



Carla Maria Lameiro Bandeira de Moura Andrade

**CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DE RESPOSTAS SOCIAIS INOVADORAS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL,
UMA EXIGÊNCIA E UM DESAFIO**

ESTUDO SOBRE A COOPERATIVA “DELICIOSAS DIFERENÇAS”

Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, orientada pela
Professora Doutora Helena Neves Almeida e apresentada à Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação e à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Maio, 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Economia | Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DE RESPOSTAS SOCIAIS INOVADORAS
NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL , UMA EXIGÊNCIA E UM DESAFIO.**

ESTUDO SOBRE A COOPERATIVA “DELICIOSAS DIFERENÇAS”

Dissertação de Mestrado orientada sob a
Professora Doutora Helena Neves Almeida

Carla Maria Lameiro Bandeira de Moura Andrade

Coimbra, 2018

“Quando penso que cheguei ao meu limite descobro que tenho forças para ir mais além.”
(Ayrton Senna)

AGRADECIMENTOS

O percurso desta investigação foi marcado por momentos de dúvida e insegurança que, contudo, foram ultrapassados ao lado de pessoas que, acima de tudo, me orientaram e apoiaram.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Doutora Helena Neves Almeida, por me ter acompanhado neste caminho, pelas suas reflexões e críticas e pela dedicação na construção desta dissertação.

Agradeço ao Professor Doutor Ivo Domingues e à Doutora Raquel Araújo pela disponibilidade, paciência, auxílio e prestabilidade, nos momentos de maior incerteza.

Um agradecimento especial à Inês e à Catarina pela vossa sincera amizade e pelo tempo dedicado à revisão e às vossas sugestões construtivas. Sem vocês não seria possível!

À família, sempre presente, que me acompanhou, incentivou e ajudou a ultrapassar todos os momentos difíceis deste percurso, mesmo vendo-se privada da minha disponibilidade e do tempo que não lhes dediquei.

Ao Presidente da Direção da APPACDM de Soure, o Dr. Santos Mota, pelo apoio e incentivo a frequentar o Mestrado Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo.

E por último, a todos os cooperadores da CRL Deliciosas Diferenças, em particular, aos cooperadores de produção e à Dona Isaura, pois sem vocês este trabalho não faria sentido.

RESUMO

A presente dissertação, *Construção participativa de respostas sociais inovadoras na área da saúde mental, uma exigência e um desafio. Estudo sobre a Cooperativa “Deliciosas Diferenças”*, toma como objeto de análise a problemática da doença mental, e a necessidade de construção de respostas sociais inovadoras, na área da economia social.

O estudo foi orientado pela necessidade de dar resposta ao processo de desinstitucionalização de doentes mentais graves, no Concelho de Soure, face à ausência no terreno de respostas integradoras e complementares ao processo de reabilitação terapêutica. Para analisar o processo de co-construção da cooperativa e as vivências dos cooperadores, optou-se por um estudo de caso. Utilizamos uma metodologia qualitativa de carácter exploratório, sendo a recolha de dados feita através de entrevistas, observação participante e análise documental. A análise dos dados recolhidos baseou-se na análise de conteúdo, sendo os dados sujeitos à dupla hermenêutica.

Através de uma análise compreensiva contextualizada, percebeu-se que a experiência dos cooperadores na co-construção da Cooperativa não é o resultado final dos processos sociais, mas sim uma fase da construção pessoal e organizacional pelos quais a cooperativa se constitui e, diariamente, se atualiza. Neste modelo, assume-se que essa mediação é feita através do seu impacto nas motivações, emoções e competências, as quais são condições do comportamento. Crê-se, então, que esta resposta depende, essencialmente, da democracia interna e igualitária, de forma a criar autonomia externa. Os resultados dão conta da importância de cada um de nós ser agente da co-construção de projetos inovadores, com valor social na tentativa de construção de um mundo melhor.

PALAVRAS-CHAVE: Doença mental; Patologia Dual; Economia Social; Motivações; Competências; Emoções.

ABSTRACT

This dissertation, *Participatory construction of innovative social responses in the area of mental health, a requirement and a challenge. Research about the "Deliciosas Diferenças" Cooperative* takes as an object of analysis the problem of mental illness, and the need to construct innovative social responses in the area of the social economy.

The study was guided by the need to respond to the process of deinstitutionalization of the seriously mentally ill patients, in Soure County, due to the absence of integrative and complementary responses to the process of psychosocial rehabilitation. In order to analyze the building process of the cooperative and the experiences of the Cooperators, a case study was chosen. We used a qualitative methodology of exploratory character, being the data collection done through interviews, participant observation and documentary analysis. The analysis of the collected data was based on the analysis of content, being the data subject to double hermeneutics.

Through a comprehensive contextual analysis, it was realized that the cooperative's experience in the co-construction of the cooperative is not the end result of the social processes, but rather a phase of the personal and organizational construction by which the cooperative is constituted and, on a daily basis, updates. In this model, it is assumed that this mediation is done through its impact on the motivations, emotions and competencies, which are behavioral conditions. It is believed, then, that this response depends, essentially, on internal and egalitarian democracy, in order to create external autonomy.

The results reveal the importance of each of us being an agent of the co-construction of innovative projects with social value in an attempt to build a better world.

KEYWORDS: Mental Disease; Dual Pathology; Social Economy; Motivation; Skills; Emotions.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| ÍNDICE DE TABELAS | IV |
| ÍNDICE DE FIGURAS | V |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | VI |
| LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS | VII |
| Introdução..... | 1 |
| PARTE I. SAÚDE MENTAL, PATOLOGIA DUAL E POLÍTICAS PÚBLICAS .. | 3 |
| Capítulo I: Doença Mental e Patologia Dual..... | 4 |
| 1. Doença Mental: o conceito ao longo dos séculos..... | 4 |
| 2. Patologia Dual: perspetiva histórica | 10 |
| 3. Saúde Mental em Portugal: contexto mundial e panorama nacional | 16 |
| 3.1. Panorama Nacional | 18 |
| 3.2. Situação Atual na Região Centro | 21 |
| Capítulo II: Políticas Públicas em Saúde Mental | 23 |
| 1. Plano Nacional de Saúde Mental em Portugal | 23 |
| 2.1. O Cooperativismo | 31 |
| 3. A Economia Social e a Doença Mental..... | 33 |
| PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO: A COOPERATIVA DELICIOSAS | |
| DIFERENÇAS, UMA RESPOSTA PARTICIPATIVA E INOVADORA NA | |
| ÁREA DA SAÚDE MENTAL | 36 |
| Capítulo III. O Contexto Sociogeográfico e Institucional da Pesquisa | 37 |
| 1. Do território às organizações..... | 37 |
| 1.1. O Distrito de Coimbra | 37 |
| 1.2. O Concelho de Soure..... | 40 |
| 2. APPACDM de Soure: Sede de uma proposta participada, empreendedora e | |
| inovadora de integração social..... | 41 |
| 2.1. Dados gerais sobre a APPACDM | 41 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2. Cooperativa de Responsabilidade Limitada (CRL) "Deliciosas Diferenças": dinâmicas de um percurso coletivo | 43 |
| Capítulo IV: Problema de Pesquisa, Objetivos e Opções Metodológicas | 49 |
| 1. Problema de pesquisa | 49 |
| 2. Objeto e Objetivos de pesquisa | 49 |
| 3. Tipo de investigação e estratégias de pesquisa – estudo de caso | 50 |
| 4. Modelo de análise | 51 |
| 5. Universo e Amostra | 52 |
| 6. Técnicas de recolha de dados | 53 |
| 6.1. Entrevista semiestruturada | 53 |
| 6.2. Observação Participante..... | 54 |
| 7. Processo de Tratamento de Dados..... | 54 |
| 8. Questões éticas e desafios processuais de investigação | 55 |
| Capítulo V: Apresentação e Discussão dos Resultados..... | 57 |
| 1. Modelo teórico de análise | 57 |
| 2. Motivações: Porque aderiram ao projeto e integram a equipa da Cooperativa?..... | 59 |
| 2.1 – Motivações dos cooperadores de produção/serviços | 59 |
| 2.2 - Motivação dos cooperadores dos órgãos sociais | 64 |
| 3. Emoções: Como vivenciam a experiência? | 66 |
| 4. Competências: Que perceção têm sobre as suas competências?..... | 68 |
| 5. Liderança: Como se expressa a liderança na Cooperativa? | 70 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 73 |
| Bibliografia | 76 |
| ANEXOS | LXXXII |
| Anexo A – Estatutos e Regulamento Interno..... | LXXXIII |
| Anexo B – Pedidos de colaboração | LXXXVIII |
| Anexo C – Escritura pública de constituição da Cooperativa..... | XCII |

| | |
|--|------|
| Anexo D – Plano de Negócios | XCVI |
| APÊNDICES | CII |
| Apêndice A – Guiões de entrevista semiestruturados..... | CIII |
| Apêndice B – Declaração de consentimento de utilização e recolha de dados..... | CX |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Princípios e valores da Cooperativa “Deliciosas Diferenças”..... | 48 |
| Tabela 2: Designação fictícia da amostra..... | 57 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1: Processo estratégico de co-construção de uma alternativa social..... | 49 |
| Figura 2: Eixos analíticos da pesquisa..... | 52 |
| Figura 3: Sistema comportamental..... | 57 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1: Índice de prevalência de doenças mentais..... | 17 |
| Gráfico 2: Perturbações mentais e do comportamento (Indicador DALY)..... | 19 |
| Gráfico 3: Perturbações mentais e do comportamento (Indicador YLD)..... | 19 |
| Gráfico 4: Peso relativo da Economia Social na Economia Nacional..... | 33 |
| Gráfico 5: Demografia de Cooperativas entre 2011 e 31 de maio 2017..... | 34 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Pyquiatic Association

APPACDM de Soure – Associação Portuguesa de Pais e Amigos da Pessoa Deficiente Mental de Soure

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

CASES- Cooperativa António Sérgio para a Economia Social

CCISM – Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

CID – Classificação Internacional de Doenças

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CRL – Cooperativa de Responsabilidade Limitada

CRP – Constituição da Republica Portuguesa

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HACCP – Hazard Analysis and Critical Control Point

IAPMEI – Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e à Inovação

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISCAC – Instituto Superior de Contabilidade de Administração de Coimbra

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

SLSM – Serviços Locais de Saúde Mental

UPD – Unidade de Patologia Dual

Introdução

A presente dissertação, Cooperativa “Deliciosas Diferenças”: a Construção de uma Resposta Social em Contexto Comunitário”, reflete a preocupação pessoal e institucional resultante do trabalho desenvolvido numa Instituição Particular de Solidariedade Social. Surge do repensar das respostas sociais existentes, face às novas necessidades dos doentes mentais graves, uma vez que “a doença mental continua a ser um problema não resolvido, uma prioridade secundária para todos os decisores e uma fonte de sofrimento e marginalização” (Hespanha *et al.*, 2012, p. 9).

As Políticas Públicas, na área da saúde mental, preconizam e promovem a desinstitucionalização destes doentes e a sua manutenção na comunidade, no entanto, a prática mostra-nos que há um desfazamento entre as políticas e a sua concretização. A família, e a comunidade são confrontadas com um papel para o qual não se encontram preparados, não só pelo desconhecimento e manifestações da doença mental, como também pelos sentimentos de culpa, vergonha, sobrecarga física e emocional, isolamento social, e até por dificuldades de ordem económica.

Por outro lado, os doentes, face à sua realidade, necessitam de um sistema de saúde articulado com as suas necessidades, quer no que diz respeito à proximidade, à acessibilidade, à intervenção atempada, ao acompanhamento e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados nos hospitais centrais. Falta, ainda, referir a importância do acompanhamento ao nível da psiquiatria, que incluam profissionais das mais diferentes áreas (médicos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc), empenhados e conscientes da importância do seu papel (Vieira, 2017).

Paralelamente, o impacto da crise económica e a austeridade nos setores da saúde e social, da última década, levam-nos a ter que encontrar novos caminhos. A urgência em re(construir) os projetos de vida dos doentes mentais graves (com patologia dual), em direção à igualdade de acesso e à qualidade dos tratamentos, leva-os a serem os principais motores da mudança nas suas vidas.

Assim, encontramos na economia social, uma possibilidade de criar uma resposta inovadora, capaz de promover a capacitação, a autonomia e a vida social, através da construção da Cooperativa de Responsabilidade Limitada “Deliciosas Diferenças”. Esta surge como “modalidade de organização solidária” (Singer, 2018, p. 23).

Considera-se, ainda, que para que exista uma efetiva inclusão das pessoas portadoras de doença mental grave, é necessário que estas não sejam meros objetos de intervenção, mas indivíduos com capacidade de decisão e co-construtores do seu projeto de vida. Para tal, não se pode ter apenas em atenção o modelo biomédico, mas todas as dimensões que contribuem para o equilíbrio das pessoas na comunidade (psicológicas, sociais, económicas, ambientais, simbólicas, entre tantas outras). A reabilitação psicossocial é realizada, por isso, através da co-construção de uma nova resposta social, no âmbito do cooperativismo.

Com este estudo, pretende-se contribuir para a construção de respostas sociais inovadoras na área da economia social, através de uma análise reflexiva contextualizada. Baseia-se tanto na exploração bibliográfica e documental, como num trabalho empírico, que integra um plano de intervenção que contribui para a melhoria na qualidade de vida das pessoas portadoras de doenças mentais fora do quadro comum das instituições existentes.

E é neste sentido que esta dissertação foi dividida em três partes:

PARTE I: Faremos um enquadramento teórico à problemática da doença mental e da patologia dual, relacionando-as e analisando o panorama nacional e associando-o às legislações em que se regem (Plano Nacional de Saúde Mental e Lei de Bases da Economia Social). Explicaremos, também, aqui, a importância do cooperativismo;

PARTE II: Diz respeito às respostas sociais no Concelho de Soure, no qual explicitaremos a importância da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Soure, única resposta social na área da doença mental do Conselho; e da criação da Cooperativa de Responsabilidade Limitada Deliciosas Diferenças, cujo objetivo é a integração dos cooperadores com doença mental grave na comunidade. Realizaremos o estudo empírico, onde analisaremos a experiência dos cooperadores na co-construção da Cooperativa. Para tal, definiremos os objetivos, bem como, os processos e princípios que orientaram o percurso da investigação e respetivos resultados.

Considerações finais: Nesta última parte, abordaremos alguns aspetos que surgiram no decurso desta investigação, sugerindo algumas pistas que possam orientar novas investigações na área e consciencializar a sociedade para a problemática em causa.

PARTE I. SAÚDE MENTAL, PATOLOGIA DUAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

Capítulo I: Doença Mental e Patologia Dual

1. Doença Mental: o conceito ao longo dos séculos

Para se entender o conceito doença mental, de patologia dual e mesmo o paradigma da desinstitucionalização de doentes mentais, é necessário perceber que a existência da doença mental é tão antiga como a existência da Humanidade. O modo de a perceber e tratar é fruto e reflexo da forma de organização socioeconómica vigente em cada sociedade, tendo nem atenção o desenvolvimento da ciência e das concepções filosóficas que prevalecem (Santos, 2001).

Assim atualmente, a Organização Mundial de Saúde (2002), define doença mental como sendo uma perturbação mental caracterizada por alterações do pensamento, das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicossocial. Ou seja, a doença mental engloba fatores biológicos, psicológicos e sociais, pois o ser humano é visto como um ser biopsicossocial.

Ao longo dos anos o conceito, tem sido alvo de estigma e preconceito, sendo utilizado ainda hoje com um sentido pejorativo, por ignorância e sentimento de ameaça e vulnerabilidade. A discriminação e o estigma associados às doenças mentais, foram perpetuadas em estereótipos como perigosidade, imprevisibilidade e incurabilidade (Loureiro, Dias & Aragão, 2008).

Nas **culturas primitivas**, a doença mental era entendida como uma influência dos espíritos, em virtude do incumprimento de obrigações mágico-religiosas “por violação de um tabu, negligência das obrigações rituais ou possessão do demónio” (Cordeiro, 1987, p. 15). A discriminação acompanha a doença ao afetar todas as vivências: familiares, profissional e social (Correia, 2007). O tratamento da doença passava já nestas civilizações por “aliviar” o *stress* mental da comunidade através de uma ação psicoterapêutica individual sobre os doentes.

Nas **civilizações da Antiguidade**, a assistência aos doentes bem como os tratamentos aplicados, revelavam um elevado nível de conhecimentos científicos (Cordeiro, 1987). Nesta época, destacamos a cultura dos povos do Egito, em que o tratamento das perturbações mentais incluía meios físicos, psíquicos e espirituais, recorrendo-se às forças positivas, bem como à análise dos sonhos.

Na **Bíblia**, há diversas referências à doença mental, sendo a mais destacada a de Saul que manifesta uma psicose maníaca depressiva, e de Nabucodonosor, Rei da Babilónia, que sofre de melancolia (*Idem*).

Na **Grécia Antiga**, a loucura era entendida como uma doença mental causada por espíritos malignos e não havia qualquer tipo de tratamento, pois era uma vontade dos deuses, e só eles a poderiam curar. Hipócrates, o pai da medicina, tem uma concepção médica da doença mental, considerando que a loucura era atribuída a perturbações da interação dos quatro humores corporais, com excesso da bílis negra, que originaria a doença mental. O tratamento específico passava por purgantes, bem como banhos e dieta. Platão, por exemplo, foi o primeiro a atribuir grande significado aos sonhos e à sua interpretação. Aristóteles propõe, ainda, empiricamente o tratamento da doença mental através da libertação das emoções reprimidas (Cordeiro, 1987; Santos, 2001).

Por fim, os **Romanos** têm a ideia de loucura muito influenciada pelas ideias gregas, atribuindo e retomado valor dado aos sonhos. Aplicaram técnicas semelhantes à psicoterapia, com atividades grupais, e enfatizavam a relação médico-doente, como um fator importante na cura (Santos, 2001).

Durante a **Idade Média** predominou a concessão demoníaca da loucura, sendo a igreja responsável por expulsar os demónios, através do exorcismo e de rituais como a feitiçaria (Almeida, 2009). A exceção deste ambiente obscurantista, na Idade Média só surge com os Árabes, portadores de uma civilização mais avançada nas ideias e nas técnicas (Cordeiro, 1987). A Psiquiatria era encarada de uma forma mais humana, pois o “louco era amado por Deus, e foi escolhido por Este para revelar a verdade” (*Idem*, p. 18).

Com o **Movimento Renascentista**, o homem começou a procurar de novo a verdade a seu próprio respeito, utilizando a observação objetiva, dando início à Era da razão, em contraposição à idade das trevas, dominada pela religião. Assim, passou a conceber-se a doença como resultado de causas naturais, o que levou à origem de estruturas de assistência, os chamados “asilos” (Almeida, 2009). De acordo com Pélicier (1973), estes permitiam uma espécie de “limpeza social”, o doente mental era tido como um animal pelo tratamento recebido nos hospitais e como objeto de tratamento concedido pela sociedade (Santos, 2001).

A partir do **séc. XIV** começaram a ser construídos por toda a Europa, com particular importância em Espanha (devido à influência árabe), várias instituições para doentes mentais (Santos, 2001 cit. *in* Cordeiro, 1987). Com o aparecimento do Iluminismo (final do século XVIII), a permanência nas instituições passou a ter um caráter curativo, e dá-se a Primeira Revolução em Saúde Mental, em que o “louco” alcança o estatuto de “doente mental” (Almeida, 2009).

Foi Philippe Pinnel (1745-1826), que defendeu a possibilidade de fazer terapia psicológica no hospital, defendendo que as pessoas afetadas pela doença mental deveriam ser cuidadas de forma humana sem recurso à crueldade (Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013). Pinnel separa o doente mental do preso de delito comum, e afasta-o de um ambiente puramente carcerário (Cordeiro, 1987). Este considerava que apenas os casos com possibilidades de sucesso deveriam ser alvo de tratamento. Este autor não se focava nas causas das doenças, mas sim nos indivíduos e no ambiente em que os mesmos interagem. A sua grande prioridade vai para as medidas de higiene, de alimentação, as condições de vida no interior do hospital e para as qualidades morais e de relação do pessoal que cuida dos doentes (Pélicier, 1973, cit. *in* Santos, 2001).

Mas o **Iluminismo** foi uma época de grandes contradições, pois embora os “loucos” fossem tratados e se desenvolvesse o respeito pelos direitos humanos, foi também a época da descoberta da guilhotina, onde muitos doentes mentais inocentes, viriam a perder a vida (Santos, 2001). Em Inglaterra, do séc. XIX, a linha de atuação é essencialmente prática, com a construção de hospitais, tendo em atenção o respeito pelo indivíduo doente mental e sendo, por isso, abolidos os métodos repressivos. Também nos Estados Unidos da América, e tal como refere Cordeiro (1987), surgiram hospitais psiquiátricos onde os doentes vivem em regime de asilo (assistencialismo), sem qualquer tipo de cuidados médicos, em especial durante Guerra Civil, por se verificarem muitos casos de psiquiatria e neurologia.

Destaca-se, ainda, Rush Benjamim (1746-1813), que foi apelidado como pai da psiquiatria americana, pela American Psychological Association (APA), em 1965. A partir daqui, o cérebro passou a ser encarado como a base da doença mental, e este começou a ser intensamente estudado. Foi neste contexto que surgiram os primeiros medicamentos, para tratamento desta (Almeida, 2009).

A descoberta do inconsciente (século XIX), por Freud, foi considerada a Segunda Revolução na Saúde Mental. Este diz-nos que os problemas psicológicos emergem de conflitos inconscientes, fruto de acontecimentos passados, dando grande destaque aos de natureza sexual. A psicanálise contribuiu para o tratamento psicológico e para o desenvolvimento das chamadas relações terapêuticas (Almeida, 2009).

Surge então a Terceira Revolução na Saúde Mental, introduzindo a possibilidade da prevenção das perturbações psíquicas. Almeida (2009) afirma que esta resultou de dois fatores: os progressos da medicina preventiva aliados à incapacidade das respostas existentes assegurarem os cuidados terapêuticos das perturbações psicopatológicas.

A partir da **década de 50**, com a descoberta e utilização dos neurolépticos, de tranquilizantes, de hipnóticos, de antidepressivos, e de outros medicamentos, surgiu a era psicofarmacológica, que se tem desenvolvido até aos dias de hoje. Destaca-se ainda a criação da Saúde Mental Comunitária (nova forma de intervenção psicossocial) que se afasta dos modelos clínicos tradicionais, e se inspira nos modelos de medicina preventiva, passando a considerar como objeto de estudo não só a pessoa doente, mas a própria comunidade e os seus ecossistemas (Cordeiro, 1994).

Nos anos 50 e 60 do século XX, desenvolveu-se a perspetiva de que os doentes mentais deveriam receber os cuidados necessários inseridos nas comunidades, sendo apenas institucionalizados em última instância. Ainda hoje, a perspetiva comunitária, procura proporcionar bons cuidados e a emancipação das pessoas com perturbação mental e de comportamento nos seus locais de residência (Almeida, 2009).

Em **Inglaterra**, surgiu o Movimento das Comunidades Terapêuticas, fundado por Maxweel Jones, cuja origem se deve ao elevado número de neuroses de Guerra e de outras perturbações mentais fruto da II Grande Guerra Mundial. Estas, eram constituídas por doentes, pelos seus familiares e pelos diversos técnicos da equipa, interagindo entre si, e participando todos no processo terapêutico. Foram estas comunidades Terapêuticas, que acabaram por inspirar o Movimento da Anti-Psiquiatria, de cariz mais radical e contestatário. Segundo Fleming (1976), trata-se, no fundo de uma abordagem existencial da doença mental que se coloca numa perspetiva de oposição e de denúncia da abordagem médica tradicional (Santos, 2001).

Em **França**, no mesmo período de tempo surgem diversos Movimentos dos quais destacamos a Psicoterapia Institucional, que se afirma pela contestação da psiquiatria asilar, que procura restituir ao hospital psiquiátrico a sua função de curar os doentes mentais (Santos, 2001). Assim, esta é mais uma prática psiquiátrica que considera que é necessário que a Instituição (hospital), tenha as condições necessárias. Ou seja, ela própria ser terapêutica, e que não se torne fechada ao exterior, muito pelo contrário, que estabeleça redes de interações adaptadas à realidade de cada doente em determinada situação e contexto.

Um outro Movimento surgido em França foi a Psiquiatria de Setor, que apesar de ter a mesma origem e natureza comum da psiquiatria institucional, considera que o tratamento dos doentes não é viável apenas dentro do Hospital. É necessário deslocar o centro da gravidade (*hospitalocentrismo*) para a comunidade, onde é possível estudar o doente e as suas relações patológicas, familiares, laborais entre outras, bem como

estabelecer o processo terapêutico que integre todo este contexto. Esta Psiquiatria de setor estabelece em França uma divisão geográfica em zonas (setores), ao qual é atribuído uma equipa de saúde, constituída por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assim como uma diversidade de instituições necessárias à prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social dos doentes (hospitais, centros de saúde mental, lares, empresas protegidas, entre outras) (Santos, 2001).

Em **Itália**, a partir de 1961, criou-se a Psiquiatria Democrática ou Crítica-Anti Institucional. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, pôs em prática duas experiências nos Hospitais de Gorizia e Trieste. Destaque-se a importância, ainda hoje, destas práticas e modos de tratamento, que permitiram formar equipas de profissionais conjuntamente com doentes. Para Basaglia “O manicómio não passava de um depósito humano que agrupava uma série de pessoas que dentre muitos estigmas que carregavam, também eram improdutivas para toda uma sociedade” (Basaglia, 1991, *in* Oliveira, 2011, p. 2).

Este psiquiatra destaca a importância do compromisso que os profissionais devem ter, assim como o dever de repensar a saúde mental constantemente. Deixa como mensagem a necessidade de refletirmos sobre as nossas práticas e saberes, com o objetivo de refletirmos sobre a prática que transformamos. Refere, também, a importância das políticas públicas, pois a saúde mental, não é somente responsabilidade dos profissionais de saúde, mas de toda a sociedade. Lutou, ainda, para o encerramento dos hospitais psiquiátricos, mas alertou que existem outras formas de “manicómios disfarçados”, dando o exemplo da indústria farmacêutica, ou dos manuais de classificação dos doentes (Classificação Internacional de Doenças: CID-10), Manual Diagnóstico e Estatístico em termos mentais (DSM IV), que facilmente encaixam os indivíduos em quadros patológicos (Ceccaralli, 2003, *in* Oliveira, 2011).

Tanto a Psiquiatria Democrática como o movimento antipsiquiátrico Inglês, tinham em comum o fato de denunciarem a psiquiatria tradicional, o seu autoritarismo, a sua violência sobre os doentes, a desumanização e a desintegração progressiva que neles provocam. A partir daqui, Basaglia e seus seguidores vão colocar-se ao lado do doente mental, o “excluído”, recusando o poder da organização social, criando uma comunidade terapêutica aberta, libertadora que leve o doente a tomar consciência da sua situação de excluído, a revoltar-se contra ela e a contestar a sociedade (Santos, 2001).

Ainda na década de 50, surge nos **Estados Unidos da América**, a Terapia Familiar, que também ela exerce uma clivagem sobre a Psiquiatria Tradicional. Esta preconiza que o objeto, tanto de estudo como terapêutico, passa do indivíduo para a família (restrita e

alargada). Por outro lado, deixa de utilizar o modelo médico tradicional de causa/efeito e adota uma perspectiva de circularidade, onde tudo tem a ver com tudo. A doença mental deixa de ser encarada como algo que diz respeito ao indivíduo isolado, mas passa a ser entendido numa perspectiva sistêmica, englobando todas as pessoas que com ela se relacionam. Quanto à análise das causas da doença, é abandonada para nos focarmos na perspectiva de como as mesmas irão evoluir, com a finalidade de as minorar ou neutralizar (Santos, 2001).

Ao longo das últimas décadas, e tendo em atenção os diferentes Sistemas de Saúde Mental, nos países que compõem a Organização Mundial de Saúde, em virtude dos seus graus de desenvolvimento (recursos humanos e infraestruturas), Benedetto Saraceno (Coordenador da Plataforma Gulbenkian para a Saúde Mental Global) (2011), considera que existe, ainda, uma identidade global de psiquiatria, em que a assistência psiquiátrica se encontra centrada em rol do Hospital Psiquiátrico, que revela uma cultura assistencial.

Os modelos terapêuticos aplicados são maioritariamente biomédicos, havendo uma clara separação entre o discurso humanista dos técnicos de saúde, bem como da sua orientação psicodinâmica e a prática alicerçada na psiquiatria Institucional. Os psiquiatras são os profissionais que mais apresentam resistência à mudança, devido a uma defesa “corporativa” do *status quo* (Almeida, 2009). Para além disso, observa-se a ausência de participação das pessoas portadoras de doença mental, no delineamento do seu processo terapêutico. Verificam-se algumas experiências de renovação nos sistemas de saúde mental comunitários, mas são os Hospitais Psiquiátricos que continuam com o maior peso (Santos, 2001).

É de notar um aumento progressivo da influência da indústria farmacêutica. Segundo este apenas entre 2000-2010, se começa a dar a transição da Psiquiatria Conservadora para o Novo Paradigma de Modelo de Saúde pública, social e participativa (OMS, 2002).

Hoje, as prioridades são os direitos das pessoas com doença mental, a equidade de acessos à assistência, a prevalência dos tratamentos tendo por base os serviços de saúde mental comunitária e o sistema de cuidados de saúde primários (OMS, 2002). O reconhecimento científico e cultural de experiências inovadoras (como o caso das Cooperativas Italianas de Basaglia), leva a que outros países possam seguir estas boas práticas. Grandes campanhas de reconhecimento, e desestigmatização e tratamento apropriado à epilepsia, ou de campanhas de prevenção ao suicídio, ou do reconhecimento da metadona como tratamento substitutivo em caso de dependência aos opiáceos, ou ainda

as campanhas para reduzir o consumo nocivo de álcool, levaram à produção e difusão de instrumentos para melhorar as leis de saúde mental e monitorizar as violações aos direitos humanos (*Idem*).

Ainda de acordo com o Relatório Mundial de Saúde do mesmo ano e em jeito de conclusão, a OMS refere que a essência da assistência psiquiátrica moderna não se faz no hospital porque as pessoas portadoras de doença mental não necessitam apenas de camas. Assim, o tratamento e a cura têm que se verificar na comunidade, junto da família, vizinhos e outras organizações. É então adotado o conceito de Reabilitação Psicossocial pela OMS (2001), como sendo “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade”. Este conceito envolve tanto o desenvolvimento e promoção das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. Os seus principais objetivos são a capacitação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração (Fazenda, 2006). Ou seja através da reabilitação psicossocial, acredita-se ser possível ajudar a pessoa portadora de doença mental grave a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença, através da aprendizagem de competências e de novas capacidades. Em simultâneo é preciso promover a sua autonomia e o exercício dos direitos, através do *empowerment* no indivíduo, na família, grupo de amigos, vizinhos, bem como na comunidade local. O importante é criar redes de suporte social que dêem apoio às competências adquiridas e a desenvolver (*Idem*).

São necessárias políticas de articulação entre os vários intervenientes de modo a assegurar uma ampla seleção de oportunidades terapêuticas, de vivências, e de cuidados que preconizam um sistema de saúde mental moderno.

E é precisamente isto que, no nosso estudo, pretendemos analisar: a criação de uma resposta, Cooperativa de Responsabilidade Limitada “Deliciosas Diferenças”, que veio colmatar a ausência de repostas no Concelho de Soure, no sentido de proporcionar a pessoas portadoras de doença mental grave, o seu tratamento e processo de reabilitação psicossocial na sua comunidade de origem.

2. Patologia Dual: perspetiva histórica

Tal como na abordagem histórica que fizemos à doença mental, também desde o início dos tempos os seres humanos consomem substâncias psicoativas nas mais diversas situações e com os objetivos mais variados. Ao longo dos séculos a utilização das

substâncias psicoativas foram utilizadas nas situações mais variadas, como práticas mágicas, religiosas, filosóficas e recreativas (Haro *et al.*, 2010).

Na **Antiguidade**, o ópio era utilizado como suplemento nutritivo para restabelecer o equilíbrio dos humores e como narcótico (Franco, 2014).

Na **Grécia Antiga**, administravam-se incensos ou fumos da queima de misturas de plantas (canábis, ópio, mandrágora), aos doentes como medicamentos. O absinto era também utilizado para melhorar as funções digestivas, o apetite e por ter propriedades vermífugas (Haro *et al.*, 2010).

Célia Franco (2014) afirma que já na **Idade Média** as práticas de bruxaria eram muito utilizadas, usando substâncias psicoativas com características alucinogênicas. Durante este período, bem como na **Idade Moderna** são conhecidas histórias de inúmeros poetas, escritores e outros artistas que utilizavam regularmente substâncias psicoativas como facilitadoras da sua produção artística, quer como modo de alívio ou prazer.

No entanto se o consumo de álcool e drogas (substâncias psicoativas) vêm já de longa data, apenas no **século XIX** se começou a relacionar estes consumos bem como os seus efeitos, no comportamento e na saúde do ser humano.

No **século XX**, os consumos de substâncias e os problemas a elas associados foram vistos como problemas de marginalidade e delinquência. A sua resolução passava pela área da justiça e do social, que consideravam que a ação deveria incidir sobre o comportamento dos consumidores, com o objetivo “de eliminar o consumo de substâncias psicoativas e manter a abstinência das pessoas com essas perturbações” (Franco *et al.*, 2016, p. 20).

Não havia, no entanto, articulação entre os serviços que proporcionavam o tratamento dos problemas de consumo de álcool e substâncias ilícitas com os serviços de saúde física e mental. Esta situação levava a sucessivos internamentos devido às situações médicas e psiquiátricas onde se tentavam reequilibrar os doentes, sem lhes fornecer tratamento adequado em virtude de não possuírem uma visão longitudinal da doença (Franco *et al.*, 2016).

Era utilizado o Paradigma centrado no uso de substâncias. Este explicava que todas as alterações apresentadas pelo indivíduo doente resultavam do efeito das substâncias no cérebro, daí que o primeiro objetivo das intervenções terapêuticas fosse proporcionar a abstinência completa da substância consumida, o que levava à recuperação da saúde, bem-estar e equilíbrio. Verificou-se, contudo, que este modo de abordar o doente não era suficiente, pois não conseguia explicar a variedade individual no processo de adoecer

através do uso de substâncias, nem explicava as respostas individuais aos diferentes tratamentos e intervenções terapêuticas (*Idem*).

Foi a Organização Mundial de Saúde (OMS), que atualizou o sistema de classificação de doenças, inicialmente designado “International Classification of causes of death”, editado pela primeira vez em Paris, em 1893, pelo Internacional Statistical Institute (Haro *et al.*, 2010), e que posteriormente se passou a designar de International Classification on Diseases (ICD). Na sua sexta revisão, passou a incorporar as “doenças mentais”, agrupadas em 26 categorias.

De seguida, nos Estados Unidos a American Psychiatric Association (APA), elaborou critérios próprios, denominando-os de DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders), que também já foram revistos diversas vezes. Em 1994 publicou-se a DSM-IV, verificando-se uma articulação com a OMS. A edição ainda em vigor a DSM-IV, apresenta 297 patologias mentais, estimando-se que a DSM-V, venha a apresentar um número ainda maior de categorias de diagnóstico. A última revisão do DSM-V, foi apresentada em Maio de 2013 durante o Congresso anual da Associação de Psiquiatria Americana (APA), mas foi alvo de grande contestação, pois diversos especialistas consideram que pode por em perigo o conceito de saúde mental, fortemente influenciada pelos interesses da indústria farmacêutica (Szerman, 2016).

Apenas no **século XXI** se desenvolveu um novo paradigma para entender e estudar as adições e os comportamentos aditivos, denominado de “vulnerabilidade individual”. Neste novo olhar, são levados a cabo os fatores socioculturais e sociodemográficos, psicológicos e psiquiátricos, bem como os biológicos e genéticos que, isoladamente ou em combinação, contribuem para traços ou estados que tornam o indivíduo intrinsecamente mais vulnerável à adição. Ou seja, adoecer não está dependente da vontade ou da falta dela, mas da vulnerabilidade individual (Franco, *et al.*, 2016). A intervenção com os indivíduos deverá ser especializada e integrada de modo a intervir e alterar os fatores de vulnerabilidade modificáveis, bem como ensinar a gerir e lidar com aqueles que não é possível alterar (Mélích, 2008).

E foi este Paradigma que levou a que os investigadores passassem a investigar e entender a relação entre o uso de substâncias e a doença mental. O conceito de Patologia Dual, foi assim utilizado pela primeira vez no início do século XX, aquando da desinstitucionalização de doentes psiquiátricos nos Estados Unidos. Eram considerados “doentes de porta giratória” (Haro, *et al.*, 2010, p. 30), pois resistiam aos tratamentos

convencionais, devido à dificuldade em diagnosticar e tratar corretamente o indivíduo em causa.

Na **década de 80**, este género de doentes passaram a ser designados de “Dual Diagnosis e dual disorder”, e ao longo dos últimos anos foram utilizadas diversas terminologias para designar a adição de substâncias e a sua associação à doença mental grave. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1995 define “Comorbilidade” ou “Diagnóstico Duplo”, como sendo a “coocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoativas e uma outra perturbação psiquiátrica”.

Em **2009**, Miguel Casas e a Sociedade Espanhola de patologia dual, propuseram a utilização do termo “Patologia Dual” para designar “um síndrome em que coexistem comportamentos aditivos e outras perturbações mentais, considerando-as como a interseção de ambas as disfunções” (Franco, 2016, p. 526). Dá-se, assim, pela primeira vez, grande ênfase aos fatores sociais, ao colocarem as populações em contacto com as substâncias psicoativas. No entanto, são os fatores individuais, genéticos, biológicos, de personalidade e a presença de perturbações mentais prévias, que são determinantes para o desenvolvimento de comportamentos aditivos (Franco, 2016).

Em **2010**, foi criada na Associação Mundial de Psiquiatria (WPA), a Secção de Patologia/Perturbação Dual. Posteriormente, clarificou-se o conceito de dualidade, considerando que não se refere somente à coexistência de duas perturbações num doente, mas implica a presença de pelo menos uma perturbação aditiva e pelo menos outra perturbação mental (Néstor Szermam *et al.*, 2013). Estes autores consideram a patologia dual como uma perturbação do neurodesenvolvimento. Assim, o Paradigma centrado na vulnerabilidade individual considera a adição como uma “perturbação do comportamento que ocorre num fenótipo vulnerável, no qual existe uma predisposição intrínseca que determina a neuroplasticidade induzida pelas substâncias” (Franco *et al.*, 2016, p. 529).

Segundo Nora Volkow, diretora do National Institute on Drug Abuse (NIDA), nos Estados Unidos da América, o “conceito de adição como uma perturbação da mente/cérebro, desafia valores profundamente arraigados na opinião pública, sobre autodeterminação e responsabilidade pessoal no uso de drogas pelas pessoas adictas como um ato voluntário e hedonista” (WADD & SEPD, 2017).

Assim, as adições constituem, segundo as atuais definições da Organização Mundial de Saúde e da Associação Americana de Psiquiatria (CID e DSM), uma perturbação mental como outras, e não um problema de vontade, ou falta de carácter, ou vício, por parte daqueles que os sofrem. Ninguém escolhe ter uma adição e esta não se

desenvolve em pessoas entregues ao prazer, ao vício ou com “debilidade de caráter”. As adições são consideradas pela comunidade científica como “doenças do cérebro”. No entanto, somente 10% das pessoas em contacto com substâncias ou situações com propriedades aditivas, sofrerão de uma adição. Essa percentagem de população exposta a substâncias ou a situações aditivas, desenvolverão uma perturbação de saúde mental chamada Perturbação por consumo de substâncias e ou adições.

As adições apresentam-se, na sua grande maioria, associadas a perturbações mentais segundo estudos epidemiológicos na Europa, dados que, com as evidências atuais estão infra diagnosticados. As perturbações mentais de qualquer tipo cursam em mais de 50% dos doentes, com usos problemáticos ou aditivos de substâncias (Lev-Ran, Imtiaz, Rehm, & Le Foll, 2013).

As atuais evidências científicas indicam que não se tratam de duas perturbações diferentes, mas de distintas manifestações clínicas que interagem e se apresentam, de acordo com as circunstâncias individuais e ambientais, de forma conjunta ou sequencial, independentemente de se apresentarem, primeiro uma ou outra (Franco, 2014). A intervenção com os doentes terá de ser feita consoante os seus níveis de vulnerabilidade sociocultural, psicológica e biológica ou genética. O principal objetivo é sempre tratar o doente, mas para tal deve ser feito um trabalho multidisciplinar, em que se obtenha uma história clínica longitudinal e detalhada, dando muita atenção ao desenvolvimento na infância, adolescência e juventude, bem como ao historial familiar (Franco, 2014).

Os indivíduos com doença mental (dos quais destacamos os que sofrem de stress pós traumático, transtornos de personalidade limite e social, esquizofrenia, défice de atenção e hiperatividade) são especialmente vulneráveis a consumir substâncias psicoativas e a desenvolver transtornos por consumo de substâncias, comparadas com outros indivíduos sem esses transtornos (Reissner *et al.*, 2012; Swendsen *et al.*, 2010, cit. in Bernal *et al.*, 2017).

O tratamento destes doentes com patologia dual é, assim, bastante complexo e representa um desafio, desde o diagnóstico até ao seu tratamento farmacológico e psicoterapêutico. Tem de ser individualizado incidindo sobre os fatores de vulnerabilidade do doente (e não nas substâncias) e pode ser dividido em três fases: a de compensação aguda (quando o doente se encontra em descompensação psiquiátrica e é definido o plano de intervenção), de recuperação precoce (em que se procura recuperar o equilíbrio do doente do ponto de vista psiquiátrico, psíquico, cognitivo e físico; nesta fase, que pode durar de 6 meses a um ano, é necessário definir com o doente e família o plano terapêutico

e o seu projeto de vida) e, por último, a fase da de recuperação continuada (estando o doente estabilizado ponto de vista psíquico, familiar e social, há que manter o seu acompanhamento, de forma a evitar as recaídas e a descompensação psiquiátrica). O processo de recuperação é pessoal e único, passando sempre por mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e funções (Palha & Palha, 2016).

Assim após esta breve contextualização da Patologia Dual, apenas em **2012**, foi criada em Portugal a primeira Unidade de Patologia Dual (UPD), na Cidade de Coimbra. Esta surgiu aquando da integração/fusão dos Hospitais Psiquiátricos nos Serviços de Psiquiatria dos Hospitais Gerais (CHUC). Esta unidade tem uma unidade de internamento (13 camas), um Hospital de dia (15 doentes), um serviço de ambulatório em consulta externa de Patologia Dual, consulta de co-dependência para familiares, consulta de crise para doentes em descompensação aguda, consulta de regime compulsivo, psicodrama e grupos multifamiliares. A equipa é constituída por 3 médicos psiquiátricos, 3 médicos internos de psiquiatria (no ambulatório), 12 enfermeiros, uma psicóloga, uma assistente social e 12 assistentes operacionais (Franco, 2014).

Célia Franco (2014) explicou, ainda, que o acesso a esta Unidade de Patologia Dual faz-se através do Serviço de Urgências dos CHUC, de primeiras consultas (doentes encaminhados pelos médicos de família, psiquiatras e outros médicos dos CHUC), técnicos de instituições que trabalhem com esta problemática, ou de transferências de outros internamentos. Ou seja, tratamentos destes, o doente tem que ser integrado, sendo necessário mobilizar todos os recursos de saúde, desde os cuidados de saúde primários, unidades de saúde mental comunitária (quando existem), e em último caso as unidades de psiquiatria nos hospitais centrais. É importante que as pessoas portadoras de doença mental grave sintam que o acesso, a qualidade e o seu tratamento integral, seja feito de forma a evitar os erros do passado e evitará a estigmatização tanto deles como das suas famílias.

Em Portugal, em termos legislativos, os Serviços de Saúde Mental organizam-se em forma de rede, centrados nos serviços de psiquiatria nos hospitais gerais e em hospitais psiquiátricos, que articulam com os cuidados de saúde primários e com os serviços da comunidade. No entanto, na realidade, estes serviços não articulam pela simples constatação de que os serviços de saúde primários não possuem recursos humanos (técnicos especializados em saúde mental), nem físicos (condições de acesso), e de que os serviços da comunidade (poucos e sobrelotados) não se encontram adaptados às necessidades deste público específico da Patologia Dual (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017).

E é aqui, que a criação da Cooperativa de Responsabilidade Limitada “Deliciosas Diferenças”, surge como uma resposta social de caráter comunitário, abrindo um novo caminho, conciliando a doença com os novos objetivos terapêuticos, e as intervenções preventivas, o que leva a que seja um trabalho moroso e continuado, que exige uma equipa multidisciplinar (psiquiatra, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, educadora social e monitora) dedicada, de modo a adaptar o projeto reabilitação terapêutica às necessidades individuais de cada um. O importante é assegurar a qualidade de vida das pessoas com doença mental grave (com Patologia Dual), tendo em atenção as limitações da doença, mas deixando esta de ser o foco principal da vida da pessoa.

3. Saúde Mental em Portugal: contexto mundial e panorama nacional

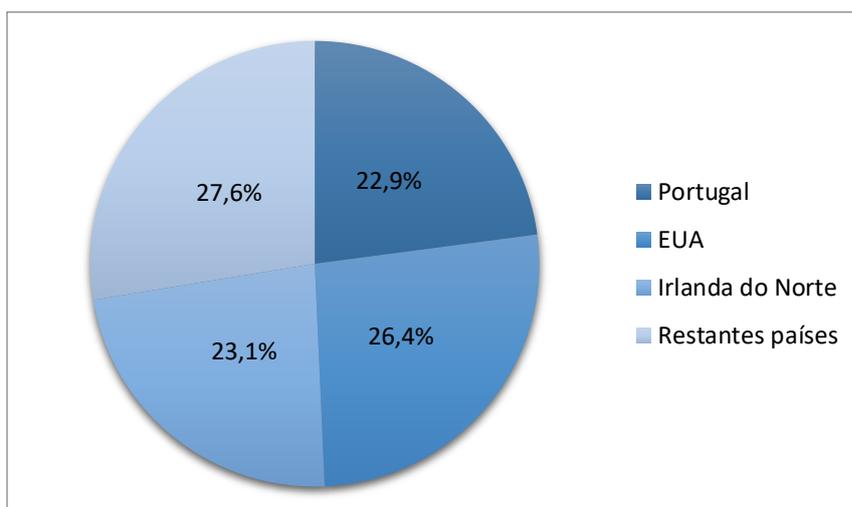
A Organização Mundial de Saúde, OMS, alerta que 10% da população global sofre de algum distúrbio de saúde mental, o que representa aproximadamente 700 milhões de pessoas (Gelbert, 2015).

Segundo o estudo Global Burden of disease (OMS, 1999), as perturbações mentais contribuem, aproximadamente em 12% para a carga global da doença, valor este que se prevê poder atingir os 15% em 2020 (Palha & Palha, 2016). A revisão deste estudo em 2010, mostrou já que as perturbações depressivas eram a 3ª causa de carga global de doença, agravando-se a situação desde o início da crise económica da última década.

Fazendo uma breve reflexão acerca dos dados estatísticos recolhidos em Portugal, segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental, da DGS, de 2012, as doenças do foro mental são a principal fonte de incapacidade, assim como de morbilidade a nível social. Segundo o mesmo programa, do ano 2013, há uma previsão para que, em 2030, as doenças do foro mental se tornem na principal causa de problemas de saúde (DGS, 2016).

Segundo o World Mental Health Survey (cit. *in* Direção Geral da Saúde, 2004) o índice de prevalência das perturbações mentais em Portugal apenas é comparado ao da Irlanda do Norte, no que diz respeito ao continente europeu. A World Mental Health Survey Initiative (WMHSI), indica que em Portugal aparece como a 3ª maior prevalência de perturbações mentais comuns (22,9%), depois dos EUA (26,4%) e da Irlanda do Norte (23,1%), entre 34 países dos 5 Continentes (1ºEENSM, 2013), representado no gráfico 1.

Gráfico 1: Índice de prevalência de doenças mentais



Fonte: 1º EENSM (2013)

O primeiro estudo epidemiológico nacional de saúde mental, realizado entre Outubro de 2008 e Novembro de 2009, veio permitir um conhecimento mais rigoroso das necessidades reais de cuidados de saúde mental no nosso País, bem como alertar para as insuficiências nos serviços. Os resultados deste mostram que a prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal é muito elevada, sendo a segunda mais alta na Europa, distinguindo-se dos restantes países do Sul do Continente que, “sem exceção, apresentam prevalências mais baixas que os países do norte” (Wang *et al.*, 2011, cit. in 1ºEENSM, 2013, p. 50). Ainda de acordo com este estudo, as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população, pois 22,9% da amostra apresentavam, perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores ao estudo (Palha & Palha, 2016).

Comparando com outros países europeus, verifica-se que Portugal apresenta um consumo de antidepressivos (88 DHD)¹ superior ao apresentado em Itália (37 DHD) e na Noruega (57 DHD), mas similar ao da Dinamarca (93 DHD). Nos antipsicóticos, não existem grandes diferenças entre países, com exceção de Itália. Quanto aos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos o consumo em Itália (53 DHD), Noruega (62 DHD) e Dinamarca (31 DHD) é bastante inferior ao verificado em Portugal (96 DHD). Os valores elevados de consumo podem significar que os tratamentos são mais prolongados do que o indicado, ou que nem sequer passam por prescrição médica. Este é, também, um importante problema de saúde pública no nosso País e no Mundo (Furtado, 2013).

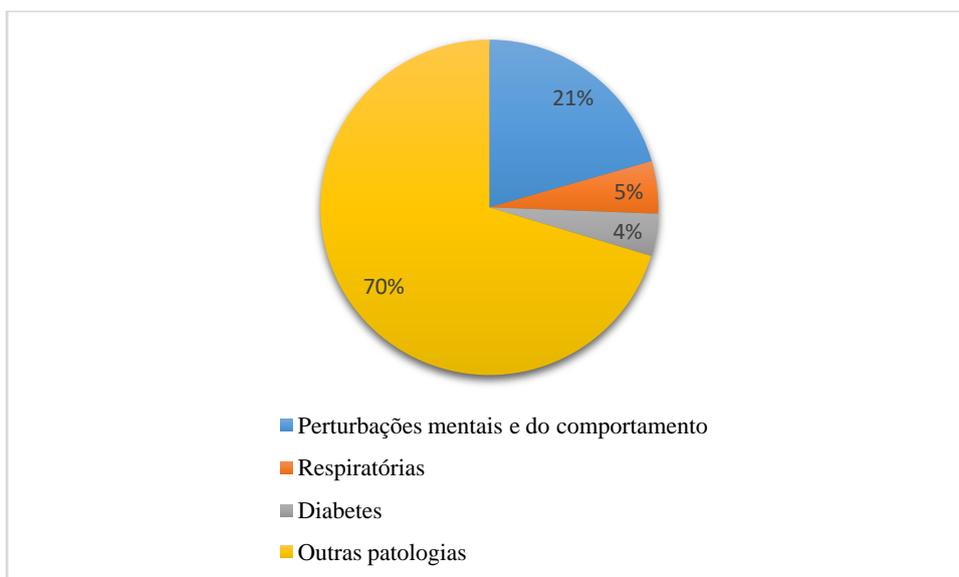
¹ 88 doses diárias por 1000 habitantes (88HD)

3.1. Panorama Nacional

De acordo com o estudo “Portugal Saúde Mental” (2014) da Direção Geral da Saúde, o número de indivíduos com doença mental tem vindo a aumentar nos últimos anos no nosso país. Caldas de Almeida e Xavier (2013) indicam que as perturbações do foro psiquiátrico atingem mais de um quinto da população portuguesa, sendo as de maior relevância as perturbações de ansiedade e depressivas que têm uma maior predominância na zona centro de Portugal (DGS, 2014).

O Global Burden of Diseases indica que, em Portugal no ano de 2010, as perturbações mentais e do comportamento, em relação ao indicador DALY (anos de vida ajustados à incapacidade), são a 4ª entidade com maior expressão (11,75%), contra 13,74% das Cerebrovasculares e 10,38% das Oncológicas (Gráfico 2) (DGS, 2016).

Gráfico 2: Perturbações mentais e do comportamento (indicador DALY)



Fonte: DGS (2016)

Já em relação ao indicador YLD (anos vividos com incapacidade), que mede a carga de morbilidade, quantificada através dos anos vividos com incapacidade (Gráfico 3), as perturbações mentais e do comportamento com 20,55%, seguidas pelas Respiratórias (5,06%) e Diabetes (4,07%) (DGS, 2016).

Gráfico 3: Perturbações mentais e do comportamento (indicador YLD)



Fonte: DGS (2016)

É também hoje, consensual, que os impactos da saúde mental, se repercutem na saúde física dos indivíduos, e vice-versa. Por exemplo, existem dados que comprovam que a depressão predispõe os indivíduos a desenvolver enfartes de miocárdio, da mesma forma que os enfartes de miocárdio aumentam a probabilidade de depressão (Palha & Palha, 2016). As perturbações de ansiedade, são as que apresentam taxas mais elevadas no nosso país (16,5%), seguindo-se-lhes as perturbações depressivas, as perturbações de controlo de impulsos e por abuso de substâncias.

As mulheres, os menores, as pessoas separadas e viúvas apresentam uma maior frequência de perturbações psiquiátricas, mas são também estas que recorrem mais aos serviços. Enquanto as mulheres apresentam mais perturbações depressivas e perturbações de ansiedade, os homens apresentam mais perturbações de controlo de impulsos e de perturbações por abuso de substâncias (DGS, 2016).

Note-se que este estudo epidemiológico revela ainda que a maioria dos cuidados prestados na área da saúde mental se devem aos cuidados de saúde primários (assegurando o maior número de casos), recorrendo depois aos serviços especializados de saúde mental, e à Psiquiatria (DGS 2016). Importa, também, salientar que quase 65% dos casos, de pessoas com uma perturbação psiquiátrica, não teve qualquer tratamento nos 12 meses anteriores (*treatment gap*), o que demonstra que há, ainda, um desfasamento entre as necessidades e o acesso aos tratamentos (DGS, 2014).

Na apresentação pública do Relatório “Saúde Mental em números - 2014”, o Professor Álvaro de Carvalho alertou para o excesso de prescrição e prescrição errada de

psicofármacos, considerando que este é um problema preocupante e que precisa de ser analisado, pois Portugal é o único País em que o consumo de benzodiazepinas continua a subir (Pisco, 2015). Num estudo elaborado por Cláudia Furtado (2013) entre 2000-2012 sobre a evolução do consumo de psicofármacos em Portugal, verificou-se que o consumo de benzodiazepinas cresceu 6%.

Como já referido, as políticas de desinstitucionalização iniciaram-se, em Portugal, apenas em 1998. O número de camas em hospitais psiquiátricos tem vindo a diminuir, desde essa data, passando de um número máximo de 30,06/100.000 para a taxa atual de 5,5/100.000 habitantes (DGS, 2016).

Mas, no nosso País, a diminuição do número de camas nos hospitais psiquiátricos (Porto, Coimbra e Lisboa) não foi acompanhada por medidas e mudanças significativas, pois as camas de internamento nos hospitais gerais, em Portugal, continua a ser significativamente mais baixa quando comparada com a mediana Europeia, com valores a rondar os 10/100.000. Esta taxa não tem tido alterações significativas e a sua distribuição geográfica continua a ser assimétrica, mostrando a escassez de respostas no interior e em especial no Alentejo (JAMH & Wb, 2015).

Por outro lado, as camas em residências na comunidade (para doentes mentais graves e impossibilitados e incapazes de ter uma vida independente) são levadas a cabo pelo setor social e têm vindo a aumentar (34/100.000). Saliente-se que, muitas destas estruturas residenciais, que diferem entre si, quer em tamanho (muitas delas tem um número de camas muito grande, o que faz com que se assemelhem a hospitais), quer em tipo de respostas, não estão localizadas, regra geral, na comunidade de origem dos doentes. Ou seja, a comunidade, os doentes, as suas famílias e os profissionais não foram envolvidos nos processos de encerramento ou diminuição dos hospitais psiquiátricos. Mas apesar destas limitações, a evolução do número de doentes assistidos nas consultas externas tem vindo a aumentar, ao contrário dos internamentos, o que denota uma tendência positiva (DGS, 2016).

Segundo o Relatório da DGS (2016), verificamos que os serviços de ambulatório na comunidade e o desenvolvimento de equipas comunitárias, tem colaborado para esta melhoria, mas estas equipas são ainda muito reduzidas, face às necessidades das comunidades, sendo importantíssimas neste processo de transição e melhoria da qualidade de vida dos doentes. O tratamento domiciliário de doentes mentais graves é uma realidade em Portugal, mas os seus números, são muito reduzidos (<20%) (JAMH & Wb, 2016). O mesmo relatório refere que a escassez de programas ocupacionais e de emprego apoiado

apresentam uma dimensão muito reduzida em termos de programas de apoio ao processo de desinstitucionalização e integração socio-laboral na comunidade de origem, não havendo dados disponíveis para determinar a proporção de pessoas que tem acesso a estes serviços.

O Grupo de Trabalho Join Action on Mental Health and Well being (2015), salientou para a necessidade da implementação de ações concertadas, de forma a criar compromissos fortes e profundos entre os decisores políticos (reformas do sistema de saúde mental), acompanhadas de compromissos institucionais levados a cabo pelo terceiro setor, sociedade civil, e outras organizações não-governamentais, que sob a forma de convenções prestam cuidados de saúde mental, nomeadamente através de respostas residenciais, reabilitação e emprego apoiado/protegido, mas que carecem de apoio financeiro para levar a cabo as reformas necessárias (JAMH & Wb, 2015).

Após esta breve incursão sobre as Políticas públicas de saúde mental em Portugal, e os números apresentados pelos relatórios da OMS, continuamos a constatar a discrepância das Políticas e diretrizes Nacionais. Perante a insuficiência de respostas na área da Saúde, em particular na Saúde Mental, procuramos analisar o Setor da Economia Social, de modo a perceber qual o seu papel, na tentativa de responder às necessidades específicas do nosso público-alvo.

3.2. Situação Atual na Região Centro

Na região Centro de Portugal, segundo os dados da Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental (2016), entre 2006 e 2016, verificou-se uma redução da capacidade pública de 70% no número de camas dos Hospitais Psiquiátricos e um aumento de 38% nas camas convencionadas nos Hospitais Gerais. Note-se que no mesmo período de tempo, foi evidente um aumento gradual do número de médicos psiquiatras nos Serviços Públicos de Saúde Mental (17%), e internos de psiquiatria (35%), enquanto se constatou uma estagnação e diminuição numérica em relação aos outros profissionais: enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros, o que em muito compromete o trabalho em equipa, e a criação de respostas na comunidade.

Nos hospitais psiquiátricos, apesar das assimetrias, observou-se a diminuição do número de consultas. Quanto às atividades de tratamento e reabilitação nos hospitais de dia, houve um crescimento do número de doentes e sessões, no mesmo período de tempo, sendo que na Região Centro o aumento se manifestou ao nível dos 101% (CTARSM,

2017). Na região Centro, os números mostram, ainda, que a taxa de ocupação nos internamentos de agudos nos hospitais públicos, reduziu de 73% para 71%, enquanto que, para o mesmo período de tempo, na Região Norte o aumento foi de 71% para 96% (CTARSM, 2017).

Na região Centro houve, ainda, uma diminuição da taxa de ocupação nos hospitais públicos de 74% para 70%. (CTARSM, 2017). Em relação ao número de consultas externas de psiquiatria nos Hospitais Gerais da Região Centro de Portugal, verificou-se segundo os dados da PORDATA, um aumento de 42%, tendo em conta os números de consultas externas de 1999 e 2015.

Relativamente ao concelho de Soure, objeto de estudo desta dissertação, e tendo em conta os dados disponibilizados pelo Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., Pólo do Sobral Cid, relativos ao ano de 2015, frequentaram a especialidade de Psiquiatria 724 utentes do concelho, sendo 482 mulheres e 242 homens. É de realçar que a faixa etária predominante é a dos 45 a 65 anos de idade. Deste modo, constatamos que a percentagem de pessoas com doença mental no concelho de Soure é muito elevada, pelo que urge encontrar respostas integradas e continuadas para melhorar a qualidade de vida e de saúde desta população.

Capítulo II: Políticas Públicas em Saúde Mental

1. Plano Nacional de Saúde Mental em Portugal

A necessidade de enquadrar as Políticas de Saúde, e em particular as da área da Saúde Mental, levaram à reflexão sobre a atual situação do contexto de crise sócioeconómica, que atravessamos face às Políticas Sociais na generalidade.

Assim, o Estado Português tem vindo, desde os finais da década de 80, a readaptar as suas prioridades, face aos contextos de austeridade. Os Portugueses passaram a ter que se adaptar, e a viver com a precaridade e a contingência das Políticas Públicas, que têm vindo a ser adotadas (Guerra, *in* Albuquerque; Luz, 2016).

O Estado, embora menos intervencionista, pretende ser mais controlador e “vigilante” na proteção dos seus indivíduos. Tem como objetivo autonomizar todos os cidadãos (embora tal, em nosso entender, seja impossível) fomentando o conceito de cidadania bem como o potencial humano individualizado, o que leva ao enfraquecimento da consciência coletiva dos grupos. É, por isso, necessário sensibilizar e fomentar a participação dos diversos atores sociais e económicos, no sentido de reinventar novas formas agir e estar em sociedade, criando novas redes formais e informais, otimizando os recursos disponíveis, articulando-os e potencializando sinergias (Guerra, *in* Albuquerque; Luz, 2016).

Segundo Albuquerque e Luz (2016, p. 4) “neste contexto ganham relevância novos universos semânticos (*empowerment*, competência, contratualização), profissionais (acompanhamento, ativação motivação e avaliação) e morais (confiança, reconhecimento, responsabilidade), plenamente enraizados em vias renovadas de experimentação social e política, nas quais a incitação à autonomia tende a ocupar o espaço da retórica de proteção”. Em relação às Políticas de Saúde, e em particular às da Saúde Mental, podemos dizer que a crise orçamental em Portugal, deixou efeitos negativos tanto na gestão de recursos como de equipamentos, o que levou à necessidade de procurar formas alternativas de responder às novas necessidades dos que delas usufruem (DGS, 2016).

O sistema de saúde português teve na sua origem o modelo Beveridgeano, ou seja, o seu autor Willian Beveridge, propôs “a criação e organização dos cuidados de saúde acessíveis a toda a população, independentemente do tipo de contrato laboral ou rendimento, financiado a partir da totalidade da riqueza do País, com base nas receitas do Estado, refletidas no orçamento geral do estado” (Guerra, *in* Albuquerque; Luz, 2016, p. 182). Só em 1976, os pilares deste Plano Beveridge foram incorporados na Constituição da Republica Portuguesa (Guerra, *in* Albuquerque; Luz, 2016, p. 183).

O direito à Saúde foi consagrado no artigo 64º, nº1, que estabeleceu “todos os cidadãos tem o direito à proteção da saúde de a defender e promover” (CRP, 1976). A partir daqui, foram criadas condições para que em 1979 fosse criado o Serviço Nacional de Saúde (Lei nº56/79 de 15 de Setembro). A Saúde tornou-se um direito fundamental, tendo como características a universalidade, a generalidade e a tendencial gratuitidade. Desde então o SNS desenvolveu-se e expandiu-se por todas as áreas da saúde, mas só em 1990 foi aprovada a Lei de Bases da Saúde (Guerra, *in* Albuquerque; Luz, 2016, p. 184).

Entre 1976 e 1979, o Estado foi o principal garante do direito à proteção da saúde. A partir de 1990, “o princípio vigente passou a ser da responsabilização dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados” (Lei de bases da saúde - Lei nº48/90 de 24 de Agosto). Foram, então, estabelecidas taxas moderadoras, e fixou-se um preçário sobre os cuidados de saúde, bem como começaram a proliferar os seguros de saúde. Ou seja, o Estado passou a corresponsabilizar os seus utilizadores pela prestação de serviços, pondo em causa a gratuitidade dos mesmos (Guerra, *in* Albuquerque; Luz, 2016, p. 184).

Paralelamente, começa a ser divulgada pela Organização Mundial de Saúde, a ideia da importância de que as “características do meio físico e social (rendimento, escolaridade, cultura e desenvolvimento económico) constituem fatores cuja importância é bem maior que o número de médicos, ou número de camas de agudos, ou as despesas totais com saúde” (OMS, 2000). A saúde, segundo Guerra (2016), “passa a ser um recurso da vida quotidiana e não um objetivo em si própria, é considerada um processo dinâmico e não um estado final” (cit. *in* Albuquerque & Luz, 2016, p.185).

Passam, por isso, a ser promovidos os estilos de vida saudável, como modo de responsabilizar cada vez mais os indivíduos pela gestão da sua saúde (aquisição de comportamentos e estilos de vida saudáveis) em detrimento da total responsabilidade da estrutura do Estado. Ou seja, a gestão dos serviços de saúde tende a ser vista numa ótica de “quase” privatização, passando o mercado e a sociedade civil a dividir as responsabilidades do mesmo. (Guerra, *in* Albuquerque; Luz, 2016, p. 189).

No entanto, à medida que tal é feito, vai ficando um leque de população, que não consegue acompanhar esta nova filosofia de intervenção, de autorresponsabilização por si próprio, gerando por parte destes cada vez mais sentimentos de autoexclusão (Guerra, *in* Albuquerque; Luz, 2016, p. 190), que como vamos ver são o nosso público-alvo, as pessoas portadoras de doença mental grave.

Em Portugal, a legislação sobre a Saúde Mental sempre foi muito desenvolvida (embora a prática nunca acompanhasse essa evolução). Já em 1963, se havia criado e aprovado a Lei da Saúde Mental (Lei nº2118 de 3 de Abril), tendo sido criados ao seu abrigo, o Decreto-Lei nº 46102, de 23 de Dezembro de 1964, que implementava em vários Distritos de Portugal os Centros de Saúde Mental, integrados em estabelecimentos hospitalares, tendo estes autonomia técnica. Esta Lei, encerrava uma tentativa de regionalização e descentralização dos serviços de Saúde Mental (Decreto –Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro), que até então se encontravam apenas a ser prestados nos Hospitais Psiquiátricos (Cardoso e Maia, 2009).

Segundo Caldas de Almeida (1996), no início da década de 80, em Portugal, através do Plano de Saúde Mental aprovado pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS), foi pela primeira vez colocada a possibilidade de substituir os cuidados prestados pelos Hospitais Psiquiátricos, por Serviços de Saúde Mental na Comunidade (Cardoso e Maia, 2009). Pretendia-se alargar a rede de atuação da saúde, para abranger o maior número de indivíduos mais perto da sua comunidade.

Os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), adotaram este modelo apenas em 2011, ao estabelecerem um Protocolo, com a Administração Regional de Saúde do Centro (ARS), passando a prestar serviços de cuidados comunitários na área da psiquiatria, com a deslocação semanal dos seus especialistas aos centros de saúde de Cantanhede, Mira, Mealhada e Mortágua e posteriormente Arganil e Tábua. Este modelo integra-se assim nas novas tendências da Saúde Mental, de promover a desinstitucionalização, prevenir e evitar a institucionalização e de prestar cuidados de saúde de proximidade.

Encontram-se, aqui, diversos desfasamentos entre o que se preconizava, desde os hiatos temporais, até à própria implementação da Legislação, que permitia ver a pessoa portadora de doença mental sob um novo olhar, com mais sensibilidade, denotando maior maturidade política das entidades. Apenas em 1984, através do Decreto-lei nº 74-C de 2 de Março, se conseguiu articular a saúde mental aos cuidados de saúde primários (criação de alguns centros de saúde, com valências de saúde mental em vários distritos do país). As equipas começaram por ser constituídas inicialmente pelo médico. Já a participação dos outros profissionais de saúde (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e educadores sociais), tem vindo a alargar-se gradualmente, mas encontra-se ainda muito aquém do desejado (DGS, 2016).

Em termos globais, destacamos a posição da Organização Mundial de Saúde no seu Relatório Mundial de Saúde, dedicado à Saúde mental em 2001, denominado “*Saúde*

Mental: Nova Conceção, Nova Esperança” que preconizavam proteger e melhorar a saúde mental das populações, o que implicava fixar prioridades entre necessidades de saúde mental, condições, serviços, tratamentos e estratégias de prevenção e promoção, e seus respetivos financiamentos. O Estado, como gestor final da saúde mental, assumiria a responsabilidade de assegurar o cumprimento das políticas definidas.

Sendo muito importante identificar as realidades sociais, políticas e económicas a nível local, regional e nacional, uma outra característica que a política de saúde mental deveria ter sempre em atenção é o apoio aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente as crianças, os idosos e as mulheres vítimas de abusos e maus tratos, bem como os refugiados e as pessoas deslocadas em países onde há guerras, ou conflitos internos, pois estes não são capazes, dadas as suas características de promoverem a sua saúde, sendo por isso alvo de exclusão devido à sua vulnerabilidade. A Política de saúde mental deve também incluir a prevenção do suicídio, e articular as políticas sobre álcool e drogas (DGS, 2001).

Este relatório dava muita importância à questão da educação e da sensibilização da comunidade, para redução do estigma e da discriminação. A prestação de serviços na comunidade, tem melhor efeito sobre os resultados e a qualidade de vida dos doentes crónicos do que o tratamento Institucional. Esta forma de atuação é, por parte do Estado, mais eficaz em relação aos custos, permitindo maior acesso e rapidez, a um número de pessoas fazendo uso de todos os recursos disponíveis na comunidade (proximidade). Saliente-se, também, a eficácia da prevenção e do tratamento eficaz (com os recursos adequados, formação técnica e humana), através de financiamento adequado (DGS, 2001).

Neste relatório a OMS, orienta os Países desenvolvidos a encerrar os hospitais psiquiátricos; desenvolver residências alternativas; desenvolver serviços na comunidade e prestar cuidados individualizados na comunidade para doentes mentais graves.

Outro grande momento histórico na abordagem à Saúde Mental foi o da Declaração Europeia de Saúde Mental, assinada pelo Governo Português, em Helsínquia, em 2005, em que os Ministros da Saúde da União Europeia se comprometeram a “desenvolver serviços baseados na comunidade que substituam os cuidados prestados em grandes instituições a pessoas com problemas de saúde mental graves” (Bragança, 2013, p. 23). Ou seja, esta Declaração que abrange todos os Países da Comunidade Europeia, a Organização Mundial de Saúde e o Conselho da Europa, traça como prioridade a prevenção, o tratamento e a reabilitação do doente mental. Dela resultou o Livro Verde, incitando a reflexão e o debate sobre como “Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde

mental para a União Europeia” (FNERDM, 2005) que propõe a definição de uma estratégia comunitária para esta área.

Em 2006, por Despacho do Ministro da Saúde é criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde mental, tendo como missão estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental a nível nacional, que deu origem ao Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Neste, destacam-se como principais objetivos, o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental (em especial aos grupos mais vulneráveis); proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; reduzir o impacto das perturbações mentais; descentralizar os serviços de saúde mental, permitindo a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e facilitando a participação das comunidades, dos doentes e das famílias, e por último integrar os serviços de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Embora a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surja através do Decreto-Lei nº 101/2006, a Lei dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, é criada pelo Decreto-Lei nº8/2010 de 28 de Janeiro. Esta prevê que a prestação de cuidados de saúde mental passe a ser assegurada por equipas e unidades multidisciplinares, atuando em três áreas distintas e complementares: apoio domiciliário; unidades socio ocupacionais e unidades residenciais (residências de treino de autonomia; residências autónomas de saúde mental; residências de apoio moderado e as residências de apoio máximo).

A Rede Nacional de cuidados integrados aponta ainda hoje, no sentido de criar unidades de reabilitação, (muito insuficientes), como sendo prioritárias, e realce a necessidade de manter os doentes nas suas residências ou comunidades residenciais, no sentido de os integrar na sociedade, promover a sua autonomia e prepara-los para a integração no Mercado de Trabalho (Plano Nacional de Saúde Mental: 2007-2016). Ou seja, é necessário encontrar novos rumos, face à falta de investimentos públicos na área da saúde mental, particularmente em relação às reformas da RNCCI, pois infelizmente, em Portugal “mantemos as intervenções fundamentalmente centradas nos hospitais, na psiquiatria e na medicação” (Palha & Palha, 2016, p. 10).

Ao longo dos últimos dez anos, o PNSM foi avaliado por diversas entidades Nacionais e Internacionais, dos quais destacamos as avaliações em grupos de trabalho do Ministério da Saúde (2010, 2011, 2012 e 2015), as do Projeto Joint Action on Mental Health and Wellbeing (2015 e 2016), e do Observatório Português dos Sistemas de Saúde,

Direção de Análise e Informação da Direção Geral de Saúde (avaliações contínuas desde 2013). Foram identificados um conjunto de constrangimentos e obstáculos elencados na sua implementação, o que permitiu fundamentar de uma forma objetiva e sólida as recomendações a efetuar à tutela no Relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão 2020 (Julho de 2017). Note-se que as recomendações técnicas, referidas neste mesmo Relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, só poderão ser implementadas depois das decisões a nível político, pois só assim um Plano Nacional poderá funcionar como um elemento agregador a nível das diferentes iniciativas setoriais, ligadas entre si por uma estratégia nacional para a saúde mental.

Deste modo, deve ser criada uma equipa de coordenação multidisciplinar (autónoma, competente, com capacidade de decisão, e dotada de orçamento próprio), que implemente, avalie e monitorize a nível nacional o PNSM, promovendo a participação ativa da sociedade civil em todo o seu processo. Os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), devem constituir-se como Centros de Responsabilidade Integrada, gerindo o seu orçamento, sendo para tal necessário atribuir-lhes autonomia, responsabilidade, capacidade de decisão e participação em todo o processo. Esta é uma forma de descentralizar os cuidados dos Hospitais Centrais, para os Hospitais Periféricos e Centros de Saúde, e até mesmo para entidades privadas (através das PPP's) (Relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

Por último, e tendo em conta a necessidade de articulação do Sistema Nacional de Saúde com as Instituições do Setor Social, é necessário rever os acordos obsoletos, na retribuição dos serviços prestados. Urge, portanto, redefinir novos modelos de financiamento, tendo em atenção as necessidades do tipo de doentes e a prestação de cuidados que lhe são inerentes. Só assim poderão surgir novas respostas, no âmbito do contexto dos cuidados continuados de saúde mental. Não só no sentido de reorganizar os serviços já existentes, mas de abrir o leque a novos serviços (Relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

O processo de referenciação deve ser rastreável e baseado numa linguagem simples e uniforme. Todo o processo deve implicar um sistema de monitorização com indicadores de estrutura, processo e resultados, que permitam avaliações regulares, de modo a poder reavaliar e introduzir alterações no sistema, de melhorias contínuas.

Devem ser estabelecidas como prioritárias, estratégias claras e objetivas, para a promoção e prevenção na saúde mental. Ou seja, devem ser estabelecidas as áreas a

abordar, os programas, os modelos de articulação intersectorial e o respetivo sistema de monitorização e avaliação. As diversas avaliações ao PNSM realizadas ao longo das últimas décadas, permitiram elencar “um conjunto de recomendações” (SNS, Julho 2017), dos quais se destacam as da Joint Action on Mental Health and well-being e a dos estudos financiados pelas EEA Grants, e que têm que ser postas em prática, para dar sustentabilidade ao trabalho realizado, pois a “essência do conhecimento consiste em aplica-lo, uma vez possuído” (Confúcio).

A doença mental, continua, no entanto, a ser um “problema não resolvido” (Hespanha *et al.*, 2012, p. 9), tanto para os decisores políticos, como para os agentes que se encontram a trabalhar na comunidade/terreno. Esta “é um dos temas que mais interpela as sociedades quanto à sua capacidade de lidar com a diferença e o incomum, de integrar pessoas dependentes, de se organizar para minorar o sofrimento dessas pessoas e suas famílias” (Hespanha *et al.*, 2012, p. 9).

2. Lei de Bases da Economia Social

A economia social “é uma constelação de esperanças que busca a sua razão de ser em realidades e problemas concretos” (Namorado, 2004, p. 1). Assim, e tendo por base a Lei n.º 30/2013 de 8 de Maio, entende-se por economia social, o conjunto de atividades económicas-sociais, livremente levadas a cabo por um determinado número de entidades, nomeadamente as cooperativas, as associações mutualistas, as misericórdias, as fundações, as instituições particulares de solidariedade social, as associações com fins altruístas, bem como outras entidades dotadas de personalidade jurídica, que respeitem ao princípios orientadores da economia social, e que constem da base de dados da economia social.

O primeiro autor que nos fala de economia social foi Le Play, que a batizou. No entanto, já em 1830 Charles Dunoyer, escreveu um texto, denominado *Traité d'Économie Sociale*, que abordava o conceito de economia com moral. A economia social teve a sua origem como forma de organizar o trabalho e a providência social a partir de associações de trabalhadores (associações operárias, sociedades de socorros mútuos e cooperativas de produção e consumo). No século XIX, a economia social, diferenciava-se da economia política, podendo observar-se quatro escolas: a clássica (economia liberal); a socialista (defensora da igualdade); a conservadora (defensora da autoridade) e a da solidariedade (economia solidária). (CASES, 2014)

O conceito foi sendo trabalhado ao longo da história, e assenta essencialmente em pressupostos de voluntariado, solidariedade, criatividade, igualdade, na promoção e na

autonomia. Salientamos que em Portugal, em 1987, adotamos a Carta Portuguesa da Economia Social, que no seu primeiro artigo sobre a economia social, nos diz

“é a forma de produção e distribuição de bens e serviços efetuada a partir de unidades de produção e de outras estruturas, associativas, cooperativas e mutualistas que, não prosseguindo o lucro nem sendo dominada por interesses meramente individualistas, visa o serviço e o desenvolvimento da comunidade”.

(CASES, 2014)

A carta apontava já na altura para duas ideias importantes, a autonomia desta em relação ao Estado e o interesse pelos assuntos da comunidade. Posteriormente, a Comissão Europeia, em torno da discussão sobre a Estratégia de Lisboa, aproveitando o contributo do Programa Equal, do Livro Verde sobre a responsabilidade social das empresas, aprovou em 2006 um Manual das Contas Satélites. Este permitirá, aplicado aos sistemas estatísticos nacionais, uma perspetiva do peso e da representatividade dos setor. (CASES, 2014)

Para a CASES (Cooperativa António Sérgio para a Economia Social), por economia social entende-se o

“conjunto das empresas de livre adesão e autonomia de decisão, democraticamente organizadas, com personalidade jurídica própria, criadas para satisfazer as necessidades dos seus membros no mercado, produzindo bens e serviços, e nas quais a eventual distribuição dos excedentes de exercício e a tomada de decisões não estão ligadas ao capital individual dos membros, que terão um voto cada”.

A Lei de Bases da Economia Social portuguesa (Lei n.º 30/2013), antecedida pela aprovação de lei homóloga em Espanha, antecipou a iniciativa legislativa francesa (viveiro dos movimentos inaugurais da Economia Social) e a do Canadá (Quebeque), integrando no art.º 6.º, n.º 2, a obrigatoriedade da criação e manutenção de uma Conta Satélite da Economia Social (CSES), desenvolvida no âmbito do sistema estatístico nacional, em parceria com o INE (Instituto Nacional de Estatística).

O primeiro protocolo de cooperação entre a CASES e o INE teve em vista a concretização da Conta Satélite da Economia Social de 2010, que foi publicada em 2013. O segundo foi celebrado em maio de 2015, para a realização da Conta Satélite da Economia Social de 2013, divulgada em dezembro de 2017.

2.1.O Cooperativismo

É precisamente no Séc. XIX que surgem as primeiras Cooperativas em Portugal, com a Fraternal dos Fabricantes de Tecidos e Artes Correlativas, em 1858 (CASES, 2014).

A CASES, considera o ano de 2013, como sendo a época em que se terá atingido o “pico” da crise económica e financeira, tendo o setor da Economia Social revelado um comportamento económico francamente positivo quando comparado com o da economia nacional em contraciclo. Destacando a importância do setor cooperativo, neste contexto, consideramos enunciar os seus princípios, dos quais destacamos os seguintes: a livre adesão; a administração democrática; a autonomia e independência em relação ao Estado e ao setor privado; o papel educativo das cooperativas; e, por último, a vocação para a resolução de problemas das comunidades em que se inserem.

Da mesma maneira, julgamos relevante destacar os seus valores, que dão forma aos princípios, e que se dividem em dois grandes grupos: um que diz respeito à organização cooperativa, e que inclui, a autoajuda, a responsabilidade individual, a democracia, a igualdade, a equidade e a solidariedade. E o outro grupo, que se refere aos princípios dos cooperadores entre si: a honestidade, a responsabilidade, a transparência e o altruísmo.

Para Namorado (2005, p. 34) o cooperativismo, pode ser encarado “como um fator de transformação, que também incorpora uma certa antecipação do que poderá ser uma sociedade”. E, de facto, em setembro de 2015, o Estados Membros das Nações Unidas adotaram a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Esta agenda marca sem dúvida um caminho a seguir, e reconhece o papel das cooperativas, e o seu modelo de negócio, baseado na ética, nos valores e nos seus princípios, que resultam das necessidades e das aspirações dos seus membros. Partindo de conceitos como autoajuda e fortalecimento, que vão reverter nas suas comunidades, e na preocupação do bem-estar das pessoas e do mundo em que vivemos, as cooperativas promovem uma “visão a longo prazo do crescimento económico sustentável, e o desenvolvimento social e da responsabilidade ambiental” (Internacional Co-operative Alliance, 2013).

Joseph Stiglitz, Prémio Nobel da Economia em 2001, considera que nas próximas décadas as cooperativas serão a “única alternativa a um modelo económico fundado no egoísmo que fomenta as desigualdades”, tendo em conta o fenómeno da globalização e da economia livre de mercado (Cooperativas Internacionales, 2017).

Recorrendo aos números, de modo a mostrar o crescimento da Economia Social e da importância do Setor Cooperativo, salientamos o facto de estes registaram o crescimento de 10,6% de entidades de Economia Social. Ou seja, de 55 383 (2010)

passamos a ter 61 268 entidades (em 2013). O que significa um peso no emprego total de 5,2% e no emprego remunerado de 6% na economia nacional; além de um aumento da remuneração média por trabalhador face à média nacional, em comparação com os resultados apurados na Conta Satélite da Economia Social com dados de 2010.

Atualmente as Cooperativas em Portugal ultrapassam as duas mil e duzentas, e estão agrupadas em uniões, federações e confederações. As Cooperativas constituem o segundo grupo de entidades da Economia Social com maior peso relativo, em termos do número de unidades e de remunerações (a seguir às IPSS) (gráfico 4).

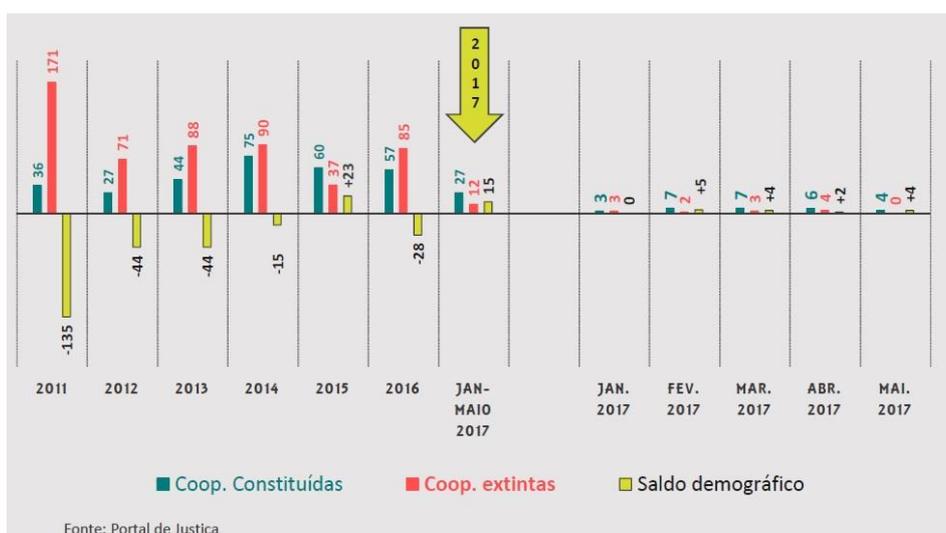
Gráfico 4: Peso relativo da Economia Social na Economia Nacional



Por grupos de entidades, evidenciaram-se as IPSS (62,2% das remunerações da ES), seguindo-se as Cooperativas (14,2%), e as Misericórdias (12,0%) (Conta Satélite da economia social 2013 - 2016).

Em termos de desenvolvimento das suas atividades, a Conta Satélite de 2013, salienta como principais as áreas do desenvolvimento, da habitação e ambiente (26,8%), seguindo-se as das Atividades de transformação (22,0%), da Cultura, desporto e recreio (17,1%) e do Comércio, consumo e serviços (14,6%) (Gráfico 5).

Gráfico 5: Demografia de Cooperativas entre 2011 e 31 de maio de 2017



Quase 81% das sociedades comerciais participadas em 100% por capitais cooperativos desenvolviam a respetiva atividade económica nestas quatro áreas. Em 2013, o setor cooperativo gerou aproximadamente 137,8 milhões de euros de VAB, sendo as Atividades de transformação responsáveis por cerca de 96% deste montante, apresentando os outros setores, valores residuais.

3. A Economia Social e a Doença Mental

Partindo da análise da Economia Social, e em particular das cooperativas, começou a delinear-se a ideia da criação de uma resposta social na área da saúde mental, que respondesse às necessidades sentidas pelas pessoas portadoras de doença mental grave, suas famílias, técnicos, e sociedade civil. Deu-se início à construção de um possível caminho, para o qual todos devemos “aprender a caminhar para ele, através de uma teia de sinergias, cuja intensificação será verdadeiramente decisiva” (Namorado, 2014, p. 12).

Para Singer “o louco é um excluído, eu diria, quase por definição, e essa definição de normal, é dada pelo mercado e dada pela comparação (...) os incapazes (...) todos eles se encontram na economia solidária, a economia solidária é feita para eles. Isso não significa (...) que a economia solidária é algo inferior, é feita para os incapazes, os capazes estão na economia capitalista (...) e os incapazes, ficam à margem de sobreviver à base de solidariedade. A solidariedade é tão importante quanto a competição. É uma outra margem de organização da sociedade, ela tem ajuda mútua em vez de você individualmente procurar ser melhor que o outro, triunfar sobre o seu oponente, é a coisa mais emocionante,

é entusiasmante, é a vitória (...), pensamos de uma maneira mais coletiva, em que o triunfo é de todos e não de um sobre o outro” (Singer, 2004 *in* Martins, 2014, p. 116). Esta ideia é complementada por Namorado quando se refere ao papel das cooperativas na sociedade, dizendo que estas “tem que ser capazes de intercooperar (de forma formal e informalmente), de uma forma sistemática, orientadas por princípios gerais comuns, consensualizados e partilhados” (Namorado, 2014, p 13).

As cooperativas sociais surgem, assim, como uma inovação italiana da década dos anos 70, tendo obtido um enorme sucesso pois respeitaram os fatores sociais e sobretudo politico-ideológico, através da participação da comunidade e da família dos doentes, na sua reinserção social, mobilizando também a participação dos diversos parceiros da comunidade (partidos políticos, sindicatos, associações de trabalhadores, artistas, entre tantos outros) (Bandeira,1991).

Este movimento, denominado Psiquiatria Democrática, liderado por Franco Basaglia, alcançou repercussão mundial, pelas experiências realizadas em Gorizia, Trieste e posteriormente Arezzo. O sucesso desta prática consistiu num processo de desinstitucionalização, cujo objetivo era preparar os doentes mentais para a “vida” fora dos hospitais, apoiando-os na sua reintegração social e familiar, de modo a fazerem amigos e dedicarem-se a uma atividade profissional reconquistando a sua autonomia (Serrano, 1985). Esta prática teve tanto sucesso que as experiências de Basaglia, levaram à modificação da Lei 180 (Lei da reforma psiquiátrica italiana), que ficou conhecida pela Lei de Basaglia (sobre o encerramento de hospitais psiquiátricos) - Lei 180 de 13 de Maio de 1978. A partir desta, a doença mental passou a ser vista de outra forma. A importância dada aos doentes, à sua participação e intervenção, levou à necessidade de criação de novas respostas sociais, bem como um novo olhar sobre as práticas.

Surgiam as cooperativas de produção ou trabalho, que permitiam “trabalho real” para os doentes portadores de doenças mentais graves. Posteriormente Basaglia (1978) acabou por visitar e influenciar e inspirar a Reforma Psiquiátrica Brasileira que adotou como tema” por uma sociedade sem manicómios”. No entanto, apenas em 2004, se iniciaram a criação das Cooperativas de produção no Brasil, resultante de acordos de cooperação entre o Governo (Ministério da Saúde), e o 3 setor. Estando em atividade cerca de 440 cooperativas sociais na área da Saúde Mental. O seu sucesso levou a que este modelo, fosse posteriormente foi alargado ao Ministério da Justiça (Singer, 2018, p. 202).

A importância de Basaglia, reside no facto de ter ajudado a desconstruir o paradigma clínico da doença mental, pois segundo ele “viver dialéticamente as contradições do real é o aspeto terapêutico do nosso trabalho” (Basaglia, 1981, p. 491).

Para Rita Martins, Franco Basaglia destaca-se por ter colocado “a doença entre parênteses” (Martins, 2014, p. 78), para que fosse possível abordarmos o doente, enquanto pessoa, portadora de uma doença mental, na sua comunidade tendo em conta a sua experiência e o seu projeto de vida.

E é partindo deste pressuposto, que abraçamos a criação da Cooperativa de Responsabilidade Limitada “Deliciosas Diferenças”, como “projeto no horizonte como ambição utópica” (Namorado, 2005, p. 10).

Este foi o modo que se considerou necessário para estabelecer a ponte entre a Economia Solidária, o cooperativismo e a criação de uma resposta concreta para responder às necessidades das pessoas portadoras de doença mental grave com patologia dual, tendo por base o reconhecimento da diferença, e sua reabilitação Psicossocial.

**PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO: A COOPERATIVA DELICIOSAS
DIFERENÇAS, UMA RESPOSTA PARTICIPATIVA E INOVADORA NA ÁREA
DA SAÚDE MENTAL**

Capítulo III. O Contexto Sociogeográfico e Institucional da Pesquisa

Este capítulo tem como objetivo identificar o contexto socio-geográfico e institucional da pesquisa e analisar o processo de construção da Cooperativa de Responsabilidade Limitada “Deliciosas Diferenças”, iniciativa que constitui o objeto desta pesquisa. Tendo em conta as necessidades sentidas pelas pessoas portadoras de doença mental grave com patologia dual, no Concelho de Soure, e a complexidade da realidade social, face à ausência de respostas compatíveis com essas mesmas necessidades, em termos de reabilitação psicossocial, de modo a estimular a promoção social, profissional e humana do público-alvo, a construção de uma cooperativa surgiu com o objetivo de proporcionar a máxima qualidade de vida nos indivíduos.

Esta configurou-se como uma oportunidade de compatibilizar a vida pessoal com a profissional, combatendo a situação de carência de recursos económicos, e de sentimento de “autoexclusão” social. Consideramos de extrema importância a “questão social”, defendida por Robert Castel, como “expressão das desigualdades e das lutas sociais nas suas múltiplas manifestações e todos os segmentos sociais envolvidos, são heterogéneos” (Pinheiro & Dias, 2009, p. 1). Sendo esta resposta por nós criada, foi colocada ênfase na forma de encarar o trabalho como processo de integração e do sentimento de pertença, de modo a criar e manter a coesão entre os nossos cooperadores.

1. Do território às organizações

1.1.O Distrito de Coimbra

Neste capítulo, fomos mapear as respostas existentes por parte da Segurança Social no âmbito da doença mental, para pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico. A Segurança Social possui quatro respostas tipificadas, dos quais passamos a descrever (Despacho conjunto n.º 407/98):

1. Fórum sócio-ocupacional - desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a sua reinserção sociofamiliar e/ou profissional ou a sua eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido;
2. Unidade de vida protegida - desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave e de evolução crónica clinicamente estável e que necessitam de treino de autonomia;
3. Unidade de vida autónoma - desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave estabilizada e de evolução crónica mas

com capacidade autonómica, permitindo a sua integração em programas de formação profissional ou em emprego normal ou protegido e sem alternativa residencial satisfatória;

4. Unidade de vida apoiada - desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas adultas que, por limitação mental crónica e fatores sociais graves, alcançaram um grau de desvantagem que não lhes permite organizar, sem apoio, as atividades de vida diária, mas que não necessitam de intervenção médica frequente.

Tendo em conta os dados obtidos pela Carta Social, documento oficial do Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2016), pudemos observar a existência de quatro equipamentos da resposta Fórum Sócio Ocupacional, no Distrito de Coimbra, com capacidade para 103 doentes, apoiando apenas 93 pessoas. Dois destes situam-se na Concelho de Coimbra, a CELIUM (IPSS), e a ADEB (Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares), enquanto que os outros se localizam em Miranda do Corvo, sendo desenvolvidos pela Fundação ADFP (Assistência, Desenvolvimento e Formação Profissional de Miranda do Corvo). Esta Organização dispõe ainda de mais duas respostas na área da Saúde Mental, nomeadamente um Lar Residencial e uma Unidade de Vida Apoiada com capacidade para 30 doentes.

Em Condeixa-a-Nova, existe um equipamento na área da Saúde Mental, dada pela Casa de Saúde Rainha Santa Isabel de Condeixa, através das valências de internamento (370 camas) e equipamentos de reabilitação psicossocial (40 camas). Nestes últimos, destacam-se as Residências Internas: Quinta Pedagógica das Romãzeiras; Unidade de ganho de autonomia e 3 apartamentos (T3), na comunidade (Rede Social de Condeixa-a-Nova, 2013). Esta Instituição, apesar do excelente trabalho desenvolvido, não possui acordos de Cooperação com a Segurança Social.

Segundo o Despacho n.º1269/ 2017, o XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabeleceu como prioridade expandir, e melhorar a rede Integrada de Cuidados Continuados (RNCCI, criada pelo Decreto Lei n.º 101/ 2006). A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na região centro tem atualmente uma oferta de 2.308 camas destinadas a internamentos e 826 vagas para apoio domiciliário, no entanto estas não cobrem, de uma maneira sustentada e objetiva, a saúde mental. Assim, celebrou contratos-programa para o funcionamento dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (CCISM), através da implementação de experiências piloto na área da saúde mental (2016-2018) (Diário da Republica, 2ª serie, nº 26, 6 de Fevereiro de 2017).

Das 16 Instituições apoiadas a nível Nacional, a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), disponibilizou 46 vagas em Cuidados continuados integrados, através de dois projetos piloto a desenvolver nos municípios de Penela e Coimbra. A Associação Quinta das Pontes (Comunidade Sócio Terapêutica) e a Fundação Beatriz Santos, nomeadamente através de uma residência de apoio moderado (RAMO) para 8 doentes e a segunda com uma unidade sócio-ocupacional (USO) para 30 doentes, conjuntamente com a resposta de equipas apoio domiciliário (EAD) para 8 clientes (Diário da Republica, 2ª serie, nº 26, 6 de Fevereiro de 2017).

Apesar de insuficientes, estas respostas estão ainda em processo de implementação e monitorização de resultados.

Assim, tendo em conta os dados anteriormente apresentados, é possível verificar que a problemática da doença mental representa um custo elevado, em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízo económico. Destaque-se, ainda, o facto do número de cuidadores ao nível familiar ter vindo a diminuir nos últimos anos. Logo, estes doentes necessitam de respostas que permitam a manutenção e o desenvolvimento da funcionalidade existente, numa estrutura residencial localizada na comunidade, que lhes proporcionem melhor qualidade de vida e promovam a integração sócio-ocupacional. Perante esta problemática impõem-se ações de investimento na inclusão social destas pessoas, uma vez que a sociedade e as redes sociais exercem um papel muito relevante no seu processo de reabilitação psicossocial.

Constata-se, ainda, um aumento progressivo da procura de respostas mais personalizadas para as pessoas portadoras de doenças mentais cuja funcionalidade se encontra bastante comprometida e cujo suporte familiar é inexistente. Assim urge criar novas respostas que permitam a estas pessoas sentirem-se integradas na sua comunidade, permitindo que a prática clínica moderna e integrada em saúde mental possa efetivamente ser posta em prática (Martins, 2014).

Segundo o Prof. David Goldberg, uma das grande referências psiquiátricas da atualidade, que criou uma das ferramentas mais usadas em saúde pública, através de um questionário simples (para estimar a prevalência de transtornos mentais psiquiátricos em grande populações), “os cuidados colaborativos em saúde mental são um caminho para a integração de cuidados e para a melhoria de qualidade” (Goldberg, 2014, cit. *in* Pisco, 2015).

1.2.O Concelho de Soure

Em termos geográficos, o Concelho de Soure pertence ao Distrito de Coimbra e tem por limites, a Norte o Concelho de Montemor-o-Velho; a Nascente, os Concelhos de Condeixa-a-Nova e Penela; a Sul, os Concelhos de Pombal e Ansião, e a Oeste o Concelho de Figueira da Foz. De acordo com os dados dos Censos de 2011, este integra-se numa região natural do Baixo Mondego, tendo uma área total de 265,1 Km² e uma população que se aproximará dos 19 245 mil habitantes. Está dividido administrativamente em doze freguesias.

Em termos de análise demográfica, no Concelho de Soure, verificou-se que, a população residente, no último período intercensitário, diminuiu aproximadamente 8%. Estas assimetrias são significativas ao nível da capacidade de atração e retenção de população residente, com consequentes impactos no aprofundamento das problemáticas de coesão social. Soure apresenta, ainda, uma perda de mais de 10% da população jovem, com idade até aos 14 anos, conjugado com uma diminuição de 12% da população em idade ativa e um aumento de 3% da população com mais de 65 anos.

Face a este panorama, e tendo em atenção a evolução demográfica perspetivada coloca-se, desde logo, um desafio na redefinição da estratégia local, nomeadamente, através do desenvolvimento de respostas sociais adequadas às necessidades desta população, bem como, no desenvolvimento de outro tipo de respostas que possam contribuir para a melhoria da atratividade de Soure, para captar população (Relatório Rede Social de Soure, 2016).

Estas respostas revelam-se fundamentais para uma estratégia de retenção da população, e promove a captação de novos residentes (CATL's, creches, Centro de dias, CAO's, Formações, Lares, entre muitas outras). Em termos de equipamentos de saúde existentes em Soure enquadram-se exclusivamente os de âmbito dos cuidados de saúde primários. O Concelho dispõe de várias unidades de cuidados de saúde personalizados (Alfarelos, Degracias, Samuel, Figueiró do Campo, Granja do Ulmeiro, Vinha da Rainha) e a Unidade de Saúde Familiar VitaSaurium (Relatório Rede Social de Soure, 2016 & PORDATA, 2016).

O Concelho de Soure apresenta um rácio muito reduzido de 1 médico por cada 800 habitantes. Tendo em vista que na Região de Coimbra, o rácio é de 1 médico para de 93 utentes, contudo, este resultado é muito influenciado pela situação que se verifica na Cidade de Coimbra de 33 utentes por médico. O centro de saúde e a unidade de saúde familiar localizam-se ambos na sede de Concelho de Soure, uma vez que não existe no

Concelho qualquer unidade hospitalar, sendo as mais próximas o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e o Hospital Distrital da Figueira da Foz (Relatório Rede Social de Soure, 2016).

Em termos de apoio social à população Concelhia, destacam-se as dez IPSS, com respostas nas áreas das crianças, jovens e idosos, e a APPACDM de Soure, na área da reabilitação psicossocial (Carta Social, 2016). Importa salientar a importância destas IPSS na sustentabilidade dos apoios dados à comunidade e na manutenção da empregabilidade ao nível Concelhio.

A proximidade a Coimbra (principal núcleo urbano da Região Centro) influenciou, desde sempre, a dinâmica de desenvolvimento de Soure. O Município de Soure tem procurado fomentar o investimento, estimular a oferta comercial diversificada, criar serviços e infraestruturas que assegurem, o mais possível, a sua autonomia, de modo a imprimir a sua própria dinâmica de desenvolvimento (Relatório Rede Social de Soure, 2016).

Constatamos (estatísticas disponibilizadas pelo Hospital Sobral Cid, 2015) que a percentagem de pessoas com doença mental no concelho de Soure é muito elevada, pelo que urge encontrar respostas integradas e continuadas para melhorar a qualidade de vida e de saúde desta população. Salientamos, ainda, que o concelho de Soure carece de respostas formais ao nível da Saúde Mental, sendo a APPACDM de Soure, a única instituição que garante o apoio e a retaguarda aos doentes mentais graves, complementando os cuidados hospitalares. Este trabalho articulado que tem vindo a ser feito, permite a atuação ao nível da prevenção, tratamento e reinserção das pessoas com doença mental, prevenindo recaídas e estruturando cuidados a doentes sem recursos e com ausência ou insuficiência de apoios familiares.

2. APPACDM de Soure: Sede de uma proposta participada, empreendedora e inovadora de integração social

2.1. Dados gerais sobre a APPACDM

A Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Soure é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos. Esta destina-se à defesa e promoção dos direitos do cidadão com deficiência, incapacidade ou em situação de desvantagem, nas áreas da reabilitação, educação e qualificação profissional. A IPSS

tem por missão “Crescer, inovar e satisfazer as necessidades dos nossos clientes de modo individualizado, competente e solidário” (Relatório Anual APPACDM de Soure, 2017).

Iniciou a sua atividade, em Novembro de 1982, sendo que em Janeiro de 1991, constituiu-se como delegação autónoma do Centro Educacional de Condeixa, tendo passado a existir formalmente, como APPACDM de Soure, desde Maio de 2002.

A Instituição presta, atualmente, um conjunto de serviços/respostas sociais nas áreas da deficiência intelectual e doença mental, nomeadamente: Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) – 55 clientes; Lar Residencial – 20 clientes; Serviço de Apoio Domiciliário – 10 clientes; Formação Profissional – 70 formandos distribuídos por 6 cursos; Enclave na área da jardinagem – 6 trabalhadores; Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL) – 30 crianças; Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) – 30 crianças; Residência Autónoma – 5 clientes; Apartamento de habitação protegida- 6 clientes. Desenvolve, ainda, diversas medidas de emprego protegido, bem como estágios e protocolos com os mais diversos parceiros/ instituições (Relatório Anual APPACDM de Soure, 2017).

A APPACDM de Soure possui, hoje, um público-alvo de, aproximadamente, 70% de pessoas com deficiência e 30% de pessoas com doença mental (Relatório Anual APPACDM de Soure, 2017).

Esta IPSS considera que o envolvimento de todos (colaboradores, clientes, famílias/significativos, parceiros, financiadores e fornecedores), bem como a comunidade em geral, é fundamental para a melhoria contínua da qualidade da prestação de serviços. No entanto, um dos graves problemas que enfrenta é o crescente número de encaminhamentos por parte dos Hospitais Centrais para pessoas portadoras de doença mental grave. Esta funcionalidade encontra-se comprometida, quer devido ao envelhecimento da própria população, quer ao agravamento dos problemas sociais, e à falta de respostas por parte da segurança social e da saúde.

Destaque-se ainda o facto do número de cuidadores ao nível familiar ter vindo a diminuir nos últimos anos. Perante esta problemática impõem-se ações de investimento na inclusão social destas pessoas. A Instituição nos últimos tempos tem vindo a sentir a necessidade de criar novas respostas que permita aos seus clientes residir, ter ocupação e serem membros integrantes da comunidade. Esta Instituição tem-se candidatado a projetos existentes em termos de saúde Mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados, em termos da criação de respostas sócio ocupacionais e residências autónomas, moderadas e protegidas, através de acordos de cooperação com o Estado.

Com o fim destes projetos piloto, urge criar outro tipo de respostas sociais, tendo em consideração as particularidades dos sujeitos, o seu grau de autonomia e as suas competências, motivações e emoções, de modo a que se sintam ativos ao fazer parte da sociedade. É por isso que a APPACDM de Soure serve de sede e incubadora de uma proposta participada, empreendedora e inovadora de integração social, a Cooperativa Limitada “Deliciosas Diferenças”.

2.2.Cooperativa de Responsabilidade Limitada (CRL) ”Deliciosas Diferenças”: dinâmicas de um percurso coletivo

A importância da sociedade civil, na procura de respostas para apoio às pessoas com doença mental grave, tem vindo a desenvolver-se ao longo dos tempos, pelo vazio de soluções de reabilitação psicossocial. No entanto, a integração profissional das pessoas portadoras de doença mental grave é ainda uma área pouco trabalhada, por diversos motivos dos quais salientamos: as dificuldades financeiras (devido à incapacidade de gerar fontes de autofinanciamento, o que leva a que as IPSS recorram na sua grande maioria a respostas que dependam de acordos de cooperação ou financiamento público), bem como o medo de correr riscos por parte dos recursos humanos (habitados a trabalharem por conta de outrem). Face a esta realidade, um conjunto de pessoas interessadas na temática decidiu criar uma alternativa às respostas formais (típicas da saúde e da Segurança Social). Foi, por isso, desenvolvida uma metodologia colaborativa baseada em múltiplos momentos de encontro, de procura de parceiros e de debate impulsionadores de um projeto que se pretendia coerente, exequível e capaz de captar recursos humanos credenciados e financiamento.

A criação de uma nova resposta permitiria, com supervisão, complementar a ação terapêutica de ponta com a integração social, uma vez que “ a nova questão social parece ser o questionamento da função integradora do trabalho na sociedade” (Castel, 2004, cit. *in* Maciel, 2014, p. 117). A importância que atribuímos ao trabalho, não tem apenas a ver com rendimentos, mas sim com motivações, emoções, desenvolvimento de competências, criação de identidade, entre outros, que permita às pessoas portadoras de doença mental grave a sua realização pessoal.

A cooperativa iniciou-se, então, tendo em conta que o grupo de pessoas em causa eram sujeitos com capacidade de decisão sobre as suas trajetórias na construção do seu projeto de vida. A seleção do grupo de co-construtores, passou pela sensibilização de pessoas, que conjuntamente acreditasse que era possível, conjugar vontades e saberes,

criando entre elas, um compromisso social de modo a dar origem a uma nova resposta a nível Concelhio.

Assim, foram efetuadas diversas reuniões com Técnicos de Emprego de Coimbra (26 de Janeiro de 2017) e da Figueira da Foz (14 de Fevereiro de 2017), bem como com Técnicos da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (17 de Abril de 2017). Por último, foram efetuados ainda contactos com o IAPMEI – Agencia para a competitividade e inovação, I.P. (18 de Abril de 2017). No entanto, em nenhum dos contactos realizados surgiu a ideia de poder conjugar a reabilitação psicossocial através do trabalho, com a obtenção de excedentes para redistribuir pelos indivíduos.

Com o passar do tempo, o número de pessoas que aderiu ao Projeto foi aumentando, e disponibilizaram-se técnicos da APPACDM de Soure (3), da Associação Portuguesa de Patologia Dual (3) e de um Gabinete de Advogados de Coimbra denominado Ferreira Ramos e Associados (2). Em simultâneo, contávamos já com 6 pessoas portadoras de doença mental com patologia dual, que connosco iniciaram esta busca de procura de alternativas, e de uma co-construção de um novo projeto de vida.

Os cooperadores são vistos não como doentes, mas como pessoas, que precisam de cuidados de saúde (mental), e que sofrem com a exclusão e com a indiferença, pois tal como comprova Castel, “estar integrado é estar inserido em relações de utilidade social, relações de interdependência com o conjunto da sociedade” (Castel, 2004, cit. *in* Maciel, 2014, p. 121)

A ideia da constituição de uma Cooperativa (Código Cooperativo: Lei nº51/96, de 7 de Setembro, com alterações nos DL nº76/A/2006, de 6 de Novembro, DL nº 204/2004, de 19 de Agosto, DL nº 108/2001, de 6 de Abril, DL nº 131/99, de 21 de Abril, do DL 343/98, de 6 de Novembro, e DR 15/96) surgiu do facto de estas serem uma aplicação prática da cidadania participativa, procurando colmatar necessidades existentes na sociedade. Segundo Rita de Cássia (2014) apenas uma prática cooperativa que incentiva a autogestão, a justiça social, o trabalho coletivo e as relações solidárias, permite um caminho para a inclusão social, destas populações mais fragilizadas. Estava lançada a ideia, era preciso estudar todas as possibilidades.

Agendou-se uma reunião na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra com o Prof. Dr. Rui Namorado², para lhe dar a conhecer o que se pretendia, e saber a sua opinião quanto à construção de uma Cooperativa Multissetorial, para trabalhar no âmbito

² Jubilado em 2011; Coordenador do Centro de Estudos Cooperativos e de Economia Social

da reabilitação de pessoas portadoras de doença mental e com incapacidades. Ao considerar a ideia curiosa e inovadora, aconselhou a marcação de uma reunião com a CASES (Cooperativa António Sérgio para a Economia Social) em Lisboa.

Foi agendada então a primeira reunião com a CASES no dia 9 de Maio, à qual se seguiram mais duas, no dia 22 de Junho e, a última, a 1 de Setembro. Nestas, por impossibilidade de deslocarmos toda a equipa, foram eleitos representantes para estarem presentes. Apresentou-se a presente proposta que visava a criação de uma Cooperativa que permitisse, para além de aplicar os seus princípios cooperativos, procurar através do seu objeto social, promover a participação da comunidade em geral e em particular de um grupo mais vulnerável. Após as reuniões com a CASES, foi-nos solicitada a elaboração dos Estatutos e do Regulamento Interno (Anexo A).

Saliente-se que os cooperadores fundadores desta cooperativa serão, essencialmente, sujeitos portadores de doença mental com patologia dual, sem qualquer défice cognitivo, com capacidades de trabalho, estando a sua maioria a usufruir de prestações sociais do Estado. Em virtude da conjuntura política e social do nosso país, o facto de beneficiarem desta fonte de rendimento não lhes permite a sua integração no mercado normal de trabalho, sem abdicarem da prestação social, ato este de elevado risco, em termos de sobrevivência pessoal.

Esta diversidade de competências e saber-fazer entre os cooperadores de produção (que vão desde a gestão, informática, secretariado, vendas, limpezas de espaços e a confeção de doçaria e culinária) é importante porque permite assegurar a gestão e desenvolvimento da atividade da cooperativa. A união de esforços, através de uma visão empreendedora partilhada, dá resposta a uma necessidade comum (ser ativo e produtivo), a custos reduzidos, usufruindo de um conjunto de conhecimentos técnicos e operativos (*know how*) e, gerando assim, o seu próprio “negócio”.

Ficou assente de que os excedentes que o negócio obtivesse seriam para reinvestir na Cooperativa, outra parte seria para fazer uma reserva legal, e por último, todos os meses seriam redistribuídos montantes equitativamente relacionados com o trabalho prestado, no sentido de adquirir pelo menos (inicialmente), a medicação psiquiátrica de cada um.

A constituição da Cooperativa de Responsabilidade Limitada (CRL) “Deliciosas Diferenças” alia conceitos como rentabilidade e solidariedade, o que permite, que a economia social desempenhe cada vez mais um papel essencial na economia local, criando ocupação, reforçando a coesão social e económica, gerando capital social, promovendo a

cidadania ativa, a solidariedade e uma economia com valores democráticos que põem as pessoas em primeiro lugar.

Respeitando o tempo e o ritmo psíquico de cada um dos cooperadores, a Cooperativa permitirá melhorar e transformar a realidade atual no Concelho de Soure, no que diz respeito ao empreendedorismo social no domínio do tratamento psiquiátrico. Estabelecemos um Plano de Parcerias, para conjuntamente com a comunidade local, implementarmos a Cooperativa. Assim, através da Parceria estabelecida com a APPACDM de Soure, arranjamus um local para a implementação da Cooperativa. A partir desse momento solicitámos a colaboração de forma gratuita de um projeto de Layout de cozinha, à Firma Carlos Nunes e Irmãos (Anexo B), bem como aos Móveis Tralhão (em termos de decoração do espaço). Em virtude da falta de recursos e por opção própria da equipa, começámos por dividir tarefas, entre os cooperadores de produção e os cooperadores orgânicos (que faziam parte dos órgãos sociais). Assim, desde a recolha de materiais devolutos de outras firmas até à restauração de equipamentos, os meses de Julho, Agosto e Setembro foram de ocupação intensa. Paralelamente, foi necessário adquirir algum material, pelo que se optou pela angariação e produção de fundos em pequenas feiras Concelhias, com a comercialização de compotas, biscoitos e outros produtos.

A escritura pública de Constituição da Cooperativa de Responsabilidade Limitada “Deliciosas Diferenças”, foi assinada no dia 11 de setembro de 2017 (Anexo C). No entanto, a sua inauguração e abertura de portas à comunidade ocorreu no dia 29 de novembro do mesmo ano.

A partir de então seguiu-se uma nova fase na construção da Cooperativa, arranjar mais cooperadores para constituir o Capital Social desta. Foram efetuadas diversas diligências no sentido de divulgar a Cooperativa junto da comunidade, utilizando os meios de comunicação social e as redes sociais, tentando chegar ao maior número de pessoas possível. Foi criado e registado um logotipo, que marcasse a diferença, e definiu-se por missão “*Fazer a vida de todos mais doce*”. Como visão, a CRL Deliciosas Diferenças estabeleceu ser uma organização de referência nacional e internacional, dinâmica e dinamizadora, centrada na promoção da qualidade de vida da pessoa com doença mental ou incapacidade, em parceria ativa com agentes sociais, económicos e políticos, com vista a promover a valorização das suas capacidades. Para tal, assenta nos seguintes princípios e valores (tabela 1):

Tabela 1: Princípios e valores da Cooperativa “Deliciosas Diferenças”

| |
|---|
| Inovação: Novas combinações de meios produtivos, quer nos produtos quer nos processos. |
| Cooperação: Espírito de equipa, participação e envolvimento de todos, corresponsabilidade, desenvolvimento de parcerias. |
| Dedicação: Empenhamento e vontade de “vencer” dos cooperadores |
| Solidariedade: Responsabilidade pelo bem do outro. |
| Transparência: Abertura da Cooperativa para a comunidade envolvente. |
| Profissionalismo: Melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados. |

Sinopse da autora

Começaram a surgir as dificuldades, pois era necessário conseguir verbas para adquirir determinados equipamentos (computador, programa de faturação, entre outros). Foi elaborado um plano de negócios (Anexo D) para apresentar as firmas/ empresas que nos pudessem apoiar, com bens ou produtos. Foi, também, necessário tratar da implementação do Sistema de HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Point) que é uma análise de perigos e pontos críticos de controlo. É um sistema de carácter preventivo que tem como objetivo a produção de alimentos seguros.

Seguiu-se o licenciamento da Cooperativa no Portal da Indústria. Foi necessário arranjar um contabilista para nos orientar e organizar a contabilidade, e para tal recorremos ao ISCAC- Coimbra Business School, que nos orientou e cedeu gentilmente um profissional da área.

Uma vez que acreditamos que a mudança de paradigma na área da saúde mental passa obrigatoriamente por políticas de integração, e não de exclusão ou segregação, da luta contra o estigma, pensamos contribuir com este estudo com um novo olhar, na promoção da literacia sobre a doença mental, para que cada um de nós possa com a sua atitude, alterar uma situação que a todos afeta (Figura 1: Processo estratégico de co-construção de uma alternativa social).

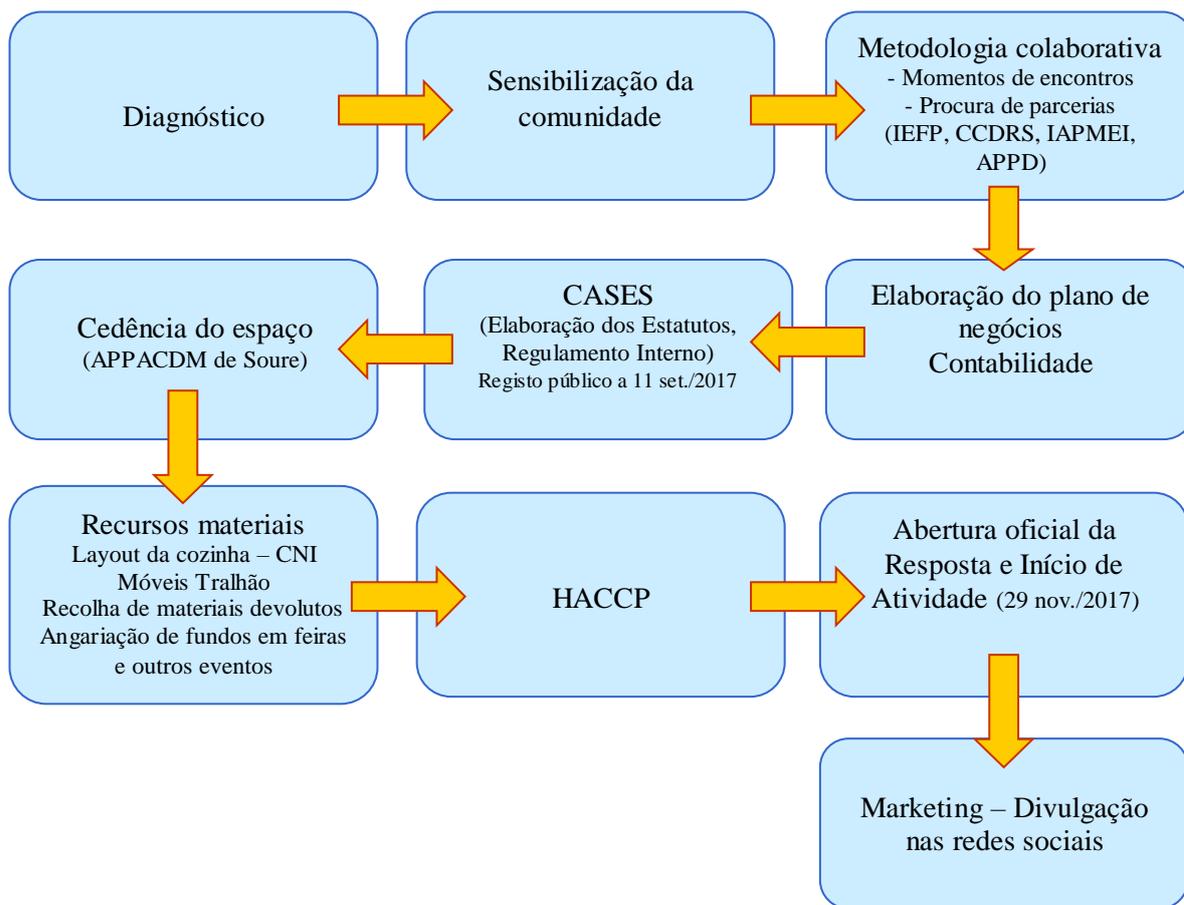


Figura 1: Processo estratégico de co-construção de uma alternativa social (elaboração da autora)

Capítulo IV: Problema de Pesquisa, Objetivos e Opções Metodológicas

1. Problema de pesquisa

Chegou o momento de refletir sobre o trabalho realizado pela Cooperativa “Deliciosas Diferenças”, e o modo como é vivenciado pelos cooperadores, ao longo de todos estes meses de trabalho diário, como resultado de um projeto coletivo, de geração de rendimentos e de inserção laboral, na Comunidade de Soure. Sendo a Cooperativa um “instrumento para promover a emancipação” (Coqueiro, 2011), importa analisar se além do valor económico, sustentabilidade económica, esta iniciativa permite acrescentar valor social, na melhoria da qualidade de vida dos cooperadores (sustentabilidade social), respeitando a comunidade envolvente.

2. Objeto e Objetivos de pesquisa

A escolha do objeto de pesquisa teve por base o conhecimento da realidade local, e o trabalho diário que o investigador tem com as pessoas portadoras de doença mental (com patologia dual), co-construtores da Cooperativa Deliciosas Diferenças. Foi sempre sua intenção envolver as pessoas portadoras de doença mental grave, de forma ativa no percurso de investigação, pois só assim é possível uma maior compreensão das representações que este público-alvo tem sobre assuntos que interferem com as suas vidas (Valentim & Dinis, 2012; Valentim & Valentim, 2016).

Após a revisão da literatura que permitiu uma análise da dimensão compreensiva da doença mental e da dimensão sociopolítica da Saúde Mental em Portugal e no mundo, a pesquisa empírica passou por três fases com três objetivos gerais complementares:

A - Analisar o contexto sociopolítico e organizacional para a elaboração de um diagnóstico local que justificasse a construção de um projeto de criação de uma resposta inovadora que respondesse às necessidades de integração social e laboral de uma população com Patologia Dual utente da APPACDM;

B - Analisar o percurso coletivo e participativo da construção dessa resposta social na área da economia social através de uma análise compreensiva contextualizada (Capítulo III desta dissertação);

C - Analisar, através da recolha de dados empíricos, a importância atribuída a esta iniciativa e vivências sentidas pelos cooperadores, no sentido de produzir um contributo avaliativo no momento inicial (setembro 2017 - maio 2018) e pistas de trabalho futuro.

No que concerne a este objetivo, definimos os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar as motivações dos cooperadores de produção; cooperadores orgânicos e cooperadores não orgânicos, para a criação da Cooperativa de Responsabilidade limitada “Deliciosas Diferenças”;
2. Caracterizar as competências dos cooperadores de produção e cooperadores orgânicos, no processo de criação e de implementação/desenvolvimento da Cooperativa de Responsabilidade limitada “Deliciosas Diferenças”;
3. Caracterizar as emoções e aptidões de liderança dos cooperadores de produtores e cooperadores orgânicos, para a criação do Projeto Cooperativa de Responsabilidade limitada “Deliciosas Diferenças”.

3. Tipo de investigação e estratégias de pesquisa – estudo de caso

O presente estudo baseia-se na investigação qualitativa de carácter exploratório cuja abordagem procura penetrar no universo pessoal e social dos subjogados entrevistados (Coutinho, 2015).

A investigação qualitativa “*descreve fenómenos por palavras em vez de números ou medidas*” (Wiersma, 1995, cit. in Coutinho, 2015, p. 28). O objeto de estudo na investigação não são os comportamentos, mas sim as intenções e situações, passando pela investigação de ideias, descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir das perspectiva dos atores intervenientes no processo.

O tipo de estudo a realizar baseia-se no método intuitivo, querendo com isto dizer que, o investigador pretende perceber o valor da ação e a sua intenção inserido no contexto (Pacheco, 1993, cit. in Coutinho, 2015).

Mason (2002, p. 1) defende que através das abordagens qualitativas é permitido explorar uma ampla dimensão do mundo social, designadamente “a textura e o tecer da vida quotidiana” dos sujeitos da investigação.

Para Walter Oliveira (2008, cit. in Cavalante, Calixto & Pinheiro, 2014) a constituição do corpus refere-se à constituição do universo estudado, sendo necessário considerar alguns critérios de natureza qualitativa: a exaustividade (esgotamento da totalidade do texto); a homogeneidade (separação clara entre temas abordados); a exclusividade (um elemento só pode ser referenciado numa categoria); a objetividade (qualquer codificador consegue obter os mesmos resultados) e a adequação ou pertinência (adaptação aos objetos de estudo. Para analisar o modo e as vivências dos cooperadores das Deliciosas Diferenças, optou-se por um estudo de caso. Segundo Yin (1994) “*estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno no seu ambiente natural, quando as fronteiras*

entre o fenómeno e o contexto não são bem definidas... (e)...em que múltiplas fontes de evidência são usadas”.

(Coutinho, 2014, p. 335)

O caso em estudo vai permitir fazer uma reflexão, proporcionando conhecimento sobre uma nova resposta social criada no Concelho de Soure. O estudo foi realizado entre outubro de 2017 e maio de 2018.

4. Modelo de análise

A pesquisa considera três eixos analíticos da pesquisa, como se segue na figura.

EIXO 1 Caraterização sociodemográfica dos participantes, que permite identificar as caraterísticas da amostra do estudo.

EIXO 2 Caraterização psicossocial da pessoa portadora de doença mental com patologia dual e processo de intervenção. Este eixo contempla: a trajetória de vida enquanto doente e respetivo acompanhamento institucional; a situação biopsicossocial do entrevistado.

EIXO 3 Caracterização das motivações, competências e emoções. Neste eixo consideram-se os processos de adesão e perceção a nível pessoal e profissional; a compreensão da Cooperativa como resposta de combate à falta de recursos e exclusão social; a compreensão do envolvimento dos cooperantes na Cooperativa; os contributos e as expectativas pessoais para o desenvolvimento da Deliciosas Diferenças.

Figura 2: Eixos analíticos da pesquisa

Estes eixos integram subcategorias analíticas que identificam os interesses de pesquisa e orientam a recolha de dados junto da população alvo, dando corpo ao modelo de análise necessário à definição da coerência pragmática da pesquisa.

O modelo de análise aqui adotado convoca os conceitos de motivação, competência, emoções, liderança, comportamento e experiência. Este modelo assenta nos seguintes princípios: a motivação fornece energia ao comportamento e a competência fornece capacidade ao comportamento; a atuação implica experiências pessoais individual

e/ou coletivamente vividas, as quais permitem aprendizagens que se refletem na motivação e na capacitação para atuar.

5. Universo e Amostra

Neste estudo acerca da Cooperativa de Responsabilidade limitada "Deliciosas Diferenças" temos três universos, são eles: universo dos cooperadores de produção (6), cooperadores orgânicos (12) e os cooperadores inorgânicos (132). Entende-se por cooperadores de produção, aqueles que participam na atividade de produção e/ou prestação de serviços; cooperadores orgânicos, aqueles que fazem parte dos órgãos sociais da cooperativa; e, por fim, os cooperadores não orgânicos que são aqueles que não participam diretamente na atividade da cooperativa.

Para efeitos de estudo, foram entrevistados os 6 cooperadores de produção que constituem a totalidade do universo. Optou-se pela amostragem intencional, para os cooperadores orgânicos e não orgânicos, tendo sido integradas no estudo 9 pessoas, sendo 6 cooperadores orgânicos e 3 não orgânicos (Tabela 2).

Tabela 2: Designação fictícia da amostra

| Cooperadores de Produção | Cooperadores Orgânicos | Cooperadores Não Orgânicos |
|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| Cristina | Bruna | Arlindo |
| Fernanda | Clara | Carlos |
| Joana | Francisca | Laura |
| José | Inês | |
| Margarida | Isilda | |
| Maria | Vera | |

A amostra total abrange 15 cooperantes com as seguintes características:

1 - Seis pessoas com doença mental grave (com Patologia Dual), sendo apenas um deles do sexo masculino, e com idades compreendidas entre os 24 anos e os 62 anos. Quanto ao estado civil, a maioria é solteira/o, havendo duas que se encontram casadas e uma divorciada. No que concerne a habilitações literárias apenas uma possui a 4ª classe, 3º o 9º ano de escolaridade, uma possui o 12º ano, e apenas um possui o grau de licenciatura. Quanto ao percurso profissional três encontram-se a usufruir a prestação social do Estado,

uma encontra-se desempregada, e as outras duas não possuem ainda pensão, mas aguardam a PSI.

2 - Quanto ao grupo dos seis técnicos, eles são todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 28 e os 66 anos. Metade do grupo, em termos de estado civil, encontra-se solteiro, duas são casadas e uma é divorciada. Quanto às habilitações literárias uma possui o 9 ano de escolaridade, quatro são licenciadas e uma possui o grau de mestre. Em termos profissionais, todas estão relacionadas com a intervenção psicossocial com doentes mentais graves, desde a monitora, a psicóloga, as assistentes sociais, a terapeuta ocupacional, bem como a médica psiquiátrica.

3 - No grupo de pessoas da comunidade, entrevistamos apenas três pessoas, duas das quais são do sexo masculino e uma do sexo feminino. A faixa etária varia entre os 48 e os 61 anos. Dois deles encontram-se divorciados e apenas um é casado. Em termos de habilitações literárias dois são licenciados e um possui o grau de mestre. Quanto às atividades que desenvolvem, destaque-se que um é Presidente da Direção da APPACDM de Soure, e simultaneamente Presidente da Junta de Soure, o outro é Presidente da Câmara de Soure, e a terceira é consultora de qualidade.

6. Técnicas de recolha de dados

Tendo em atenção os objetivos centrais da pesquisa de compreender o significado e a prática da implementação do projeto no terreno, e seguindo os procedimentos metodológicos das abordagens qualitativas, utilizamos diferentes instrumentos, dos quais resultou uma triangulação. Bogdan e Bilken (1994), permitindo assim ter dados comparáveis, através de duas estratégias: a pesquisa documental e a de campo (entrevista semiestruturada e observação participante).

Na pesquisa documental foram considerados todos os documentos criados para dar início à Cooperativa, tais como regulamento interno, estatutos, atas da direção e assembleias, e os processos individuais dos cooperadores. Fez-se ainda a recolha das notícias de jornais, publicações nas redes sociais, fotos, vídeos, entre outros.

6.1. Entrevista semiestruturada

Para se tornar viável a criação de uma estrutura multissetorial, designada como cooperativa, foi necessário recorrer à técnica de recolha de dados de diagnóstico, a entrevista. A entrevista semiestruturada possibilita a obtenção de uma informação mais rica

sujeita a um referencial de questões, não necessariamente pela ordem e linguagem pré-definidas no guião (Pardal & Lopes, 2011) (Ver apêndice B). Permite, também, a obtenção de informação que nunca seria considerada através de um questionário visto que no contexto da entrevista podem ser solicitados esclarecimentos adicionais ao inquirido caso as respostas não tenham sido suficientemente esclarecedoras em função do objetivo traçado (Coutinho, 2015). Esta técnica de recolha de dados, por ser presencial permite uma proximidade e permite ao investigador observar variáveis que possam surgir do foro sócio afetivo (idem).

6.2. Observação Participante

Esta técnica de recolha de dados foi realizada durante todo o percurso de investigação para a concretização do projeto. Foi utilizada não apenas para compreender e observar as perceções e ideias dos participantes, mas também para perceber as emoções e sentimentos demonstrados relativamente aos temas trabalhados neste projeto.

A observação participante possibilita a construção de narrativas que vão para além dos

“factos e das aparências superficiais, apresentando detalhes, contexto, emoção e as redes de relações sociais que unem as pessoas umas às outras (...) nesta descrição ouvem-se as vozes, os sentimentos, as ações e os significados dos indivíduos em interação”

(Graue & Walsh, 2003, p. 158)

A utilização da técnica de observação direta permite que a análise de todo o processo proporcione “a possibilidade de cruzamento ou triangulação da informação” (Coutinho, 2015, p. 341). Há consciência da dificuldade em analisar com imparcialidade, tendo em conta que se tratam de co-construtores da Cooperativa, mas o uso de diversas fontes de informação permitiu uma validação mais objetiva possível.

Para registo da informação optou-se pela construção de um diário de bordo que permitisse registar sessões de trabalho e captar as dinâmicas de trabalho e envolvimento dos diversos cooperadores.

7. Processo de Tratamento de Dados

Recorreu-se à análise de conteúdo que pressupõe a análise de comunicações já realizadas. É um instrumento não somente da descrição da comunicação uma vez que se dá realce ao papel da inferência (Pardal & Lopes, 2011). Esta técnica permite descrever as

situações e interpretar o significado que lhe foi atribuído – dimensão descritiva e interpretativa (Guerra, 2012).

Segundo Bardin a análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas que permitem analisar de forma sistemática um corpo de material textual, por forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas, considerados “chave”, que possibilitem uma comparação posterior” (Coutinho, 2014, p. 217).

A análise de conteúdo foi efetuada pós a transcrição de todas as entrevistas, e passou pelas seguintes etapas: leitura inicial das transcrições (para conhecimento global do conteúdo obtido); segunda leitura das transcrições (apontamento de ideias chaves e possíveis eixos de análise); organização das informações recolhidas; apresentação e reflexão dos resultados (interpretação dos dados fundamentada com referenciais conjecturais presentes no enquadramento teórico por forma a dar suporte e sentido à interpretação) (Coutinho, 2015), sujeitos à dupla hermenêutica (Giddens, 1996, p. 96), à reinterpretação das interpretações dos atores, também designada por Coutinho como processo de dupla busca de sentido (Coutinho, 2014, p 18).

8. Questões éticas e desafios processuais de investigação

Tendo em atenção que a pesquisa realizada é qualitativa, ela pressupõe a participação dos co-constructores/atores da Cooperativa. Consideramos importante efetuar a “Triangulação dos dados”, que se processa pela “combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista (...), visão de vários informantes e pelo emprego de técnicas de recolha de dados que acompanha o trabalho de investigação” (Minayo, 2011, p. 10). A triangulação permite a interação, a crítica e a comparação entre as respostas dos diferentes atores.

O presente trabalho de investigação teve por base um conjunto de princípios éticos que o pretendem tornar mais dinâmico e ético. Assim, parece fundamental existir uma relação entre o investigador e os investigados baseados no respeito mútuo, confiança e empatia (Boote *et al.*, 2002, cit. in Gilbert, 2004; Nind, 2008). Desta forma, foi explicado aos entrevistados o valor do projeto, sendo reconhecidos não apenas pelos benefícios individuais para as pessoas participantes mas também que as suas contribuições resultariam num aprofundamento do conhecimento sobre o tema (Iacono & Murray, 2003).

A fidedignidade refere-se à consistência dos dados (Sykes, 1990), e à repetibilidade dos resultados garantida pela redundância dos procedimentos em situação semelhante, ou seja se outro investigador seguir os mesmos procedimentos como os descritos seguidos

pelo primeiro e conduzir o mesmo estudo de caso, ele chegará às mesmas descobertas e conclusões (Yien, 1989).

A confidencialidade dos dados foi um pressuposto garantido desde o início da recolha de dados no qual cada participante será mencionado com um nome totalmente fictício antecedido da sigla da tipologia de cooperante: CP (Cooperante de Produção), CO (Cooperante Orgânico) e CNO (Cooperante não orgânico); as gravações áudio mantiveram-se somente na posse do investigador; as transcrições das entrevistas não estão contempladas na íntegra na dissertação de Mestrado; todos os participantes, sendo maiores de idade, assinaram uma Declaração de Consentimento de Utilização da Recolha de Dados (Apêndice C).

A minha condição de cooperadora dos órgãos sociais e investigadora, coloca o problema da validade das observações que faço. Qual a validade do conhecimento que é, simultaneamente por mim produzido enquanto cooperadora, e, por mim usado enquanto investigadora? A sua validade depende da minha capacidade para exercer vigilância epistemológica sobre o valor e o uso daquele conhecimento (Bordieu, 1999) e para construir sentido organizado e permitido pela dupla hermenêutica (Giddens, 1988).

Capítulo V: Apresentação e Discussão dos Resultados

1. Modelo teórico de análise

A categorização dos dados produzidos pelos entrevistados integra uma lógica de construção alicerçada num modelo teórico que convoca os conceitos de motivação, competência, emoções, liderança, comportamento e experiência (Figura 3).

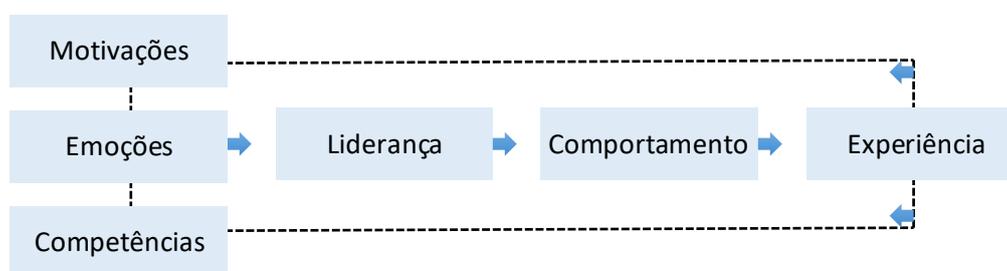


Figura 3: Sistema comportamental (construção da autora)

Este modelo assenta nos seguintes princípios: a motivação fornece energia ao comportamento e a competência fornece capacidade ao comportamento; a atuação implica experiências pessoais individual e/ou coletivamente vividas, as quais permitem aprendizagens que se refletem na motivação e na capacitação para atuar .

As **motivações** são desejos das pessoas, podendo ser conscientes ou inconscientes (Giddens, 1993); elas articulam as dimensões inconscientes e conscientes da razão e da emoção (Giddens, 1979). Motivos são significados intencionais da ação que permitem às pessoas esperarem determinada consequência (Giddens, 1993). Assim, os motivos estão associados à conduta e, mais concretamente, à sua legitimação ou à antecipação das suas consequências.

As **emoções** são ativadas nos encontros sociais (Giddens, 1984) e são diferentes consoante as pessoas, atuam em ambientes rotinizados ou não rotinizados, sendo mais difusas em práticas regulares (Giddens, 1979). São consideradas tendências estimuladas nas circunstâncias da vida diária que afetam a predisposição para agir (Barbalet, 2002) e vários autores enfatizam a relação entre emoções, conhecimento e racionalidade (Pixley, 2002). As emoções implicam o comportamento (Kujala & Miron-Shatz, 2013) e guiam o comportamento futuro (Fredrickson, 2000). Assim, as emoções estão intrinsecamente associadas à racionalidade e à reciprocidade da conduta.

As **competências** podem ser individuais e organizacionais. A competência individual é habilidade crítica necessária para atuar adequadamente (Ashkenas, 1995) ao passo que as competências organizacionais são combinações das competências dos

indivíduos (Kochanski & Ruse, 1996). Na gestão de um negócio, é necessário desenvolver conjuntos de aptidões que sejam apropriadas para a organização, que sejam nucleares e distintivas (Lawler III, 1994). Isso implica que as organizações analisem as suas competências para identificar aquelas que são nucleares e que devem ser cuidadas para assegurar a sustentabilidade organizacional (Nordhaug & Grenhaug, 1994). Deste modo, a gestão organizacional implica analisar as competências dos indivíduos e da organização de forma a identificar aquelas que são nucleares e que devem ser trabalhadas e asseguradas.

Esta questão toma particulares contornos quando se trata de uma cooperativa, a qual depende de decisões tomadas pelos titulares do capital social, e cuja força de trabalho é efetuada por pessoas portadoras de doença mental grave, que pode reduzir a sua capacidade para o trabalho. No primeiro caso, a motivação será mais altruísta do que capitalista. No segundo caso, as motivações dos trabalhadores serão mais diversas e estarão para além da remuneração do trabalho e o desenvolvimento das suas capacidades.

A **ação** consiste em orientações subjetivamente entendíveis do comportamento (Weber, 1964). Nesta perspetiva, a ação está intrinsecamente associada à significação e, nessa medida, não existe fora do sistema de significados partilhado pelo grupo. Assim, a orientação do comportamento depende do sucesso da monitorização da conduta. A ação e a monitorização da ação atribuem significado ao comportamento e avaliam-no por referência às intenções.

Esta atuação das pessoas permite-lhes vivenciar **experiências**. Estas são geradoras de conhecimento (Taylor & Van Every, 2000), transmitidas pelas competências comunicativas (Giddens, 1984) e estimulam e suportam a ação intencionada (Giddens, 1979). As pessoas guardam memória das suas experiências, na forma de narrativas explicativas dos eventos vividos, e essa memória é mediadora do comportamento social futuro (Baumeister & Newman, 1994).

A **liderança** consiste na estimulação, envolvimento e satisfação dos motivos dos seus seguidores de forma a atingirem um propósito comum (Boseman, 2008). Assim, assenta num processo de influência ativa (Carson, Tesluk & Marrone, 2007) e, de acordo com a literatura, os líderes devem orientar a sua conduta para a utilização dos recursos e criação de valor (Rakotobe-Joel & Sabrin, 2010).

Para além disso, e segundo Dias (2002, p. 205), “os conflitos são próprios das diferenças humanas (...) e o sofrimento pode conduzir ao amadurecimento e ao desenvolvimento”. Deste modo, realça-se o papel do líder como mediador de conflitos e de discussões em torno assuntos pessoais, de produção e de trabalho.

Ao contrário da gestão, a liderança não é dependente de título acadêmico, cargo ou privilégio, pois depende de competências pessoais que não carecem de ser certificadas (Yukl, 1998). Assim, a liderança depende de capacidades das pessoas desenvolvidas ao longo do ciclo de vida, sendo validadas nas relações sociais e atualizadas na monitorização da conduta diária. De entre os diferentes tipos de liderança, a literatura mostra que a liderança partilhada pode ser identificada quando existe líder designado, formal ou informalmente, e os membros da equipa desejam alcançar objetivos semelhantes, quando existe suporte emocional recíproco e envolvimento na tomada de decisões (Carson *et al.*, 2007). Este tipo de liderança é o mais relevante para explicar a realizada na cooperativa, uma vez que se estabeleceram laços que permitiram uma identificação coletiva e uma solidariedade grupal.

Esta perspetiva de comportamento e de experiência contribui para os processos de construção diária da equipa e de realização dos compromissos institucionais. Segundo Lima (2018, p. 16), “somos as experiências que vivemos e é o que levamos delas que nos faz pessoas únicas”.

2. Motivações: Porque aderiram ao projeto e integram a equipa da Cooperativa?

2.1 – Motivações dos cooperadores de produção/serviços

Os dados permitem identificar e definir diferentes motivações – económica, relacional, afiliativa, honorífica, ocupacional, prazerosa, funcional, autónoma e ocupacional terapêutica. Desta forma, concebemos um sistema de categorias que cumpre os seguintes requisitos: abrange todas as motivações identificadas e não permite que uma mesma motivação seja classificada em duas categorias distintas.

A **motivação económica** consiste na obtenção de recursos financeiros para garantir estilos de vida praticados ou desejados. Assim, nela se incluem motivações diversas que partilham a atração de recursos financeiros através do trabalho cooperativo. Nesta categoria foram identificadas diversas motivações para integrar a equipa de produção da cooperativa:

CP Cristina - *“A parte económica é sem dúvida importante, mas não é tudo”; “Estava farta de ouvir o meu homem dizer, estás em casa, não ganhas, tens que ajudar nas despesas!”;*

CP Maria - *“O dinheiro não é tudo, mas ajuda”;*

CP Joana - *“Quero ganhar dinheiro, para melhorar a minha vida”;*

CP Margarida - *“Receber dinheiro é bom, a minha reforma é muito baixa, preciso de dinheiro para pagar os medicamentos e ajudar os meus filhos”;*

CP José - *“Não é o dinheiro a minha motivação principal. É sempre bem-vindo, posso adquirir livros, e ter algum dinheiro no bolso...”*

A obtenção de recursos financeiros permite reordenar as relações de força familiares, adquirir bens considerados necessários e ajudar os membros da família economicamente dependentes. Assim, os recursos financeiros permitem satisfazer a melhoria da qualidade de vida.

A **motivação relacional** consiste na vontade de participar em situações de interação propiciadoras de sentimentos positivos. As respostas indicam motivações orientadas para a participação social em contexto organizacional. Entre as expressões desta motivação, encontramos estas:

CP Cristina - *“ (...) mas o mais importante é a união o convívio e a amizade”;*

CP Joana - *“Dou-me bem com todos, somos uma equipa”;*

CP Fernanda - *“Todos gostámos do que fazemos e quando vestimos os polos ou os aventais passamos a ser uma equipa”;*

CP Maria - *“o relacionamento é bom, é ótimo. De vez em quando há chatices, mas com calma resolvem-se”;* *“É um orgulho fazer parte desta equipa”;*

CP Margarida - *“o meu relacionamento com os outros cooperadores operacionais é bom, eu gosto de ser humilde, mas eles olham para mim como se eu fosse um raio de sol”;*

CP José - *“Gostava de perpetuar as circunstâncias atuais em que vivo. Sou feliz, tenho casa, ocupação com tranquilidade e, sobretudo, as pessoas respeitam-me e fiz amigos”.*

A construção de relações sociais são propiciadoras de sentimentos de pertença à equipa e de afiliação à cooperativa são motivadores da conduta. Assim, a motivação orientada para o estabelecimento de relações sociais facilitadores da construção de equipas baseadas em sentimentos coletivos é fundamental para a constituição de equipas participadas por pessoas co-orientadas que, se beneficiarem de liderança adequada, podem assegurar a qualidade e a produtividade necessárias à sustentabilidade da cooperativa.

Segundo Martins (2016, p.4), “somente uma prática que incentive a autogestão, a justiça social, o trabalho coletivo e as relações solidárias, pode propiciar um caminho para as populações que estão em desvantagem”. Neste sentido, More (2005, pp. 287-297) “evidencia a eficácia de gerar condições para todos os envolvidos (...) de serem co-construtores das possibilidades de mudança”.

A **motivação afiliativa** consiste no aproveitamento de oportunidades de crescimento económico/reconhecimento no mercado local e regional. Nesta categoria cabem motivos orientados para a reprodutibilidade das condições de pertença para melhorar as possibilidades reais de sucesso pessoal no conteúdo desta cooperativa. De entre os motivos identificados, expomos estes:

CP Margarida - *“Agora estamos a semear para depois colheitar, esperamos o retorno do nosso empenho e trabalho.”; “Acredito na ideia e em todo o projeto em construção, a funcionar em pleno é bom para os cooperadores e vai mudar as nossas vidas, mesmo quando daqui sair, quero voltar a exercer como voluntária.”*

CP Cristina - *“Eu acredito que esta cooperativa vai para a frente, não trocava este projeto por nada deste mundo.”;*

CP Maria - *“(…) penso que vamos ser uma cooperativa que vai dar que falar, o nosso envolvimento é total, somos uma equipa coesa”;*

A identificação do projeto pessoal de vida com o projeto da cooperativa, estimulada pela motivação afiliativa, favorece o envolvimento ativo e convergente dos cooperadores nas atividades diárias. Assim, a identificação e estimulação deste sentimento facilita a integração dos cooperadores na equipa e o seu envolvimento nos processos organizacionais. Esta identificação afiliativa é, assim, um capital intangível da cooperativa.

De modo a evidenciar esta ideia, Dias (2015, p. 106) afirmou que a “adaptação social permite (...) comunicar ideias, sentimentos, partilhar aspirações, gostos e necessidades, já que os indivíduos se reveem no “nós”, a partir do qual constroem a sua identidade”. Carvalho e Duarte (2016, p. 66) consideram que “para existirem cooperadores satisfeitos tem de haver reconhecimento do seu ser-pessoa naquilo que tem de mais essencial: o seu capital espiritual” conceitualizando a espiritualidade organizacional. Esta é entendida como um conjunto de “relações saudáveis, decisões saudáveis, onde cada um se torna corresponsável na construção da própria instituição e não um mero instrumento executor de tarefas e ações que integram quadros de valores numéricos pelos quais se mede o sucesso ou impacto dessa organização”.

A **motivação honorífica** consiste na prestação de homenagem a entes queridos ou episódios de vida memoráveis. Nesta categoria cabem os motivos orientados para a celebração de pessoas e cargos. Concretamente, foram identificados os seguintes motivos:

CP Margarida - *“Prestar homenagem ao meu irmão Toninho (doente mental já falecido), deixa de fazer voluntariado para se dedicar à cooperativa”;*

CP Cristina - *“Nem queria acreditar que ia fazer parte da direção, foi uma alegria e uma honra”;*

CP Fernanda - *“Estou desde o início e é fantástico fazer parte da direção”.*

A aceitação e participação na cooperativa também é animada pela produção simbólica de votos de saudade por ente-querido já finado que teria beneficiado de idêntica oportunidade e o reconhecimento sentido pelo convite para participar na direção constituem os motivos da celebração honorífica. Assim, a motivação para participar pode ser muito diversa, variando entre o simbólico pessoal e o orgânico corporativo. Desta forma, e utilizando as palavras de Dias (2004, p. 178), “o sujeito procura a libertação do passado para se comprometer com o futuro”.

A **motivação ocupacional prazerosa** consiste no aproveitamento de oportunidades para realizar atividades geradoras de satisfação intrínseca. Cabem nesta categoria motivos como a conjugação do onírico (sonhos) com o material e a realização de projetos de vida adiados. Foram identificados os seguintes motivos:

CP Fernanda - *“(…) e este é o grande projeto da minha vida, estou a adorar, tenho prazer em me levantar e vir trabalhar, até o meu marido, diz que estou mais feliz...deposito neste projeto muitas expectativas”;*

CP Margarida - *“Esta é a realização de um sonho que eu nunca cheguei a realizar... o cozinhar por prazer é a concretização de um sonho coletivo que é também o meu sonho pessoal”;*

CP José - *“Penso que cada um de nós no seu ritmo é valorizado, somos todos diferentes com percursos profissionais diferentes, mas temos um objetivo e uma missão que une. Eu não percebo nada de cozinha mas colaboro no que posso, caixa, na utilização do sistema informático e nas demais atividades administrativas, criei o facebook, fiz cartões de divulgação, colaboro naquilo que sinto ser útil”.*

A motivação orientada para a conjugação entre a ocupação e o prazer de trabalhar é intensamente expressa. Esta motivação será responsável pela criação de clima interno de bem-estar global, simplificador do alinhamento entre os deveres e os direitos associados ao trabalho. Esta motivação estará plausivelmente associada às motivações relacional e afiliativa.

A **motivação autonómica** consiste no desenvolvimento de competência para facilitar a conceção e desenvolvimento de projeto de vida autónomo. Nesta categoria cabem motivos relacionados com o projeto de vida pessoal. Foram identificados os seguintes motivos:

CP Fernanda - *“É o meu projeto de vida, gastava de um dia lá ficar a trabalhar, sei que agora é impossível, temos que crescer muito e trabalhar”;*

CP Joana - *“Tenho esperanças que me dê saídas para o futuro”;*

CP Maria - *“A cooperativa ajuda-me a pensar que um dia vou ser independente dos meus pais”.*

A integração funcional na cooperativa é vista como oportunidade para requalificar as capacidades pessoais e para melhorar a empregabilidade futura. Deste modo, a participação na cooperativa é representada como oportunidade extraordinária para reprogramar a vida pessoal presente e futura. Plausivelmente, esta motivação estará muito associada à motivação económica.

A **motivação ocupacional terapêutica** consiste no aproveitamento de oportunidades para realizar atividades preventivas dos efeitos indesejáveis da não ocupação. Cabem nesta categoria os motivos de prevenir os efeitos da desocupação prolongada. Foram identificados os seguintes motivos:

CP Cristina - *“Necessidade de ser útil, vivia muito presa em casa”;* *“Andava cansada de ser um objeto”;*

CP Fernanda - *“ Precisa de ter gente para falar, estava muito presa em casa”;*

CP José - *“Apoio incondicional desde a ideia proposta como plano da minha recuperação e reabilitação psicossocial”;*

CP Joana - *“Tinha que começar a fazer alguma coisa”;*

A assunção de que o trabalho é condição da felicidade e da dignidade pessoal é partilhada pelos portadores deste tipo de motivação. O trabalho na Cooperativa, é sentido como um meio de ajudar na subsistência diária mas essencialmente como forma de reconhecimento e valorização pessoal, no seu processo terapêutico (Coqueiro, 2011). Assim, a ocupação é representada como condição de bem-estar global de natureza física e psicológica, como oportunidade de replaneamento do projeto de vida pessoal. Esta motivação está, plausivelmente, associada à motivação autonómica.

2.2 - Motivação dos cooperadores dos órgãos sociais

Com base na análise dos dados, foram identificadas e definidas diferentes motivações – funcional autonómica, desenvolvimentista, colaborativa e relacional. Destas, a segunda e terceira são específicas deste grupo e, por isso, aqui são definidas. Do mesmo modo, foram identificadas e definidas de modo emergente, ou seja que surgem de dentro para fora.

A **motivação funcional autonómica** também desperta a atuação dos cooperadores orgânicos. Foram identificados os seguintes motivos: contribuir para a capacitação para a autonomia dos cooperadores da produção e para inclusão social destas pessoas desfavorecidas. Concretamente, foram identificados os seguintes motivos:

CO Inês- *“(...) Desenvolver competência para facilitar a conceção e desenvolvimento de projeto de vida autónomo”; “(...) Desenvolvimento de competências sociais, pessoais e profissionais, sobretudo integrar profissionalmente os cooperadores que se encontram excluídos desta comunidade”;*

CO Clara - *“Espero que transforme a vida dos cooperadores de produção, permitindo a sua realização pessoal, profissional e social”; “Acho o projeto muito interessante pois vai ajudar a desenvolver competências por forma a incluir públicos desfavorecidos na comunidade”;*

CO Vera- *“Ser co-construtora de projetos de vida na comunidade, pois acompanho estes doentes em contexto hospitalar à vários anos”;*

CO Francisca- *“Integrei o projeto pela pertinência e relevância que despertou em mim, uma vez que se dirige a uma população incompreendida e sem projeto de vida”; “o que se pretende que este processo seja emancipatório e que eles sozinhos possam seguir o seu rumo e trabalhar mais e melhor nesta equipa”;*

CO Isilda- *“Espero que a cooperativa cresça e se solidifique na comunidade sourense, seja uma mais valia em termos de serviços na comunidade”;*

CO Bruna- *“Espero que seja um projeto de longa duração de investimento pessoal e profissional para os cooperadores (da produção)”.*

Existe alinhamento entre os motivos dos cooperadores orgânicos e dos cooperadores de produção. Assim, a organização mais facilmente adotará políticas de gestão da produção, de recurso humanos e da formação que sejam compatíveis entre si e orientadas para a capacitação autonómica dos cooperadores produtores.

Conceitos como *empowerment* e flexibilidade funcional, como referem Becker *et al.*, (2004, cit. in Miguel in Albuquerque & Luz, 2016, p. 200) adquirirão particular importância pelo facto de aumentarem o

“poder e a autonomia pessoal e coletiva dos indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de discriminação e dominação social, contribuindo assim para o surgimento de um grupo social fortalecido e conferindo poder aos sujeitos sociais envolvidos”.

A **motivação desenvolvimentista** consiste na mobilização de recursos pessoais para estimular o desenvolvimento de pessoas e processos de gestão que assegurem o crescimento sustentável e sustentado. Cabem nesta categoria motivos como contribuir para a melhoria dos recursos humanos e da organização. Foram identificados os seguintes motivos:

CNO Carlos - *“Tenho grandes expectativas e considero esta uma iniciativa muito importante para o desenvolvimento local”;*

CO Bruna - *“Podemos contribuir com os nossos conhecimentos para aquisição de produtos e partilhar ideias de forma a potenciar o crescimento da cooperativa”;*

CO Isilda - *“Quero que a cooperativa cresça e possa realizar todos os que nela estão envolvidos, fazendo-a crescer para garantir o trabalho a todos eles, pois para alguns é um sonho tornado realidade”;*

CNO Laura - *“O projeto bem divulgado pode ser uma aposta ganha. Devem ser analisadas questões como divulgação e posicionamento no mercado”.*

CO Vera - *“(…) É um projeto que ainda vai dar muito que falar da desmistificação do estigma e preconceito contra a doença mental”;*

CO Francisca - *“Espero que a cooperativa contribua para melhorar a autoestima, participação e integração das pessoas com incapacidade, conferindo-lhe um papel mais ativo na comunidade”.*

CNO Arlindo - *“(…) Penso que a cooperativa tem vindo a crescer paulatinamente, enquanto espaço de reabilitação e ideia de negócio no concelho de Soure”;*

Esta motivação estimula a perspetiva da avaliação de risco de sucesso da cooperativa e é suportada em crenças que valorizam as forças internas da organização e as oportunidades do ambiente organizacional externo. Ela é promissora para o empenho na participação individual na cooperativa, enquanto membros dos órgãos. Consideramos que esta motivação esteja associada à motivação funcional autónoma.

A **motivação colaborativa** consiste na disponibilidade para mobilizar recursos para ajudar no desenvolvimento de competências dos cooperadores de produção. Esta categoria envolve motivos associados às capacidades percebidas dos cooperadores orgânicos acerca de si próprios e dos cooperadores de produção, bem como das competências

organizacionais, e ainda acercadas suas capacidades para animarem relações interinstitucionais. Foram identificados os seguintes motivos para a sua participação orgânica:

CO Vera - *“Podemos contribuir no apoio aos cooperadores com mais dificuldades ao nível da saúde, através da facilitação/recursos no uso dos serviços de saúde”; “Disponibilidade para fazer a ponte entre os cooperadores e o hospital”;*

CO Inês - *“Considero que a cooperativa é inovadora e vai permitir a valorização das capacidades que utentes ainda têm e descobrir outras que os próprios não sonham”;*

CO Francisca - *“Disponibilidade para avaliar as competências e interesses dos clientes para o desenvolvimento do trabalho, “Ajudar a definir estratégias de promoção de autonomia”;*

CO Clara - *“Este é um processo de aprendizagem contínua onde se articulam diferentes tipos de competências pessoais, profissionais e relacionais. Mas é esse trabalho diário de enriquecimento que leva à desmitificação da doença mental e ao fortalecimento do grupo”.*

Esta motivação estimula a mobilização de capacidades e capitais pessoais para participar de forma ativa e convergente na construção da cooperativa. Essa participação poderá, virtualmente, ser fundamental no desenvolvimento de pensamento estratégico e na formação de parcerias estratégicas. É plausível que esta motivação esteja associada à motivação desenvolvimentista.

3. Emoções: Como vivenciam a experiência?

As **emoções** afetam a predisposição para agir e guiam o comportamento futuro, estando desse modo intrinsecamente associadas à racionalidade e à reciprocidade da conduta.

O estudo permitiu identificar emoções positivas e emoções negativas.

Emoções positivas consistem em inclinações afetivas de natureza eufórica, capazes de gerar sentimentos agradáveis que estimulam a orientação comportamental. Nesta categoria se incluem sentimentos que, tendencialmente, animam a participação mais ativa e convergente. Foram encontrados os seguintes factos que a evidenciam:

CP Fernanda - *“Nem queria acreditar que ia fazer parte da direção. Foi uma alegria e uma honra (...);*

CO Isilda - *“Daí o meu entusiasmo e empenho em fazer parte da equipa; adoro a cooperativa (...) foi um passo bem dado”; “Hoje sinto-me feliz, pois estou mais próxima de todos eles.*

CP Margarida - *“Aderi logo de início, estou a gostar muito”.*

Estes sentimentos estimulam a interação e o aumento das interações sociais, reforçam o sentido de pertença à organização e estimulam o desempenho da equipa estando associadas a motivações honoríficas e de carácter ocupacional prazeroso. As emoções positivas, ajuda a lidar melhor com situações difíceis, aumentando a “amplitude do pensamento e da ação e constroem recursos pessoais a longo prazo” (Luís, 2015, p. 36). “Quando as pessoas se sentem bem, quando vivem regularmente emoções positivas, o conteúdo dos seus pensamentos torna-se mais criativo, integrado, mais disponível a novas informações que possam surgir, experienciando um melhor desempenho” (Fredrickson, *in* Luís, 2015, p. 38).

As denominadas emoções positivas “ajudam a construir recursos para viver com sucesso, a ter vidas mais satisfatórias e com maior realização” (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008, *in* Luís, 2015, p. 34).

Emoções negativas consistem em inclinações afetivas de natureza intensa geradoras de sentimentos desagradáveis que estimulam a orientação comportamental. “As emoções negativas além de funcionarem como um sinal de alarme evidenciam uma adaptação mal sucedida e refletem o desconforto e frustração do nosso sistema motivacional” (Fredrickson & Branigan, 2001, *in* Luis, 2015, p. 36).

Nesta categoria incluem-se sentimentos que, tendencialmente, animam participação mais passiva e mesmo divergente. Encontrámos os seguintes exemplos empíricos destas emoções, através dos seguintes factos que a evidenciam:

CO Isilda - *“Chego a ir chorar para casa banho e depois regresso porque eles têm que sentir que podem contar comigo e que eu os ajudo a superar a dor e o sofrimento que comigo partilham”;*

CP José - *“Fui sempre muito reservado, e isolava-me”;*

CP Fernanda - *“Eu sou muito reservada, e tinha medo de falar... cheguei a pensar que não era capaz.”*

Estes sentimentos estimulam isolamento mas, no entanto, reforçam as suas interações sociais. As emoções negativas geram tendências de ação específicas e adaptativas, ou seja, a ação “foca-se e limita o pensamento e ação perante a ameaça por uma questão de sobrevivência” (Luís, 2015, p. 36). Esta luta acaba por fortalecer o sentido de pertença à organização e o conseqüente desempenho da equipa. Estão associadas a motivações de ordem relacional e afiliativa. Efetivamente, todos os cooperadores em causa refletem e ponderam as suas emoções no sentido de reconquistar a “esperança, confiança

pessoal, participação social, autocontrole sobre a própria vida e a superação da carreira” (Anthony, 1993 cit. in Anastácio & Furtado, p. 75). Nesta linha de pensamento, este autor descreve este processo como algo de “pessoal e único de mudança de valores, sentimentos, objetivos (...) e papéis” (1993, cit. in Anastácio & Furtado, p.75).

4.Competências: Que percepção têm sobre as suas competências?

As competências integram habilidades e conhecimentos relacionados que capacitam as pessoas para responder de forma eficiente e eficaz na resolução de problemas e na gestão de situações do seu quotidiano, por vezes complexos, fazendo uso e mobilizando recursos em contexto imprevistos e particulares.

A análise dos dados permitiu identificar a percepção de que a cooperativa tem permitido dar visibilidade e desenvolver diferentes tipos de competências.

Competências operacionais consistem na capacidade de execução de tarefas fundamentais e à execução do conteúdo funcional do cargo (Domingues, 2014). Esta categoria envolve as tarefas que integram a produção de bens tangíveis (alimentos) e serviços (eventos). Foram identificadas as seguintes competências:

CP Fernanda - *“Sou muito perfeita no que faço.. e sei que gostam do meu trabalho (..);*

CP Margarida - *“Sou muito exigente, demasiado perfeccionista, imponho regras, muitas vezes atropelando as sensibilidades e dificuldades dos outros; posso ajudar e substituir as colegas, nas coisas mais fáceis na cozinha (...).”*

CO Bruna: *“(..) O bom desenvolvimento das competências dos cooperadores assegurará o negócio e a sustentabilidade da cooperativa, marcam pela diferença”.*

Esta competência pessoal constitui a base da competência organizacional, a sua área nuclear. Esta competência parece ter alguma associação com a motivação funcional autónoma. Assim, pode ser que os indivíduos mais motivados pela melhoria da autonomia funcional sejam os que mais competências operacionais desenvolvem.

Competências relacionais consistem na capacidade para desenvolver interação facilitadora de funções sociais e organizacionais (Domingues, 2014). Esta competência constitui a base do trabalho em equipa, sem a qual a organização se torna difícil e o esbanjamento de força de trabalho se torna inevitável. Esta categoria envolve o

relacionamento entre cooperadores de produção. Foram identificadas os seguintes factos associados a esta competência:

CP Margarida - *“O meu relacionamento com os outros cooperadores, eu gosto de ser humilde.. Mas eles olham para mim como se eu fosse um raio de sol (..”);*

CP Fernanda - *“senti dificuldades em adaptar-me à equipa, só conhecia a I, e a Dr^a C. Eu sou muito reservada”;*

CP José - *“(..) o meu relacionamento com a equipa é bom; Fui sempre reservado, e isolava-me; (..) quanto a conflitos, de vez em quando, surgem, mas devido ao meu temperamento, tento levar as coisas pelo melhor (...).”*

Esta competência facilita o trabalho em equipa e promove a realização pessoal, Hespanha (*et al.*, 2012, p. 127) refere a importância do trabalho em equipa, pois o balanço da “participação em atividades de grupo é positivo, nomeadamente por lhes ter permitido aperceberem-se de que muitas outras pessoas sofrem os mesmos problemas e partilham experiências com elas”. Sem as competências relacionais, a conflitualidade é uma constante e a liderança teria que ser mais reguladora. Esta competência parece estar associada à motivação colaborativa, o que torna os indivíduos dela dotados de animadores ou, pelo menos, não dificultadores do trabalho em equipa.

Competências participativas consistem na capacidade para atuar em eventos sociais coletivos, como a equipa de trabalho (Domingues, 2014). Esta competência constitui condição do trabalho em equipa, sobretudo onde a dimensão pública é mais intensa. Nesta categoria inclui-se a realização de eventos públicos.

Foram identificados os seguintes factos ilustrativos desta competência:

CP José - *“Acho muito interessante a dinâmica de servir nos eventos, mas é uma experiência nova para mim, pois desde criança que arranjava mil e uma desculpas para “fugir” a situações mais formais (festas, cerimónias...) e agora vejo-me envolvido numa cooperativa que serve eventos, e é para mim um grande desafio;*

CP Maria - *“Relacionamento da equipa é bom, é ótimo(..)”;*

CP Joana - *“(..) Mas depois comecei a servir nos eventos, e é isso que gosto de fazer; “(..) Já servi pessoas muito importantes, mas ponho-me no lugar delas, como se elas me estivessem a servir a mim”.*

Esta competência adquire extraordinária importância em serviços prestados em contextos públicos, onde a necessidade de combinar a natureza celebracional do evento e a dramatização da competência são fundamentais. Esta competência parece estar associada à motivação colaborativa.

Competências comunicacionais consistem na emissão e receção de mensagens verbais e não-verbais e no uso de diferentes meios de comunicação (Domingues, 2014). Esta competência é fundamental ao trabalho em equipa e subsidia todas as demais competências. É nesta categoria que se inclui a capacidade para codificar informação em diferentes linguagens, verbais e não-verbais.

Foram identificados os seguintes factos que a ilustram:

CP José - *“Eu não percebo nada de cozinha, mas colaboro no que posso, na caixa, na utilização do programa informático, e nas mais diversas atividades administrativas. Criei o facebook, fiz cartões de divulgação das DD (..)”*

CP Maria - *“Também ajudo a fazer etiquetas em casa”; “De vez em quando há chatices, mas com calma resolvem-se.”*

CP Margarida - *“ Consigo perceber-los sem ser preciso falar”*

Esta competência é fundamental para o planeamento e realização do trabalho, para partilha de dados e informações. Sendo visível a relação com as motivações apresentadas. Os cooperadores que exprimem esta competência exprimem claramente motivação de caráter afiliativo, demonstrado por:

CP José - *“Cada um de nós no seu ritmo é valorizado (...) temos um objetivo e uma missão que nos une”;*

CP Cristina - *“Ajudo a equipa (...) o mais importante é a união, o convívio e a amizade”.*

5.Liderança: Como se expressa a liderança na Cooperativa?

A presidência do Conselho de Administração é a única titular orgânica com autoridade formal para exercer a liderança. É a diretora técnica da organização no seio da qual nasceu a cooperativa. Designemos esta pessoa de A.

De acordo com a observação participante efetuada e respetivos diários de campo, constata-se que as operações são planeadas e coordenadas por uma funcionária destacada

da IPSS que ofereceu berço à cooperativa, a qual beneficia da confiança caucionadora da pessoa que exerce o cargo de topo da administração. Esta funcionária exerce a função em tempo parcial e, igualmente, goza da aceitação da equipa para o exercício do cargo, o que lhe permite exercer a liderança informalmente. Designemos esta pessoa de B.

Outra pessoa, uma cooperadora operacional contratada para integrar a equipa, exerce a maior parte da liderança operacional. Na verdade, é ela quem coordena a execução das operações com o conhecimento e aceitação de B. De resto, a propósito de B, confessa a cooperadora produtora C que *“Dependemos dela, ela é o centro da gravidade da nossa produção (...) ela diz que sempre gostou muito de mim e eu dela”*. A sua liderança emergiu nos processos de trabalho e, se antes gerou alguma conflitualidade, hoje é pacificamente aceite e até desejada pelos restantes membros da equipa. Como confessam outros cooperadores produtores, *“No início foi um bocadinho complicado mas, quando fizemos a reunião e partilhámos as nossas experiências e soubemos que todas tínhamos doença mental, foi mais fácil aceitarmo-nos umas às outras”*. Designemos esta pessoa de C.

As relações funcionais e de liderança são, assim, esquematizáveis: A tem autoridade formal para liderar mas, por impossibilidade prática, não lidera a equipa; B recebeu de A autorização para liderar, assumindo informalmente esse estatuto, mas restringe a sua atividade ao planeamento semanal das operações. C é a verdadeira líder operacional, pois comanda os membros da equipa na realização das suas tarefas.

Este modelo informal será possível porque se verificam as seguintes condições: os membros da equipa são animados por motivações que privilegiam a participação convergente e não valorizam o conflito; B e C entendem-se bem, quanto à sua forma de trabalhar e de atuar, concertação que é facilitada pelos sentimentos recíprocos; C não reivindica mais poder de influenciar o comportamento dos membros da equipa do que aquele que lhe é permitido ou reconhecido por B; como os níveis de eficácia e eficiência são satisfatórios, A sente não necessitar de fazer alterações. Assim, nestas condições, um modelo informal pode assegurar bom nível de desempenho organizacional.

Esta organização informal universalmente aceite possui as seguintes vantagens: permite dar forma operacional e operativa às relações de poder emergidas dos processos sociais, reduzindo as tensões e a conflitualidade; coloca o poder de decisão no nível onde os problemas ocorrem, reduzindo a distância entre a identificação dos problemas e a tomada de decisão para os resolver; como todos se encontram em situação de contínua

interação e atuação coorientada, convém-lhes assegurar um nível de consenso que seja facilitador das operações e das relações.

Nos termos do Código cooperativo, a participação democrática na tomada de decisões é um requisito formal. Todas as semanas, B reúne com a equipa para planear trabalho, estimulando e ouvindo as suas opiniões. Contudo, excetuando C, poucos são os que intervêm e, quando o fazem, o valor agregado ao plano é baixo. Na prática, o plano formulado por A e B é facilmente aceite pela equipa. Assim, o modelo de participação é tendencialmente passivo e convergente, o que faz da participação democrática um processo mais formal do que substantivamente participado.

Considerações Finais

As alterações na estrutura familiar, a crise económico-social, as políticas de saúde, e a diminuição de camas/ encerramento de Hospitais Psiquiátricos Centrais, têm ao longo dos últimos anos, vindo a marginalizar e a estigmatizar a doença mental. São estes os motivos da urgência de estudar as novas necessidades dos públicos-alvo, as respostas (in)existentes, os apoios estatais, comunitários e familiares, para podermos repensar novas formas de abordar a intervenção social.

É desta carência de respostas que surge a Cooperativa de Responsabilidade Limitada “Deliciosas Diferenças”, que combate a dificuldade de integração social, ocupacional e laboral de pessoas portadoras de doença mental grave, no sentido de possibilitar o pleno desenvolvimento e acesso a todos os recursos da sociedade.

Esta estrutura integradora foi pensada para dar resposta a necessidades não cobertas pela política de saúde mental existente, favorecer a integração de pessoas doentes mentais e contribuir para a construção de uma nova cultura de pensamento face à saúde mental e à incapacidade. A finalidade principal desta iniciativa é a melhoria da qualidade de vida dos cooperadores de produção através da sua capacitação e do desenvolvimento de competências e ferramentas, que lhes permitam construir um projeto de vida com confiança, resiliência e ainda, sentirem-se com capital social de uma Cooperativa co-construída por eles. A reflexão sobre as práticas e conhecimentos dos agentes de intervenção social no terreno, tal como referiu Franco Basaglia é necessária, como forma de incentivo e inspiração.

Assim, através de uma análise compreensiva contextualizada, compreendemos que a experiência dos cooperadores não é o resultado final dos processos sociais, é uma fase da construção pessoal e organizacional pelos quais a cooperativa se constitui e, diariamente, se atualiza. Neste modelo, assume-se que essa mediação é feita através do seu impacto nas motivações, emoções e competências, as quais são condições dos seus comportamentos. Consideramos, pois, que esta resposta depende, essencialmente, de uma gestão democrática interna, em que todos têm o seu papel e a intervenção é tendencialmente igualitária, de forma a criar um negócio único (de *catering*). Isto permitiu marcar a diferença no tecido social e empresarial de Soure.

Cabe lembrar, ainda, que uma sociedade inclusiva tem um compromisso com as minorias, tornando os cidadãos produtivos, participantes e conscientes dos seus direitos e deveres. Por isso, a cooperativa pretende a integração, estimulando a solidariedade entre os

cooperadores envolvidos na sociedade. Esta dissertação deixa como desafio o envolvimento das Universidades e outras forças vivas da sociedade na construção de respostas inovadoras, pela capacidade de pesquisa, da elaboração teórica que possuem e das competências existentes e propiciadoras de desenvolvimento.

O processo de monitorização sistemática e avaliação dos projetos é crucial para a melhoria contínua da intervenção no terreno e do incremento do seu impacto. Acreditamos que a melhoria contínua é a chave da valorização do capital social da Cooperativa “Deliciosas Diferenças” e dos cooperadores envolvidos. Assim sendo, é preciso implementar um processo de avaliação que resulte das necessidades sentidas ao desenvolver um projeto diferente, e que parece ter resultados positivos. Daí ser importante que o processo de avaliação seja isento e externo, para que num futuro se possa disseminar esta cooperativa a um grupo mais alargado de pessoas e comunidades.

Pensamos, por isso, ser necessário demonstrar os impactos de qualquer projeto, pois só assim conseguiremos provar a sua identidade e a sua mais-valia em relação às outras formas de intervenção. Neste contexto, a Teoria da Mudança constitui um referencial útil para o desenvolvimento de soluções para problemas sociais complexos, uma vez que ela ajuda a organizar as ações, e explica como as ações iniciais realizadas nos permitem produzir resultados a longo prazo e quais os recursos a afetar. Esta teoria permite ainda explicar os processos através dos quais as mudanças irão ocorrer, e especificar as formas de como os resultados esperados são fruto de transformações a longo prazo, além de auxiliarem na documentação de como ocorrem. Um outro modelo aplicável no futuro, para aferir um sistema de avaliação de impacto social, nas Cooperativas de Produção, poderá ser o de Andrea Bassi (2014, 2015), cuja matriz foi apresentada no congresso organizado e realizado pelos alunos do MISIE, sobre “Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo” em 2017.

A interação entre as esferas da doença mental e da economia social, mostrou-nos que a resolução de problemas sociais, pode passar pela articulação e interseção de diferentes áreas, levando à criação de respostas únicas de atuação e intervenção social. Pois embora a legislação da área da saúde mental, preconize e proponha diversas respostas sociais para este público, é reconhecido o desfasamento entre a legislação e a sua implementação no terreno. A economia social, surge como alavanca, para novas formas de pensar e intervir no terreno, desconstruindo o conceito das respostas tipificadas, permitindo-nos através do estudo e reflexão, co-construir um projeto de reabilitação psicossocial, participativo de empreendedorismo social, no Concelho de Soure. Esta foi a

base de criação da CRL Deliciosas Diferenças e, sobretudo, da conquista e garantia dos direitos humanos dos cooperadores.

Bibliografia

- Albuquerque, C., Luz, H. (2016). *Políticas Sociais em tempos de crise: perspectivas, tendências e questões críticas*. Edições de Ciências Sociais, Forenses e de Educação: Pactor, Lisboa.
- Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicómio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, I(1) pp. 61-77. Obtido de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701994000100006&script=sci_abstract (acedido a 27 de janeiro de 2018).
- Ashkenas, R. (1995). *The boundaryless organization*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Bandeira, M. (1991). Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro Psiquiátrico*, 40(7) pp. 355-360.
- Bassi, A. & Vicenti, G. (2015). Rumo a novas métricas para a avaliação do valor acrescentado social das empresas sociais. *Revista de Economia Pública, Social e Cooperativa*, 83, pp. 9-42. Espanha: CIRIEC.
- Bassi, A.; Lori, M. & Vannini, I. (2014). Profiling the social impact of nonprofit institutions: measurement, constrains and research diretions. *11th International Conference*, July 22-25. Muenster.
- Bassi, A (2017). Social Impact - Societal Impact - Social Added Value, *Atas do Congresso Internacional Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo*, FEUC, 23 e 24 setembro de 2016.
- Baumeister, R. F. & Newman, L. S. (1994). How stories make sense of personal experiences: Motives thar shape autobiographical narratives. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(6) pp. 676-690. Beverly Hills, CA. Obtido de: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0146167294206006> (acedido a 8 de outubro de 2017).
- Bernal, L., Pérez, G. (2017). Neurobiologia de la patologia dual. *Health and addictions*. 17(2) pp. 100-114. Universidade CES, Medellín, Colômbia. Obtido de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83952052010.pdf> (acedido a 30 de setembro de 2017).
- Bertollini, R. (2012). Mental heath and the economic crisis: ways forward. *Workshop on mental health in times of economic crisis*. Brussels 39-55.
- Boseman, G. (2008). Effective Leadership in a Changing World. *Journal of Financial Service Professionals*. Obtido de:

- [http://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=975627](http://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=975627) (acedido a 10 de dezembro de 2017).
- Bourbon, M. J. (2016, Junho 14). Mais pobres, menos instruídos e idosos com maior risco de doença. *Jornal Expresso*.
- Brandão, D.; Cruz, C. & Arida, A. L. (2013). Métricas em negócios de impacto social: Fundamentos. *Move - Avaliação Estratégica em Desenvolvimento Social*, pp. 4-15.
- Carnevale, A.; Gainer, L. & Meltzer, A. (1990). *Workplace Basics: The Essential Skills Employers Want*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Carson, J.; Tesluk, P. & Marrone, J. (2007). Shared leadership in teams: an investigation of antecedent conditions and performance. *Academy of Management Journal*, 50 (5), pp. 1217–1234. Obtido de: <https://pdfs.semanticscholar.org/05db/7d99d9dc5bd46f5ea334cd5b835db3fa3fd0.pdf> (acedido a 10 de dezembro de 2017).
- Carson, Jay B., Tesluk, Paul E. and Marrone, Jennifer A. (2007) Shared leadership in teams: an investigation of antecedent conditions and performance. *Academy of Management Journal*, 50(5) pp. 1217–1234.
- Cavalante, R; Calixto, P. & Pinheiro, M. (2014). Análise de conteúdo: considerações gerais, relações de pesquisa, possibilidades e limitações do método. (Artigo de revisão). *Inf. & Soc.*, v. 24 (1): 13-18. Jan-abr 2014. Obtido de: http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/_repositorio/2015/12/pdf_ba8d5805e9_0000018457.pdf (acedido a 23 de abril de 2018).
- Código Cooperativo: Lei nº51/96, de 7 de Setembro, com alterações nos DL nº76/A/2006, de 6 de Novembro, DL nº 204/2004, de 19 de Agosto, DL nº 108/2001, de 6 de Abril, DL nº 131/99, de 21 de Abril, do DL 343/98, de 6 de Novembro, e DR 15/9
- Cooperativa António Sérgio para a Economia Social (2014).
- Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017. Obtido de: <https://www.sns.gov.pt/2017/08/30/discussao-publica-relatorio-da-avaliacao-do-plano-nacional-de-saude-mental/>
- Cordeiro, J. D. (1987). *A saúde mental e a vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Correia, V. (2007). Cenários e práticas do psicólogo nos centros de atenção psicossocial em Santa Catarina. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Vale do Itajaí, Brasil. Obtido de: <https://siaiap39.univali.br/repositorio/bitstream/repositorio/1136/1/Vera%20Aparecida%20Cordova%20Correia.pdf> (acedido a 25 de novembro de 2017).

- Coutinho, C. (2015) *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- DecoopChile (2017). Cooperativas, mejor modelo para enfrentar lá próxima década: premio nobel de economia (21 de Março de 2017).
- Dias, F. (2004). *Relações grupais e desenvolvimento humano*. Instituto Jean Piaget.
- Giddens, A. (1979) *Central Problems in Social Theory: Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*. London: McMillan.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: outline of theory of structuration*. 4th ed. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1993) *New Rules of Sociological Method*. Stanford: Stanford University Press (2nd Ed.).
- Fassheber, V. & Vidal, C. (2007). Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicol. Cienc. Prof.* (online), 27(2), pp. 194-207. Obtido de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000200003> (acedido a 25 de novembro de 2017).
- Fleming, M. (1976). *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento.
- Franco, C. (2014). Patologia dual: integração das adições da saúde mental. Patologia dual. Uma nova forma de entender as adições e a saúde mental. Obtido de: <http://www.patologiadual.pt/docs/publicacoes.pdf>
- Franco, C., Szerman, N., Geraldo, A. (2016). *Doença psiquiátrica e adição: duas faces da mesma moeda?* Lisboa: Chiado Editora.
- Fredrickson, B. L. (2000). Extracting meaning from past affective experiences: The importance of peaks, ends, and specific emotions. *Cognition & Emotion*, 14(4), pp. 577-606. Obtido de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/026999300402808> (acedido 11 de dezembro de 2017).
- Hespanha, P., Portugal, S., Nogueira, C., Pereira, J. M. & Hespanha, M. J. (2012). *Doença Mental, Instituições e famílias: Os desafios da desinstitucionalização em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J., Rubio, G. (2010). *Tratado de Patologia Dual: Reintegrando la salud mental*. Barcelona: Nura Ediciones, SL.
- Kochanski, J. T. & Ruse, D. (1996). Designing a competence-based Human Resources Organization. *Human Resources Management*, 35(1), pp.19-33.

- Kujala, S., & Miron-Shatz, T. (2013). Emotions, experiences and usability in real-life mobile phone use. In *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, pp. 1061-1070. ACM. Obtido de: <https://dl.acm.org/citation.cfm?id=2466135> (acedido a 27 de janeiro de 2018).
- Lawler III, Edward E. (1994). From Job-Based to Competency-Based Organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 15(1), pp. 3-15. Obtido de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030150103> (acedido a 27 de janeiro de 2018).
- Lev-Ran, S., Imtiaz, S., Rehm, J., Le Foll, B. (2013). Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. Obtido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23414492> (acedido a 8 de outubro de 2017).
- Loureiro, L. M., Dias, C. A. & Aragão, R. O. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência*, II(8) pp. 33-44.
- Maciel, F. (2004). Trabalho e vulnerabilidade: a questão social na obra de Robert Castel. *Vértice, Campos dos Goytacazes*, 16(2) pp. 113-128. Maio/ago, 2014. Rio de Janeiro. Obtido de: <http://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/viewFile/1809-2667.20140021/3706> (acedido a 8 de outubro de 2017).
- McDaid, D. (2012). The links between debt and mental health. *Mental health in times of economic crisis*. Brussels, pp. 23-31
- Martins, R. (2014). *Saúde Mental, economia solidária e cooperativismo social*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Sociais - Departamento de Sociologia. Obtido de: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/19284> (acedido a 26 de novembro de 2017).
- Meyerson, D. E. (1990). Uncovering socially undesirable emotions: Experiences of ambiguity in organizations. *American Behavioral Scientist*, 33(3), 296-307. Obtido de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0002764290033003004> (acedido a 8 de outubro de 2017).
- Minayo, M. (2011). A importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. *Saúde & transformação social*. ISSN, 1(3) pp. 2-11. Obtido de:

- <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/652> (acedido a 5 de maio de 2018).
- Moreira, P., Crussellas, L., Lima, A., Melo, A. & Pires, C. (2005). *Saúde mental do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Namorado, R. (2005). Cooperativismo: um horizonte possível. *Centro de Estudos Sociais*. Obtido de: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/229.pdf> (acedido a 25 de novembro de 2017).
- Namorado, R. (2014). A economia social: uma constelação de esperanças. *Centro de Estudos Sociais*. Obtido de: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/213.pdf> (acedido a 9 de janeiro de 2018).
- Nordhaug, O. & Gronhaug, K. (1994). Competencies as resources in firms. *The International Journal of Human Resource Management*, 5(1), pp. 89-106. Obtido de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09585199400000005> (acedido a 11 de dezembro de 2017).
- Oliveira, W. (2012). Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN, Florianópolis*, 4(9) pp. 52-71. Obtido de: incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/2125/2918 (acedido a 25 de novembro de 2017).
- Organização Mundial de Saúde (2002). Obtido de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf (acedido a 16 de setembro de 2017).
- Palha, J. & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a saúde mental em Portugal. *Gazeta Médica*. 2(3) pp. 6-12. Obtido de: <http://www.fep.porto.ucp.pt/pt/central-noticias/publicacao-artigo-perspetiva-na-gazeta-medica> (acedido a 7 de outubro de 2017).
- Pardal, L & Lopes, E. (2011). *Métodos e técnicas de investigação social*. Arial Editores, S.A.
- Pinheiro, L. & Dias, G. (2009). Questão social: um conceito. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Obtido de: <http://www.eumed.net/rev/cccss/03/fpod.htm> (acedido a 3 de março de 2018).
- Prewitt, J., Richard W. & McClure, A. (2011). Developing Leadership in Global and Multi-cultural Organizations. *International Journal of Business and Social Science*,

- 2(13). Obtido de:
https://www.ijbssnet.com/journals/Vol._2_No._13_Special_Issue_July_2011/2.pdf
(acedido a 26 de novembro de 2017).
- Rakotobe-Joel, T. & Sabrin, M. (2010). An Outcome-Based Perspective Of Leadership: Investigating The Direct Effects Of Corporate Leaders On The Firm's Financial Outcome. *Journal of Business & Economics Research - November*, 8(11), 113-123.
- Reis, J. (orgs). (2014). *A Economia Política do Retrocesso: Crise, causas e objetivos*. Coimbra, CES: Almedina.
- Santos, A. C. (2001). *Ideologias, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiatria: a satisfação dos técnicos de saúde mental e psiquiatria em função dos modelos institucionais*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Serrano, A. (1985). *O que é a psiquiatria alternativa*. 4ª Ed. São Paulo: Brasiliense.
- Singer, P. (2018). *Ensaio sobre economia solidária*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Silva, I.; Veloso A. & Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, abril de 2014, pp. 175-190.
- Szermman, N., Martinez, Raga, B., Baler, R., Roncero, C., Veja, P., Bassurte, I., Torrens, M., Franco, C., Casas, M. & Ruiz, P. (2016). *Decálogo de patologia dual. A adição é uma perturbação mental e não um ato voluntário e vicioso*.
- Taylor, J. R., & Van Every, E. J. (2000). *The emergent organization: Communication as Its site and surface*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ulrich, D.; Brockbank, W.; Yeung, A. K.; Lake, G. (1995). Human Resource Competencies: An Empirical Assessment. *Human Resource Management*, 34(4), pp. 473-495. Obtido de:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hrm.3930340402> (acedido a 9 de dezembro de 2017).
- Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G. & Melo, J. (2013). O estigma da doença mental: que caminho percorremos? *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 11(2) pp. 10-21.
- Weber, M. (1964). *The theory of social and economic organization*. New York: Free Press.
- Yukl, G. (1998). *Leadership in organizations* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

ANEXOS

Anexo A – Estatutos e Regulamento Interno

Estatutos Cooperativa

Deliciosas Diferenças

Artigo 1.º

Constituição, denominação e direito aplicável

É constituída a Deliciosas Diferenças, Cooperativa de Responsabilidade Limitada (CRL), doravante, Deliciosas Diferenças, a qual será regida pelos presentes estatutos, regulamentos internos, Código Cooperativo, e demais legislação aplicável.

Artigo 2.º

Ramo Cooperativo

A cooperativa insere-se nos ramos de solidariedade social e dos serviços do sector cooperativo.

Artigo 3º

Objeto Social

1 - O objeto social da sua atividade é a promoção da inserção daqueles que, de alguma forma padeçam, de algum grau de doença ou incapacidade, no mundo do trabalho, procurando que estes colaborem na realização de prestações de serviços perfeitamente compagináveis e adaptáveis ao seu grau de doença ou incapacidade, para que, por via da integração, estes, e toda a comunidade, alcancem a devida consciencialização e valorização das capacidades da pessoa com doença ou incapacidade.

2 - A prestação de serviços caracteriza-se pelo fornecimento pela cooperativa, aos seus membros ou a terceiros, com ou sem remuneração, de certos resultados de trabalho, intelectual ou manual, através de contrato de prestação de serviços ou de quaisquer outros instrumentos jurídicos que possam servir a mesma finalidade.

Artigo 4.º

Sede Social

A cooperativa tem a sua sede social em Rua António José Carvalho, Ventura, 3130-200 Soure.

Artigo 5.º

Órgãos Sociais

1 - São órgãos sociais da cooperativa:

- a) A assembleia geral;
- b) O conselho de administração;
- c) O conselho fiscal.

2. - A assembleia geral é o órgão supremo da cooperativa, nela participando todos os cooperadores no pleno uso dos seus direitos, sendo a respetiva mesa composta por presidente e vice-presidente.

3 - O conselho de administração é o órgão de administração e representação da cooperativa, sendo composto pelos seguintes membros efetivos: presidente, vice-presidente, tesoureiro e dois vogais.

4 - O conselho fiscal é o órgão de fiscalização da cooperativa, sendo composto pelos seguintes membros efetivos: presidente e dois vogais.

5 - Na composição de cada um dos órgãos previstos nos números 3 e 4 haverá um número de suplentes idêntico ao número de membros efetivos.

Artigo 6.º

Vinculação cooperativa

A cooperativa fica obrigada com as assinaturas de dois dos membros do conselho de administração, salvo quanto aos atos de mero expediente, em que basta a assinatura de um deles.

Artigo 7.º

Capital Social

1 - O capital social é variável e ilimitado, no montante mínimo inicial de €1.500,00 (mil e quinhentos euros), e é representado por títulos de capital com o valor unitário de cinco euros.

2 - O cooperador obriga-se a subscrever pelo menos 02 títulos de capital no ato da admissão, a realizar.

3 - O capital social poderá ser realizado em dinheiro, bens ou direitos.

Artigo 8.º

Joia

Na admissão de cooperadores, poderá ser exigível o pagamento de uma joia, cujo montante será determinado pelo conselho de administração.

Regulamento interno geral
Cooperativa Deliciosas Diferenças

Artigo 1.º

Concretização do objeto social da Cooperativa

1 - A Deliciosas Diferenças tem como missão criar condições para que cada pessoa com doença ou incapacidade mental, ou em situação de exclusão, possa atingir a sua plenitude como ser humano e social, potenciando a sua individualidade e consolidando a sua participação efetiva na sociedade.

2. A visão da Deliciosas Diferenças é ser uma organização de referência nacional e internacional, dinâmica e dinamizadora, centrada na promoção da qualidade de vida da pessoa com doença ou incapacidade e incapacidades, em parceria ativa com agentes sociais, económicos, culturais e políticos, com vista a promover a valorização das capacidades da pessoa com doença ou incapacidade.

Artigo 2.º

Objetivos

1 - A Deliciosas Diferenças tem por objetivos:

- a) Promover a prevenção da doença ou incapacidade recorrendo a todos os meios que lhe forem possíveis, designadamente informativos e de aconselhamento;
- b) Promover a inserção daqueles seus cooperadores que, de alguma forma padeçam, de algum grau de doença ou incapacidade, no mundo do trabalho, procurando atribuir-lhes pequenas tarefas no âmbito da vida cooperativa, perfeitamente compagináveis e adaptáveis ao seu grau de doença ou incapacidade, para que, por via da integração, estes, e toda a comunidade, alcancem a devida consciencialização e valorização das capacidades da pessoa com doença ou incapacidade;
- c) Pugnar pela irradiação de preconceitos e atitudes de incompreensão ou geradores de situações de marginalização ou exclusão social que porventura se coloquem relativamente à pessoa com doença ou incapacidade.

2 – A Deliciosas Diferenças poderá desenvolver todo o tipo de atividades que de algum modo sirvam os objetivos enunciados.

Artigo 3.º

Política de articulações

A Deliciosas Diferenças privilegia formas atuantes de trabalho em rede e articulação com a comunidade em que se integra, respeitando e promovendo parcerias para acrescentar valor às suas atividades e àquelas desenvolvidas pelos seus parceiros, nomeadamente, Instituto de Segurança Social, I.P., Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Autarquias, Serviços Locais de Saúde e de Educação, outras Organizações não-governamentais, Entidades Patrocinadoras, entre outras.

Artigo 4.º

Espírito de interajuda e solidariedade entre os cooperadores

- 1 – Dos diversos tipos de cooperadores previstos nos estatutos da cooperativa, todos pautarão a sua intervenção na vida cooperativa pela consciência de serem desenvolvidos todos os esforços necessários para a valorização daqueles cooperadores que padecem de algum grau de doença ou incapacidade.
- 2 – A valorização daqueles cooperadores que padecem de algum grau de doença ou incapacidade poderá passar pela atribuição de tarefas, nos termos do art.º 5.º do presente regulamento interno.

Artigo 5.º

Coordenação de tarefas atribuídas a cooperadores

- 1 – A Deliciosas Diferenças vê na atribuição de tarefas, no âmbito da vida cooperativa, àqueles cooperadores que padeçam de algum grau de doença ou incapacidade, uma forma adequada para contribuir para a valorização destes.
- 2 – As tarefas referidas no número anterior devem ser concebidas como tarefas a título de apoio ocupacional, nos termos estipulados pela Portaria n.º 432/2006, de 03 de maio.
- 3 – A atribuição de tais tarefas deve ser enquadrada:
 - a) Nas políticas estratégicas, de qualidade e institucional, definidas em instrumentos de planeamento estratégico previamente aprovadas pelo conselho de administração;
 - b) Numa resposta social, sustentada num enquadramento teórico e metodológico, e centrada nas especificidades da pessoa do cooperante e da sua dignidade;
 - c) Numa atividade específica da cooperativa caracterizada por tarefas, responsabilidades e horários para o cooperante;
 - d) Numa atividade que contribua de forma positiva para o normal funcionamento do dia-a-dia da cooperativa;
 - e) Na colaboração daqueles demais cooperantes, que não padecem de qualquer grau de doença ou incapacidade, por forma a promover um espírito de comunhão e integração entre todos;
- 4 – As tarefas a atribuir não constituirão o exercício de uma atividade profissional, pelo que não poderão ser enquadradas no âmbito de relações juslaborais ou de prestação de serviços.

Artigo 6.º

Não gratuidade das tarefas atribuídas

- 1 – Não obstante o previsto no art.º 5.º, n.º 4, em razão dos objetivos plasmados no art.º 2.º, todos do presente regulamento, as tarefas a título ocupacional que venham a ser atribuídas àqueles cooperantes que padeçam de um grau de doença ou incapacidade não poderão ser caracterizadas pela absoluta gratuidade, antes devendo haver lugar a alguma forma de

compensação monetária, como forma de contribuir para a dignificação dos executores das tarefas.

2 – A compensação monetária prevista no número anterior deverá, sempre que possível, ser enquadrada no âmbito do artigo 10.º, n.º 3 do Decreto-Lei n.º 17/89, de 11 de janeiro, e no art.º 8.º, n.º 4 da Portaria n.º 432/2006, de 03 de maio e, por conseguinte, ser cumulável com quaisquer prestações da segurança social que sejam também auferidas.

Artigo 7.º

Revisão do regulamento interno geral

1 – O presente regulamento pode ser revisto por proposta e deliberação da maioria dos cooperadores, em assembleia-geral expressamente convocada para o efeito.

2 – Situações omissas no presente regulamento serão analisadas e resolvidas pelo conselho de administração de acordo com os estatutos da cooperativa, o Código Cooperativo e demais legislação em vigor.

Anexo B – Pedidos de colaboração

Protocolo de Parceria e Colaboração

Entre, por um lado,

A **Cooperativa de Responsabilidade Limitada, *Deliciosas Diferenças***, com sede na Rua António José Carvalho Ventura, 3130-200 Soure, freguesia e concelho de Soure, distrito de Coimbra, pessoa coletiva 514 503 696, neste ato representada pela Presidente do Conselho de Administração, Carla Maria Moura Andrade, com os respetivos poderes para o ato

E, por outro,

A empresa **Carlos Nunes e Irmãos**, adiante designada por CNI, LDA, com sede *****, freguesia e concelho de *****, distrito de *****, pessoa coletiva *****, neste ato representada pelo *****, *****, com os respetivos poderes para o ato

É celebrado o presente protocolo de parceria e colaboração, que as partes livremente aceitam e se regerá pelas cláusulas seguintes:

Cláusula 1.^a

A Cooperativa *Deliciosas Diferenças* compromete-se a:

- Disponibilizar um espaço, de utilidade pública, que fornece serviços de confeção e venda de produtos alimentares;
- Criar condições para que a pessoa com incapacidade ou doença mental atinjam a plenitude humana e social;
- Promover a qualidade de vida da pessoa com incapacidade ou doença mental, através da sua integração social e laboral;
- Pugar pela irradicação de preconceitos e atitudes de marginalização ou exclusão social da pessoa com incapacidade ou doença mental;
- Promover e contribuir para o desenvolvimento económico do concelho de Soure;
- Colaborar em parceria com agentes sociais, económicos, de saúde e políticos na promoção e na valorização das capacidades da pessoa com incapacidade ou doença mental;

- Promover iniciativas de informação, sensibilização e formação para os cooperadores e comunidade em geral.

Cláusula 2.^a

A CNI compromete-se a:

- Proceder à divulgação da Cooperativa *Deliciosas Diferenças* no tecido empresarial e económico do concelho e outros limítrofes;
- Colaborar na dinamização de iniciativas de informação, sensibilização e formação para cooperadores e comunidade em geral;
- Prestar apoio logístico.

Cláusula 3.^a

O presente protocolo produz efeitos a partir da data em que é assinado, sem limite temporal. Em caso de desejo de rescisão por uma das partes, deverá ser enviado ofício informando o outro outorgante com vinte dias de antecedência.

(Data)

A Presidente do Concelho de Administração da Cooperativa *Deliciosas Diferenças*

(Carla Maria Andrade, Dr.^a)

Presidente da Empresa

(Assinatura)

Protocolo de Parceria e Colaboração

Entre, por um lado,

A **Cooperativa de Responsabilidade Limitada, *Deliciosas Diferenças***, com sede na Rua António José Carvalho Ventura, 3130-200 Soure, freguesia e concelho de Soure, distrito de Coimbra, pessoa coletiva 514 503 696, neste ato representada pela Presidente do Conselho de Administração, Carla Maria Moura Andrade, com os respetivos poderes para o ato

E, por outro,

A empresa **Móveis Tralhão**, adiante designada por Móveis Tralhão, com sede *****, freguesia e concelho de *****, distrito de *****, pessoa coletiva *****, neste ato representada pelo *****, *****, com os respetivos poderes para o ato

É celebrado o presente protocolo de parceria e colaboração, que as partes livremente aceitam e se regerá pelas cláusulas seguintes:

Cláusula 1.^a

A Cooperativa *Deliciosas Diferenças* compromete-se a:

- Disponibilizar um espaço, de utilidade pública, que fornece serviços de confeção e venda de produtos alimentares;
- Criar condições para que a pessoa com incapacidade ou doença mental atinjam a plenitude humana e social;
- Promover a qualidade de vida da pessoa com incapacidade ou doença mental, através da sua integração social e laboral;
- Pugnar pela irradicação de preconceitos e atitudes de marginalização ou exclusão social da pessoa com incapacidade ou doença mental;
- Promover e contribuir para o desenvolvimento económico do concelho de Soure;
- Colaborar em parceria com agentes sociais, económicos, de saúde e políticos na promoção e na valorização das capacidades da pessoa com incapacidade ou doença mental;

- Promover iniciativas de informação, sensibilização e formação para os cooperadores e comunidade em geral.

Cláusula 2.^a

Móveis Tralhão compromete-se a:

- Proceder à divulgação da Cooperativa *Deliciosas Diferenças* no tecido empresarial e económico do concelho e outros limítrofes;
- Colaborar na dinamização de iniciativas de informação, sensibilização e formação para cooperadores e comunidade em geral;
- Prestar apoio logístico.

Cláusula 3.^a

O presente protocolo produz efeitos a partir da data em que é assinado, sem limite temporal. Em caso de desejo de rescisão por uma das partes, deverá ser enviado ofício informando o outro outorgante com vinte dias de antecedência.

(Data)

A Presidente do Concelho de Administração da Cooperativa *Deliciosas Diferenças*

(Carla Maria Andrade, Dr.^a)

Presidente da Empresa

(Assinatura)

Anexo C – Escritura pública de constituição da Cooperativa



ORDEM DOS NOTÁRIOS
PORTUGAL

CARTÓRIO NOTARIAL DE MIRANDA DO CORVO

Notário: Rui Jorge da Fonseca Lopes

CERTIFICO

Que a presente certidão que contém cinco folhas e dez laudas, foi extraída da escritura exarada de folhas cento e trinta a folhas cento e trinta e duas verso do livro de notas para escrituras diversas número oitenta e seis e vai conforme o original.

Miranda do Corvo, 11 de Setembro dois mil e dezassete.

A Colaboradora autorizada pelo Notário deste Cartório

Ana Silva

(Ana Cláudia dos Santos Silva, registo de autorização n.º 198/9 publicado em 02/04/2017)

CONTA REGISTADA SOB O N.º 1744/2017
A

| | |
|-----------|-----|
| RUI JORGE | |
| NOTÁRIO | |
| Livro | 86 |
| Folha | 130 |
| 2 | |

CONSTITUIÇÃO DE COOPERATIVA

-----No dia onze de Setembro de dois mil e dezassete, no Cartório Notarial sito em Miranda do Corvo, perante mim, Rui Jorge da Fonseca Lopes, Notário do mesmo Cartório, compareceram como outorgantes:-----

-----Primeira: **Carla Maria Lameiro Bandeira de Moura Andrade**, casada, natural da freguesia de Coimbra (Sé Velha), concelho de Coimbra, residente no lugar e freguesia de Ribeira de Frades, concelho de Coimbra, titular do cartão de cidadão número 09063155 2 ZY4 válido até 26/06/2019. -----

-----Segunda: **Ana Patricia Lopes Pratas**, casada, natural da freguesia de Brasfemes, concelho de Coimbra, onde reside no lugar sede de freguesia, titular do cartão de cidadão número 12752247 6 ZY8 válido até 13/10/2019. -----

-----Terceira: **Célia Maria Parreira da Costa Sousa Franco**, casada, natural da freguesia de Santa Maria dos Olivais, concelho de Tomar, residente na Rua José Castilho, n.º 21, em Coimbra, titular do cartão de cidadão número 05376089 1 ZY7 válido até 20/11/2018. -----

-----Quarta: **Isaura Lourenço Pereira Alves**, casada, natural da freguesia e concelho de Soure, onde reside no lugar de Casalinhos, titular do cartão de cidadão número 08110258 5 ZZ1 válido até 28/11/2018. -----

-----Quinto: **Paulo de Lima Monteiro**, solteiro, maior, natural da freguesia de Coimbra (Sé Nova), concelho de Coimbra, residente na vila de Soure, titular do cartão de cidadão número 07036525 3 ZZ1 válido até 25/06/2022. -----

-----Sexta: **Maria Manuela Bento de Carvalho**, divorciada, natural da

| |
|----------------------|
| RUI JORGE NOTÁRIO |
| Livro 86 |
| Fls. 131 |

Z/A

1 freguesia e concelho de Leiria, residente na Urbanização Panorama, lote
2 5, 1.º direito, em Coimbra. -----
3 ----- Décima Segunda: **Rute Margarida Pereira de Almeida**, casada,
4 natural da mencionada freguesia de Soure, onde reside na Rua Principal,
5 n.º 49, São José do Pinheiro, titular do cartão de cidadão número
6 11684924 0 ZY7 válido até 27/01/2020. -----
7 ----- Verifiquei a identidade dos outorgantes pela exibição dos
8 documentos de identificação acima referidos, tendo verificado a qualidade
9 em que outorga a décima primeira outorgante e os seus poderes para
10 este acto através de uma procuração, que arquivo.-----
11 ----- **E pelos outorgantes foi dito:** -----
12 ----- Que, conforme o deliberado na assembleia de fundadores realizada
13 no dia vinte de Agosto de dois mil e dezassete, constituem uma
14 cooperativa de responsabilidade limitada, nos termos seguintes: -----
15 ----- a) A cooperativa adopta a denominação "**DELICIOSAS**
16 **DIFERENÇAS, COOPERATIVA DE RESPONSABILIDADE LIMITADA**
17 **CRL**" e tem o NIPC 514.503.696; -----
18 ----- b) A cooperativa tem o capital social mínimo de **mil e quinhentos**
19 **euros**, o qual já se encontra totalmente realizado; -----
20 ----- c) Tem a sua sede na Rua António José Carvalho Ventura, na
21 freguesia e concelho de Soure; -----
22 ----- d) Durará por tempo indeterminado a contar desta data, e o objecto
23 social da sua actividade é: -----
----- A promoção da inserção daqueles que, de alguma forma padeçam,
de algum grau de doença ou incapacidade, no mundo do trabalho,

Mod. 992 - 1p. 11/2010. Livro 24

3/A

| | |
|-----------|-----|
| RUI JORGE | |
| NOTÁRIO | |
| Livro | 86 |
| Fis. | 132 |
| | 12 |

1 ----- Vogal – Sara Margarida Nogueira Batista. -----

2 ----- **Conselho de Administração** -----

3 ----- Presidente – Carla Maria Lameiro Bandeira de Moura Andrade. -----

4 ----- Vice – Presidente – Ana Patrícia Lopes Pratas. -----

5 ----- 1.º Vogal – Paulo de Lima Monteiro. -----

6 ----- 2.º Vogal – Maria Manuela Bento de Carvalho. -----

7 ----- Tesoureira – Isaura Lourenço Pereira Alves. -----

8 ----- Suplente – Catarina Alexandra Oliveira Cordeiro. -----

9 ----- Suplente – Rute Margarida Pereira Almeida. -----

10 ----- **Conselho Fiscal** -----

11 ----- Presidente – Manuel José Flores Ferreira dos Ramos. -----

12 ----- Vice – Presidente/1.º Vogal – Clara Sofia dos Santos Costa. -----

13 ----- Secretário/2.º Vogal – Magda Alexandra Maia Rodrigues. -----

14 ----- Disseram os outorgantes, a décima primeira por si e na invocada

15 qualidade: -----

16 ----- Que aceitam os cargos dos órgãos sociais para os quais foram

17 nomeados (a décima primeira por si e pelo seu representado). -----

18 ----- Assim o disseram, -----

19 ----- Adverti os outorgantes de que deverão requerer o registo deste acto

20 na competente Conservatória do Registo Comercial no prazo de dois

21 meses a contar de hoje. -----

22 ----- **Arquivo:** -----

23 ----- a) Pública-forma da acta da assembleia de fundadores; -----

24 ----- b) O documento complementar referido. -----

Mod. 502 - Tip. Teófilo Lda - 2010

Anexo D – Plano de Negócios

PLANO DE NEGÓCIOS

Índice

1. Sumário Executivo;
2. Histórico das “Deliciosas Diferenças”;
3. Mercado subjacente;
4. A nova ideia e o seu posicionamento no mercado;
5. O projeto/produto/ideia;
6. Gestão e controle do negócio;
7. Investimento necessário;
8. Projeções financeiras.

1 Sumário Executivo

A “Deliciosas Diferenças”, é uma Cooperativa de Responsabilidade Limitada, sediada em Soure, e que desenvolverá a sua atividade no Concelho de Soure, bem como nos Concelhos limítrofes. Esta cooperativa tem como objetivos a produção de doçaria e culinária, como resposta integradora de um serviço de catering, e promoção de eventos, aberto à comunidade. Em simultâneo pauta-se pela promoção e prevenção da doença mental ou incapacidade; promove a inserção sócio-ocupacional dos seus cooperadores, pugnando pela irradicação de preconceitos e atitudes de incompreensão ou geradores de situações de marginalização ou exclusão social em relação à pessoa com doença ou incapacidade. Esta, através da cooperação e entreatajuda dos seus membros, com obediência aos princípios cooperativos, visa sem fins lucrativos, a satisfação das necessidades e aspirações económicas, sociais ou culturais daqueles. Promovendo a sua capacitação e realização pessoal e ocupacional. Acreditamos que a “Deliciosas Diferenças” proporcionará uma nova forma de trabalhar em conjunto e em equipa, pois ”o (...) importante é **envolver-se e descobrir a sua própria maneira de fazer uma diferença positiva no mundo**” (Yunos, 2011, p 56).

2 Histórico das “Deliciosas Diferenças”

Ao longo dos anos, tem-se constatado um aumento progressivo da procura de respostas para pessoas portadoras de doença mental ou incapacidades, cuja funcionalidade se encontra bastante comprometida, ao mesmo tempo que a atual conjuntura política e económica contribui para a diminuição dos apoios sociais. O concelho de Soure, atualmente não possui respostas formais ao nível da saúde mental, assim sendo, a criação de uma Cooperativa de Responsabilidade Limitada “Deliciosas Diferenças”, surge em parceria com a APPACDM de Soure (IPSS que presta apoio à população portadora de deficiência intelectual, incapacidades ou em situação de desvantagem nas áreas da reabilitação, educação e formação profissional), a

Associação Portuguesa de Patologia Dual (APPDA), que garante o apoio técnico, em termos de apoio psiquiátrico e psicossocial, bem como formação para todos os intervenientes, e a Firma de Advogados FaF(Ferreira Ramos e Filomena Girão), que apoiou todo o processo de construção , implementação e apoio jurídico, nas suas mais variadas formas. Todas estas parcerias constituem-se como garante e apoio de retaguarda aos indivíduos portadores de doença mental residentes no concelho. Assim a Deliciosas Diferenças, pauta-se por ser Cooperativa Multissetorial, que vem colmatar um vazio de soluções de reabilitação psicossocial, de modo compatibilizar a vida pessoal e ocupacional, combatendo a situação de carência de recursos económicos e de sentimento de “auto-exclusão” social dos seus cooperantes. Estes encontram-se a usufruir de uma prestação do Estado, (pensões ou reformas) mas possuem ainda muitas competências para desenvolver no que toca à sua capacidade produtiva e ocupacional, constituindo esta uma excelente forma de combater o estigma e o preconceito.

A sua finalidade não é maximizar lucros apenas, mas tem em atenção a quantidade e qualidade do trabalho desenvolvido.

A participação e o envolvimento da comunidade em geral têm como modelo de base uma intervenção de âmbito psicossocial, utilizando técnicas de empowerment, recovery e coping.

Os cooperantes, portadores de doença mental e incapacidades possuem diferentes competências, que vão desde a área da confeção, passando pelo marketing e comunicação, até à limpeza dos equipamentos. A arte de conjugar diferentes saberes e ofícios, permitiu criar a “Deliciosas diferenças”, como forma de combate à pobreza e à exclusão social, pois visa a geração de rendimentos, através da criação de oportunidades de negócios, tendo em vista objetivos de desenvolvimento sustentável.

Como pontos fortes salientamos a vontade de criar algo novo, que não tenha apenas como objetivo a ocupação, por ocupação. Os cooperantes vão usufruir da redistribuição de uma parte dos excedentes, estando conscientes disso desde o início. Não são celebrados acordos de trabalho, e a redistribuição será feita através de controlo de presenças e produtividade, sendo estipulado em regulamento, a forma de redistribuição entre todos. Outro dos aspetos a salientar, é o de que todo o projeto, desde a conceção da ideia, ao desenho da marca, passando pela decoração e até pela construção da cozinha, foi feito através de técnicos especializados (que ofereceram o seu tempo e conhecimento- Carlos Nunes e Irmãos), que trabalharam em conjunto, articulando esforços, saberes e praticas, porque acreditaram no desafio que lhes foi colocado. O próprio equipamento de cozinha assentou na reciclagem de materiais, que nos foi sendo cedido por uma empresa de equipamentos hoteleiros, sem o qual teria sido impossível, dar inicio ao projeto. Acreditamos que a CRL “Deliciosas Diferenças”, vai proporcionar um local agradável de venda, mas também um espaço de convívio, um ponto de encontro, onde se poderão conhecer pessoas diferentes, promovendo a sensibilização para a mudança de atitudes. O

“DNA”, dos seus cooperantes é sustentado por valores como a vontade de vencer, a dedicação, empenho, solidariedade e profissionalismo na qualidade dos seus serviços.

Como ponto fraco, consideramos que o estigma e o preconceito sobre a doença mental, pode dificultar (em alguns casos), a aceitação dos produtos no mercado. Assim a **Missão das Deliciosas Diferenças é “fazer a vida de todos mais doce”**.

3 Mercado

O nosso mercado será inicialmente concelhio, pois os clientes serão pessoas ou grupos, com quem estabelecemos contatos diários. Alargando-se posteriormente aos concelhos limítrofes. Pretendemos criar uma rede de clientes, baseado nas relações de confiança, e nas relações sociais, que vão desde os próprios clientes, colaboradores e dirigentes da APPACDM de Soure, bem como a toda a comunidade envolvente, desde os comerciantes locais, IPSS Concelhias, Centro de Saúde de Soure, Autarquia e junta de freguesia de Soure, entre muitos outros. A “Deliciosas Diferenças”, visa ser um espaço para fortalecer relações, fomentando o capital social e acrescentando valor social ao produto. A nível Internacional pretende estabelecer parceria com uma cooperativa Brasileira denominada “Suricato”.

4 A nova ideia e o seu posicionamento no mercado

A “Deliciosas Diferenças”, marcará no terreno a sua forma de fazer e de agir, diferenciando-se de qualquer pastelaria, restaurante local ou até mesmo empresas de catering. Os produtos serão” caseiros”, elaborados de preferência, com ingredientes adquiridos no mercado local. Pretendemos produzir com a melhor qualidade, tendo em atenção as regras do “fair trade”. É importante a ideia de criação de um produto/ serviço, confeccionado e comercializado por indivíduos, que se encontravam “fora do mercado”, mas que continuam a ser capazes, no seu ritmo, e com o seu modo de estar, de produzir algo, e poderem ser reconhecidos como tal. Este género de produção, que visa não só o lucro, mas a aprendizagem, o espírito cooperativo e solidário, leva-nos a desenvolver não só a ideia de negócio, mas também de esperança num futuro melhor. A importância da rede de relações e contatos estabelecidos (parcerias), levou-nos a acreditar que é possível promover iniciativas empreendedoras. A Deliciosas diferenças, pretende ser uma Cooperativa de responsabilidade limitada, com um compromisso social e político. Pois pretende afirmar-se no mercado como uma marca, mas simultaneamente visa melhorar as condições de vida dos seus cooperantes e colaborar na construção de uma sociedade mais justa, solidária, na criação de novos mercados, tendo em atenção as necessidades da sociedade e do terceiro setor. Assim, estabelecemos como Parceiros, todos os que de uma forma significativa, aceitaram colaborar connosco, passando por elencar:

Parcerias Institucionais:

- APPACDM de Soure (espaço);
- APPD (apoio técnico e supervisão);
- FaF (apoio jurídico e consultadoria);
- Câmara Municipal de Soure;
- Junta de Freguesia de Soure;
- Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra;
- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra;
- ISCAC Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra;
- Carlos Nunes e Irmãos CNI (layout e equipamento);
- Moveis Tralhão (design de interiores);
- Carlos Quase Bom (equipamento);
- Servidor (equipamento informático);
- Serração Nelson.

Parcerias com Fornecedores:

- Novarroz;
- Lugrade;
- Talho Martins

5 O projeto/produto/ideia;

As “Deliciosas diferenças”, estabeleceu como sua visão ser uma organização de referência nacional e internacional, dinâmica e dinamizadora, centrada na promoção da qualidade de vida da pessoa com doença ou incapacidade, em parceria ativa com agentes sociais, económicos e políticos, com vista a promover a valorização das capacidades da pessoa com doença ou incapacidade. Para tal assenta nos seguintes princípios e valores:

- Inovação: Novas combinações de meios produtivos, quer nos produtos quer nos processos.
- Cooperação: Espírito de equipa, participação e envolvimento de todos, corresponsabilidade, desenvolvimento de parcerias.
- Dedicção: Empenhamento e vontade de “vencer” dos cooperantes
- Solidariedade: Responsabilidade pelo bem do outro.
- Transparência: Abertura da Cooperativa para a comunidade envolvente.
- Profissionalismo: Melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados.

Como atividades a desenvolver destacamos:

- Confeção de doces e salgados;
- Serviços de catering (portos de honra, coffee-breaks, almoços, jantares entre outros);
- Realização de eventos;
- Ações de formação e sensibilização para estilos de vida saudáveis;
- Promoção de atividades de formação com o objetivo de desmistificar a doença mental;
- Show-cookings , workshops e degustações;
- Criação de instrumentos facilitadores para criação de uma cultura inclusiva e solidária, através de praticas de benchmarking.
- Participação em feiras e mercados nacionais e internacionais.

Pretendemos adaptar os nossos produtos às necessidades, motivações e interesses dos clientes. O relacionamento com estes pretende-se que seja feito de um modo próximo, através do contato direto.

Como forma de estratégia de comunicação e divulgação, adotamos modelos de comunicação pessoal e não pessoal, adaptadas às necessidades de promoção e venda de produtos. Desde brochuras, panfletos, página do *Facebook*, *Instagram* e *blog*.

6 Gestão e controle do negócio;

6.1. Recursos

6.1.1 Humanos:

A Cooperativa de responsabilidade limitada “Deliciosas Diferenças”, prevê na sua constituição um Técnico que supervisione e coordene toda a atividade da mesma, bem como dinamize as atividades propostas pelos cooperantes. Em termos das atividades de produção, teremos a supervisão de um monitor de cozinha e restauração. Todos os outros recursos humanos serão fruto de protocolos a estabelecer. Toda a dinâmica da Deliciosas Diferenças assentará no trabalho voluntarioso dos cooperantes.

6.1.2 Materiais

6.1.3 Financeiros

7 Investimento necessário;

8 Projeções financeiras.

Plano de negócios

Rendimentos

Prevê-se vendas líquidas no valor de 500€ mensais, no primeiro ano;

Gastos

Prevê-se gastos no valor de 250€ (inclui-se gaz, electricidade, água e matérias primas) mensais

| | Ano n | Ano n+1 | Ano n+2 |
|---|---------------|-----------------|-----------------|
| Rendimentos | 5500 | 6050 | 6655 |
| Gastos | 2750 | 2887,5 | 3031,875 |
| Investimento Máquina registadora e software | 1000 | 0 | 0 |
| | 1750 | 3162,5 | 3623,125 |
| IRC a entregar ao estado | 0,25 | 0,25 | 0,25 |
| | 437,5 | 790,625 | 905,7813 |
| Lucro Líquido | 1312,5 | 2371,875 | 2717,344 |

Consideramos 11 meses de funcionamento, admitimos que encerramos um mês de Férias.

APÊNDICES

Apêndice A – Guiões de entrevista semiestruturados



INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Entrevista semi-estruturada – utilizada para o estudo/análise de motivos, percepções e condutas das pessoas

Esta entrevista tem como objectivo a recolha de dados para uma investigação no âmbito da dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, cujo tema é: Construção Participativa de Respostas Sociais Inovadoras na Área da Saúde Mental: Uma Exigência e Um Desafio. Cooperativa “Deliciosas Diferenças”.

Pretende-se com esta entrevista um estreito relacionamento entre entrevistador e entrevistado, no sentido de contribuir para um melhor conhecimento dos três tipos de cooperantes e do modo como estes vivenciam o seu papel na Cooperativa de Responsabilidade Limitada (CRL), “Deliciosas Diferenças”.

As respostas são anónimas e confidenciais, sendo o seu uso exclusivamente para a realização do trabalho de investigação.

Guião de entrevista – Cooperantes de produção

| Entrevistado | | | |
|---|---------|---|---|
| Entrevistador | | | |
| Data | | Local | |
| Étapas | Duração | Objetivos | Indicadores e questões orientadoras |
| Apresentação | 3 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar o entrevistador; ✓ Explicar o objetivo da entrevista e a forma de registo das respostas (gravador); ✓ Solicitar a colaboração e referir a importância de um contributo sincero; ✓ Garantir a confidencialidade da entrevista. | |
| Caracterização do entrevistado | 10 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obter dados de caracterização sociodemográfica do entrevistado; ✓ Conhecer a trajetória de vida pessoal do entrevistado. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Idade; 2. Estado civil; 3. Naturalidade; 4. Residência atual; 5. Habilitações literárias; 6. Percorso profissional; |
| Doença mental e patologia dual – tema 1 | 20 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entender a trajetória de vida enquanto doente e o respetivo acompanhamento institucional; ✓ Perceber a situação biopsicossocial do entrevistado; ✓ Percecionar o tipo de modelo de intervenção; | <ol style="list-style-type: none"> 1. Atual situação de saúde (doença do foro psiquiátrico); 2. Quando foi diagnosticado; 3. Número de internamentos; 4. Percorso institucional; 5. Dificuldades sentidas em aderir aos internamentos; 6. Profissionais que acompanham o caso; 7. Adesão de familiares e conhecidos no acompanhamento do processo. |

| | | | |
|--|--------|---|--|
| | | | 8. Início do acompanhamento do caso por parte da APPACDM de Soure. |
| Deliciosas diferenças cooperativa – tema 2 | 20 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracterizar as motivações dos cooperantes de produção; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar as características do processo de adesão e a percepção a nível pessoal e a nível profissional; ✓ Compreender a Cooperativa como resposta de combate à falta de recursos e exclusão social; ✓ Caracterizar as competências dos cooperantes de produção; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Compreender o envolvimento na Cooperativa; ✓ Caracterizar as emoções dos cooperantes de produção; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contributos e expectativas pessoais para o desenvolvimento da Cooperativa. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Quais são as suas motivações para fazer parte da equipa de cooperantes de produção da Cooperativa? (Participação, níveis de cooperação). 2. Quais as dificuldades que sentiu para a sua integração na Cooperativa? 3. Como considera o seu relacionamento com os restantes cooperantes? 4. Que competências considera que pode contribuir? 5. Considera que as suas competências pessoais, sociais e laborais são valorizadas? 6. Descreva como se sente relativamente ao trabalho que desenvolve na Cooperativa? 7. O que considera que a “Deliciosas Diferenças” traga de novo para a sua vida, isto é, que expectativas? |
| Encerramento | 2 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Esclarecer dúvidas sobre a entrevista realizada; ✓ Possibilitar que o entrevistado acrescente algo relevante; ✓ Agradecer a colaboração. | |

Guião de entrevista – Cooperantes orgânicos

| Entrevistado | | | |
|--|---------|---|---|
| Entrevistador | | | |
| Data | | Local | |
| Étapas | Duração | Objetivos | Indicadores e questões orientadoras |
| Apresentação | 3 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar o entrevistador; ✓ Explicar o objetivo da entrevista e a forma de registo das respostas (gravador); ✓ Solicitar a colaboração e referir a importância de um contributo sincero; ✓ Garantir a confidencialidade da entrevista. | |
| Caracterização do entrevistado | 10 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obter dados de caracterização sociodemográfica do entrevistado; ✓ Conhecer a trajetória de vida profissional do entrevistado. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Idade; 2. Estado civil; 3. Naturalidade; 4. Residência atual; 5. Habilitações literárias; 6. Percurso profissional; |
| Deliciosas diferenças cooperativa – tema 2 | 20 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracterizar as motivações dos cooperantes não orgânicos; ✓ Identificar as características do processo de adesão e o impacto sentido a nível social dos cooperantes de produção; ✓ Identificar as características do processo de adesão e o impacto sentido a nível | <ol style="list-style-type: none"> 1. Quais são as suas motivações para fazer parte da equipa de cooperantes da Cooperativa? 2. O que considera vir a ser o seu contributo para um melhor funcionamento, gestão e resultados da Cooperativa? 3. O que considera que a “Deliciosas Diferenças” traga de novo para a vida dos cooperantes de produção, isto é, que expectativas? |

| | | | |
|--------------|-------|---|--|
| | | <p>peçoal e a nível profissional dos cooperantes não orgânicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracterizar as competências esperadas dos cooperantes de produção; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Combate à falta de recursos e exclusão social; ✓ Compreender o envolvimento na Cooperativa; ✓ Contributos e expectativas pessoais para o desenvolvimento da Cooperativa. | |
| Encerramento | 2 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Esclarecer dúvidas sobre a entrevista realizada; ✓ Possibilitar que o entrevistado acrescente algo relevante; ✓ Agradecer a colaboração. | |

Guião de entrevista – Cooperantes não orgânicos

| Entrevistado | | | |
|--|---------|---|---|
| Entrevistador | | | |
| Data | | Local | |
| Étapas | Duração | Objetivos | Indicadores e questões orientadoras |
| Apresentação | 3 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar o entrevistador; ✓ Explicar o objetivo da entrevista e a forma de registo das respostas (gravador); ✓ Solicitar a colaboração e referir a importância de um contributo sincero; ✓ Garantir a confidencialidade da entrevista. | |
| Caracterização do entrevistado | 10 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obter dados de caracterização sociodemográfica do entrevistado; ✓ Conhecer a trajetória de vida profissional do entrevistado. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Idade; 2. Estado civil; 3. Naturalidade; 4. Residência atual; 5. Habilitações literárias; 6. Percurso profissional; |
| Deliciosas diferenças cooperativa – tema 1 | 20 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracterizar as motivações dos cooperantes orgânicos; ✓ Identificar as características do processo de adesão e o impacto sentido a nível social dos cooperantes de produção; ✓ Identificar as características do processo de adesão e o impacto sentido a nível | <ol style="list-style-type: none"> 1. Quais são as suas motivações para fazer parte da equipa de cooperantes da Cooperativa? 2. O que considera vir a ser o seu contributo para um melhor funcionamento, gestão e resultados da Cooperativa? 3. O que considera que a “Deliciosas Diferenças” traga de novo para a vida dos cooperantes de produção, isto é, que expectativas? |

| | | | |
|--------------|-------|--|--|
| | | <p>pessoal e a nível profissional dos cooperantes orgânicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracterizar as competências esperadas dos cooperantes de produção; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Combate à falta de recursos e exclusão social; ✓ Compreender o envolvimento na Cooperativa; ✓ Contributos e expectativas pessoais para o desenvolvimento da Cooperativa. | |
| Encerramento | 2 min | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Esclarecer dúvidas sobre a entrevista realizada; ✓ Possibilitar que o entrevistado acrescente algo relevante; ✓ Agradecer a colaboração. | |

Apêndice B – Declaração de consentimento de utilização e recolha de dados
CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Construção Participativa de Respostas Sociais Inovadoras na Área da Saúde Mental: Uma Exigência e Um Desafio. Cooperativa “Deliciosas Diferenças”.

Enquadramento: Esta pesquisa insere-se no âmbito da dissertação do Mestrado de Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo da Faculdade de Economia e Faculdade Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. O estudo tem como objetivo geral conceitualizar e contextualizar o processo de desinstitucionalização de pessoas portadoras de doença mental grave, face à falta de respostas sociais na comunidade.

Explicação do estudo: O estudo tem como objeto a análise os procedimentos utilizados e as dinâmicas associadas à construção de um projeto de vida que passa pela co-construção de uma Cooperativa Multisectorial. Os procedimentos a estudar percorrem todo o processo de ação, sua monitorização e avaliação, quer individualmente, quer em grupo, e o seu contributo para a diminuição da vulnerabilidade, aumento de poder e das capacidades dos cooperantes, na tomada de decisões, favorecimento das ações e de concretização de resultados.

Para a recolha de dados, a proposta metodológica da pesquisa terá três etapas:

- Pesquisa bibliográfica e documental
- Conversa/entrevista com os idealizadores e responsáveis do projeto;
- Entrevista aos cooperantes
- Observação das dinâmicas de trabalho

Voluntariedade: A participação no estudo é de carácter unicamente voluntário. Está garantido o direito de, em qualquer altura, recusar participar do mesmo sem qualquer tipo de consequências. É garantida a confidencialidade das respostas, o gravador serve apenas para facilitar o trabalho de transcrição posterior. Depois de transcritas, as gravações serão destruídas. As transcrições serão submetidas à análise de conteúdo com garantia de anonimato.

Assinatura do investigador:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado: uma via para o investigador, outra para a pessoa que consente.