melhorar a implementação, a prática e o estudo da reabilitação psiquiátrica. Para aumentar a compreensão sobre o processo de reabilitação psiquiátrica, o Guia, composto por 3 secções, procura descrever, claramente, as etapas fundamentais do processo:

- Compreender os antecedentes e o Processo de Reabilitação Psiquiátrica;
- Acompanhar o Processo de Reabilitação Psiquiátrica;
- Registrar o Processo de Reabilitação Psiquiátrica.

Diversos apêndices apresentam exemplos concretos

que podem ajudar a compreender melhor o Processo de Reabilitação Psiquiátrica.

O objectivo deste Guia é descrever o complexo processo de reabilitação psiquiátrica, na sua forma mais simples e directa, tentando melhorar a implementação, a prática e o estudo da reabilitação psiquiátrica.

Público-Alvo deste Guia

Este Guia é útil a uma variedade de pessoas, como por exemplo:

- **Utentes** – como uma forma de compreender e, conseqüentemente, de se envolver mais no processo.
- **Profissionais de saúde** – como uma *checklist* para acompanhar e registar o processo, tentando que seja implementado mais eficaz e eficientemente.
- **Supervisores** – como uma forma de orientar a implementação por parte dos profissionais, para que estes sejam mais competentes e apoiados.
- **Formadores** – como uma forma de avaliar a capacidade/competência, necessária aos profissionais e supervisores, tentando que a formação seja direccionada para as necessidades de cada um.
- **Administradores do Programa e do Sistema** – como um plano para delinear as estruturas do programa e do sistema, tentando que a implementação do Processo de Reabilitação Psiquiátrica seja iniciada e mantida.
- **Investigadores** – como um Guia para o estudo sobre este Processo, tentando que as hipóteses de investigação estejam relacionadas com o processo que, realmente, está a ser implementado.
- **Financiadores** – como uma forma de assegurar que os Processos de Reabilitação, baseados na Evidência, estão, realmente, a decorrer.

Pressupostos subjacentes a este Guia

Ao apresentar, somente, a informação mínima necessária para compreender e implementar o Processo de Reabilitação Psiquiátrica, este documento baseia-se nos seguintes pressupostos:

- Pessoas que necessitem de competências e conhecimentos adicionais, em relação a determinadas etapas do processo, poderão consultar outros documentos. Para facilitar a aprendizagem adicional, são apresentados, em Apêndice, vários exemplos úteis, Recursos de Suporte e Referências.
- A implementação bem sucedida do processo depende do empenho e das competências

interpessoais da pessoa (e.g., observar, ouvir e responder). Informação sobre Formação para avaliar e melhorar estas competências está disponível em: www.bu.edu/cpr/training e www.labrp.com

- A “liderança com princípios” é útil para se ter a certeza de que o processo é implementado de forma competente. Informação sobre a assistência técnica para Líderes está disponível em: www.bu.edu/cpr/products/

COMPREENDER OS ANTECEDENTES E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Origens da Reabilitação Psiquiátrica

A reabilitação psiquiátrica emergiu como uma área importante de prática e estudo, durante os anos 70 e 80, como resposta, em parte, ao trágico movimento de desinstitucionalização, iniciado nos anos 50, que lançou um elevado número de doentes de hospitais estatais para uma comunidade sem suporte. Basicamente, a desinstitucionalização conseguiu um único resultado: a transferência de pacientes com doenças mentais graves para a comunidade, tarefa relativamente fácil quando comparada com os objectivos da reabilitação. Por outras palavras, a desinstitucionalização abriu as portas das instituições e deu, literalmente, às pessoas uma receita médica para os seus medicamentos aquando da sua saída. Por oposição, a reabilitação tenta abrir as portas da comunidade e ajudar as pessoas a desenvolver, metaforicamente, uma receita médica para as suas vidas.

Pessoas que utilizam os Serviços de Reabilitação Psiquiátrica

Como resultado da desinstitucionalização, a maioria dos adultos diagnosticados com doenças mentais graves como esquizofrenia, perturbação bipolar, depressão e outras doenças semelhantes, residem agora na comunidade. Estas pessoas são os primeiros destinatários dos serviços de reabilitação psiquiátrica. A reabilitação psiquiátrica dirige-se a pessoas com incapacidades psiquiátricas graves, em vez de se concentrar em pessoas que estão simplesmente insatisfeitas, infelizes ou são “socialmente desfavorecidas”. As pessoas com incapacidades psiquiátricas têm diagnósticos de doenças mentais que limitam a sua capacidade em realizar determinadas tarefas e funções, (e.g., interagir com familiares e amigos, serem entrevistadas para um emprego, estudar para testes), bem como a sua aptidão para desempenhar vários papéis na comunidade (e.g., trabalhador, morador, cônjuge, amigo, estudante).

Os Serviços de reabilitação psiquiátrica concentram-se em ajudar pessoas a desenvolver competências e a aceder a recursos de suporte necessários para aumentar a sua capacidade para serem bem-sucedidas e felizes, nos ambientes que escolhem para viver, trabalhar, aprender e socializar.

Definição de Reabilitação Psiquiátrica

Como os conceitos e serviços de reabilitação psiquiátrica passaram a ser mais utilizados na ajuda a pessoas com doenças mentais graves para recuperarem os seus papéis significativos, tornou-se evidente a necessidade de estabelecer uma definição padrão de reabilitação psiquiátrica. Em 29 de Setembro de 2007, foi aprovada pelo Conselho de Administração da *United States Psychiatric Rehabilitation Association* (USPRA), a maior associação profissional na área da reabilitação psiquiátrica, a seguinte definição:

A reabilitação psiquiátrica promove a recuperação, a integração plena na comunidade e a melhoria da qualidade de vida de pessoas a quem tenha sido diagnosticado algum problema de saúde mental que prejudique, seriamente, a sua capacidade para levar uma vida com sentido/significado. Os serviços de reabilitação psiquiátrica são cooperativos, personalizados e individualizados, sendo um elemento essencial no universo dos cuidados de saúde e serviços humanos, devendo ser baseados na evidência. *Centram-se na ajuda a*

peças para desenvolverem competências e acederem a recursos de suporte necessários ao aumento da sua capacidade para serem bem-sucedidas e felizes nos ambientes sociais, vida diária, trabalho e aprendizagem que escolherem. (sublinhado de Anthony & Farkas)

Explicação do Processo de Reabilitação Psiquiátrica

Tal como descrito na última frase da definição anterior, o processo de reabilitação psiquiátrica é, enganosamente, simples de explicar. Basicamente, o processo de reabilitação psiquiátrica procura ajudar pessoas a determinar os seus papéis de vida diária, educação, trabalho e sociais que desejam alcançar (objectivos). Posteriormente, as pessoas são ajudadas a identificar o que precisam e o que sabem fazer bem (competências) e o que têm ou precisam de ter (apoios ou recursos de suporte), de forma a alcançarem os seus objectivos. São, então, ajudadas a desenvolver essas competências e/ou apoios únicos e destinados a alcançar os seus objectivos. Dito de forma mais simples, o processo de reabilitação psiquiátrica ajuda as pessoas a assinalar os seus objectivos e, depois, a obter as competências e apoios necessários para os alcançar. Apesar de ser fácil de descrever, não significa que o processo seja fácil de implementar. Neste sentido, a complexidade envolvida na sua implementação torna importante descrever o processo da forma mais directa possível.

Para clarificar o processo da forma mais simples, e facilitar o envolvimento e compreensão das pessoas que são assistidas e das suas famílias, o *Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation* explicou o processo de reabilitação psiquiátrica, do ponto de vista do destinatário do serviço, como um processo de Escolha-Obtenção-Manutenção (EOM). Por outras palavras, *do ponto de vista das pessoas que são assistidas*, o processo de reabilitação psiquiátrica ajuda as pessoas a escolherem os seus objectivos, obtê-los ou alcançá-los e/ou mantê-los, dependendo das suas necessidades e vontades.

Modelos de Reabilitação Psiquiátrica, Contextos e Disciplinas

O processo de reabilitação psiquiátrica é implementado numa variedade de modelos, em diferentes locais e contextos, através da maioria das disciplinas de saúde mental. Por outras palavras, o processo de reabilitação psiquiátrica pode ser implementado em qualquer modelo de reabilitação, qualquer local ou contexto, por qualquer pessoa, desde que o resultado principal seja o de ajudar pessoas a tornarem-se mais “bem-sucedidas e felizes nos ambientes sociais, vida diária, trabalho e aprendizagem que escolherem”. Os modelos de reabilitação psiquiátrica, tais como ACT, *Clubhouse* ou IPS, podem implementar o processo de reabilitação psiquiátrica, dentro da estrutura definida. Quaisquer contextos em que se lide com a doença mental, como hospitais, centros de reabilitação psicossocial, programas diários, centros de dia, centros comunitários de doença mental, etc., podem ser locais potenciais onde o processo de reabilitação psiquiátrica pode ser desenvolvido e os resultados da reabilitação psiquiátrica alcançados. Independentemente da área ou experiência profissional, qualquer pessoa (incluindo utentes dos serviços de saúde mental) pode aprender a implementar, supervisionar, treinar, administrar ou investigar o

processo de reabilitação psiquiátrica. Mais uma vez, o processo de reabilitação psiquiátrica é implementado independentemente do modelo de reabilitação, contexto ou disciplina, podendo e devendo, certamente, ser apoiado pelas estruturas organizacionais do programa.

O Impacto da Reabilitação Psiquiátrica na área da Saúde Mental

A área da reabilitação psiquiátrica introduziu novos conhecimentos na área da saúde mental, no que diz respeito aos pontos fortes inerentes às pessoas com doenças mentais graves, às consequências negativas dos problemas mentais graves, para além dos sintomas óbvios, tendo, também, reforçado a ideia do potencial de recuperação dessas doenças. Antes do aparecimento da reabilitação psiquiátrica, as capacidades positivas das pessoas com doenças mentais graves eram tipicamente ignoradas e as consequências negativas das doenças mentais graves eram vistas, em primeiro lugar, como causadoras de perturbações sintomáticas de humor ou de raciocínio. O paradigma da reabilitação psiquiátrica alargou as consequências negativas das doenças mentais graves para reconhecer não apenas os sintomas (défice) mas também a disfunção, incapacidade e desvantagem e, ainda, o desempenho, as capacidades e as vantagens das pessoas. Aprofundando a influência do paradigma da reabilitação psiquiátrica, o Programa de Apoio à Comunidade, iniciado pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH), no final dos anos 70, realça a importância dos serviços de reabilitação psiquiátrica como parte essencial de um grupo de serviços concebidos para dar resposta às necessidades das pessoas com doenças mentais graves. Do ponto de vista da reabilitação psiquiátrica, o sistema de saúde mental não se deve preocupar, apenas, em ir ao encontro da perturbação ou sintomas da pessoa mas também da capacidade para desempenhar tarefas (disfunção), papéis (incapacidade) e lidar com a discriminação e pobreza (desvantagem), frequentemente experienciadas por pessoas com doença mental grave (Ver TABELA 1).

Tabela 1 – Modelo de Reabilitação Psiquiátrica: o impacto negativo da Doença Mental Grave				
Fases ►	I. Défice	II. Disfunção	III. Incapacidade	IV. Desvantagem
Definições ►	Qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica.	Qualquer restrição ou falta de capacidade para desempenhar uma actividade ou tarefa da mesma maneira ou dentro do âmbito considerado normal para o ser humano.	Qualquer restrição ou falta de capacidade para desempenhar um papel da mesma maneira ou dentro do âmbito considerado normal para o ser humano.	Falta de oportunidade para uma pessoa, limitando ou impedindo a realização de uma actividade ou o desempenho de uma função que é normal (dependendo da idade, sexo, factores sociais e culturais) para essa pessoa.
Exemplos ►	Alucinações, delírios, depressão.	Falta de competências de trabalho, sociais e actividades de vida diária.	Desempregado, sem-abrigo.	Discriminação e pobreza.
Adaptado de: Anthony, W.A., Cohen, M.R., & Farkas, M.D. (1990). <i>Psychiatric rehabilitation</i> . Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.				

A reabilitação psiquiátrica trouxe para a área da saúde mental a base única de valores da reabilitação, a qual realça valores como o envolvimento, a escolha e os pontos fortes do utente, o potencial de crescimento, a tomada de decisão partilhada bem como, para os prestadores de serviços, a responsabilidade pelos resultados. A inclusão de um paradigma de reabilitação psiquiátrica e a pressão do NIMH para a existência de serviços mais abrangentes de apoio à comunidade, (como referido anteriormente), alargaram o limite do sistema de saúde mental e os seus valores, desafiando a área da saúde mental a pensar de forma mais alargada/ampla e respeitosa na ajuda às pessoas com doenças mentais graves. Os resultados relacionados com situações residenciais, vocacionais e educacionais, com a satisfação com a vida bem como os efeitos da pobreza e da discriminação, em pessoas com doenças mentais, tornaram-se uma preocupação crescente na área da saúde mental.

A reabilitação psiquiátrica trouxe para a área da saúde mental a base única de valores da reabilitação, a qual realça valores como o envolvimento, a escolha e os pontos fortes do utente, o potencial de crescimento, a tomada de decisão partilhada bem como a responsabilidade pelos resultados para os prestadores de serviços.

Diferenciação entre Serviços de Reabilitação Psiquiátrica e outros Serviços de Saúde Mental

Os serviços de saúde mental para pessoas com doenças mentais graves distinguem-se, entre si, de acordo com o conteúdo e os resultados de cada serviço; por exemplo, quando o resultado preferido/preendido das pessoas é melhorar o desempenho de funções, o primeiro processo de prestação de serviços é a reabilitação; quando o resultado pretendido é o alívio de sintomas, o primeiro processo de prestação de serviços é o tratamento; quando o resultado pretendido é o acesso a serviços de que necessitam, o primeiro processo de prestação de serviços é a gestão de caso. Com base, em parte, na iniciativa do Programa de Apoio Comunitário do NIMH, a TABELA 2 fornece uma visão global dos principais serviços de saúde mental para pessoas com doenças mentais graves bem como o conteúdo e resultado em que cada serviço se concentra preferencialmente.

Tabela 2 — Serviços essenciais num sistema destinado ao <i>Recovery</i>		
Tipo de Serviço	Descrição do conteúdo no processo	Resultado para o utente
Tratamento	Aliviar sintomas e sofrimento	Alívio de sintomas
Intervenção em crise	Controlar e resolver problemas críticos e perigosos	Segurança pessoal assegurada
Gestão de processo	Obter serviços que o utente quer e dos quais necessita	Acesso a serviços
Reabilitação	Desenvolver competências e apoios ao utente, de acordo com os seus objectivos	Desempenho de funções
Enriquecimento	Empenhar utentes em actividades que proporcionem realização e satisfação	Autodesenvolvimento
Protecção de direitos	Advogar para sustentar os seus direitos	Igualdade de oportunidades
Apoio básico	Proporcionar as pessoas, locais e coisas de que o utente necessita para sobreviver (e.g.: abrigo, refeições, cuidados de saúde)	Sobrevivência pessoal assegurada
Auto-ajuda	Exercitar uma voz e uma escolha na vida da pessoa	<i>Empowerment</i>
Bem-estar / Prevenção	Promover estilos de vida saudáveis	Melhoria do estado de saúde

Continua

Continuação

Adaptado de:

- Anthony, W.A., Cohen, M.R., & Farkas, M.D. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., Cohen, B., Nemeck, P., Farkas, M., & Forbess, R. (1988). *Psychiatric rehabilitation training technology: Case management*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Reabilitação Psiquiátrica como um Processo Baseado na Evidência

A base empírica do processo de reabilitação psiquiátrica é comprovada a partir de várias linhas de investigação. Em primeiro lugar, o processo de reabilitação psiquiátrica baseia-se na literatura de investigação que demonstra serem, sobretudo, os objectivos determinados pela própria pessoa e a existência das competências e apoios necessários para alcançar esses objectivos, mais do que o diagnóstico e sintomatologia da pessoa, que estão mais fortemente relacionados com os resultados da reabilitação. Em segundo lugar, a investigação sobre o próprio processo de reabilitação psiquiátrica tem demonstrado um impacto do processo de reabilitação, particularmente nos resultados ligados à vida diária e ao trabalho. Para além disso, a investigação sobre intervenções específicas de reabilitação psiquiátrica (tal como o emprego apoiado) tem sustentado certas componentes do processo como, por exemplo, a importância em ajudar os utentes a estabelecer os seus próprios objectivos e fornecer-lhes apoios essenciais. Por último, a investigação nas ciências do comportamento, sobre o modo como *todas* as pessoas mudam e crescem, tem comprovado a importância de diversas componentes do processo de reabilitação psiquiátrica. A investigação das ciências do comportamento estabeleceu que as pessoas são capazes de mudar mais favoravelmente:

- no contexto de uma relação positiva;
- quando estabelecem os seus próprios objectivos;
- quando lhes são ensinadas competências;
- quando recebem apoio;
- quando têm expectativas positivas ou esperança no futuro;
- quando acreditam na sua própria eficácia.

Todos estes elementos de mudança, comprovados por investigação nas ciências do comportamento, são ingredientes essenciais no processo de reabilitação psiquiátrica. De facto, esses elementos baseados empiricamente no processo de reabilitação psiquiátrica, embora sejam componentes necessárias do serviço de reabilitação psiquiátrica, são, igualmente, relevantes para a prestação de outros serviços; por exemplo, *ensina-se*, com frequência, o uso de medicação a pessoas que recebem tratamento; pessoas que recebem serviços de gestão de processos recebem *apoio* para aceder a outros serviços de que necessitam; pessoas que recebem suporte, em situação de crise, são ajudadas a *acreditar na sua própria eficácia*; pessoas que recebem qualquer um dos serviços são ajudadas, quando os prestadores de serviços constroem uma *relação positiva* com a pessoa que estão a ajudar.

A investigação de apoio ao processo de reabilitação (desde 1972 até ao presente) tem sido conduzida, de forma rotineira e sintetizada, pelo *Center for Psychiatric Rehabilitation*. As referências relacionadas com a base empírica da reabilitação psiquiátrica podem ser consultadas no APÊNDICE D.

A Natureza Crítica da Relação de Ajuda

Mais importante do que um processo de reabilitação psiquiátrica bem-sucedido é a relação entre o profissional e o utente. Parte da eficiência das diversas intervenções de reabilitação reside na relação que se desenvolve entre o profissional e a pessoa que recebe ajuda. O profissional pode facilitar o processo, sendo um ouvinte competente, empático e respeitoso.

Mais importante do que um processo de reabilitação psiquiátrica bem-sucedido é a relação entre o profissional e o utente.

Ao dedicar-se (ou ligar-se) ao utente, o profissional aumenta as hipóteses de o processo de reabilitação psiquiátrica ajudar o utente a alcançar os objectivos desejados. A importância da relação para a ajuda bem-sucedida e os resultados de aprendizagem são, talvez, o tópico mais investigado em todas as ciências do comportamento. A implementação do processo de reabilitação psiquiátrica requer um profissional com boas competências interpessoais. A *Recovery Promoting Relationship Scale* desenvolvida por Zlatka Russinova (2006), no *Center for Psychiatric Rehabilitation*, é uma forma útil e eficiente de medir a qualidade da relação de ajuda, do ponto de vista da pessoa que a recebe.

O Processo de Reabilitação Psiquiátrica e o Medicaid³

O *Medicaid* é um programa federal e estatal que cobre os cuidados de saúde das pessoas com baixos rendimentos. O governo federal define, em termos gerais, as linhas nacionais de orientação para a elegibilidade e os serviços abrangidos. Dentro dessas linhas nacionais de orientação, cada estado define os pacotes de benefícios exclusivos do estado e os requisitos de elegibilidade. Um dos serviços opcionais do *Medicaid* são “outros serviços de diagnóstico, rastreio, prevenção e reabilitação” (Título 19, Secção 1905(a) (13). Usando esta opção, todos os estados elegeram fornecer serviços de reabilitação psiquiátrica com o intuito de reduzir a incapacidade e restabelecer a função. A lei do *Medicaid* esclarece, igualmente, (Título 19, Secção 1901) que o objectivo da reabilitação do *Medicaid* é *atingir ou manter as capacidades de independência e/ou autocuidados*.

Segundo os critérios do *Medicaid*, o processo de reabilitação psiquiátrica ajuda as pessoas não só a preservar (manter) as capacidades para um desempenho independente *mas também* a alcançar ou restabelecer (atingir) um desempenho adequado à idade, que se perdeu ou nunca ocorreu porque o desenvolvimento funcional da pessoa foi interrompido por doenças mentais graves. Na reabilitação psiquiátrica,

Segundo os critérios do Medicaid para a reabilitação, o processo de reabilitação psiquiátrica ajuda as pessoas não só a preservar (manter) a capacidade para um funcionamento independente mas também para alcançar ou restabelecer (atingir) um funcionamento adequado à idade, que nunca ocorreu porque o desenvolvimento funcional da pessoa foi interrompido por doenças mentais graves.

3 Medicaid corresponde a um programa, existente nos EUA, fundado pelo governo e estados federais, que financia cuidados de saúde àqueles que não são capazes de os suportar.

aumenta-se a funcionalidade e reduz-se a incapacidade causada por doenças mentais graves, através do duplo esforço de desenvolver competências e/ou apoios (equivalente à reabilitação física em que uma pessoa com hemiplegia pode ser ajudada a viver de forma independente, através da aprendizagem de competências como conduzir um automóvel ou utilizar um automóvel adaptado com controlos manuais). Os estados norte-americanos incluem, normalmente, o treino de competências como serviço de reabilitação psiquiátrica do *Medicaid*, incluindo treino relativo à vida diária/competências de vida independente, competências sociais, competências de comunicação e competências de autocuidado como, por exemplo, higiene pessoal, gestão doméstica, *coping* e gestão financeira.

Na reabilitação psiquiátrica, utilizam-se, normalmente, ambientes naturais e tarefas significativas para a componente de treino de competências (muito semelhante à reabilitação física quando se aprende a usar uma cadeira de rodas para a transferência para a cama, em casa, não apenas no hospital). Esta escolha baseia-se no princípio comprovado, e no senso comum, segundo os quais a aquisição e a utilização de competências são mais bem sucedidas quando as tarefas se aproximam do ambiente real em que devem ser usadas (e.g., aprender como seguir orientações, usando uma tarefa de trabalho, num ambiente de trabalho). A opção de reabilitação do *Medicaid* facilita este processo porque, contrariamente a outros serviços do *Medicaid*, estes podem ser prestados em qualquer local (como, por exemplo, em casa, na escola, na comunidade).

O processo de reabilitação psiquiátrica é “compatível com o *Medicaid*” porque, como este Guia demonstra, este processo baseado na evidência pode ser acompanhado e registado com facilidade. Os profissionais do *Medicaid* podem obter informação sobre o modo como o processo de reabilitação ocorreu e se existe, ou não, progresso no sentido dos objectivos da pessoa. Contudo, é importante lembrar que o *Medicaid* paga, apenas, cuidados de saúde, não estando abrangidos a formação profissional, o ensino, o alojamento e/ou a alimentação na comunidade. Daí, práticas como o apoio ao emprego, à educação e à habitação possam ser, parcialmente, reembolsadas pelo *Medicaid*.

As regras do *Medicaid* exigem que qualquer serviço seja “medicamente necessário” para a pessoa em particular. A “necessidade médica” da implementação do processo de reabilitação psiquiátrica, por parte do *Medicaid*, baseia-se em dois tipos de investigação que fornecem apoio empírico essencial ao que liga os sintomas psiquiátricos e défices neurocognitivos à limitação no desempenho da pessoa:

A implementação do processo de reabilitação psiquiátrica permite diagnosticar, planear e intervir no que diz respeito às funções comprometidas, isto é, ao funcionamento que está associado a sintomas e défices da doença mental grave.

- 1) A investigação que demonstra que os sintomas (frequentemente negativos) e os défices cognitivos são uma característica nuclear de doenças mentais graves e que esses sintomas e défices afectam, habitualmente, o desempenho; por exemplo, os défices neurocognitivos das doenças mentais graves tais como défices de memória, concentração e competências interpessoais que limitam o desempenho da pessoa; os efeitos negativos de doenças mentais graves tais como embotamento afectivo, emoções desadequadas, alergia, avolição, comportamento anti-social e desatenção limitam, também, o desempenho de uma pessoa.

2) A investigação que demonstra que as competências específicas de uma pessoa têm uma baixa correlação com os seus sintomas específicos.

Assim, enquanto os sintomas e os défices levam a perturbações funcionais, conhecer, unicamente, os sintomas ou défices particulares de uma pessoa fornece pouca informação sobre o desempenho particular ou os objectivos específicos da mesma. A implementação do processo de reabilitação psiquiátrica permite diagnosticar, planear e intervir no que diz respeito ao desempenho afectado da pessoa, desempenho esse que está associado a sintomas e défices de uma doença mental grave.

ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Acompanhamento do Processo de Prestação de Serviços

As principais etapas de qualquer processo de prestação de serviços (listadas na TABELA 2), incluindo o processo de reabilitação psiquiátrica, podem ser monitorizadas. Este acompanhamento pressupõe que a conclusão das diversas etapas, no processo de prestação de serviços, aproxima a pessoa do resultado pretendido com o serviço. Dado que, normalmente, não se pode esperar que o resultado seja conseguido para se saber se o utente está a ser eficazmente servido, ou se são necessárias alterações no plano do serviço, devem ser usadas estimativas intermédias sobre o modo como o processo está a decorrer. A certeza de que o processo de prestação de serviços ocorre de forma lógica e esperada é determinada pelo acompanhamento das principais etapas à medida que o mesmo está a ser implementado.

Tabela 2 — Serviços essenciais num sistema destinado ao <i>Recovery</i>		
Tipo de Serviço	Descrição do conteúdo no processo	Resultado para o utente
Tratamento	Aliviar sintomas e sofrimento	Alívio de sintomas
Intervenção em crise	Controlar e resolver problemas críticos e perigosos	Segurança pessoal assegurada
Gestão de processo	Obter serviços que o utente quer e dos quais necessita	Acesso a serviços
Reabilitação	Desenvolver competências e apoios do utente, de acordo com os seus objectivos	Desempenho de funções
Enriquecimento	Empenhar utentes em actividades que proporcionem realização e satisfação	Auto-desenvolvimento
Protecção de direitos	Advogar para sustentar os seus direitos	Igualdade de oportunidades
Apoio básico	Proporcionar as pessoas, locais e coisas de que o utente necessita para sobreviver (e.g.: abrigo, refeições, cuidados de saúde)	Sobrevivência pessoal assegurada
Auto-ajuda	Exercitar uma voz e uma escolha na vida da pessoa	<i>Empowerment</i>
Bem-estar / Prevenção	Promover estilos de vida saudáveis	Melhoria do estado de saúde

Adaptado de:
 - Anthony, W.A., Cohen, M.R., & Farkas, M.D. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
 - Cohen, M., Cohen, B., Nemeck, P., Farkas, M., & Forbess, R. (1988). *Psychiatric rehabilitation training technology: Case management*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Benefícios em Seguir o Processo de Prestação de Serviços

Documentar o processo de prestação de serviços é importante por várias razões. Em primeiro lugar, permite ao utente responder à questão “Como é que o processo está a decorrer?”. O resultado efectivo pode demorar a ser atingido e, por isso, seguir todas as etapas do processo permite aos participantes perceberem, mais rapidamente, que há

mudanças a ocorrer. Saber exactamente em que ponto do processo o utente está é um importante *feedback*, também para o profissional, para que, assim, sejam efectuadas as alterações necessárias à implementação do programa. Seguir cada passo do programa permite ao supervisor determinar aquilo em que se deve concentrar na sessão de supervisão e os formadores podem analisar que parte do processo requer um treino futuro. Os administradores podem modificar o seu programa, ou as estruturas do sistema, de forma a reforçar e/ou implementar melhor certas partes do processo. Os financiadores podem assegurar-se de que o processo que estão a financiar está, realmente, a ocorrer e os investigadores, que estudam a intervenção no serviço, podem avaliar até que ponto o mesmo está a ser, fielmente, implementado. Todas as pessoas abrangidas pelo processo de prestação de serviços beneficiam, de formas diferentes, do acompanhamento do mesmo.

Compreender o Processo de Prestação de Serviços

Tal como muitos dos serviços utilizados pelas pessoas com doença mental grave, (ver TABELA 2), o processo de reabilitação psiquiátrica pode ser melhor entendido quando dividido em três fases sequenciais: diagnóstico, planeamento e intervenção (DPI). Contudo, esta sequência não deve implicar que o decorrer conceptual lógico destas três fases descreva, nitidamente, como se desenrola o processo DPI na prática. De facto, na prática, algumas etapas do processo podem ser avançadas ou omitidas, a regressão e a estagnação podem acontecer, etc. No entanto, compreender a lógica e o desenrolar do processo permite que este seja acompanhado, com a ressalva de que implementar os serviços concebidos para ajudar pessoas com doença mental grave continua a ser tanto uma arte como uma ciência.

O Diagnóstico–Planeamento–Intervenção (DPI) no Processo de Reabilitação Psiquiátrica

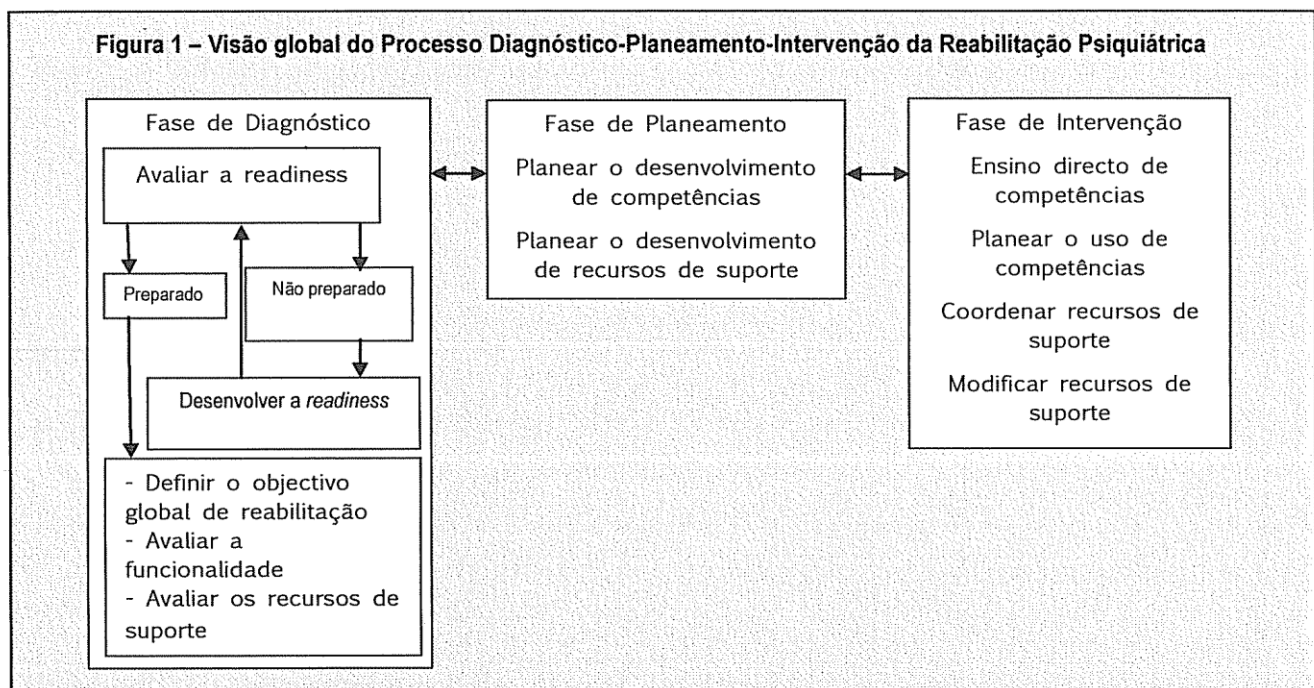
A *fase de diagnóstico*, no processo de reabilitação psiquiátrica, inicia-se com o profissional (ou outro cuidador) a auxiliar o utente a autodeterminar a sua *readiness*⁴ para esse processo de reabilitação e a desenvolvê-la, caso seja necessário. Seguidamente, o profissional colabora com o utente na construção dos objectivos globais de reabilitação e avalia as suas competências, os recursos de suporte e défices relativamente aos objectivos a atingir. Em contraste com o diagnóstico psiquiátrico tradicional (que descreve a sintomatologia), o diagnóstico de reabilitação fornece uma descrição dos comportamentos a adoptar para atingir e melhorar a *readiness* da pessoa, se necessário. A fase de diagnóstico determina, também, as competências actuais da pessoa e apoios (recursos de suporte) necessários para ser bem-sucedida e obter satisfação nos contextos residencial, educacional, social e/ou vocacional, escolhidos por si. A informação proveniente do diagnóstico permite à pessoa criar um plano de reabilitação na *fase de planeamento*. Um plano de reabilitação difere da maioria dos planos de tratamento

O plano de reabilitação... difere da maioria dos chamados planos individuais de tratamento... [pelo facto de identificar] competências prioritárias e objectivos no desenvolvimento de recursos de suporte e intervenções específicas para cada objectivo, em vez de identificar, simplesmente, os potenciais prestadores de serviços ou programas de actividades.

4 As pessoas com incapacidades psiquiátricas apresentam níveis diferentes de *readiness* para a reabilitação. A *readiness* reflecte o interesse da pessoa na sua reabilitação e não a sua capacidade para completar com sucesso o programa de reabilitação. Não tem o intuito de etiquetar ou excluir a pessoa do processo de *recovery* mas, antes, ajudá-la a conhecer o suficiente sobre si e sobre a sua recuperação para que perceba que é possível a mudança. (Pratt et al., 2007).

pelo facto de os objectivos do plano de tratamento estarem mais focados na redução de sintomas. Um plano de reabilitação especifica como se desenvolvem as competências da pessoa e/ou os seus recursos de suporte para alcançar os objectivos globais de reabilitação. O plano de reabilitação difere do que é, por vezes, designado como plano de serviços individualizado. A diferença maior reside na identificação das competências prioritárias e nos objectivos de desenvolvimento dos recursos de suporte e intervenções específicas para cada objectivo, em vez de identificar, simplesmente, potenciais prestadores de serviços ou actividades programadas.

Na *fase de intervenção*, o plano de reabilitação é implementado para atingir o(s) objectivo(s) global(ais) de reabilitação, mudando a pessoa e/ou o seu ambiente, e desenvolvendo as competências das pessoas e/ou os recursos de suporte no ambiente da mesma. A FIGURA 1 fornece uma visão do processo DPI da reabilitação psiquiátrica.



Um exemplo de acompanhamento do Processo de Reabilitação Psiquiátrica

O *Boston University's Center for Psychiatric Rehabilitation* tem estado envolvido em várias demonstrações de acompanhamento do processo de reabilitação psiquiátrica. A TABELA 3 é um exemplo das etapas que foram acompanhadas numa demonstração levada a cabo pelo *Center for Psychiatric Rehabilitation's Recovery Center*. O processo de reabilitação psiquiátrica é constituído por várias subetapas, relacionadas com cada uma das etapas principais. O APÊNDICE A apresenta uma lista de todas as principais etapas e algumas subetapas de cada etapa principal. Contudo, mesmo acompanhando, apenas, as principais etapas, o processo de reabilitação psiquiátrica pode ser documentado em benefício de todos os interessados. O *Recovery Center* desenvolveu um formulário, em papel, bem como um método electrónico para a recolha rotineira da informação sobre as principais etapas do processo, descritas na TABELA 3.

Quão detalhado deve ser o acompanhamento?

O acompanhamento proporciona inúmeros benefícios, como referido anteriormente. Contudo, o acompanhamento do processo de prestação de serviços não é uma tarefa fácil ou natural para muitas pessoas na área da ajuda a pessoas com doenças mentais graves. A questão fundamental para todos aqueles que fazem o acompanhamento é saber: “A que nível de especificidade deve ser documentado o processo?” Com base em anos de experiência, o acompanhamento das principais etapas (ver TABELA 3) parece representar o mínimo de etapas que devem ser acompanhadas. O acompanhamento das principais etapas e subetapas, incluídas no APÊNDICE A, embora seja possível, pode ser exagerado para a maioria das organizações. No entanto, a lista das principais etapas e subetapas, no APÊNDICE A, pode ser útil para os supervisores e formadores, na resolução de problemas do processo, de forma a especificar o foco da supervisão e formação necessárias.

E em relação ao nível de especificidade da intervenção em si?

A especificidade do acompanhamento conduz, directamente, a questões sobre o nível de especificidade do processo de intervenção que está a ser acompanhado. A formalidade, especificidade e documentação do processo de reabilitação psiquiátrica variam, significativamente, entre profissionais, contextos e programas.

Tabela 3 – Formulário de Acompanhamento do Progresso da Reabilitação Psiquiátrica

Fase de Diagnóstico	Fase de Planeamento	Fase de Intervenção
Avaliação da <i>readiness</i> <input type="checkbox"/> Iniciado <input type="checkbox"/> Em curso <input type="checkbox"/> Terminado _____ _____ _____	Desenvolvimento do plano de reabilitação para melhoria das competências <input type="checkbox"/> Iniciado <input type="checkbox"/> Em curso <input type="checkbox"/> Terminado _____ _____ _____	Ensino directo de competências <input type="checkbox"/> Iniciado <input type="checkbox"/> Em curso <input type="checkbox"/> Terminado _____ _____ _____
Desenvolvimento da <i>readiness</i> <input type="checkbox"/> Iniciado <input type="checkbox"/> Em curso <input type="checkbox"/> Terminado _____ _____ _____	Desenvolvimento do plano de reabilitação para promover os recursos de suporte <input type="checkbox"/> Iniciado <input type="checkbox"/> Em curso <input type="checkbox"/> Terminado _____ _____ _____	Planificação do uso de competências <input type="checkbox"/> Iniciado <input type="checkbox"/> Em curso <input type="checkbox"/> Terminado _____ _____ _____
Definição de um objectivo autodeterminado <input type="checkbox"/> Iniciado <input type="checkbox"/> Em curso <input type="checkbox"/> Terminado _____ _____ _____	_____ _____ _____	Coordenação de recursos de suporte <input type="checkbox"/> Iniciado <input type="checkbox"/> Em curso <input type="checkbox"/> Terminado _____ _____ _____
Avaliação funcional <input type="checkbox"/> Iniciado <input type="checkbox"/> Em curso <input type="checkbox"/> Terminado _____ _____ _____	_____ _____ _____	Modificação de recursos de suporte <input type="checkbox"/> Iniciado <input type="checkbox"/> Em curso <input type="checkbox"/> Terminado _____ _____ _____
Avaliação de recursos de suporte <input type="checkbox"/> Iniciado <input type="checkbox"/> Em curso <input type="checkbox"/> Terminado _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Adaptado de: Anthony, W.A., Cohen, M.R. & Farkas, M.D. (1990). <i>Psychiatric rehabilitation</i> . Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation		

No aspecto mais geral da sua prática, o processo de reabilitação psiquiátrica envolve as pessoas na descoberta dos objectivos, que pretendem alcançar a nível residencial, educacional, vocacional e/ou papéis sociais e no desenvolvimento de competências e recursos de suporte de que necessitam para atingir os seus objectivos. Em alguns contextos e programas práticos, este processo desdobra-se num ambiente que é estruturado de forma a que o processo de reabilitação psiquiátrica ocorra, de forma indirecta, menos formal e menos documentada (e.g.: *Clubhouses*, abandono em centros de dia). Noutros programas de reabilitação psiquiátrica, este processo é, directamente, facilitado e documentado por um profissional (e.g.: em contextos e programas que usam a abordagem Escolha-Obtenção-Manutenção desenvolvida pelo *Center for Psychiatric Rehabilitation at Boston University*).

Outros contextos de reabilitação psiquiátrica são, ainda, a combinação de um ambiente estruturado de reabilitação psiquiátrica com a abordagem mais estruturada do profissional, desenvolvida na *Boston University*. Mesmo com as diferenças relativas à estruturação do processo de reabilitação psiquiátrica, em diversos contextos e programas de reabilitação, as descrições do processo devem, no mínimo, acompanhar as principais dimensões do processo listadas na TABELA 3.

Não importa quão formal ou informal é o processo, não importa quão directa ou indirectamente é implementado; importa, sim, que os fundamentos do processo sejam acompanhados...

A TABELA 4 exemplifica questões que podem ajudar a categorizar, com precisão, as principais etapas do processo de reabilitação psiquiátrica, podendo ser acompanhadas, em qualquer programa de reabilitação psiquiátrica, independentemente da especificidade dos ambientes do mesmo. Não importa quão formal ou informal é o processo, quão directa ou indirectamente é implementado; importa, sim, que os fundamentos do processo sejam acompanhados, por todas as razões mencionadas anteriormente. De qualquer forma, as pessoas que usufruem de ajuda para conseguir um papel valorizado experienciam o processo de reabilitação psiquiátrica de um ou de outro modo.

Tabela 4 — Questões a colocar para ajudar a categorizar correctamente as actividades		
Fase de Diagnóstico A Pessoa:	Fase de Planeamento A Pessoa:	Fase de Intervenção A Pessoa:
<ul style="list-style-type: none"> ● Está disposta e preparada para iniciar um processo estruturado de mudança? (Avaliação da Readiness) ● Está envolvida em actividades para melhorar a <i>readiness</i>? (Desenvolvimento da <i>readiness</i>) ● Está envolvida na identificação dos seus valores, dos critérios de escolha de papéis e do ambiente que pretende nos próximos 6-24 meses? (Definição dos Objectivos) ● Avalia o que é, ou não, capaz de fazer, competentemente, em relação ao seu objectivo? (Avaliação Funcional) ● Está envolvida na avaliação do que tem, ou não, para alcançar o sucesso em relação ao seu objectivo? (Avaliação de recursos de suporte) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Está envolvida no processo de nomeação dos défices de competências mais importantes para os formular como objectivos (de entre todas as competências identificadas na avaliação funcional e recursos de suporte)? ● Está envolvida em ligar os objectivos de competências ao seu ensino directo ou intervenção de planeamento do uso de competências? Existe alguma actividade ou acção nomeada para esse fim? ● Recebe informação sobre: "Quem vai fazer a intervenção, onde, quando vai começar e quando vai terminar cada intervenção?" ● Está envolvida em ligar os objectivos de recursos de suporte à intervenção de coordenação de recursos ou modificação dos mesmos? Existe alguma actividade ou acção nomeada para esse fim? ● Recebe informação sobre: "Quem vai fazer a intervenção, onde, quando vai começar e quando vai terminar cada intervenção?" 	<ul style="list-style-type: none"> ● Está a aprender novas competências ligadas, directamente, ao sucesso e à satisfação no ambiente e/ou função desejados? (Ensino directo de competências) ● Está a superar as barreiras ao uso de competências ligadas, directamente, ao sucesso e à satisfação no ambiente desejado? (Planeamento do uso de competências) ● Está a ser apoiada num recurso existente ligado, directamente, ao sucesso e à satisfação no ambiente e/ou papel desejados? (Coordenação de recursos de suporte) ● Está a criar ou modificar novos recursos de suporte não existentes mas fundamentais para o sucesso e satisfação no ambiente e/ou papel desejados? (Modificação de recursos de suporte)

Acompanhamento dos processos de DPI para diferentes serviços

Tal como referido anteriormente, o conteúdo do processo DPI da reabilitação psiquiátrica foca-se nos objectivos, competências e recursos de suporte. Em serviços de psiquiatria, o processo concentra-se nos sintomas e no sofrimento. Em serviços de gestão de casos (ou cuidados), o processo centra-se nos serviços que o utente deseja e necessita e, assim, por diante para outros serviços. Reiterando, o que distingue os serviços, entre si, é o conteúdo do processo de DPI e o seu resultado, enquanto o que é comum aos serviços é o processo de DPI.

A TABELA 5 fornece exemplos sobre o modo como o *Recovery Center at Boston University* diferencia o processo de reabilitação psiquiátrica de alguns dos processos de outros serviços facultados a pessoas com doenças mentais graves. É de salientar que as diferenças no processo de DPI, em cada serviço, estão no conteúdo do que está a ser diagnosticado, planeado, e em que se intervém, tentando alcançar um resultado único para o utente.

Tabela 5 – Exemplo de Centro de Reabilitação: Acompanhamento das Etapas Principais para outros processos de serviços		
Gestão de Cuidados/Casos Assistência na monitorização, planeamento ou ligação de um utente a um serviço que pretenda ou de que necessite		
Fase de Diagnóstico Revisão do desempenho diário Clarificação dos problemas do utente Estabelecimento dos objectivos do serviço Escolha de estratégias	Fase de Planeamento Formulação de um plano de serviço Apoio ao participante no processo de planeamento	Fase de Intervenção Disponibilização de um serviço de gestão de cuidados Ligação a serviços de cuidados Monitorização do uso do serviço de cuidados
Saúde e Bem-Estar Assistência à pessoa no sentido de manter ou melhorar o seu estado de saúde ou bem-estar		
Diagnóstico Envolvimento do utente na relação Avaliação da condição física Desenvolvimento da <i>readiness</i> para a condição física Estabelecimento dos objectivos de saúde e bem-estar	Planeamento Formulação de um plano de saúde e bem-estar Apoio ao participante no processo de planeamento	Intervenção Desenvolvimento de comportamentos saudáveis Desenvolvimento de recursos de suporte a comportamentos saudáveis Apoio à adopção de comportamentos saudáveis
Serviços de Enriquecimento Promoção ou envolvimento do participante em actividades que melhorem a sua qualidade e estilo de vida		
Diagnóstico Identificação das necessidades e valores de enriquecimento Avaliação das opções de enriquecimento Escolha de actividades de enriquecimento	Planeamento Planeamento das actividades de enriquecimento Apoio à participação da pessoa no plano de actividades	Intervenção Realização da actividade de enriquecimento Acompanhamento à actividade de enriquecimento Apoio à participação na actividade de enriquecimento

Actividades de DPI comuns aos Processos de Serviço

Tal como se pode ver na TABELA 5, o processo de DPI ocorre em todos os serviços. A TABELA 6 é um exemplo de como o Centro de Reabilitação tentou descrever as actividades comuns entre as fases de DPI para os serviços frequentemente implementados em conjunto com o serviço de reabilitação psiquiátrica. Tal como foi referido anteriormente, as actividades de DPI para qualquer serviço podem ser conduzidas, formal ou informalmente, orientadas por um profissional e/ou desenvolvidas de forma a facilitar indirectamente estas actividades do processo de DPI, através da preparação do ambiente do programa. Contudo, o mais importante é que as actividades de DPI de um processo de prestação de serviços específico podem ser acompanhadas. Apesar de estar fora do âmbito deste Guia, seria certamente útil se todos os serviços fossem acompanhados, usando um processo de DPI comum.

Tabela 6 – Questões a colocar para categorizar, correctamente, as actividades nas Fases do Serviço DPI

Fase de Diagnóstico	Fase de Planeamento	Fase de Intervenção
Sou eu, ou é o ambiente, quem está a avaliar, monitorizar, estimar, analisar, julgar, tirar conclusões ou a assistir o participante no desempenho de alguma das tarefas do diagnóstico acima referido?	Sou eu, ou é o ambiente, quem está a preparar, criar, agendar, organizar, desenvolver, prontificar ou a assistir o participante em alguma das tarefas do planeamento acima mencionadas?	Sou eu, ou é o ambiente, quem está a implementar um plano ou a envolver-se em alguma actividade destinada a atingir um objectivo com um participante?

REGISTAR O PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSQUIÁTRICA

A Importância de fazer um Registo

É um facto que as pessoas registam aquilo que é mais importante na sua vida como, por exemplo, o dinheiro no seu livro de cheques, a lista de compras, a agenda mensal, de entre outros. Para além disso, outras pessoas exigem que certos registos sejam guardados como, por exemplo, registos de nascimento, certidões de casamento, impostos sobre o rendimento, passaportes, de entre outros. Igualmente importantes são os registos do que está a acontecer no próprio processo de reabilitação psiquiátrica. Registrar o processo de reabilitação psiquiátrica pode, literalmente, ajudar a mudar a vida de uma pessoa e pode ser tão valioso como os registos na agenda mensal ou o registo do saldo no livro de cheques. É inegável a importância dos registos em muitos aspectos da vida, incluindo a reabilitação psiquiátrica.

Registrar o processo de reabilitação psiquiátrica pode, literalmente, ajudar a mudar a vida de uma pessoa e pode ser tão valioso como o registo na agenda mensal ou o registo do saldo no livro de cheques.

Diferenças entre acompanhar e fazer o Registo

O acompanhamento permite que as pessoas saibam que o processo está a decorrer e a avançar de forma lógica. Fazer o registo permite que as pessoas saibam, exactamente, quais os progressos que o processo está a ter e, mais do que saber que algo foi feito (como no acompanhamento), é conhecer os resultados do que foi feito. Tal como os próprios nomes indicam, o acompanhamento mantém as etapas do processo, em marcha, enquanto fazer o registo guarda a natureza do progresso, que as pessoas estão a ter, no processo que está a ser acompanhado.

O acompanhamento permite que as pessoas saibam que o processo está a decorrer e a avançar de forma lógica. Fazer o registo permite que as pessoas saibam, exactamente, quais os progressos que o processo está a ter.

Quão detalhado deve ser o Registo?

Tal como no acompanhamento do processo de prestação de serviços, há limites relativamente ao número de diferentes tipos de registos que podem ser guardados detalhadamente. O *Center for Psychiatric Rehabilitation* criou registos para cada uma das principais etapas e subetapas listadas no APÊNDICE A. Contudo, seria um exagero acompanhar todas essas etapas e, para algumas organizações, seria, também, exagerado registar o progresso do utente em todas elas. Fazer o registo mínimo de como o utente se comporta, nas principais etapas, parece ser o mais eficiente e eficaz. O APÊNDICE B descreve um utente e contém um exemplo das principais etapas dos formulários de registo preenchidos para o próprio utente. O exemplo no APÊNDICE B foi retirado e adaptado do livro intitulado *Psychiatric Rehabilitation* (Anthony, Cohen, Farkas & Gagne, 2002).

Registo das fases de DPI do Processo de Reabilitação Psiquiátrica

No mínimo, devem ser feitos os registos das seguintes etapas:

- 1) Avaliação e desenvolvimento da *readiness*
- 2) Definição dos objectivos
- 3) Avaliação funcional
- 4) Avaliação de recursos de suporte
- 5) Planeamento e intervenção

Devem existir registos, documentando que a *readiness* autodeterminada do participante foi avaliada; que as actividades de desenvolvimento da *readiness* foram identificadas, conforme a necessidade; que foi escolhido um objectivo para a reabilitação; que foram especificados a competência correspondente e os apoios necessários; que as intervenções de desenvolvimento de competências e apoios estão a progredir, conforme planeado.

Formulário de registo para avaliação e desenvolvimento da *readiness* na fase de Diagnóstico da Reabilitação Psiquiátrica

A avaliação da *readiness* ajuda as pessoas a perceber a sua disposição imediata para participar nas actividades de reabilitação destinadas a melhorar o desempenho dos seus papéis. Se as pessoas determinam, no processo de avaliação da *readiness*, que não se sentem preparadas, as actividades de desenvolvimento da *readiness* irão ajudar a aumentar o conhecimento e a esperança relativamente às possibilidades da reabilitação psiquiátrica. A avaliação da *readiness* ajuda as pessoas a “julgar por si próprias” se faz, ou não, sentido para elas o envolvimento em serviços de reabilitação dentro de um ambiente particular de vida, aprendizagem, trabalho e participação social.

A avaliação da *readiness* ajuda as pessoas a “julgar por si próprias”, se faz, ou não, sentido envolverem-se em serviços de reabilitação dentro de um contexto particular de vida, aprendizagem, trabalho e participação social.

A *readiness* para a reabilitação é um indicador do empenho e interesse determinados pelas próprias pessoas na reabilitação e não uma avaliação das suas capacidades para serem bem-sucedidas na reabilitação. As pessoas diferem em relação à sua *readiness* para a reabilitação da mesma forma que diferem em relação à sua *readiness* para qualquer possível mudança como, por exemplo, a universidade, o casamento, as férias ou um programa de exercício físico.

Um formulário de registo para avaliar e desenvolver a *readiness* para a reabilitação demonstra a *readiness*, determinada pelas próprias pessoas, em cinco dimensões diferentes (ver TABELA 7).

Essas dimensões são:

- 1) **Necessidade de mudança** – evidenciada por um insucesso ou insatisfação em condições específicas de vida tais como aprendizagem, trabalho ou a nível social;
- 2) **Compromisso com a mudança** – evidenciado por uma crença de que a mudança é, pessoalmente, desejada e possível;
- 3) **Proximidade pessoal** – evidenciada por uma relação pessoal com alguém que apoia a reabilitação;
- 4) **Autoconhecimento** – evidenciado por uma consciência dos próprios valores e interesses relevantes para um ambiente particular;
- 5) **Consciência do ambiente que a rodeia** – evidenciada por um conhecimento das diferentes características e tipos de ambientes de vida, aprendizagem, trabalho e/ou sociais, nos quais a pessoa pode desejar aumentar o seu sucesso e satisfação.

O formulário de registo para avaliar e desenvolver a *readiness* para a reabilitação permite descrever actividades de desenvolvimento da *readiness*, isto é, actividades motivacionais ou de aprendizagem que podem aumentar a *readiness* determinada pela própria pessoa. As actividades de desenvolvimento da *readiness* clarificam se a pessoa deve, ou não, prolongar a sua participação no processo de reabilitação e dizem respeito a qualquer uma das cinco dimensões da *readiness* em relação às quais a avaliação da *readiness* indicará que a pessoa pensa não estar preparada. No APÊNDICE C está incluído um formulário, em branco, que pode ser usado para registar a avaliação bem como o desenvolvimento da *readiness*.

Tabela 7 – Registos de avaliação e desenvolvimento da <i>readiness</i>					
Utente:	Profissional:	Contexto Ambiental:		Data:	
	Necessidade	Compromisso com mudança	Proximidade Pessoal	Autoconhecimento	Consciência do ambiente que o rodeia
5 (Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 (Baixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclusões:					
<input type="checkbox"/>	Preparado(a)	<input type="checkbox"/>	Preparado(a)	<input type="checkbox"/>	Preparado(a)
<input type="checkbox"/>	Inseguro(a)	<input type="checkbox"/>	Inseguro(a)	<input type="checkbox"/>	Inseguro(a)
<input type="checkbox"/>	Não Preparado(a)	<input type="checkbox"/>	Não Preparado(a)	<input type="checkbox"/>	Não Preparado(a)
Actividades para desenvolvimento da <i>readiness</i>					
Adaptado de: Farkas, M., Cohen, M., McNamara, S., Nemeck, P., & Cohen, B. (2000). <i>Psychiatric rehabilitation training technology. Assessing readiness for rehabilitation</i> . Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.					

Formulário de registo para estabelecer um objectivo global da reabilitação na fase de Diagnóstico da Reabilitação Psiquiátrica

O objectivo global da reabilitação identifica o ambiente particular em que a pessoa escolhe viver, aprender, socializar e/ou trabalhar durante os próximos 6 a 24 meses. Se for estabelecido mais do que um objectivo, é efectuada e registada uma avaliação funcional e de recursos de suporte para cada um dos objectivos. O ambiente particular em que o objectivo é estabelecido pode ser o ambiente em que a pessoa vive, aprende, socializa e trabalha, actualmente, e no qual pretende permanecer, ou pode ser um ambiente para onde a pessoa pretende mudar-se no período de um ou dois anos. A declaração do objectivo global da reabilitação identifica o ambiente específico e uma cronologia.

Exemplos de objectivos globais de reabilitação:

- Viver num apartamento na cidade do Porto, até Setembro do próximo ano, integrado num programa de habitação apoiada;
- Estar inscrito num programa de educação apoiado na Universidade do Porto, no próximo semestre;
- Trabalhar durante mais de 6 meses num programa de emprego apoiado;
- Ir uma vez por semana ao ginásio, a partir de Janeiro próximo.

A escolha de um objectivo global de reabilitação é essencialmente um processo sistemático de resolução de problemas, no qual possíveis objectivos ambientais são avaliados, segundo os critérios e valores únicos e pessoais do utente, tentando escolher o objectivo que melhor satisfaz os seus valores mais importantes.

TABELA 8) regista, explicitamente, o processo de escolha do objectivo e assegura que a tarefa de estabelecer o objectivo decorre de uma forma mais perceptível, sistemática e observável. O APÊNDICE C inclui um formulário, em branco, que pode ser usado para registar o processo da escolha do objectivo. Contudo, com ou sem um formulário de registo, a reabilitação psiquiátrica ajuda as pessoas na escolha dos seus objectivos de reabilitação ao envolvê-las num processo de resolução de problemas, através do qual escolhem objectivos que pensam que, mais eficazmente, corresponderão aos seus critérios e valores mais importantes.

Tabela 8 – Registo da Escolha dos Objectivos					
Utente:		Profissional:		Contexto Ambiental:	
				Data:	
Objectivos de ambientes alternativos **					
Critérios Pessoais	Importância *	1.	2.	3.	Actual
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Score Ideal = Importância x 5					
* Os critérios pessoais são medidos, segundo uma escala de 10 pontos, correspondendo a 10 o valor mais alto.					
** O grau de satisfação de um ambiente em particular, face aos critérios pessoais, é classificado, segundo uma escala de 5 pontos, sendo 5 o nível mais alto de satisfação.					
Comentários:					

Cohen, M., Farkas, M., Cohen, B., & Unger, K. (1991, 2007). <i>Psychiatric rehabilitation training technology: Setting an overall rehabilitation goal</i> . Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.					

Formulários de Registo para Avaliação Funcional e de Recursos de Suporte na fase de Diagnóstico da Reabilitação Psiquiátrica

O objectivo global de reabilitação é registado no topo dos formulários de avaliação funcional e de avaliação de recursos de suporte, concentrando a avaliação funcional e de recursos de suporte nas competências e apoios que são relevantes para o sucesso e satisfação da pessoa no ambiente do objectivo. A avaliação funcional regista a avaliação do desempenho actual e necessário do utente, e as competências críticas necessárias

para alcançar o objectivo da reabilitação, enquanto a avaliação de recursos de suporte regista a avaliação dos apoios existentes e necessários para alcançar o mesmo objectivo. Competências e apoios estão descritos da forma mais observável, mensurável e objectiva possível. Exemplos de competências e apoios:

- O número de vezes, por semana, que o utente conversa com a família ao jantar;
- Percentagem de vezes, por semana, que o utente fala de forma calma quando está perturbado;
- O número de dias, por semana, que um familiar pode levar o utente ao *campus* da universidade;
- O número de ofertas de trabalho, por mês, que alguém pode proporcionar ao utente.

AS TABELAS 9 e 10 apresentam formulários, em branco, que podem ser usados para registar o objectivo global de reabilitação e as posteriores avaliações funcional e de recursos de suporte. É de salientar que o formulário de avaliação funcional designa as competências críticas enquanto o formulário de avaliação de recursos de suporte identifica os apoios críticos (recursos de suporte). São exemplos de competências e recursos de suporte, anteriormente mencionados: conversar; expressar emoções; conduzir; procurar um emprego. O APÊNDICE C inclui formulários adicionais, em branco, para avaliação funcional e de recursos de suporte.

Tabela 9 — Registo da Avaliação Funcional				
Utente:		Profissional:		Data:
Contexto Ambiental:				
Objectivo Global de Reabilitação:				
Pontos Fortes/Fracos	Competências Críticas	Descrição do uso de Competências	Avaliação de competências	
			Existentes	Necessárias

Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Tabela 10 — Registo da Avaliação de Recursos de Suporte

Utente: _____ Profissional: _____ Contexto Ambiental: _____ Data: _____

Objectivo Global de Reabilitação:

Pontos Fortes/Fracos	Recursos de Suporte Críticos	Descrição do uso de Recursos de Suporte	Avaliação dos Recursos de Suporte	
			Existentes	Necessários

Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Formulário de Registo para Planeamento e Intervenção nas fases de Planeamento e Intervenção da Reabilitação Psiquiátrica

O formulário de registo para planeamento e intervenção provém, directamente, do formulário em que se faz o registo do diagnóstico. O registo do plano de reabilitação identifica quem é responsável por fazer o quê, quando, durante quanto tempo e onde. O registo de diagnóstico de reabilitação, previamente completado, fornece a resposta para a pergunta: “Porquê?”. O registo da intervenção de reabilitação (e quaisquer alterações ao mesmo) coloca a questão: “Até que ponto nos estamos a sair bem?”. A intervenção específica é documentada para cada objectivo diagnosticado de competências e recursos de suporte bem como para cada pessoa responsável por proporcionar e monitorizar a intervenção. As datas de início e conclusão são registadas. À medida que as intervenções são implementadas, o mesmo formulário é utilizado para registar as alterações baseadas no progresso de cada competência ou recurso de suporte. O formulário para o Plano de Reabilitação e Cronograma de Intervenção (ver TABELA 11) inclui espaço, no topo, para o objectivo global de reabilitação e uma linha, em baixo, para o utente assinar, indicando, assim, o seu consentimento em relação ao Plano de Reabilitação e Cronograma de Intervenção bem como a sua participação no desenvolvimento da mesma.

É de salientar que os objectivos de desenvolvimento de competências e de recursos de suporte, bem como o objectivo global de reabilitação, são, simplesmente, copiados dos registos de avaliação funcional e de recursos de suporte. É de lembrar que o APÊNDICE B fornece um exemplo de um utente para o qual todos os formulários (TABELAS 7, 8, 9, 10 e 11) foram preenchidos e o APÊNDICE C inclui formulários em branco.

Tabela 11 — Plano de Reabilitação e Cronograma de Intervenção

Utente: _____ Profissional: _____ Contexto Ambiental: _____ Data: _____

Objectivo Global de Reabilitação: _____

Objectivos para o Desenvolvimento de Competências Prioritárias/Recursos de suporte	Intervenções	Pessoa(s) Responsável(eis)	Data de início previsto/efectivo	Datas de Conclusão
		Utente: Cuidador: Monitor:		
		Utente: Cuidador: Monitor:		
		Utente: Cuidador: Monitor:		
		Utente: Cuidador: Monitor:		
		Utente: Cuidador: Monitor:		

Particpei na elaboração deste plano e o plano reflecte os meus objectivos.

Assinatura: _____

Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

RESUMO

Os documentos que acompanham e registam o processo de diagnóstico, planeamento e intervenção estão a tornar-se cada vez mais necessários na área da saúde mental. A boa compreensão daquilo que constitui os diferentes processos de intervenção conduz à possibilidade de melhorar o acompanhamento e registo dos diferentes processos, incluindo o processo de reabilitação psiquiátrica. Sem dúvida que um forte incentivo ao acompanhamento preciso e manutenção de registos está relacionado com a pressão económica sobre todo o sistema de cuidados de saúde e a necessidade de documentar que o que está a ser financiado está, realmente, a ocorrer. Menos recursos de suporte financeiros traduzem-se, normalmente, numa exigência de maior responsabilidade, que é o que está a acontecer de novo. Desta vez, contudo, a área da reabilitação psiquiátrica está preparada para ir ao encontro dessa obrigação. Tal como este Guia de reabilitação psiquiátrica demonstra com clareza, o processo de reabilitação psiquiátrica tem uma base empírica significativa, é um processo compreensível, que pode ser implementado por diferentes tipos de pessoas em vários contextos e programas, tendo a capacidade de ser acompanhado e registado.

O processo de reabilitação psiquiátrica tem uma base empírica significativa, é um processo compreensível, que pode ser implementado por diferentes tipos de pessoas, em vários contextos e programas, e tem a capacidade de ser acompanhado e registado.

É de relembrar que o processo de reabilitação psiquiátrica pode ser implementado, através de um ambiente estruturado, bem como as actividades propostas pelo profissional. A chave é que o processo de reabilitação psiquiátrica aconteça, ou seja, o receptor do serviço sente-se preparado, ou prepara-se, é(são) estabelecido(s) o(s) objectivo(s) para a reabilitação, são identificadas as acções que a pessoa tem de fazer para alcançar o objectivo e são desenvolvidas as competências e apoios (recursos de suporte) necessários.

A chave é que o receptor do serviço se sente preparado, ou prepara-se, o objectivo de reabilitação é definido, são identificadas as acções que a pessoa tem de fazer para alcançar o objectivo e são desenvolvidas as competências e apoios (recursos de suporte) necessários.

É, ainda, de relembrar que, no que diz respeito ao ambiente de ajuda, qualquer ambiente pode ser propositadamente estruturado para facilitar directamente o processo de reabilitação psiquiátrica. O ambiente de um centro comunitário de saúde mental, de um clube, de um programa diário, de um centro de reabilitação psicossocial, de um programa de recuperação, de entre outros, pode ajudar a que ocorra o processo de reabilitação psiquiátrica. Desde 1982, o *Center for Psychiatric Rehabilitation* tem identificado e refinado ingredientes do contexto que são úteis no apoio à implementação do processo de DPI da reabilitação psiquiátrica, em qualquer contexto. O último registo destes padrões pode ser encontrada na

Qualquer ambiente pode ser, propositadamente, estruturado para facilitar, directamente, o processo de reabilitação psiquiátrica. Um centro comunitário de saúde mental, um clube, um programa diário, um centro de reabilitação psicossocial, etc., podem permitir que o processo de reabilitação psiquiátrica decorra.

TABELA 12. Os contextos ou ambientes que tentam ir ao encontro de, pelo menos, alguns destes ingredientes, demonstram uma disposição e uma capacidade para implementar o processo de reabilitação psiquiátrica.

Por último, é importante salientar que, dentro de qualquer um destes ambientes, o acompanhamento e o registo do processo pode ser complexo, dado que as pessoas envolvidas em qualquer ambiente podem partilhar as mesmas actividades de forma a completar diferentes partes do processo de reabilitação. Tirar um curso de nutrição, por exemplo, pode ser útil para ajudar uma pessoa a *preparar-se* para tentar outras actividades educacionais; este mesmo curso, para outra pessoa, pode ser uma *intervenção de ensino de competências*, relevante para o seu objectivo, a longo prazo, de viver de forma independente; para outra pessoa pode ser uma *intervenção de ensino de competências* para um objectivo diferente, a longo prazo, como, por exemplo, ajudar essa pessoa a alcançar o objectivo da paternidade; para outra pessoa, ainda, o curso pode ajudar a fornecer uma *avaliação funcional do seu* regime de alimentação e, assim, por diante. *É importante para a equipa do programa de reabilitação psiquiátrica dar assistência às pessoas no conhecimento de que partes do processo estão a ser alcançadas com determinadas actividades de DPI.* Estas pessoas incluem, em primeiro lugar, o receptor do serviço mas, também, a família, outros prestadores de serviço, supervisores e fontes de financiamento. O profissional de reabilitação psiquiátrica e o ambiente em que este está envolvido não existem, simplesmente, para proporcionar actividades destinadas a manter a pessoa ocupada mas, sim, para avançar o processo de reabilitação psiquiátrica de forma que possa ser compreendido, acompanhado e registado à medida que a pessoa progride em direcção a um melhor desempenho e a um papel valorizado.

Tabela 12 – Descrição das Normas do Programa ou Contexto que suportam a Implementação do Processo de Reabilitação Psiquiátrica (página 1 de 3)

Elemento	Componente Avaliada	Descrição
Missão de Reabilitação	Declaração/Descrição da Missão	Evidência de que a missão dos agentes inclui os conceitos de melhorar a funcionalidade das pessoas, nos seus contextos escolhidos, com o mínimo de intervenção profissional.
Contextos de Reabilitação	Network	
	Variedade da Network	Existe uma série de contextos, quer sob o controlo do programa (ou disponíveis para entrarem no programa) quer dentro de contextos que ocorrem naturalmente (ou em contextos muito semelhantes).
	Relevância da Network	Os contextos evidenciam que todas as actividades dos programas são concebidas de acordo com as necessidades e preferências dos participantes.
	Cultura	
	Parceria	Evidência de que todas as actividades do programa envolvem os participantes enquanto parceiros.
Processo de Reabilitação: Diagnóstico	Compatível com os valores	Evidência que todas as actividades e estruturas do programa são congruentes com os valores da reabilitação, por exemplo, horário do programa, métodos de supervisão, reconhecimento oficial da equipa e dos participantes (eventos pessoais, sucessos, etc.)
	Avaliação da <i>Readiness</i>	Evidência de que todas as pessoas são ajudadas a avaliar-se, relativamente às necessidades de reabilitação, compromisso com a mudança da proximidade pessoal, consciência do eu e do ambiente.
	Desenvolvimento da <i>Readiness</i>	Evidência de que existe um processo estruturado para ajudar as pessoas a escolher se querem continuar a reabilitação e uma série de actividades centradas em ajudar os participantes interessados a preparar-se para a reabilitação.
	Objectivo Global de Reabilitação	Evidência de que toda a avaliação da reabilitação começa com o objectivo contextual específico, no espaço de 6 a 24 meses, como, por exemplo, "O João pretende viver na «Casa Nascer do Sol», em Janeiro"; "A Sara pretende trabalhar como cozinheira no Restaurante O Garfo, em <i>part-time</i> , até Julho".
	Avaliação das Competências	Evidência de que a avaliação se centra nas competências, não nos sintomas, características ou necessidades globais, e que as competências derivam de um objectivo global de reabilitação como, por exemplo, "pedir ajuda aos profissionais."
	Definição do Comportamento	Evidência de que as competências são observáveis e as acções são mensuráveis como, por exemplo, "Porcentagem de tempo, por semana, que a Sara chama a equipa quando começa a falar com as vozes que houve no restaurante."
	Compreensão por Tipo de Competência	Evidência de que as competências são avaliadas de forma holística, isto é, pontos fortes/fracos físicos, emocionais e intelectuais como, por exemplo, "lavar loiça", "expressar sentimentos", "planear o tempo de lazer".
	Compreensão por Contexto	Evidência de que as competências, em cada um dos contextos (vida diária, aprendizagem, trabalho, social), podem ter impacto no sucesso e na realização dos objectivos específicos considerados na avaliação.

Tabela 12 – Descrição das Normas do Programa ou Contexto que suportam a Implementação do Processo de Reabilitação Psiquiátrica (página 2 de 3)

Elemento	Componente Avaliada	Descrição
	Avaliação dos Recursos de suporte	Evidência de que os pontos fortes e fracos dos recursos de suporte são registados como, por exemplo, "família responsável", "mercearia nas proximidades", "dinheiro da renda".
	Definição de recursos de suporte	Evidência de que os recursos de suporte definem o que é fornecido como, por exemplo, "montante mensal que a Sara recebe da Segurança Social antes de pagar a renda".
	Compreensão por tipo de Recurso	Evidência de que a lista de recursos de suporte inclui as pessoas, locais, objectos e actividades de recursos de suporte.
	Envolvimento	Evidência de que a pessoa participa em actividades de <i>readiness</i> , definição dos objectivos de reabilitação, avaliação das competências/recursos de suporte.
Processo de Reabilitação: Planeamento	Objectivos de Competências ou de Recursos de Suporte	Evidência de que o plano inclui objectivos de competências e recursos de suporte definidos como, por exemplo, "40% das vezes, a Sara deverá chamar os seus cuidadores quando começa a ouvir vozes no restaurante".
	Integração com o Diagnóstico e subsequente Intervenção	Evidência de que os objectivos das competências ou recursos de suporte, usados no plano, provêm do diagnóstico e a intervenção descrita no plano é implementada segundo o mesmo.
	Atribuição de Prioridades	Evidência de que existe um sistema de selecção de competências ou recursos de suporte de elevada prioridade para o alcance do objectivo global de reabilitação.
	Seleção de Intervenção Específica	Evidência de que cada objectivo tem atribuída uma intervenção de desenvolvimento específico de competências ou de desenvolvimento de recursos de suporte.
	Inclusão de Prazos	Evidência de que cada intervenção descrita no plano inclui as datas de início e de fim do projecto.
	Identificação de Responsabilidades	Evidência de que alguém é nomeado responsável pelo desenvolvimento, implementação e monitorização das intervenções descritas no plano.
	Envolvimento	Evidência de que a pessoa participa no desenvolvimento do plano e na selecção dos objectivos de elevada prioridade, cronograma, etc.
Processo de Reabilitação: Intervenção	Desenvolvimento de competências	
	Foco no ensino de competências	Evidência de que os agentes valorizam o ensino de competências como forma de intervenção.
	Preparação de aulas	Evidência de que todo o ensino de competências tem uma descrição dos comportamentos e um plano de sessão para cada comportamento.
	Monitorização da aprendizagem de competências	Evidência de que existe, durante o processo de aprendizagem, um sistema para promover o <i>feedback</i> do desempenho das competências.

Tabela 12 – Descrição das Normas do Programa ou Contexto que suportam a Implementação do Processo de Reabilitação Psiquiátrica (página 3 de 3)

Elemento	Componente Avaliada	Descrição
	Definição do Programa de uso de competências	Evidência de que o desempenho da competência no contexto de necessidade é aumentado, através do uso de etapas sequenciadas e comportamentalmente definidas.
	Inclusão de cronogramas	Evidência de que cada passo do programa de uso de competências tem cronogramas associados.
	Reforços	Evidência de que os reforços são desenvolvidos, partindo da perspectiva da própria pessoa, e aplicados nas etapas principais do programa de uso de competências.
	Coordenação de Recursos de suporte	
	Coordenação de Serviços	Evidência de que os agentes valorizam e utilizam técnicas de encaminhamento, ou ligação, como forma de intervenção.
	Definição do objectivo	Evidência de que os agentes fazem o encaminhamento baseado no objectivo global de reabilitação, nas competências do participante e na avaliação de recursos de suporte.
	Lista de Recursos de suporte Alternativos	Evidência de que os recursos de suporte alternativos, ao ser feito o encaminhamento, devem ser considerados.
	Plano de Encaminhamento	Evidência de que o plano de implementação de encaminhamento foi feito, incluindo a pessoa a quem encaminhar, a data do encaminhamento e as diligências para que se estabeleça a ligação.
	Plano de utilização	Evidência de que um plano de ajuda ao participante bem como o recurso mantêm a ligação após a ocorrência do encaminhamento.
	Modificação de Recursos de Suporte	
	Avaliação de Recursos de Suporte	Evidência de que foi desenvolvido um método de recolha de informação acerca da existência de recursos de suporte inadequados.
	Melhoria dos Recursos de suporte	Evidência de que existe uma estrutura para o desenvolvimento de planos, e a sua implementação, de modo a melhorar défices dos recursos de suporte.

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

Apêndice A – Principais Etapas e Subetapas do Processo de Reabilitação Psiquiátrica

Fase	Etapas Principais (Actividades)	Subetapas
Diagnóstico	Avaliação da <i>Readiness</i> (para a Intervenção)	Inferir necessidades Validação do compromisso com a mudança Avaliação da consciência Discriminação da proximidade pessoal Escolha de um rumo
	Desenvolvimento da <i>Readiness</i> (para a Intervenção)	Organização de actividades motivacionais Esclarecimento das implicações pessoais Demonstração de apoio credível
	Definição do Objectivo Principal de Reabilitação	Relação Identificação de critérios pessoais Descrição de ambientes alternativos Escolha do objectivo
	Avaliação Funcional	Listagem das competências críticas Descrição do uso de competências Avaliação do desempenho de competências <i>Coaching</i>
	Avaliação dos Recursos de Suporte	Listagem dos recursos de suporte críticos Descrição do uso de recursos de suporte Avaliação do uso de recursos de suporte <i>Coaching</i>
Planeamento	Planeamento do Desenvolvimento de Competências	Estabelecimento de prioridades Definição de objectivos Escolha de intervenções Formulação do plano
	Planeamento do Desenvolvimento de Recursos de suporte	Estabelecimento de prioridades Definição de objectivos Escolha de intervenções Formulação do plano
Intervenção	Ensino directo de Competências	Descrição do conteúdo das competências Planeamento da aula <i>Coaching</i>
	Planeamento/programação do Uso de Competências	Identificação de barreiras Desenvolvimento do programa Apoio à actividade do utente
	Coordenação de Recursos de suporte	Disponibilização dos recursos de suporte aos utentes Resolução de problemas Programação do uso de recursos de suporte

Apêndice B: Exemplos de Registos Requeridos para o Processo de Reabilitação Psiquiátrica

GUIA NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSQUIÁTRICA

Exemplo da Experiência de uma Pessoa ao longo do Processo de Reabilitação Psiquiátrica e Formulários de Registo das Principais Etapas e Subetapas

Após discutir com o seu psiquiatra sobre a insatisfação com a sua vida, o Roberto foi remetido para um programa de reabilitação disponibilizado na clínica. O Roberto referiu que se sentia insatisfeito, em todas as áreas da sua vida, nomeadamente, ambientes onde vive, aprende, trabalha e socializa. Estava insatisfeito com a sua situação de vida e sentiu que pretendia, em primeiro lugar, trabalhar no sentido de alterar essa situação. O Roberto e o profissional de reabilitação psiquiátrica, João, encontraram-se para avaliar a *readiness* do Roberto e para estabelecer e alcançar um objectivo global de reabilitação. Depois de desenvolver a *readiness* do Roberto, para o estabelecimento de um objectivo global de reabilitação, começaram a trabalhar no estabelecimento desse objectivo. Prosseguiram com o processo de reabilitação psiquiátrica, conforme está registado nos formulários que se seguem, no APÊNDICE B.

Exemplo da Tabela 7: Registos da Avaliação e Desenvolvimento da Readiness

Utente: *Roberto*

Profissional: *João*

Contexto ambiental: Vida diária

Data: *26 de Fevereiro*

	Necessidade	Compromisso com a mudança	Proximidade Pessoal	Autoconhecimento	Consciência do ambiente
Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclusões	<input checked="" type="checkbox"/> Preparado(a) <input type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Não Preparado(a)	<input checked="" type="checkbox"/> Preparado(a) <input type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Não Preparado(a)	<input type="checkbox"/> Preparado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Não Preparado(a)	<input type="checkbox"/> Preparado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Não Preparado(a)	<input checked="" type="checkbox"/> Preparado(a) <input type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Não Preparado(a)

Actividades para o Desenvolvimento da Readiness

Em termos gerais, o Roberto está preparado para estabelecer um objectivo global de reabilitação. Ele e o João vão trabalhar, em algumas actividades, para melhorar, conjuntamente, a sua proximidade pessoal. Vão integrar, também, algumas actividades adicionais de esclarecimento de valores para melhorar o autoconhecimento do Roberto.

Exemplo da Tabela 8: Registo da Escolha de um Objectivo

Utente: *Roberto*

Profissional: *João*

Contexto ambiental: *Vida diária*

Data: *15 de Março*

Critérios pessoais	Importância*		Contextos alternativos Objectivados**						
						Actual:			
1. Renda acessível	10	500€/mês	(4)	500€/mês	(4)	400€/mês	(5)	250€/mês	(5)
2. Transporte acessível	5	Autocarro a 2 quarteirões	(4)	Autocarro à porta	(5)	Autocarro à porta	(5)	Boleia da mãe	(1)
3. Quarto privado	8	Quarto próprio	(5)	Quarto próprio	(5)	Um companheiro de quarto	(3)	Quarto próprio	(5)
4. Vizinhança segura	4	Boas referências	(3)	Muito boa	(4)	Muito boa	(4)	Excelente	(5)
5. Regras mínimas	7	Regras do apartamento	(5)	Regras do apartamento	(5)	Regras da equipa	(3)	Regras da mãe	(1)
6. Divisão de tarefas	1	50%	(3)	50%	(3)	20%	(5)	33%	(4)
Score ideal = Importância x 5	175		150		159		141		126

* Os critérios pessoais são cotados numa escala de 10 pontos, sendo 10 a classificação mais elevada.

** O grau de satisfação de um ambiente particular, face aos critérios pessoais, é classificado, segundo uma escala de 5 pontos, sendo 5 o nível mais alto de satisfação.

Comentários:

O Roberto escolheu o Complexo Habitacional Jardins D'Arrábida, como o seu objectivo de ambiente preferido, dado que este possui a maioria das características que ele pretende para o seu ambiente de vida diária. Ele e o João avaliaram, posteriormente, as competências e recursos de suporte de que ele necessitaria para ser bem-sucedido (Exemplo: Tabelas 9 e 10).

Adaptado de:

- Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

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

Exemplo da Tabela 9: Registo da Avaliação Funcional

Utente: *Roberto*

Profissional: *João*

Contexto Ambiental: *Vida diária*

Data: *1 de Junho*

Objectivo Global de Reabilitação: Pretendo viver no Complexo Habitacional Jardins D'Arrábida, com um companheiro de quarto, até ao próximo mês de Setembro.

Pontos Fortes/Fracos	Competências Críticas	Descrição do uso de competências	Avaliação de competências ^{4,5}	
			Existentes	Necessárias
-	Planeamento de Actividades	Número de dias, por semana, em que Roberto programa as actividades para o dia seguinte, antes de se deitar.	0	5
-	Identificação de compras necessárias	Número de dias, por mês, em que Roberto faz uma lista de compras para a casa, antes de se deitar.	0	4
+	Preparação de refeições	Número de dias, por semana, em que Roberto prepara o jantar, em casa, para si próprio.	7	7
-	Expressão de opiniões	Percentagem de tempo, por semana, em que Roberto, quando conversa com os outros, expressa os seus pensamentos e crenças.	25%	75%

Adaptado de:

-Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

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

Exemplo da Tabela 10 – Registro da Avaliação de Recursos de Suporte

Utente: *Roberto*

Profissional: *João*

Contexto Ambiental: *Vida diária*

Data: *5 de Junho*

Objetivo Global de Reabilitação: Pretendo viver no Complexo Habitacional Jardins D'Arábida com um companheiro de quarto, até ao próximo mês de Setembro

Pontos Fortes/Fracos	Recursos de Suporte Críticas	Descrição do uso de competências	Avaliação de Recursos de Suporte	
			Existentes	Necessários
-	Parceiro de Ginásio	Número de dias, por semana, em que Roberto tem companhia para ir ao ginásio, antes de ir para o trabalho.	0	3
+	Transporte	Número de vezes, por mês, em que alguém leva Roberto às suas consultas médicas.	4	4

Adaptado de:

- Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, Second edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation

Exemplo da Tabela 11 – Plano de Intervenção e Cronograma de Intervenção

Utente: *Roberto*

Profissional: *João*

Contexto Ambiental: *Vida diária*

Data: *7 de Junho*

Objectivo Global de Reabilitação: Pretendo viver no Complexo Habitacional Jardins D'Arrábida, com um companheiro de quarto, até ao próximo mês de Setembro

Competências prioritárias/Objectivos de desenvolvimento de Recursos de Suporte	Intervenções	Pessoa(s) Responsável(eis)	Datas de Início Previsto/Efectivo	Datas de conclusão
Competência – Planear actividades: 5 dias por semana, Roberto programa as actividades para o dia seguinte, antes de se deitar.	Ensino directo de competências	Criador: Maria, professora Prestador: Maria Monitor: João	15 de Junho	15 de Agosto
Competência – Identificar as compras necessárias: 4 dias por mês, Roberto elabora uma lista de compras, antes de ir ao supermercado.	Ensino directo de competências	Criador: Maria, professora Prestador: Maria Monitor: João	30 de Junho	30 de Agosto
Competência – Expressão de opiniões: 75% de vezes, por semana, Roberto expressa os seus pensamentos e crenças quando conversa com outras pessoas.	Uso do Programa de Competências	Criador: Jim Prestador: Roberto Monitor: Roberto & João	5 de Setembro	5 de Outubro
Competência – Companheiro de ginásio: 3 dias, por semana, alguém acompanha Roberto ao ginásio, antes de ir para o trabalho	Coordenação de Recursos de Suporte	Criador: João Prestador: José, companheiro Monitor: Roberto & João	10 de Junho	10 de Agosto

Particpei na elaboração deste plano e no plano que reflecte os meus objectivos. Assinatura: *Roberto*

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

Apêndice C: Registos em Branco

Guia no processo de reabilitação psiquiátrica

Registo de Avaliação e Desenvolvimento da Readiness

Utente:

Profissional:

Contexto ambiental:

Data:

	Necessidade	Compromisso com a mudança	Proximidade pessoal	Autoconhecimento	Consciência ambiental
Alto	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baixo	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclusões	<input type="checkbox"/> Preparado(a) <input type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Não Preparado(a)	<input type="checkbox"/> Preparado(a) <input type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Não Preparado(a)	<input type="checkbox"/> Preparado(a) <input type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Não Preparado(a)	<input type="checkbox"/> Preparado(a) <input type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Não Preparado(a)	<input type="checkbox"/> Preparado(a) <input type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Não Preparado(a)
Actividades para o Desenvolvimento da Readiness:					

Adaptado de: Farkas, M., Cohen, M., McNamara, S., Nemeec, P., & Cohen, B. (2000). *Psychiatric rehabilitation training technology: Assessing readiness for rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Registo da Escolha de um Objectivo

Utente: _____ Profissional: _____ Contexto ambiental: _____ Data: _____

Critérios Pessoais	Importância*	Objectivos de Ambientes Alternativos**	Actual:
	1.	2.	3.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
Score ideal = Importância x 5			

* Os critérios pessoais são cotados numa escala de 10 pontos, sendo 10 a classificação mais elevada.

** O grau de satisfação de um ambiente particular, face aos critérios pessoais, é classificado, segundo uma escala de 5 pontos, sendo 5 o nível mais alto de satisfação.

Comentários:

Adaptado de: Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1991, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology. Setting an overall rehabilitation goal*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Registro da Avaliação Funcional

Utente:

Profissional:

Contexto Ambiental:

Data:

Objectivo Global de Reabilitação:

Pontos Fortes/Fracos

Competências Críticas

Descrição do uso de competências

Avaliação de competências

				Existentes	Necessárias

Adaptado de: Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Registro da Avaliação de Recursos de Suporte

Ufente:

Profissional:

Contexto Ambiental:

Data:

Objectivo Global de Reabilitação:

Pontos Fortes/Fracos

Recursos de Suporte Críticos

Descrição do uso de Recursos de Suporte

Avaliação de Recursos de Suporte

			Existentes	Necessários

Adaptado de: Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Plano de Intervenção e Cronograma de Intervenção

Utente:

Profissional:

Contexto Ambiental:

Data:

Objectivo Global de Reabilitação:

Objectivos para o Desenvolvimento de Competências prioritárias/ Recursos de Suporte	Intervenções	Pessoa(s) Responsável(eis)	Datas de Início Previsto/Efectivo	Datas de conclusão
		Utente: Cuidador: Monitor:		
		Utente: Cuidador: Monitor:		
		Utente: Cuidador: Monitor:		
		Utente: Cuidador: Monitor:		

Participei na elaboração deste plano e o plano reflecte os meus objectivos. Assinatura:

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

APÊNDICE D: REFERÊNCIAS E RECURSOS ÚTEIS PARA O PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Recursos de Suporte úteis para o Processo de Reabilitação Psiquiátrica

Esta secção inclui as referências utilizadas ao longo do texto com a bibliografia de artigos, livros, manuais e recursos de assistência técnica, focando-se em qualquer um dos processos de reabilitação psiquiátrica e/ou na sua implementação como um todo, ou em parte, em vários programas e sistemas.

- Anthony, W. (2007). *Toward a vision of recovery*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W.A. (1979). *The principles of psychiatric rehabilitation*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony, W. A., Buell, G. J., Sharratt, S., & Althoff, M. E. (1972). Efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychological Bulletin*, 78, 447–456.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Cohen, B. F. (1983). Philosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach. In L. L. Bachrach (Ed.), *Deinstitutionalization (New Directions for Mental Health Services, No. 17)*, pp. 67–69. San Francisco: Jossey-Bass.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Farkas, M. D. (1982). A psychiatric rehabilitation treatment program: Can I recognize if I see one? *Community Mental Health Journal*, 18, 83–96.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation (2nd ed.)*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Nemeck, P. B. (1987). Assessment in psychiatric rehabilitation. In B. Bolton (Ed.), *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation* (pp. 299–312). Baltimore: Paul Brooks.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Pierce, R. M. (1980). *Instructors' guide to the psychiatric rehabilitation practice series*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony, W.A., Cohen, M.R., Pierce, R.M. (1979) *The skills of psychiatric rehabilitation. Volumes 1–6*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Vitalo, R. L. (1978). The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 365–383.
- Anthony, W. A., Ellison, M., Rogers, E. S., & Lyass, A. (in preparation). The evaluation of consumer goal setting in a statewide, managed care psychiatric rehabilitation program.
- Anthony, W. A., Forbess, R., & Cohen, M. R. (1993). Rehabilitation-oriented case management. In M. Harris & H. C. Bergman (Eds.), *Case management for mentally ill patients: Theory and practice. Chronic mental illness, Vol 1* (pp. 99–118). Langhorne, PA, USA: Harwood Academic Publishers/Gordon & Breach Science Publishers.
- Anthony, W. A., & Huckshorn, K. (2008). *Principled leadership*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542–544.
- Anthony, W. A., & Margules, A. (1974). Toward improving the efficacy of psychiatric rehabilitation. A skills training approach. *Rehabilitation Psychology*, 21, 101–105.
- Anthony, W.A., & Spaniol, L. (Eds.). (1994). *Readings in psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, B. F., & Anthony, W. A. (1984). Functional assessment in psychiatric rehabilitation. In A. S. Halpern & M. J. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation* (pp. 79–100). Baltimore: Paul Brooks.

- Cohen, B. F., Ridley, D. E., & Cohen, M. R. (1985). Teaching skills to severely psychiatrically disabled persons. In H. A. Marlowe & R. B. Weinberg (Eds.), *Competence development: Theory and practice in special populations* (pp.118–145). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Cohen, M. R., Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (1997). Assessing and developing readiness for psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services, 48*(5), 644–646.
- Cohen, M., Danley, K., & Nemeč, P. (1985, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Direct skills teaching*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., Farkas, M., Cohen, B., & Unger, K. (1991, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Setting an overall rehabilitation goal*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., Farkas, M., McNamara, S., Nemeč, P., & Cohen, B. (2000). *Psychiatric rehabilitation training technology: Assessing readiness for rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., Forbess, R., & Farkas, M. (2000). *Psychiatric rehabilitation training technology: Developing readiness for rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., & Mynks, D. (Eds). (1993). *Compendium of activities for assessing and developing readiness for rehabilitation services*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., Nemeč, P., & Farkas, M. (2000). *Psychiatric rehabilitation training technology: Connecting for rehabilitation readiness*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Danley, K., Hutchinson, D., & Restrepo-Toro, M. (1998). *Career planning curriculum: Instructor's guide*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Danley, K. S., Rogers, E. S., MacDonald Wilson, K., & Anthony, W. (1994). Supported employment for adults with psychiatric disability: Results of an innovative demonstration project. *Rehabilitation Psychology, 39*(4), 269–276.
- Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. (Eds). (2005). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Volume 1*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. (Eds). (2006). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Volume 2*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Dunn, E., Rogers, E.S., Hutchinson, D. H., Lyass, A., MacDonald Wilson, K.L., Wallace, L. R., & Furlong-Norman, K. (2008). Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. *Administration and Policy in Mental Health, 35*: 357–369.
- Ellison, M. L., Anthony, W. A., Sheets, J. L., Dodds, W., Barker, W. J., Massaro, J. M., et al. (2002). The integration of psychiatric rehabilitation services in behavioral health care structures: A state example. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 29*(4), 381–393.
- Ellison, M., Lyass, A., Rogers, E., Wewiorski, N., Massaro, J., & Anthony, W. (in preparation). Effectiveness of Intensive Psychiatric Rehabilitation: Results of a statewide initiative and evaluation.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry, 6*(2), 1–7.
- Farkas, M., & Anthony, W. A. (1989) *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into*

practice. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Farkas, M. D., Cohen, M. R., & Nemeec, P. B. (1988). Psychiatric rehabilitation programs: Putting concepts into practice? *Community Mental Health Journal*, 24(1), 7–21.
- Farkas, M., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2001). Recovery and rehabilitation: A paradigm for the new millennium. *La rehabilitacio psicossocial integral a la comunitat I amb la comunitat*, 1(1/8), 13–16.
- Farkas, M. D., O'Brien, W. F., Cohen, M. R., & Anthony, W. A. (1994). Assessment and planning in psychiatric rehabilitation. In J. R. Bedell (Ed.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders* (pp. 3–30). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Farkas, M. D., O'Brien, W. F., & Nemeec, P. B. (1988). A graduate level curriculum in psychiatric rehabilitation: Filling a need. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(2), 53–66.
- Farkas, M., Sullivan Soydan, A., & Gagne, C. (2000). *Introduction to rehabilitation readiness*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Goering, P. N., Wasylenki, D. A., Farkas, M. D., Lancee, W. J., & Ballantyne, R. (1988). What difference does case management make? *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 272–276.
- Hutchinson, D., Anthony, W., Massaro, J., & Rogers, E. S. (2007). Evaluation of a combined supported computer education and employment training program for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 189–197.
- Jacobs, J. (1997). *Major findings of the community support research demonstration projects (1989–1996)*. Washington, DC: Community Support Program Branch, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Kramer, P., Anthony, W. A., Rogers, E. S., & Kennard, W. A. (2003). Another way of avoiding the “single model trap.” *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 413–415.
- Lamberti, J. S., Melburg, V., & Madi, N. (1998). Intensive psychiatric rehabilitation treatment (IPRT): An overview of a new program. *Psychiatric Quarterly*, 69(3), 211–234.
- Lovell, A. M., & Cohn, S. (1998). The elaboration of “choice” in a program for homeless persons labeled psychiatrically disabled. *Human Organization*, 57(1), 8–20. McNamara, S. (Ed). (2009). *Voices of recovery*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- National Institute of Handicapped Research. (1980). A skills training approach in psychiatric rehabilitation. *Rehabilitation Research Brief*, 4(1). Washington, DC.
- Nemeec, P., Forbess, R., Farkas, M., Rogers, E. S., & Anthony, W. (1991). Effectiveness of technical assistance in the development of psychiatric rehabilitation programs. *Journal of Health Administration*, 18(1), 1–11.
- Nemeec, P. B., McNamara, S., & Walsh, D. (1992). Direct skills teaching. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(1), 13–25.
- Restrepo-Toro, M., Farkas, M., & Diaz, L. (2005). *Abriendo caminos en tu vida: Guia de preparaci3n para la rehabilitaci3n psiqui3trica*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., & Farkas, M. (2006). The Choose-Get-Keep model of psychiatric rehabilitation: A synopsis of recent studies. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 247–256.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1988). Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology*, 33, 5–14.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., & Lyass, A. (2006). A randomized clinical trial of psychiatric vocational rehabilitation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49(3), 143–156.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., Toole, J., & Brown, M. A. (1991). Vocational outcomes following psychosocial rehabilitation: A longitudinal study of three programs. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 1(3), 21–29.

- Rogers, E. S., MacDonald Wilson, K., Danley, K., Martin, R., & Anthony, W. A. (1997). A process analysis of supported employment services for persons with serious psychiatric disability: Implications for program design. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 8(3), 233–242.
- Rogers, E. S., Martin, R., Anthony, W., Massaro, J., Danley, K., Crean, T., & Penk, W. (2001). Assessing readiness for change among persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37, 97–112.
- Rogers, E. S., Sciarappa, K., MacDonald Wilson, K., & Danley, K. (1995). A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 18(2), 105–115.
- Russinova, Z., Rogers, E. S., Ellison, M. L., Cook, K., & Lyass, A. (2009, unpublished manuscript). *Conceptualization and measurement of mental health providers' recovery promoting competence*. Russinova, Z., Rogers, E. S., & Ellison, M. L. (2006). *The Recovery Promoting Relationship Scale*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Shern, D. L., Trochim, W. M. K., & LaComb, C. A. (1995). The use of concept mapping for assessing fidelity of model transfer: An example from psychiatric rehabilitation. *Evaluation and Program Planning*, 18(2), 143–153.
- Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W. A., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, V. J., Winarski, J., & Cohen, M. (2000). Serving street dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*, 90, 1873–1878.
- Spaniol, L., Bellingham, R., Cohen, B., & Spaniol, S. (2003). *The recovery workbook 2: Connectedness*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Spaniol, L., & Koehler, M. (Eds). (1994). *The experience of recovery*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Spaniol, L., Koehler, M., & Gagne, C. (Eds). (1997). *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Spaniol, L., Koehler, M., & Hutchinson, D. (1994, 2009). *The recovery workbook: Practical coping and empowerment strategies for people with psychiatric disability, Revised edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Spaniol, L., Koehler, M., Hutchinson, D., & Restrepo-Toro, M. (1999). *Recuperando la esperanza—Libro práctico*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Spaniol, L., McNamara, S., Gagne, C., & Forbess, R. (2009). *Group process guidelines for leading groups and classes*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Unger, K. V., Anthony, W. A., Sciarappa, K., & Rogers, E. S. (1991). Development and evaluation of a supported education program for young adults with long-term mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 838–842.

Formação e Assistência Técnica

A *Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation* providencia formação e assistência técnica com uma variedade de temas de “*Como fazer?*” destinada a melhorar o trabalho de cada profissional na Reabilitação Psiquiátrica, assim como a criação e implementação de programas e sistemas orientados para o *recovery*. Os 30 anos de experiência em formação e assistência técnica deste Centro permitem que os funcionários do mesmo e os colaboradores trabalhem juntamente consigo para adaptar o *How-to* a cada situação em particular.

A Formação e a Assistência Técnica incluem temas como:

Implementar o Processo de Reabilitação Psiquiátrica no seu programa;
Formar formadores e supervisores na Reabilitação Psiquiátrica e nas práticas do *recovery*;
Adquirir maior especialização em intervenções de Reabilitação Psiquiátrica a nível vocacional;

Desenvolver um sistema orientado para *recovery*;

Desenvolver normas e medidas para o sistema/programa orientado para *recovery*;

Tornar as intervenções tradicionais em Saúde Mental mais orientadas para o *recovery*;

Ser um “orientador com princípios” na Saúde Mental;

Implementar práticas baseadas em valores no seu contexto de trabalho;

Desenvolver um Centro Educativo de Recuperação no seu contexto de trabalho;

Disponibilizar serviços de educação apoiada a uma universidade;

Formar profissionais para ajudar as pessoas:

- A comprometer-se com o processo de ajuda;
- A ganhar inspiração/motivação;
- A escolher os seus próprios objectivos;
- A avaliar a sua autodeterminação de *readiness* para a mudança;
- A desenvolver a sua autodeterminação de *readiness* para a mudança.

Ensinar competências em turmas, grupos e em interacções individuais;

Executar planos direccionados ao utente;

Realizar gestão de casos (de cuidados);

Executar uma avaliação funcional e de recursos de suporte;

Desenvolver um currículo pré-profissional na reabilitação e no *recovery*;

Avaliar Processos de Formação de projectos e resultados;

Realizar a avaliação de um Programa;

Avaliar a importância e o significado de documentos de pesquisa;

Usar a Escala de *Empowerment* no seu contexto de trabalho;

Usar a Escala de *Recovery Promoting Relationship* no seu contexto de trabalho;

Usar um processo participativo de acção e investigação para desenvolver novos instrumentos.

Visite <http://www.bu.edu/cpr/training/> para mais informação sobre Consultadoria e Serviços de Formação disponíveis no *Center for Psychiatric Rehabilitation*.

Produtos e Publicações:

Para um estudo mais abrangente e aprofundado do Processo de Reabilitação Psiquiátrica, descrito neste documento, o *Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation* publicou alguns livros relacionados com o tema, tecnologia de treino e planos de formação, incluindo:

Tecnologia para a Formação de Profissionais:

Tecnologia de Treino de Reabilitação da *Readiness*;
Tecnologia de Treino para a Definição de uma Meta Global de Reabilitação
Tecnologia de Treino para a Avaliação Funcional
Tecnologia de Treino para o Ensino directo de Competências
Tecnologia de Treino para a Gestão de Casos

Cadernos de Exercícios para o Processo de Reabilitação Psiquiátrica:

Group Process Guidelines for Leading Groups and Classes
Activities for Assessing & Developing Readiness for Rehabilitation Services
Abriendo Caminos en Tu Vida
Career Planning Curriculum

Livros:

Psychiatric Rehabilitation, Second Edition
Principled Leadership in Mental Health Systems and Programs
Recovery from Severe Mental Illnesses: Volume 1
Recovery from Severe Mental Illnesses: Volume 2
Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability

Visite <http://www.bu.edu/cpr/products/> para aceder a uma listagem completa a descrição de produtos disponíveis a partir do *Center for Psychiatric Rehabilitation*.