

CÍRCULO DE DIÁLOGOS E PARTILHA SOBRE A COVID-19

RELATÓRIO DE PROJETO



Círculo de Diálogos e Partilha sobre a COVID-19

Relatório de Projeto

**Ana Isabel Pereira | Beatriz Carvalho | Manuel Felino |
Catarina Veiga Fernandes | Maria Emília Marques**

FICHA TÉCNICA

AUTORES

Ana Isabel Pereira (ORCID 0009-0009-7711-9345)

Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa-Instituto Universitário
APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Ispa-
Instituto Universitário

Beatriz Carvalho

Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa-Instituto Universitário

Manuel Felino

Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa-Instituto Universitário

Catarina Veiga Fernandes

Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa-Instituto Universitário

Maria Emília Marques (ORCID 0000-0002-6159-9227)

Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa-Instituto Universitário
APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Ispa-
Instituto Universitário

TÍTULO: Círculo de Diálogos e Partilha sobre a COVID-19: Relatório de Projeto

PROJETO: Círculo de Diálogos e Partilha sobre a COVID-19

APOIO FINANCEIRO: Médicos Sem Fronteiras Portugal e AppsyCI - Applied Psychology Research Center Capabilities and Inclusion - reference: FCT/UIDB/05299/2020

CORRESPONDÊNCIA: A correspondência respeitante a este relatório deve ser dirigida a Ana Isabel Pereira, AppsyCI, Ispa - Instituto Universitário: amathias@ispa.pt

COMO CITAR ESTE DOCUMENTO

Pereira, A.I., Carvalho, B., Felino, M., Fernandes, C. & Marques, M. E. (2023). Círculo de Diálogos e Partilha sobre a COVID-19: Relatório de Projeto. [ebook]

RESUMO

No presente relatório pretendemos divulgar a implementação de um projeto de intervenção em saúde mental comunitária, psicanalítica e culturalmente informado, junto de populações vulnerabilizadas da área metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo, maioritariamente populações migrantes, desenvolvido em parceria pelo Centro de Etnopsicologia Clínica (CEC) do Ispa com a Médicos Sem Fronteiras (MSF), no âmbito da prevenção da Covid-19,

O projeto teve como objetivo uma resposta às queixas de sofrimento psicológico identificadas pelas populações no âmbito do contexto pandémico, utilizando como alavanca terapêutica os recursos culturais das próprias comunidades. Para além da criação de respostas clínicas diretas aos beneficiários, o projeto desenvolveu também, junto da equipa MSF e líderes das comunidades no terreno, um trabalho de sensibilização e capacitação em saúde mental.

A metodologia do projeto, inscrita nas conceções de investigação desenvolvidas pelo CEC, inclui a passagem da investigação para a intervenção e explora também a passagem de um serviço tradicionalmente de segunda linha para um serviço de prevenção/primeira linha.

Este projeto permite discutir a criação de metodologias de intervenção onde as próprias comunidades participam em todas as fases de conceção, implementação e avaliação das atividades e onde os aspetos ligados ao trabalho de resgate da subjetividade em contextos de emergência/crise podem ter um lugar central.

Palavras-Chave: Covid-19, Saúde Mental, Psicanálise, Migrantes

ABSTRACT

In this report we intend to disseminate the implementation of a community mental health intervention project, psychoanalytically informed, developed in partnership by the Center for Clinical Ethnopsychology of Ispa and Doctors Without Borders, with vulnerable populations of the metropolitan area of Lisbon, mostly migrant populations, in the context of the prevention of Covid-19.

The project aimed to respond to the needs of psychological distress identified by populations within the context of the pandemic context, using as therapeutic leverage the cultural resources of the communities themselves. In addition to the creation of direct clinical responses to beneficiaries, the project also developed, with Doctors without Borders' team and community leaders on the ground, a work of awareness and training in mental health.

The project methodology, inscribed in a psychanalytic and culturally informed research frame, includes the transition from research to intervention and also explores the transition from a second-line service to a prevention/first line service.

Key-Words: Covid-19, Mental Health, Psychoanalysis, Migrants

SUMÁRIO

01. Enquadramento do Projeto

02. Implementação do Projeto

03. Indicadores de Execução

04. Avaliação de Impacto

05. Considerações Finais

06. Discussão e Conclusão

07. Referências

ENQUADRAMENTO DO PROJETO



O Centro De Etnopsicologia Clínica: Princípios Orientadores e Metodológicos

O Centro de Etnopsicologia Clínica (CEC) é um centro de investigação e intervenção sediado no Ispa, integrado na APPsyCI - Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, financiada pela FCT.

Iniciou a sua atividade em 2012 através de um grupo multidisciplinar, constituído por psicólogos, psicanalistas, antropólogos e sociólogos, unidos na procura de respostas face às dificuldades sentidas pelos migrantes no acesso à saúde e à educação e às queixas por parte das instituições face à fraca adesão dos seus utentes aos projetos de acolhimento e integração. Desde 2012 tem tido a sua atividade financiada por parceiros nacionais e internacionais.

O grupo constituiu-se e tem-se desenvolvido através da moldura conceptual Etnopsicanalítica. O interesse do pensamento psicanalítico sobre o coletivo, os grupos, o social e o cultural, remonta aos escritos de Freud (Freud, 1912/1969, 1921/1969, 1929/1969), tendo sido particularmente desenvolvido e conceptualizado num enquadramento diferenciado com Devereux (1953, 1967, 1981) que propôs uma nova disciplina, a Etnopsicanálise, que integra atualmente as questões culturais na prática clínica, sublinhando a sua influência no desenvolvimento da personalidade e nas dinâmicas inconscientes.

Esta disciplina foi-se edificando a partir do princípio do complementarismo (Devereux, 1967, 1981) assente numa lógica dialética entre a antropologia e a psicanálise. Reinterpretando o complementarismo de Devereux, Tobie Nathan (Nathan & Stengers, 1999/2004), propôs a sua utilização como uma técnica de intervenção clínica nas psicoterapias transculturais, através de um diálogo entre os conflitos inconscientes, as dinâmicas familiares e as dinâmicas culturais, incluindo representações e práticas em torno das representações de doença, saúde e cura de cada cultura. As suas teorizações deram lugar a novas reformulações conceptuais, lideradas por Marie Rose Moro (Moro et al, 2006; Sturm, Baubet & Moro, 2010) com enfoque no mundo psíquico das comunidades deslocadas. A autora mantém o pressuposto de um diálogo a dois níveis, contudo considera que o lugar terapêutico não é o da reconstrução de um envelope cultural previamente existente, proposta de Nathan, mas o da abertura a um diálogo sobre diferentes sistemas de representações, co-construindo novos significados e articulações entre diferentes sistemas e, assim, sublinhando o lugar transformador e potencial da integração de culturas diferentes. Partindo desta ideia de potencialidade, o CEC tem procurado articular as formulações da Etnopsicanálise com construtos bionianos, nomeadamente a Teoria das Transformações. De acordo com Bion (1965/1984), através da ampliação da capacidade de tolerar a ansiedade e a frustração, que aumenta a capacidade para pensar, é possível um trabalho de integração de emoções intensas e incompreensíveis.

Ora, quer a experiência migratória, quer a experiência de exclusão social, quer a experiência de trauma e catástrofe inerentes a uma pandemia, colocam em marcha descontinuidades sociais, relacionais e psíquicas que podem adquirir impactos avassaladores. O mundo atual, globalizado e paradoxalmente clivado, ergue cenários vários de crise, catástrofe e emergência – crise económica, crise migratória, crise de refugiados, crise climática, guerras, fome, pobreza, precariedade.

As metodologias habituais de intervenção na crise e catástrofe (Organização Mundial de Saúde, 2015; World Health Organization Press, 2012), tendem à exclusão dos aspetos subjetivos, colocando o enfoque em técnicas que economizem tempo e recursos, valorizando estratégias de diminuição de sintomas físicos do sofrimento, por exemplo, o que acarreta riscos de excesso de patologização e sobremedicação, como é exemplo a evolução histórica da categoria de Stress Pós-Traumático.

Sendo o CEC um grupo com inscrição acadêmica e de inspiração psicanalítica, tem mantido a sua posição crítica sobre modelos de atuação hegemônicos e desenvolvido a sua atividade sempre amparado na interdependência investigação-ação, procurando reformular perspectivas em torno da intervenção com comunidades nestes contextos (migratórios, de crise, etc.) através da integração dos instrumentos e recursos da clínica, nomeadamente os bionianos, a saber: a função continente, a capacidade de metabolização das emoções, a subjetividade, a criação intersubjetiva, a simbolização, entre outros (Bion, 1984/1965).

Fruto desta articulação, o CEC reatualiza e reformula, num movimento contínuo, o seu posicionamento epistemológico e metodológico (Devereux, 1967; Habermas, 1993/1968; Halton, 2019; Hinshelwood & Skogstad, 2000; Hollway, 2010; Hollway & Jefferson, 2008), tendo vindo a definir como **princípios orientadores**, os seguintes:

a) Oferecer um atendimento clínico competente e respeitoso das pertencas sociais e culturais, nomeadamente através do uso da língua de origem e/ou duma língua veicular, com recurso à mediação cultural clínica sempre que necessário;

b) Integrar na intervenção os conhecimentos antropológicos sobre os países de origem das comunidades com quem trabalha, as suas instituições e os processos histórico-políticos, bem como as manifestações do sofrimento, as representações da doença e da saúde e os sistemas terapêuticos locais;

c) Considerar as dimensões específicas da experiência migratória e transcultural, nomeadamente no que diz respeito aos processos intergeracionais e à interação com as instituições do país de acolhimento;

d) Repensar reflexivamente as categorias e os instrumentos próprios da psicologia e do atendimento psicossocial, com vista a evitar o excesso de patologização do sofrimento e da história do sujeito;

e) Analisar de forma crítica as situações de violência estrutural no país de origem, mas também no país de acolhimento (situações de precariedade, injustiça ou racismo, discriminação institucional) com vista a proporcionar uma intervenção capaz de integrar o contexto social e institucional;

f) Considerar o impacto pessoal e emocional dos agentes envolvidos no acolhimento e integração como fator relevante onde se configuram, de forma conflitual, diferentes representações de si e do outro, e diferentes representações de poder que determinam modalidades de relação assimétricas.

Para a implementação dos seus objetivos, o CEC segue os seguintes **princípios metodológicos**:

(1) Abordagem Co-Construtiva (Bermudez, 2019; Bragin, 2021; Bruns & Barron, 2022; Habermas, 1993/1968; Hollway, 2010; Hollway & Jefferson, 2008; Junior & Ribeiro, 2009; Marino & Neto, 2019): Todos os projetos do CEC dependem de um diagnóstico de necessidades que inclui elementos da população-alvo e todas as ações delineadas decorrem desse diagnóstico, incluindo, na sua conceção e na sua execução, membros da comunidade e profissionais, numa lógica de co-construção .

(2) Abordagem Não Diretiva (Hollway, 2010; Hollway & Jefferson, 2008): As metodologias do CEC não incluem abordagens diretivas, privilegiam, em contrapartida, dispositivos que favorecem as narrativas livres e abertas das pessoas das comunidades e das instituições, por forma a aceder a fenómenos e resistências que permanecem muitas vezes nas dinâmicas de forma velada.

(3) Abordagem Complementarista e Transdisciplinar (Devereux, 1967; Moro et al, 2006; Sturm, Baubet & Moro, 2010): Toda a intervenção do CEC tem sido dirigida tendo em conta princípios de complementaridade disciplinar. O CEC é constituído por uma equipa integrada por psicólogos, psiquiatras, antropólogos, sociólogos e consultores em diversas áreas, apostando na construção conjunta de significados para as diferentes expressões da vulnerabilidade psicossocial, por forma a criar metodologias mais compreensivas e próximas das populações, favorecendo acessos e reconfigurando resistências.

(4) Abordagem Multinível (Butler et al., 2017): A implementação estratégica do CEC considera diferentes níveis de intervenção, de um nível macro para um nível de resposta individualizado, terminando num nível de intervenção menos direto, de monitorização, mas que permite a reatualização de práticas e saberes e a disseminação do próprio modelo.

(5) Abordagem Multissistémica (Butler et al., 2017): Para além de operar em diferentes níveis e com diferentes profissionais, o CEC procura integrar a dinâmica (e criar uma dinâmica) entre os diferentes sistemas, tendo em conta a interconectividade de diferentes fatores na construção da vulnerabilidade. Assim sendo, só operando na dinâmica entre o cultural, o social, o institucional e o individual podem ser co-construídas estratégias de diversificação quer na saúde, quer na educação, implementando redes de contacto e comunicação, diminuindo barreiras de acesso e reforçando estratégias locais, de proximidade, evitando os circuitos que agudizam as exclusões pela falta de diversidade e sensibilidade metodológica.

Do ponto de vista da investigação, o CEC reúne atualmente trabalhos sobre a reconstrução da subjetividade nos diferentes percursos migratórios, com enfoque nos processos identitários e transgeracionais, e sobre as instituições de acolhimento e apoio social e suas dinâmicas. Para além do trabalho de investigação, o CEC disponibiliza à comunidade serviços clínicos e de consultoria, sempre sustentados no desenvolvimento dos seus trabalhos de cariz académico. A atividade clínica do CEC constituiu-se como uma resposta de segunda linha, quando projetos psicoterapêuticos, educativos e/ou de acolhimento encontram impasses e resistências, reivindicando a integração de competências transculturais.

Para o presente projeto, de cariz comunitário, foram repensadas as necessidades, em co-construção com as próprias comunidades e com MSF, reformulando a intervenção e operando uma passagem de um serviço de segunda linha para um serviço de primeira linha, pondo em diálogo as técnicas e o setting da clínica transcultural de inspiração psicanalítica e os contextos de crise e emergência. Das suas abordagens correntes, foram aplicados o seu enquadramento teórico, epistemológico e metodológico (Devereux, 1967; Habermas, 1993/1968; Hollway, 2010; Hollway & Jefferson, 2008), os instrumentos e conhecimentos sobre a população-alvo, a sensibilidade e competência culturais do grupo (Moro et al., 2006).





A Médicos Sem Fronteiras

A Médicos Sem Fronteiras (MSF) é uma organização médica humanitária, sem fins lucrativos e autofinanciada, que presta assistência médica a populações em risco, às vítimas de catástrofes naturais ou provocadas pelo homem e às vítimas de conflitos armados. Foi fundada em 1971 por um grupo de médicos e jornalistas com o objetivo de estabelecer uma organização independente focada na assistência médica de emergência e no debate sobre as causas do sofrimento humano. O trabalho da MSF baseia-se em princípios humanitários de ética médica, bem como na imparcialidade, independência e neutralidade, mantendo simultaneamente o seu compromisso de testemunhar e denunciar (Borges, J. et al, 2021).

Em 1999, a MSF recebeu o Prémio Nobel da Paz «em reconhecimento do trabalho humanitário pioneiro da organização em vários continentes» e na homenagem à equipa médica que tratou dezenas de milhões de pessoas (Borges, J. et al, 2021).

Em 2019, foi registada a MSF Portugal, aumentando a sua presença no país através de ações de comunicação e do recrutamento de recursos humanos para os projetos internacionais da organização (Borges, J. et al, 2021).

O Pedido, Análise do Pedido e Parceria

Apesar de ser considerado um país desenvolvido, com um elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH=0,85), Portugal ocupa a 24ª posição no Índice de Justiça Social da UE (2019), dos 41 países incluídos no relatório. As desigualdades socioeconómicas estão patentes em muitos aspetos da vida quotidiana, como o acesso à educação, habitação, emprego, alimentação e outros, afetando a saúde da população tanto de forma direta como indireta. A pandemia de COVID-19, e a crise económica que a acompanha, vieram ainda reforçar estas desigualdades (Borges, J. et al, 2021).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) proporciona cobertura universal, independentemente do estatuto socioeconómico, laboral ou jurídico. No entanto, em maio de 2021, o Ministério da Saúde comunicou que cerca de 900.000 pessoas inscritas no SNS não tinham médico de família. Além disso, o longo processo burocrático necessário também constitui uma barreira de acesso. No que se refere à saúde mental, em particular, foram identificadas limitações relacionadas com o acesso, a equidade e a qualidade, tais como um rácio profissional de saúde-utente insuficiente, quando comparado à média da OCDE, bem como uma fraca implementação das orientações nacionais. Em julho de 2020, o Ministério da Saúde publicou um documento de orientação técnica sobre a COVID-19 para as populações vulnerabilizadas, com sólidas recomendações no que se refere à abordagem comunitária. A sua implementação, contudo, não deu resposta às necessidades. A principal lacuna residiu ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, com uma escassez de médicos e um fraco envolvimento da comunidade na definição das suas necessidades e prioridades de saúde, bem como na implementação de medidas (Borges, J. et al, 2021).

Mas as dificuldades das populações migrantes no que respeita à utilização dos Cuidados de Saúde Primários e dos serviços em saúde mental não se refere unicamente às questões do acesso. Os grupos étnicos minoritários experienciam maiores dificuldades no acesso à saúde, mas também na adequação dos serviços prestados, o que contrasta com a expressão de fatores de risco decorrentes do processo migratório. No domínio específico da saúde mental, os migrantes estão subrepresentados, em especial nos serviços de psicoterapia, onde têm taxas mais elevadas de abandono precoce, fruto das dificuldades de comunicação e de dificuldades relativas a uma gestão adequada e sensível das diferenças entre terapeuta e paciente, incluindo visões distintas do mundo, da espiritualidade e distintas representações de saúde e doença física e psicológica (Moleiro & Gonçalves, 2010).

A necessidade de desenvolvimento de serviços sensíveis à cultura é, então, uma exigência atual. E é a construção destes serviços e desta competência que tem sido objeto de estudo, aprofundamento e defesa pelo CEC. Também nos múltiplos impactos da pandemia na saúde física e mental, a sensibilidade cultural tem vindo a constituir-se como uma exigência, pois os diferentes grupos étnicos têm representações específicas da doença e da cura, construídas em pilares históricos, culturais, espirituais e também ancorados à própria experiência migratória e internalização das vivências sociais de rutura, segregação, precariedade e, frequentemente, submissão (Moro et al., 2006; Sturm, Baubet & Moro, 2010). Estas representações criam resistências, mais ou menos expressas, que dificultam e inviabilizam algumas intervenções pelo embate com respostas que não as consideram ou mesmo que as hostilizam e excluem como ferramentas potenciais, impondo lógicas hierárquicas, de assimetria, domínio e incompreensão (Halton, 2019; Hinshelwood, 2000; Hollway, 2010; Hollway & Jefferson, 2008).

A análise das desigualdades e da precariedade em Portugal conduziu a equipa MSF a áreas com dois grupos distintos: Afrodescendentes e Ciganos. Historicamente, estas populações têm difícil acesso a direitos e serviços básicos, o que influencia a sua saúde física e mental.

A Orientação n.º 035/2020 de 13/07/2020 (COVID-19: Populações em Situação de Maior Vulnerabilidade Social e Económica) da DGS (Ministério da Saúde) contém uma abordagem abrangente direcionada para os grupos vulnerabilizados. Entre as principais recomendações estão a identificação das necessidades, o envolvimento das organizações da sociedade civil, a prestação de apoio social para garantir o isolamento quando necessário, o estabelecimento de um sistema de referenciação em caso de violência, a disponibilidade de materiais educativos adaptados a cada grupo e informações sobre as medidas de Prevenção e Controlo da Infeção (PCI). No entanto, nas áreas visitadas, a equipa MSF não encontrou distribuição de material de prevenção, nem de informações adaptadas à língua e a outras particularidades desses grupos; identificaram também o fraco envolvimento das organizações da sociedade civil, reduzido a instituições mais hegemónicas e menos a organizações locais e comunitárias (Borges et al, 2021).

Por outro lado, a falta de serviços de saúde a nível comunitário representava um desafio para a implementação de medidas de resposta a surtos epidémicos, excluindo um grande número de pessoas do acesso aos serviços de saúde. As estratégias de promoção de saúde foram implementadas principalmente através dos meios de comunicação social generalistas, que não são uma forma de comunicação eficaz junto destes grupos. O seu conteúdo não teve em consideração as especificidades culturais e linguísticas destas comunidades, nem as limitações à implementação do distanciamento social e outras medidas preventivas impostas devido à precariedade das suas habitações, condições de trabalho e capacidades económicas. Pelo contrário, na consulta inicial realizada às populações, os grupos marginalizados consideravam as próprias medidas como uma forma de reforçar os mecanismos de exclusão social: «só as pessoas ricas podem seguir as recomendações da COVID-19». Sentimentos de medo, preocupação, ameaça e stress proliferaram junto destas populações, quer como resposta normativa à situação pandémica, quer como resposta a conteúdos de “notícias falsas”, facilmente disseminados entre os canais de comunicação locais contra a informação oficial generalista. Estes sentimentos eram ampliados e agudizados pelo sentimento de desamparo, de inadequação das medidas propostas à realidade das populações, pelos lutos face a mortes e perdas imprevisíveis, pelo sentimento de solidão generalizado (Borges et al, 2021).

De acordo com o diagnóstico de necessidades inicial, a MSF concebeu um projeto especificamente direcionado para estas duas populações, com os seguintes objetivos:

Tabela 1 – Objetivos Gerais e Específicos

Objetivos Gerais
Reduzir o impacto da COVID-19 nas comunidades
Reduzir o risco e/ou propagação de novos focos de COVID-19

Objetivos Específicos

Aumentar a sensibilização para a COVID-19 e para a vacinação

Melhorar a capacidade de resposta a um surto de COVID-19 através da formação contínua em medidas de PCI e do reforço das capacidades das diferentes associações locais e agentes sociais

Aumentar a sensibilização e a aceitação da vacinação contra a COVID-19

Melhorar as estratégias comunitárias de prevenção da COVID-19

Aumentar o envolvimento da comunidade no desenvolvimento e na implementação de soluções adaptadas

Atenuar os impactos da crise na saúde mental

Estabelecer um contacto próximo com as autoridades nacionais a fim de procurar, promover e reforçar eventuais colaborações com diferentes parceiros

Através da referenciação de um especialista pelo trabalho desenvolvido pelo CEC com populações migrantes, MSF endereçou um pedido de parceria por forma a dar resposta às preocupações em torno do sofrimento psíquico e da sensibilidade cultural.

O primeiro contacto ocorre com as coordenadoras das duas equipas, clarificando as necessidades do pedido e as particularidades da intervenção desenvolvida pelo CEC, discutindo divergências e convergências para dar início ao trabalho de co-construção. Seguiu-se um levantamento de necessidades e de respostas com vários investigadores da área.

A equipa do CEC iniciou, então, uma recolha de informações sobre as narrativas de sofrimento psíquico associadas ao contexto pandémico, sobre as representações do sofrimento, da doença e da cura, sobre as representações do psicólogo, sobre as dinâmicas particulares de cada território e de cada grupo associativo e sobre o impacto da presença das equipas MSF e CEC na comunidade.

O CEC trabalha com recurso a uma metodologia clínica psicanalítica. Na clínica, a análise do pedido do paciente é um eixo inicial do primeiro encontro clínico, definindo os aspetos manifestos e inconscientes desse pedido, o que irá determinar as possibilidades de constituição de uma aliança de trabalho. Esta metodologia é utilizada também em projetos comunitários de orientação psicanalítica (Carli et al, 2015; Falanga, 2014). No presente projeto, o pedido foi endereçado por MSF ao CEC. Neste pedido inicial, a equipa MSF expressava uma preocupação pela inclusão das próprias comunidades na deteção e criação de soluções para as dificuldades sentidas, apelando ao uso de metodologias co-construídas, de bottom-up, tendo como referência as contribuições de Paulo Freire. Este pedido, no entanto, era revestido por uma expectativa de que a equipa do CEC ensinasse, através de um modelo formativo tradicional, os Multiplicadores de Saúde a identificar sintomas, a ter uma rede de referência para serviços psiquiátricos setp-by-step ou a apresentar um modelo de intervenção manualizado por categoria psicopatológica (e.g., o paciente X apresenta sintomas clínicos de Y, então a técnica é A e encaminha-se para B).

Apesar da intenção de co-construção, foi-nos, simultaneamente, solicitado que nos apropriássemos das metodologias de Primeiros Socorros Psicológicos e Apoio Psicossocial, veiculadas internacionalmente pela estratégia para a Saúde Mental de MSF, circunscrevendo uma esfera de incoerência e conflitualidade.

A metodologia de análise do pedido permitiu-nos, em conjunto, identificar conluios velados neste pedido original, resignificando-o e encontrando um novo continente de trabalho, flexível e em permanente atualização.

Assim, em conjunto, foi reformulado o pedido original, criando-se um projeto de resposta às questões de saúde mental **não diretivo, não estruturado à partida, mas co-construído** com as comunidades, à medida do seu exercício no terreno e do que iria sendo encontrado como conteúdos, aproximando-se de uma metodologia mais clínica e psicanaliticamente informada: **partir sem saber o que se vai encontrar, através de uma escuta atenta às modalidades inconscientes presentes individual e coletivamente, promovendo o lugar da intersubjetividade na produção de conhecimento e reforçando caminhos de subjetivação através do potencial cultural local** (Bermudez, 2019; Bragin, 2021; Bruns & Barron, 2022; Habermas, 1993/1968; Junior & Ribeiro, 2009; Marino & Neto, 2019; Roussillon, 1998;).

Assim, as premissas dos Primeiros Socorros Psicológicos e do Apoio Psicossocial deram lugar à conceção de **Atitude Clínica**, através da inclusão das competências técnicas de **subjetividade e intersubjetividade, escuta ativa, empatia, neutralidade e aceitação**. A atitude clínica permitiu criar uma primeira delimitação para receber os conteúdos que iriam surgir no terreno, constituindo-se assim algumas linhas orientadoras:

(i) **Segregação:** As populações de comunidades vulneráveis têm menos acesso aos serviços básicos de saúde (física e mental), educação e sociais.

(ii) **Resistência:** As comunidades segregadas e socialmente fragilizadas resistem à integração de medidas homogeneizadas quer no que se refere à pandemia COVID-19, quer no que se refere aos seus impactos na saúde mental, por considerarem que as medidas não se adequam à sua realidade familiar, social e laboral, sendo-lhe impostas sem nenhuma adequação e com base em mecanismos de medo e/ou ameaça delimitados nas representações do cumprimento ou transgressão da norma; as comunidades em situação de vulnerabilidade resistem a medida homogeneizadas, por considerarem que as medidas são elas próprias hierarquizadoras da sociedade, reforçando mecanismos de exclusão social.

(iii) **Co-construção:** Se a abordagem de questões ligadas à saúde mental for desenhada de forma participativa e num formato de co-construção com as comunidades locais, haverá menos resistência e maior aceitação de recursos, uma vez que as comunidades estão intimamente ligadas às estratégias e sua implementação.

(iv) **Potencial Local:** Existem recursos das próprias comunidades para manejar as expressões do mal-estar psíquico que muitas vezes são invisibilizadas. Se o potencial das próprias comunidades e as respostas por si usadas forem reconhecidos, então também as expressões do mal-estar podem ser mais livremente abordadas, aumentando os recursos e a capacidade da comunidade para dar resposta.

(v) **Perspectiva Etnoclínica e Sensibilidade Cultural:** A representação das populações alvo em relação às questões de saúde mental é condicionada pela sua realidade cultural, impelindo a uma perspectiva etnoclínica que integra uma abordagem participativa, não diretiva, multi-nível e multissistémica.

O projeto entre MSF e o CEC definiu, pois, o apoio e a implementação de estratégias promotoras da saúde, física e mental, tendo em conta os impactos da COVID-19, através de metodologias participativas, de co-construção e culturalmente informadas.

Neste sentido, considerando as necessidades locais previamente diagnosticadas e a reformulação do pedido, foi definida entre a equipa CEC e MSF uma implementação estratégica em saúde mental que considerasse diferentes níveis de intervenção, de um nível mais geral e intensificado, para um nível de resposta mais individualizado e especializado, através das seguintes vertentes de intervenção:

Tabela 2 – Descrição das Áreas de Intervenção

Literacia	O CEC participou na transmissão de informação em cuidados de saúde primários e em saúde mental, promovendo mecanismos de comunicação sensíveis aos aspetos culturais e à realidade socioeconómica das comunidades locais.
Acesso a Serviços de Saúde Mental	O CEC participou na identificação de situações de sofrimento psíquico, vulnerabilidade e falta de suporte institucional em particular, considerando a sua articulação com os diferentes sistemas – social, educativo, de saúde – e promovendo o acesso a cuidados diferenciados e individualizados.
Resistências	O CEC participou na identificação de resistências institucionais, linguísticas, simbólicas - através das atividades de intervenção (modelo clínico), em grupo, promovendo a reflexão e a elaboração de preconceções que funcionem como impeditivos do acesso aos cuidados em saúde (física e mental).
Recursos e Metodologias	O CEC participou na mobilização de novos recursos, valências e metodologias de intervenção, através da criação de materiais de suporte construídos com a participação das comunidades e utilizando estratégias de comunicação sensíveis à cultura, nomeadamente nas línguas de origem das comunidades, para serem utilizados como estratégia de sensibilização comunitária, através das associações locais.

Para a implementação do projeto foi constituída uma equipa, composta por uma Supervisora Científica (Prof. Doutora Maria Emília Marques, Diretora do Centro de Etnopsicologia Clínica, Psicóloga Clínica e Psicanalista), uma Coordenadora de Projeto (Mestre Ana Isabel Pereira, Psicóloga Clínica), 3 Psicólogos Referentes (Mestre Beatriz Carvalho, Psicóloga Clínica; Mestre Catarina Veiga Fernandes, Psicóloga Clínica; Mestre Manuel Felino, Psicólogo Clínico).

IMPLEMENTAÇÃO



Definido um continente de trabalho e as áreas de intervenção, o CEC fez uso do seu referencial clínico psicanalítico para a orientação de uma intervenção legitimada pela adoção de uma atitude clínica em todas as suas ações. Propôs-se também a avaliar a sua intervenção através da Teoria da Mudança (The United Nations Development Group, 2017), metodologia de avaliação de impacto em projetos de intervenção social e comunitária.

Em conjunto com a equipa de profissionais de saúde de MSF e com as equipas de Multiplicadores de Saúde das comunidades locais, foi co-construída a implementação de várias atividades, envolvendo 4 níveis diferentes de progresso e de impacto, numa lógica multinível e multissistémica, a saber: Nível de Preparação para o Terreno, Nível de Formação em Exercício, Nível Comunitário e Nível de Referenciação.

Descrevemos, em seguida, a implementação das atividades em cada nível estratégico:

NÍVEIS ESTRATÉGICOS

01.

NÍVEL DE PREPARAÇÃO PARA O TERRENO

OBSERVAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Com o grande grupo de Multiplicadores de Saúde e também com a equipa de profissionais de saúde de MSF, foi possível trabalhar sobre os seguintes aspetos centrais:

- (1)Saúde e doença vs. Sofrimento
- (2)Despatologização do sofrimento psíquico
- (3)Representação do Psicólogo e do Sofrimento Psíquico
- (4)Consultas de Psicologia Clínica vs. Apoio no Terreno

Por referência ao sentimento de ineficácia partilhado pelos Multiplicadores de Saúde no contacto inicial com os beneficiários através dos modelos mais tradicionais de Apoio Psicossocial e Primeiros Socorros Psicológicos, foram discutidas as representações em termos de saúde, doença, patologia, sofrimento, psicólogo, consultas médicas. As representações recolhidas eram de pendor habitualmente pejorativo, patologizantes, estigmatizando e, como tal, de exclusão.

NÍVEIS ESTRATÉGICOS

01.

NÍVEL DE PREPARAÇÃO PARA O TERRENO

Foi, então, desenvolvida uma reflexão e integração transformativa sustentada na Atitude Clínica, criando um espaço de intervenção regular onde os impactos afetivos do contacto com o sofrimento dos Beneficiários podiam ser elaborados, através da discussão em torno dos seguintes conteúdos:

- (1) Atitude de Proximidade e Confiança;
- (2) Empatia, Compreensão, Aceitação e Não Julgamento;
- (3) Escuta Ativa e Atitude não intrusiva;
- (4) Capacidade de Contenção;
- (5) Assinalar sistema de suporte individuais, familiares e comunitários e formas de fazer específicas;
- (6) Subjectividade, Intersubjectividade, movimentos contratransferenciais e defesas.

A procura pela “identificação do diagnóstico” e “cura” foi dando lugar às noções de compreensão, diversidade e potencial cultural.

NÍVEIS ESTRATÉGICOS

02.

NÍVEL DE FORMAÇÃO EM EXERCÍCIO

- **ACOMPANHAMENTO AOS MULTIPLICADORES DE SAÚDE NAS AÇÕES DE TERRENO**
- **SENSIBILIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL AOS BENEFICIÁRIOS (MENTAL HEALTH TALKS)**
- **ATENDIMENTO PSICOLÓGICO COMUNITÁRIO E INTERVISÃO**

O apoio às diferentes atividades do projeto mais amplo de MSF, operacionalizou-se através da nomeação de um Psicólogo Referente por bairro que acompanhou as atividades de sensibilização no terreno executada pelos Multiplicadores de Saúde. A figura do Psicólogo Referente tinha como objetivo estabelecer um setting de continuidade e estabilidade, favorecendo um jogo de identificações e de movimentos transferenciais e contratransferenciais em cada bairro.

O Psicólogo Referente acompanhava a equipa de Multiplicadores de Saúde nas suas atividades de sensibilização e prevenção, circulando pelo bairro, encontrando os seus moradores e potenciando locais de escuta e de significação, ao mesmo tempo que transmitiam aos Multiplicadores de Saúde, on job, competências de contacto e acolhimento às populações. Através da partilha das atividades de terreno, os Multiplicadores de Saúde apropriaram-se da atitude clinicamente informada dos psicólogos e os psicólogos apropriaram-se dos referenciais culturais e de um saber fazer próprio, co-construindo estratégias mais eficazes, diferenciadas, culturalmente sensíveis e intersubjetivamente interpeladas.

NÍVEIS ESTRATÉGICOS

02.

NÍVEL DE FORMAÇÃO EM EXERCÍCIO

Sempre que, no terreno, era identificada uma necessidade específica em termos do sofrimento psicológico, os Psicólogos Referentes mobilizavam um nível mais especializado de intervenção - a atividade de Atendimento Psicológico na Comunidade. Esta atividade constituía um espaço de escuta individual, realizada no espaço público do bairro, com o objetivo de aprofundar a história, as necessidades e os recursos do sujeito, definindo a necessidade de sinalizar a situação para um sistema de encaminhamento específico ou constituindo uma hipótese de contenção do sofrimento e da angústia mais específica e regular.

Uma vez por semana, o grupo de Multiplicadores de Saúde, o Psicólogo Referente e o Psicólogo Coordenador de Projeto reuniam num Grupo de Intervisão para refletir sobre o material encontrado nas idas ao terreno e definir as medidas subsequentes. A figura do Psicólogo Coordenador fazia a ligação entre os diferentes grupos dos diferentes bairros, orientando os Grupos de Intervisão em todos os bairros, e acompanhava simultaneamente a criação dos materiais comunitários que emergiam nos e as referências clínicas para respostas concretas em termos de saúde mental. Este trabalho de ligação entre diferentes grupos e eixos estratégicos (individual, comunitário e institucional) tinha como objetivo potenciar o diálogo multissistémico e multinível, fortalecendo redes locais através da construção de significados simultaneamente únicos e partilháveis.

A equipa do CEC reunia também semanalmente em Grupo de Supervisão Científica com a investigadora principal do projeto, assegurando a discussão do material clínico e a sua supervisão transcultural.

NÍVEIS ESTRATÉGICOS

03.

NÍVEL COMUNITÁRIO

- **ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE MENTAL**
- **PRODUÇÃO DE MATERIAIS DE SENSIBILIZAÇÃO**

Através do trabalho em grupo e das temáticas emergentes, os Multiplicadores de Saúde, a equipa de psicólogos do CEC e a equipa MSF trabalharam em conjunto para implementar estratégias de sensibilização comunitária, com criação de materiais e recursos individualizados e dirigidos às especificidades das comunidades na área da prevenção para a saúde mental, tendo em conta as suas representações culturais e simbólicas e necessidades linguísticas (estratégias de comunicação culturalmente sensíveis).

Este nível estratégico partiu da riqueza cultural e dos recursos já existentes na comunidade, expandindo-os e permitindo o seu reconhecimento. Para além disso, em termos de impacto a médio prazo, permitiu a permanência de recursos físicos nas próprias comunidades (cartazes, guia de recursos, single musical), abrindo possibilidades à continuidade e ao desenvolvimento das ações para lá da implementação do presente projeto.



ACREDITA QUE VAI DAR CERTO

Confia nos recursos da tua comunidade!
Todas as linhas são gratuitas.

APOIO PSICOLÓGICO	800 916 800
EMERGÊNCIA SOCIAL	144
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	16 006
APOIO A IDOSOS	800 20 35 31
CONSUMOS	14 14

MEDECINS SANS FRONTIERES
MÉDICOS SEM FRONTEIRAS

ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Cartazes de Sensibilização criados pelo grupo de Multiplicadores de Saúde, nos territórios da Alta de Lisboa e Ameixoeira.



SAUDI MENTAL É FUNDAMENTAL

**SE TE SENTES SOZINHO,
O MURO QUE PODES
CONSTRUIR NÃO TE VAI
PROTEGER, MAS
IMPEDIR-TE DE SAIR.**

DEPRESSÃO. ISOLAMENTO. SOLIDÃO.


LINHA APOIO CIDADÃO IDOSO 800 20 35 31
LINHA APOIO PSICOLÓGICO 800 916 800
LINHA SOS DROGA/ÁLCOOL 1414
ASSOCIAÇÃO MIRATIVA a.mirativa@gmail.com

* todas as linhas são gratuitas


SAUDI MENTAL É FUNDAMENTAL

**POWER
CONTRA A SOLIDÃO**



CONTACTA GRATUITAMENTE:

LINHA APOIO CIDADÃO IDOSO 800 20 35 31
LINHA APOIO PSICOLÓGICO 800 916 800
LINHA SOS DROGA/ÁLCOOL 1414
ASSOCIAÇÃO MIRATIVA a.mirativa@gmail.com

ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Cartazes de Sensibilização criados pelo grupo de Multiplicadores de Saúde, nos territórios do Casal da Mira .

NÍVEIS ESTRATÉGICOS

04.

NÍVEL DE REFERENCIAÇÃO

- SINALIZAÇÃO
- ATENDIMENTOS PSICOLÓGICO INDIVIDUAL OU DE GRUPO
- REFERENCIAÇÃO EXTERNA

A equipa do CEC constituiu com os Multiplicadores de Saúde MSF uma rede de referenciação em saúde mental, articulando e mediando as respostas comunitárias e as respostas institucionais do sistema nacional de saúde e constituindo um guia de suporte adaptado. A ideia deste recurso físico surgiu num Grupo de Intervisão semanal, depois de identificada a falta de reconhecimento e identificação das respostas locais, e foi disseminada nos outros territórios, adaptada às necessidades específicas de cada comunidade.

Este nível estratégico permitiu, por um lado, dotar os Multiplicadores de Saúde com competências para a identificação do mal-estar psicológico e, por outro lado, conhecer as respostas existentes para encaminhamento e referenciação, disseminando a informação e permitindo um maior acesso aos serviços. O domínio acerca do funcionamento da rede de suporte permitiu também sinalizar e compreender os mecanismos de impedimento entre os diferentes serviços, possibilitando desenvolver soluções de mediação.

NÍVEIS ESTRATÉGICOS

04.

NÍVEL DE REFERENCIAÇÃO

Do esquema de trabalho co-construído, foram sendo delineadas as diferentes atividades que veicularam a execução do projeto. Para além das atividades inicialmente previstas, foram ainda definidas atividades que, não estando inicialmente planificadas, surgiram como necessidade ao longo da execução do projeto. Destacamos como exemplo a formação sobre a Vacinação que incluiu um módulo sobre os fatores psicológicos implicados na representação da vacina e no processo de tomada de decisão.

Tabela 3 – Descrição das Atividades

Observação, Sensibilização e Acompanhamento ao Terreno	A equipa de psicólogos do CEC acompanhou a equipa MSF nas suas formações iniciais sobre IPC para conhecer o grupo, registar as suas características, necessidades e resistências, por forma a adaptar a sensibilização em SM que se pretendia implementar nas semanas seguintes, capacitando os Multiplicadores de Saúde de conteúdos em SM e na atitude psicanaliticamente informada. Depois da observação inicial e da construção de um modelo diferenciado de Primeiros Socorros Psicológicos, o Psicólogo Referente acompanhava no terreno as equipas de Multiplicadores de Saúde, promovendo on-job as competências clinicamente informadas e apoiando individualmente casos sinalizados.
Grupo de Intervisão	Reunião semanal entre a equipa de Multiplicadores de Saúde de cada bairro e a equipa de psicólogos do CEC para discussão, reflexão e elaboração das problemáticas de SM encontradas no terreno.

NÍVEIS ESTRATÉGICOS

04.

NÍVEL DE REFERENCIAÇÃO

Tabela 3 – Descrição das Atividades

Atendimento Psicológico Comunitário	Atendimento individual realizado pelo Psicólogo Referente nas saídas ao terreno, quando os Multiplicadores de Saúde sinalizavam situações agudas. O atendimento na comunidade tinha por objetivo permitir uma contenção do sofrimento, detetar convenientemente o risco psicopatológico e orientar o encaminhamento dos casos.
Disseminação Comunitária	Estratégia de sensibilização comunitária que contou com a realização de reuniões regulares com o grupo de Multiplicadores de Saúde para criação de materiais de sensibilização comunitários em saúde mental que utilizem estratégias de comunicação culturalmente informadas.
Atendimento Clínico Individual	Serviços psicoterapêuticos
Grupos de Suporte	Constituição de Grupos de Suporte para elaboração de temáticas emergentes, como por exemplo, o luto, a violência, entre outras.

NÍVEIS ESTRATÉGICOS

04.

NÍVEL DE REFERENCIAÇÃO

Tabela 3 – Descrição das Atividades

Referenciação Emergencial	Referenciação para INEM ou Serviço de Urgência Psiquiátrica do SNS para situações agudas de descompensação psiquiátrica.
Acompanhamento Indireto	Acompanhamento Indireto de situações onde foi expressa a existência de mal-estar psíquico considerado circunstancial e adaptativo. Nestas situações, a equipa mantém um contacto regular no tempo de execução do projeto para monitorizar a situação que pode incluir telefonemas, visitas no terreno, visitas domiciliárias, entre outros.
Supervisão Científica	Reuniões semanais com a supervisora científica do projeto e a equipa de Psicólogos.
Sensibilização para a Vacinação	Realização de um grupo de trabalho em cada bairro para elaboração das representações e resistências em torno da vacina.

INDICADORES DE EXECUÇÃO



INDICADORES GLOBAIS

A intervenção em saúde mental foi parte de um projeto mais abrangente de prevenção da Covid-19. A população estimada da área geográfica abrangida pelo projeto é de cerca de 36.440 habitantes. No global, os Multiplicadores de Saúde sensibilizaram 6.652 moradores durante as atividades de terreno, representando uma cobertura aproximada de 18% da população nos bairros visados.

Nestas atividades de terreno, Multiplicadores de Saúde e Psicólogo Referente, atingiram 521 beneficiários com alguma queixa relacionada com o sofrimento psíquico e a saúde mental, dos quais 80 (15%) foram sinalizados com necessidades específicas, mobilizando respostas de encaminhamento individualizadas. Estas sinalizações eram discutidas em grupo pelas equipas MSF e pela equipa CEC, em espaços de Intervisão/Supervisão, por forma a construir uma resposta individualizada e, como tal, mais dirigida.

INDICADORES DE EXECUÇÃO



INDICADORES GLOBAIS

Para estes 80 casos sinalizados, foram mobilizadas 97 ações - 89% dos casos sinalizados receberam respostas diretas por profissionais de Saúde Mental (todos os casos receberam Atendimento Psicológico na Comunidade, 16% foram encaminhados para acompanhamento psicológico regular e 4% foram encaminhados para acompanhamento por outros profissionais de saúde mental). Os restantes 11% foram encaminhados quer para outras respostas fora do âmbito direto da Saúde Mental (7.5%), quer para uma monitorização indireta do seu bem-estar psíquico (3.5%) por se considerar que os indicadores de sofrimento expressos eram normativos e reativos a acontecimentos de vida atuais.

Foram capacitados 47 membros das comunidades para abordar as temáticas em torno da saúde mental no exercício das suas funções enquanto Multiplicadores de Saúde. Esta capacitação envolveu um total de 71 ações, distribuídas por diferentes atividades: observação, sensibilização em saúde mental, acompanhamento ao terreno, intervisão, supervisão.

Paralelamente à intervenção desenvolvida quer com os Multiplicadores de Saúde, quer com os Beneficiários, foi implementada uma estratégia comunitária, com produção de materiais de prevenção em saúde mental desenvolvidos pelas próprias comunidades: single musical e videoclip, cartazes de sensibilização em Saúde Mental escritos em diferentes línguas e Guias de Recursos Comunitários disseminados pelas comunidades, apoiando a constituição de uma rede comunitária de referência, solidificando a colaboração entre as organizações locais.

Análise por Território

As características territoriais e demográficas dos bairros, a par das características das associações e dos multiplicadores, fizeram com que se desenvolvesse um tipo de trabalho particular e singular em cada um deles, amparados nos princípios metodológicos de co-construção e participação ativa que definiram desde o início a implementação do presente projeto. O projeto foi implementado nos bairros da Alta de Lisboa, Ameicoeira, Casal da Mira e Cova da Moura. Nos bairros Jamaica, Casal da Boba e Vale da Amoreira, não se reuniram as condições necessárias para a implementação do projeto e foram apenas realizadas ações pontuais, sem possibilidade de aferir impactos.

Assim sendo, parece-nos fundamental o recurso a uma análise qualitativa segmentada por território, revelando e compreendendo o ritmo próprio criado em cada parceria, as necessidades e características particulares, a relação estabelecida entre as equipas e os beneficiários, as resistências e as potencialidades encontradas.

Alta de Lisboa

O bairro da Alta de Lisboa, desde o início do projeto que se constituiu como um grupo de trabalho coeso e motivado, com forte sentido crítico e conhecimento das necessidades de populações vulneráveis. Este grupo tinha uma característica peculiar, uma vez que a associação parceira, Nasce e Renasce, sendo sediada no Bairro da Alta de Lisboa, é constituída maioritariamente por elementos residentes no Bairro da Cova da Moura, afrodescendentes. No bairro da Alta de Lisboa vivem essencialmente duas comunidades: a comunidade cigana e a comunidade portuguesa, branca, de estatuto socio-económico baixo. É um bairro com uma composição arquitetónica particular em que bairros de habitação social são vizinhos de condomínios privados, habitados maioritariamente pela classe média portuguesa, branca. Esta questão da ocupação geográfica do bairro trouxe frutuosas discussões e reflexões, mesmo sobre a implementação das Ações de Sensibilização e Prevenção no Terreno, nomeadamente: (1) quem os multiplicadores sentiam que podiam ou não abordar, (2) que espaço as comunidades vulneráveis sentem que podem ou não ocupar. A própria composição étnica do bairro, e seus representantes no grupo de Multiplicadores de Saúde, teve um impacto nas dinâmicas do grupo e na planificação da Ações de Terreno: a comunidade africana e a comunidade cigana em Portugal têm tensões que transpareceram para o grupo, pela partilha de uma experiência de precariedade e exclusão, exigindo um trabalho de elaboração sobre elas. Ao longo do trabalho, o que inicialmente foi sentido como resistência ou impossibilidade – havia uma preconceção de que a comunidade cigana não receberia de forma positiva as atividades nos seus bairros sem representantes da comunidade cigana – foi-se desadensando e os Multiplicadores de Saúde de origem africana sentiram-se menos impedidos de fazer o seu trabalho, ressignificando também as suas representações e construindo pontes onde antes se constituíam resistências.

Ao longo do trabalho na Alta de Lisboa, os Multiplicadores de Saúde foram ganhando maior interesse pelas questões do sofrimento psíquico, o que os fez também dar maior atenção e importância à forma de abordar e escutar as pessoas no terreno. A atitude inicial era mais distante e seguia um guião “Como vai a tua Saúde Mental?” pouco marcada pela empatia, pela proximidade. Os Multiplicadores de Saúde sentiam-se pressionados pelo tempo, impelidos a mobilizar soluções ativas e menos sensíveis à escuta, ao poder da sua presença e à necessidade de reflexão e clarificação sobre as diferentes situações. As representações sobre a Saúde Mental e os Psicólogos eram fortemente marcadas pela resistência, sentimento de impotência e pelos seus próprios sofrimentos e violências pessoais. Apesar disso, foi um grupo que desde o início revelou uma hipersensibilidade e reatividade às questões do sofrimento psíquico, reivindicando cuidados para o próprio grupo de Multiplicadores de Saúde que foram efetivamente mobilizados. Na Alta de Lisboa foram realizados Atendimentos Clínicos Individuais aos Multiplicadores de Saúde, foram feitas referências para serviços especializados e os Grupos de Intervisão ganharam uma dinâmica própria, assumindo um carácter terapêutico nalguns encontros que se focaram muito na experiência subjetiva de cada Multiplicador e nas suas histórias pessoais, por forma a conter as angústias postas em marcha pela própria natureza do trabalho.

No Grupo de Intervisão surgiu também a necessidade de criar um mapeamento de respostas psicossociais para sistematizar um circuito de referência comunitário. Foi assim criado o primeiro material de sensibilização comunitária – o Guia de Recursos da Alta de Lisboa. Para disseminação deste recurso, o grupo de Multiplicadores de Saúde delineou também uma campanha de sensibilização que passou pela criação de um cartaz que foi distribuído em pontos estratégicos do bairro (associações locais, serviços e pequeno comércio, paragens de transportes públicos, etc.).

O trabalho de acompanhamento das Ações de Terreno permitiu (1) refletir sobre as problemáticas dos beneficiários e (2) adequar a atitude e a abordagem dos Multiplicadores de Saúde no sentido de os capacitar para uma atitude clinicamente informada que tirasse partido da sua própria subjetividade no contacto com os Beneficiários. A capacitação dos Multiplicadores de Saúde e o seu grau de autonomia face aos objetivos, permitiu diminuir a presença da equipa do CEC no acompanhamento das atividades de terreno.

Foi estabelecida uma relação de grande proximidade entre a Psicóloga Referente e os Multiplicadores de Saúde, o que contribuiu para a desconstrução da representação do Psicólogo que tinham no início do projeto – alguém que está no seu gabinete e não conhece as necessidades reais das pessoas ou alguém que age os seus preconceitos culturais e raciais atribuindo o sofrimento psíquico às características das comunidades. Esta ressignificação também mobilizou uma certa confusão entre as problemáticas dos Multiplicadores de Saúde e as problemáticas dos Beneficiários, pois, através da relação de proximidade com a Psicóloga Referente, entraram em contacto com os seus conflitos internos e suas expressões, aspetos que foram trabalhados e contidos pela equipa de psicólogos ao longo da execução do projeto.

Em termos das dificuldades encontradas, sublinhamos que o grupo da Alta de Lisboa apresentou uma tendência particular para agir antes de refletir – na sua necessidade de encontrar respostas efetivas, o grupo tendia a precipitar-se em soluções antes de as clarificar e digerir. Foi feito um trabalho de elaboração com o grupo no sentido de valorizar as suas capacidades reflexivas em torno das problemáticas encontradas, reconhecendo as dificuldades que os sentimentos de impotência convocam e as modalidades compensatórias que podem ativar, gerando, por vezes, mal-estares associados à própria precipitação das ações colocadas em marcha.

Esta tendência para a precipitação do grupo gerou, nalguns momentos, uma dispersão em torno da planificação das atividades. Foi um grupo onde surgiram várias ideias muito válidas para a execução do projeto, mas que não chegaram a ser implementadas. A saber, nos Grupos de Intervisão, foram planificadas 2 atividades, uma dirigida a pessoas em processos de luto e outra dirigida a idosos em situação de isolamento, que não foram executadas.

Em termos qualitativos, e através da recolha de dados, quer da equipa do CEC, quer da dinâmica de avaliação realizada em conjunto com a equipa MSF, consideramos que a estratégia para a Saúde Mental traduz o seu impacto através do seguinte quadro resumo:

QUADRO RESUMO ALTA DE LISBOA		
RESISTÊNCIAS / NECESSIDADES	ATIVIDADE	IMPACTO
Conhecimentos sobre Saúde Mental	Sensibilização Saúde Mental	<p>Capacitação dos Multiplicadores de Saúde em conteúdos de Saúde Mental;</p> <p>Capacitação dos Multiplicadores de Saúde na abordagem clinicamente informada aos beneficiários;</p> <p>Integração da subjetividade como instrumento de trabalho, empoderando os Multiplicadores de Saúde e validando a sua experiência, identidade e competências;</p>
Representação do Psicólogo	<p>Atividades no Terreno</p> <p>Grupo de Intervisão</p>	Ressignificação das representações de Saúde Mental, Loucura, Sofrimento e do Psicólogo
Representação da Loucura	<p>Atividades no Terreno</p> <p>Grupo de Intervisão</p>	<p>Ressignificação das representações de Saúde Mental, Loucura, Sofrimento e do Psicólogo;</p> <p>Distinção entre sofrimento normativo e patológico;</p> <p>Compreensão das dimensões sociais na construção do sofrimento psíquico.</p>

Tensão Intergrupos	<p>Atividades no Terreno</p> <p>Grupo de Intervisão</p>	<p>Alívio de tensões inter-étnicas no grupo de Multiplicadores de Saúde: Elaboração das tensões, ressignificação de algumas representações, possibilidade de trabalho cooperativo.</p> <p>Coesão, cooperação e entreatajuda no grupo de Multiplicadores de Saúde que favoreceu uma apropriação dos princípios, objetivos e metodologias do projeto contribuindo para a sua sustentabilidade, replicação e efeito em cascata a médio prazo.</p>
Problemáticas Pessoais dos Multiplicadores	<p>Grupo de Intervisão</p> <p>Atendimentos Clínicos Individuais</p> <p>Sistema de Referência</p>	<p>Alívio de tensões dos Multiplicadores de Saúde nas suas problemáticas pessoais, deixando-os mais disponíveis para o trabalho no terreno;</p> <p>Coesão, cooperação e entreatajuda no grupo de Multiplicadores de Saúde que favoreceu uma apropriação dos princípios, objetivos e metodologias do projeto contribuindo para a sua sustentabilidade, replicação e efeito em cascata a médio prazo.</p>
Desconhecimento Sistema Suporte Comunitário	<p>Grupo de Intervisão: subgrupo de trabalho para referência de casos;</p> <p>Estratégia de Sensibilização Comunitária: Guia de Recursos e Cartaz de Sensibilização;</p>	<p>Aumento da informação sobre respostas sociais para os beneficiários;</p> <p>Aumento do acesso a serviços primários na saúde, saúde mental e questões sociais;</p>
Tendência para a ação e dispersão	<p>Atividades no Terreno</p> <p>Grupo de Intervisão</p>	<p>Aumento da capacidade reflexiva sobre os pedidos e as problemáticas dos Beneficiários.</p>

Luto	Grupo Suporte sobre Processos de Luto no Contexto Covid-19	Não atingido. Não Realizado.
População Idosa Isolada	Estratégia de Sensibilização Específica para população idosa do bairro em isolamento domiciliário	Não atingido. Não Realizado.
Representações sobre a Vacina	Sensibilização Fatores Psicológicos (Formação sobre Vacinação)	Desconstrução de representações ligadas à desconfiança e à exclusão que permite melhor integrar as informações científicas sobre as vacinas e amparar o processo de tomada de decisão.

AMEIXOEIRA

A Ameixoeira é um território que contém vários bairros (por exemplo, Bairro dos Cucos, Bairro de Angola, Galinheiras, Fetais, etc.) e, concomitante e consequentemente, tem características demográficas diversas. O número de bairros e o modo como o trabalho se organizou entre eles criou algumas condições adversas à implementação das atividades mais ligadas à Saúde Mental. Fetais, por exemplo, é um bairro que se ramifica em torno de um largo onde há uma confluência significativa de sujeitos. Neste largo – onde realizámos ações de sensibilização – encontram-se vários serviços (cafés, supermercados, etc.), o que convida à passagem e à impermanência, dificultando a disponibilidade para um encontro mais íntimo e mais ligado à possibilidade de escuta ativa, necessário à abordagem em Saúde Mental.

A associação parceira, PROSAUDESC, teve um papel fundamental na implementação das atividades, tendo uma direção muito presente, focada e motivada para os objetivos do projeto. A diretora assumiu um papel unificador do grupo, potenciando a realização das atividades. O grupo de Multiplicadores de Saúde era bastante heterogêneo, sendo constituído por elementos da comunidade cigana, da comunidade africana e da comunidade portuguesa branca, tendo também idades e características pessoais muito diversificadas. A dinâmica do grupo foi inicialmente marcada pelo protagonismo de uma multiplicadora santomense muito ativa e com grande capacidade de iniciativa e pela inibição/passividade dos dois Multiplicadores da comunidade cigana. Esta dinâmica foi sendo trabalhada e os multiplicadores ciganos saíram validados no seu papel na comunidade.

No início, a abordagem aos Beneficiários nas Ações de Terreno, era mais rápida, prática e informativa. Foi sentida uma certa resistência em abordar as questões ligadas ao sofrimento, o que pareceu estar associado às próprias representações dos Multiplicadores de Saúde. Inicialmente, a ideia de saúde mental vinha ancorada à ideia pejorativa da loucura, revelando uma tendência a associações com a psiquiatria ou casos graves de doença mental. Esta representação, associada também a uma projeção sobre os beneficiários, constitui-se como uma resistência inicial à abordagem no terreno – o sofrimento era sentido como algo que se esconde, não aceite e não partilhável, podendo apenas ser expresso no seio familiar. Por outro lado, o grupo de multiplicadores agia uma intensa reatividade quando experimentavam abordar os beneficiários e encontravam rejeição e resistência por parte deles. Esta reatividade desembocava numa atitude de crítica, julgamento e incompreensão – “as pessoas são estúpidas”.

Esta dupla resistência, nos multiplicadores e nos beneficiários, bem como as representações do grupo, foram sendo trabalhadas nos momentos de intervenção e na formação em exercício, tendo sido desconstruídas as (1) perspectivas de patologia mental e reação psicológica natural a situações novas e imprevistas, (2) as noções de resistência e desconfiança do outro e aquilo que suscitam, (3) a diversidade de reações que os Multiplicadores podem encontrar no terreno e como isso exige uma adequação da sua atitude, (4) as noções de empatia, escuta ativa e não julgamento, (5) a importância do tempo e da qualidade de escuta no contato com os beneficiários para fazer face à resistência e desconfiança.

Este trabalho desenvolvido junto dos Multiplicadores de Saúde permitiu que transformassem a sua atitude face aos Beneficiários e tolerassem melhor algumas recusas iniciais, aproximando-os das vivências afetivas da comunidade. Paulatinamente, foram valorizando o trabalho e o tempo de escuta, deixando-se comover pelas histórias que iam encontrando e mobilizando um desejo de encontrar respostas comunitárias para os problemas identificados junto dos Beneficiários, integrando os aspetos da intersubjetividade. Este trabalho de resignificação, bem como a sua presença estável e regular no terreno, permitiu que o grupo de Multiplicadores passasse a ser reconhecido e identificado pela comunidade, conduzindo a uma aproximação espontânea dos beneficiários à equipa MSF, o que gerou importantes sentimentos de gratificação no grupo. Com o avançar do trabalho foram observando que o tempo, disponibilidade de escuta e empatia são condições para que possa ocorrer alguma contenção e transformação do mal-estar psíquico.

No terreno, as problemáticas mais evidenciadas pelos Multiplicadores de Saúde foram o isolamento da população idosa e sua consequente vulnerabilidade em termos de saúde mental e a resistência inicial dos jovens em relação à prevenção, bem como o seu desamparo em termos psicossociais – sem projeto de vida ou ocupação académica e/ou profissional e com problemáticas de consumos identificadas. Houve também uma dificuldade particular na abordagem à comunidade cigana, motivada grandemente pelas representações do próprio grupo, à semelhança do que aconteceu na Alta de Lisboa.

No terreno, as problemáticas mais evidenciadas pelos Multiplicadores de Saúde foram o isolamento da população idosa e sua conseqüente vulnerabilidade em termos de saúde mental e a resistência inicial dos jovens em relação à prevenção, bem como o seu desamparo em termos psicossociais – sem projeto de vida ou ocupação académica e/ou profissional e com problemáticas de consumos identificadas. Houve também uma dificuldade particular na abordagem à comunidade cigana, motivada grandemente pelas representações do próprio grupo, à semelhança do que aconteceu na Alta de Lisboa. A resistência inicial dos próprios Multiplicadores de Saúde fundia-se com a resistência inicial dos beneficiários, mas um trabalho de reflexão em torno das representações permitiu uma maior amplitude, o que se refletiu na disponibilidade para o contacto no terreno, abrindo também a receptividade da comunidade para a sensibilização. Nas Ações de Terreno e também nalguns grupos de intervenção surgiu a temática das respostas tradicionais da comunidade ao sofrimento – recurso a curandeiros, plantas medicinais, pastores. Este tema mereceu a particular atenção da equipa do CEC e conduziu à realização de um Atendimento Comunitário a um curandeiro. A exploração dos conteúdos ligados a práticas particulares da comunidade constitui-se como uma via de empoderamento das comunidades.

Também no terreno, os Multiplicadores identificaram a necessidade de um enquadramento institucional e de recursos, no sentido de firmarem o seu reconhecimento junto da comunidade e de viabilizarem o acesso a respostas comunitárias que os beneficiários desconheciam existir. Na sequência deste diagnóstico foi definida e implementada a estratégia de sensibilização comunitária que passou pela criação de dois materiais de sensibilização em Saúde Mental: um cartaz e um guia de recursos psicossociais.

Em termos qualitativos, consideramos que a estratégia para a Saúde Mental traduz o seu impacto através do seguinte quadro resumo:

**QUADRO RESUMO
AMEIXOEIRA**

RESISTÊNCIAS / NECESSIDADES	ATIVIDADE	IMPACTO
Conhecimentos sobre Saúde Mental	Sensibilização em Saúde Mental	Capacitação dos Multiplicadores de Saúde em conteúdos de Saúde Mental; Capacitação dos Multiplicadores de Saúde na abordagem clinicamente informada aos beneficiários;
Representação do Psicólogo	Atividades no Terreno Grupo de Intervisão	Ressignificação das representações de Saúde Mental, Loucura, Sofrimento e do Psicólogo
Representação da Loucura	Atividades no Terreno Grupo de Intervisão	Ressignificação das representações de Saúde Mental, Loucura, Sofrimento e do Psicólogo; Distinção entre sofrimento normativo e patológico; Compreensão das dimensões sociais na construção do sofrimento psíquico.
Desconhecimento Sistema Suporte Comunitário	Estratégia de Sensibilização Comunitária: Guia de Recursos e Cartaz de Sensibilização;	Aumento da informação sobre respostas sociais para os beneficiários; Aumento do acesso a serviços primários na saúde, saúde mental e questões sociais;
	Site – Consórcio Social	Não atingido
	Evento Público de Lançamento de Estratégia Comunitária	Não atingido

Inacessibilidade População Jovem	Estratégia de Sensibilização Comunitária: Guia de Recursos e Cartaz de Sensibilização;	Aumento do acesso a serviços primários na saúde, saúde mental e questões sociais;
Sistemas Tradicionais	Grupo Focal	Não atingido
Resistência Comunidade Cigana	Atividades do Terreno Grupo de Intervisão	Alívio de tensões inter-étnicas no grupo de Multiplicadores de Saúde: Elaboração das tensões, resignificação de algumas representações, aumento do trabalho cooperativo, melhor adequação na abordagem aos beneficiários no terreno, aumento da capacidade de iniciativa dos Multiplicadores de Saúde da comunidade cigana, aumento do trabalho cooperativo entre o grupo de multiplicadores.
	Grupo Focal	Aumento do conhecimento sobre sistemas de representação simbólica e de suporte tradicionais
Representações sobre a vacina	Sensibilização Fatores Psicológicos (Formação sobre Vacinação)	Desconstrução de representações ligadas à desconfiança e à exclusão que permite melhor integrar as informações científicas sobre as vacinas e amparar o processo de tomada de decisão.

COVA DA MOURA

A Cova da Moura é um bairro em que a população é maioritariamente cabo-verdiana ou descendente de cabo-verdianos. O espaço público é habitado pelos residentes nas suas trocas sociais, afetivas e económicas. O passeio é um espaço de permanência, encontro e diálogo. As mulheres reúnem-se em grupos grandes para conversar, os jovens juntam-se para conviver e partilhar experiências, os cafés acolhem quem passa. Com efeito, a comunidade ocupa um lugar central na cultura cabo-verdiana. Esta questão, da relação de suporte da comunidade, foi sublinhada em vários momentos e atividades implementadas como um recurso próprio e potencial, muito diferenciador dos hábitos dominantes em Portugal, onde predomina o isolamento e a solidão. No contexto pandémico, o potencial diferenciador deste recurso é esmagado pela necessidade de confinamento e proteção, agudizando o sofrimento.

É de sublinhar, também, que o Moinho da Juventude, associação parceira na implementação do projeto, é uma associação assaz presente e valorizada, oferecendo ajuda em várias áreas da vida, donde a noção de ajuda é bem acolhida, ainda que conflitual no caso de equipas maioritariamente constituídas por portugueses brancos. Este sentimento de comunidade liga e possibilita a passagem de recursos e informações, o que beneficiou o trabalho no terreno, tendo a presença da equipa de terreno sido, paulatinamente, mais reconhecida e solicitada.

O grupo de Multiplicadores de Saúde da Cova da Moura foi alvo de várias reestruturações ao longo da execução do projeto, envolvendo a entrada e saída de vários membros. Foi um grupo que revelou alguma resistência às atividades de sensibilização mais formais, expressando-se alheados, dispersos, passivos, o que teve de ser reformulado para outro tipo de formato onde as atividades passaram a ser desenvolvidas nas ruas do bairro, envolvendo convívios com música e partilha de refeições. Ainda assim, apesar de um sentimento de constrangimento, surgiram questões de extrema importância: (1) o pendor pejorativo do recurso ao psicólogo na comunidade, com a (2) representação negativa da loucura, como algo a esconder e como algo que diminui e afasta, o que faz com que a comunidade (3) como resposta ao sofrimento, recorra à festa; destacaram ainda que (4) a visão da opinião pública sobre o bairro e sobre a comunidade institui a principal razão de mal-estar e sofrimento, arrastando todos para as rotas da violência e da exclusão.

Nas primeiras Ações de Terreno, os Multiplicadores de Saúde tiveram muita dificuldade em abraçar os objetivos de sensibilização, mantendo uma atitude passiva que se restringia à entrega de materiais de prevenção (máscaras e álcool gel) e que correspondia a uma representação da expectativa que as “equipas técnicas” tinham sobre eles, sublinhando o caráter de não envolvimento esperado. Foi necessário viabilizar uma nova atividade de Sensibilização em Saúde Mental. No entanto, a equipa do CEC observou a falta de adesão do grupo de Multiplicadores, dominados pelo alheamento. Esta desconexão desadensou-se no momento do coffee break, onde, através do convívio, os Multiplicadores revelaram uma possibilidade de engajamento diferente. A estratégia para este bairro foi, então, repensada e o investimento foi colocado na relação estável e regular do psicólogo nas Ações de Terreno, junto do grupo do Multiplicadores, em detrimento dos momentos de Intervisão, em sala. A alteração da estratégia foi muito impactante no funcionamento deste grupo que manifestou uma disponibilidade crescente, suportado pelo desejo de adentrar mais íntima e profundamente num espaço relacional, reconfigurando, neles próprios e nos beneficiários, as representações em torno do psicólogo e do sofrimento. Na atividade de avaliação final, foi o grupo onde mais particularmente se destacou o impacto da presença do psicólogo e a transformação do seu significado para a comunidade – o psicólogo era visto como alguém distante, que não compreendia os problemas da comunidade, que corrigia, passando a dar lugar a uma representação de proximidade, escuta e compreensão: *“Nunca pensei que um psicólogo se pudesse sentar connosco nas escadas da rua e falar”* (sic).

O psicólogo passou a ser visto como um recurso semanal da comunidade, sendo procurado espontaneamente pelos beneficiários e convidado a “passar outra vez”. Para além do impacto junto dos beneficiários, também junto dos Multiplicadores de Saúde contribuiu para a transformação da atitude, levando-os a integrar uma abordagem clinicamente informada, privilegiando a escuta, a empatia, a aceitação e o tempo. No terreno, sobressaíram histórias de precariedade, exclusão, sofrimento, conflitos familiares, saudade. O carácter regular da presença do psicólogo permitiu também aumentar a identificação de casos vulneráveis e seu consequentemente encaminhamento para diferentes respostas. Nesse sentido, foi elaborada uma lista de sinalizações que foi endereçada e discutida com a direção do Moinho da Juventude.

Em termos da Estratégia de Sensibilização Comunitária, apostou-se nos recursos culturais da comunidade, criando single musical e um videoclip de prevenção, bem como um grafitti. A equipa do CEC colaborou nas reuniões de criação dos materiais e acompanhou o processo criativo. Face ao retraimento e resistência encontrados nos momentos mais formais de sensibilização em saúde mental, e à abertura aqui encontrada, reforçou-se a hipótese de que, ao usar os sistemas simbólicos que lhes são próprios, como por exemplo através da música, as possibilidades de conexão e aprofundamento se multiplicam e expandem. Neste bairro em particular, e também devido à presença ativa e efetiva da associação Moinho da Juventude, não se constituiu como necessidade a criação de Guia de Recursos, à semelhança dos restantes bairros.

A seguinte tabela traduz o impacto qualitativo da estratégia implementada:

**QUADRO RESUMO COVA
DA MOURA**

RESISTÊNCIAS / NECESSIDADES	ATIVIDADE	IMPACTO
Conhecimentos sobre Saúde Mental	Sensibilização em Saúde Mental	Capacitação dos Multiplicadores de Saúde em conteúdos de Saúde Mental; Capacitação dos Multiplicadores de Saúde na abordagem clínicamente informada aos beneficiários;
Representação do Psicólogo	Atividades no Terreno Grupo de Intervisão	Ressignificação das representações de Saúde Mental, Loucura, Sofrimento e do Psicólogo; Reconhecimento do psicólogo como um recurso para os beneficiários, presente do bairro.
Representação da Loucura	Atividades no Terreno Grupo de Intervisão	Ressignificação das representações de Saúde Mental, Loucura, Sofrimento e do Psicólogo; Distinção entre sofrimento normativo e patológico; Compreensão das dimensões sociais na construção do sofrimento psíquico.
Emergência Social	Mediação com a direção Moinho da Juventude	Aumento do acesso a respostas sociais e serviços de saúde.
Disseminação Informação	Música, Videoclip e Graffiti	Em progresso.
Representações sobre a vacina	Sensibilização Fatores Psicológicos (Formação sobre Vacinação)	Desconstrução de representações ligadas à desconfiança e à exclusão que permite melhor integrar as informações científicas sobre as vacinas e amparar o processo de tomada de decisão.

Casal da Mira

O grupo de Multiplicadores de Saúde do Casal da Mira contou com a liderança de um coordenador, responsável da associação parceira Miractiva, preocupado com o desenvolvimento dos jovens no bairro e com a mudança de imagem veiculada nos media.

A comunidade cabo-verdiana é a comunidade predominante neste território. Os Multiplicadores referem que "em Cabo Verde as pessoas têm sempre a porta aberta. A comunidade apoia como se fosse uma família". A problemática do realojamento e dos seus impactos foi um conteúdo persistente. Vários elementos da equipa de Multiplicadores de saúde, referiam que, antigamente, quando eram pequenos, mas sobretudo antes do realojamento social do Casal da Mira, as portas não ficavam fechadas. Referem que atualmente se confrontam com um anonimato e falta de reconhecimento dos moradores do bairro que os angustia, sublinhando o ataque às potencialidades locais e culturais das comunidades e dos territórios.

"No nosso bairro, disseram que iam construir um parque infantil... fizeram a cerca, mas nunca puseram baloiços... quando fomos realojados, os prédios tinham uma fita à volta, durante meses não tiraram as fitas, era como se nada estivesse acabado ou como se fosse um local do crime."

Neste bairro, foi identificada uma tendência para dirigir todas as intervenções para os idosos, excluindo maioritariamente os jovens e as crianças. Nesse mesmo bairro, onde a criação de materiais de sensibilização comunitária não conseguia avançar, surgiu, num Grupo de Intervisão, a partilha desta narrativa em torno do realojamento da comunidade. O recurso aos instrumentos clínicos permitiu clarificar que as possibilidades de ali sonhar (sonhar ter uma habitação digna) e ou brincar (construir um parque infantil) lhes tinham sido simbolicamente (e no real também) vedadas. Que futuro? Como sobreviver? A partir deste trabalho, neste grupo, a estratégia comunitária passou pelos símbolos da intergeracionalidade e do movimento Black Power no apoio ao diálogo inter-racial.

Referem, em geral, que as pessoas mudam, que as mentalidades mudaram, que estavam habituados a viver de uma maneira e que agora é de outra, porque passaram a viver num prédio. Agora, acrescentam, *“cada um olha mais para si”, “o vizinho olha-se de lado”*. *Sublinham que as pessoas aqui se sentem um bocado ao abandono e queixam-se da falta de dinâmica no bairro. Além disso, este isolamento referido é também geográfico relativamente ao resto da cidade de Lisboa: “este bairro é uma ilha, está longe de tudo, é um bocado esquecido”*.

Relativamente às problemáticas de Saúde Mental, havia um enorme distanciamento destas questões. As suas referências relacionadas com o tema assentavam em ideias vagas e baseadas em pré-conceitos como a loucura, o medo, a vergonha e a rejeição - *“Os africanos não recorrem ao psicólogo”*. Além disso, a representação de problemas de saúde mental está associada à rejeição e evitamento por parte da comunidade, ou são, por outro lado, defensivamente alvo de chacota. Referem que a doença mental é associada à vergonha e é escondida e ainda que existe um modo de lidar através de modelos de educação corretivos (com açoites, por exemplo). No entanto, logo nas primeiras sessões, foram capazes de identificar situações de fragilidade que observam no bairro, desde comportamentos mais evidentes de desorganização mental às questões do sofrimento relacionado com o isolamento e a solidão. Revelaram, inicialmente, que não tinham muitas estratégias e formas de lidar com este tipo de situações – habitualmente, não sabem o que fazer. Através da implementação das atividades, foi ficando claro que a abordagem em saúde mental implica uma atitude de escuta e de não julgamento, que permita, dessa forma, aceder às dificuldades e problemas existentes, contribuindo para a capacitação do grupo de Multiplicadores de Saúde numa atitude clinicamente informada. No final do projeto, os Multiplicadores de Saúde são reconhecidos e reconhecem-se como capacitados para comunicar e intervir na sua comunidade, abrindo caminhos possíveis de acesso e tratamento na área da saúde mental. Reconhecem, também, ter sido possível chegar a pessoas que de outra forma estariam ainda mais isoladas.

Nos Grupos de Intervisão foi possível desconstruir ideias e preconceitos sobre a Saúde Mental e criar uma maior abertura e atenção para com os recursos existentes na comunidade e na sociedade. Daí resultou a planificação da Estratégia Comunitária e das atividades de sensibilização, que se operacionalizou na realização de um evento público com um concerto com um grupo local de Batucadeiras cabo-verdianas e no lançamento de 3 cartazes de Sensibilização em Saúde Mental.

Relativamente ao impacto da covid-19, os primeiros problemas identificados foram o isolamento e a solidão como aspetos particularmente difíceis, com a privação do contacto social. Este afastamento foi referido como sendo gerador de desconfiança, insegurança, desamparo e falta de informação. Dentro deste enquadramento de isolamento crescente, houve quem referisse que existe um problema grave nos jovens - "ficam de cabeça perdida (perdidas no passado ou que só falam como se estivessem no futuro)". Da discussão emergem ainda questões relacionadas com o confinamento e o surgimento de conflitos intra-familiares, sobretudo em jovens que tinham por hábito uma vida muito voltada para o exterior.

Outra questão muito presente neste grupo era a credibilidade atribuída aos multiplicadores para este tipo de ação e abordagem, nomeadamente relativamente ao conhecimento prévio de alguns deles, e de situações menos prestigiantes pelas quais ficaram conhecidos no bairro. Assim, uma das barreiras previstas para o acesso à população seria uma atitude de pré-julgamento e relação aos multiplicadores. Em interligação com esta questão, surgiu de forma persistente a desvalorização sentida relativamente a competências próprias. Um dos exemplos mais focados foi o da língua: "nascemos cá, falo com a avó em crioulo, mas com o filho só falo em português".

No final do projeto, estes Multiplicadores passaram a ser reconhecidos e reconhecerem-se como mediadores capacitados para comunicar e intervir na sua comunidade, abrindo caminhos possíveis de acesso e tratamento na área da saúde mental. Refletem, pois, que apesar do receio inicial esta foi uma experiência gratificante na qual foi possível desconstruir tabus da saúde mental e aumentar o seu conhecimento científico em geral. São claramente mais capazes de intervir na sua comunidade e reconhecem ter sido possível chegar a pessoas que de outra forma estariam ainda mais isoladas. Sentem-se validados pela comunidade que se apresenta, neste momento, disponível para colaborar.

Em termos qualitativos, consideramos que a estratégia para a Saúde Mental traduz o seu impacto através do seguinte quadro resumo:

**QUADRO RESUMO CASAL
DA MIRA**

RESISTÊNCIAS / NECESSIDADES	ATIVIDADE	IMPACTO
Conhecimentos sobre Saúde Mental	Sensibilização em Saúde Mental	<p>Capacitação dos Multiplicadores de Saúde em conteúdos de Saúde Mental;</p> <p>Capacitação dos Multiplicadores de Saúde na abordagem clinicamente informada aos beneficiários;</p>
Representação do Psicólogo	Atividades no Terreno Grupo de Intervisão	<p>Ressignificação das representações de Saúde Mental, Loucura, Sofrimento e do Psicólogo;</p> <p>Reconhecimento do psicólogo como um recurso para os beneficiários, presente do bairro.</p>
Representação da Loucura	Atividades no Terreno Grupo de Intervisão	<p>Ressignificação das representações de Saúde Mental, Loucura, Sofrimento e do Psicólogo;</p> <p>Distinção entre sofrimento normativo e patológico;</p> <p>Compreensão das dimensões sociais na construção do sofrimento psíquico.</p>
Desconhecimento Sistema Suporte Comunitário	Estratégia de Sensibilização Comunitária: Guia de Recursos e Cartaz de Sensibilização;	<p>Aumento da informação sobre respostas sociais para os beneficiários;</p> <p>Aumento do acesso a serviços primários na saúde, saúde mental e questões sociais;</p>
População Idosa Isolada	Atividades no Terreno Porta-a-porta	Aumento de beneficiários idosos sensibilizados.
Representações sobre a Vacina	Sensibilização Fatores Psicológicos (Formação sobre Vacinação)	Desconstrução de representações ligadas à desconfiança e à exclusão que permite melhor integrar as informações científicas sobre as vacinas e amparar o processo de tomada de decisão.

AVALIAÇÃO DE IMPACTO



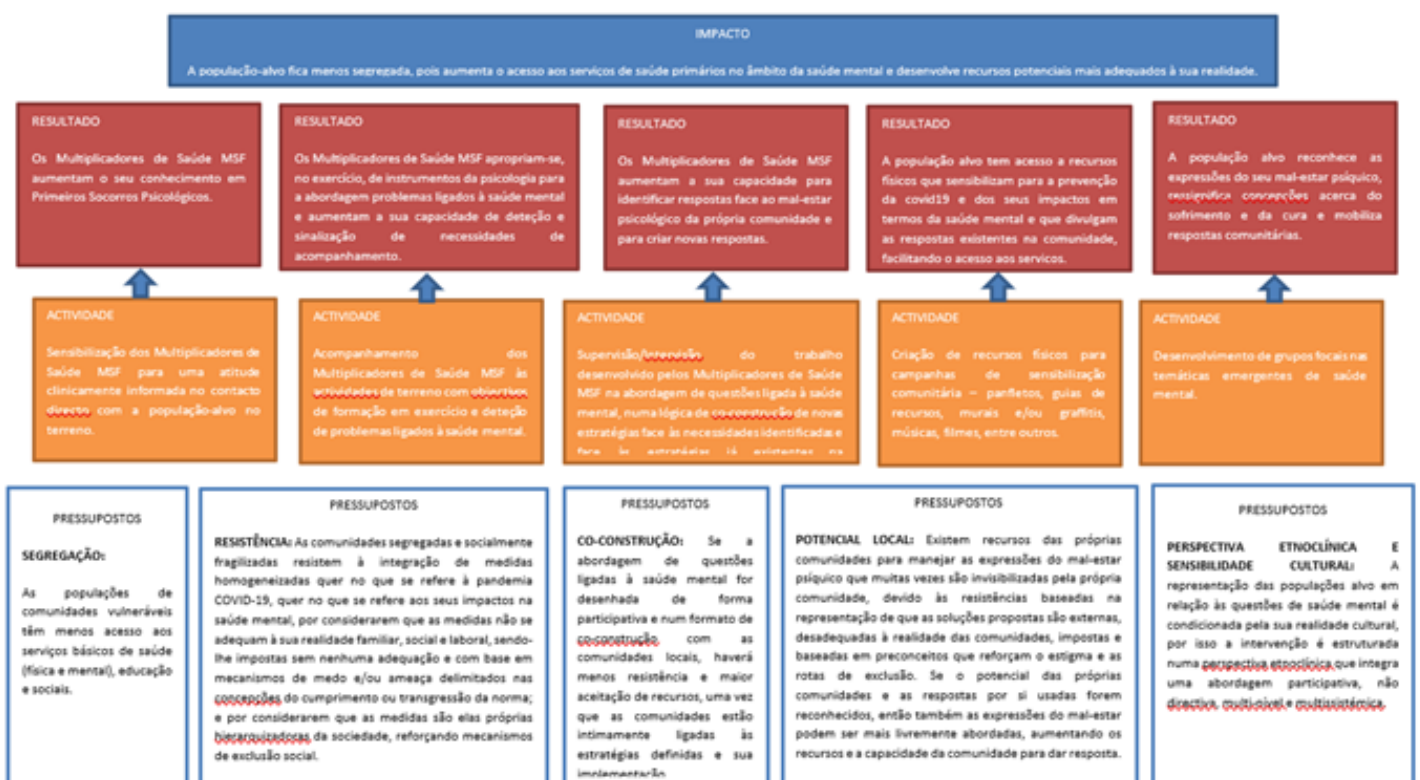
TEORIA DA MUDANÇA

A análise dos indicadores e seu impacto foi monitorizada e avaliada através da metodologia da Teoria da Mudança (The United Nations Development Group, 2017). A recolha de informação com este fim foi realizada através de entrevistas semiestruturadas com representantes de associações locais e outros intervenientes, de grupos focais com as equipas após a execução do projeto e de um questionário dirigido às equipas de Multiplicadores de Saúde.

O impacto esperado através da implementação do projeto era a diminuição da segregação da população-alvo, através do aumento do acesso a serviços de saúde mental e do aumento do reconhecimento e desenvolvimento de recursos locais potenciais.

AVALIAÇÃO DE IMPACTO

A avaliação do impacto através da Teoria da Mudança, foi compilada no seguinte diagrama:



IMPACTOS

Através da análise quantitativa e qualitativa, foi possível sistematizar os seguintes impactos:

01.

Maior demanda por informação e diminuição da resistência em relação à vacinação e cuidados de saúde primários, pelo reconhecimento e elaboração das representações da população-alvo em relação à saúde, doença, cura e discursos de subalternização na saúde.

“A informação é muito importante, aprendi muito sobre a doença e sobre as vacinas. Vou dizer a toda a gente para se vacinar, mas eu não penso vacinar-me.” (Recolha de narrativa de um Multiplicador de Saúde do projeto, no território da Cova da Moura)

Os Multiplicadores de Saúde identificaram muitas dificuldades no acesso das comunidades à vacinação. Para além dos constrangimentos burocráticos de acesso (inscrição através da internet, falta de acesso à internet, analfabetismo, migrantes indocumentados, etc...), identificaram igualmente uma atitude de receio que consideravam basear-se no acesso a informação não científica e não fidedigna. Face a esta necessidade, MSF mobilizou uma ação de esclarecimento com todas as informações médicas atualizadas sobre as vacinas, amparando o processo de tomada de decisão das populações. O impacto desta ação, no entanto, trouxe alguma surpresa, pois se, por um lado, os Multiplicadores de Saúde reconheciam o ganho face à informação fidedigna que lhes tinha sido facultada, mantinham a intenção de não se vacinarem, prevalecendo crenças subjetivas e representações particulares da saúde, da doença e da cura que não tinham sido consideradas na construção da ação formativa. As competências transculturais da equipa do CEC foram, então, mobilizadas para responder a este efeito, permitindo dar voz às ansiedades persecutórias e de aniquilação que circulavam: “os homens brancos sempre nos controlaram com os seus medicamentos”, “eles dão-nos coisas que não sabemos o que são, porque enriquecem”, “a minha prima morreu, depois de tomar a vacina”, “eles inventaram esta doença para acabar com os pobres, como nós”.... Só através do reconhecimento destas representações e da constituição de um espaço de diálogo e escuta foi possível metabolizar estes conteúdos, tendo como pano de fundo a defesa da liberdade de escolha e a apropriação dessa escolha pelas próprias comunidades, invertendo o sentimento de imposição e subordinação.

IMPACTOS

02.

Elaboração e ressignificação das representações em torno do sofrimento psíquico e do psicólogo: antes da implementação do projeto, as temáticas em torno do sofrimento e da saúde mental eram altamente estigmatizantes e, como tal, mobilizavam defesas de evitamento. A doença mental era vista como um fator de exclusão e discriminação dentro das próprias comunidades, mas também como fator de perpetuação de lógicas de subalternização, através da patologização do sofrimento social, com exclusão das dimensões histórico-políticas nas narrativas do adoecer e da loucura. No final da implementação do projeto, estas representações foram transformadas, o que se refletiu num aumento de pedidos de consulta e acompanhamento psicológico (efeito que se manteve até mais de 12 meses após o fim do projeto).

“Nunca imaginei que um psicólogo se sentasse nas escadas da rua conosco...”

(Recolha de narrativa de um Beneficiário do projeto, referindo-se ao Psicólogo Referente do território da Cova da Moura)

IMPACTOS

03.

Aumento da literacia em Saúde Mental, permitindo exponenciar a capacidade de deteção e sinalização de necessidades de acompanhamento, distinguindo o mal-estar psíquico patológico e normativo.

“É normal sofrer... as pessoas pensam muito que tens de estar tudo bem, se estás mal, és doente, estás maluco, mas todos nós sofremos e não temos de estar malucos.”

(Recolha de narrativa de um Beneficiário do projeto, referindo-se ao Psicólogo Referente do território da Alta de Lisboa)

04.

Aquisição de competências em Primeiros Socorros Psicológicos (modelo adaptado pelo CEC como foi inicialmente descrito neste relatório) com integração de uma atitude clinicamente informada e da subjetividade como instrumento de trabalho (apropriação de competências clínicas como a escuta ativa, a empatia, a neutralidade e aceitação), empoderando os Multiplicadores de Saúde e validando a sua experiência, identidade e competências. Este aumento de competências quer nos Multiplicadores de Saúde, quer nos Beneficiários diretos do projeto, permitiu uma maior aceitação e integração dos Multiplicadores de Saúde nas suas comunidades, no sentido em que os Multiplicadores passaram a representar uma figura de referência e pessoa de contacto na área da saúde no seu próprio bairro, com efeitos de reafirmação narcísica (e.g., alguns dos Multiplicadores enfrentavam obstáculos para conseguir aceitação junto da sua comunidade, tendo mencionado um aumento significativo da confiança de outros moradores e diminuição do sentimento de exclusão no final da execução do projeto).

“No início, só queria preencher a checklist, mas fomos percebendo que ter tempo de escuta para as pessoas era muito mais importante do que tínhamos pensado. Agora sabemos quem são e os seus problemas e eles também sabem quem somos e que estamos disponíveis.”

(Recolha de narrativa de um Multiplicador de Saúde do projeto, no território da alta de Lisboa)

Na fase inicial da implementação do projeto no terreno, os Multiplicadores de Saúde sentiam-se responsáveis pelo registo sintomático expresso pelos beneficiários, por forma a identificar situações patológicas e oferecer soluções concretas. Este modo de funcionamento estava implícito nos registos tradicionais de MSF que continham uma recolha de dados muito concretos. No entanto, nos Grupos de Intervisão discutiam o que sentiam como sendo uma falta de eficácia deste modelo, reforçando que quando encontravam os Multiplicadores de Saúde no terreno, os Beneficiários os procuravam para falar sobre os seus diversos sofrimentos. A partir do material encontrado, e do reconhecimento dos Multiplicadores de Saúde da necessidade de escuta, foi sendo construída uma reflexão em torno das características da atitude analítica (escuta ativa, neutralidade, aceitação, empatia, subjetividade, intersubjetividade).

IMPACTOS

05.

Contenção das tensões intergrupais entre ps Multiplicadores de Saúde, promovendo um aumento dos movimentos de identificação, coesão e cooperação que favoreceu o fortalecimento das redes comunitárias (e.g., a criação do tema musical “Nu ten ki privini”, produzido pela comunidade africana e cigana de diferentes bairros, é um produto deste fortalecimento e trabalho em cooperação).



06.

Contenção do sofrimento psíquico dos próprios Multiplicadores de Saúde no exercício das suas atividades no terreno e no confronto com o sofrimento psíquico dos beneficiários, deixando-os mais disponíveis para o contacto intersubjetivo e para uma atitude mais reflexiva e menos agida sobre o outro (e.g., no início da execução do projeto, a leitura das situações dos beneficiários era mais concreta impelindo-os a querer encontrar soluções que alterassem as circunstâncias externas na procura da diminuição do sofrimento; ao longo do projeto, foram introduzidas dimensões mais subjetivas e simbólicas, o que permitiu refletir mais sobre as respostas, encontrando soluções mais individualizadas).

“Nós precisamos de ser ouvidos também. Andamos no terreno, a sensibilizar e a escutar as pessoas, mas nenhum de nós está bem.”

(Recolha de narrativa de um Multiplicador de Saúde do projeto, no território da alta de Lisboa)

A adoção da atitude clínica mobilizou intensas ansiedades nos Multiplicadores de Saúde: não saber o que dizer (capacidade de tolerância à incerteza), sofrer com a dor dos outros (capacidade de tolerância à dor mental), entre outros fatores que colocaram a tónica nos movimentos intersubjetivos. Estas ansiedades eram partilhadas e reformuladas nos Grupos de Intervisão: os Multiplicadores de Saúde tinham espaço para partilharem o que sentiam no encontro com os Beneficiários e também as suas narrativas pessoais de sofrimento. Muitas dessas partilhas, transformadas em imagens, foram utilizadas em materiais comunitários criados pelos próprios grupos (cartazes de sensibilização, letra de uma música...). Através da função continente do Grupo de Intervisão, os Multiplicadores de Saúde foram integrando em si esta função que levavam para o terreno, culminando numa transformação a favor da receptividade e acolhimento “... eles sabem quem somos e que estamos disponíveis.”

IMPACTOS

07.

Aumento da informação sobre respostas sociais para os beneficiários (no início da execução do projeto, a maioria dos beneficiários e Multiplicadores de saúde desconhecia os recursos locais) e consequente aumento do acesso a serviços primários na saúde, saúde mental e questões sociais.

08.

Capacitação metodológica das associações locais para a prevenção e sensibilização em Saúde Mental, através do aumento de informação fiável, construção de materiais físicos culturalmente adaptados, que lhes permite dar continuidade à estratégia de sensibilização comunitária iniciada pelo projeto.



PARA DIFERENTES SITUAÇÕES, MUITAS POSSIBILIDADES

APOIO PSICOLÓGICO
Linha SNS 24
Disponível em serviço de apoio psicológico.
800 242 424.
24h/24h
Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em crise do INEM
112
24h/24h
Linha Conversa Amiga
Apoio psicológico aberto à população em geral.
808 232 327 | 210 027 159
Dias úteis das 10H00 às 22H00 |
Fim de semana das 10H00 às 22H00
Linha de Apoio Psicológico
Contacta da Câmara Municipal de Lisboa
800 398 800
24horas/24h
SOS Viz Amiga
Linha anónima de apoio psicológico.
213 544 545 | 912 802 669 | 965 524 660
Todos os dias 18H00 às 24H00

DESPROTEÇÃO SOCIAL
Linha de Emergência Social
Contacto: 344
24h/24h
Linha Emergência Alimentar
rede emergencial alimentar@ban-coalimentar.pt
VACINAÇÃO COVID-19
evai@3-min-ajuda.pt | pedido-de-ajudamentar.pt
INFÂNCIA E JUVENTUDE
Linha SOS Criança
Contacto: 16271
WhatsApp: 913 069 404
Linha Crianças em Perigo
Linha de atendimento telefónico da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos das Crianças e Jovens.
Contacto: 961 231 151
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
ANAV - Apoio à Víctima
Contacto: 16 006 | Chamada gratuita
Horário: Dias úteis das 8H00 às 22H00
AMCV - Associação Mulheres contra a Violência
21 380 2860 |
WhatsApp: 912 048 272

APOIO NA GRAVIDEZ E MATERNIDADE
O VIGILANTE
Rua 1 de Outubro 7-A B, 2700-197 AMADOURA
214 989 800
AJUDA DE MÃE
Rua do Arco do Canalhão, nº 282 1550 - 020 Lisboa
213 827 850
ajudademae@ciudademae.pt
AJUDA DE BEBÊ
AVENIDA DE CELÚA, 51 R/C
1300 121 LISBOA
21 362 8274
ASSOCIAÇÕES LOCAIS
CENTRO SOCIAL DA MUSCIBEIRA
Áreas de intervenção: Educação, Saúde, Prevenção Primária da Dependência, Acção Social e Promoção de Actividades Comunitárias.
217 588 775 | 217 560 195
Largo Padre Rocha e Melo, 8º
Murguenera Norte, 1750 204, Lisboa
NASCE E BENASCE
Rua Triz de morais, 10 Loja B
1750-435 Alta de Lisboa
217582297 | 933566795
*todas as contactos são gratuitas

SAÚDE MENTAL É FUNDAMENTAL
SI BU MESTI FALA, NU PODI ADJUDA.

LINHA CIDADÃO 10050 800 20 35 31
LINHA APOIO PSICOLÓGICO 800 916 800
LINHA SOS DROGA/ALCOOL 1414
MIRATIVA A.MIRATIVA@GMAIL.COM

*TODAS AS LINHAS SÃO GRATUITAS

IMPACTOS

09.

Aumento da literacia em Saúde Mental, permitindo exponenciar a capacidade de deteção e sinalização de necessidades de acompanhamento, distinguindo o mal-estar psíquico patológico e normativo.

“Abram as portas e as janelas, vamos semear o bem...”

(Excerto do single musical criado no território da Cova da Moura)

Noutro bairro, através da presença de uma associação local com grande reconhecimento da comunidade e que veiculava uma narrativa comum, mais politicamente ativa e informada, os temas da zanga, da injustiça, da revolta e do abuso de poder policial sobre a comunidade eram persistentes. Beneficiários e Multiplicadores de Saúde referiam-se à música e à organização de festas locais como alavanca face ao sofrimento, sublinhando o potencial cultural das comunidades do bairro como forma de união e resistência. Neste bairro, surgiu a hipótese de criar um single musical que disseminasse entre a comunidade os cuidados básicos de prevenção do coronavírus, mas também que sensibilizasse para as questões do sofrimento psíquico, cuja representação era extremamente pejorativa na comunidade. Nas sessões de escrita coletiva da letra do single, os primeiros ensaios marcavam a experiência da marginalização, da exclusão, da incompreensão. O trabalho do Grupo de Intervisão foi desvelando o movimento pendular da música como recurso para dar voz à insatisfação e à dor, mas também como instrumento ao serviço do potencial criativo e transformador das referências culturais da comunidade. Nesse grupo, surgiu a partilha de um acontecimento no bairro decorrido nos meses de confinamento obrigatório, em que todos os vizinhos abriram as suas janelas e cantaram a partir das suas casas, combatendo a solidão. A memória deste acontecimento coletivo e o contacto com as partes mais criativas e saudáveis da comunidade, mudou o rumo do conteúdo do single.

IMPACTOS

10.

Capacitação e transformação da equipa do CEC pela apropriação de novos instrumentos e conceções em termos de sensibilidade e competência cultural.

Em termos globais, o projeto atingiu o impacto esperado, contribuindo para uma diminuição significativa da segregação das comunidades visadas, aumentando o acesso da população a serviços de saúde física e mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Concretizar este projeto permitiu-nos problematizar a utilidade do pensamento psicanalítico na construção de respostas comunitárias em contextos com problemáticas marcadamente sociais, dominados por exigências severas da realidade externa, onde a psicanálise aparentemente não tem lugar, nas concepções mais correntes.

Os contributos do pensamento psicanalítico permitem um olhar complexificado sobre os fenómenos, mantendo as possibilidades de um pensamento a vários níveis, consciente e inconsciente, universal, individual e cultural. Esta complexificação dos fenómenos potencia o desvelar de impasses cujo significado muitas vezes se oculta através das narrativas vigentes de homogeneização. Arriscar trazer o subjetivo para a ribalta, reposiciona também uns e outros nas dinâmicas do impacto e da transformação social.

A utilização de modelos de intervenção manualizados e homogéneos tende a alimentar movimentos de subalternização em que uns são os detentores do conhecimento validado e os outros precisam desse conhecimento, sujeitando, submetendo e uniformizando. Assim, o psicólogo/técnico eficaz que sabe, diagnostica e cura, mantém como ignorante, doente, dependente e resistente o outro, que ele próprio desconhece e arrisca alienar.

Ora, é hoje incontestável que os movimentos de mudança se fundam na promoção da autonomia e que ela implica a formulação das capacidades desejanças intrínsecas aos processos de subjetivação. Implicar a subjetividade e a co-construção intersubjetiva é um imperativo vital de projetos de intervenção comunitária. E as comunidades estão disponíveis para esta participação ativa, como tão bem expresso por uma beneficiária do projeto: “Aqui, já me tinham vindo dar de tudo, mas ainda não tinham vindo para me escutar...”

A relação do pensamento psicanalítico com a integração da realidade externa tem desenvolvido os seus eixos comunicantes e os seus anticorpos. Na defesa da primazia do inconsciente e das fantasias inconscientes, muitas vezes os aspetos da realidade externa são sentidos e significados no seu carácter de intrusividade. No entanto, hoje em dia passa a ter voz a ideia de que condições externas extremas, apesar das diferenças que possam gerar em termos de significados individuais e diferentes formas de reagir e lidar com o sofrimento, se caracterizam por uma experiência abrupta que não pode ser integrada no momento em que é experimentada, rompendo a estrutura psíquica e desafiando sentimentos de asoerbamento, desamparo e angústias de morte que exigirão um trabalho de contenção e reconstrução mental. Reflexo deste caminho é a constituição na IPA (International Psychoanalytic Association) de vários comités de trabalho (e.g. PACE - Comité de Assistência Psicanalítica em Crises e Emergências) sobre alterações à técnica e constituição de settings comunitários, devolvendo os contributos psicanalíticos à rua (off the couch) e fazendo proliferar a discussão em torno de temas como o racismo, a violência social, os impactos psíquicos da pandemia e da guerra, entre outros.

A função continente, pilar da atitude clínica psicanalítica, tão amplamente utilizada neste projeto, permite a metabolização de aspetos disruptivos, bem como o aumento da capacidade de tolerar a incerteza e o sofrimento, sendo mobilizada através de uma escuta ativa, neutra (no sentido de não julgadora) e empática, que circula em níveis simultâneos, consciente e inconsciente, individual e cultural. Ora, os contextos de crise são caracterizados pelo rompimento dos processos de simbolização, tendência ao agir e regresso a defesas primitivas como forma de sobrevivência ao terror do real. Sobressaem aspetos ligados ao rompimento da temporalidade e da memória, com ataques aos significados autobiográficos e às próprias instâncias psíquicas, favorecendo a compulsão à repetição e a desconfiança (Bohleber, 2022) e, como tal, a defesa e a resistência.

Esta experiência psíquica exige, pois, capacidades de contenção presentes que permitam reconhecer a experiência, mas também a criação de significados e ligações que protejam os aspectos identitários (daí a importância do reconhecimento e utilização ativa do potencial cultural das comunidades), mais do que a diminuição de sintomas físicos (alterações do sono, ataques de pânico, consumos, etc.). A criação de settings comunitários em contextos de crise, em qualquer das suas modalidades, cria a possibilidade de um terceiro espaço onde experiências violentas, no real e no afeto, podem ser partilhadas, reconhecidas e contidas, em vez de perpetuadas, quer individual, quer socialmente.

Por outro lado, no caso específico do contexto do presente projeto, o caráter abrupto das experiências, pelos seus aspetos inesperados e externos, como a pandemia que vivemos entre 2020 e 2022, também se soma a outras experiências de violência mais silenciadas, mas sistémicas, que mapeiam rotas identitárias elas próprias marcadas pela violência da exclusão, opressão, invisibilidade e miséria. Nesta matemática do desfavorecimento, multiplicam-se sofrimentos, resistências, clivagens, e subtraem-se as possibilidades de subjetivação e desenvolvimento.

Assim, a moldura psicanalítica oferece ingredientes vários para reconfigurar as possibilidades de um trabalho comunitário em contextos de crise, mais ou menos imediata, travando uma contra-reação homogeneizadora que propõe respostas também elas imediatas e concretas, que replicam violências no acolhimento às situações de crise, não integrando o saber das comunidades nas soluções.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Consideramos que o presente projeto abre espaço a perspectivas futuras em termos de reorganização de políticas públicas que coloquem a saúde comunitária (também a psicológica) como epicentro no que concerne ao impacto social.

Assim:

01.

A abordagem etnoclínica, nas suas valências de competência, sensibilidade e humildade culturais, é uma exigência atual nos serviços de saúde, educação e acolhimento, considerando que:

- diminui resistências fundadas em representações e dinâmicas inconscientes de saúde, doença, cura e lugar social;
- diminui a proliferação de protocolos de intervenção homogeneizados que não consideram a diversidade cultural e linguística;
- aumenta o acesso aos serviços e a manutenção dos projetos terapêuticos, educativos, de acolhimento, pois as comunidades sentem-se vistas e escutadas, incluídas e representadas nas suas pertenças culturais, simbólicas e linguísticas;
- integra diferentes definições em termos de saúde mental, reformulando a prevalência de referências ambíguas sempre de pendor psicopatológico que minimizam as expressões culturais do sofrimento, o que aumenta as dificuldades de acesso das comunidades aos serviços de saúde mental.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

02.

A criação de serviços de saúde e saúde mental comunitários, com inclusão de mediadores comunitários, prevista na lei, mas insuficientemente implementada, é uma exigência e uma garantia do aumento do acesso aos serviços, considerando que:

- o tempo e estabilidade das equipes de terreno nos bairros abriram espaço a novas sinalizações, criando nas comunidades uma necessidade mais consciente de respostas em saúde mental e um reconhecimento dos serviços e da representação das comunidades nos próprios serviços;
- aumenta a autonomia e capacitação das organizações locais, seus elementos e suas comunidades, investindo no empoderamento e sustentabilidade das organizações da sociedade civil e dos recursos culturais existentes em cada comunidade e território;
- aumenta o reconhecimento, valorização e inclusão das próprias comunidades.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

03.

A mudança de paradigma epistemológico e metodológico, com enfoque em estratégias participativas e de co-construção é necessária para o desenvolvimento de serviços diversificados e adequados a necessidades específicas, diferenciadas e diferenciadoras, considerando que:

- aumenta a adesão dos beneficiários aos serviços de saúde, pelo reconhecimento e utilização da sua subjetividade;
- metodologias que respeitam a identidade e a subjetividade são facilitadoras do aumento da cooperação entre diferentes grupos comunitários;
- passa a considerar as equipes técnicas envolvidas na execução dos projetos também como beneficiários dos próprios projetos, no sentido em que também reformulam as suas representações, desconstruem resistências e ampliam as suas competências, diluindo lógicas de assimetria e subalternização, integrando na sua prática princípios clínicos de intersubjetividade e co-transformação.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Através destes resultados, procurámos discutir as vantagens da adaptação do modelo etnoclínico psicanalítico aos contextos comunitários e as possibilidades de reformulação de serviços de segunda linha para contextos de crise e emergência que incluam e valorizem as dimensões da subjetividade, intersubjetividade, diversidade, participação e co-construção em detrimento de modelos de intervenção homogêneos, hegemónicos, protocolizados, que têm custos em termos de constrição da autonomia, pluralidade, inclusão e do favorecimento da assimetria, dependência, subalternização e segregação.

REFERÊNCIAS

Bion, W. (1984). Transformations. Karnac Books. (Obra Original publicada em 1965).

Bermudez, G. (2019). Community Psychoanalysis: a contribution to na emerging paradigm. *Psychoanalytic Inquiry*, 39 (5), pp. 297-304. <https://doi.org/10.1080/07351690.2019.1623582>

Bohleber, W. (2022, 4 Abril). Trauma - Catastrophic Reality and the overwhelmed psyche [Audio Podcast]. *International Psychoanalytic Association Podcast Talks On Psychoanalysis*. <https://talksonpsychoanalysis.podbean.com/?s=bohleber>.

Borges, J., Hirrata, C. Medeiros, V. & Medina, L. (2021). Relatório de Execução Círculo de Partilha e Diálogos Covid-19. Médicos sem Fronteiras Portugal.

Bragin, M. (2021). Acompanhement as Psychoanalysis in the community. *Psychoanalyic Dialogues*, 31(4), 517-518. <https://doi.org/10.1080/10481885.2021.1926794>

Bruns, G. & Barron, J. (2022). Psychoanalysis and the community - introductory considerations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 103 (1), pp. 108-109. <https://doi.org/10.1080/00207578.2022.2020972>

Butler, S., Anokhina, A., Kaminska, K., Watmuff, C. & Fonagy, P. (2017). Multisystemic Therapy: Family Integrated Transitions (MST-FIT) - A feasibility study. Research Report. Children's Social Care Innovation Programme Evaluation Report. University College London/Anna Freud National Centre for Children and Families. This document is available for download at www.gov.uk/government/publications


Carli, R., Panniccia, R. M., Giovagnoli, F., Carbone, A. & Bucci, F. (2015). Emotional Textual Analysis. In Jason, L. & Glenwick, D. (Eds.), *Handbook of Methodological Approaches to Community-Based Research: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods* (pp. 111-118). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190243654.003.0012>

Devereux, G. (1953) Cultural Factors in Psychoanalytic Therapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, v.1 (4), pp. 629-646. <https://doi.org/10.1177/000306515300100403>.

Devereux, G. (1967). From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences. De Gruyter Mouton. <https://doi.org/10.1515/9783111667317>.

Devereux, G. (1981). A etnopsiquiatria. *Análise Psicológica*, 4 (1), pp. 521-525. <http://hdl.handle.net/10400.12/5619>.

REFERÊNCIAS

- 
- Falanga, R. (2014). Changes need change: A psychosociological perspective on participation and social inclusion. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 24-38. <http://hdl.handle.net/10451/15612>.
- Freud, S. (1969). Totem e Tabu. (M. A. Rego, Trad.). In J. Salomão (Org.), Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. 13). Imago. (Obra original publicada em 1912).
- Freud, S. (1969). Psicologia das massas e análise do eu. (M. A. Rego, Trad.). In J. Salomão (Org.), Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. 15). Imago. (Obra original publicada em 1921).
- Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização (M. A. Rego, Trad.). In J. Salomão (Org.), Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. 21, pp. 338-350). Imago. (Obra original publicada em 1929).
- Habermas, J. (1993). Técnica e Ciência como "ideologia". Edições 70. (Obra original publicada em 1968).
- Halton, W. (2019). Some unconscious aspects of organisational life: Contributions from psychoanalysis. In A. Obholzer & V. Z. Roberts (Eds.), *The Unconscious at Work. A Tavistock Approach to Making Sense of Organizational Life* (pp. 12-20). Routledge.
- Hinshelwood, R. D., & Skogstad, W. (2000). *Observing organisations: Anxiety, defence and culture in health care*. Routledge.
- Hollway, W. (2010). Relationality: the intersubjective foundations of identity. In: Wetherell, Margaret and Mohanty, Chandra (Eds.), *Sage Handbook of Identities* (pp. 216-232). Sage.
- Hollway, W. and Jefferson, T. (2008). The free association narrative interview method. In Given, Lisa M. (Eds.), *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (pp. 269-315). Sage.
- Junior, N. & Ribeiro, C. (2009). Intervenções psicossociais em comunidades: contribuições da psicanálise. *Psicologia & Sociedade*, 21 (1), pp. 91-99.
- Marino, A. & Neto, A. (2019). Psicanálise na Praça Roosevelt: uma experiência clínico-política em um espaço público. *Teoria Y Crítica de la Psicología*, 12, pp. 352-367.
- Moleiro, C. & Gonçalves, M. (2010). Saúde na diversidade: desenvolvimento de serviços de saúde mental sensíveis à cultura. *Análise Psicológica*, 28 (3), pp.505-515. <http://hdl.handle.net/10071/13496>.

REFERÊNCIAS

Moro, M.R., De La Noë, Q., Mouchenik, Y. (2006). Manuel de psychiatrie transculturelle: Travail clinique, travail social. La Pensée Sauvage Editions.

Nathan, T. & Stengers, I. (2004). Medecins et sorciers. Collection Les Empêcheurs de penser en rond. Obra original publicada em 1999.

Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation e Visão Global internacional (2015). Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo. OMS.

Roussillon, R. (1998). The role of institutional settings in symbolization. In S. Frisch, R. D. Hinshelwood, D. Houzel, & J. Pestalozzi (Eds.), Psychoanalytic psychotherapy in institutional settings (pp. 45-58). Routledge.

Sturm, G., Baubet, T., & Moro, M. R. (2010). Culture, trauma and subjectivity: The French ethnopschoanalytic approach. *Traumatology*, 16(4), 27-38. <https://doi.org/10.1177/1534765610393183>

The United Nations Development Group. (2017). UNDAF Companion guidance: Theory of change. <https://unsdg.un.org/resources/theory-change-undaf-companion-guidance>

World Health Organization Press. (2012). Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings. World Health Organization Press

