

Plano Piloto em Saúde Mental

PDHL.MOZ - Manica - Moçambique

Relatório de Consultoria

Maurizio Costantino

(10.10 - 21.11.1999)

E' bem iniciar este relatório a partir do Seminário de Formação e Informação em Saúde Mental que teve lugar em Chimoio nos dias 11,12 e 13 de novembro 1999.

Foi no Seminário que foram analisadas e elaboradas as indicações de conteúdo e metodológicas para a implementação da investigação acção. Investigação-acção que constitui a base de conhecimentos e operacional para a realização do Plano Piloto em Saúde Mental na província de Manica.

Numa segunda parte do Relatório são apresentadas as características e os objectivos da Unidade Móvel de Saúde Mental (U.M.) que vá ser o grupo de trabalho para implementar a investigação-acção segundo as indicações do Plano operativo (Memorandum de acordo entre Direcção Provincial de Saúde -DPS- e PDHL.MOZ), da Consultoria e do Seminário.

O Seminário

Participaram ao Seminário, foram formados e foram as vezes formadores dos outros - cada um a partir das próprias experiências e papel institucional ou social - acerca 60 pessoas:

- Trabalhadores e dirigentes da saúde mental, da saúde comunitária e hospitalar da DPS, da DPCAS - Direcção Provincial da Coordenação da Acção Social - da província de Manica,
- Trabalhadores da saúde referentes pela saúde mental, médicos, directores distritais de saúde de todos os Distritos das zonas Centro e Norte da província e - para os mesmos distritos - trabalhadores e dirigentes da DPCAS,
- Médicos e dirigentes da AMETRAMO (Associação Médicos Tradicionais de Moçambique),
- Trabalhadores e dirigentes de associações envolvidas nas praticas contra a exclusão social. No especifico: Irmãs da Congregação Reparadora de Catandica e Cruz Vermelha de Moçambique da província de Manica
- Administradores da Cidade e dos Distritos,
- Técnicos e dirigentes do PDHL.MOZ/Manica.

A parte mais especificamente formativa articulou-se na proposta de:

- elementos de análise sobre as diferencias entre psiquiatria hospitalar e saúde mental comunitária, considerando as estruturas institucionais, as organizações e os estiles de trabalho, as técnicas utilizadas,
- elementos para permitir uma reflexão sobre o conceito de "Empresa Social", fazendo alusão à algumas experiências praticas contra a exclusão social e para a criação de actividades produtivas comunitárias.

Ao longo do Seminário foi criada uma alternância entre parte formativa, parte informativa, debate e elaboração de indicações.

Neste quadro - que testemunha da riqueza das experiências representadas ao Seminário - é importante sublinhar a contribuição dos Administradores Distritais. Para eles a saúde mental numa comunidade é um efeito da capacidade de construir - com a participação da comunidade inteira - um desenvolvimento equilibrado, humano e local.

As políticas de saúde ao nível local podem-se então implementar-se através do trabalho de "operadores e serviços comunitários" capazes de activar e fortalecer experiências úteis para a comunidade inteira (sobretudo de criação de empregos) e que devem ter também como finalidade a integração de pessoas desfavorecidas.

Os pontos salientes do Seminário.

1. Sobre as funções e o funcionamento do Centro Psiquiátrico do Chissui (CPC) e, em geral, **sobre o circuito do doente mental na província de Manica.**

- O 80% dos internados no CPC chega dos **Distritos urbanos** que tem um acesso mais fácil ao Hospital Provincial de Chimoio (HPC). O Banco de Socorro do HPC é o filtro pelos internamentos psiquiátricos.
- Em geral, os pacientes internados são acompanhados de algum membro da sua família. Os conjuntos desempenham tarefas de assistência.
- Os pacientes em regime de internamento são entre 15 e 20 por dia; o pessoal é de 19 pessoas (tempo inteiro). O *rate* pessoal/paciente é portanto igual a **1**.
- A **duração média** dos internamentos é alta (25 dias),
- Em média o pessoal técnico da SSM utiliza o **85%** do seu tempo de trabalho no CPC. As visitas de avaliação - praticamente diárias - têm características que não favorecem a autonomia pessoal dos doentes (institucionalização). As altas correspondem mais a uma necessidade dos familiares de retomar um papel activo na comunidade de origem, que a um melhoramento substancial das condições do paciente,
- No passado o trabalho para a **re- inserção de crónicos nas famílias** foi feito as vezes com bom resultados. A falta de meios de transporte pelos técnicos da SSM - e outras prioridades na utilização dos meios existentes - não permitiram a continuidade necessária nas relações com as famílias . Alguns pacientes regressarem no CPC, outros regressam quando os familiares não podem ocupar-se deles (machamba, colheita...).
- Em 1997 a SSM conseguiu garantir a regularidade das consultas externas, controlando assim o numero e a frequência dos internamentos. A falta de meios de transporte não parece uma razão suficiente para justificar a **baixa vertical do numero declarado** de pessoas atendidas em consulta entre 1997 (1600 pessoas) e 1998 (750).
- Concordou-se sobre o feito que **os custos do CPC são grandes e não sustentáveis** para a DPS. A Directora do Programa Nacional de Saúde Mental lembrou que o Programa não tem orçamento, que a saúde mental não é uma prioridade e que, neste momento, são mais de 100 as Unidades sanitárias fechadas por falta de recursos.
- Evidenciou-se também que a actual organização di trabalho no CPC não promove e valoriza os recursos humanos e os recursos materiais existentes.
Em particular foi motivo de preocupação o feito que os doentes que trabalham pela machamba - gerida de maneira profissional - não ganham nada e são portanto **utilizados como mão de obra gratuita** ("ergoterapia"?!?).
Os produtos da machamba não chegam sobre a mesa dos doentes.
- No âmbito da planificação para o futuro, primeira condição para falar de "iniciativas sustentáveis" **é uma boa utilização dos recursos humanos e materiais existentes.**
Útil neste sentido a experiência do Centro de Saúde Mental da Comunidade de Zimpeto (Maputo) com as visitas domiciliárias, a utilização e valorização das capacidades do pessoal auxiliar, a colaboração com a Acção Social e a diminuição dos internamentos no Hospital para os doentes com seguimento comunitário.

2. Experiências, problemas, exigências dos referentes distritais da Saúde Mental

Todos os referentes concordaram sobre:

- Garantir consultas externas com continuidade, também para fornecer o apoio necessário para a re-inserção dos pacientes depois dum internamento,

- Formar e capacitar o pessoal - clínico e não - para melhorar o acolhimento e o atendimento dos doentes mentais e os familiares em todas as Unidades Sanitárias,
- Trabalhar em integração com os referentes distritais da DPCAS e com todos outros intervenientes. Uma atenção particular deve ser atribuída ao trabalho dos Médicos Tradicionais: nos distritos rurais eles constituem a resposta sanitária mais conhecida e utilizada pela população.
- Organizar uma Enfermaria Psiquiátrica - ou utilizar algumas camas da Enfermaria Geral do HPC - para as emergências psiquiátricas (lembrar a experiência do HP de Pemba/Cabo Delgado),
- Ter duas camas pelas emergências psiquiátricas no Hospital Rural de Catandica para limitar os envios no HP de Chimoio,
- Existem já programas da repartição de saúde comunitária (RPC) da DPS que trabalham sobretudo através visitas domiciliares; a SSM è parte da RPC, as suas visitas domiciliare poderiam portanto ser programadas no âmbito das actividades da RPC (utilizando portanto os meios de transportes da DPS já disponibilizados),
- Organizar iniciativas culturais, de informação e comunicação social ao nível das comunidades, para lutar contra o estigma do doente mental e, em geral, contra a exclusão social das camadas desfavorecidas.

3. Trabalho integrado das equipas - institucionais e não - sobre casos e experiências concretas.

- A experiência das Irmãs de Catandica è exemplar pela qualidade do trabalho de assistência e promoção das pessoas marginalizadas, mais também para uma indicação de método no trabalho: è possível e também útil trabalhar colaborando fortemente com Instituições e pessoas de todo tipo (médicos hospitalares e tradicionais, administradores locais e organismos internacionais....),
- A experiência da Cruz Vermelha de Moçambique com a criança afectada pela guerra testemunha da necessidade de conhecer e interagir com os poderes localmente reconhecidos. Os médicos tradicionais - par alem das capacidades terapêuticas - tem um papel muito importante para **a coesão social da comunidade**.
A CVM evidenciou também a necessidade de programas comunitários de **criação de emprego e de formação profissional**, com a finalidade também da integração laboral das pessoas desfavorecidas.
- Foi sublinhada a necessidade de garantir uma comunicação regular entre os **diversos referentes** - institucionais e não - a partir de cada caso concreto, de cada usuário. Cada referente pode e deve aportar a própria competência, experiência profissional e humana.
- Todos concordaram sobre a necessidade - no trabalho comunitário - da ligação com os Comités Locais para o melhor conhecimento do contexto social e sanitário, mais também para a procura de respostas possíveis ao nível local.

O Seminário de Formação e Informação foi organizado com o titulo
"Saúde Mental e Desenvolvimento Humano Local"
 e desenvolveu-se também sob um segundo lema:
"Desenvolvimento Humano Local è Saúde Mental"

Unidade Móvel para a investigação-acção em saúde mental

DPS, DPCAS, PDHL.MOZ concordam para a constituição formal dum grupo de trabalho chamado Unidade Móvel (UM) para a implementação duma investigação-acção em saúde mental.

A investigação-acção representa o instrumento operativo para a implementação do Plano Piloto em Saúde Mental na Província de Manica.

Fazem parte da Unidade Móvel:

- Referente da DPS para o PDHL.MOZ (Sra Joana Alho)
- Secção Saúde Mental da DPS (Sr. F.Modas e Dr. F.Cardoso)
- Repartição Saúde Comunitária da DPS (Sr.....)
- Referente da DPCAS para o PDHL.MOZ (Sr. C.Diquirombe)
- Programa ABC/DPCAS (Apoio Baseado na Comunidade - S.ras T. Gaspar e P.Faftine)
- Medico Tradicional da A.Me.Tra.Mo. (Sr. Mario F. Guacho)
- Representantes da Cruz Vermelha de Moçambique (Dr. E. Queirol) e das Irmãs Reparadoras (Irma Fernanda), como expressões da sociedade civil activa no trabalho comunitário contra a exclusão social
- Health Officer do PDHL.MOZ (Dra F.Varela)

Tarefas da UM

1. Recolha e análise de novos elementos sobre o Circuito dos pacientes na Província, com atenção particular para:

- A) as diferentes características das necessidades e nas respostas para as populações urbanas e rurais,
- B) melhor conhecimento da rede de Médicos Tradicionais, para o desenvolvimento dum trabalho conjunto com os doentes conhecidos para ambos os circuitos (publico e tradicional).

2. Re-inserção social de pacientes “crónicos” .

Para 5 pacientes internados no CPC - e para outros 5 que foram reintegrado nas famílias nos últimos seis meses - organizar formas de trabalho integrado entre saúde mental, comunitária, acção social, médicos tradicionais, líderes comunitários e voluntários, para organizar e acompanhar a re-integração na família e na comunidade.

3. Trabalho comunitário integrado: consultas de saúde mental e visitas domiciliareis.

Garantir o desenvolvimento de consultas de saúde mental nos 3 Centros de Saúde, no Hospital Provincial de Chimoio e no Centro de Saúde de Gondola através a utilização duma motorizada disponibilizada pelo PDHL.MOZ.

As consultas de saúde mental são inter-disciplinares. Sob a responsabilidade dum clinico de saúde mental, participam nas consultas e nas visitas trabalhadores da Acção Social, activistas comunitários e voluntários. O objectivo das consultas e das visita domiciliareis é a avaliação clinica da situação do doente, mas também de fornecer ajuda concreta para os aspeitos materiais, afectivos e de exclusão social do doente e da sua família.

Utilizando ao melhor os recursos existentes e disponibilizados é possível garantir, através dum plano de trabalho semanal e publico:

- A) uma sessão de consultas para cada Centro de Saúde e no Hospital Provincial de Chimoio,
- B) uma sessão de consultas no Centro de Saúde de Gondola,
- C) dois sessões de visitas domiciliareis na cidade de Chimoio.

Resultado esperado deste sistema de consultas e visitas é a redução do numero e da duração dos internamentos no CPC.

3a) Trabalho comunitário a partir dos doentes “agudos” internados no CPC.

As forcas e as competências representadas na UM permitem de iniciar um trabalho para reduzir o tempo do internamento dos doentes, também através da planificação do acompanhamento necessário para permitir a mais rápida re-inserção social e na família.

3b) Implementação das relações entre SSM e Centro de Saúde de Manica (organização de consultas de saúde mental).

O 20% dos internados no CPC chegam do Distrito de Manica.

O pessoal do Centro de Saúde tem experiências e motivações para desenvolver um trabalho de

saúde mental.

E' possível garantir uma sessão de consultas e uma de visitas domiciliaries por semana.

3c) No Distrito de Manica: ligação com experiências de luta à exclusão social.

Manica é Distrito de experimentação do “Programa Integrado” dos Ministérios do Trabalho, da Coordenação da Acção Social, da Juventude.

Objectivo do Programa – gerido pela Comissão Provincial - é a re-inserção de camadas desfavorecidas.

A SSM e a Unidade Móvel podem propor a própria colaboração ao Programa e procurar ocasiões de integração social e no trabalho de doentes mentais.

Os resultados do trabalho da UM sobre os pontos 2. e 3. deveram ser avaliados também come formação no terreno de todas as pessoas envolvidas (sobre a capacidade de realizar um trabalho integrado com e nas comunidades, com os organismos institucionais, aqueles tradicionais, os Comités locais – ver também o ponto 7.)

4. Trabalho descentralizado da U.M. no Distrito de Barue.

Existem no Distrito uma serie de forcas e experiências que trabalham:

- no acolhimento, no atendimento e na cura de doentes mentais,
- no acolhimento e para a promoção de pessoas desfavorecidas (órfãos, mulheres, jovens marginalizados, etc.)
- na formação ao trabalho e para a criação de actividades produtivas de pessoas desfavorecidas.

As experiências e organizações – institucionais e não – já activas são:

o Programa de Formação e Inserção no Trabalho da DPCAS (cursos de formação já concluídos), as Irmãs Reparadoras, o Hospital Rural da DPS, o Medico Tradicional Sr. Mário Felipe Guacho, a Cruz Vermelha de Moçambique.

A Unidade Móvel pode apoiar-se com estas realidades, e também promover uma ligação entre elas para realizar acções comuns.

5. Activar-se e activar para a realização duma campanha cultural contra a exclusão social.

Existem na Província experiências de reconstrução do direito a viver na comunidade (crianças, mulheres, desmobilizados, refugiados.....).

Existem organismos e associações culturais que podem produzir material (peças teatrais, vídeos, entrevistas, etc.) para uma campanha sobre o tema:

“ tem espaço para todos na comunidade? ”

A UM pode recolher as sugestões e pode endereçar uma campanha feita para atingir todas as comunidades a partir da reconstrução de histórias verdadeiras de pessoas desfavorecidas e dos seus caminhos para ter um papel reconhecido na comunidade.

6. Promover a ligação sobre tudo com a componente DEL (Desenvolvimento Económico Local) do PDHL.MOZ e com todas as forças económicas, culturais, educativas e de formação profissional activas na comunidade para a promoção de **“Empresa Social”** (ver anexo 2.)

7. Formação.

- Organizar cursos de formação e capacitação para o pessoal das Unidades Sanitárias da Província sobre o acolhimento e o atendimento hospitalar e comunitário do doente mental. Os cursos deveriam caracterizar-se sobretudo como Cursos *on service e on the job*. (Experimentar a ficha em anexo 1.)
- A mesma U.M. poderá ser sujeito /objecto duma iniciativa de formação para implementar as suas capacidades de auto-avaliação de equipe. Nesta actividade a U.M. poderá envolver pessoas úteis e significativas da província. Objecto da auto-avaliação poderá ser o trabalho da UM nos primeiros meses da sua actividade.
- As análises, as propostas de trabalho resultados do processo de auto-avaliação podaram constituir a base para a organização dum IIº Seminário Provincial

Algumas conclusões

Uma nova e mais moderna organização do circuito psiquiátrico e de saúde mental poderá ser o resultado do Plano Piloto.

Esta nova organização - tendo em conta também da necessidade de controlo dos custos - poderá ser o resultado da investigação - acção e do melhor conhecimento das necessidades e potencialidades comunitárias.

Um melhoramento das prestações e uma contemporânea redução dos custos è (talvez) possível através a valorização dos recursos materiais, profissionais e humanos existentes.

No específico parece oportuno:

o Hospital provincial de Chimoio ter algumas camas pelas **emergências** psiquiátricas. Estas camas (6/8) poderiam fazer parte duma Enfermaria Psiquiátrica autónoma ou da Enfermaria Geral. Em ambos os casos poderia ser utilizada uma parte do pessoal do CPC.

De toda maneira, si o objectivo destes internamentos no HPC è a assistência 24 horas pelo tempo limitado da emergência, è necessário organizar um polo comunitário de referencia pelo seguimento pós - alta.

Este polo - Centro de Saúde Mental na Comunidade - tem o seu espaço natural num Centro de Saúde da Cidade de Chimoio.

O **Centro de Saúde Mental** num Centro de Saúde poderia constituir o instrumento para realizar a ligação entre a emergência (internamento) e a comunidade de origem (acompanhamento).

O Centro de Saúde Mental com a sua equipe (aberta - para a integração com todos os referentes comunitários) è a estrutura para a prevenção, cura e reabilitação em saúde mental comunitária.

O terceiro polo desta articulação poderia ser constituído para uma Rede de iniciativas de produção económica, formação profissional e integração ao trabalho.

Iniciativas económicas no mercado real (salários, direitos, qualidade dos produtos, concorrência...). Um exemplo desta possível diferente utilização dos recursos è o Centro Psiquiátrico do Chissui que foi - e poderia ser no futuro - uma empresa agrícola rentável e finalizada também para a integração social de pessoas desfavorecidas.

Sobre estes pensamentos desenvolveu-se um dialogo rico entre as autoridades locais - sobretudo os Directores Provinciais da Saúde da Acção Social e do Trabalho, o PDHL.MOZ e o Consultor, verificando consonância de opiniões.

Em particular, em relação ao "terceiro polo" - rede de iniciativas económicas para a re-inserção social e no trabalho, claros ficaram o interesse e a vontade de operar praticamente exprimida para o Senhor Governador da Província de Manica.

Para concluir este Relatório parece útil sublinhar o valor, o significado que podem ter os Estágios de Formação que já estão previstos no plano operativo da investigação-acção.

E' opinião do Consultor que deveria ser prevista também a possibilidade de enviar em Manica, para colaborar com a U.M., operadores, *juniors* como idade, mais com fortes experiências de trabalho contra a exclusão social (com particular atenção ao trabalho nas estruturas asilares).

Estes **expertos juniors** poderiam compartilhar no terreno aquelas experiências (desamarar um doente, não utilizar a cela de isolamento, etc.) que constituem uma base para garantir mudanças sustentáveis no plano da organização institucional.

Anexo 1.

Experimentação de:

FICHA INDIVIDUAL DO PACIENTE (INTERNADO)

(Historia social psiquiátrica)

Data.....

Historia N.....

Nome.....

Idade.....**Sexo**.....**Nacionalidade**.....

Natural.....

Filiação.....**e de**.....

Estado civil.....**Escolaridade**.....

Residência.....

Distrito de.....**Província**.....

Diagnostico e motivo do internamento.....

.....

.....

Antes do internamento foi tratado pelos médicos tradicionais?.....

Para quem e aonde?.....
.....

Antecedentes patológicos pessoais.....
.....

Historia escolar:
.....
.....

Profissão.....
Local de trabalho.....

Historia laboral:
.....
.....
.....

Relações afectivas e sociais mais importantes:
.....
.....
.....
.....

O que e' que os trabalhadores sabem da família.....
.....
.....
.....
.....

O que o paciente pensa, diz das sua relações familiares.....
.....
.....
.....

.....
.....

O doente tem um acompanhante (s), quem.....

Ao longo do internamento o paciente teve visitas ? quem?.....

.....
.....
.....

Como esta neste momento? Toma medicamentos?.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Como é que o doente sente e descreve a (sua) situação: problemas, necessidades, desejos, expectativas?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Que faz o paciente ao longo do dia? Qual actividade, quanto tempo cada dia e com qual envolvimento (prazer)?.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quais são, na opinião dos trabalhadores do Centro:

1. as habilidades do paciente.....
.....
.....
2. os seus interesses principais.....
.....
.....
3. o problema mais importante que precisa tentar de resolver.....
.....
.....
.....

Para concluir, qual deveria ser o programa terapêutico, e quais as pessoas e as instituições que precisa envolver?.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Anexo 2.

Maurizio COSTANTINO *

**Algumas considerações sobre o tema
“integração social e ao trabalho”
de jovens doentes mentais, toxicodependentes
e, em geral, marginalizados.**

(“Formação, formação profissional, criação de pequenas associações produtivas, inserção ao trabalho”, aliás “**Empresa social**”.)

Premissa

Na realidade social o aspecto que mais preocupa e marginaliza, sobretudo os jovens, é a falta de ocupação.

Isso é ainda mais verdadeiro num país que desenvolve-se muito rapidamente, onde uma grande parte da população tem um acesso limitado aos instrumentos que são necessários para participar ao desenvolvimento (que deveria ser, e pode ser, no mesmo tempo, económico, cultural, psicológico e social).

Em particular os jovens doentes mentais, toxicodependentes e, em geral, marginalizados e marginais, sofrem dos mesmos problemas que sofre uma parte importante da população : baixos níveis culturais em relação as exigências do mercado, formação profissional frequentemente desligada das possibilidades de trabalho, ausência de ajudas económicas para empreender.

E' experiência de todos os trabalhadores psiquiátricos o feito que problemas de sobrevivência acompanham quase sempre o manifestar-se de doenças mentais ou de múltiplas formas de marginalidade.

E' à partir da existência desses problemas gerais que uma comunidade **não tem o espaço** - económico, físico, psicológico - para integrar as pessoas que têm **também** graves problemas pessoais.

E a partir da existência desses limites que afectam todos os membros da comunidade, que nascem e se estruturam os mecanismos de rejeição dos mais fracos, que vão ficar – “improdutivos”, não úteis, as vezes “assistidos” – aos margens da comunidade.

Assistir

Nesse contexto normalmente os serviços públicos limitam-se, quando têm os recursos, à “assistir”. Mas, a assistência tem o grande limite de **imobilizar** os usuários na posição de “assistidos”.

A assistência é uma intervenção que pode ajudar para sair duma situação difícil, mas que não contribui ao desenvolvimento do usuário na direcção da sua autonomia

Em outros termos a assistência não muda a quantidade e a qualidade da demanda de ajuda que uma população exprime aos serviços públicos.

Empreender

Portanto uma política de saúde que pretende intervir ao nível primário (a saber sobre as condições que são na base do sofrimento, condições que, **não mudando no tempo**, contribuem à “cronicização”) deve tentar de construir respostas praticas aos problemas reais duma comunidade e dos seus grupos “à risco”

Cultura, trabalho e dinheiro parecem de fato os mais potentes instrumentos que podem dar a cada pessoa o sentido da sua dignidade e do seu “valor” na comunidade.

A “**Empresa social**” è um conjunto de actividades que mira ao desenvolvimento da autonomia de uma comunidade e dos seus citadoas usuários dos serviços públicos.

“**Empresa**”, porque mira à ser uma realidade juridicamente autónoma e economicamente produtiva no mercado.

“**Social**”, porque tem como objectivo a reintegração social e ao trabalho das pessoas “à risco”.

“**Social**”, também porque pode ser um instrumento de articulação dos Serviços públicos com uma comunidade, numa comunidade. Articulação necessária porque um Serviço publico não possui, sozinho, os recursos que precisam para uma integração concreta dos seus usuários (integração material, física, que è base necessária para uma integração psicossocial).

“Integração social e ao trabalho”.

Os processos de integração têm 3 sujeitos/objectos:

- 1) os **doentes**; para (re)construir, á partir das expectativas que eles e as famílias têm, as **capacidades** que são necessárias para produzir e trocar aquilo que è considerado útil na comunidade (no mercado em geral),
- 2) a **comunidade**, desenvolvendo as potencialidades, a demanda de formação e de trabalho que existem. E’ um trabalho de construção de **possibilidades** (envolvimento de todos os recursos que podem contribuir para à criação de pequenas empresas),
- 3) os **serviços** públicos. Nessa perspectiva de ligação entre doentes - grupos “à risco “ - comunidade, **central** è o papel das equipas (de saúde mental). O objectivo, de fato, è pratico: è criar situações integradas, situações naqueles as pessoas devem aprender à resolver problemas, sem excluir alguém. E’ uma experiência nova e todos precisam aprender como fazer.
O motor desse trabalho è o trabalhador da saúde, se o motor não gira.....

Características do trabalho pela integração social e laboral

1. Os processos de integração obrigam - e no mesmo tempo permitem - um trabalho à 360 grãos:
 - doentes,
 - pessoal de saúde mental,
 - pessoal da saúde em geral,

- serviços sociais,
- grupos “à risco”,
- autoridades políticas e administrativas da comunidade e, as vezes, ao nível central,
- estruturas educativas e de formação profissional,
- associações, igrejas, ONGS,
- empresas económicas,
- intelectuais, artistas, comunicação social e medias....)

2. **Os processos de integração são reais quando mudam as condições concretas de vida das pessoas envolvidas.**

3. **Três níveis devem e podem ser trabalhados numa maneira sincronizada:**

- formação profissional,
- criação de empresa,
- inserção ao trabalho (1 pessoa marginalizada cada 4/5 pessoas, pode ser uma percentagem aceitável).

Objectivos

O objectivo primário è:

construir a possibilidade para todas as pessoas envolvidas de ter um papel reconhecido de trabalhador , (ex.: se uma pessoa pode trabalhar uma hora só, cada dia, que esta hora de trabalho seja formalmente reconhecida).

Como atingir o objectivo?

- 1) trabalho para identificar e envolver os doentes jovens que podem ser interessados,
- 2) trabalho com a comunidade, ao nível institucional e não formal também, para identificar pessoas marginais e pessoas normais que poderiam ser interessados e envolvidos,
- 3) convenções com empresas - sobretudo de tipo "cooperativas", mas não só - para que eles garantirem:
 - terreno de estágios para a formação profissional,
 - formadores especializados no assunto,
 - formação e consultoria para a criação, organização e primeiro desenvolvimento de pequenas estruturas produtivas,
 - inserção no mercado (venda dos produtos, administração...)
- 4) trabalho em grupo (trabalhadores, usuários, jovens envolvidos) para analisar a situação, identificar as expectativas, definir as prioridades e as formas de associação, procurar os recursos necessários para o tipo de actividade económica que pretende-se desenvolver juntos,
- 5) Avaliação periódica e continua em equipa do desenvolvimento do trabalho no terreno, trabalho sobre o mapa dos recursos.....

Outro aspeto que pode ser desenvolvido : **pre-formação** (educação não formal):

- utilizar organismos e estruturas da comunidade,
- propor e organizar a utilização da comunidade de algumas estruturas dos Serviços públicos,

para desenvolver actividades como alfabetização, ergoterapia com venda dos produtos, actividades culturais tipo teatro, musica..... Estas actividades podem ser integradas entre elas e integrar doentes, grupos “à risco, população e/ou ser desenvolvidas em colaboração com grupos teatrais, musicais.....

A socialização e a preparação para uma futura formação são as finalidades destas actividades.

Conclusões

Um efeito relevante deste tipo de trabalho para a integração social dos usuários dum Serviço, é o desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores (da saúde, da acção social) como “dinamizadores” (dos doentes, da comunidade, dos próprios Serviços).

Este trabalho pode produzir resultados só se o pessoal **esta na comunidade**.

Um efeito dessa presença activa é o **reconhecimento** para a comunidade do Serviço, da sua função, e sobretudo da sua **utilidade** na vida do dia à dia da comunidade .

Esta capacidade do pessoal e dum Serviço de criar-se um espaço, um papel activo e reconhecido na comunidade, constituem a integração do Serviço na comunidade.

Esta integração è condição para promover - na pratica - a integração dos usuários.

- **Consultor da UNOPS – PDHL/MOZ
Plano Piloto em Saúde Mental da Província de Manica**

Anexos 3 e 4.

Doentes internados no Centro Psiquiátrico do Chissui (CPC)
para Distrito de proveniência. Ano 1998.

	Chimoi o Cidade	Manic a	Gondo la	Tambar a	Guro	Macos sa	Barue	Macha ze	Mos suriz	Sussun d.	Outras * Provinc.	Outros Países
Janeir	22	2	3		4	1	4			1	3	1
Fevrer	6	2	2	1	2							
Marco	5	1	5		1		1				3	
Abril	15	4	3								1	1
Maior	10	5	1									
Junho	8	7	2								2	
Julho	23	6	4				3			1	4	
Agost	15	3		1			1			1		
Setem bro	17	4	3		3					1		
Outubr	10	2			1							

o												
Novemb.	13	3	2		2			1		1	2	
Dezemb.	10	4	3	1							2	
277 Total	154	43	28	3	13	1	9	1	0	5	17	2
	55,6%	15,5%	10,1%	1,1%	4,7%	0,3%	3,2%	0,3%		1,8%	6,1%	0,7%

Fonte: CPC, processos de internamento.

* Os doentes de outras províncias são respectivamente, Sofala: 12, Maputo: 1, Tete: 4.

	Chimoio o Cidade	Manica	Gondola	Tambora	Guro	Macossa	Barue	Machaze	Mossuriz	Sussund.	Outras * Províncias	Outros Países
Janeir	17	2	3	1	1	1	2				2	
Fevre	9	2	2		1			1		1		
Marc	7	1	5							1	3	
Abril	7	4	3							1	1	
Maio	7	5	1		2					1		
Junho	17	8	2								2	1
124 Total	64	22	16	1	4	1	2	1	0	4	8	1
	51,6%	17,7%	12,9%	0,08%	3,3%	0,08%	1,61%	0,08%		3,22%	6,45%	0,08%

Doentes internados no Centro Psiquiátrico do Chissui (CPC)
para Distrito de proveniência.
Primeiro semestre 1999.

Fonte: CPC, processos de internamento.

* doentes de outras províncias: Sofala: 8.