

Ao meu avô que acreditou em mim até quando eu duvidei.

Aos meus pais, pelos bons conselhos e por me indicarem bons caminhos.

Agradeço,

Ao Dr. Nuno Madeira por ser um orientador sempre disponível sem ser autoritário, deixando-me criar este trabalho há minha maneira e no meu timing. Obrigada por toda a preciosa ajuda e por ter acreditado neste projecto tão fora do vulgar.

À Cercipom por me ter acolhido e por me ter apoiado, sem reservas mas com espírito crítico. Mas acima de tudo obrigada pela maravilhosa experiência de vida. Espero que este trabalho seja de tão proveitoso para vocês como foi para mim.

Às instituições CERCIAG, CERCIG, ARCIL, APPACDM Fundação, CERCINA, APPACDM Covilhã, CERCIAZ, APPACDM Marinha Grande, CERCIVAR, APCDI, APPACDM de Vila Nova de Poiares, CERCIPENELA, CERCIMIRA, CERCICAPER, CERCILAMAS e APPACDM Coimbra pela gentileza de participarem no questionário que lhes propus.

Aos meus Pais e Namorado que suportaram todos os episódios de mau humor consequentes às épocas de exames e aos trabalhos finais, sem nunca deixaram de me acarinhar e incentivar quando mais precisei.

À Joana Tenente, consultora técnica e tradutora oficial deste trabalho. Obrigada por toda a ajuda e pelo incentivo.

RESUMO:

Através do contacto directo com pessoas com deficiência mental tentei conhecer a realidade do seu quotidiano e em que medida um médico poderia ser útil nos seus cuidados diários. Por esse motivo tornei-me voluntária na Cercipom, uma instituição que cuida de pessoas com atraso cognitivo, e trabalhei a par com a equipa técnica e com as monitoras.

Pude observar os problemas que a instituição tem que resolver diariamente, a forma como são geridos os cuidados de saúde e quais as limitações de acesso aos mesmos, para no fim concluir sobre quais os pontos do plano de cuidados que poderiam ser melhorados por um médico.

Para complementar a minha avaliação apliquei o Inventário de Burnout de Copenhague aos funcionários com quem contactei, com o intuito de perceber se havia um risco aumentado de desenvolvimento desse síndrome e conseqüentemente se se justificava a aplicação de medidas preventivas.

Ao longo das minhas observações fui sempre fazendo um paralelo com o que encontrei escrito sobre o tema. Infelizmente a grande maioria reporta a realidade de outros países, havendo pouca informação sobre o que se passa em Portugal. Por esse motivo, à minha observação pessoal, acrescentei a opinião de outras instituições da zona centro (que realizam um trabalho semelhante ao da Cercipom), que obtive através de um inquérito que realizei nas mesmas.

Prossigui o meu trabalho avaliando a viabilidade económica deste projecto, tendo em conta o impacto que teria na instituição, e qual a especialidade com maior competência para atender esta população. Concluí que a Cercipom não tem capacidade de suportar as despesas salariais acrescidas pela contratação de um médico e que para que haja um médico assistente na instituição poderia equacionar-se um acordo com o Sistema Nacional de Saúde, em que um profissional de saúde do serviço público se dirige à Cercipom de forma regular. Quanto à especialidade deparei-me com um tema controverso, pois existe uma grande heterogeneidade de patologias neste grupo populacional.

Contudo, com base na literatura e nos problemas que encontrei na Cercipom, achei que as especialidades mais indicadas seriam a Psiquiatria e a Medicina Geral e Familiar.

Com o conhecimento que adquiri e as conclusões a que cheguei, construí, em linhas gerais, um plano de actuação que me parece viável para esta instituição. O plano inclui as especialidades dos médicos que considero serem mais adequadas, a frequência com que visitariam a instituição e quais as funções que desempenhariam.

ABSTRACT

Through the direct contact with mentally impaired people, I tried to learn about their daily lives and see to what extent a doctor could be useful in their daily care. For these reasons I volunteered at Cercipom, an institution that cares for people with cognitive disabilities, and worked along the technical team and the monitors.

I was able to see the institution's daily problems, their health care management and the difficulties they have on accessing them, in order to conclude in what ways the health care plan could be improved by a doctor.

As a complement to my assessment I applied the Burnout Inventory of Copenhagen to the employees, with the purpose of understanding if an increased risk of developing this syndrome is present and the eventual need to apply preventive measures.

Throughout my observations, I draw a parallel with other literature finding on the subject. Unfortunately the vast majority regards the reality lived in other countries and the information regarding Portugal is almost inexistent. Because of that I added to my personal observation the opinion of other institutions on the area (what perform similar work to Cercipom), through a survey I conducted.

Considering the new information I obtained during my stay at Cercipom and the conclusions I have reached, it is possible to build an action plan. This plan includes the medical specialties I consider to be most appropriate, how often they should visit the institution and what would be their role.

Keywords: Intellectual Disability, Delivery of Health Care, Learning Disorders, Psychiatry, Family Practice

ÍNDICE:

ÍNDICE DE TABELAS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	8
LISTA DE SIGLAS.....	9
INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1: A instituição.....	12
CAPÍTULO 2: Há necessidade de apoio médico na instituição?.....	16
CAPÍTULO 3: É viável?	33
CAPÍTULO 4: Quais as especialidades médicas mais necessárias na prestação de cuidados a esta população.....	36
CONCLUSÕES	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	45
Anexo 1- Inventário de Burnout de Copenhagen – Questões e método de cotação.....	46
Anexo 2 - Questionário realizado a outras instituições	50
Anexo 3 - Instituições convidadas a participar no questionário	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos resultados consoante os níveis de Burnout de acordo com as escalas do CBI	24
Tabela 2 Caracterização da amostra consoante os níveis de Burnout (CBI).....	25
Tabela 3 Distribuição dos resul. consoante os níveis de Burnout de acordo com as escalas do CBI no Lar....	25
Tabela 4 Distribuição dos resul. consoante os níveis de Burnout de acordo com as escalas do CBI no CAO .	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Avaliação da utilidade de um médico assistente na instituição numa escala de 0 a 10.....	28
Gráfico 2 Classificação, das instituições com médico, da acessibilidade do SNS numa escala de 0 a 10	29
Gráfico 3 Classificação, das instituições com médico, da adequação do SNS numa escala de 0 a 10.....	29
Gráfico 4 Classificação, das instituições sem médico, da acessibilidade do SNS numa escala de 0 a 10	30
Gráfico 5 Classificação, das instituições sem médico, da adequação do SNS numa escala de 0 a 10.....	31

LISTA DE SIGLAS

CAO – Centro de actividades ocupacionais

CBI – Inventário de Burnout de Copenhagen

CID-10 – Classificação internacional de doenças

DSM –V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

IMC – Índice de massa corporal

QI – Quociente de inteligência

SNS – Serviço Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

A população com déficit cognitivo representa cerca de 1% (1) da população em geral e é uma presença constante em todas as especialidades da medicina. Contudo, contrariamente às populações geriátricas, pediátricas ou obstétricas, não existem linhas orientadoras de como esta população deve ser abordada ou sobre como devem ser acomodadas as suas necessidades peculiares.

A ICD -10(2) e a DSM-V(3) caracterizam a deficiência mental através dos seguintes critérios:

- A. Funcionamento intelectual significativamente inferior à média (quociente de inteligência – QI – igual ou inferior a 70).
- B. Défices ou insuficiências concomitantes no funcionamento adaptativo em três domínios: conceptual, social e prático;
- C. Início antes dos 18 anos.

Estão definidos graus de gravidade da deficiência mental, segundo a ICD-10 (2), consoante o quociente de inteligência. Os graus são quatro:

- Deficiência mental ligeira: QI entre 50 e 69
- Deficiência mental moderada: QI entre 35 a 49
- Deficiência mental grave: QI entre 20 a 34
- Deficiência mental profunda: QI abaixo de 20
- Deficiência mental, gravidade não especificada: quando há forte suspeita de déficit mental mas a inteligência do sujeito não é avaliável pelos testes usuais.

Como estudante no âmbito da saúde e devido ao meu desconhecimento mas sobretudo interesse na deficiência mental, decidi integrar, como voluntária, as actividades de uma instituição que trabalha com pessoas com atraso cognitivo associado ou não a limitação física, a Cercipom.

Pretendo, através do que observei nesta instituição, concluir sobre a aplicabilidade das funções médicas dentro da instituição e de que forma há uma relação custo-benefício na existência de um médico assistente na mesma.

Escolhi a modalidade de relatório porque não existem dados ou artigos que visem a realidade portuguesa nesta área, impossibilitando um estudo científico ou revisão sobre artigos na área. Para a minha decisão também pesou o facto de eu sentir necessidade de contactar com este grupo populacional. Como é amplamente defendido durante a nossa formação, a única forma de aprender a agir perante um doente é contactando com doentes, e tendo em conta as necessidades especiais desta população, achei que deveria procurar esse contacto de modo a completar o meu treino médico.

CAPÍTULO 1: A INSTITUIÇÃO

A Cercipom é uma instituição com cerca de trezentos e cinquenta utentes, referentes à área geográfica do concelho de Pombal (excepto casos institucionalizados ao cuidado da Segurança Social), que ao longo de 36 anos cresceu e evoluiu no sentido de melhor suprir as necessidades dos seus utentes, tendo actualmente certificação de qualidade. Assim, hoje em dia, a instituição que começou como uma unidade educativa, tem as seguintes vertentes(4):

- Centro de Recursos Terapêuticos (CRT): tem como público-alvo todos os utentes da Cercipom, promovendo actividades terapêuticas e desportivas através de uma equipa constituída por um fisioterapeuta, um técnico superior de reabilitação, uma terapeuta da fala e uma terapeuta ocupacional.
- Centro de Formação Profissional (CFP): destina-se a pessoas dos 15 aos 45 anos de idade, que devido a incapacidades cognitivas ligeiras necessitem de um projecto formativo personalizado e qualificante, que lhe facilite a independência e integração social.
- Centro de Actividades Ocupacionais (CAO): direccionada a indivíduos com idade igual ou superior a 16 anos e com défices cognitivos moderados a graves e sem possibilidade de integração na sociedade, com o objectivo de cuidar enquanto os seus cuidadores se encontram nas suas actividades quotidianas e, nesse tempo, explorar ao máximo as capacidades físicas, intelectuais e sociais dos utentes.
- LAR/Resposta Residencial: direccionada a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 16 anos cujos cuidadores não tenham capacidades para ter ao seu encargo um indivíduo portador de deficiência mental, quer temporariamente, quer permanentemente.
- Intervenção Precoce: trabalha com crianças (0 aos 6 anos) com alterações nas funções ou estruturas do corpo, ou com risco grave de atraso de desenvolvimento com o objectivo de prevenir e reabilitar crianças com os riscos acima identificados e

proporcionar experiências diversificadas às crianças/famílias, visando diminuir o prejuízo funcional do atraso numa idade precoce.

- Centro de Recursos Para a Inclusão (CRI): direccionada a alunos em idade escolar a frequentar as estruturas de ensino regular, com necessidades educativas especiais, com o objectivo de preparar de forma especializada a integração na vida adulta e activa na sociedade.

De todas estas vertentes eu contactei com duas: centro de actividades ocupacionais (CAO) e a resposta do lar residencial.

O centro de actividades ocupacionais (CAO) promove diversas actividades nas quais os utentes são inseridos consoante as suas limitações e consoante as suas necessidades. Assim temos actividades estritamente ocupacionais (exemplos: as artes plásticas, o bar, os bordados, o cabeleireiro e estética, a confecção de doces e salgados, a selecção de tampas para reciclagem em empresa no exterior e a tapeçaria), actividades de desenvolvimento pessoal e social (exemplos: ensino da higiene pessoal, rancho e marchas populares e terapêutica ocupacional) e actividades lúdico-terapêuticas (por exemplo: estimulação sensorial em contexto de sala, expressão dramática, actividade motora adaptada, encontros desportivos, Snoezelen, fisioterapia, hidroterapia e hidroginástica). Nestas actividades está inserido um sistema de compensações que visa a motivação dos utentes e a maximização dos resultados pretendidos com a actividade. Destas compensações os utentes podem obter bens materiais que lhes sejam úteis (ex.: roupa, telemóvel, óculos de sol) ou integrar actividades no exterior da instituição que lhes permitam uma melhor integração na sociedade (ex.: ir almoçar a um restaurante, ir ao cinema).

Este centro ocupacional também tem como funções a administração terapêutica, o transporte acompanhado dos utentes (quer para a sua residência quer para consultas/tratamentos) e o serviço de refeitório que tem em conta as limitações motoras e as necessidades nutricionais dos utentes.

A equipa que promove todo este trabalho é constituída por: uma directora técnica/psicóloga, um psicólogo estagiário, técnica superior de serviço social, treze monitoras de actividades ocupacionais e duas auxiliares de serviços gerais. Como apoio do centro de recursos terapêuticos, têm ajuda de dois terapeutas ocupacionais, um fisioterapeuta e um técnico superior de reabilitação.

O lar residencial tem como objectivo proporcionar uma habitação com um ambiente o mais “familiar” e “normal” possível. Tem também como função garantir o acompanhamento médico eficaz dos clientes que nele habitam permanentemente.

As actividades do período diurno estão são desenvolvidas noutras valências da instituição, exceptuado os fins-de-semana em que são promovidas actividades de ocupação dos tempos livres que se enquadrem nos gostos dos utentes e que de alguma forma gere uma maior participação na comunidade.

A equipa que integra esta resposta da Cercipom é constituída por: uma directora técnica/psicóloga, uma técnica de serviço social, nove ajudantes de acção directa e três elementos de serviços gerais.

CAPÍTULO 2: HÁ NECESSIDADE DE APOIO MÉDICO NA INSTITUIÇÃO?

Durante os dois meses de voluntariado na instituição Cercipom contactei com os diferentes níveis de assistência aos utentes, desde a equipa técnica (psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc.) às monitoras que são responsáveis por cuidar e implementar as actividades escalonadas para o dia. Constatei os objectivos pretendidos, observei a forma como se trabalhava em direcção a estes e procurei perceber quais as dificuldades que existiam que podiam ser resolvidas com um apoio médico de proximidade.

O primeiro campo onde percebi uma oportunidade para um médico dar a sua contribuição foi na área da informação. Ao participar na realização dos planos individuais para o ano “lectivo” seguinte, apercebi-me de que nenhum dos técnicos superiores tinha conhecimento sobre o motivo pelo qual determinada medicação estava a ser administrada ou sequer conheciam as suas potenciais indicações. Nenhum dos presentes conhecia a diferença entre um neuroléptico e um ansiolítico, sendo tudo classificado como medicação prescrita pelo psiquiatra. Outra falha no conhecimento que verifiquei foi que eram raros os utentes com um diagnóstico conhecido, e mesmo nos que tinham um diagnóstico, este não era claramente entendido pela equipa. O mesmo problema estende-se às monitoras de CAO e auxiliares de acção directa do lar residencial.

Embora este facto não seja impeditivo do trabalho da equipa, um melhor entendimento da patologia leva a uma melhor compreensão do utente, assim como da forma como lidar com a patologia do mesmo. Se entendermos que um autista é profundamente afectado por ambientes com muitos estímulos visuais e auditivos, saberemos que podemos evitar episódios de agressividade ao, por exemplo, ter uma hora de almoço separada para este grupo de utentes. Também saberemos que quando este se torna agressivo, primeiro podemos experimentar coloca-lo num ambiente calmo e com poucos estímulos antes de iniciar a medicação SOS.

Não se entenda por isto que não existe qualquer tipo de formação para os funcionários da instituição. Existem efectivamente formações, mas estas são mais direccionadas aos aspectos técnicos dos cuidados físicos do que à patologia e medicação.

Ao longo do meu voluntariado vários aspectos do dia-a-dia da instituição levaram-me a pensar que seria útil a presença de um médico assistente na instituição.

O primeiro facto foi, obviamente, o elevado número de utentes que sofrem de patologia que necessita de medicação crónica e por isso de um apoio médico mais frequente. Tal como eu observei na minha pequena amostra, existem várias referencias bibliográficas que reportam um aumento do risco de doença nesta população, tendo como complicações mais frequentemente associadas ao atraso mental os défices motores e/ou sensitivos, os problemas comportamentais, a epilepsia e a doença psiquiátrica (1)(5). Associado a este risco de doença elevado temos ainda o facto os indivíduos com deficiência mental atingirem idades cada vez mais avançadas(6)(7)(8), embora tenham uma esperança média de vida inferior à população em geral(9). Esta nova realidade acrescenta ao risco que já se observava previamente, o risco de doença devido ao envelhecimento(8) e o risco consequente à toma crónica de medicação. No seguimento desta observação ficou clara a conveniência de uma vigilância holística e rigorosa destes doentes e não só para as complicações mais frequentes, facto este também referido na literatura (10).

Também associado à toma de medicação crónica, há a necessidade frequente da revisão da mesma, tentando ao máximo minimizar o número de fármacos ou as doses e consequentemente os seus efeitos secundários, o que implica um contacto médico frequente.

A dificuldade de acesso aos serviços públicos também se mostrou um factor a favor da existência de um médico assistente na instituição. Os entraves ao acesso a cuidados médicos são vários.

Primeiramente temos a dificuldade na marcação de consultas de medicina geral e familiar, resultante do número desadequado de profissionais de saúde disponíveis (11), que *a posteriori* se reflecte num maior número de idas ao serviço de urgência por patologias que, embora agudas, podiam ser tratadas em ambiente de consultório. Estas utilizações desnecessárias do serviço de urgência representam um contratempo quer para o serviço em si (que está a ser utilizado erroneamente), quer para a instituição que tem que dispensar um funcionário e um veículo, quer para o utente, que para além da doença em si, tem mais um factor de stresse por ser retirado da sua “área de conforto”.

De seguida há a falta de disponibilidade dos médicos para lidar com as especificidades desta população. A insensibilidade dos médicos para com os utentes foi das reclamações mais frequentes que me foram transmitidas. Os funcionários que acompanham os clientes aos serviços de saúde referem que os médicos não tentam comunicar directamente com os utentes mesmo quando estes têm capacidade de se exprimir, que não insistem o suficiente para fazer os gestos médicos necessários (tais como auscultar, medir a tensão, etc.) e que não ocultam a sua impaciência aumentando a ansiedade dos doentes. O que eu conclui destas descrições foi que existe uma falta de motivação para trabalhar com pessoas com deficiência mental por parte da equipa médica e que esse facto está a diminuir a qualidade do serviço prestado (12).

Outro argumento a favor de haver um médico que visite a instituição é a alteração comportamental dos doentes quando estão em ambientes que não lhe são familiares. Esta alteração cria vieses na avaliação clínica, principalmente no contexto psiquiátrico. Este factor tem muita importância nesta população pois cerca de 20 a 40% dos adultos com atraso mental têm doença psiquiátrica associada (1)(6). Facto facilmente objectivável na Cercipom só pela observação da medicação diária dos clientes e de alguns comportamentos característicos de patologia psiquiátrica (por exemplo: automutilação, delírios persecutórios e comportamentos agressivos). Associadamente a uma melhor compreensão do comportamento habitual, ver o doente no seu quotidiano também

melhora a percepção das suas reais limitações, dos desencadeantes de patologia e do ambiente familiar, todos factores muito importantes na avaliação clínica do indivíduo com atraso cognitivo.

O conhecimento biopsicosocial do doente associado a uma avaliação clínica frequente, para além de facilitar o diagnóstico, também permitiria um ajuste mais oportuno da terapêutica, melhorando consideravelmente a eficácia do tratamento. Este modelo de cuidados médicos em proximidade também facilitaria a implementação de medidas não farmacológicas, diminuindo a carga farmacológica diária e conseqüentemente os seus efeitos nefastos.

Além do benefício de o médico conhecer melhor o seu doente, há também o benefício do doente conhecer o médico, eliminando-se um factor de agitação durante a consulta. Combinado com a implementação de pequenos gestos médicos no quotidiano dos utentes, como a medição da tensão arterial, a auscultação ou a pesagem, para além de implementar um rastreio oportunístico, cria familiaridade com os procedimentos, facilitando a observação clínica quando esta for essencial. Para testar este argumento fiz a experiência de levar um esfigmomanómetro e um estetoscópio para o lar residencial da Cercipom e fazer o exame físico aos utentes presentes. Iniciando junto daqueles com mais capacidades cognitivas e por isso mais facilmente levados a participar, foi fácil criar o sentimento de que se tratava de uma actividade e não de uma consulta, sendo que como resultado tive uma adesão total ao meu pequeno rastreio, inclusive dos utentes com défice cognitivo profundo.

Um elemento fundamental para a qualidade de vida das pessoas com deficiência mental é o papel desempenhados pelos cuidadores, ainda assim estes são frequentemente esquecidos. O facto de a Cercipom não oferecer apoio psicológico nem aos seus funcionários é o reflexo disso mesmo.

Ao mudar o meu foco de atenção dos utentes para as monitoras e auxiliares que com eles trabalham diariamente constatei que estes também necessitam de uma atenção especial. Em

algumas conversas informais percebi que várias das cuidadoras encontram-se sob medicação antidepressiva e também constatei alguma resignação em relação ao trabalho que desempenham. Incentivada por este contexto resolvi estudar o Síndrome de Burnout, através da aplicação de um questionário, aos funcionários da instituição. A verificar-se indícios desta síndrome, esta poderia ser mais uma área em que um médico seria uma mais-valia. Mas antes de apresentar os resultados que obtive, vou expor uma breve explicação sobre o que é este síndrome, como se apresenta, o que o desencadeia e quais as suas consequências.

Segundo a literatura(13) o Síndrome de Burnout, embora não conste da ICD-10, é uma patologia consensualmente aceite na comunidade científica. Genericamente define-se como um esgotamento emocional associado a atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas com que se trabalha (despersonalização) e ao sentimento de não realização profissional. É o produto da exposição a stresse crónico consequente a um ambiente laboral emocionalmente exigente. Assim sendo é facilmente inteligível que esta patologia se observe com maior frequência em profissionais de saúde e profissionais de organizações de serviços que trabalham em contacto directo com utentes, sendo que funcionários da Cercipom se enquadra nestes últimos.

As manifestações deste síndrome surgem de forma insidiosa e sem que o indivíduo se aperceba apresentando sintomas clínicos de várias índoles:

- **Sintomas físicos:** fadiga, insónia, dores musculares ou ósseas, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais (dispepsia, úlceras, náuseas, diarreia, etc.), imunodeficiência (maior frequência de infecções, alergias, etc.), transtornos cardiovasculares (palpitações, hipertensão, etc.), perturbações do sistema respiratório (crises de asma, dispneia, etc.), disfunções sexuais (diminuição do líbido) e alterações menstruais nas mulheres.

- **Sintomas psíquicos:** falta de atenção e de concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação, solidão, insuficiência, impaciência, desânimo, depressão e desconfiança.
- **Sintomas comportamentais:** irritabilidade, agressividade, incapacidade em relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias (álcool e drogas), comportamento de risco e aumento da probabilidade de suicídio.
- **Sintomas defensivos:** tendência ao isolamento, sentimentos de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, insónias e cinismo.

Os factores desencadeantes desta patologia podem ser categorizados por três classes:

- Ambiente físico e o conteúdo do posto de trabalho.
- Disfunção da forma como o empregado vê o seu papel, as relações interpessoais com os colegas e as suas perspectivas de carreira.
- Stresse relacionado com novas tecnologias e com os aspectos organizacionais da instituição empregadora.

As condições organizacionais que contribuem para o desencadear deste síndrome são: falta de recompensa, políticas excessivas (ex. sobrecarga de trabalho) e procedimentos desatualizados, controlo excessivo sobre o empregado, inexistência de expectativas claras e de responsabilidades de trabalho em conjunto que impedem o trabalhador de ser produtivo, inexistência de grupos de apoio ou grupos de trabalho coesos e desigualdade de tratamento entre trabalhadores.

Podemos assim concluir que o Síndrome de Burnout tem consequências nefastas quer para a qualidade de vida do profissional quer para a qualidade do seu trabalho. Compreensivelmente observa-se um aumento dos custos económicos, associados à diminuição de eficácia nas tarefas

realizadas, ao absentismo, e ao abandono profissional, e um aumento dos custos sociais, devido aos problemas conjugais e familiares e à patologia física e/ou psiquiátrica resultante do síndrome.

Perante estas consequências significativas, medidas preventivas devem ser tomadas, tais como: disponibilizar formação em resolução de problemas, assertividade e gestão eficaz do tempo; proporcionar apoio de colegas ou superiores; criar um ambiente de trabalho menos stressante e mais favorável à realização profissional (evitar horários de trabalho excessivos, incentivar o convívio entre funcionários para criar coesão no grupo de trabalho, deixar claro os objectivos a atingir, etc.).

Dado a clínica inespecífica e de instalação progressiva da síndrome de Burnout, foram criados questionários na tentativa de facilitar o diagnóstico. Dos que se encontram disponíveis optei por aplicar o Inventário de Burnout de Copenhaga (CBI), por se tratar, a meu ver, do mais completo e que tinha uma linguagem mais adequada para aos funcionários em estudo. Este modelo de estudo da síndrome de Burnout avalia, através de dezanove questões, o stress em três escalas:

- **Burnout pessoal:** avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa. Esta dimensão é constituída por seis questões.
- **Burnout relacionado com o trabalho:** analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho. Esta dimensão é constituída por sete questões.
- **Burnout relacionado com o utente:** avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes. Esta dimensão é constituída por seis questões.

Cada questão é cotada de 0 a 100, sendo que o resultado em cada escala resulta da média das cotações das questões referentes a essa escala. Considera-se um alto nível de Burnout quando esse valor médio é igual ou superior a 50. As questões e forma como são cotadas podem ser consultadas no Anexo 1.

Uma vez feita a introdução a esta síndrome e ao método de avaliação escolhido para o avaliar vou apresentar os resultados obtidos na instituição em causa.

Os questionários foram distribuídos no CAO e no lar residencial, tendo participado no estudo 26 funcionários, o que representa uma adesão de 81,25 %.

Dos resultados dos questionários podemos então apurar que a maioria dos trabalhadores destas fracções da instituição não apresentam síndrome de Burnout, contudo foi possível detectar Burnout pessoal em 19,2% (5 casos), Burnout relacionado com o trabalho em 23,1 % (6 casos) e Burnout relacionado com o utente também em 23,1% (6 casos) dos funcionários inquiridos.

Inventário de Burnout de Copenhagen		Nº	%
Burnout pessoal	Baixo nível de burnout	21	80,8
	Alto nível de burnout	5	19,2
Burnout relacionado com o trabalho	Baixo nível de burnout	20	76,9
	Alto nível de burnout	6	23,1
Burnout relacionado com o utente	Baixo nível de burnout	20	76,9
	Alto nível de burnout	6	23,1

Tabela 1 Distribuição dos resultados consoante os níveis de Burnout de acordo com as escalas do CBI

Embora não devam ser ignorados, os casos de stresse detectados não são de extrema gravidade pois se avaliarmos os máximos obtidos estes nunca ultrapassam os 58,3 (ver Tabela 2). Contudo é de notar que a média dentro de cada escala ronda aproximadamente os 35, o que reflete a elevada carga emocional relacionada com este trabalho e alerta para a necessidade de aplicar medidas preventivas.

	Nº	Burnout pessoal			Burnout relacionado com o trabalho			Burnout relacionado com o utente		
		Média	Máximo	Mínimo	Média	Máximo	Mínimo	Média	Máximo	Mínimo
Lar	10	30,4	45,8	4,2	29,3	46,4	10,7	23,8	58,3	0
CAO	16	39,1	58,3	16,7	39,7	57,1	14,3	37,8	54,2	4,2
Ambos	26	35,7	58,3	4,2	35,7	57,1	10,7	32,4	58,3	0

Tabela 2 Caracterização da amostra consoante os níveis de Burnout (CBI)

Ao fazer a análise dos dados observei uma discrepância entre os resultados obtidos nas duas fracções da instituição, sendo que, exceptuando um caso de burnout relacionado com o utente, todos os valores iguais ou superiores a 50 foram observados no CAO.

Inventário de Burnout de Copenhagen		Nº	%
Burnout pessoal	Baixo nível de burnout	10	100
	Alto nível de burnout	0	0
Burnout relacionado com o trabalho	Baixo nível de burnout	10	100
	Alto nível de burnout	0	0
Burnout relacionado com o utente	Baixo nível de burnout	9	90
	Alto nível de burnout	1	10

Tabela 3 Distribuição dos resultados consoante os níveis de Burnout de acordo com as escalas do CBI no Lar

Inventário de Burnout de Copenhagen		Nº	%
Burnout pessoal	Baixo nível de burnout	11	68,75
	Alto nível de burnout	5	31,25
Burnout relacionado com o trabalho	Baixo nível de burnout	10	62,5
	Alto nível de burnout	6	37,5
Burnout relacionado com o utente	Baixo nível de burnout	11	68,75
	Alto nível de burnout	5	31,25

Tabela 4 Distribuição dos resultados consoante os níveis de Burnout de acordo com as escalas do CBI no CAO

A meu ver esta diferença deve-se aos anos de serviço. Várias funcionárias que integram o CAO são empregadas da instituição quase desde a sua abertura, tendo por isso cerca de 36 anos de serviço. O lar foi inaugurado há 10 anos, sendo que todos os funcionários que lá trabalham iniciaram-se na instituição por essa altura ou mais tarde, tendo tido muito menos tempo de exposição ao stresse causado por este trabalho.

O que concludo deste estudo é que embora os níveis de Burnout sejam baixos, há a necessidade de gerar medidas preventivas. Para isso é necessário reconhecer quais os factores de risco presentes. Eu reconheci os seguintes: as características do posto de trabalho que são emocionalmente exigentes e com resultados a longo prazo pouco notórios (criando facilmente um sentimento de frustração), a inexistência de um grupo de apoio aos funcionários e baixa formação em mecanismos de coping. Assim acho que seria útil a criação de um serviço de apoio aos funcionários que lhes permitisse procurar apoio e formação sempre que sentissem essa necessidade, serviço esse que beneficiaria da presença de um médico. Quanto aos restantes factores, infelizmente, não é possível fazer nada para os alterar.

Fora deste estudo ficaram os outros cuidadores, pois muitos dos utentes acolhidos pela Cercipom, regressam às suas casas no final do dia. Embora atender aos cuidadores esteja para além do intuito desta instituição, há que ter em conta que muito do bem estar das pessoas com défice cognitivo vem dos cuidados prestados por estas pessoas. Não perder de vista o bem-estar físico e psíquico destes cuidadores não é uma prioridade da instituição, mas deve, a meu ver, fazer parte do apoio prestado aos utentes.

Dada a minha pequena amostra, pensei que seria útil conhecer a realidade de outras instituições da zona centro, que cuidem de pessoas com atraso mental. Para tal, através da lista de instituições participantes na venda do Pirlampo Mágico, contactei 25 instituições convidando-as a participar num pequeno questionário sobre os cuidados de saúde que eram prestados aos utentes.

A primeira questão dividia as instituições em dois grupos: as que têm médico assistente e as que não têm médico assistente.

Às que têm médico assistente foi questionado qual a sua especialidade, qual a frequência que ia à instituição, quais as mais-valias inerentes a ter um médico assistente e qual a opinião sobre o serviço de saúde público disponível.

Às instituições que não têm médico assistente questionou-se sobre a opinião acerca do serviço público prestado e sobre a relação custo-benefício de ter um médico na instituição. Aos que responderam positivamente à última questão foi também questionado sobre a especialidade que achariam mais útil e as vantagens e desvantagens da contratação do referido profissional de saúde.

O questionário enviado pode ser consultado no Anexo 2, assim como a lista das instituições convidadas a participar no Anexo 3.

Aderiram ao questionário 16 instituições, 7 das quais têm médico assistente (43,8%) e 9 não têm médico assistente (56,3%).

As instituições que têm médico assistente, as especialidades dos mesmos são: medicina geral e familiar (referido 3 vezes), fisioterapia, saúde pública e infecciologia. Quanto à frequência que visitam a instituição, duas referem 2 vezes por semana, duas referem 1 vez por semana e uma refere 5 vezes por semana. Por fim todas classificam a assistência de um médico como uma mais-valia (ver gráfico 1), invocando como argumentos:

- Melhor conhecimento individual do utente por parte do médico.
- Acompanhamento multidisciplinar.
- Maior proximidade com os utentes.
- Maior celeridade na resolução de problemas médicos.
- Diminuição das deslocações ao centro de saúde ou ao serviço de urgência.
- Facilidade em obter as prescrições médicas necessárias.

Uma instituição fez questão de realçar que “É uma mais-valia mas não se deve deixar de utilizar os serviços públicos a que todos têm direito”.



Gráfico 1 Avaliação da utilidade de um médico assistente na instituição numa escala de 0 a 10

A avaliação do serviço público de saúde foi feito numa escala de 0 a 10, quanto à acessibilidade e quanto à adequação às necessidades. As respostas podem ser vistas nos gráficos 2 e 3, das quais podemos concluir que a maioria considera o sistema nacional de saúde acessível mas medianamente adaptado às necessidades desta população.

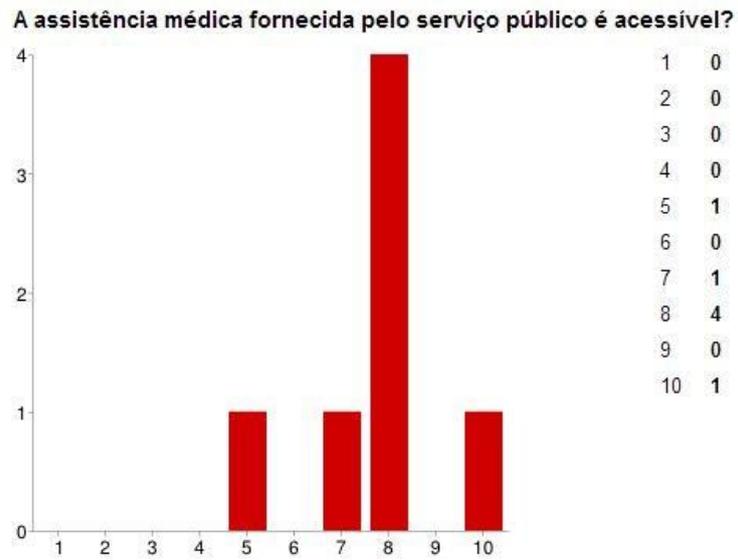


Gráfico 2 Classificação, das instituições com médico, da acessibilidade do SNS numa escala de 0 a 10

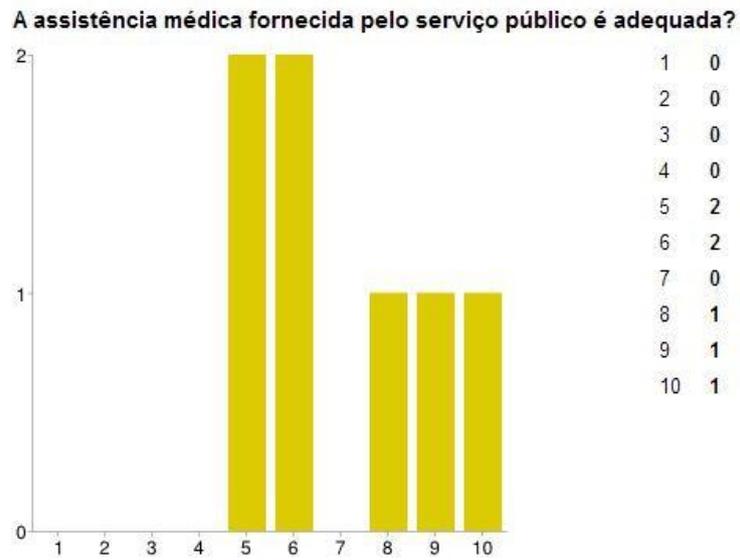


Gráfico 3 Classificação, das instituições com médico, da adequação do SNS numa escala de 0 a 10

Quando questionadas sobre quais as dificuldades que mais encontravam nos serviços de saúde as respostas foram:

- Morosidade em obter consultas, principalmente de especialidade.
- Difícil articulação com os médicos do serviço público, nomeadamente psiquiatras.
- A necessidade de deslocar os utentes da sua área de conforto.
- Dificuldade dos médicos em lidar com pessoas com deficiência mental.
- Uma das instituições referiu não ter nada a apontar aos serviços de saúde prestados quer pelo centro de saúde quer pelo hospital central que atendem os utentes da instituição.

Às instituições que negaram ter um médico assistente na instituição, foi pedido para classificarem o serviço público quanto à acessibilidade e à adaptação, numa escala de 0 a 10, como pode ser analisado nos gráficos 4 e 5.

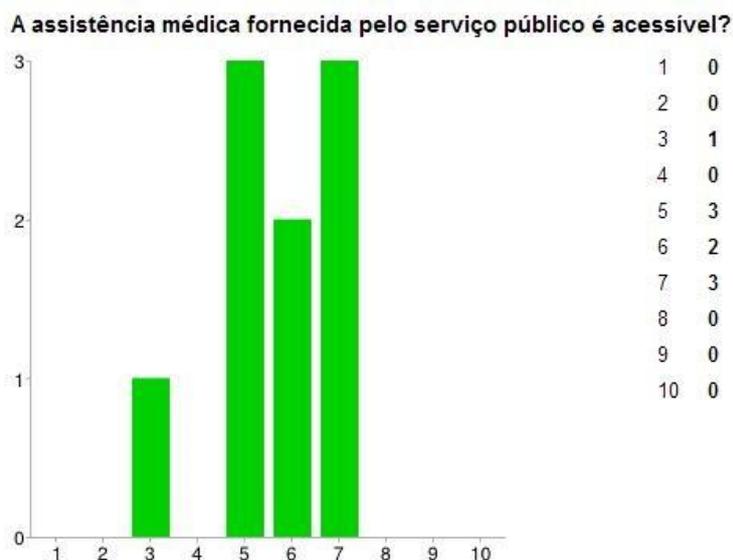


Gráfico 4 Classificação, das instituições sem médico, da acessibilidade do SNS numa escala de 0 a 10

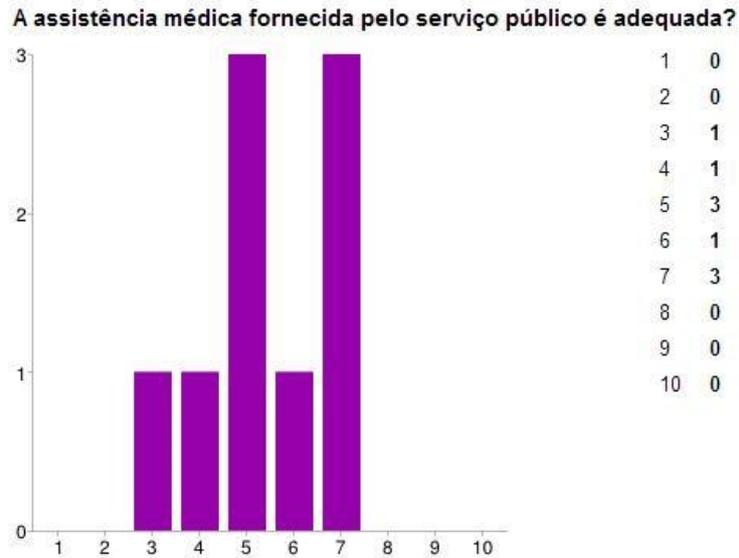


Gráfico 5 Classificação, das instituições sem médico, da adequação do SNS numa escala de 0 a 10

Embora a maioria tenha uma opinião mediana sobre os serviços de saúde públicos, as classificações são claramente mais desfavoráveis que nas instituições que têm médico assistente. Contraditoriamente ao que seria de esperar, devido a esta opinião sobre o sistema nacional de saúde, sete (43,8%) das nove instituições sem um médico assistente acham que não compensa haver um médico assistente na instituição.

As duas instituições que vêm um balanço positivo em ter um médico na instituição apontam como especialidade mais útil a psiquiatria, a neurologia e a medicina geral e familiar. Argumentam como vantagens:

- Um melhor conhecimento mais alargado dos utentes.
- Maior e melhor acompanhamento.
- Maior celeridade na intervenção de certos sintomas e comportamentos.

A única desvantagem referida foi o aumento das despesas. Contudo uma das instituições fez questão de referir que “se as vantagens acima referidas fossem cumpridas, acabava por superar largamente o aumento de custos ser uma desvantagem”.

As conclusões finais que posso tirar deste questionário é que nove (sete instituições que têm um médico assistente e duas que não têm mas que acham que seria uma mais valia) em dezasseis instituições, acreditam que se justifica haver um médico assistente integrante na equipa multidisciplinar que cuida desta população e invocam argumentos semelhantes aos que eu apresentei. Contudo este é um assunto controverso, pois também encontramos um número semelhante de opiniões opostas.

CAPÍTULO 3: É VIÁVEL?

Como todas as medidas de promoção da saúde há sempre a necessidade de colocar a questão da relação custo-benefício.

Por um lado temos um aumento das despesas com custos salariais e com o investimento em material médico, tendo como contrapartida uma melhoria no serviço médico prestado.

De forma a criar uma ideia real dos custos salariais da contratação de um médico consulte o website <http://www.simedicos.pt/>. Aferi que, tendo como modelo o ordenado de um médico do escalão mais alto da categoria de assistente hospitalar, o salário é de, aproximadamente, 18,22 € por hora. Considerando um horário de 7 horas semanais (turnos de 7 horas uma vez por semana), temos um encargo salarial de 510 € mensais, o que representa uma despesa anual de 6120 €.

Para conhecer o impacto dos custos temos que entender o sistema de financiamento da instituição. A Cercipom trabalha em parceria com a segurança social, sendo financiada com o valor referente à multiplicação de um valor pré-definido e fixo pelo número de utentes. A forma como o dinheiro é gerido é da responsabilidade da instituição, não havendo alterações no financiamento consoante a forma como o dinheiro é aplicado. É da responsabilidade da Cercipom decidir quais as prioridades em que deve investir. Até hoje a instituição não contemplou a contratação de um médico para integrar a equipa técnica porque, havendo um sistema público disponível de forma gratuita, o dinheiro foi direccionado para outras necessidades dos utentes, que não estão tão acessíveis fora da instituição. Para complicar mais a situação o dinheiro que é entregue mensalmente pela segurança social já se encontra completamente dedicado, sendo que a contratação de um médico iria implicar a dispensa de um outro elemento da equipa técnica ou corte numa outra resposta, criando carências noutras áreas de cuidados não menos importantes.

Há também que entender que os cuidados de saúde dos utentes não são da responsabilidade da instituição, exceptuando quando estes fazem parte da resposta residencial. Isso implicaria que, da forma como os objectivos estão definidos actualmente, a assistência médica, a ser contratada, seria

dirigida apenas para vinte e um utentes e não para os oitenta e quatro utentes que frequentam a resposta do CAO. A realidade é que, de forma voluntária os funcionários da instituição se envolvem de forma activa nos cuidados de saúde dos utentes, mesmo que vá para além das funções definidas. Esse apoio é oferecido porque muitos dos cuidadores não têm capacidade de gerir as necessidades médicas dos utentes, quer por baixa literacia quer porque os próprios cuidadores apresentam algum grau de défice cognitivo. Por isso no fundo a Cercipom acaba por apoiar um grande número de utentes no que toca aos seus cuidados de saúde.

Perante esta realidade orçamental, mesmo tendo em conta as várias melhorias que um médico assistente traria, não considero viável a sua contratação. Embora o SNS não responda da forma mais adequada a esta população, ainda presta cuidados de qualidade. Retirar outras mais-valias oferecidas apenas pela instituição para melhorar uma área de cuidados que, embora não seja a mais bem preparada para esta população, já existe, não me parece uma boa decisão em termos estratégicos.

A solução que tornaria viável esta proposta era uma colaboração entre a Cercipom e o SNS que consistiria no deslocamento do médico do serviço público à instituição de forma assídua, poupando as viagens dos utentes ao local de consulta. Criava-se assim uma forma de cuidados mais adequada e acessível, sem deteriorar os serviços já prestados pela Cercipom. De certa forma, não seria muito diferente para o médico, pois em vez de consultar os utentes com deficiência mental dispersos por vários dias, veria vários no mesmo dia e num ambiente mais “afável”. Claro que para este acordo faça algum sentido, este serviço teria de ser oferecido a todos os oitenta e quatro utentes que frequentam a resposta do CAO.

CAPÍTULO 4: QUAIS AS ESPECIALIDADES
MÉDICAS MAIS NECESSÁRIAS NA PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS A ESTA POPULAÇÃO.

Partindo do princípio de que a instituição considera que a relação custo-benefício justifica a contratação de um médico assistente para a instituição, coloca-se a questão de qual será a especialidade mais indicada.

Da literatura que consultei a maioria dos médicos que acompanham adultos com atraso mental em são psiquiatras ou clínicos gerais, contudo este é um ponto de discórdia, que ainda não encontrou consenso na comunidade médica. Trata-se de uma população com um risco aumentado para patologias das mais diversas áreas da medicina, sendo por isso difícil definir qual o melhor método de acompanhamento para estes indivíduos.

No meu relatório vou contrapor as especialidades de psiquiatria e medicina geral e familiar, por me parecerem as que melhor se adequariam às necessidades da instituição em causa. Contudo acho importante realçar que, mais do que a especialidade, o importante é a motivação para trabalhar com estes utentes. Tal como encontrei referido na literatura, a motivação do profissional de saúde é um dos principais factores contribuintes para uma prestação de serviços satisfatória(8).

Psiquiatria

Como maior argumento a favor da contratação de um psiquiatra temos a elevada percentagem de pessoas com atraso mental que apresentam doença psiquiátrica(1)(6) e que fazem medicação psicotrópica de forma crónica. Esta maior vulnerabilidade a doenças psiquiátricas por parte dos indivíduos com atraso mental deve-se a diversos factores, tais como:

- Condições genéticas específicas.
- Desenvolvimento cerebral anormal.
- Tratamentos farmacológicos.

- Afecção dos sistemas de *coping* e da autonomia levando a uma maior susceptibilidade ao stresse.
- Realidade social: maior risco de pobreza, maior probabilidade de contacto com o sistema criminal, experiencias negativas na escola, contacto social limitado, maior risco de abuso físico e sexual e oportunidades de vida limitadas.

Todavia existem outros argumentos favoráveis.

A complexidade de apresentação clínica (6) da doença psiquiátrica num doente com atraso mental requer mais tempo, um conhecimento sobre o individuo que inclua o seu comportamento normal, o seu ambiente familiar e as suas limitações cognitivas. Estas circunstâncias de diagnóstico dificilmente serão obtidas em “ambiente de consulta externa normal”.

O tratamento da patologia psiquiátrica nestes doentes requer adaptação frequente, o que também nos direcciona para um seguimento médico mais assíduo.

Como referido anteriormente o apoio psicológico aos cuidadores destes indivíduos não deve ser esquecido e ninguém melhor para fornecer esse apoio que um médico da área de saúde mental.

Por fim temos o facto de ser na área da psiquiatria que temos mais formação para lidar com este grupo de doentes e claramente mais investigação que incida sobre o atraso mental, exceptuando talvez a pediatria.

Como limitações temos o facto de este não ser um médico tão generalista como um médico de família, o que para uma população com patologia tão variada é sem dúvida uma desvantagem. Todavia o psiquiatra tem conhecimento e capacidade de resolver episódios agudos simples e de triar aqueles que necessitam de uma avaliação mais especializada.

Outra desvantagem da escolha de um psiquiatra para médico assistente da instituição é o número discreto de especialistas na área, dificultando a sua contratação. Segundo um relatório do

ministério da saúde de Junho de 2014 (14), existem cerca de 2 médicos psiquiatras por cada 25 000 habitantes na zona centro.

Medicina geral e familiar

Um especialista em medicina geral e familiar é um médico generalista oque lhe permite actuar em patologias de diversas áreas da medicina, triando as que, devido à sua complexidade, requerem acompanhamento de um especialista.

Esta é também uma especialidade com maior número de profissionais, comparando com a psiquiatria, o que facilita, de certo modo, a sua contratação.

Em contrapartida, o médico de família tem menos competências no que se refere ao diagnóstico e tratamento de doença psiquiátrica, o que por si, nesta situação, é uma grande desvantagem devido à elevada percentagem de doentes psiquiátricos na instituição. Existe ainda a agravante da patologia se apresentar frequentemente de forma complexa, fazendo ressaltar ainda mais as limitações da especialidade e acentuando o fenómeno de “diagnostic overshadowing”(6).

Outra desvantagem que não deve ser ignorada é a falta de formação dos médicos de família direccionada a esta população. Pelo que me foi descrito pelos funcionários da Cercipom, corroborado pelo que encontrei na literatura (8), os especialistas de medicina geral e familiar sentem-se desconfortáveis ao lidar com esta população, sendo notória a falta de confiança e a dificuldade em comunicar durante as consultas. Contudo esta desvantagem pode ser contornada através da contratação de um médico motivado e com disposição para aprender a lidar com os problemas comportamentais deste grupo populacional.

CONCLUSÕES

Durante o tempo em que fui voluntária na Cercipom pude apreciar a complexidade dos cuidados a pessoas com um leque tão heterogéneo de problemas. Trata-se de uma população que, para além do défice cognitivo, frequentemente têm doença psicológica, doença física e/ou problemas sociais graves. Para solucionar um conjunto tão variado de problemas é necessário uma equipa multidisciplinar e um conjunto alargado de respostas. O meu objectivo com este relatório foi compreender se um médico poderia desenvolver um papel útil nesta equipa, contribuindo para a saúde e qualidade de vida para estes utentes.

Observei que o trabalho de um médico poderia ser válido nas seguintes áreas:

- Detecção precoce de alterações do comportamentos e de sinais e sintomas de patologia, e conseqüente rápida adopção de medidas.
- Prescrição de medicação e revisão frequente da mesma, eliminando medicação desnecessária e reduzindo efeitos secundários.
- Atendimento mais rápido e acessível.
- Diminuição do stresse destes utentes em relação à consulta porque: é feita na sua área de conforto, existe um treino de habituação ao exame físico e porque o médico não é um elemento estranho mas sim uma pessoa com presença frequente no seu quotidiano.
- Seguimento clínico mais apertado, assegurando que todos os rastreios são feitos atempadamente e que todas as consultas de seguimento são realizadas.
- Criação de processos clínicos completos.
- Conhecimento mais alargado do utente; conhecimento das reais capacidades do doente, noção das condições sociais em que vive e real noção do comportamento normal do indivíduo.

- Prevenção da síndrome de Burnout nos funcionários da instituição.

A questão que coloquei a seguir foi se a contratação de um médico seria um objectivo possível para a instituição, dado que teria que arcar com as despesas. Perante o sistema de financiamento actual da Cercipom, cheguei à conclusão de que esta era uma opção pouco viável, pelo que só seria possível haver um médico assistente através do acordo entre o SNS e a instituição, em que um médico do sistema público se desloca à instituição.

Por fim debrucei-me sobre a problemática da especialidade que mais se adequaria para integrar os quadros da instituição. Trata-se de um ponto controverso devido à grande variabilidade de problemas médicos que as pessoas com deficiência mental apresentam.

Após analisar tudo o que observei, e tendo em conta as limitações actuais da instituição sugiro como proposta para a actuação médica na Cercipom o seguinte: através da realização de um acordo com o SNS, um especialista de medicina geral e familiar frequentaria três vezes por mês (uma vez por semana) a instituição e um psiquiatra frequentaria uma vez por mês. Proporia esta colaboração entre as duas especialidades porque a realidade do número diminuído de psiquiatras torna inviável uma assistência semanal e porque o trabalho conjunto com a medicina geral e familiar complementaria as necessidades médicas que exigem um perfil generalista.

As funções do médico de família seriam:

- Conhecer os utentes no seu meio e no seu contexto social.
- Prescrição de medicação e revisão frequente da mesma.
- Promover os rastreios do cancro colo-rectal, cancro do colo do útero e cancro da mama(10).
- Rastreio visual e auditivo anual(10).

- Avaliação global de saúde anual com análises laboratoriais (função renal, função hepática, ionograma, glicémia, perfil lipídico, sumário de urina)(10).
- Avaliação do IMC e do perímetro abdominal frequente(10).
- Avaliação da tensão arterial e auscultação cardiopulmonar, quer para treino dos utentes, quer para rastreio de patologia.
- Promover a cessação tabágica(10).
- Manter um processo clínico completo e organizado, garantindo que o utente frequenta todos os cuidados de saúde que necessita.
- Diagnóstico e tratamento de doença simples e orientação de patologia complexa para os respectivos especialistas.
- Apoiar a equipa técnica
- Criar empatia com os utentes ao participar nas actividades quotidianas destes.

As funções do psiquiatra seriam:

- Avaliar os utentes no seu ambiente quotidiano.
- Detectar alterações de comportamento e sintomas psiquiátricos e resolução dos mesmos.
- Prescrever e adaptar a medicação consoante as necessidades.
- Apoiar a equipa técnica.
- Integrar um grupo de apoio aos funcionários como medida de prevenção da síndrome de Burnout.
- Esclarecer as dúvidas dos cuidadores.
- Criar empatia com os utentes ao participar nas actividades quotidianas destes.

Se possível, e dado o número elevado de utentes seguidos em Neurologia por diagnóstico de epilepsia, também seria útil se o neurologista se deslocasse à instituição uma a duas vezes por anos (consoante o número de utentes que necessite de consulta de vigilância).

No fim desta aventura pela “Cercilândia”, sinto-me realizada. Para além de ter cumprido os meus objectivos no âmbito deste trabalho, obtive a experiência que desejava e vivenciei momentos que me deixaram lições para a vida. Testei os limites da minha paciência, aprendi a ser perseverante e a não subvalorizar as capacidades das pessoas só porque têm o diagnóstico de deficiência mental. Mas acima de tudo aprendi que as pessoas com défice cognitivo não são “uns coitados”, mas sim um grupo de pessoas que sabe saborear a vida e que merece que se lute por lhe proporcionar mais do que habitação, alimentação, higiene e medicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bouras N. Mental Health in Mental Retardation. *Bmj*. 1994;309:1095–6.
2. World Health Organization ICD-10 [Internet]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V. 5th ed. Paperback; 2013.
4. Página oficial da Cercipom [Internet]. Available from: <http://cercipom.org.pt/pt/homepage/homepage>
5. Sinai A, Werner S, Stawski M. Assessing the Need for a Specialist Service for People with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems Living in Israel: A Qualitative Study. *Front Pediatr* [Internet]. 2013;1(December):1–6. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fped.2013.00049/abstract>
6. Howlett S, Trollor J. Clinical Services Planning for Adults with Intellectual Disability and Co-occurring Mental Disorders. 2014.
7. Janicki MP, Dalton a J, Henderson CM, Davidson PW. Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: health services considerations. *Disabil Rehabil*. 1999;21:284–94.
8. Wilkinson J, Dreyfus D, Cerreto M, Bokhour B. “Sometimes i feel overwhelmed”: Educational Needs of Family Physicians Caring for People with Intellectual Disability. *Intellect Dev Disabil*. 2012;50:243–50.
9. Ali A, Scior K, Ratti V, Strydom A, King M, Hassiotis A. Discrimination and Other Barriers to Accessing Health Care: Perspectives of Patients with Mild and Moderate Intellectual Disability and Their Carers. *PLoS One*. 2013;8(8).
10. Barclay L. Strategies Recommended for Screening and Treating Patients With Intellectual Disabilities [Internet]. 2008. Available from: <http://www.medscape.org/viewarticle/562241?src=medscapeapp-ipad&ref=email>
11. Associação Portuguesa de Deficientes. Manual Novos olhares sobre a deficiência. 2009.
12. Jess G, Torr J, Cooper SA, Lennox N, Edwards N, Galea J, et al. Specialist versus generic models of psychiatry training and service provision for people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2008;21:183–93.
13. Fonte C. ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA PORTUGUÊS DO Questionário Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Universidade de Coimbra; 2011. p. 107.
14. Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. 2014.

ANEXOS

ANEXO 1- INVENTÁRIO DE BURNOUT DE COPENHAGEN – QUESTÕES E MÉTODO DE COTAÇÃO

As perguntas do questionário de Copenhagen Burnout Inventory - PT (CBI - PT) não devem ser impressas no questionário pela mesma ordem como a apresentada neste documento. As questões podem ser misturadas com os restantes temas, para evitar padrões de respostas estereotipadas.

Burnout pessoal

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

Burnout pessoal	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>				
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>				
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>				
4. Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”?	<input type="checkbox"/>				
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>				
6. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>				

Pontuação:

Sempre – 100;

Frequentemente – 75;

Às vezes – 50;

Raramente – 25;

Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de Burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta pontos.

Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

Burnout relacionado com o trabalho	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>				
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>				
3. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="checkbox"/>				
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>				
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>				
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>				
	Nunca/quase nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>				

Pontuação:

Nas primeiras três questões:

Muito – 100;

Bastante – 75;

Assim, assim – 50;

Pouco – 25;

Muito pouco – 0.

Nas últimas quatro questões:

Sempre – 100;

Frequentemente – 75;

Às vezes – 50;

Raramente – 25;

Nunca/quase nunca – 0.

Na última questão:

Nunca/quase nunca – 100;

Raramente – 75;

Às vezes – 50;

Frequentemente – 25;

Sempre – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de Burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta pontos.

Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes.

Burnout relacionado com os clientes	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>				
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>				
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>				
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>				
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>				
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>				

Pontuação:

Nas primeiras quatro questões:

Muito – 100;

Bastante – 75;

Assim, assim – 50;

Pouco – 25;

Muito pouco – 0.

Nas últimas duas questões:

Sempre – 100;

Frequentemente – 75;

Às vezes – 50;

Raramente – 25;

Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de Burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta pontos.

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO REALIZADO A OUTRAS INSTITUIÇÕES

Questionário realizado a 5 de Março de 2015, através da plataforma de Formulário do Google.

O convite a participar foi feito através do seguinte email:

Bom dia!

O meu nome é Joana Alfaiate e, como aluna de Medicina, encontro-me a fazer uma tese de mestrado sobre a assistência médica a pessoas com deficiência mental, baseada na minha experiência de voluntária na Cercipom.

Para enriquecer o meu trabalho estou a recolher a opinião, sobre este tema, de outras instituições da zona centro que cuidam de pessoas com atraso cognitivo. Pedia por isso a vossa ajuda, através do preenchimento do inquérito que envio em anexo. É um questionário curto, que apenas ocupará 5 minutos do vosso tempo.

O objectivo é que seja preenchido por uma pessoa que represente a opinião da instituição sobre os cuidados de saúde que têm à vossa disposição. Se fosse possível agradecia a vossa participação até ao dia 12 de Março.

Qualquer dúvida sobre o questionário ou para o fim que será utilizado será sempre bem-vinda e pode ser colocada através do email alfaiate.joana@gmail.com .

Desde já agradeço a atenção dispensada.

Aguardo com curiosidade a vossa resposta.

Joana Alfaiate

O questionário realizado foi o seguinte:

Assistência médica em pessoas com deficiência mental

Questionário realizado para um trabalho final de tese de mestrado em Medicina.

*Obrigatório

Por favor identifique a instituição que representa.

Esta identificação tem como objectivo perceber quais as instituições que já responderam ao questionário, sendo que na tese nenhuma conexão será feita entre as respostas e a instituição que as forneceu.

A instituição tem médico assistente? *

Médico assistente refere-se a um médico fixo que vai regularmente à instituição avaliar os utentes

- Sim
 Não

Continuar >

25% concluído

Powered by
 Google Forms

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

Instituição com médico assistente

Qual a especialidade do médico assistente da instituição

Exemplos: psiquiatria, medicina geral e familiar, medicina interna, neurologia, etc

Acha que é uma mais valia haver um médico assistente na instituição?

1= nada útil, 10=muito útil

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Referente à pergunta anterior, diga o porquê dessa opinião.

Exemplo: se na pergunta anterior respondeu 1 (nada útil), diga porque considera que ter um médico assistente na instituição não é uma mais valia.

Quantos dias por semana o médico se encontra presente na instituição?

A assistência médica fornecida pelo serviço público é acessível?

Em que 1 é nada acessível e 10 é muito acessível

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A assistência médica fornecida pelo serviço público é adequada?

Em que 1 é nada adequado e 10 é muito adequado.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quais os principais problemas que encontram nos serviços médicos?

Exemplos: problemas em obter transporte, dificuldade em obter consultas, não há acesso ao médico especialista necessário, o médico não se consegue lidar com o utente, etc

[« Voltar](#)

[Enviar](#)



100% concluído.

Nunca envie senhas em Formulários Google.

Instituição sem médico assistente

A assistência médica fornecida pelo serviço público é acessível?

Em que 1 é nada acessível e 10 é muito acessível

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



A assistência médica fornecida pelo serviço público é adequada?

Em que 1 é nada adequado e 10 é muito adequado.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Acha que compensaria ter um médico assistente na instituição? *

Por outras palavras, acha que os benefícios de ter um médico fixo na instituição compensam os custos salariais.

Sim

Não

« Voltar

Continuar »

75% concluído

Se houvesse um médico assistente na instituição, qual seria a especialidade mais útil?

Exemplos: psiquiatria, medicina geral e familiar, medicina interna, neurologia, etc...

Que vantagens vê em haver médico assistente?

Que desvantagens vê na contratação de um médico assistente?

« Voltar

Enviar

100% concluído.

Nunca envie senhas em Formulários Google.

ANEXO 3 - INSTITUIÇÕES CONVIDADAS A PARTICIPAR NO QUESTIONÁRIO

As instituições convidadas a participar no questionário “Assistência médica em pessoas com deficiência mental” foram as seguintes:

- CERCIVAR
- Vários
- APCDI
- APPACDM Coimbra
- APPACDM Covilhã
- APPACDM Fundão
- APPACDM Marinha Grande
- APPACDM Soure
- APPACDM Vila Nova de Poiares
- APPACDM Viseu
- ARCIAL
- ARCIL
- CERCIAG
- CERCIAV
- CERCIAZ
- CERCIPAPER
- CERCIESPINHO
- CERCIFEIRA
- CERCIFOZ
- CERCIG

- CERCILAMAS
- CERCILEI
- CERCIMIRA
- CERCINA
- CERCIPENELA