

**iscte**

**SOCIOLOGIA  
E POLÍTICAS PÚBLICAS**

---

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**Serviço Social e Saúde Mental: A Prática Profissional do Assistente  
Social na Saúde Mental em Contexto Hospitalar**

**Carla Cristina Monteiro Teixeira Fortes**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Professora Doutora Helena Belchior-Rocha, Professora Auxiliar, ISCTE

Outubro, 2020

# iscte

SOCIOLOGIA  
E POLÍTICAS PÚBLICAS

---

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

## Serviço Social e Saúde Mental: A Prática Profissional do Assistente Social na Saúde Mental em Contexto Hospitalar

Carla Cristina Monteiro Teixeira Fortes

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Professora Doutora Helena Belchior-Rocha, Professora Auxiliar, ISCTE

Outubro, 2020



## AGRADECIMENTOS

Escrever um trabalho académico e não só, é ao mesmo tempo uma tarefa árdua e incrível, com momentos de euforia, reflexão, desânimo e desespero, sendo muitas vezes, um ato solitário. No entanto, para a construção das ideias, é necessário um ato coletivo. Por isso, gostaria de deixar o meu agradecimento às pessoas, que deram o seu contributo para a realização deste trabalho.

A começar pelo meu tesouro mais precioso, minha filha **ZELISA FORTES**, por todo amor, carinho, dedicação, por ajudar e por partilhar comigo momentos de alegria, mas, principalmente por suportar as minhas ausências, tristeza, desânimo, angústia e que de alguma forma e do seu jeito ajudou a concretizar esse projeto.

Á minha mãe **GRACIETE MONTEIRO**, pelo apoio, pelo encorajamento e por acreditar nas minhas capacidades e sobretudo pelos sacrifícios realizados no sentido da realização de mais um objetivo.

Á minha professora, Doutora **HELENA BELCHIOR ROCHA**, orientadora desta dissertação, pela transmissão de conhecimentos, pelo apoio científico, reforço positivo, confiança, compreensão, pelas orientações e a disponibilidade demonstrada ao longo deste trabalho e por todas as suas sábias palavras nos momentos em que andava mais à deriva.

Ao meu querido tio **ROSILDO** que sempre demonstrou carinho e afeição por mim e que me ajudou dando incentivo para concluir esta caminhada.

Ás minhas melhores amigas **CVETLANA TAVARES** e **LISITA CRUZ** que, mesmo estando longe, nunca deixaram de me incentivar, principalmente nas horas mais difíceis.

Á minha colega de profissão **DULCELENA PINA**, pela sua preciosa disponibilidade e colaboração em determinadas fases deste processo.

Ao Instituto Universitário de Lisboa pela oportunidade de ingressar no curso e em especial a todos os professores do Instituto que fizeram parte deste processo, pelo compromisso assumido, pelo interesse e desempenho de todas as tarefas que se disponibilizaram.

Agradeço aos Assistentes Sociais que voluntariamente participaram nesta investigação contribuindo para a conclusão desta etapa académica e á todos os que não referi, mas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a finalização da tese.

**OBRIGADA.**

## RESUMO

A presente dissertação surge no âmbito do Mestrado em Serviço Social no Instituto Universitário de Lisboa e consiste num estudo sobre o "Serviço Social e Saúde Mental: A prática Profissional do assistente social na Saúde Mental em contexto hospitalar", tendo como objetivo, analisar e compreender o processo de intervenção dos assistentes sociais nas pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias e perceber as diferenças e similitudes entre Portugal e Cabo Verde no âmbito da Saúde Mental em contexto hospitalar.

Entende-se a pertinência do tema, uma vez que, verifica-se que os problemas relacionados com a saúde mental tem um impacto significativo nas sociedades, levantando a hipótese de se reflectir sobre as políticas de saúde mental, as intervenções que são realizadas, partindo do princípio que, a intervenção junto de uma pessoa com doença mental é um desafio não só para o doente e sua família, mas também, para os profissionais que actuam na área, sendo neste caso os assistentes sociais em contexto hospitalar.

Para a presente investigação foi utilizada uma metodologia qualitativa, atendendo os objectivos traçados, onde, foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre o tema, trazendo os principais autores de referência como Iamamoto (2009), Fazenda (2008) e Bisneto (2007). Na sequência foram recolhidos os dados através de entrevistas a assistentes sociais que desempenham funções na área da Saúde Mental em contexto hospitalar, em Portugal e Cabo Verde.

Os resultados obtidos permitiram conhecer o processo de intervenção dos assistentes sociais na saúde mental em contexto hospitalar e perceber que os mesmos possuem especificidades próprias nas suas intervenções, como a promoção, a defesa e a garantia dos direitos sociais dos doentes mentais, bem como, dos seus familiares. Verificamos que apesar dos avanços e dos esforços em termos de políticas públicas de saúde mental, ainda existem necessidades a nível de respostas que vão ao encontro as necessidades dos doentes mentais, trazendo limitações nas intervenções por parte dos profissionais.

**Palavras-Chave:** Serviço Social, Saúde Mental, Reintegração Social, Família, Assistente Social

## ABSTRACT

The present dissertation appears in the scope of the Master's Degree in Social Work at ISCTE-University Institute of Lisbon and consists on a study of "Social Work and Mental Health: The Professional Practice of Social Workers in Mental Health in hospital context", with the objective of analyzing and understand the intervention process of Social Workers with people with mental health problems and their families and understand the differences and similarities between Portugal and Cape Verde in the frame work of Mental Health in hospital context.

The pertinence of the theme is understood, since it appears that the problems related to mental health have a significant impact on societies, raising the possibility of reflecting on mental health policies and the interventions that are carried out, starting from the principle that, the intervention with a person with mental illness is a challenge not only for the patient and his family, but also for the professionals who work in the area, being in this case Social Workers in hospital context.

For the present research, a qualitative methodology was used, meeting the outlined objectives, where bibliographical research on the theme was carried out, bringing the main reference authors such as Iamamoto (2009), Fazenda (2008) and Bisneto (2007). Subsequently, data were collected through interviews with social workers who work in the field of Mental Health in hospital context, in Portugal and Cape Verde.

The results obtained allowed to know the intervention process of social workers in mental health in a hospital context and realize that they have their own specificities in their interventions, such as the promotion, defense and guarantee of the social rights of the mentally ill, as well as family members. We found that despite the advances and efforts in terms of public mental health policies, there are still needs in terms of responses that meet the needs of the mentally ill, causing limitations in the interventions made by these professionals.

**Keywords:** Social Work, Mental Health, Social Reintegration, Family, Social Worker

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>i</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I- SAÚDE MENTAL, DOENÇA MENTAL POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE MENTAL, POLÍTICAS SOCIAIS DE INCLUSÃO .....</b>	<b>5</b>
1.1. Saúde Mental e Doença Mental – Conceptualização.....	5
1.2- Saúde Mental e Sociedade - Percurso Histórico e Estigma.....	8
1.3- Políticas de Saúde Mental - Portugal e Cabo Verde.....	12
1.4- Determinantes Sociais da Saúde Mental .....	21
<b>CAPÍTULO II- SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA, REDES DE SUPORTE SOCIAL .</b>	<b>23</b>
2.1- O Serviço Social na Saúde Mental .....	23
2.2- Objetivos e Competências do Serviço Social na Saúde Mental .....	30
2.3- A Família e os Portadores de Saúde Mental .....	34
2.4- A Reinserção Social dos Portadores de Saúde Mental .....	38
2.5- Suporte Social e as Redes Sociais na Saúde Mental.....	40
<b>CAPÍTULO III- METODOLOGIA.....</b>	<b>44</b>
3.1- Método Científico - Problemática da Investigação .....	44
3.2- Universo e Amostra .....	48
3.3- Técnicas de Recolha e Tratamento e Análise dos dados .....	51
3.4- Limitações do Estudo.....	54
<b>CAPÍTULO IV- PRÁTICAS DE SERVIÇO SOCIAL .....</b>	<b>55</b>
4.1- Análise e Interpretação dos dados .....	55

4.2- Discussão dos Resultados .....	71
4.3- Formação dos Assistentes Sociais para Saúde Mental .....	84
4.4- Competências Transversais na área da Saúde Mental .....	86
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>1</b>
<b>ANEXO 1-</b> Guião de Entrevista.....	2
<b>ANEXO 2-</b> Modelo de Consentimento Informado.....	5
<b>ANEXO 3-</b> Grelha de Análise de Conteúdo (categorias) .....	6
<b>ANEXO 4-</b> Determinantes Sociais da Saúde Mental .....	7

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes .....	49
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AASCV** - Associação dos Assistentes Sociais de Cabo Verde

**CNDH** - Comissão Nacional dos Direitos Humanos

**CO** - Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal

**CNSM** - Coordenação Nacional para a Saúde Mental

**CM** - Camaras Municipais

**CS** - Centros de Saúde

**CV** - Cruz Vermelha

**CE** - Centros de emprego

**DGSS**- Direção Feral de Solidariedade Social

**IFSW** - Federação Internacional de Assistentes Sociais

**IASSW** - Associação Internacional de Escolas de Serviço Social

**ICIEG** - Instituto Cabo-verdiano de Igualdade e Equidade de Género

**ICCA**- Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente

**ONG** - Organização Não Governamental

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PNSM** - Plano Nacional de Saúde Mental

**PENSM** - Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental de Cabo Verde

**PNSA - APSS**- Associação Nacional dos profissionais de Serviço Social

**MSSS** - Ministério de Saúde e da Segurança Social

## INTRODUÇÃO

A prática profissional na área da Saúde Mental, configura-se de forma diversificada no que diz respeito ao campo de atuação de diversas profissões, onde, desmistifica-la ainda é uma missão desafiadora, para os portadores de transtorno mental, para os profissionais que atuam na área e para a sociedade em geral. Por isso, torna-se essencial que haja uma atuação conjunta, dialogada entre os diversos saberes de forma interdisciplinar no processo de intervenção.

O Serviço Social é uma categoria profissional fundamental nesse processo de intervenção, sendo uma mais valia a sua integração nas equipas multiprofissionais, atendendo ao seu saber interventivo nas múltiplas expressões da questão social existentes na sociedade.

Segundo Bisneto (2007), a inserção do profissional do Serviço Social na área da saúde mental aconteceu em paralelo ao movimento de Reforma Psiquiátrica, no qual, abriu um campo propício para o Serviço Social na saúde mental, devido à sua formação social e política.

A Reforma Psiquiátrica surgiu por meio da luta pelos direitos das pessoas portadores de transtornos mentais, que eram alvos de preconceitos e diferenças, trazendo uma mudança de paradigma na atenção em saúde mental, principalmente na desconstrução do antigo modelo psiquiátrico. Trouxe uma perspectiva de construir uma sociedade mais justa e igualitária para os doentes mentais, permitindo a promoção da liberdade, da autonomia e da reinserção social dos mesmos na sociedade (Mota, Rodrigues, 2019).

Contudo, apesar dos avanços conseguidos no modelo de atenção à saúde mental, há alguns aspetos que devem ser trabalhados, uma vez que, ainda persiste a questão do estigma, exclusão social, entre outros em relação aos portadores de transtorno mental, exigindo assim, novas perspectivas e mais esforços por parte dos profissionais de saúde, com ajuda dos recursos, das redes de suporte social e através das parcerias com várias entidades direcionadas para a problemática da saúde mental, no sentido de melhorar a qualidade de vida e promover a reintegração social e profissional dos doentes.

Diante deste contexto, segundo as autoras Mota e Rodrigues (2019), compreende-se que o profissional do Serviço Social, deve atuar na saúde mental, tendo em conta o seu projeto ético e político e por ser um profissional capacitado para intervenção nas expressões da questão social, através do seu trabalho de articulação com diversas redes sociais, contribuindo assim para a promoção da autonomia e reinserção social dos doentes mentais no seu meio social.

Para Rosa (2008), o Serviço Social direciona a sua ação no sentido de fortalecer a rede social e os indivíduos em grupo, permitindo melhorar os serviços e oferecer uma assistência integral. Essa assistência vai permitir que os doentes mentais e suas famílias usem a rede e os serviços como um recurso de assistência em saúde.

A saúde mental é vista como um campo de conhecimento bastante vasto e com vários significados, por envolver o estado mental dos sujeitos e das coletividades e apresentam condições complexas. Por isso, entender este campo requer uma transversalidade de saberes e conhecimentos de diversos campos, onde, é preciso reconhecer a importância da interdisciplinaridade, permitindo a ligação de diversas visões e perspectivas.

Segundo Bisneto (2007), na área da saúde mental o assistente social apresenta-se como parte essencial na equipa, desempenhando um papel fundamental, na intervenção desta problemática, percebendo e promovendo a mudança social atendendo às limitações que a própria doença carrega consigo, mediante a aprendizagem de novas competências.

Deste modo, refletir sobre a intervenção do Serviço Social bem como sobre o seu contributo junto às demais áreas do saber dentro da área da saúde mental em ambiente hospitalar, é fundamental, atendendo às várias demandas colocadas aos profissionais, às próprias políticas públicas existentes, aos novos paradigmas, novos serviços e aos novos processos de trabalho para todos os profissionais da saúde mental e particularmente para os assistentes sociais que trabalham de forma a reduzir as barreiras que os doentes mentais enfrentam promovendo assim a integração dos mesmos, seja no seio familiar, no emprego, nos grupos de lazer e na sociedade em geral.

Sendo assim, atendendo a pertinência do tema, pelos desafios que impõe, este trabalho objetiva analisar a prática profissional do assistente social na área de saúde mental

a partir da percepção dos profissionais em ambiente hospitalar numa perspetiva de contribuir para uma reflexão mais aprofundada de uma problemática ainda muito vigente na sociedade atual.

Nesse contexto, surgiu a seguinte questão de partida: Que especificidades têm o Serviço Social na intervenção das pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias?

Teve como objetivo geral analisar e compreender o processo de intervenção dos assistentes sociais nas pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias e perceber as diferenças e similitudes entre Portugal e Cabo Verde no âmbito da Saúde Mental em contexto hospitalar.

Os objetivos específicos centraram-se em identificar as políticas públicas e sociais que suportam a intervenção do/a assistente social junto das pessoas com problemas mentais e suas famílias, conhecer e caracterizar os recursos utilizados nas respostas ao sujeito com problemas de saúde mental, pelo Serviço Social em contexto hospitalar, identificar as respostas ao nível das organizações na área de saúde mental, conhecer os métodos e técnicas utilizadas pelo assistente social na sua intervenção e por fim identificar e conhecer os limites e condições institucionais que fragilizam/fortalecem a autonomia do assistente social dentro da instituição.

Para um entendimento mais profundo sobre a problemática da saúde mental e entender de forma mais clara a contribuição do Serviço Social no campo da saúde mental, o trabalho foi dividido em quatro capítulos.

No primeiro capítulo foi feito um enquadramento teórico englobando os principais conceitos associados à temática de investigação, dando importância aos aspetos históricos da questão da saúde mental na sociedade em geral e no caso específico de Portugal e Cabo Verde. Também foram abordadas as Políticas da Saúde Mental, com destaque aos movimentos da reforma psiquiátrica que trouxeram grandes avanços nas práticas em Saúde Mental com grandes melhorias para os doentes e suas famílias e falou-se sobre as determinantes sociais da saúde mental.

No segundo capítulo focou-se no Serviço Social na Saúde Mental com base em teorias que sustentam a sua intervenção, bem como os seus objetivos e competências na área. Para além disso, foi abordado a questão da família, a reinserção social dos portadores

de saúde mental e as redes de suporte social.

Em seguida, no terceiro capítulo trouxemos o especto metodológico da pesquisa, apresentando o campo empírico, o método científico, o universo e a amostra, as técnicas de recolha e tratamento dos dados, bem como as limitações do estudo.

No quarto capítulo, abordamos a prática de Serviço Social na área da saúde mental, onde procedemos com a análise e interpretação dos dados recolhidos como respostas à questão levantada e aos objetivos traçados, a discussão dos resultados, a formação dos assistentes sociais para Saúde Mental e as competências transversais na área da Saúde Mental.

Por fim, apresentamos as conclusões, as referências bibliográficas que deram suporte e orientação no desenvolvimento desta investigação, bem como, os anexos.

## **CAPÍTULO I- SAÚDE MENTAL, DOENÇA MENTAL POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE MENTAL, POLÍTICAS SOCIAIS DE INCLUSÃO**

### **1.1. Saúde Mental e Doença Mental – Conceptualização**

A história da saúde e da doença é, desde os tempos mais longínquos, uma história de construções e de significados. Tanto a saúde como a doença afectam as pessoas como um todo, na sua individualidade e na sua relação com os outros e meio envolvente, sendo indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos e das sociedades.

Na perspectiva de Alves (2001), o conceito da saúde e da doença foram construídas pela sociedade, através das interações humanas.

Segundo o Relatório Mundial da OMS (2001), a saúde "não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social" (OMS, 2001: 30). De acordo com o relatório, é importante compreender que há relação entre os conceitos de saúde física e social e saúde mental, sendo a saúde mental indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países. A própria OMS, legitima a relevância da Saúde Mental, desde a sua origem, onde, a define como um estado de bem-estar subjectivo que permite que o indivíduo acredite nas suas capacidades de comunicação e de relacionamento interpessoal, aumentando as suas habilidades na vida pessoal e social, bem como, autonomia de superar desafios, com uma auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa, ajustando os seus comportamentos á realidade (OMS, 2001).

Para Comissão das Comunidades Europeias (2005), a Saúde Mental de uma pessoa permite que ela tenha capacidade intelectual e emocional e de integração nos diversos espaços sociais. Segundo a mesma, o estado mental de cada indivíduo é determinado por vários fatores, desde biológicos (genética e género), individuais (antecedentes pessoais), familiares e sociais (enquadramento social), económicos e ambientais (estatuto social e condição de vida).

A saúde mental de uma pessoa resulta do seu pleno desenvolvimento no meio a qual está inserida, levando em conta os fatores de diversa natureza, como biológica, psicológica, social, cultural e ecológica. Ter Saúde mental, é estar apto para estabelecer relações

coerentes com os outros, participar de forma produtiva na comunidade inserida e sociedade geral e resolver os conflitos internos. O seu significado vai para além da ausência da doença ou perturbação mental ou de mudança de comportamento (Sequeira, 2006).

De acordo com a Canadian Federation of Mental Health Nurses (2009), saúde mental configura a capacidade de sentir, pensar e agir que permita enfrentar e avaliar os desafios e problemas, ter auto-compreensão, relacionar-se com os outros atores sociais, respondendo às solicitações do meio envolvente, prosseguir com os objetivos e interesses, explorar opções e tomar decisões.

Para Fazenda (2008), é importante explorar o conceito de saúde mental, atendendo a forte carga pejorativa e aos mitos associados à doença mental, herança de muitos séculos e ainda enraizada.

Em relação à doença mental, podemos dizer que o seu conceito é complexo, no qual, sofreu algumas transformações ao longo da história, por envolver perturbações que afetam níveis como emocional, psicológica e social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), caracteriza a Doença Mental como uma desordem no comportamento, pensamento e relacionamento com outros. O bem-estar mental ou a saúde mental é a capacidade de um indivíduo conseguir adaptar-se a situações de *stress* do dia-a-dia tendo uma vida produtiva e com atividades que contribuam para a comunidade ou sociedade onde está inserido (OMS, 2001).

Segundo Pereira (2013), a doença mental desde sempre despertou atenção por parte das pessoas no mundo todo, onde, se procurou compreender as mudanças de comportamento humano entendidos como fora dos padrões considerados como normais pelas sociedades, levando assim ao longo da história várias leituras que permitiram entender o seu significado, com base em explicações que vai desde o carácter pré-científicos, metafísicos à mágico-religiosos.

Spadini e Souza (2006), acrescentam que o conceito de doença mental era muito mais restrito comparando aos dias de hoje, limitando-se aos aspetos estritamente exteriores da loucura.

Besteiro et al. (2003, p. 38), afirma que:

A doença mental é um sofrimento humano, concreto e imenso. Pode-se manifestar em níveis distintos de gravidade, (...) no desenvolvimento das suas capacidades e na relação com o seu círculo envolvente (Besteiro et al, 2003, pag.38).

De acordo com Fazenda (2008), a doença mental abrange um conjunto de perturbações que afectam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, de uma pessoa e que se manifesta em determinado momento ao longo da sua vida.

Para Jara (2002), a doença mental é uma doença de foro psicológico, em que os sintomas mentais se manifestam, na maioria das vezes através de comportamentos, actos e inibições ou falta de habilidade, manifestando-se na vida do indivíduo, influenciando nas suas relações com outros e com o mundo.

A doença mental apresenta conceitos complexos historicamente influenciados por contextos sócio-políticos e pela evolução de práticas em saúde. Verifica-se em muitas das definições que não existe uma incapacidade por parte da pessoa, mas sim uma alteração com a manifestação da perturbação mental, que pode atingir vários graus de gravidade, provocando o desajuste de comportamentos que é resultado da doença e não uma condição inicial.

Alves (2001: 25), traz a explicação da doença mental baseada em três perspectivas, a da causalidade orgânica, a da causalidade psicológica e da causalidade social. A doença mental á luz da causalidade orgânica refere-se aos factores biológicos como alterações ou perturbações inerentes ao próprio organismo, manifestando-se através de comportamentos ou atitudes vistos como desadequadas, e sem motivo claro e admissível (Alves, 2001). Na perspectiva da causalidade psicológica a doença é percebida através de factores individuais, como sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos, ou seja, todos os aspectos psicológicos de cada pessoa relacionando-os com a sua própria história de vida (Alves, 2001). Na da causalidade social, a doença mental é vista com base nos factores sociais, onde, os agentes sociais exercem um papel importante na explicação do surgimento e na evolução da doença mental. Nesta perspectiva são considerados os aspectos económicos, culturais e o papel que os indivíduos desempenham em todas as dimensões da sua vida, tais como, familiar, escolar, afectiva, laboral, lazer, etc (Alves, 2001).

Contudo, no entender da autora, a análise da doença mental, não deve recair unicamente numa destas perspetivas, uma vez que, não permite avaliar a situação sob outros pontos de vista, acabando por negligenciar outros fatores da doença. A mesma, acredita que a doença mental desencadeia um desequilíbrio que afeta não apenas uma parte do indivíduo, mas o seu todo, produzindo uma alteração na vida da pessoa e afetando o desenvolvimento das suas capacidades e a sua relação com o meio envolvente.

Podemos considerar com base nas definições, que a incapacidade de uma pessoa surge através da alteração provocada pelo aparecimento da perturbação mental, alteração essa, que pode variar em graus de gravidade. Sendo assim, o desajuste de comportamentos pode ser do resultado da doença e não uma condição inicial.

## **1.2- Saúde Mental e Sociedade - Percurso Histórico e Estigma**

No decorrer da história da civilização sempre existiram diferentes atitudes e respostas sociais à loucura, desde a exclusão social, ao encarceramento e à abordagem na comunidade (Fazenda, 2008).

Segundo Gleitman (2002), em tempos remotos, a loucura não se constituiu como uma figura coerente, envolvia mistérios, não havia uma perspetiva única sobre o seu conceito e não havia também um entendimento uniforme quanto ao tratamento das pessoas cujas condutas fugiam à "normalidade". Eram usados métodos desde buracos nos crânios dos doentes por acreditarem ser um caminho físico de fuga, músicas como técnica de acalmar os doentes, banhos gelados ou de água a ferver, privação de alimentos e torturas.

Na análise de Foucault (1987), a doença mental foi, ao longo dos séculos, compreendida com recurso a várias interpretações, desde sinal de sabedoria, capacidade de comunicar com os espíritos, influências de forças estranhas, entre muitos outros como referido anteriormente. O autor considerou como facto inquestionável que, a loucura esteve sujeita, mais de que qualquer doença, às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses económicos e à história.

Para Ménéchal (2002), na Idade Média a doença mental era entendida como algo sobrenatural, algo mágico e religioso, onde, as pessoas que apresentavam comportamentos considerados anormais, eram vistas como transgressoras de normas sociais, da desordem, e

tratadas com métodos mágicos/religiosos e muitas das vezes eram queimadas na praça pública. O doente era estigmatizado, isolado, com perda da sua cidadania, dos seus direitos, sofrendo preconceitos e sendo segregada da sociedade, onde, enfrentava diversas barreiras tanto a nível da sua integração nos grupos sociais como de lazer e na família.

O estigma da doença mental é um fator antigo e complexo, cujo o conceito origina de diversos campos de conhecimentos, como sociologia, psicologia e psiquiatria. Apesar de não haver um significado consensual, não resta dúvidas sobre o seu impacto na vida dos portadores de doença mental, como perda de oportunidades, de autoestima e autoconceito, qualidade de vida, suporte social e empoderamento e constitui uma barreira no desempenho dos papéis sociais por parte dos doentes mentais (Xavier et al., 2013).

Segundo Fazenda (2008), o estigma associado à doença mental refere-se à discriminação negativa do indivíduo com transtorno mental, com origem nos estereótipos e preconceitos que existem na sociedade. Já na perspectiva de Ménéchal (2002), o conceito de estigma refere-se a uma qualidade negativa que era atribuída ao indivíduo na sua interação com a sociedade em virtude de um defeito ou de uma diferença, fazendo com que o mesmo seja excluído socialmente.

O estigma é um fenómeno que interfere no tratamento da doença mental, com impacto na adesão terapêutica, onde, abrange não só o paciente, mas também a sua família, as instituições psiquiátricas, os medicamentos e demais terapêuticas, tornando-se um grande obstáculo na procura de cuidados de saúde, no tratamento, na recuperação e reabilitação do doente (Oliveira e Azevedo, 2014).

Para Foucault (1987), com o avanço da Idade Média o estigma sobre a loucura foi tornando-se cada vez mais visível, onde a atitude da sociedade face á mesma neste período histórico se caracterizava pela exclusão.

De acordo Ménéchal (2002:16), o renascimento traz um outro olhar sobre o fenómeno da loucura, com o reconhecimento da influência orgânica, psicológica e mágica sobre o corpo. Mas foi na era do Iluminismo que a doença passou a ser explicada de forma mais racional, onde, a loucura perde a força no mundo dos aspetos sobrenaturais ou divinas e ganha outra forma de tratamento. Ainda, de acordo com este pensamento, apesar dessa mudança, os doentes continuaram a ser excluídos da sociedade sendo muitas vezes

maltratados e acabavam por morrer por falta de cuidados.

O século XVIII traz uma nova abordagem sobre o saber psiquiátrico, onde, a loucura passa a ser vista como uma doença. Contudo, até antes do final desse século, não havia um interesse específico, por parte da medicina em entender os comportamentos dos considerados “loucos”. É só no século XIX, que a loucura passa a ser considerada como uma doença, um problema de saúde que devia ser estudada e curada (Ménéchal, 2002).

Junto à Revolução Francesa veio a revolução psiquiátrica com Tuke na Inglaterra, Riel na Alemanha e, sobretudo com o médico francês Philippe Pinel, que trouxe uma nova abordagem sobre as doenças psíquicas fazendo com que os internados deixassem de ser prisioneiros, mas sim doentes que precisavam de tratamento médico. Mas, apesar dessa nova abordagem, mantinha-se a exclusão e o isolamento do doente, onde, o espaço asilar e a disciplina rígida eram considerados elementos importantes no tratamento (Ménéchal, 2002).

Segundo Fazenda (2008), a abordagem apresentada pelo médico francês Philippe Pinel, começou a receber críticas, principalmente, pelo carácter fechado da instituição psiquiátrica, ou seja, começou-se a questionar o facto de os doentes ficarem enclausurados e em espaços semelhantes a uma prisão. Daí, a cura desejada por Pinel não foi alcançada e as instituições se transformaram em locais de depósito, abandono e exclusão das pessoas às quais a sociedade não apresentava propostas ou alternativas para inclusão dos mesmos.

Na perspectiva de Fazenda (2008), a institucionalização começou também a ser vista como um problema, pela separação dos doentes da família e comunidade, pela perda da individualidade e da identidade, pela deterioração das condições de vida, pela rutura dos laços familiares e sociais, pela negligência e o abandono, no qual, desencadeavam o fenómeno de exclusão social e uma possível cronificação do quadro clínico, ou seja, questionavam-se as condições de vida dos doentes mentais, o agravamento dos seus quadros clínicos e a responsabilidade dos médicos na manutenção dessa situação.

Como consequência, surge o movimento de desinstitucionalização, mais concretamente nos EUA, cujo objetivo era melhorar as condições de vida dos doentes mentais. Com a desinstitucionalização houve o encerramento dos hospitais e criação de centros de saúde mental na comunidade e unidades de psiquiatria nos hospitais gerais. Os

doentes mentais passaram a ser tratados sem a separação das suas famílias e da comunidade e os internamentos com uma duração limitada, ou seja, apenas para estabilizar o quadro clínico agudo, determinar o plano terapêutico e orientações para um posterior seguimento no ambulatório (Fazenda, 2008).

O século XX é marcado por diversos movimentos da revolução psiquiátrica. A Psiquiatria Social desenvolve-se sobretudo a partir da Segunda Guerra Mundial, através das Comunidades Terapêuticas, Psicoterapia Institucional e da Psiquiatria Comunitária e de Higiene Mental (Alves, 2001).

O movimento designado Higiene Mental (proposto por Berris, W. Clifford, 1998), veio propor mudanças significativas com base na psiquiatria comunitária, através de trabalho em redes com cuidados diferenciados, como consulta externa, hospital de dia, internamento com tempo limitado, unidades de reabilitação e integração no serviço nacional de saúde e os serviços de saúde mental integrados nos hospitais gerais e centros de saúde, continuidade de cuidados e articulação com os serviços da comunidade. Também identifica a necessidade de reforçar e estabelecer redes de suporte social e parcerias com outros serviços que apresentam recursos diferentes, promoção e a reabilitação psicossocial dos doentes, integração social e o apoio às famílias, bem como a participação dos utentes e familiares no planeamento e avaliação dos serviços (Fazenda, 2008).

Na intervenção comunitária na área da saúde mental a prevenção, tratamento e reabilitação das doenças psíquicas deixa de ser vista apenas como uma responsabilidade do próprio indivíduo e da sua família e passa a ser também da responsabilidade da comunidade. A partir dessa nova conceção da psiquiatria, os hospitais psiquiátricos passam a ser substituídos pelos centros comunitários de saúde mental de fácil acesso aos utentes, permitindo responder às suas necessidades, através de um tratamento num contexto sócio familiar, promovendo assim a sua integração social.

Segundo Alves (2001), de forma sucinta pode-se destacar três acontecimentos determinantes na evolução da história da psiquiatria, começando pelo século XVIII onde Pinel, em França reconhece o direito ao tratamento dos doentes mentais; nos anos 50 com a introdução de psicofármacos e nos anos 60 onde com a transição da psiquiatria tradicional curativa para a psiquiatria preventiva.

### **1.3- Políticas de Saúde Mental - Portugal e Cabo Verde**

Em Portugal, houve avanços significativos na área da saúde mental no sentido de proporcionar o acesso universal á saúde e reforçar os serviços de assistência aos doentes mentais. Embora com alguns atrasos científicos e sociais, as Políticas de Saúde Mental tiveram em atenção a intervenção no hospital e depois na comunidade. A evolução das Políticas de Saúde Mental foi marcada por dois grandes períodos, o período da psiquiatria nos grandes hospitais e o período da desinstitucionalização (Alves, 2001).

O final do século XIX é marcado pela revolução da psiquiatria em Portugal, com a nova forma de ver a loucura, não só como uma doença mental, como pela constatação da necessidade de existir lugares apropriados para o seu tratamento. Assiste-se à construção dos primeiros hospitais para doentes mentais e em simultâneo surge o reconhecimento científico da Psiquiatria enquanto ciência médica (Alves, 2001).

De acordo com Barahona (1984), podemos contextualizar o processo da prestação de cuidados de saúde mental em Portugal em alguns períodos importantes.

O primeiro período caracteriza-se pela construção do Hospital de Rilhafoles em 1848, semelhante aos asilos que existiam pela Europa, manifestado pela conceção dualista da doença mental, onde, por um lado a doença mental era atribuída às causas orgânicas e por outro ás causas morais. Posteriormente em 1883, seguindo os mesmos princípios, foi fundado no Porto, o Hospital dos Alienados (o Hospital Conde de Ferreira), que acolhiam pessoas com comportamentos desviantes, os ditos doentes mentais. Em 1889 surge a primeira Lei de assistência psiquiátrica conhecida como Lei Sena, que previa a construção de mais hospitais, de enfermarias psiquiátricas nas prisões para responder às necessidades da população dada a incapacidade dos hospitais existentes, a realização de mais exames médicos e a criação de fundos de beneficência que apoiassem esta causa.

No ano de 1911 é criado o ensino oficial de Psiquiatria em Lisboa (no Manicómio Bombarda, antigo Hospital de Rilhafoles), no Porto (no Hospital Conde Ferreira) e em Coimbra (no Hospital da Universidade de Coimbra). Durante este período tentou-se introduzir novas ideias para a organização dos hospitais e tratamento dos doentes, como a extinção de medidas repressivas, janelas sem grades, entre outras. Em 1942 é inaugurado o Hospital Júlio de Matos, considerado um marco importante na psiquiatria em Portugal ao

tentar introduzir uma postura e atitude diferente perante a doença mental, com início às terapêuticas biológicas e outras psicoterapias, abolição das medidas repressivas, dando tónica na comunicação, e em 1883, seguindo os mesmos princípios, foi fundado no Porto, o Hospital dos Alienados (o Hospital Conde de Ferreira), que acolhiam pessoas com comportamentos desviantes, os ditos doentes mentais. O ano de 1945 é o período da primeira grande reforma da assistência psiquiátrica com a publicação da Lei n.º 2006 e a criação do Manicómio de Sena e em 1946 é inaugurado o Hospital Sobral Cid.

Em 1953 foi criada o centro de assistência psiquiátrica da zona Norte e 1955 dá-se o início da psicologia médica nas faculdades de medicina e criação de serviços de psiquiatria nos hospitais universitários. Já em 1958 surge o Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP) com funções de coordenação nacional que tinha como objetivos a ação profilática, a ação terapêutica e a ação pedagógica sobre os distúrbios mentais, a orientação e a fiscalização de iniciativas particulares.

Na década de 60 e 70, com o surgimento e o progresso dos psicofármacos, houve mudanças no tratamento das doenças psíquicas, onde, o doente passa a ser tratado e controlado sem ser internado, abolindo principalmente o recurso da contenção física. A década de 80 ficou marcada pela aproximação da psiquiatria à comunidade, através da desinstitucionalização com a ligação entre a saúde mental e os cuidados na atenção primária. O Decreto-Lei nº74 de 1984 veio reorganizar o Serviço Nacional de Saúde, onde, foram criadas duas Direções Gerais, a Direção dos Hospitais e a Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Em 1985, é criada a Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental que se integra na Direção Geral de Cuidados de Saúde Primários (Marques, 2002).

A nível de enquadramento legal, Portugal tem desde 1963 uma Lei de Saúde Mental (Lei nº 2118, 3 de abril), no qual manteve-se em vigor durante muito tempo, com princípios de assistência psiquiátrica baseados nos cuidados na comunidade com criação de centros comunitários de saúde mental, permitindo o fácil acesso aos cuidados de saúde, sem discriminação, e com a participação da comunidade onde insere o doente mental. Também veio regular o internamento e tratamento dos doentes mentais.

A Lei nº 2118 de 03 de abril de 1963, propunha uma inovação na área da saúde

mental, com criação de centros de saúde em todas as capitais de distrito do país, com uma visão de uma psiquiatria mais próxima da comunidade. Contudo, os princípios do novo modelo proposto não foram alcançados na sua íntegra com a prevalência dos internamentos dos doentes graves nos hospitais psiquiátricos, uma vez que, na sua maioria, os centros dispunham apenas de tratamento ambulatorio. No entanto, acreditando que a mesma já estava totalmente desadequada, é nomeada uma Comissão para o Estudo da Saúde Mental, a fim de propor um novo modelo para o sector. Assim, em 1996 cria-se o grupo de trabalho para a revisão da Lei de Saúde Mental e em 1997 a Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (Matos, 2013).

Em 1998 é então aprovada a nova Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98 de 24 de julho) e o Decreto-Lei que a regulamenta (nº 35/99, de 5 de fevereiro), com bases na política de saúde mental comunitária, definindo os direitos dos utentes e regulamentando o internamento compulsivo. Essa nova lei veio consagrar alguns princípios fundamentais da política de saúde mental, como o tratamento diversificado que possibilitasse uma reabilitação psicossocial em articulação com as organizações sociais comunitárias, como estruturas residenciais, centros de dia e unidade de treino e reinserção profissional, em que a prestação de cuidados seria assegurada por uma equipa multidisciplinar, ou seja, propunha que os cuidados de Saúde Mental fossem prestados num meio menos restrito possível (Palha, Costa, 2015).

Em 1999, através do decreto-lei nº 35/99 de 5 de fevereiro, é definida a organização da prestação de cuidados de saúde mental e regulamentado o Conselho Nacional de Saúde Mental e as competências dos hospitais psiquiátricos (Antunes, 2013). A descentralização dos serviços teve um impacto positivo, na acessibilidade e qualidade dos serviços prestados e possibilitou uma maior proximidade das respostas aos indivíduos. No entanto, apesar dos avanços registados, a rede de serviços não cobria todo território nacional (CNSM, 2008).

Em 2001, surge o relatório sobre a saúde no mundo da OMS, com o intuito de facilitar uma nova forma de compreender as doenças psíquicas, com recomendações exequíveis ao tratamento dos doentes e a atenção aos mesmos. São apresentadas dez recomendações, nomeadamente, tratamento em cuidados primários, disponibilizar medicamentos psicotrópicos, proporcionar atenção na comunidade, educar o público;

envolver as comunidades, as famílias e os utentes, estabelecer políticas, programas e legislação nacionais, preparar recursos humanos, estabelecer vínculos com outros sectores; monitorizar a saúde mental na comunidade e apoiar mais a pesquisa (OMS, 2001).

Em 2004, através da Direção Geral da Saúde, é publicado um documento intitulado de “Rede de referenciação de psiquiatria e saúde mental”, no qual, propunha-se a diminuição dos hospitais psiquiátricos, reduzindo a sua capacidade de lotação, o seu encerramento ou a sua substituição em espaços comunitários, com outras áreas de saúde ou sociais, e fazendo referência também pela existência de apenas um hospital psiquiátrico nas áreas geográficas (Norte, Centro e Sul) e criação de novos serviços (Palha, Costa, 2015).

No ano de 2005, inicia a preparação de um livro verde pela Comissão das Comunidades Europeias “Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia”, propondo a criação de uma estratégia comunitária para a área da saúde mental. O seu objetivo era trazer a tona o debate sobre o papel determinante que a saúde mental tem para comunidade europeia e a necessidade de preparar uma estratégia comunitária junto às instituições europeias, os governos, os profissionais de saúde, outros interessados dos demais sectores, a sociedade civil e a comunidade científica (Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, 2005).

Em 2008, o diploma dos cuidados continuados integrados de saúde mental foi um dos mecanismos legais visto como essencial para a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM 2007-2016), da coordenação nacional para a saúde mental, com objetivos a alcançar, trazendo uma Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (PNSM 2007-2016).

O Plano Estratégico para a Saúde Mental chama a atenção para os problemas das perturbações mentais, não só pela sua natureza, como também pela sua complexidade e características próprias, com propostas que garantem a melhoria da qualidade de vida dos portadores de doença mental e minimizar o seu peso social.

Um dos grandes objetivos da implementação do Plano, era identificar estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental, promover a saúde mental da população e delinear um plano estratégico adequado. O mesmo veio orientar os organismos que trabalham na saúde mental, contribuindo não só para bom funcionamento destes, como

também para o bem-estar dos utentes durante o período que estavam inseridos nos mesmos. Conduziu para uma nova forma de intervenção com os doentes mentais, dando prioridade às intervenções comunitárias em detrimento dos internamentos e consequentemente trazendo mais esperança aos grupos mais vulneráveis da sociedade (Palha, Costa, 2015).

Entretanto, apesar das ações desenvolvidas e das evoluções registadas, consta-se que Portugal não se encontra no mesmo patamar em relação aos outros países europeus. Isto, deve-se a vários fatores, nomeadamente, insucesso na aplicação das medidas propostas, falta de voz ativa dos pacientes e dos familiares, assimetria na distribuição dos recursos financeiros e humanos em termos de regiões, insuficiências nos serviços de saúde mental a nível de acessibilidade, equidade e qualidade dos serviços etc. (Antunes, 2013).

Em 2009, através do Decreto-Lei nº 304/2009 houve uma revisão e atualização do Decreto-Lei nº 35/99. Em 2010, com a publicação do Decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, criou-se um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, dirigidos às pessoas com doença mental grave, nomeadamente “equipas de apoio domiciliário”, “unidades sócio ocupacionais” e “unidades residenciais” com diferentes níveis de intervenção e de intensidade (Palha, Costa, 2015).

Em 2011, a Portaria nº 149/2011, regulamenta a coordenação e funcionamento dos cuidados continuados integrados de saúde mental. No entanto, em 2012, foi publicado o documento “Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental”, pelo Programa Nacional para a saúde Mental, trazendo referência a diminuição dos doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos, ao encerramento do mais antigo hospital psiquiátrico do país. Foi lançada “as bases dos cuidados continuados de saúde mental” e “criados os primeiros serviços e programas residenciais neste sector” (Palha, Costa, 2015).

Na perspetiva de Matos (2013), existem em Portugal poucas unidades de serviços, comunitários, limitando-se, ao internamento, à consulta externa e ao hospital de dia. A falta recursos técnicos nas equipas de saúde mental, têm influenciado nas respostas sociais aos doentes mentais e suas famílias.

Em Cabo Verde, o sistema de saúde conheceu uma evolução positiva em vários domínios, tendo passado por três fases distintas, sendo a fase colonial portuguesa de 1460 a 1975, fase pós independência e de regime de partido único (1975-1990) e fase da

liberalização do sector da saúde com o advento da democracia em 1991 e introdução do sistema misto ou seja público e privado. No campo da saúde mental, os cuidados no setor até à Independência Nacional, resumiam-se, por uma assistência do tipo asilar, sem qualquer enquadramento de pessoal qualificado. A Saúde Mental no país começou a ser abordada no período pós-independência, em 1975 com uma atenção voltada para psiquiatria a nível nacional, através da criação do Serviço de Psiquiatria, a única existente até então, com um tipo diferente de assistência aos doentes mentais (Gomes, 2008).

No Serviço de Psiquiatria criado, denominado anteriormente de 5ª Enfermaria, eram internados os doentes mentais e seguidos de forma regular pelo clínico geral, outrora pelo enfermeiro, com supervisão de especialistas, através de deslocações periódicas e programadas, garantindo assim o diagnóstico claro dos casos novos e/ou difíceis, bem como a conduta a adoptarem (Faustino, 2010).

A Saúde Mental em Cabo Verde, durante muitos anos não foi considerada como um problema prioritário de Saúde Pública. Com auxílio da cooperação internacional, médicos e outros profissionais de saúde, tentaram descentralizar e integrar a Saúde Mental na rede básica de saúde no qual vinha sendo construída. Nos anos 80, através da proposta de um Programa Nacional de Saúde, conseguiu-se um atendimento um pouco descentralizado e um seguimento regular dos doentes mentais, embora com algumas dificuldades, nomeadamente em termos de recursos humanos, materiais e financeiros (Ferreira, 2014).

A descentralização do atendimento dos utentes, iniciou-se com base numa proposta da psiquiatria comunitária, mas, não foi possível concretizá-la, tendo acontecido apenas uma transferência em termos físico do serviço da psiquiatria do Hospital Central da Praia-Hospital Dr. Agostinho Neto para outra localidade. O Centro de Psiquiatria Comunitária mais tarde designado de Serviço de Psiquiatria-Extensão Trindade, foi construído no âmbito do projeto de Desenvolvimento Sanitário do Governo com a cooperação do Banco do Desenvolvimento Africano, onde, apesar da sua construção ter sido concluída entre 1989/1990, só entrou em funcionamento em 2003 (PENSM, 2009-2013).

O Serviço de Psiquiatria-Extensão Trindade foi e ainda é, o serviço de referência para as patologias de foro mental em todo o território nacional, recebendo doentes das diversas ilhas do país. O mesmo goza de algumas facilidades pelas especialidades que

apresenta, nomeadamente consulta de psiquiatria e psicologia clínica, psicoterapia, terapia ocupacional, atendimento social, entre outros, mas também alguns constrangimentos, como o isolamento dos demais departamentos e a capacidade de dar respostas às necessidades do país, em termos de leitos. Em termos dos serviços disponibilizados, o Serviço de Psiquiatria, situado na Extensão Trindade tem uma unidade de internamento com 40 leitos, um ambulatório de Psiquiatria e de Psicologia Clínica e Atendimento Social. Funciona também grupos de ajuda mútua, como o grupo terapêutico de alcoólatras anónimos e grupos de família dos doentes mentais semanalmente, dirigidos por psicólogos e Assistente social.

Em Cabo Verde, existem os Hospitais Regionais que são estruturas de saúde direcionadas para os cuidados secundários nas ilhas onde não há Hospitais Centrais, no qual têm um papel estratégico na atenção da Saúde Mental.

Do ponto de vista de prestação de cuidados de Saúde Mental, além da Extensão Trindade, que é o serviço de referência, existe o Centro de Terapia Ocupacional da R<sup>a</sup> de Vinha em S. Vicente, a enfermaria de crise do departamento de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa, em S. Vicente, o Serviço de Saúde Mental do Hospital Regional da Ribeira Grande, o Serviço de Psiquiatria no Hospital Regional Santiago Norte, na ilha de Santiago e no Hospital Regional de São Filipe na ilha do Fogo. Entretanto, em caso de necessidade, os doentes ficam em observação até o encaminhamento para os Hospitais Centrais (PENSM, 2009-2013).

Em relação aos Cuidados de Saúde Mental nos Cuidados Primários, Cabo Verde tem uma rede de cuidados primários bem descentralizada, tendo todos os Concelhos do país um ou mais Centros de Saúde e Postos Sanitários que dão assistência a todos os utentes, incluindo os com problema de saúde mental, garantindo assim o atendimento da população de uma determinada área geográfica. Além dos serviços de Saúde, existem outras instituições que atuam em áreas de interesse para a Saúde Mental, como a Comissão de Coordenação e Combate a Droga, que tutela a Granja de São Filipe que é um espaço de tratamento para a recuperação dos toxicodependentes e a Comissão Nacional dos Direitos Humanos. Outros sectores com serviços desconcentrados como o ICIEG, o ICCA, a DGSS e Serviços Sociais das Câmaras Municipais (PENSM, 2009-2013).

Em termos de legislação, ainda não existe uma específica sobre a Saúde Mental, porém, existem algumas medidas de protecção e controlo ligadas aos direitos humanos, à protecção das pessoas vulneráveis, ao controlo das substâncias psicoactivas, entre vários outros. Em termos de fiscalização e regulamentação nota-se algumas deficiências (PENSM, 2009-2013).

O país tem um Programa de Saúde Mental desde 1988, com orientações que permitem o acesso ao tratamento psiquiátrico, com ações de sensibilização e prevenção das doenças mentais e com propostas de formar e sensibilizar profissionais da atenção primária de saúde e todos os outros que atuam na prevenção e deteção precoce dos transtornos mentais. Cabo Verde tem uma Política Nacional de Saúde desde 2006, com objetivo de responder, adequadamente às necessidades e às expectativas dos utentes que procuram o serviço da saúde (PENSM, 2009-2013).

Através dessa Política, surge o Plano Estratégico para a Saúde Mental, considerado um instrumento fundamental para a programação de atividades de atenção à Saúde Mental integrada nas restantes atividades de Saúde, realçando a necessária atenção transversal às perturbações mentais, pela sua natureza subjetiva, contextual e pela sua complexidade e características próprias, propondo medidas para garantir a melhoria da qualidade de vida dos portadores de doença mental e minimizar o seu peso social (PENSM, 2009-2013).

O Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (PESM), foi elaborado com o objetivo de garantir o acesso aos cuidados de saúde mental, colocando-a como uma prioridade em Cabo Verde e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental. O plano trouxe diretrizes não só para reforçar os cuidados aos níveis secundário e terciário, mas sobretudo, para assegurar a sua real integração na atenção primária, considerado necessário para consecução dos objetivos estipulados no plano (PENSM, 2009-2013).

Com o Plano Nacional de Saúde desenvolvido em 2007-2020, foi proposta a elaboração de uma Política Nacional de Saúde, permitindo responder adequadamente às expectativas da população nos serviços e cuidados a prestar com estratégias a longo prazo. Em relação a saúde mental, o PNS estabeleceu algumas diretrizes até o ano de 2020, como, garantir o igual acesso aos cuidados de saúde mental, integrar os cuidados essenciais de

atenção primária e atividades de promoção da saúde mental, incluir a participação da família e da comunidade, trabalhar na prevenção, diagnóstico precoce e garantia do tratamento, garantir através do nível central do programa de saúde mental, a coordenação, supervisão e apoio técnico aos outros níveis, de uma forma regular e programada (PENSM, 2009-2013).

Até a presente data, a Saúde Mental em Cabo Verde encontra-se quase na mesma situação, uma vez que, desde a aprovação do Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental houve poucas mudanças na área, nomeadamente com relação ao atendimento, a formação dos profissionais, ao acesso dos cuidados na atenção primária e a prevenção e promoção da saúde mental (Ferreira, 2014).

Contudo, pode-se identificar algumas acções como, capacitação de clínicos gerais e enfermeiros na área, e aumento de requisição de especialistas na área, através da cooperação com outros países, principalmente a Cuba, permitindo que os cuidados de saúde mental sejam prestados de forma descentralizada.

Segundo Ferreira (2014), apesar dos avanços, ainda há em Cabo Verde, inexistência de serviços formais de saúde mental na comunidade, tais como serviços de reabilitação como centros de saúde mental com ambulatório, hospital de dia, grupos de apoio, oficinas protegidas e programas de emprego apoiado. Também não há serviços de crise, serviços terapêuticos residenciais supervisionados e serviços de saúde domiciliar que oferecem oportunidades para as pessoas com perturbações mentais graves, poderem continuar a viver na comunidade e promover a integração social.

Em termo de políticas, percebemos que, em ambos os países existem intervenções e diretrizes em direção á reabilitação psicossocial e desinstitucionalização dos doentes mentais, objetivando proporcionar autonomia e liberdade dos mesmos, nos vários espaços sociais. Não obstante ás suas particularidades históricas, sociais e econômicas, ambos os países passaram por evoluções e retrocessos nas políticas de saúde e de saúde mental, com impacto nas respostas sociais aos portadores de transtornos mentais.

#### **1.4- Determinantes Sociais da Saúde Mental**

O conhecimento das determinantes sociais da Saúde Mental é extremamente importante, na medida em que, permite a formulação de políticas numa perspectiva de Saúde Pública, contribuindo assim para melhorar a saúde mental da população. Refletir sobre as determinantes sociais da Saúde Mental é alertar para a necessidade de desenvolvimento de estratégias sociais da Saúde Mental e da Prevenção da Doença.

Nos últimos tempos, têm sido feitas algumas abordagens sobre o tema, como por parte da OMS (2001), dando fortes evidências na sua colaboração no processo de políticas da Saúde, contribuindo para melhorar a Saúde Mental pública e reduzir a carga global da doença. De acordo com a literatura, como o estudo apresentado pelos autores Buss e Filho (2007), o modelo das determinantes sociais da saúde proposto pelos autores Dahlgren e Whitehead (1991) e adoptado pela OMS, e a conferência mundial sobre as determinantes sociais da saúde (2011) representado por 194 países membros da OMS, é possível identificar múltiplas determinantes da saúde mental, com génese associada às várias dimensões da pessoa, nomeadamente, biológicas, psicológicas, socioeconómicas, ambientais, culturais, étnicos/raciais e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus factores de risco na população (PNSA-APSS, 2016).

Os vários estudos conduzidos sobre as determinantes sociais, como o relatório apresentado pela Comissão da OMS sobre determinantes sociais da saúde, o estudo de Marmot (2003), e em vários países com um nível de desenvolvimento diferente, como EUA, Rússia e Cuba têm mostrado que grande parte das determinantes da Saúde Mental é muito comum (Alves e Rodrigues, 2010).

Elas contribuem para garantir o acesso universal aos serviços de saúde apropriados, e traz a possibilidade de implementar programas destinados á promoção da saúde mental e conseqüentemente a sua prevenção, uma vez que, além de incentivar e apoiar a investigação no âmbito do desenvolvimento de tratamentos eficazes, é preciso esclarecer as suas determinantes e avaliar a prestação de cuidados pelos serviços de saúde (Alves e Rodrigues, 2010).

As evidências sobre as determinantes sociais fortalecem o interesse de promover e de distribuir de forma equitativa os recursos existentes e assegurar melhores cuidados de

saúde na sociedade, incluindo a proteção dos direitos dos doentes mentais graves institucionalizados (Alves e Rodrigues, 2010).

Podemos identificar múltiplas determinantes da saúde mental, com origem em várias dimensões da vida da pessoa, como biológicas psicológicas, comportamentais, socioeconómicas, ambientais e culturais, onde, alguns destacam-se pelos seus efeitos negativos e pelo tempo duradouro que possuem. Deste modo, realçamos algumas determinantes sociais na saúde mental, tais como: Biológica, Psicológica, Comportamental, Emprego, Educação, Pobreza, habitação, Urbanização, Discriminação Sexual e Violencia de genero (Ver Anexo ).

Segundo Alves e Rodrigues (2010), fatores como estilos de vida saudáveis, fatores de risco para as perturbações mentais e comportamentais, como meio familiar instável, situações de pobreza, injustiças sociais, podem ser alvos de intervenções rápidas e eficazes quando se conhecem as determinantes sociais da Saúde Mental.

De acordo com o que foi referido anteriormente o peso das determinantes sociais na saúde e na saúde mental é percecionado a vários níveis, desde as características individuais, como idade, sexo, comportamento de grupo e estilo de vida às redes comunitárias de apoio que contribuem para coesão social e às condições de vida, como a educação, emprego, habitação que dependem de fatores económicos, políticos e culturais.

Assim, a reflexão sobre a importância das determinantes sociais da Saúde Mental permite um desenvolvimento de sistemas de saúde que incluam estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença, bem como os fatores que num determinado contexto, influenciam a manifestação da doença.

## **CAPÍTULO II- SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA, REDES DE SUPORTE SOCIAL**

### **2.1- O Serviço Social na Saúde Mental**

O Serviço Social é entendido como disciplina académica e uma profissão de intervenção, de carácter sociopolítico e crítico, que promove o combate às desigualdades e injustiças sociais, no qual, fundamenta sua luta na coesão social, no empoderamento, na mudança social, no respeito pela diversidade e principalmente na defesa dos direitos e igualdade de todos na sociedade. O mesmo responde aos desafios sociais, promovendo a integração do indivíduo na comunidade e no seu meio social, com objetivo de melhorar o bem-estar social do indivíduo e de sua família (IFSW, IASSW, 2014, cit. in APSS, 2018).

A intervenção do Serviço Social também se baseia no combate à exclusão social em que alguns grupos específicos da sociedade estão submetidos em situação de vulnerabilidade social, promovendo a inclusão e coesão social, mantendo assim a estabilidade social (IFSW, IASSW, 2014, cit. in APSS, 2018).

No âmbito da sua história existiram vários contextos e diferentes períodos sociais, económicos, políticos e ideológicos que contribuíram para sua origem, evolução e sua (re) definição. A sua trajetória foi marcada pela diversidade, complexidade, de acordo com diferentes perspetivas e significados em relação à profissão, onde, as alterações registadas no modo de olhar o mundo e o papel do homem na condução do seu destino, decorrentes das revoluções científica e capitalista, teve, de acordo com Martins (1999), implicações no seu processo enquanto profissão.

Segundo Guerra (2001), o Serviço Social emergiu com base no assistencialismo, onde, o Estado foi confrontado com as necessidades sociais que foram surgindo e daí a necessidade de intervenção, juntamente com a igreja. Inicialmente as funções começaram-se a ser executadas por voluntários, com ênfase nas mulheres da burguesia, mas, rapidamente houve a necessidade de a transformar numa profissão. Esta necessidade surgiu devido ao aumento dos problemas sociais, onde, sentiu-se a necessidade de criar um Serviço Social que tivesse uma estrutura científica.

Para Martinelli (2009), a origem do Serviço Social como profissão tem como marca

o capitalismo, num período demarcado pela intensidade e extensão da questão social que demandou mecanismos de intervenção económicos, políticos e sociais. Se constituiu e institucionalizou-se como profissão na sociedade devido a intervenção do estado com o suporte da Igreja Católica no enfrentamento e regulação da questão social.

Segundo Iamamoto (2001), a partir da década de 60 do século XX, o Serviço Social passa a ser encarado como um processo orientado politicamente, mas como crítico do sistema capitalista que assentava na exploração e dominação dos indivíduos e num conjunto de expressões de desigualdades sociais passando a haver uma relação antagónica entre as classes. Tornou-se assim um aliado dos movimentos sociais que lutavam contra a pobreza e a discriminação social, voltando para as classes populares.

A institucionalização do Serviço Social inicia-se por volta de 1897, com a proposta de *Mary Richmond* de criar a Escola de Filantropia Aplicada, e também pelo reconhecimento a nível político de que existiam grandes desigualdades sociais que necessitavam de uma intervenção. Este fenómeno da institucionalização das escolas de Serviço Social, que se iniciou em Inglaterra, estendeu-se rapidamente aos mais diversos países, como por exemplo, os Estados Unidos da América, Espanha e Bélgica (Mouro, 2001).

Desde a sua institucionalização até a formação, o Serviço Social focava-se, essencialmente, na formação de profissionais interventores e não investigadores, tendência que segundo Martins (1995), foi-se alterando na sequência da mudança dos planos de estudo, que despoletou o reconhecimento da Licenciatura em Serviço Social, nos anos 80 do século XX, e que atribui significativa relevância à qualificação teórica e metodológica.

Para Guerra (2001), a herança intelectual da profissão foi marcada pela influência da doutrina social da Igreja, pelo conservadorismo europeu, pelas teorias funcionalistas, pragmáticas e empiristas. Essas influências permitem constatar que a profissão é produto de um acordo teórico-político-doutrinário.

Percebemos que ao longo da História do Serviço Social que várias perspetivas, os conhecimentos e valores foram influenciando, complementando e substituindo. Começou por ser encarada como uma forma de caridade por uma parte da população para se transformar numa necessidade para a totalidade da população.

Em Portugal o Serviço Social emergiu num contexto ditatorial, associado ao autoritarismo e desenvolvido por instituições de âmbito religioso, caritativo e assistencialista e não num contexto democrático na concretização de direitos, civis, políticos e sociais. Essa emergência decorreu do movimento de construção do Serviço Social no mundo como uma forma de ação e controlo sobre os “pobres” com o fim de melhorar as condições de vida dos mesmos (Martins, 1999).

A institucionalização da formação e da profissão do Serviço Social iniciou-se com a criação de escolas de Serviço Social na década de trinta a quarenta do século XX. A primeira escola do Serviço Social em Lisboa esteve articulada ao congresso da União Nacional, onde foi discutido o projeto político ideológico chamado de Estado Novo (Marques, Mouro, 2004).

No ano de 1939 através do Decreto-Lei nº 30135, de 14 de dezembro, é reconhecido a formação já lecionada em Lisboa desde 1935 e em Coimbra desde 1937, permitindo às “obreiras do Serviço Social” de intervirem em fábricas, instituições de assistência, organizações profissionais e junto de famílias socialmente vulneráveis, seguindo finalidades higiénicas, morais e intelectuais (Dos Santos, 2017).

Para estabelecer e organizar a formação vieram assistentes sociais da França, onde, o plano de estudos tinha a duração de três anos e o modelo teórico assentava em bases positivistas consolidadas em princípios morais da ideologia do Estado Novo, na doutrina social da Igreja e na ciência social de Le Play. A formação curricular incluía três grandes temas como a educação social, medicina social e o exercício da prática em instituições sociais como asilos, reformatórios, tutorias de menores, hospitais e Santas Casas da Misericórdia e tinha como exigência, a nível de habilitações literárias, o ensino secundário e sustentava-se em duas vertentes, a teórica e a prática (estágios) (Carvalho, 2010).

O plano de estudos era composto por uma dimensão médico-sanitária, uma dimensão jurídica, uma dimensão filosófica, moral e religiosa e uma dimensão do Serviço Social. Na perspectiva de Branco e Fernandes (2005), a formação surge pela necessidade em formar profissionais para trabalhar a área da medicina social e para dar respostas às imposições católicas e ao controlo da população operária e dos seus problemas. Iniciou com uma formação científica, pedagógica, psicológica e sociológica de indivíduos que

trabalhavam na área da justiça de menores e a posteriori, com a formação de observadores de psicologia juvenil e de observadores sociais.

O plano de estudo foi alargado para quatro anos e estipulava a existência de dois tipos de trabalhadores sociais, os assistentes sociais e os monitores e assistentes familiares, com introdução no curso de áreas científicas como a Psicologia, a Sociologia, a Economia, os Métodos de Trabalho Social, o Serviço Social de Caso, de Grupo, de Comunidade e o Serviço Social Médico-Social alargando a interdisciplinaridade do Serviço Social (Ferreira, 2008).

Durante muito tempo, a acção do Serviço Social era vista de forma meramente assistencialista ou de intervenção em grupos sociais mais pobres e excluídos socialmente, sendo que a responsabilidade dos problemas sociais era atribuída aos indivíduos. Com as mudanças ideológicas e políticas ocorridas, surgiu a necessidade de se alterarem as diretrizes da profissão, onde, assistentes sociais, integrados em instituições de caridade com carácter religioso e em empresas e serviços estatais, começaram a contestar as práticas profissionais, sendo necessária a transformação e adequação dos novos ideais às formas de intervenção (Carvalho, 2010).

A consolidação da profissão em Portugal, aconteceu a partir dos anos 90, através do reconhecimento do grau de licenciatura aos diplomados em Serviço Social, da criação da carreira de Técnico Superior de Serviço Social e da proliferação dos cursos em Serviço Social. Passando de profissão meramente assistencialista, para uma “profissão da mudança social” (Carvalho, 2010, p. 162), uma vez que, através da identificação das necessidades, busca a melhoria das condições de vida dos indivíduos, de forma a que estes não encontrem obstáculos no seu processo de integração social e realização pessoal.

No entanto, apesar do Serviço Social em Portugal emergir num contexto ditatorial e de assistência social, soube modernizar-se, passando a ser entendido como uma profissão da mudança social na concretização de direitos de cidadania, onde, estão implícitas a noção de justiça social, equidade social e autodeterminação dos indivíduos e grupos. Contudo, ainda enfrenta alguns desafios e problemas em termos do conhecimento, do ensino e da profissão.

Em Cabo Verde, bem como nos outros países, o Serviço Social surgiu como uma profissão de defesa dos direitos sociais e civis, na medida em que os problemas sociais e as novas exigências se desenvolviam na sociedade. Falar do seu surgimento no país, como uma profissão, poderá deixar uma interrogação quanto à data do seu início, sabendo que não há documentos escritos que comprovam uma data exata. No entanto, a profissão sofreu algumas influências de acordo com os períodos que foram marcantes na história política do país, como por exemplo, a independência e a abertura política e democrática que foram marcos importantes para o seu desenvolvimento.

O início profissional do Serviço Social no país, tem como ponto de partida a Independência Nacional em 1975, onde, a profissão começou a desenvolver atividades de carácter assistencialista. No entanto, a partir dos anos 90, com a abertura política e democrática, atingiu-se um outro patamar social através do desenvolvimento da forma de execução e elaboração das políticas sociais (Moreno, 2012).

A par disto, fica como o exemplo, as Comissões de Ações Sociais que surgiram depois de 1975, onde, chegavam às comunidades num trabalho desenvolvido pelos seus elementos, com o objetivo de promover o desenvolvimento comunitário. Nesta altura decidiu-se criar a formação para Animadores Sociais de forma básica, onde estes estabeleciam uma interligação entre o trabalho no terreno e a Comissão das Ações Sociais (Moreno, 2012).

A institucionalização da formação do Serviço Social no país começa nas universidades, sendo primeira na Universidade Jean Piaget de Cabo Verde em 2004, em seguida no Instituto de Ciências Jurídicas e Sociais em 2006 e na Universidade de Santiago em 2009 e contou com a vinda de profissionais formados de outros países, com o objetivo de formar Assistentes Sociais para se integrarem no mercado de trabalho.

Ainda não foi elaborado um código de ética da profissão de Serviço Social em Cabo Verde, contudo, foi criada uma associação dos profissionais da classe em articulação entre os seus profissionais, de modo que possam conseguir organizar um trabalho em equipa na defesa dos interesses da profissão. A associação foi criada a 31 de março de 2014 e conta com cerca de 50 associados, onde, a maior parte dos profissionais formou-se em Brasil e em Portugal (AASCV, 2014).

Segundo AASCV (2014), devido à falta de regras existentes, ainda não é possível um controle da ação profissional dos que atuam na área, o que torna cada vez mais difícil o reconhecimento do Serviço Social como uma categoria profissional. Contudo, é uma mais-valia a formação na área de Serviço Social permitindo a construção teórica que possibilita adquirir competências teóricas que vão ao encontro da prática profissional.

Nesse enquadramento, e falando de forma particular na área da saúde mental, a intervenção do profissional do Serviço Social aconteceu nos Estados Unidos, em 1905, tendo-se consolidado como especialidade em 1918. O trabalho pioneiro de Mary Richmond, divulgado no livro *Diagnóstico Social*, publicado em 1917, as posteriores, como, *Mental conflict and misconduct (1917)* e *What is social casework (1922)*, foram referência para os primeiros profissionais da área (Fazenda, 2008).

Segundo Vasconcelos (2002), no século XX, nos anos 40, a profissão de Serviço Social inicia sua atuação no campo da Saúde Mental, influenciada pela Doutrina Social da Igreja e pelo Movimento de Higiene Mental que se alienaram e complementaram-se na área de atuação e competência do profissional do assistente social. O Serviço Social abre espaço para a formação nas primeiras escolas com temáticas higienistas, porém, eram usados conteúdos de forma complementar e subordinada. Na perspectiva do autor, o Movimento Higienista surge com o intuito de defender melhores condições no funcionamento e atendimentos dos hospitais e asilos psiquiátricos, ampliando assim seu enfoque para a prevenção e a higienização mental na sociedade da época.

É nos Estados Unidos no início do século XX que o Movimento de Higiene Mental se expande, embora tenha surgido em França. Os psiquiatras começaram a valorizar as influências do meio-ambiente sobre o doente, acreditando que focar somente na doença em si não era suficiente para tratar os doentes mentais. A partir desse entendimento ligado ao movimento, começaram a ser solicitados os assistentes sociais para realizarem estudos com os doentes mentais, no campo econômico, social, físico, hereditário, mental, familiar e emocional, permitindo assim compor a história dos pacientes dando origem ao Serviço Social psiquiátrico americano, por volta de 1905 (Lima, 2004).

As relações entre a Psiquiatria e o Serviço Social, intensificaram-se durante a Primeira Grande Guerra, com a aderência dos Estados Unidos. Em decorrência do conflito,

houve uma mudança no tratamento das doenças mentais que apareciam, tais como as neuroses, as psicoses e os traumas vividos principalmente pelos militares nos campos de batalha, exigindo assim, auxílio dos assistentes sociais no estudo e tratamento dos casos económicos e sociais que envolviam os soldados e suas famílias (Lima, 2004).

Conforme já foi mencionado, a nova conceção da doença mental, o novo olhar á psiquiatria e da saúde mental e a luta por mudanças na assistência ao doente mental, teve como alicerce a Reforma Psiquiátrica, que trouxe mudanças expressivas, sobretudo no modelo de assistência á saúde mental com avanços no tratamento á pessoa com transtorno mental. A mesma, deu início às organizações de lutas sociais, cujo objetivo era a desconstrução do tratamento psiquiátrico dado aos doentes mentais, como o isolamento e exclusão social, para dar início a um movimento de carácter democrático e social na busca dos direitos do doente.

Segundo Vasconcelos (2002), a reforma psiquiátrica abre um campo propício para o Serviço Social na saúde mental devido à sua formação social e política, rompendo com os saberes tradicionais, dando espaços para práticas interdisciplinares que possibilitaram a criação de novos projetos de intervenção no campo da saúde mental, portanto, diversas demandas voltadas ao serviço social.

A esfera da saúde mental é um espaço muito rico em termos de intervenção, onde, implica a necessidade da interdisciplinaridade no campo, com uma atuação conjunta das diferentes áreas do saber, preservando claro, a particularidade de cada profissão, tal como recomenda a Lei de Regulamentação da Profissão, que especifica competências e atribuições privativas do Serviço Social.

Segundo Bisneto (2007), atendendo aos desafios profissionais do Serviço Social na área da saúde mental, é fundamental que a sua intervenção seja articulada não só com os profissionais da sua categoria profissional, como com a equipa multiprofissional, alargando uma visão crítica do processo de trabalho em saúde mental e da realidade social.

Assim, com vista na necessidade de mudanças do antigo modelo de instituições psiquiátricas, os novos serviços de saúde mental abriram um maior espaço para participação dos profissionais da área de Serviço Social. Junto dos movimentos, da reforma sanitária na saúde e da reforma psiquiátrica em saúde mental o Serviço Social passou a

vivenciar novas mudanças, cujo objetivo era promover cidadania, com atendimento humanizado, dando prioridade às novas formas de tratamento aos doentes mentais e seus familiares.

A nova forma de atendimento aos doentes mentais trouxe mudanças significativas, onde, segundo Bisneto (2007), as instituições psiquiátricas nem sempre conseguem dar respostas aos problemas do doente com perturbações mentais na totalidade, atendendo aos vários aspetos que interferem na recuperação mental e que necessitam de intervenção não só pela psiquiatria, como também de outro tipo de profissionais, como no campo social que é da competência do Serviço Social.

## **2.2- Objetivos e Competências do Serviço Social na Saúde Mental**

Historicamente, têm-se observado que o Serviço Social na área da Saúde mental vem desenvolvendo diversas formas de atuação profissional. Essa diversidade deve-se pela complexidade das políticas públicas e principalmente pelas transformações sofridas com a Reforma Psiquiátrica, uma vez que, ela trouxe a discussão pela busca de garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais (Bisneto, 2007).

Segundo Fazenda (2008), o campo de intervenção dos assistentes sociais na área da saúde mental, vai desde o apoio psicossocial ao doente no seu meio, a intervenção com a família e com outras redes de suporte social caso existir, a reabilitação psicossocial, a integração social e profissional quando possível, a articulação com os serviços de saúde ou da comunidade e ao empowerment do indivíduo.

Desta forma, atendendo ao facto do campo de intervenção ser bastante diversificado na área da saúde mental, no exercício da sua profissão, além do referencial teórico e bibliográfico o assistente social deve orientar-se pelas legislações existentes em saúde mental, pela lei de regulamentação da profissão e pelo código de ética da profissão, respeitando e implementando as suas atribuições e competências, uma vez que, esses instrumentos apresentam ferramentas essenciais para o seu trabalho na saúde mental e na saúde em geral.

Para Matos (2013), apesar dos assistentes sociais não terem uma formação

específica em saúde mental durante o curso de graduação e não serem um profissional do campo *psi* nem da saúde, têm um olhar e uma contribuição singular para a área da saúde mental, sendo historicamente legitimados e reconhecidos pela própria inclusão da sua categoria na equipa multiprofissional.

Iamamoto (2009), ressalta que um dos grandes objectivos do assistente social na saúde mental é a garantia do direito á saúde dos utentes enquanto cidadãos, numa busca de recursos que permitam identificar esses direitos e que possibilitem a defesa e a universalização dos mesmos. Contudo, chama atenção de que o assistente social não deve orientar-se somente sobre os direitos, mas estimular os utentes com transtornos mentais para que eles possam reivindicar uma melhoria na qualidade dos serviços a eles oferecidos, como forma de praticar a cidadania e forçar mudanças no modelo de assistência.

Outros objectivos são apontados como sendo os dos assistentes sociais na saúde mental, tais como, proporcionar melhores condições de vida das pessoas com problemas de saúde mental, estimular oportunidades para o desenvolvimento das suas competências sociais, ajudar no acesso aos direitos sociais, económicos e culturais, como emprego, educação e formação, proteção social, etc., promover a integração social e a participação em todos os contextos sociais, e contribuir para a mudança de atitudes na comunidade e a diminuição do estigma (Fazenda, 2008).

A área da Saúde Mental é vista como um desafio profissional para os profissionais de Serviço Social, visto que, a doença mental é uma área bastante complexa, devido às vulnerabilidades sociais e económicas apresentadas como demandas diárias, pelo antigo modelo psiquiátrico e pelo preconceito enraizado na sociedade frente ás pessoas com transtornos mentais.

Para Fazenda (2008), atendendo ás demandas recorrentes na área, o profissional do Serviço Social, deve conhecer e analisar a realidade social vivenciada pelo utente, a fim de identificar, de maneira crítica e analítica, as manifestações da questão social que estão presentes na sua realidade, desenvolver uma intervenção juntamente com outras instituições e a família, buscando o fortalecimento dos vínculos sociais e familiares, identificar e fortalecer os fatores de proteção, buscando a reinserção social, o resgate da cidadania e a vivência de hábitos saudáveis.

Percebe-se uma infinidade de atribuições e competências ao assistente social nos vários contextos onde são exercidas as relações sociais, levando-se em conta que, o profissional é mediador de tais relações. Na mediação dessas relações, o mesmo deve manter uma postura ética, comprometida com o bem-estar e a prestação de um bom serviço baseada em valores que se concretizam em relações de confiança estabelecidas com as pessoas destinatárias da intervenção social, como está previsto no Código de Ética dos assistentes sociais.

O Código Deontológico dos assistentes sociais e a Lei de Regulamentação da Profissão, são instrumentos orientadores que estão munidos, dos direitos, deveres, atribuições e competências fundamentais para a atuação dos assistentes sociais na saúde e em diversos espaços. Segundo o recente Código Deontológico da profissão (2018, p. 6), os assistentes sociais dispõem de um conjunto de competências profissionais específicas, nomeadamente:

**a)- Políticas:** exercer influência no sistema político e na opinião pública, visando a definição de políticas públicas, consciencializar e mobilizar pessoas e grupos para a defesa dos seus direitos; **b) Relacionais:** criar relações de respeito, confiança, empatia e cooperação para as mudanças necessárias, incluindo a construção de redes e parcerias; **c) Psicossociais:** desenvolver processos de ajuda, capacitação e acompanhamento social e suporte sociopedagógico; **d) Assistenciais:** responder às necessidades básicas das pessoas; **e) Técnico-operativas e reflexivas:** saber comunicar, mediar, diagnosticar, planejar, executar e avaliar no quadro de uma abordagem de base científica, multidisciplinar e interdisciplinar.

Recorrendo aos contributos de Yamamoto (2008), podemos identificar três tipos de competências, a competência teórico-metodológica, competência ético-política e a competência técnico-operativa.

A competência teórico-metodológica abarca os saberes processuais metodológicos e reporta para o conhecimento da realidade na sua totalidade, para o rigor teórico e metodológico e para a presença de qualificações. Esses saberes referem-se à capacidade de mediar, negociar e avaliar as necessidades e problemas sociais e de adaptar os espaços institucionais de trabalho. A competência ético-política consiste num profissional crítico,

ativo, que conhece o código de ética da profissão, que envolve na defesa dos direitos humanos, marcando presença nos contextos de relações de poder e de forças sociais e que reconhece os problemas sociais socialmente construídos. Já a competência técnico-operativa por sua vez, refere-se às aptidões técnicas que facilitam a prática profissional.

Também para Iamamoto (2009), as competências expressam a capacidade para apreciar ou dar resultados a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional. A autora situa a discussão sobre atribuições e competências de um ponto de crítico, permitindo compreender que as atribuições e competências no campo da saúde mental, não estão no plano burocrático das rotinas administrativas de uma instituição, mas se põem no “diálogo com as referências históricas e auto representativas da profissão que perpassam pelo contexto social histórico e o conhecimento teórico”.

O assistente social, participa em diversas fases de atenção na saúde mental, desde o planeamento e execução das acções de promoção e prevenção das situações de risco do surgimento da doença mental, nas atividades de acolhimento, diagnóstico das necessidades, reabilitação e tratamento terapêutico até a consolidação da reinserção social do utente. Logo, em razão do seu desempenho profissional, a sua atuação numa equipa interdisciplinar é fundamental, pois, contribui de forma enriquecedora e única na intervenção junto ao utente, que é o sujeito principal do atendimento.

A integração do profissional de serviço social na área da saúde mental é indispensável, uma vez que, ele é o profissional mais indicado para estabelecer o contacto com os utentes, as famílias e as instituições, sendo públicas ou privadas, propondo estratégias de intervenção que ajudam a minimizar as situações de exclusão e vulnerabilidade social, proporcionando assim, a integração dos mesmos na sociedade enquanto cidadãos de direitos (Fazenda, 2008).

O trabalho do assistente social na área da saúde mental deve ser compreendido como trabalho coletivo, de acordo com Iamamoto (2009), pois, o mesmo não impõe a diluição de competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no procedimento das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potenciar o trabalho em conjunto. Acrescenta que o assistente social mesmo realizando

atividades partilhadas com outros profissionais não deixa de possuir suas particularidades na observação e interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações.

Para a autora, nem a questão social e nem o social são exclusividades do assistente social na área da saúde mental, referindo que, existe uma vasta gama de objetos de intervenção dos assistentes sociais que se situa na interface com outras profissões. Contudo, chama atenção da importância do profissional do Serviço Social ter clareza das suas atribuições e competências para estabelecer as prioridades das ações e estratégias, evitando perda de identidade profissional, reprodução de práticas meramente técnicas e até na emergência de práticas conservadoras, como é o caso dos grupos terapêuticos (Iamamoto, 2009).

Assim, entende-se uma multiplicidade de atribuições e competências que cerca a identidade e o perfil profissional dos assistentes sociais em saúde mental. A área da assistência social têm-se alargado no campo da saúde mental, onde vem surgindo outras atribuições para os assistentes sociais, como nos programas que acolhem os antigos residentes dos hospitais psiquiátricos que vivem na rua, estando fora da crise.

Além dessas atividades é comum encontrar assistentes sociais em atividades de docência, supervisão de serviços e de pesquisa na área da saúde mental, no Serviço Social Jurídico abordando questões de interdições, tutela, entre outras, trazendo cada um necessidades e práticas profissionais diferentes.

### **2.3- A Família e os Portadores de Saúde Mental**

A família é um espaço privilegiado, que tem como principal objetivo a satisfação das necessidades básicas dos seus membros, ajudando-os a adquirir autonomia e responsabilidade, e educando-os para uma consciência cívica e moral. Ela se caracteriza por ser um grupo de pessoas ligadas entre si por algum grau de parentesco e laços de sangue, sendo um sistema primário dentro do qual o indivíduo desenvolve-se, através do seu crescimento físico, pessoal e emocional, tornando-se apto para o convívio social.

De acordo com Mendes (2004), é na família que se desenvolve o sistema de

crenças, valores e atitudes face à saúde e à doença. A diferença está na forma como ela enfrenta as situações de crise, como se relacionam afetivamente e como se comunicam entre seus componentes. É na família que se encontra o aporte afetivo necessário para o desenvolvimento dos membros envolvidos nesta dinâmica, principalmente para o tratamento e reabilitação de um familiar que sofre de uma patologia, como a doença mental.

A responsabilidade no cuidado da pessoa com transtorno mental teve uma mudança no âmbito familiar com a reforma psiquiátrica. Ela começou a ser percebida como uma aliada fundamental e indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização do seu familiar portador de doença mental.

A história sobre a doença mental, sempre mostrou a ausência da família na convivência e no cuidado do doente mental. Durante muito tempo o afastamento do convívio social e familiar marcou significativamente o tratamento que era dado ao doente mental (Viana, 2004).

Segundo Mendes (2004), anteriormente a prática realizada pelas famílias era de afastar o doente mental do seio familiar, para que do ponto de vista moral, a família não fosse discriminada socialmente, e como forma de zelar pela sua própria integridade e para que o mesmo não apresentasse perigo para si ou para outros.

Para Alves e Martins (2009) o papel que as famílias têm desempenhando nos cuidados ao familiar com doença mental, tem sido reconhecido e valorizado. Isto deve-se pelas evidências apresentadas com a evolução positiva na reabilitação dos doentes. Assim, de causadora da doença mental, a família passou a ser considerada aliada nos cuidados com o doente, pois, oferece suporte a esta pessoa, acolhendo-a e prestando cuidados que a ajudam a restabelecer a sua saúde.

Podemos afirmar que a mudança da abordagem em relação à família foi um ganho importante para o doente mental, para a própria família, para os profissionais de saúde e também para o Estado.

Na perspectiva de Rosa (2008) têm-se delegado um papel importante à família nos cuidados e apoio ao portador de doença mental. No entanto, no seu entender ela ainda apresenta fragilidade nesse cuidado, sem preparação, sem suporte e sem conhecimento

sobre a doença mental. Isto deve-se a própria história, uma vez que, os familiares cuidadores aprenderam a cuidar no “ensaio e erro” das exigências quotidianas, muitas vezes sem salvaguardas dos profissionais de saúde mental.

Muitas vezes, a falta de preparo por parte das famílias em assumirem a responsabilidade de cuidar do doente mental, tem um impacto negativo no seio familiar e no próprio tratamento do portador de doença mental. Baptista (2011), afirma que a permanência da pessoa com transtorno mental no meio familiar pode levar a ansiedade e tensão por parte dos elementos, uma vez que, obriga a família a passar por um processo de reorganização, a fim de buscar alternativas, para proporcionar o melhor ambiente para o familiar com doença mental.

Borba et al (2011), relatam que encarregar-se de uma pessoa portador de doença mental é um grande desafio para as famílias, pois, envolve a falta de compreensão do comportamento do familiar doente e das manifestações da doença e aos próprios preconceitos sobre a doença que existem na família.

Diante das dificuldades encontradas no cuidado e na convivência com o doente mental, muitas vezes a família busca soluções por meios próprios para superar ou minimizar o impacto que essas dificuldades possam provocar no ambiente familiar.

A permanência do doente mental no seio familiar, traz algumas consequências, como perdas de recursos financeiros, alteração no contexto social e laboral do familiar, dificuldade na execução de rotinas de vida diária, permanência de acontecimentos problemáticos, surgimento de situações delicadas como sentimentos negativos, angústias e preocupações. Essas dimensões podem acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que afetam o bem-estar e a qualidade de vida do doente e do cuidador/familiar (Alves e Martins, 2009).

Num estudo realizado com famílias de portadores de doença mental, Borba et al. (2011), realça três itens importantes que causam dificuldades na família, nomeadamente, a Sobrecarga financeira, atendendo aos novos gastos, principalmente pela dificuldade de reinserção do portador de transtorno mental no mercado de trabalho, a Sobrecarga do cuidado, devido a preocupação e medo diante do comportamento imprevisível do doente, da mudança de humor e riscos à integridade física, moral e emocional e por fim a

Sobrecarga física e emocional, que é identificada pelo aparecimento de outras doenças relacionadas ao sistema nervoso. Os autores também falam sobre as questões emocionais, defendendo que as pessoas que convivem com a realidade do doente mental encontram-se esgotadas, pela privação do sono ou pelo facto de não suportarem mais as implicações que essa convivência gera.

A alta hospitalar de um doente mental traz muitas expectativas tanto por parte dos familiares como do próprio doente. A família ao receber o doente espera estar preparada para o seu cuidado, contribuindo assim para que o mesmo tenha uma vida saudável, evitando o reinternamento.

Nessa Óptica que Alves e Martins (2009), afirmam que devido a sensação de impotência que muitas vezes a família sente frente ao cuidado do portador de doença mental, torna-se necessário minimizar ou se for possível evitar esse custo emocional através de auxílio dos profissionais experientes e competentes da área. A família precisa ser orientada, conhecendo as reais possibilidades de melhora do doente em tratamento pois, muitas vezes, existe esperança na recuperação e cura, mesmo em meio a um contexto desfavorável. É importante que a família saiba que a reabilitação significa autonomia e que esta depende das condições de cada um.

Corroborando, Borba, Schwartz e Kantorski (2008), referem que a família é um fator importante para o tratamento e reabilitação do indivíduo que sofre de uma patologia, merecendo maior atenção por parte de todos os envolventes, principalmente no período adaptativo, devido à falta de preparo e orientação quanto a doença mental e à assistência em saúde ao membro doente.

Tendo em conta as várias perspectivas, é inequívoca a importância da família na recuperação do doente mental e a existência de dificuldades por parte da mesma, que podem ser permeadas pela incompatibilidade no ritmo de vida do utente e da família ou pela sobrecarga familiar. Por isso, é necessário que haja uma abordagem integral dos indivíduos e de seus familiares, a partir de acções e estratégias que promovam a inserção do doente no seu grupo familiar e na comunidade. Contudo, são questões que precisam ser trabalhadas, pois, podem trazer consequências negativas no próprio doente, no cuidador e em outros elementos constituintes da família, partindo do ponto de que a mudança da

abordagem em relação à família foi um ganho importante para o utente mental assim como para a família, aos profissionais de saúde e também para o Estado.

#### **2.4- A Reinserção Social dos Portadores de Saúde Mental**

Abordar sobre a reinserção social é falar numa nova esperança de vida, num reinício. Ela é percebida como um processo participativo entre o indivíduo e a sociedade, refere a incorporação e a inclusão do mesmo, na família, no grupo de pares, nas instituições e organizações, permitindo assim a sua integração na comunidade e nos sistemas sociais em geral.

Segundo Capucha (1998), a reinserção social é um processo que vem consagrar um novo projeto de vida ao indivíduo, permitindo estruturar sua identidade social, construir um auto-conceito e uma auto-imagem positiva, expandindo suas redes sociais, de modo a manter relações com instituições e outros serviços e adquirir direitos, não só a nível da saúde como da proteção social.

No campo da Saúde Mental, a reinserção Social das pessoas com transtornos mentais foi um processo longo e demorado, que implicou primeiramente a desmistificação da própria loucura perante a sociedade e uma articulação com as redes de serviços de saúde mental, de assistência social e de justiça. Em tempos remotos a saúde mental foi justificada pelo sobrenatural, por algo que escapava à racionalidade humana, cujo tratamento baseava-se através de métodos mágicos/religiosos.

De acordo com Ménéchal (2002), entre os séculos XVII a XVIII os aspectos sobrenaturais foram deixando de ter influência na explicação, passando a doença mental a ser entendido como uma doença. Porém, manteve-se a estratégia de exclusão e isolamento do doente da família e da sociedade, através da institucionalização dos mesmos.

Com a institucionalização os loucos passaram a receber cuidados específicos da psiquiatria, com um olhar médico, transformando-a em doença mental como algo, passível de tratamento. Contudo, apesar de ser concebido o direito ao cuidado médico e terapêutico, foi retirada do mesmo a sua cidadania, passando a ser eles excluídos do espaço social, com perda de direitos e igualdade aos demais cidadãos (Alves, 2001).

Para Borba e Lima (2011), o conceito da reinserção social é dirigido aos excluídos da sociedade com objetivo de reconstituir ou produzir relações e laços afectivos com os envolvidos no processo de exclusão social, permitindo assim a afirmação da cidadania.

De acordo com Alves (2001), a institucionalização começou a ser vista como um problema, devido ao afastamento dos doentes da sua família e da sociedade, com perda da individualidade e da identidade, com a ruptura dos laços familiares e sociais, a negligência e o abandono, no qual desencadeava o fenómeno de exclusão social.

No século XX, houve diversos movimentos de revolução psiquiátrica, dando início às discussões sobre os modos de tratamento realizados nos hospitais psiquiátricos, onde, a reforma psiquiátrica propõe um novo olhar sobre os portadores de sofrimento psíquico em prol dos seus direitos e da desinstitucionalização hospitalar (Fazenda, 2008).

A partir desse contexto, deu-se início ao processo de reinserção social dos doentes mentais, devolvendo-lhes o convívio com seus pares, familiares e demais membros da sociedade, bem como a ocupação nos espaços sociais. A reinserção social consistia em torná-los participantes da vida social, assegurando o usufruto de seus direitos no âmbito da sociedade.

Com a desinstitucionalização os doentes mentais passaram a ser tratados sem o distanciamento das suas famílias e das redes de pertença, com internamentos de curta duração, estabilizando o quadro clínico agudo, fazendo o diagnóstico, estabelecendo um plano terapêutico, acompanhamento em ambulatório, fazendo assim surgir um novo modelo de cuidar baseado na reinserção social (Fazenda, 2008).

Para os autores Borba e Lima (2011), a família e as relações afetivas, o trabalho e formação profissional, a educação, a habitação, o lazer e tempo disponível, a participação, cidadania e autonomia, são fundamentais no processo de reinserção social.

De acordo com Carvalho (2007), a reinserção social do doente mental deve ser entendida como um processo que visa a sua integração ou (re) integração na família e na comunidade, com possibilidade de reestruturação da sua vida pessoal e recuperação da auto-imagem. Abrange, a construção de um projeto de vida integrado na vida comunitária, aceitável e sustentável que demanda apoio da família.

Para os autores Ganev e Lima (2015), a reinserção da pessoa com transtorno mental se dá por meio do acesso ao trabalho e lazer, ao exercício de direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, por forma a recuperar o seu convívio com seus pares e a sua restauração, no melhor nível possível, com vistas a atingir um nível de funcionamento mais independente, tanto na família como na comunidade.

Contudo, Hirdes (2001), refere que ela deve ser compreendida na sua complexidade, uma vez que, se encontra inserida num contexto socio-político, económico desfavorável, no qual a desigualdade, a pobreza, a vulnerabilidade e a exclusão social predominam.

## **2.5- Suporte Social e as Redes Sociais na Saúde Mental**

Após análise das várias discussões e pontos de vista sobre a saúde mental, verificamos que esta, é influenciada não só por fatores biológicos, mas também pelos sociais.

Segundo Rodrigues e Madeira (2009), sempre houve uma preocupação em tentar entender o comportamento e emoções através de fatores internos (biológicos) ou externos (ambientais e psicossociais) que explicassem o funcionamento fisiológico e patológico das pessoas. Dentro dos fatores externos, surge o suporte social que pode ser avaliado pela integração social de um indivíduo no seu meio, na sua rede de serviços e nas pessoas que lhe são acessíveis.

O conceito de suporte social, abarca abordagens teóricas e modelos explicativos que nem sempre coincidem entre si. Para Barrón, (1996), o suporte social é um termo abrangente que diz respeito à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos laços estabelecidos, à frequência de contacto e ao modo como é percebido que existe um sistema de apoio. Esse sistema conta com comportamentos que se baseiam em troca de recursos entre pelo menos dois indivíduos, sendo o recetor e o dador, onde, este último pode ser um ou mais do que um indivíduo ou ainda uma instituição. Segundo Kaplan (1993), o suporte social consiste no número de contactos sociais entre um indivíduo e os outros. É a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram a sua preocupação. Esta perspetiva é reforçada por Cobb (1976) que define o suporte social como sendo uma informação que leva o sujeito a acreditar que é amado e que os outros se preocupam consigo; informação que leva o sujeito a pensar que

tem valor e que é apreciado pelos outros e; informação que leva o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas (Citado por Ribeiro, 1999).

Para Ornelas (2008), o suporte social é o meio através do qual as pessoas podem proporcionar informação, aconselhamento ou orientação. Este autor traz um conceito importante associado ao suporte social, que são as redes, onde, defende que os integrantes de uma rede social podem desempenhar uma função de suporte, possibilitando avaliações sobre o problema e fornecendo sugestões sobre a decisão do indivíduo, dando pistas sobre a resolução do mesmo. Martins (2005), revela que a partir das redes o suporte social poderá ter um efeito direto sobre o bem-estar, fomentando a saúde independentemente do nível de stress, o que quer dizer que quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico experimentado e quanto menor for o apoio social maior será a incidência dos transtornos.

Em termos da sua conceptualização, verificamos que tem sido utilizada em diversas áreas científicas e congrega em si, diversos conteúdos e interpretações. Citado por Guadalupe (2010), Georg Simmel (1908), utilizou o conceito de rede para explicar a pertença de indivíduos a diferentes círculos sociais que interagem na sociedade. Para Fazenda (2008), as redes sociais são definidas como a soma de todas as relações que envolvem o indivíduo, no qual, este percebe como sendo significativas e as diferencia dos demais membros da sociedade. Podem incluir a família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e pessoas da comunidade, no qual auxiliam no próprio reconhecimento como indivíduo, para o seu papel, competência e protagonismo da sociedade e ainda a capacidade de enfrentar a adversidade ou outras situações de crise.

As redes sociais são consideradas relações sociais que permitem a união, troca e transformação dos atores sociais. Nesta linha, as relações sociais são consideradas como um conjunto de nós e laços de ligação entre os nós, em que os nós podem ser pessoas, grupos ou outras instituições. As redes são analisadas como uma agregação dos atores sociais, tidos individualmente ou coletivamente, ou como um conjunto de relações específicas dentro de um grupo finito de atores (Guadalupe, 2010).

Na área da Saúde Mental, Ornelas (1996), citado por Vera Rodrigues (2009), revela que o suporte social e a saúde mental se interligam no que diz respeito à saúde psíquica do

indivíduo. São entendidas como variáveis que só funcionam de forma qualitativa quando se relacionam entre si, onde, a presença de suporte social promove a saúde mental e a ausência limita a mesma. Costa e Ludemir (2005), através dos seus estudos também defendem que há uma relação entre suporte social e saúde mental, onde, segundo as mesmas, deve-se ao facto da saúde mental ser muito influenciada por questões emocionais que são dadas pela família e/ou amigos, tais como afeto, companhia, cuidados e tudo aquilo que seja passível de fazer o indivíduo sentir-se amado e seguro. Ainda, de acordo com as pesquisas das autoras, o suporte social permite que a pessoa encontre sentido para a sua vida e até conseguir ter controlo sobre si mesma, e para os outros. No que diz respeito às redes sociais de apoio, estas podem exercer um papel importante na satisfação dos indivíduos, assegurando que os seus esforços tenham resultados positivos, permitindo assim o suporte no momento certo (Ornelas, 2008).

Segundo Rodrigues e Madeira (2009), nos cuidados em saúde mental, evidencia-se a necessidade de dar atenção às intervenções que ofereçam alternativas para trabalhar a realidade social, com objetivo de promover o suporte mútuo, democracia participativa e movimentos sociais. Nessa perspetiva, as redes sociais têm uma grande relevância, não só na reconstrução do quotidiano que muitas vezes é perdido pelo sofrimento psíquico, como também é importante suporte no tratamento a partir dos diversos dispositivos de apoio e de solidariedade. Assim, elas ganham relevância na reinserção e reabilitação do portador de transtorno mental na sociedade, bem como no resgate de sua autonomia.

Na intervenção na área da saúde mental é dada uma atenção especial às redes primárias ou secundárias, podendo ser estas ser encaradas como fontes de suporte social. Guadalupe (2001), alerta-nos para o facto de que a existência de uma rede social não significa que exista ou que esteja garantido desde logo um efetivo suporte social. As redes primárias referem-se ao conjunto natural de indivíduos em interação uns com os outros que têm afinidades pessoais num quadro não institucional. Na rede primária primeiro identifica-se a família, depois vem as relações de amizade e a rede de vizinhança, sendo um tipo de rede onde os vínculos são essencialmente de natureza afetiva. As redes secundárias por sua vez, referem-se ao conjunto de pessoas unidas por uma mesma função num quadro institucional, principalmente às organizações e instituições. A rede secundária refere aos elementos de uma rede com os quais se estabelece relações num contexto formal e com

objetivos funcionais. Estas podem ser consideradas formais ou informais, dependendo do seu nível de estruturação, organização, dos objetivos e das relações estabelecidas (Guadalupe, 2001). De acordo com a literatura, uma rede social estável, ativa e confiável protege o indivíduo em sua vida diária, favorecendo a sua construção e manutenção da autoestima e acelera os processos de recuperação da saúde. Contudo, Guadalupe (2001), chama atenção para existência de uma rede que pode não proporcionar suporte adequado, onde, a sua fragilidade e insuficiência podem constituir um fator de vulnerabilidade à saúde. A autora ressalta que a rede social de um indivíduo é reflexo do contexto histórico, cultural, social e político, e as pessoas que nela se inserem possuem interesses, desejos, intenções e vontades.

Podemos afirmar que, pessoas que sofrem de perturbação mental, isoladas da sociedade e sem qualquer tipo de suporte social/familiar têm mais dificuldade em ultrapassá-la, podendo levar a um estado mais grave da mesma. Da mesma forma, as pessoas que têm apoio social presente conseguem enfrentar os problemas com maior facilidade, promovendo assim o seu bem-estar. Conforme Cassel, os indivíduos com problemas sociais e desordem familiar, são mais vulneráveis a terem problemas de saúde, acreditando que a sensação de impotência para cuidar da própria vida e a de isolamento social, estar diretamente relacionada com o processo saúde/doença. Para o autor, o contacto social é muito importante para estabilidade das doenças, onde, a adaptação ao meio social e ao ambiente é um fator que pode diminuir a suscetibilidade às doenças (cit. in Ribeiro, 1999).

Para Lavall, Olschowsky e Kantorski (2009), o suporte social é um recurso que pode contribuir para promoção de saúde de um indivíduo que se encontre em sofrimento psíquico. Um indivíduo enquadrado num ambiente social e cultural que lhe permite dispor do apoio da sociedade e dos familiares, tem facilidades no seu processo de tratamento e no retorno ao trabalho, ao lazer, aos direitos civis, fortalecendo assim as suas relações.

A percepção que nos fica através da bibliografia consultada é que o apoio social influencia o bem-estar e a saúde de uma pessoa, ou seja, quanto maior for o apoio social menor será a incidência de desajustamento psicológico.

## **CAPÍTULO III- METODOLOGIA**

Neste capítulo apresentamos a metodologia utilizada nesta investigação em quatro pontos, primeiro iniciamos com o método científico, trazendo a problematização do estudo, bem como os objetivos a que nos propomos, seguido da metodologia do estudo tendo em conta a sua natureza e abordagem utilizada. No segundo ponto, demonstramos o nosso universo e a seleção da amostra, a caracterização dos participantes do estudo, os critérios da amostra estabelecidos e as questões éticas presentes na investigação. No quarto ponto, apresentamos as técnicas de recolha, interpretação e análise dos dados e no último ponto, mostramos as limitações da presente investigação.

### **3.1- Método Científico - Problemática da Investigação**

O objeto de intervenção do Serviço Social é a questão social e suas múltiplas faces que se manifesta através de vários fatores, como, pobreza, desemprego, preconceito, estigma e discriminação, exclusão social, dentre outras expressões presentes na sociedade. A área da saúde mental por sua vez constitui-se uma das expressões da “questão social” atendendo a sua configuração e sua amplitude, onde, entende-se que presença do Serviço Social se torna importante, pois, além da exclusão dos pacientes com transtornos mentais há a necessidade de suprimir as outras formas de exclusão que estão submetidos, manifestados pela pobreza e pela estigmatização.

O assistente social no campo da saúde mental, se apresenta como um profissional dotado de capacidade crítica e reflexiva da sua realidade de intervenção, tendo como objetivo, realizar o seu trabalho de maneira a analisar o contexto do paciente da instituição de saúde mental, buscando para isso, conhecer a relação deste com a sociedade que o cerca, como família e a comunidade em que está inserido, sobre a perspectiva de identificar e intervir em situações que se configuram como demandas de sua prática profissional, com o objetivo de lutar para a garantia e construção dos seus direitos.

Segundo Bisneto (2007), o próprio movimento da Reforma Psiquiátrica mostrou a importância do Serviço Social na saúde mental, por apresentar uma discussão na busca pela garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais, com a substituição das antigas

instituições psiquiátricas por instituições inovadoras voltadas para a efetivação de direitos das pessoas com transtornos mentais através de um atendimento humanizado.

Entendemos que, é essencial a presença do assistente social no campo da saúde mental, pela sua intervenção nas muitas etapas do cuidado aos doentes mentais, desde planeamento e execução de ações de prevenção de riscos, até o acolhimento, a reabilitação e a reinserção social do doente nos casos em que se faz necessário. O seu conhecimento, sua participação e a sua visão para questões sociais, são elementos recorrentes e necessários.

Percebemos que a realidade da profissão no campo da saúde mental não é fácil, assim como em outros campos, mas, acreditamos que as questões precisam ser postas e os avanços em função de uma melhor intervenção e bem-estar das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Segundo Violante (2012), torna-se imprescindível a adoção de estratégias que permitam que pessoas com doença mental possam funcionar com satisfação e sucesso nos vários domínios da sua vida, visando o aumento da autonomia, realização pessoal e qualidade de vida, permitindo a sua participação na comunidade onde estão inseridos, usufruindo de atividades facilitadoras da sua integração social.

Sabendo que os assistentes sociais direcionam o seu trabalho para a concretização das políticas sociais públicas, que são respostas aos fenómenos e problemas sociais, é pertinente refletir sobre a intervenção destes no campo da saúde mental no contexto hospitalar em que se inserem. Entendemos que, perceber a importância do campo profissional em questão, na intervenção dos doentes mentais é não só pertinente como também se traduz num importante contributo para o Serviço Social.

Sendo assim, atendendo aos desafios que são impostos aos assistentes sociais na área da Saúde Mental, foi feito um confronto entre conhecimentos teóricos e a experiência prática em contexto hospitalar, com o intuito de responder a nossa questão de partida, que foi o nosso fio condutor da investigação.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2000), a pergunta de partida traduz-se na melhor forma de enunciar uma investigação, permitindo ao investigador expressar de forma mais exata e clara sobre aquilo que procura conhecer e compreender melhor.

Para tal, a nossa pergunta de partida foi definida da seguinte forma: **Que especificidades tem o Serviço Social na intervenção das pessoas com problemas de saúde mental?**

No sentido de dar respostas a essa questão de partida foram traçados os seguintes objetivos:

### **Objetivo Geral do Estudo**

- ✓ Analisar e compreender o processo de intervenção dos assistentes sociais nas pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias e perceber as diferenças e similitudes entre Portugal e Cabo Verde no âmbito da Saúde Mental em contexto hospitalar.

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Identificar as políticas públicas e sociais que suportam a intervenção do/a Assistente Social junto das pessoas com problemas mentais e suas famílias,
- ✓ Conhecer e caracterizar os recursos utilizados nas respostas ao sujeito com problemas de saúde mental, pelo serviço social em contexto hospitalar,
- ✓ Identificar as respostas ao nível das organizações na área de saúde mental,
- ✓ Conhecer os métodos e técnicas utilizados pelo assistente social na sua intervenção,
- ✓ Identificar e conhecer os limites e condições institucionais que fragilizam/fortalecem a autonomia do assistente social dentro da instituição.

### **Metodologia do estudo**

Trata-se de um estudo empírico de carácter exploratório, no qual se optou por uma metodologia qualitativa, onde, procurou-se responder aos objetivos definidos nesta investigação, com recurso a um guião de entrevista, projetado para compreender as experiências dos intervenientes envolvidos, das suas perspetivas no contexto das suas experiências profissionais.

É um estudo empírico porque foi construído através de experiências adquiridas no quotidiano, tendo características do senso comum, pela forma espontânea e direta como foi entendido.

Segundo Tartuce (2006), o conhecimento empírico é adquirido através de ações não planejadas, que se obtém pela experiência cotidiana, sendo espontâneo, e ocorre por meio do relacionamento diário com o objeto.

Já o caráter exploratório deve-se com a pretensão inicial de se familiarizar com o problema de investigação, afim de ser mais conhecido e explorado. A pesquisa exploratória permite ter uma melhor proximidade com o universo do objeto de estudo pesquisado, onde, através dos métodos e dos critérios, dá informações com vista a orientar a formulação das hipóteses do estudo. Envolve o levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tenham domínio do assunto estudado, pesquisas de campo e análise de outros exemplos que estimulem a compreensão do tema (Gil, 2007).

A escolha pela metodologia qualitativa se prendeu pelas características particulares que ela possui, possibilitando mostrar uma visão aproximada sobre o fato estudado. A investigação qualitativa possibilita uma pesquisa mais ampla e complexa que visa compreender a dinâmica das relações sociais. Ela preocupa-se com os aspetos da realidade que não podem ser quantificados e trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2010).

Para este investigador, o método qualitativo permite conhecer a natureza de um fenómeno social, de forma exaustiva, tendo em conta as várias variáveis que compõem esse fenómeno, através de uma recolha de dados e da sua posterior análise indutiva. Por sua vez, para Bardin (2008), a investigação qualitativa é definida pela descrição rigorosa dos dados recolhidos, incluindo observação dos sujeitos, transcrições de entrevistas, consulta bibliográfica e de documentos históricos escritos (pessoais e oficiais), fotografias e gravações de vídeos.

Para Minayo (2010), os pesquisadores qualitativos estudam as coisas no seu 'setting' natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhes trazem.

### **3.2- Universo e Amostra**

Para que a nossa investigação tivesse seguimento foi necessário identificar o nosso universo de estudo para representar a nossa pesquisa e a nossa amostra que resultou de uma parte representativa do universo escolhido.

Vergara (1997), caracteriza o universo como um conjunto de elementos que possuem as características que serão objeto do estudo, e a amostra, como sendo a fração do universo escolhido, selecionada a partir de um critério de representatividade. Neste sentido, o nosso universo caracteriza-se pelos profissionais de saúde mental pertencentes aos hospitais psiquiátricos, sendo eles assistentes sociais. A nossa amostra foi determinada a partir dos profissionais que atuam na saúde mental em contexto hospitalar.

A amostra foi obtida através do método de amostragem não probabilística, entendida como sendo a mais indicada para este estudo, mais especificamente, uma amostra por conveniência. A escolha dos elementos que compõe a nossa amostra aconteceu de forma intencional atendendo aos requisitos dos sujeitos que colaboraram com o estudo.

Foi constituída por cinco assistentes sociais pertencentes aos hospitais psiquiátricos de Portugal e Cabo Verde, que participaram desta investigação mediante consentimentos por parte dos mesmos.

#### **Identificação e caracterização dos profissionais entrevistados**

A caraterização dos participantes do estudo tem como elementos básicos, a idade, o sexo, formação académica, ano do término da formação, experiência profissional, experiência na área da saúde mental e formação específica na área da saúde mental. Na tabela que se segue procedemos a apresentação dessa caraterização.

**Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes**

<b>Entrevista</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Formação Acadêmica</b>	<b>Ano do Término da Formação</b>	<b>Experiência profissional</b>	<b>Experiência na área da saúde mental</b>	<b>Formação específica na área da saúde mental</b>
1	39	F	Licenciatura em Serviço Social	2006	11 anos	11 anos	Nenhuma
2	35	M	Licenciatura em Serviço Social	2013	6 anos	6 Anos	Nenhuma
3	36	M	Licenciatura em Serviço Social	2009	10 anos	1 Ano	Nenhuma
4	51	F	Licenciatura em Serviço Social	1994	26 anos	23 anos	Nenhuma
5	41	F	Licenciatura em Serviço Social, Pós-graduação em Criminologia, Mestrados em Estudos do Desenvolvimento	2003	17 anos	6 anos	Nenhuma

Como podemos observar na tabela apresentada, sobre a caracterização sociodemográfica dos participantes, a população entrevistada é, majoritariamente do sexo feminino, onde, a média das idades ronda entre os 35 aos 51 anos de idade. Relativamente à formação acadêmica, todos os participantes têm, no mínimo, a licenciatura em Serviço Social, tendo sido, um dos requisitos base para a seleção dos profissionais.

O ano do término da formação e a experiência profissional, também foram pontos de análise neste estudo, onde, de acordo com os dados recolhidos não verificamos muita discrepância entre os participantes. De forma a perceber a trajetória dos profissionais no campo da saúde mental, foi recolhida a informação sobre o tempo de experiência profissional na área da saúde mental por parte dos mesmos, onde, pudemos perceber uma

diferença notável entre o menor tempo de experiência apresentado que foi de apenas 1 ano com relação ao maior tempo que foi de mais de 20 anos, sendo considerada uma diferença significativa.

O último ponto trazido nessa caracterização, foi a formação na área da saúde mental, tentando perceber se os profissionais participantes que atuam no campo da saúde mental em contexto hospitalar, têm alguma formação específica nesta área, mas, ficou bem clara no estudo, como podemos verificar na tabela apresentada que nenhum dos participantes têm essa especificidade.

### **Critérios de Amostra**

Os critérios de inclusão definidos neste estudo foi a formação em Serviço Social e o exercício da profissão no campo da saúde mental em contexto hospitalar. Os profissionais que constituíram a amostra foram contactados via correio eletrónico e por telefone, com o intuito inicial de dar a conhecer o propósito da investigação em curso e os objetivos que a norteavam. Posteriormente, foram estabelecidos os parâmetros das entrevistas, tendo sido enviados os guiões das entrevistas antecipadamente, afim de familiarizar os participantes com o tema de investigação, os seus objetivos, bem como as questões que iriam fazer parte do referido guião.

### **Questões Éticas**

Todas as entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos participantes, que assinaram o termo de consentimento informado viabilizando a investigação. No decorrer das entrevistas, foram respeitadas as privacidades e o tempo de resposta dos participantes, de forma que, as entrevistas pudessem decorrer em conformidade com o bem-estar e proteção dos entrevistados.

Pelo facto de as entrevistas terem sido decorridas quase todas via Skype, com exceção de duas, os termos de consentimento informado foram enviados aos profissionais via email, de forma antecipada. Entretanto, nos referidos termos continham todos os

esclarecimentos sobre as condições da investigação, bem como a exposição do tema, os objetivos e sua finalidade, respeitando assim todas as questões éticas.

Os participantes tiveram tempo considerado suficiente para a leitura dos termos, sendo depois assinados, datados e enviados pelo correio eletrônico, nos casos em que se aplicava.

As duas exceções anunciadas na aplicação das entrevistas, deveu-se ao facto de uma acontecer presencialmente e a outra através de respostas construídas por escrita e enviadas, por não haver condições de acontecer noutras circunstâncias atendendo a questões de recursos (sem acesso ao Skype), e da atual pandemia em que vivemos.

### **3.3- Técnicas de Recolha e Tratamento e Análise dos dados**

Tendo em atenção o objetivo central da pesquisa que é analisar e compreender o processo de intervenção dos assistentes sociais nas pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias e perceber as diferenças e similitudes entre Portugal e Cabo Verde no âmbito da Saúde Mental em contexto hospitalar, utilizamos diferentes instrumentos, dos quais resultou na recolha de uma série de dados sobre a temática mencionada anteriormente.

Numa primeira fase do nosso trabalho, efetuamos uma pesquisa bibliográfica, através de livros, artigos científicos, reportagens e documentários sobre o tema, pesquisa nas páginas de web sites como os dados da Scielo e do Google acadêmico, consultas na biblioteca, de modo a constituir o referencial teórico da nossa investigação.

Segundo Lakatos e Marconi (2018), a pesquisa bibliográfica, se caracteriza pelo levantamento, seleção e documentação de toda bibliografia já publicada sobre o tema que esta sendo pesquisado, em livros, revistas, jornais, teses, dissertações, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com todo material já escrito sobre o mesmo. Fachin (2017), por sua vez, considera a pesquisa bibliográfica como um excelente meio de formação sendo o primeiro passo de toda pesquisa científica.

Posteriormente, no presente estudo, utilizamos a técnica da pesquisa documental. Segundo Fonseca (2002), a pesquisa documental caracteriza-se pela análise de uma variedade imensa de materiais através de fontes diversificadas e dispersas, tais como,

jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, vídeos de programas de televisão, etc. É um tipo de pesquisa que se serve de fontes primárias, ou seja, de informações que ainda não foram tratadas de forma científica ou analiticamente. Apresenta objetivos específicos e constitui um rico complemento à pesquisa bibliográfica. No nosso contexto, utilizamos um conjunto de informações contidas nas fontes da pesquisa documental realizada, que possibilitaram uma pesquisa qualitativa do nosso objeto de estudo.

Após a pesquisa documental, recorreremos a realização de entrevistas com os intervenientes da pesquisa, no qual, forneceram uma maior visão do tema proposto, segundo o ponto de vista dos mesmos, e ainda possibilitaram mais detalhes sobre o assunto em questão, especialmente sobre a prática profissional do assistente social na Saúde Mental em contexto hospitalar.

Na perspectiva de Minayo (2010), a entrevista representa uma técnica que privilegia a comunicação e coleta de dados de forma a construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa. Ela permite ter um contato mais direto entre os interlocutores, no sentido de se inteirar de suas opiniões acerca de um determinado assunto. Ela pode ser estruturada, constituída a partir de perguntas definidas; ou semiestruturadas, que dão maior liberdade ao pesquisador.

No âmbito da nossa investigação, optamos por entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas e fechadas, onde, aos participantes foram dadas a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. A técnica escolhida favoreceu na interação entre a pesquisadora e os participantes, no qual, possibilitou surgimento de respostas espontâneas e maior liberdade no surgimento de algumas questões que foram surgindo de forma inesperada, vista no momento como sendo de grande utilidade na pesquisa. Algumas questões abrangidas na revisão teórica também foram abordadas nas entrevistas.

Para Triviños (1987), a entrevista semiestruturada caracteriza-se por questões básicas que são fundamentadas pelas teorias e hipóteses relacionados ao tema da pesquisa, no qual, favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade. Permite a presença consciente e ativa do pesquisador no processo de coleta das informações.

Durante as entrevistas, foram feitas as intervenções por parte da pesquisadora, sempre que achou oportuno, com introdução de perguntas adicionais no sentido de esclarecer alguns pontos que não ficaram claros.

De acordo com Manzini (1990/1991), a entrevista semiestruturada é direcionada a um determinado assunto, no qual realizamos um roteiro com perguntas principais, mas que podem ser complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista, permitindo emergir informações de forma mais livre não condicionando as respostas a uma padronização de alternativas.

As entrevistas aconteceram em circunstâncias um pouco diferentes, atendendo a alguns fatores, como o próprio objetivo do presente estudo, que se propunha perceber as diferenças e similitudes entre duas realidades (Portugal e Cabo Verde) no âmbito da Saúde Mental em contexto hospitalar. Nesse sentido as três entrevistas realizadas com os participantes pertencentes à realidade cabo-verdiana foram feitas via Skype, devido à impossibilidade da pesquisadora em estar presente em Cabo verde. Tendo sido feitas cinco entrevistas, as duas outras aconteceram em Portugal, sendo uma presencialmente e a outra através de envio de respostas por parte de um dos participantes.

Após uma informação antecipada e mediante autorização dos participantes procedemos com a utilização do gravador durante as entrevistas aos assistentes sociais participantes do estudo, seguindo sempre os critérios de ética e confidencialidade a que um estudo científico se encontra submetido. Não houve oposição por parte de nenhum participante quanto a utilização do gravador. Entretanto, só não foi possível em apenas um dos participantes que optou por responder por escrito às perguntas, no próprio guião de entrevista, por motivos que já foram anteriormente mencionados.

A análise dos dados, propriamente dita, iniciou com a transcrição completa das entrevistas e, mediante a codificação previamente estabelecida no momento da aplicação das entrevistas. Essa transcrição permitiu obter maior conhecimento e compreensão das experiências e intervenções profissionais descritas nas entrevistas.

### **3.4- Limitações do Estudo**

Como limitações encontradas ao longo da realização deste estudo, podemos referir na parte da seleção da amostra, onde, deparamos inicialmente com algumas desistências e falta de respostas por parte de alguns profissionais contactados, tendo refletido no prazo estabelecido para iniciar as entrevistas.

O carácter exploratório exigido pelo tema escolhido, refletiu no tempo da realização do trabalho, atendendo aos muitos estudos existentes na área da saúde mental, onde, precisou-se de muito tempo para delimitar as informações e dar seguimento á investigação.

Outra limitação prende-se com o meio utilizado para coletar os dados, onde foram aplicadas técnicas diferentes. Recordamos que três entrevistas foram realizadas via Skype, uma respondida por escrito no guião de entrevista e a outra aconteceu presencialmente. Isso deve-se á própria escolha de uma das realidades abarcadas no estudo e a atual situação pandémica do COVID 19, que trouxe algumas interferências na continuidade do estudo.

Refere-se o facto de o guião ser constituído por quinze perguntas abertas, implicando algum cansaço por parte dos participantes e no tempo disponibilizado para participar no estudo, que também podemos considerar ter sido outra limitação.

O tempo de coleta de dados e o momento em que foi preciso parar para concluir a dissertação, trouxe implicações num desenvolvimento mais profundo em alguns dos tópicos abarcados.

## **CAPÍTULO IV- PRÁTICAS DE SERVIÇO SOCIAL**

### **4.1- Análise e Interpretação dos dados**

Nesse ponto procedemos a uma apresentação da análise e interpretação dos dados recolhidos, de forma direta e indireta, junto dos sujeitos de interesse. A aplicação do guião de entrevista constituiu um método privilegiado de recolha de informação.

Recordamos que este estudo foi levado a cabo com o propósito de responder á questão orientadora dessa investigação previamente enunciada, onde, estabelecemos como objetivo geral, compreender o processo de intervenção dos assistentes sociais nas pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias e perceber as diferenças e similitudes entre Portugal e Cabo Verde no âmbito da Saúde Mental em contexto hospitalar.

Procedemos com a apresentação da análise dos resultados obtidos através de categorias de investigação com trechos considerados importantes. Sendo assim, as categorias serão apresentadas, descritas e elucidadas, recorrendo-se aos discursos dos assistentes sociais, contribuindo para uma visualização mais facilitada do processo indutivo e interpretativo realizado.

#### **Categoria 1: Perceção do Conceito de Saúde mental e Doença Mental**

Nesta categoria, destaca-se a perceção de como que os profissionais compreendem o conceito de Saúde Mental e Doença Mental.

(...) Saúde Mental é um estado de equilíbrio individual, mediante o qual o individuo faz uso da sua capacidade emocional e cognitiva para lidar, responder e reagir às exigências, desafios e mudanças normais da vida, permitindo exercer um papel ativo no espaço onde está inserido, trazendo assim contribuições para a sua comunidade ou o seu meio social (AS CV2).

(...) Saúde mental são todos os mecanismos internos de que dispomos para conseguir ter uma vida mental saudável, com resiliência, capacidade de adaptação, experienciando vivências, emoções e perdas de forma coerente e estável, que nos permite funcionar de forma eficiente em todas as dimensões da nossa vida (AS PT2).

Os assistentes sociais entrevistados conceitualizaram a saúde mental numa perspetiva genérica, fazendo menção aos aspetos individuais, socioculturais, aos recursos

que os indivíduos têm ao seu alcance e ao impacto que a mesma tem na qualidade de vida de uma pessoa. Ela é entendida como um bem-estar emocional e psicológico que permite responder as demandas da vida quotidiana, garantindo uma participação em vários níveis, sendo familiar, laboral, intelectual e social.

(...) A doença mental, por sua vez, resulta de um funcionamento interno que é interrompido pela presença de uma incapacidade/distúrbio/desorganização do pensamento, das emoções ou do comportamento que interferem psicopatologicamente e de forma nefasta, em algumas, ou várias dimensões da nossa funcionalidade (AS PT1).

(...) Doença mental é uma condição de saúde que envolve mudança na emoção, no pensamento e no comportamento ou até na combinação desses fatores. Ela está associada á angústia e a problemas de funcionamento das atividades sociais, de trabalho ou familiares (AS CV1).

A doença mental é percebida como uma vasta gama de problemas de saúde mental, com distúrbios que afetam o humor, pensamento e comportamento com repercussões e défice social, ocupacional ou noutras atividades significativas.

## **Categoria 2: Processos de Intervenção e respostas-articulação**

Nesta categoria buscou-se perceber os processos de intervenção para apoiar indivíduos com problema de saúde mental, as respostas existentes, bem como a sua articulação.

(...) O processo de intervenção passa pela avaliação, diagnóstico, análise de competências e vulnerabilidades. O projeto terapêutico é definido em equipa, e a intervenção é feita de forma progressiva, construtiva, resolvendo uma problemática de cada vez e estabelecendo uma necessária relação de confiança entre técnico e utente (AS PT1).

(...) A intervenção é feita primeiramente no sentido de efetivar e garantir os direitos dos doentes mentais e contribuir para sua autonomia. Passa por uma assistência humanizada e diferenciada, direcionando a atenção em primeiro lugar no paciente e nas suas necessidades (AS CV2).

(...) Atendendo ás situações diversas a que se depara nesta área, primeiramente é estabelecida uma relação de confiança com o doente mental, seguido de uma intervenção individual, acolhimento, avaliação socioeconómica, orientações e encaminhamentos, atendimento aos familiares, participação nos grupos terapêuticos e visitas domiciliare (AS PT2).

Importa aqui citar que a questão de estabelecer uma relação entre o profissional e o doente, o trabalho em equipa e o próprio envolvimento da família é considerado de suma importância no tratamento da doença mental para os assistentes sociais, partindo do ponto que a sua prática não é algo sistematizado, onde a sua intervenção é direcionada de acordo com a realidade do doente.

(...) Em consonância com a Reforma Psiquiátrica houve respostas importantes, começando pela consolidação do modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, criação de unidades de psiquiatria dentro dos hospitais, criação de serviços terapêuticos, grupos de apoio e trabalho em redes de cuidados diferenciados (AS PT2).

(...) Em termos de respostas, identificamos algumas com impacto positivo, como os serviços de reabilitação criados, os programas de apoio aos doentes desenvolvidos, algumas parcerias com instituições, associações e familiares dos doentes; o reforço na área comunitária e alguns investimentos na área da saúde mental (AS CV3).

(...) As respostas nos cuidados de saúde mental vão desde de criação de centros de saúde mental na comunidade, serviço de hospital de dia, serviços de crise, serviços terapêuticos residenciais supervisionadas e serviços de saúde domiciliar que permitem as pessoas com perturbações mentais continuarem a receber apoio e tratamento na comunidade visando a promoção e integração social (AS PT1).

Percebemos que as respostas dirigidas aos doentes mentais no processo de reabilitação psicossocial são essenciais bem como as articulações com outros serviços e os dos cuidados de saúde primários.

### **Categoria 3: Respostas existentes- Integração**

Nesta categoria, buscou-se perceber, se os profissionais identificam necessidades de haver outras respostas além das já existentes, na qual foram mencionadas anteriormente, afim de, apoiar os doentes mentais no processo de reintegração social.

(...) Ainda faltam respostas mais abrangentes, com maior capacidade de integrar doentes complexos (particularmente doentes com duplo diagnóstico), de carácter reabilitativo. Absolutamente fundamental dotar as equipas comunitárias de saúde mental de mais técnicos da área social, de enfermagem, psicologia e terapia ocupacional. Temos de deixar de olhar para as respostas da saúde mental como estanques, mas sim respostas mais

flexíveis, que vão de encontro às necessidades da pessoa com doença mental e não às necessidades dos serviços (AS PT2).

(...) É preciso reforçar as respostas de saúde mental ao nível dos cuidados continuados, reforçar a área de intervenção comunitária no sentido da reabilitação psicossocial dos doentes com perturbação psiquiátrica. Também, é preciso melhorar as respostas que são dirigidas aos doentes e aos seus familiares- respostas sociais, económicas e comunitárias, que lhes possibilitem ultrapassar as enormes dificuldades com que se deparam (AS PT1).

(...) É preciso desenvolver mais as estratégias de assistência ao doente mental e família previsto no Plano de Saúde Mental, apostar na literacia em saúde mental, no sentido de incentivar procura de ajuda e reduzir o estigma, investir em estratégias de promoção da saúde mental na comunidade e em parcerias com outras instituições e organismos. Há necessidade de alargamento das respostas na área de saúde mental a todo o território nacional (AS CV1).

(...) É importante que sejam planeados e realizados estudos que permitam a caracterização das condições de vida dos doentes que sofrem de perturbações mentais e das suas famílias, delinear um plano de monitorização das consequências do empobrecimento, do desemprego, da precariedade laboral ao nível da Psiquiatria e Saúde Mental. Que sejam incentivadas as parcerias com associações de familiares e utentes; o reforço da área comunitária e o investimento na área da saúde mental (AS CV3).

Nos discursos dos participantes percebemos que ainda faltam respostas a nível de saúde mental, onde, entendem que reforçar profissionais, envolver a família, a comunidade e estabelecer articulações com outros organismos são elementos essenciais para promoção da saúde mental e reintegração social dos doentes.

#### **Categoria 4: Parcerias/Trabalho em Rede**

Sobre as parcerias que contribuem no processo de intervenção juntos dos doentes mentais, que permitem a prestação e acessibilidade nos cuidados de saúde mental, foram elencadas algumas por parte dos profissionais entrevistados.

(...) As parcerias são as formais, através de mecanismos definidos, seguindo uma rede de referência de psiquiatria, rede social, sector social. Passa também pelas redes informais de parceria que se vão estabelecendo com os colegas das diferentes instituições, baseando na premissa fundamental que é a multidisciplinaridade (AS PT2).

(...) Trabalhamos em parcerias, através de redes de cuidados continuados, parceria junto das juntas de freguesias, MSSS, CM, a própria comunidade, associações e outros organismos, mediante as necessidades identificadas e projetos traçados. As parcerias são boas e contribuem na reabilitação psicossocial dos utentes com doença mental (AS PT1).

(...) Para uma maior abrangência dispomos igualmente de parcerias com várias instituições, como CM, Ministérios, CS, CV, CE, pessoas individuais e coletivas que se solidarizam por iniciativas próprias, ONG, familiares dos doentes, entre outras. Por vezes as parcerias são estabelecidas por iniciativa própria do Serviço Social (AS CV1).

Verificamos que as parcerias existem e tem impacto positivo em termos de respostas no âmbito da promoção da saúde mental, com o intuito de responder às diversas problemáticas que possam surgir no processo de intervenção na área. Entendemos que nestas parcerias se deve intervir para além de uma perspetiva psicossocial, uma perspetiva ecobiopsicossocial, de relação da pessoa com o meio envolvente em todas as dimensões. Através do trabalho em equipa e em parceria com outras instituições da comunidade a resposta deve fazer-se de forma integrada.

### **Categoria 5: Instrumentos Técnicos Operativos**

Os instrumentos técnico-operativos são meios pela qual se realizam as ações de trabalho na prática profissional, sendo elementos mediadores e potencializadores do trabalho.

(...) Os instrumentos e procedimentos técnicos são importantes na prática profissional, permitindo fortalecer canais de participação (...) destacam-se a observação participante, afim de conhecer a realidade, acolhimento social, a entrevista psicossocial, diagnóstico de necessidades, entrevista de ajuda individual/coletiva, empowerment/capacitação, modelo de intervenção por tarefa, comunicação intrainstitucional e articulação interinstitucional (AS PT2).

(...) Reconhecendo a importância dos instrumentos de trabalho, na minha prática profissional utilizo desde entrevistas nas suas variadas etapas, que permite os doentes mentais se expressarem sobre suas ideias e necessidades, dinâmicas de grupo, onde os doentes vivenciam situações parecidas, visitas domiciliarias permitindo conhecer a realidade do doente, relatórios sociais, onde constam as informações dos doentes e as intervenções feitas, entre outros (AS CV2).

(...) Sendo a área da saúde mental muito complexa, onde o público alvo apresenta inúmeras diversidades, é preciso ter em atenção os instrumentos de trabalho. (...) atendimento social e de grupo com a participação da família, livros de registos afim de partilhar as intervenções feitas ao doente para equipa, pareceres e relatórios sociais, visitas domiciliares e institucionais, acompanhamento social, reuniões para tomada de decisões importantes e outros instrumentos direto e indiretos (AS CV3).

Percebemos que os profissionais entrevistados têm conhecimento dos instrumentos técnico-operativos, bem como a noção da sua utilidade, permitindo perceber a dimensão das diversas possibilidades de intervenção. No entanto, a prática profissional está interligada com a políticas sociais da saúde e os instrumentos por si só não são suficientes sem que por parte do Estado essas políticas se coadunem com as necessidades destes indivíduos e suas famílias.

### **Categoria 6: Obstáculos na Reintegração**

A reintegração dos doentes mentais é uma questão importante, por isso, é preciso entender e identificar as dificuldades e os obstáculos nesse processo, acreditando que o doente mental tem um lugar na sociedade e que é importante reintegrá-lo.

(...) Um dos principais objetivos do dispositivo de saúde mental se refere à reinserção social dos doentes, por entendermos que faz-se necessário devolver o doente mental ao seio social, através do convívio com seus familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade, por meio da circulação e ocupação dos espaços sociais. Entretanto, nesse processo deparamos com muitos obstáculos, a começar pela parte das próprias famílias pela não aceitação/acolhimento dos doentes, pelos preconceitos, discriminação e estigmatização da loucura ainda enraizadas na sociedade e obstáculos na inserção no mercado de trabalho, contribuindo para uma maior invisibilidade social do doente (AS CV3).

(...) Enfrentamos muitos obstáculos na fase de reintegração do doente mental, por serem um público que historicamente foi excluído de todos os ambientes e destituído de seus papéis sociais. Deparamos com dificuldades a nível de sua reabilitação de forma a resgatar a autonomia, a subjetividade e a autoconfiança, a questão da exclusão social que os portadores de sofrimento psíquico sofrem no meio social, falta de ações no sentido de desmistificar a loucura, ao preconceito que o doente de saúde mental sofre, ao estigma da

doença mental que ainda está arraigado na sociedade, ao distanciamento criado pela comunidade e pelas famílias (AS CV1).

(...) Os obstáculos são inúmeros, pelo estigma que a própria doença mental carrega consigo, pela sua não aceitação e compreensão na sociedade. Encontramos dificuldades na capacitação das pessoas com doença mental, no estabelecimento de redes que as tornem capazes e estruturadas de forma a poder lidar com as adversidades que lhes são transversais como habitação, mercado de trabalho, acesso a formação profissional, acesso a atividades de voluntariado, acesso a medicação, a estabelecer relações íntimas, relações de amizade, autonomia económica, gestão da vida em geral (AS PT2).

Verifica-se a existência de obstáculos relacionados com o processo de reintegração do doente mental no seu meio, sendo familiar, social ou institucional. Ficaram evidenciadas a questão de rotulação e a existência dos estereótipos, preconceitos, estigma, em torno do doente mental. Torna-se imperativo acabar com a ideia que estes indivíduos são inaptos para a sociedade.

### **Categoria 7: Desinstitucionalização psiquiátrica**

A questão da desinstitucionalização psiquiátrica tem sido colocada entre as prioridades das políticas de saúde mental e defendidas por profissionais e instituições de atenção á saúde mental.

(...) O processo da desinstitucionalização das pessoas portadoras de transtornos mentais foi proposto pela Reforma Psiquiátrica, com o intuito de substituir os hospitais psiquiátricos por centros comunitários de atenção psicossocial, atendendo ás necessidades sociais dos doentes mentais. É um processo que trouxe transformações culturais, políticas e sociais na sociedade, que provocou desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos, onde a psiquiatria preconiza o tratamento extra-hospitalar, comunitário e com base territorial (AS PT1).

(...) Entendo que a desinstitucionalização se traduz num significado muito amplo, não sendo uma mera deslocação do doente do serviço psiquiátrico para a comunidade. Mais do que um tratamento ou uma adaptação, desinstitucionalização consiste em um crescimento da pessoa, onde, o doente é o verdadeiro protagonista do seu tratamento, na qual, ele passa a considerar os próprios pontos de força e de fraqueza, as oportunidades e os

aspectos problemáticos de sua vida pessoal, construindo assim as estratégias para sua vida (AS CV2).

(...) A desinstitucionalização pressupõe um processo que trás uma nova forma de entender a saúde e a doença mental. É uma forma eficaz de prevenção e controlo da doença mental, permitindo ao doente através da sua vida em comunidade, alcançar novos níveis de emancipação e liberdade e promover o seu bem-estar psicológico. Ela traz benefícios reais a nível do estado clínico, promovendo a autonomia e qualidade de vida dos doentes após serem “desinstitucionalizados” e permite o desenvolvimento de novos serviços na comunidade (AS CV3).

Através da percepção dos participantes, entendemos que a desinstitucionalização é um processo de cura, que assenta em dois paradigmas, no tratamento e no cuidado do doente mental no seu território e na maneira de superar os limites impostos, sendo um percurso na qual é oferecido aos doentes mentais a oportunidade de alcançar um novo “equilíbrio” existencial.

### **Categoria 8: Família- Papel-Apoio-Importância**

A família é um fator importante para o tratamento e reabilitação de um indivíduo que sofre de uma patologia, onde, ela desempenha um papel fundamental na reintegração do portador no seu meio social.

(...) A família tem um papel basilar no processo de tratamento e reabilitação do doente mental, por ser o seu primeiro elo de ligação. Ela deve ser considerada como uma colaboradora na resolução dos problemas que surgem e deve ser vista como parte responsável pela saúde de seus membros, necessitando ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar/curar. (...), a partir do momento em que ela se alia ao tratamento do paciente, ajudando no uso das medicações, no deslocamento às consultas, prestando apoio junto da equipa multiprofissional, supervisionando comportamentos de risco do doente, todos saem ganhando. O paciente adquire mais confiança no seu tratamento, em seus próprios familiares, tornando mais fortes os laços de pertença e companheirismo. Em termos de apoio, ela acontece, claro que não da forma como objetivamos, atendendo aos vários fatores, desde do estigma da doença, ao despreparo por parte da família, a não aceitação da doença, ao abandono e a falta de condições socioeconómicas (AS PT2).

(...) A família, em especial, é peça-chave tanto na prevenção como no tratamento e reabilitação da doença mental. Trabalhar com as famílias dos doentes mentais é de suma importância para o tratamento, onde o seu envolvimento proporciona melhores condições para a intervenção profissional. Em termos de apoio, ainda existem lacunas a serem trabalhadas, mas da experiência prática, a maioria das famílias estão presentes, respondem e apoiam. Acreditamos que a outra parte mantem-se ausente ainda, pela exaustão a que muitas vezes estão sujeitas sendo também uma parte sofredora. Nesse sentido é muito importante trabalhar não só o doente como a sua família, dotá-la de estratégias, promover alterações de comportamento e psico-educar para a recuperação da pessoa com doença mental (AS CV2).

(...) A família é sem dúvida um grande pilar no processo de tratamento e manutenção da doença mental, na qual ela exerce um importante papel na reintegração comunitária do portador de doença mental. Essa importância se caracteriza pela sua colaboração em muitos aspectos do tratamento, trazendo informações sobre o comportamento, sobre as dificuldades de adesão, os possíveis avanços ou recaídas. Ela deve ser reconhecida como uma valiosa colaboração, por ser evidente a evolução dos doentes mentais quando se têm o apoio da família. Em termos de apoio, podemos dizer que ela apoia, embora numa proporção inferior daquilo a que o doente precisa. O trabalho com as famílias é algo fundamental, sendo um grande desafio na qual enfrentamos enquanto profissionais, por isso, é fundamental trabalhar em conjunto, permitindo também dar o suporte a própria família, atendendo as elevadas exigências e aos desafios que a doença mental traz (AS CV1).

Foi unânime no discurso dos participantes que a família é fundamental no processo de tratamento da doença mental, sendo um importante interveniente na implementação do plano de reabilitação, e também um foco de atenção por parte dos profissionais atendendo ao elevado desafio que a doença mental coloca á vida familiar. Contudo, fica também patente que muitas vezes a família perpetua o estigma e preconceito face a estes sujeitos e nesse sentido importa que na planificação da intervenção com as famílias se esclareça e se informe sobre as diferentes situações a enfrentar e como agir em cada uma delas.

### **Categoria 9: Respeito pelos direitos Humanos**

O Serviço Social é entendido como uma profissão de intervenção que promove o combate ás desigualdades e injustiças sociais, no qual, fundamenta sua luta nas várias dimensões, principalmente na defesa dos direitos e igualdade de todos na sociedade.

(...) A questão dos direitos humanos na saúde mental deve ser tida em conta sempre e em todas as situações, uma vez que, por muito tempo, a pessoa com transtorno mental teve seus direitos humanos desrespeitados, sendo discriminadas, sofrendo preconceitos, estigma, sendo vítimas de maus-tratos em vários ambientes, como hospitalares e sociais, sofreram negligências, abandono por parte da família, entre outras violações. Os direitos humanos na nossa prática se coloca na garantia dos direitos fundamentais dos doentes mentais, na garantia do direito á saúde de qualidade permitindo que o seu acesso seja considerado como oferta obrigatória de um serviço e como parte da construção da vida e da história dessas pessoas que necessitam de cuidado e atenção para toda a vida (AS CV3).

(...) No campo da saúde mental, os indivíduos sofreram muitas violações de direitos com tratamentos desumanos, confinamento em hospitais psiquiátricos, nos quais permaneciam numa vida sem estímulos de desenvolvimento psicossocial. Ainda hoje, devido às más condições dos serviços públicos de saúde, onde o atendimento não chega a todos, existe essa violação de direitos. Por isso, trabalhamos com o paradigma de compreender a saúde mental como política de garantia de direitos e dignidade da pessoa com transtorno mental, cuja responsabilidade é de todos. O direito dos doentes mentais é tido em conta sempre na nossa prática profissional em diversas circunstâncias da vida dos doentes, como no processo da humanização dos serviços prestados aos mesmos, onde, é entendida como uma face da efetivação da conceção destes sujeitos como pessoas de direitos, cidadãos que gozam do estatuto de humanidade que deve pautar as relações sociais entre os seres humanos (AS PT1).

(...) Todos os dias a questão dos direitos humanos se coloca, nas mais variadas situações. A Lei de Saúde Mental é um exemplo disso. Aos poucos vamos trabalhando o melhor que se pode, tentando sempre não retirar nenhum direito ao doente e trabalhar no sentido do seu cumprimento. Entretanto, a questão da violação dos direitos dos doentes mentais é posta mais em causa quando não há aceitação e nem critica da doença por parte do doente, forçando muitas vezes a que o tratamento seja feito de forma compulsiva. Nessa perspectiva questionamos se não estamos ou não a violar os seus direitos. Contudo, acreditamos que não estamos a intentar contra os direitos dessa pessoa, e que devemos insistir no tratamento, não esquecendo que a área da saúde mental é uma linha ténue, onde, deve sempre prevalecer, acima de tudo, o respeito pelo outro e a dignidade no tratamento. Por tudo isso é fundamental fazer supervisão com a chefia, discutir os casos, partilhar e ter outros olhares,

sob pena de não correremos o risco de impor a nossa vontade sobre a vontade dos doentes (AS PT2).

Indiscutivelmente os Direitos Humanos, são direitos fundamentais de qualquer pessoa, sem distinção. A relevância desses direitos ficou evidente nos discursos dos participantes, onde, os incluem nas suas práticas profissionais e entendem que se faz necessário entender que as pessoas com transtorno mental devem ter os seus direitos respeitados e assegurados, não sendo alvos de discriminação ou violência.

### **Categoria 10: As equipas multidisciplinares**

O Código de Ética do Assistente Social e a Lei da Reforma Psiquiátrica, destacam a necessidade de se enfatizar a interdisciplinaridade na atuação profissional, permitindo uma prestação integral da saúde mental ao doente, rompendo assim com a fragmentação do atendimento, acreditando que o trabalho numa equipa multidisciplinar proporciona uma intervenção mais adequada e diversificada.

(...) Trabalhamos sempre em equipa, por entendermos que trabalhar numa equipa multidisciplinar é essencial na intervenção junto das pessoas com problemas mentais, permitindo ao mesmo tempo misturar saberes e preservar a particularidade de cada profissão. Possibilita responder melhor às necessidades dos doentes mentais, de forma mais completa e mais articulada. Ela também possibilita uma intervenção integrada e holística em consonância com a nova conceção da saúde mental, onde o doente mental passou a ser prioridade (AS CV1).

(...) Na nossa prática profissional trabalha-se em equipa, pois entendemos que o profissional precisa articular, não somente com a categoria profissional, mas também com uma equipa multidisciplinar, permitindo ampliar a nossa visão crítica acerca do processo de trabalho em saúde mental e da realidade social do doente mental. Trabalhar em equipa multidisciplinar permite-nos construir uma resposta mais integradora á situação dos doentes mentais, sendo sem dúvida uma mais valia na construção e apoio do plano de reabilitação do doente mental. Ela é articulada em função de diversas ações realizadas, através de uma atenção integral as necessidades dos doentes mentais, na interação de saberes e de relacionamento e na comunicação e consenso entre os profissionais (AS PT1).

(...) O trabalho em equipa é uma prática na nossa intervenção, onde, a comunicação entre os profissionais faz parte do nosso quotidiano. Esse trabalho permite-nos ter olhares

diferenciados para um determinado processo até uma possibilidade de ganho na qualidade e eficiência da resposta. Nós trabalhamos em articulação com as redes primárias e secundárias, no sentido de obter uma intervenção mais adequada, permitindo identificar precocemente vulnerabilidades dos doentes mentais. Numa abordagem em equipa conseguimos ter outras perspetivas que muitas vezes não conseguimos observar com uma intervenção individual (AS CV2).

Nos discursos dos participantes, percebe-se que os mesmos atuam em equipas multidisciplinares e privilegiam essa forma de intervir, pois, acreditam que através da interconexão entre os vários saberes e práticas, chega-se com mais abrangência a resolução dos problemas que afetam os portadores de transtorno mental. O trabalho interdisciplinar implica alguns desafios, como as relações de poder, onde, muitas vezes a complementaridade versus a especificidade de cada profissão é contestada, trazendo algumas ruturas na equipa o que remete para a necessidade de cada profissional ter clareza em relação às questões que competem à sua atuação no trabalho.

### **Categoria 11: Gestão dos Processos- Autonomia Institucional**

Entendemos que a questão da autonomia dos profissionais de Serviço Social nos diferentes espaços socioinstitucionais que ocupam é um dos fatores que influencia a sua práxis profissional.

(...) Sim, tenho autonomia técnica, na fase da avaliação, no diagnóstico e no desenvolvimento de plano de intervenção e sua aplicação. Essa autonomia é nos dado como um direito na Lei de Regulamentação da Profissão e no Código de Ética. Entretanto, é uma autonomia integrada numa equipa multidisciplinar, por acreditarmos que ter autonomia profissional é estabelecer relações numa perspetiva de mão dupla, implicando tomada de decisão, iniciativa, responsabilidades de forma partilhada na resolução dos problemas. Alguns limites identificados têm a ver muitas vezes com as competições existentes dentro da instituição e com os próprios aspetos legais éticos e práticos da nossa profissão (AS PT2).

(...) Na minha prática profissional posso dizer que tenho autonomia, onde, tenho segurança e liberdade para tomar iniciativas e decisões diante de qualquer situação que surge. Essa autonomia não acontece de forma independente, com um agir isolado e sim numa visão interdisciplinar junto da equipa de trabalho. Também ela não é

atingida na sua plenitude, atendendo aos fatores internos e externos da nossa profissão que muitas vezes limita a nossa autonomia, ao descumprimento de alguns acordos, a recusa na prestação de ajuda por parte de outros e nas falhas existentes nos canais de comunicação que muitas vezes é evidenciada a nível institucional (AS CV3).

(...) Possuo autonomia na minha intervenção profissional, por acreditar que é uma condição essencial para lidar com a realidade no campo da saúde mental e não só, onde, traz felicidade na conquista de bons resultados. Sendo o Serviço Social uma área de conhecimentos próprios, ela permite ter um campo de atuação autónomo. Contudo, existem alguns limites institucionais, nomeadamente quando deparamos com a obrigatoriedade em submeter-se às normas estabelecidas pela instituição, fazendo com que haja uma diminuição da nossa autonomia sobre a equipa, afetando muitas vezes as atividades desenvolvidas e trazendo impactos na intervenção (AS CV1).

Os profissionais participantes desse estudo, consideram ter autonomia nas suas práticas profissionais e estão cientes das limitações que muitas vezes põem em causa a sua aplicação. Essa autonomia é vista não de forma individual, mas sim numa perspetiva interdisciplinar, por defenderem que agir com autonomia, exige uma visão de interdependência, permitindo reconhecer os seus próprios limites e intervir de forma mais abrangente.

### **Categoria 12: Reabilitação, Reintegração e Acompanhamento**

A reabilitação, reintegração e acompanhamento das pessoas com doença mental, são fatores que favorecem a recuperação dos mesmos, através de respostas diferenciadas promovendo a autonomia, a integração comunitária e social.

(...) A gestão dos processos de reabilitação e reintegração dos doentes é feito em articulação com outros serviços através de um modelo intervenção integrado envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Em relação ao acompanhamento ele é realizado através dos serviços de cuidados continuados integrados que são estruturas criadas para dar apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar. A integração é feita de forma colaborativa com todos os intervenientes que fazem parte da rede de suporte formal e informal de cada utente, para que a reabilitação do doente aconteça de forma efetiva (AS PT1).

(...) A reabilitação dos doentes mentais é assegurada por equipas, constituídas de modo multidisciplinar, pelos serviços regionais de saúde, centros de saúde, serviços de apoio sociais, serviços de ação médica nas áreas de urgência, consulta, hospital de dia e com outros serviços de apoio geral nas áreas de saúde ou de cariz social. A fase da reintegração é feita através da articulação com as demais instituições dos sistemas sociais e de saúde, através de redes de suporte, coordenação a nível local tendo como principais objetivos, promover o processo de reabilitação, dando apoio, acompanhamento de forma a assegurar o tratamento por parte dos doentes (AS CV3).

(...) O processo de reabilitação funciona em colaboração com estruturas de saúde, ONG, unidades ocupacionais e diversos espaços de reabilitação profissional. Ela baseia-se na convicção de que é possível ajudar os doentes mentais a ultrapassarem as suas limitações causadas pela sua doença, através da aprendizagem de competências e de novas capacidades. A integração começa primeiro pela sensibilização da comunidade para a aceitar e diminuir as barreiras que a sociedade coloca à sua integração, na escola, no emprego, nos grupos sociais e de lazer e na família. O acompanhamento é feito através da monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados prestados, promoção da formação profissional, avaliação e controlo, o diagnóstico de necessidades e planeamento das respostas a fim assegurar o tratamento e a reabilitação de forma plena (AS CV2).

No que respeita a esta categoria, verifica-se que a reabilitação é percebida como um processo articulado, promovendo a reintegração dos doentes mentais, através de intervenções em equipas com um conjunto de respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social que são consolidados em cooperação com serviços diferenciados proporcionando um acompanhamento integrado até ao seu completo restabelecimento.

### **Categoria 13: Obstáculos /Desafios à Intervenção**

O Serviço Social vem enfrentando novos desafios com as questões sociais, nos vários campos e áreas de atuação profissional bem como na saúde mental. Nesse processo os limites são muitos e os desafios são constantes.

(...) Os desafios são muitos na busca de conseguir respostas adequadas às necessidades de cada doente. Enfrentamos obstáculos a nível dos serviços comunitários que têm mostrado alguma fragilidade institucional, existe ainda alguma burocratização nos processos de intervenção, falta de acolhimento por parte dos familiares, alguma inconsistência no suporte de uma rede de serviços bem articulada. Deparamos com desafios na gestão das frustrações

dos doentes que são re-internados com muita frequência e no trabalho com doentes com duplo diagnóstico em que as respostas ainda são mais complexas e os doentes também (AS PT2).

(...) Os desafios se prendem com a desigual distribuição dos serviços de cuidados de saúde mental entre as regiões do país, combinado com uma lacuna existente no tratamento. Ainda, não há um bom grau de integração entre a atenção básica e as equipas de saúde mental. O combate ao estigma tem sido um dos nossos grandes desafios, sendo que a doença mental ainda é encarada de forma discriminatória, trazendo impacto nos ciclos de convivência social (AS CV1).

(...) Enfrentamos muitos desafios, nomeadamente a nível de inserção dos doentes mentais no mercado de trabalho atendendo ao estigma da doença mental que ainda é um fenómeno inegável mesmo entre profissionais da área da saúde mental, entre os próprios doentes e famílias o que acarreta graves consequências no processo de inserção social. Integrar os doentes mentais na comunidade de forma plena tem sido um dos caminhos a percorrer. Ainda existe falta de conhecimentos sobre a área da saúde mental sendo um condicionante, existência de preconceitos e também enfrentamos uma sociedade pouco flexível com esta área de saúde (AS CV2).

Entende-se que, apesar das evoluções na área da saúde mental, a intervenção nesta área ainda apresenta alguns condicionantes, limitando laços relacionais dos doentes mentais e delimitando as possibilidades de apoio social e afetivo dos mesmos. Nota-se que os profissionais entrevistados reconhecem a existência desses limites, exigindo assim um trabalho contínuo, através de utilização de estratégias globais que envolvam os doentes mentais, os familiares, o poder público e a sociedade em geral.

#### **Categoria 14: Políticas de Proteção Social, Políticas de Saúde mental**

As Políticas Nacional de Saúde Mental compreendem estratégias e diretrizes adotadas por cada país, com o objetivo de organizar o tratamento e assistência aos pacientes e seus familiares na área de Saúde Mental. Quisemos saber a percepção dos Assistentes Sociais entrevistados sobre os cuidados ao nível da saúde mental tendo em conta as políticas de saúde e de proteção social na área da saúde mental de acordo com as suas realidades.

(...) Os cuidados de saúde mental no país evoluíram muito tendo em conta as políticas de proteção, contudo, ainda existem algumas insuficiências, nomeadamente a nível do reforço

técnico nas equipas, flexibilidade nos ministérios na criação de respostas integradas, com diversos parceiros, despreparo por parte de alguns profissionais que trabalham nos cuidados de saúde primários. Ainda o acesso a consulta é lento, alguns medicamentos despendidos têm custos elevados, não sendo garantidos de forma gratuita ou a preços mais acessíveis e ainda existem poucos projetos reabilitativos. As políticas ainda demonstram falhas no trabalho junto da sociedade em geral, pois a própria sociedade não está capacitada para lidar com a doença mental, prevalecendo o estigma e preconceitos (AS PT1).

(...) Mesmo após mudanças e conquistas, ainda há muitas lacunas a serem preenchidas nas políticas de proteção na saúde mental, sendo visível essa falha no aumento do número de casos de pessoas com transtornos mentais. Há que criar condições para melhorar o acolhimento psiquiátrico do paciente, promover inserção de equipa multiprofissional, intensificar o controlo do tratamento realizado pelos pacientes psiquiátricos, promover medicações psiquiátricas etc. É preciso melhorar a assistência, atenuar o preconceito dos profissionais e dos doentes, reforçar programas para manter a continuidade dos tratamentos e qualificar os profissionais mediante a troca de experiências e compartilhamento de saberes (AS CV3).

Percebemos que para os participantes deveria haver mais esforços na implementação de uma política de saúde mental que consolide a atenção nos cuidados de saúde mental e que de fato, promova mudanças, com leis que protejam os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial para um modelo com base comunitária.

### **Categoria 15: Covid 19**

A pandemia que atravessamos trouxe mudanças nas mais variadas esferas da vida das pessoas, seja individual, profissional ou social, com impacto em uma série de fatores. Atendendo as transformações no modo de viver impostas pela Covid 19 e suas consequências para a saúde mental, através desta categoria quisemos perceber os efeitos da pandemia e como se criaram estratégias para dar resposta a este desafio.

(...) A pandemia trouxe impacto sim na intervenção junto dos doentes mentais, onde reunimos esforços focados em fornecer prevenção e rastreamento, mantendo a continuidade do tratamento e garantir acesso a outros serviços, dando orientações necessárias. Mas, entendendo que não se pode descuidar das doenças de pacientes mentais e da parte da saúde mental das pessoas implementamos diferentes medidas com existência de várias respostas

nesta pandemia, no qual permitiram dar respostas de saúde mental que ajudaram a prevenir os seus impactos, bem como a implementar programas de deteção precoce e tratamento (AS PT2).

(...) Como sabemos, sociedades inteiras foram severamente afetadas com a pandemia e não fugiu a regra no campo da saúde mental. Trouxe uma situação de medo, de ameaça constante, onde muitas vezes ficamos sem saber o que fazer, com medo de não haver medicamentos, de haver aumento de ansiedade, estresse por parte dos doentes. Mas não paramos o nosso trabalho, tendo sido feito no sentido de passar informações precisas e atualizadas sobre estratégias para mitigar os riscos da doença, dar apoios precisos de forma a manter hábitos saudáveis preservando a saúde, implementamos medidas consideradas cruciais para limitar a propagação do vírus e não haver repercussões a nível de tratamento e principalmente de evitar a interrupção no acompanhamento de doença mental (AS CV1).

Ficou patente nos discursos dos participantes, que a pandemia do COVID-19 trouxe desafios sociais e de saúde sem precedentes, para todos, e em especial para as pessoas com doenças mentais, havendo necessidade de planear e executar cuidados essenciais em vários níveis e assim minimizar os resultados adversos dessa pandemia para essa população vulnerável.

#### **4.2- Discussão dos Resultados**

O processo de saúde-doença, de acordo com a época, assume formas variadas de compreensão e tem sido definida de muitas maneiras por pessoas individuais, profissionais e diversos autores, viabilizando o surgimento de modelos explicativos que sublinham diferentes teses a esse respeito.

Sobre a saúde mental, a perceção é subjetiva, porém, através deste estudo pôde-se verificar que os entrevistados a percebem como uma realidade que permite que uma pessoa consiga estabelecer relações interpessoais, intelectuais e encarar desafios no seu ambiente sociocultural, com uma participação ativa e produtiva, contribuindo assim, para o seu bem-estar e para sua comunidade. Não obstante ás realidades vivenciadas pelos participantes, nota-se que as suas conceções estão influenciadas pela definição da OMS sobre saúde mental.

Lembramos que a OMS define Saúde Mental como um estado de bem-estar subjectivo que permite que o indivíduo acredite nas suas capacidades de comunicação e de relacionamento interpessoal, aumentando as suas habilidades na vida pessoal e social, bem como, autonomia de superar desafios, com uma auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa, ajustando os seus comportamentos á realidade (OMS, 2001).

Entendemos que é importante definir a saúde mental e conhecer as suas principais características. Essa opinião é reforçada pela autora Fazenda (2008), que realça a importância de entender e de explorar o conceito de saúde mental tendo em conta a sua carga pejorativa e os mitos associados.

Com relação à concepção da doença mental os profissionais participantes relacionam-na a questões ligadas a distúrbios de pensamento e de comportamento, à forma como uma pessoa interage com os outros e responde aos desafios do seu meio e do seu quotidiano.

De acordo com Fazenda (2008), a doença mental resulta de fatores biológicos, psicológicos e sociais, na qual, provoca mudanças na maneira de pensar e de refletir e também se caracteriza pela deterioração do funcionamento psicológico e social.

Entendemos que os sentidos atribuídos pelos profissionais entrevistados sobre saúde e doença mental estão interligados entre si, sendo ambos entendidos como um estado que permite a uma pessoa desempenhar os seus papéis sociais, de trabalho ou familiares.

Em termos de intervenção, percebe-se que a área da saúde mental apresenta muitos desafios profissionais, sendo entendida como algo que deve ir mais além, onde, o profissional no âmbito da sua intervenção exerce atividades de diversas naturezas, desde acolhimento, diagnósticos, assistência humanizada e diferenciada, monitoramento, reabilitação social, garantia dos direitos, análise de competências e vulnerabilidades e intervenção na família.

Segundo Machado (2009) o assistente social na saúde mental enfrenta muitos desafios e tem uma contribuição singular para o campo da Saúde Mental, com base no Código de Ética profissional e na Lei de Regulamentação da profissão, onde, formula e implementa propostas de intervenção que contribuem para a cidadania, através de um olhar crítico sobre o doente de Saúde Mental e seus familiares.

Em relação às respostas existentes percebe-se que elas existem e são consideradas importantes, que provocam mudanças significativas na reabilitação e integração das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Em Portugal, segundo Alves (2001), houve mudanças no sentido de dar respostas aos serviços de assistência aos doentes mentais, garantindo assim a melhoria da qualidade de vida dos mesmos e minimizar o seu peso social. Palha e Costa (2015), citam o Plano Estratégico implementado para a saúde mental, que veio com propostas de melhorias na qualidade dos serviços de saúde mental e orientações aos organismos que trabalham na saúde mental, visando o seu bom funcionamento e o bem-estar dos utentes durante o período do internamento.

Em Cabo Verde, segundo Fereira (2014), existem poucas respostas aos cuidados e promoção da saúde mental. Contudo, através de uma Política Nacional de Saúde o país apresentou o Plano Estratégico para Saúde Mental com propostas a nível dos serviços de cuidados de saúde mental que garantem a qualidade de vida dos portadores de doença mental.

Em termos de articulação, a resposta existe em ambas as realidades, e é entendida como uma mais-valia, junto dos outros serviços, ministérios, organismos públicos e privados, com efeito nas respostas aos doentes mentais, às suas famílias e a outros cuidadores dos mesmos. Palha (2016), comprova esta afirmação, sobre a importância de trabalhar de forma articulada na saúde mental, afirmando que, é uma intervenção que exige uma articulação com outros setores de forma harmoniosa e complementar.

Apesar das respostas existentes e identificadas, percebemos que está subjacente nos discursos dos profissionais a preocupação de haver mais respostas qualificadas aos portadores de transtorno mental no contexto hospitalar. Está implícita a melhoria das condições que rodeiam as instituições e as equipas e uma intervenção a nível comunitário, articulação com outros serviços de saúde hospitalares e do setor primário e demais serviços que atuam no domínio da saúde mental, as famílias e associações. Esta qualidade de vida é estendida a todos aqueles, que, devido às suas funções ou laços, tenham proximidade direta ou indiretamente com os doentes mentais. Esta linha condutora de preocupações no que

respeita à resposta de saúde mental, é partilhada por todos os profissionais participantes do estudo, ou seja, os de Portugal e Cabo Verde.

Tal como refere Esteves (2011), o campo da saúde mental tem características múltiplas, no qual exige uma resposta holística e respostas multidisciplinares, com propostas de intervenção mais coerentes e eficazes, privilegiando a participação de todos os agentes.

Falando das parcerias no processo de intervenção juntos dos doentes mentais, entendemos que a prática profissional dos assistentes sociais na área da saúde mental não deve ser sustentada apenas na assistência, mesmo que acolhedora e humanizada, mas sim articular com todos os serviços disponíveis permitindo contruir espaços que possibilite uma atenção integral em todos os âmbitos.

Considerando o estudo feito, o trabalho em parceria é uma realidade nas intervenções com os doentes mentais, onde, tal como foi mencionado o processo de trabalho em saúde mental requer práticas pensadas e praticadas em conjunto, com vistas a promoção, proteção e reabilitação dos doentes mentais. Foram identificadas parcerias desde de redes informais, Ministérios, Camaras Municipais, Associações, centros de saúde e de emprego, pessoas individuais e coletivas, a própria comunidade, entre outros organismos, mediante as necessidades identificadas e projetos traçados.

Amarante (2007), refere que o processo de trabalho na saúde mental pressupõe além de cuidar, escutar e resolver, requer uma atuação em articulação com outras rede e serviços, permitindo desenvolver e fortalecer laços de solidariedade, cidadania e democracia.

Falando dos instrumentos técnico-operativos, a sua utilização é entendida no quotidiano da prática profissional como elementos predominantes para o assistente social. O uso dos instrumentais técnico-operativos pode ser considerado uma estratégia para executar ações na prática profissional, como nos revela Martinelli (2009, p.13), refletindo o uso criativo do instrumental com o uso da habilidade técnica. O instrumental “abrange não só o campo das técnicas como também dos conhecimentos e habilidades”.

Os assistentes sociais participantes do estudo identificaram alguns instrumentos técnico-operativos utilizados nas suas práticas profissionais, nomeadamente, a observação participante, entrevistas, visitas domiciliaries, acompanhamento social, pareceres, relatórios

sociais entre outros. O seu uso não foge á regra no exercício profissional dos participantes do estudo, onde, pôde-se verificar a posse desse conhecimento, onde planeiam as suas ações, visando a mudança no campo de intervenção.

Em termos dos obstáculos no processo de intervenção com os doentes mentais, atendendo, percebe-se que, apesar dos avanços no entendimento e tratamento das doenças psiquiátricas ainda prevalecem alguns, dificultando a reinserção social dos doentes mentais e impedindo que os mesmos participem na vida social de forma ativa com usufruto dos seus direitos no âmbito da sociedade.

Lembramos que, para os autores Ganev e Lima (2015), a reinserção da pessoa com transtorno mental se desenvolve através do acesso ao trabalho e lazer, ao exercício de direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitário, permitindo o doente mental recuperar o seu convívio com seus pares com vistas a atingir um nível de funcionamento mais independente, tanto na família como na comunidade.

Os profissionais entrevistados reconhecem e identificam vários obstáculos á reintegração dos doentes mentais, nomeadamente, a questão cultural que é entendida como algo que está enraizado pela própria história da doença mental, a exclusão social principalmente a nível laboral, as atitudes estigmatizadoras e discriminatórias por parte da comunidade, a rejeição e humilhação demonstrada pela própria família, dificuldade no resgate da autonomia e acessos a direitos e possibilidades, a pobreza, déficite de moradia ou moradia precária, a falta de atuação políticas etc..

Outro fator descrito pelos profissionais, é o preconceito na aceitação dos doentes mentais nos espaços coletivos por entenderam que estes não seguem condutas socialmente estabelecidas. O distanciamento social também foi trazido pelos profissionais entrevistados como um fator que contribui para exclusão do doente mental no processo de trocas afetivas e sociais em seu meio.

Para Matos (2013), as questões da reintegração dos doentes mentais estabilizados e a continuidade da rede de cuidados são obstáculos com que se deparam quem lida com esta realidade. Entretanto, reconhece que o doente mental tem um lugar na sociedade e é importante reintegrá-lo, tornando necessário trabalhar nesse sentido.

A apresentação dos resultados obtidos com essa pesquisa, mostra que é preciso

evoluir em relação a esta temática, tanto na realidade portuguesa, como na realidade cabo-verdiana de forma a facilitar o processo de reintegração dos doentes mentais extinguindo os possíveis obstáculos que possa interferir nesse processo.

As atuais conjunturas portuguesas e Cabo-verdiana preconizam um novo modelo de tratamento no campo de saúde mental, para promoção, reintegração e inclusão social do portador de transtorno mental, tendo como princípio a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico. Pôde-se compreender que o processo de desinstitucionalização é entendido pelos profissionais participantes como uma forma de prestar assistência aos doentes mentais nos cuidados de saúde primários e ter outras respostas, como um meio que permite integrar o doente mental, apostando na sua reinserção contínua e na sua reabilitação junto da comunidade e no seio da sua família, fazendo com que este não perca os seus laços sociais e familiares.

Albuquerque (2012), vem reforçar esse pensamento afirmando que a ideia da desinstitucionalização assenta na reforma comunitária da psiquiatria, dando apoio ao doente mental através dos serviços comunitários e de apoio à sua reinserção social.

Os profissionais reconhecem a desinstitucionalização do doente mental e entendem-na como um processo que se caracteriza pelo envolvimento de novas conjunturas de vida para as pessoas com transtorno mental, bem como para seus familiares.

Uma dimensão considerada muito pertinente discutir e que foi abordada neste estudo é o papel da família no processo de reabilitação e integração do doente mental bem como a sua importância. Essa pertinência tem a ver com a mudança no modo de olhar e de se relacionar com a loucura, e a forma de se pensar a implicação da família nos cuidados com os doentes mentais.

Viana (2004), relembra que a própria história da doença mental, sempre mostrou a ausência da família na convivência e no cuidado do doente mental, trazendo implicações no tratamento que era dado ao doente mental.

Portanto, a família é apontada pelos profissionais participantes como sendo a maior parceira e a primeira opção de reinserção social dos doentes mentais, com uma imensa contribuição no processo de prevenção, reabilitação e inserção do doente mental, trazendo ganhos no próprio trabalho de intervenção dos profissionais.

O atual modelo comunitário proposto no cuidado da saúde mental exige que se deva reconhecer o papel que as famílias desempenham nos cuidados de saúde, sendo um ganho importante para o doente mental, para a família, para os profissionais de saúde e também para a sociedade em geral. Fica, também, evidenciado que, a família apresenta uma valiosa colaboração em conjunto com os serviços de saúde, no tratamento e reabilitação dessas pessoas, independente do contexto, neste caso Portugal e Cabo Verde. Apesar do reconhecimento da importância do papel familiar, ainda são identificadas algumas necessidades nesse âmbito, onde, é entendido que se deva focar atenção também na própria família, dando acolhimento e suporte no enfrentamento das dificuldades e mostrando a importância do seu papel na facilitação da inserção social do seu familiar.

Segundo Rosa (2008), têm-se dado um papel importante às famílias nos cuidados e apoio ao portador de doença mental, mas, reconhece a existência de algumas fragilidades nesse cuidado, por acontecer sem preparação, sem suporte e sem conhecimento sobre a doença mental.

Entendendo que, o avanço da atenção nos cuidados de saúde mental não se deva objetivar somente a desinstitucionalização dos doentes mentais, por meio da dissolução de hospitais psiquiátricos, redução do tempo internamento entre outras ações, considerou-se pertinente perceber a defesa dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico por parte dos profissionais participantes. De acordo com os resultados, a intervenção na área da saúde mental é direcionada na promoção e efetivação dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, considerando a sua marca sócio-histórica, pautada pela negligência, desumanização, preconceito, mitos, estruturada a partir do antigo modelo de assistência no campo da saúde mental.

De acordo com Dos Santos et al. (2017), os doentes mentais por muito tempo tiveram os seus direitos humanos violados e desrespeitados, nos diversos ambientes, como hospitais, família e comunidade e manifestada de várias formas nomeadamente maus tratos, negligência, exclusão social e abandono familiar.

Percebe-se que a intervenção em saúde mental por parte dos profissionais participantes é posta em prática numa perspetiva de garantia dos direitos dos doentes mentais, onde, têm o entendimento de que os mesmos, devem ter os seus direitos

respeitados e assegurados, não sendo alvos de discriminação ou violência. Acreditam que, com esta orientação, a pessoa com transtorno mental passa a ser alvo de estratégias de cuidado, promovendo mudanças na assistência em saúde e possibilitando a desconstrução de algumas ideias, como exclusão social e devolvendo-lhe o direito ao convívio social e a possibilidade de desenvolver a sua cidadania.

Compreendendo que a intervenção na área da saúde mental se deva pautar por olhares e práticas diferenciados, privilegiando uma intervenção holística e menos individualizada em termos de especialidades, foi também explorada a questão da multidisciplinaridade no processo de intervenção dos profissionais participantes. Essa intervenção acontece em interface com outras áreas de saber, por entenderem que permite construir respostas mais completas à situação dos doentes mentais e de forma articulada. Trabalhar numa equipa multidisciplinar é encarado por todos como um contributo essencial na construção do plano de reabilitação dos doentes mentais, numa troca recíproca. Enfatizam que a atuação em equipa possibilita trabalhar não só o tratamento da doença mental instalada, mas também a sua prevenção e reabilitação.

A área de saúde mental é entendida como um campo complexo, que apresenta diversos desafios, tornando necessário ampliar as perceções e abordagens terapêuticas. Do exposto, entende-se que, a flexibilidade de diferentes saberes numa intervenção é fundamental, sendo uma mais valia para todos os intervenientes, principalmente para os doentes mentais que são alvos de intervenção.

Contudo, essa atuação através da equipa multidisciplinar constitui um desafio para os intervenientes deste estudo, entendendo que é preciso trabalhar o aspecto da multidisciplinaridade para que a intervenção não se limite apenas á justaposição de várias especialidades, impossibilitando a coerência do trabalho da equipa, tornando inviável as intervenções. Essa visão de tratamento na saúde mental, constitui sem dúvida o ideal para os profissionais, mas, entendem que é importante que cada profissional respeite e conheça o espaço e as limitações de cada um, entendendo acerca das possibilidades terapêuticas de cada conhecimento específico. O trabalho dos participantes em equipas multidisciplinares é desenvolvido em articulação com as redes primárias e secundárias através de uma atenção integral ás necessidades dos doentes mentais, na interação de saberes e de relacionamento,

na comunicação e no consenso entre os profissionais.

O trabalho em redes proporciona melhores resultados quando se pode trabalhar com uma rede de relações primárias e secundárias, permitindo inserir sujeitos destinatários dos serviços e ter uma avaliação global dos serviços e dos recursos que existem na coletividade (Mioto, 2002).

Um dos objetivos desse estudo foi perceber a questão da autonomia relativa ao assistente social no espaço institucional no qual está inserido, bem como os fatores limitadores desta autonomia. No entendimento dos profissionais participantes, exercem suas profissões de forma autônoma por considerarem extremamente importante ter autonomia no seu contexto de trabalho. Essa autonomia é usada para projetar e realizar as suas ações e escolha dos instrumentos a que utilizam nas intervenções propostas e através de estratégias, alternativas para resolução de problemas.

Contudo, Vasconcelos (2002), considera que a autonomia pode ser entendida somente pela aceitação ou recusa do que se pede, pela priorização ou não de determinadas ações, mediante as justificativas de suas prioridades perante a liderança de sua unidade.

A autonomia identificada pelos participantes é entendida como um direito da própria profissão, estabelecida pela Lei de Regulamentação e pelo Código de Ética da Profissão. Contudo, existem implicações no processo de intervenção junto dos doentes mentais que incidem na autonomia relativa dos profissionais participantes. Isso deve-se ao facto de exerceram o trabalho dependente das normas e regras das instituições na qual pertencem e da necessidade dos demais profissionais para combinar e cooperar o processo de intervenção.

Reforçando essa perspectiva, Iamamoto (2009), realça que o assistente social não detém de meios financeiros, técnicos e humanos para à efetivação do seu trabalho de forma autônoma, dependendo de meios institucionais para exercer o seu trabalho. Entretanto, a mesma considera a necessidade de levar em conta as relações de forças existentes no quotidiano profissional, sendo elementos essenciais na definição da autonomia profissional.

No caso do presente estudo, foi possível identificar que a autonomia dos Assistentes Sociais apresenta alguns limites e condicionantes como interferências em termos legais,

éticos e práticos da profissão, normas institucionais, existência de competições, falhas na comunicação e a própria política de saúde mental.

Uma outra temática trabalhada no estudo realizado, foi a questão da reabilitação, reintegração e acompanhamento das pessoas com doença mental acompanhadas pelos profissionais entrevistados, por entendermos que são processos que devem ser levados em conta, uma vez que, a forma como cada um é desenvolvido tem implicações na recuperação dos doentes mentais. A Reabilitação é entendida pelos profissionais como um processo que oferece aos doentes mentais possibilidades de mudanças permitindo que os mesmos ultrapassem as suas limitações originadas pela sua doença, promovendo emancipação, redução da discriminação e do estigma, aprendizagem de competências social e individuais e de novas capacidades e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.

Segundo a OMS (2001), a Reabilitação Psicossocial inclui muitas vertentes no qual oferece as pessoas com perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível de potencial de modo a funcionar de forma independente na comunidade, favorecendo o desenvolvimento de competências individuais.

O processo de integração começa pela sensibilização da comunidade e da sociedade em geral, com o intuito de reduzir as barreiras que se colocam ao doente mental, facilitando a sua integração em vários espaços, como, na escola, no emprego, nos grupos sociais de lazer e na família. A integração dos doentes mentais, é vista como um meio que permite promover a autonomia e o exercício dos direitos, através do *empowerment* das pessoas que têm perturbações mentais e da advocacia junto da sociedade. Acontece através da criação de redes de suporte social que respondem e dão apoio às competências adquiridas pelos doentes e que precisam ser desenvolvidas e é apoiada pelos serviços de saúde mental nos cuidados primários, serviços baseados na comunidade e serviços hospitalares.

Segundo González (2010), a reintegração social, compreende uma pluralidade de intervenções tanto a nível terapêutico quando ao nível de treinamento, permitindo uma participação na sociedade e estabelecendo vínculos sociais de forma a reduzir as chances de reincidência. Ainda de acordo com esta perspetiva, a reintegração social inclui treinamentos e oficinas no nível ocupacional, programas de terapia e de prevenção de comportamentos antissociais, orientação, acompanhamento, intervenções familiares.

O acompanhamento foi entendido também como um processo que contribui para o tratamento e recuperação do doente mental, onde ele é feito por uma equipa multidisciplinar através de combinação de profissionais de diferentes áreas, por forma a garantir um tratamento completo e sistémico. Centra-se no doente, em articulação com vários serviços e outros setores, através da cooperação entre o Ministério da Saúde, Segurança Social, estruturas na comunidade e unidades residenciais e ocupacionais, ONG e diversos serviços de reabilitação profissional. Esse acompanhamento abrange também visitas domiciliárias para estabelecer a ligação terapêutica, psicoterapia individual e terapia de resolução de problemas, através da monitorização individualizada, sessões de formação e educação para as famílias nos cuidados domiciliários afim de melhorar os cuidados de crise e mostrar a importância da reabilitação e reintegração dos doentes mentais.

De acordo com Tavares (2010), o acompanhamento social configura-se como um processo onde o assistente social, constrói respostas referentes as situações identificadas junto dos doentes mentais através de um conjunto de estratégias e técnicas desenvolvidas, sendo um procedimento técnico que apresenta um caráter continuado, permitindo continuar o vínculo estabelecido com os profissionais.

Refletindo sobre a reabilitação psicossocial, a integração e o acompanhamento terapêutico dos doentes mentais nas práticas profissionais dos participantes do estudo, entendemos que são estratégias que potenciam e contribuem para o atual modelo de atenção aos cuidados de saúde mental, permitindo a garantia dos direitos dos doentes mentais principalmente no que tange à assistência e suporte social.

Entendendo que falar sobre os desafios e obstáculos no exercício profissional, remete para a dinâmica do quotidiano da prática profissional do assistente social, no presente estudo tentou-se perceber os obstáculos e os desafios no desempenho das suas funções. Foram mencionados a existência de alguns obstáculos importantes no âmbito das suas funções, nomeadamente défices nas respostas diversificadas, distribuição desigual dos serviços comunitários de cuidados de saúde mental, dificuldades no acesso e efetivação dos seus direitos, falta de oportunidades, prejuízo da autoestima, falta de suporte de uma rede de serviços, entre outros.

O estigma da doença mental, que se manifesta em várias dimensões da vida dos doentes mentais, no desempenho dos papéis sociais, na inserção no mercado de trabalho, acarretando graves consequências no processo de inclusão social, afetando o seu bem-estar e qualidade de vida, os estereótipos colocados pela sociedade fragilizando a sua capacidade e a competência e fazendo com que percebam mais fortemente a desvalorização, a discriminação e as barreiras colocadas pelas famílias a para a recuperação e para o convívio social, foram outros obstáculos apontados. A falta de preparo por parte da sociedade em entender a doença mental é um desafio a enfrentar por parte dos profissionais, onde, a escassez de conhecimentos nesta área tem sido uma condicionante, impedindo uma promoção e uma integração plena dos doentes mentais na sua comunidade.

É sabido que a proteção da saúde mental se efetiva através de medidas que contribuem para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, auxiliando no desenvolvimento das suas capacidades e na promoção de uma integração no meio social em que vivem. As medidas incluem ações de prevenção primária, secundária, terciária da doença mental e outras que possam contribuir para a promoção da saúde mental das populações.

Considerando a importância de haver políticas de saúde mental com medidas de proteção que consolidem um modelo de atenção à saúde mental, garantindo o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes mentais objetivou-se no presente estudo perceber se essas medidas se efetivam na prática, bem como os condicionantes atendendo as realidades abrangidas no estudo.

Percebemos que ambos os países desenvolveram esforços para melhorar os cuidados de saúde mental, através da criação de serviços comunitários de saúde mental, desenvolvimento de programas de assistência psiquiátrica que contribuíssem na prevenção, diagnóstico, terapia e reabilitação dos doentes mentais, e alguns recursos que foram componentes determinantes na melhoria da eficiência dos serviços de saúde mental.

Contudo, é entendido que a área saúde mental por ser vasta e complexa, depende de muitos fatores, daí são percebidas e identificadas algumas insuficiências na implementação das políticas de saúde mental por parte dos profissionais participantes. Identificamos insuficiências em termos das políticas públicas, a começar pela falta de articulação dos

serviços comunitários com os com serviços hospitalares, sendo os gerais e os psiquiátricos e com os cuidados primários, insuficiências de serviços de reabilitação que contribuem para a recuperação de pessoas com doenças mentais e para a sua integração social, segundo as capacidades de cada um. Reclamam por serviços hospitalares de psiquiatria e saúde mental que cubram todo o território nacional, sem assimetrias na distribuição de recursos a toda população.

Outras insuficiências prendem-se com a falta de recursos humanos, em todas as áreas ligadas ao campo de saúde mental, como, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros técnicos de saúde mental, falta de capacitação dos profissionais de saúde e melhorias na prevenção das doenças, na educação para a saúde mental e na luta contra o estigma. Não menos importante, são as barreiras no acesso aos medicamentos e outras decorrentes do mau uso destes.

Verifica-se em ambos os países uma direção um pouco oposta à reforma psiquiátrica, especialmente nas propostas de reabilitação psicossocial e de reinserção, que procuram garantir a autonomia e a cidadania de portadores de transtornos mentais e que são a tônica das políticas públicas de saúde mental.

Sabemos que a situação epidemiológica do COVID 19 teve um impacto significativo na vida social e da saúde das pessoas e claro trouxe desafios ao exercício profissional dos assistentes sociais, sobretudo aos que exercem as suas funções nos serviços de saúde. Embora não fazendo parte inicialmente dos objetivos do presente estudo, buscou-se perceber os efeitos sentidos com pandemia no processo de intervenção dos profissionais que atuam com os portadores de transtornos mentais e a forma como conduziram as suas intervenções.

Percebeu-se que pandemia impôs algumas reestruturações no exercício das suas funções, no processo de garantia e no acesso a cuidados, obrigando a reforçar as condições de acompanhamento das pessoas com doença mental e criando alternativas dirigidas aos mesmos e às suas famílias. Mesmo conhecendo de perto a realidade dos doentes mentais, foi um desafio diário, que exigiu ética, responsabilidade e compromisso, onde, no atual contexto surgiram diferentes iniciativas que não estavam previstas por entenderem que se tratava de algo fora do normal.

A atual pandemia exigiu respostas imediatas e adequadas, onde, houve uma resposta efetiva através de um trabalho em equipa que exigiu uma reorganização e uma nova forma de pensar nas atividades, através do fortalecimento das redes de comunicação, respondendo assim aos desafios que a pandemia provocou. Todo o trabalho foi feito sob as diretrizes da política de assistência social que teve um papel fundamental atendendo aos impactos sociais dessa pandemia.

Através de redes de comunicações elegeram-se prioridades nas intervenções, que permitiram primeiramente fortalecer as construções de equipas coletivas nos serviços que trabalham e fazendo articulações com colegas de outras instituições. A intervenção foi guiada no sentido de garantir aos doentes mentais o direito à assistência social, à segurança, acolhimento e tratamento.

Os profissionais participantes estão conscientes que são profissionais essenciais, que atuam em vários espaços sócio ocupacionais, que esta pandemia reforçou essa importância tendo sempre em conta o Código de Ética da profissão que enfatiza o dever do/da assistente social em ‘participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades e não perder o foco desse compromisso.

#### **4.3- Formação dos Assistentes Sociais para Saúde Mental**

O Serviço Social enquanto profissão inserida numa conjuntura sócio-histórica, tem como objecto de estudo e de trabalho as questões sociais e suas variadas determinações, que se manifestam como espaço socio-ocupacional da acção profissional (Iamamoto, 2008).

Os princípios como a liberdade, a defesa dos direitos humanos, a promoção da cidadania acompanharam a formação e a própria atuação dos profissionais de Serviço Social, no âmbito dos seus espaços ocupacionais.

A área da Saúde Mental é um dos espaços privilegiado de atuação profissional, no qual, emergiu sob influência da Doutrina Social da Igreja e do Movimento de Higiene Mental. De acordo com Rosa (2008), a questão social na saúde mental, manifesta-se através da exclusão social e do estigma aos portadores de transtorno mental.

Os assistentes sociais começaram a intervir na área da saúde mental a partir da década de 50, na década de 70, com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, houve um avanço significativo para o Serviço Social e para a área da saúde mental, onde, o portador de transtorno mental, passa a ser digno de receber uma atenção baseada em direitos sociais (Rosa, 2008).

As novas propostas trazidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, caracterizam-se em novo espaço de atuação sócio ocupacional para os assistentes sociais na Saúde Mental, passando os mesmos a desempenharem um papel fundamental nesses espaços (Bisneto, 2007).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe um novo olhar sobre a própria loucura e as formas de tratar o portador de transtorno mental, onde, surgiram novos acontecimentos que vieram somar na relação entre Serviço Social e saúde mental (Bisneto, 2007).

O referido Movimento, influenciou a prática profissional do Serviço Social, com outras orientações metodológicas, permitindo o trabalho profissional de forma efetiva nas múltiplas expressões da questão social no campo da saúde mental, no sentido de fortalecer a dimensão social da reforma psiquiátrica (Bisneto, 2007).

Segundo Fazenda (2008), através da sua formação, da sua experiência e da sua reflexão sobre a sua prática, os assistentes sociais foram ganhando espaço profissional no campo da saúde mental. Entretanto, a autora chama atenção que só se pode atuar de forma eficaz e com ética na saúde mental através de uma abordagem multidimensional, tendo presente as interações entre os atores e os níveis de intervenção necessários, como indivíduos, família, redes, organizações e políticas.

Percebemos que o Serviço Social acompanhou as mudanças ocorridas no campo da saúde mental, onde, houve ações inovadoras por parte da profissão neste campo. A sua trajetória foi-se desenvolvendo consoante as mudanças sociais, com o claro amadurecimento da profissão no seu projeto ético-político adotado.

Contudo, é importante frisar que a atuação do assistente social na área da Saúde Mental e não só, deve sempre seguir os princípios do seu Código de Ética Profissional, que contêm orientações fundamentais, como garantia dos direitos sociais, defesa da democracia,

a luta pela equidade e justiça social, o acesso universal dos bens e serviços; a defesa contra as formas de preconceito e o incentivo pelo respeito e diversidade.

Entendemos que houve atualização nos saberes e metodologias profissionais do Serviço Social na área de saúde mental, a articulação com outras categorias profissionais, ampliou a sua visão crítica acerca do processo de trabalho em saúde mental, no entanto consideramos que é necessária uma formação ao longo da vida que permita informar esta área e contribua para uma intervenção mais eficaz.

#### **4.4- Competências Transversais na área da Saúde Mental**

Ao abordarmos a prática profissional do assistente social é indispensável referir o seu papel transversal às áreas de intervenção, ajustando às políticas de proteção social, às equipas de trabalho, às redes de trabalho e às redes sociais na qual mantém uma articulação, sendo um recurso importante de apoio á intervenção social

O assistente social na sua atuação profissional num grupo, é um profissional detentor de um saber particular, onde, intervêm para resolver os problemas também particulares inerentes ao grupo de atuação. Neste sentido esse saber agir profissional, é um elemento essencial na sua identidade profissional, permitindo-o agir e reconhecer a sua serventia social, manifestando como sendo competências transversais na sua intervenção (Granja, 2008).

As competências transversais são componentes fundamentais da formação, relacionadas essencialmente às competências sócio emocionais e comportamentais, como, proatividade, assertividade, autonomia no trabalho em equipa, flexibilidade, planeamento, inteligência emocional etc. São consideradas transversais por serem competências necessárias ao bom desempenho profissional, independentemente da formação científica, no exercício de uma profissão (Granja, 2008).

Para Moreno (2006), as competências transversais complementam e permitem adaptar às várias situações nas diversas circunstâncias e no desenvolvimento do próprio profissional.

As mudanças ocorridas na intervenção, tem exigido da parte dos assistentes sociais

uma integração de saberes e práticas que permitam trabalhar o com doente na sua realidade social e no seu contexto familiar. Esse trabalho vai exigir que o profissional do Serviço Social adquira além das suas competências específicas orientadas pelo Código de ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão, outras competências transversais à sua área (Canhão 2005).

Para Bisneto (2007), o assistente social apresenta muitos desafios na intervenção com os portadores de transtornos mentais, onde, defende que o mesmo deve ir além do fator da doença, intervindo na relação do doente com a família, com a comunidade, com outras organizações e redes de suporte, através da sua capacidade crítica.

Ao Serviço Social vem sendo atribuído diferentes papéis e em vários contextos na saúde mental, havendo uma necessidade do profissional incrementar a sua intervenção constantemente de forma reinventada e transformada, através da sua prática reflexiva contribuindo assim para promoção e a proteção dos doentes mentais (Martins, 1999).

Segundo Iamamoto (2008) a transversalidade do profissional de Serviço Social permite uma atuação atenta sobre as questões sociais no mundo contemporâneo, tornando o profissional capaz de formular, avaliar e recriar propostas ao nível das políticas públicas e sociais, ter acesso às informações que permita uma posição crítica que invista na centralidade dos sujeitos sociais.

Sendo a área da Saúde Mental um contexto de permanente mudança, com múltiplos desafios torna-se percebe-se a necessidade de o profissional do Serviço Social adquirir outras competências que não sejam as específicas e sim as transversais para que o mesmo possa enfrentar os desafios inerentes à ao seu campo de atuação, além das competências específicas da área onde atua.

## CONCLUSÕES

A investigação que nos propusemos desenvolver iniciou com uma pergunta de partida, afim de entender as especificidades do Serviço Social na intervenção junto das pessoas com problemas de saúde mental e também teve como propósito trazer as diferenças e similitudes entre Portugal e Cabo Verde no âmbito da intervenção em Saúde Mental em contexto hospitalar.

Diante do exposto, ao longo do trabalho percebemos que o assistente social possui especificidades na sua intervenção na saúde mental, como a promoção, a defesa e a garantia dos direitos sociais das pessoas com transtornos mentais, bem como, de seus familiares.

A intervenção do Assistente Social no âmbito hospitalar, é fundamental, pois, é um profissional que está em contacto direto com o doente, com as famílias e com as suas realidades e que favorece um atendimento e uma intervenção humanizado, com foco nos interesses dos doentes mentais, colocando-os como protagonistas das suas vidas.

Atuar como um promotor da advocacia social é também uma das especificidades do assistente social no campo da saúde mental, onde, promove a participação dos doentes nas suas vidas, no seu meio social e serviços que tem acesso, na sua integração, no acesso a informação acerca de direitos/deveres e benefícios, de forma a assegurar que os mesmos possam manifestar-se, expressar as suas opiniões e defender os seus interesses, permitindo assim, uma maior compreensão das normas e rotinas não só dos serviços de saúde como outros que possam auxiliar no processo da recuperação e reabilitação.

Em termos de políticas de saúde mental identificamos que elas existem, e têm sido desenvolvidos esforços tanto em Portugal como em Cabo Verde para melhorar os cuidados de Saúde Mental, com estratégias e diretrizes específicas, mas com o objetivo comum de proporcionar assistência aos doentes mentais e seus familiares na área de Saúde Mental. Em Portugal houve uma tenção virada no primeiro momento no hospital e depois na comunidade e em Cabo Verde os avanços aconteceram nas várias fases distintas que o país passou, nomeadamente a fase colonial portuguesa (1460 a 1975), fase pós-independência e de regime de partido único (1975-1990), fase da liberalização do sector da saúde (1991) e a fase da introdução do sistema misto (público e privado).

Ainda dentro do campo das políticas de saúde mental, identificamos diferenças significativas nas realidades abarcadas, que estão ligadas a vários fatores, como a cultura, ao desenvolvimento de cada país e a própria implementação das políticas públicas. Não obstante às diferenças percebidas e identificadas, verificamos que existem fragilidades das políticas para ambas, com influências nas respostas sociais que vão ao encontro as necessidades dos doentes mentais e com limitações nas intervenções por parte dos profissionais.

O estudo permitiu conhecer o processo de intervenção dos assistentes sociais na saúde mental em contexto hospitalar, através das entrevistas aplicadas, onde, percebeu-se que o assistente social intervém junto do doente mental desde o momento da sua admissão, com a realização do diagnóstico social, articulação com os serviços sociais de proximidade, considerando os diferentes processos de intervenção e apoio social.

Através dos resultados obtidos, percebemos que, as intervenções dos assistentes sociais acontecem em interface com outras áreas de saberes, por reconhecerem a importância e a necessidade de um trabalho em equipa, no qual, permite fornecer respostas mais integrada e completa face à situação dos doentes mentais e construir um plano de reabilitação numa troca recíproca. A interdisciplinaridade é entendida como algo que enriquece a área do Serviço Social, atendendo aos inúmeros focos de intervenção dos assistentes sociais no campo da saúde mental através de uma abordagem mais ampla e mais flexível.

Vale realçar que as intervenções dos assistentes sociais também são articuladas com outras redes, através de parceria com instituições e serviços, como Ministérios, Camaras Municipais, Associações, centros de saúde e de emprego e através de pessoas individuais e coletivas, e da própria comunidade que têm efeitos nas respostas às necessidades dos doentes mentais e suas famílias.

Relativamente às respostas nos cuidados de saúde mental, identificamos que elas existem e têm impacto positivo nas intervenções dos assistentes sociais. Identificamos respostas como o modelo de atenção à saúde mental com base na comunidade, criação de unidades de psiquiatria dentro dos hospitais, criação de serviços terapêuticos, grupos de apoio e trabalho em redes de cuidados diferenciados, criação de serviços de reabilitação,

criação de centros de saúde mental na comunidade, serviço de hospital de dia, serviços de crise, serviços terapêuticos residenciais supervisionados, serviços de saúde domiciliar dentre outras. Contudo, apesar da existência das respostas existentes, realsamos que elas apresentam semelhanças e diferenças nas realidades abrangidas no estudo, onde, cada uma apresenta respostas de acordo com a sua política de saúde mental.

No âmbito dos dispositivos técnico-operativos, percebemos que o assistente social utiliza suas ferramentas necessárias nas suas práticas profissionais, possibilitando planejar as ações de intervenção. São utilizados instrumentos desde de observação participante, entrevistas, visitas domiciliares, acompanhamento social, pareceres, relatórios sociais entre outros.

O estudo mostrou também que existem obstáculos e desafios no exercício profissional dos assistentes sociais no âmbito hospitalar, designadamente falta de políticas específicas para intervenção na saúde mental, falta de recursos, falta de suporte de uma rede de serviços, falta de oportunidades no mercado de trabalho com repercussões no processo de integração social do doente mental, afetando o seu bem-estar e qualidade de vida, presença de estigmas e preconceitos sobre a doença mental na comunidade e na sociedade em geral que fragilizam a recuperação dos doentes mentais.

A família é um elemento considerado como primordial no processo de prevenção, tratamento, reabilitação e integração do doente mental, sendo encarada como uma aliada indispensável na assistência psiquiátrica, com funções importantes no acolhimento do portador de transtorno mental. De acordo com o estudo realizado, esse reconhecimento tem como base o próprio modelo comunitário proposto no cuidado da saúde mental, onde a sua participação é vista como um ganho importante para o doente mental, para a família, para os profissionais de saúde e também para a sociedade em geral. Contudo, ela continua sendo um desafio na prática profissional dos assistentes sociais, atendendo á exclusão, ao estigma e ao preconceito que a mesma manifesta aos doentes mentais repercutindo na reabilitação dos mesmos.

Porém, esse desafio é encarado de forma positiva pelos assistentes sociais por entenderem que cuidar do doente mental traduz-se numa sobrecarga á família, no qual muitas vezes não tem nenhum suporte e não está preparada para tal. Por isso, é entendida

que a intervenção deve abranger também a família, através de orientações corretas sobre a doença mental e fornecimento de acções e estratégias que promovam uma boa integração dos doentes mentais, seja no ambiente familiar ou social.

Entretanto, o estudo permitiu perceber que os obstáculos e desafios permanecem nas práticas profissionais, tanto dos assistentes sociais que atuam em Portugal como os que atuam em Cabo Verde. Mas, apesar das dificuldades, todas as ações dos profissionais são pautadas no código de ética da profissão e sempre voltadas ao bem-estar dos doentes mentais.

Durante o desenvolvimento do estudo houve a necessidade acrescentar a questão da situação epidemiológica que enfrentamos no atual momento, para perceber o seu impacto no processo de intervenção profissional na área da saúde mental no âmbito hospitalar. De acordo com os resultados obtidos ficou evidenciada que os efeitos da pandemia já se revelavam, e exigiu respostas imediatas e urgentes aos assistentes sociais que atuam na área. Apesar disso, constatou-se que houve uma reorganização de trabalho, e um fortalecimento das redes que contribui para dar respostas às necessidades dos doentes mentais em contexto hospitalar e suas famílias.

Em termos gerais podemos afirmar que os objetivos propostos para concretização deste trabalho, foram alcançados, o que permitiu uma maior reflexão acerca da intervenção do assistente social no campo da saúde mental, através de uma equipa multiprofissional. O trabalho também permitiu perceber as diferenças e similitudes entre Portugal e Cabo Verde no âmbito da intervenção em Saúde Mental por parte dos assistentes sociais em contexto hospitalar.

Não obstante aos trabalhos que os assistentes sociais têm desempenhado no campo da saúde mental, consideramos que ainda existe necessidade de haver novos debates sobre este tema, por ser uma área complexa que merece atenção afim de ser discutida. Essa discussão é extremamente importante para promover e fortalecer a integralidade no atendimento, no desenvolvimento da autonomia dos doentes mentais, com vista a haver uma participação da comunidade e, conseqüentemente haver uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos e superação de expressões da questão social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, Fátima (2001). Acção social na área da saúde mental. Lisboa: Universidade aberta.
- Alves, S. e Martins, B. (2009). Ser familiar do doente mental: ansiedade do cuidador. Revista Portuguesa de Enfermagem.
- Amarante, P. (2007). Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.
- Antunes, Teixeira Vânia (2013). Doença Mental: Perceção da Família. Dissertação de Mestrado em Educação Social, Bragança, Instituto Politécnico de Bragança.
- Albuquerque, A. (2012). A Discriminação do Doente Mental no Ocidente. Lisboa: Publinédita Unipessoal.
- Bardin, L. (2008). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Barrón, A. I. (1996). Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo Veinteuno. España Editores.
- Besteiro, S., Gil, C. M., Marin, R., (2003). Guia para Familiares de Doentes Mentais. Liboa, Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental.
- Binesto, José Augusto (2007). Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática - São Paulo.
- Borba, A., e Lima, M., H. (2011). Exclusão e inclusão nas sociedades modernas: um olhar sobre a situação em Portugal e na União Europeia. Serviço Social e Sociedade. São Paulo.
- Borba, L., Shwartz, E. & Kantorski, L. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental.
- Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>. Consultado em 13/03/20.
- Baptista, A. P. (2011). A integração do portador de transtorno mental na família. Monografia de Licenciatura- Universidade Jean Piaget, Santiago, Cabo-verde.
- Buss, Paulo Marchiori e Filho, Alberto Pellegrini (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.

Branco, Francisco e Fernandes, Ernesto, (2005). O Serviço Social em Portugal: Trajetória e Encruzilhada, Lisboa.

Carvalho, M. I. C. (2010). Serviço Social em Portugal: percurso cruzado entre a assistência e os direitos. Revista Serviço Social e Saúde. Unicamp Campinas.

Capucha, L. (1998). Exclusão Social e Acesso ao emprego: Paralelas que podem convergir. Sociedade e Trabalho, Lisboa.

Costa, Albanita Gomes da, e Ludemir, Ana Bernarda (2005). Transtornos mentais e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da Mata de Pernabuco, Brasil, Cadernos de Saúde Pública.

Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine.

Comissão das Comunidades Europeias (2005). Livro Verde: Melhorar a saúde da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas.

Dos Santos F. J. Marta (2017). A Prática Profissional do Assistente Social em contexto de cuidados de saúde primários infantojuvenis. Dissertação de Mestrado em Intervenção Social e Juventude em Risco de Exclusão Social, Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Esteves, Margarida Tomás (2011). Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas), Dissertação de Mestrado em Política Social, Lisboa, ISCSP.

Fachin, Odília (2017). Fundamentos da Metodologia Científica: noções básicas em pesquisa científica. 6. Ed. São Paulo: Saraiva.

Faustino M. (2008). Melhores Práticas em Saúde Mental. VIII Fórum A PONTE, Praia.

Fazenda, Isabel (2008). O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania. Lisboa: Climepsi Editores.

Ferreira, M. E., (2008). Cumplicidades e interações: contributos para uma análise da produção académica no período de 1936 a 1972. Intervenção Social, Lisboa.

Ferreira, Silves Daniel (2014). Avaliação das Necessidades, Incapacidade, Qualidade de vida e Satisfação com os Serviços de Indivíduos com Esquizofrenia em Cabo Verde.

Dissertação de Mestrado em Políticas e Serviços de Saúde Mental, Universidade Nova de Lisboa.

Foucault, Michel (1987). História da loucura. São Paulo: Edições Perspectiva.

Fonseca, J. J. S. (2002). Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza.

Ganev e Lima (2015). Reinserção social: processo que implica continuidade e cooperação. Serviço Social Saúde.

Gil, António Carlos (2007). Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas.

Gomes I. (2008). Melhores Práticas em Saúde Mental Transcultural. VII Fórum A PONTE, Praia.

Guadalupe, Sónia. (2010). Intervenção em Rede, Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Guadalupe, S. (2011). A família de pessoas com necessidades especiais e redes sociais, diversidades.

Guadalupe, Sónia (2001). Intervenção em Rede e Doença Mental. Disponível em: [http://www.cpihts.com/PDF03/Sonia\\_Guadalupe.pdf](http://www.cpihts.com/PDF03/Sonia_Guadalupe.pdf). Consultado em 03/20.

Guerra, Yolanda. (2001). As Racionalidades do Capitalismo e o Serviço Social, in Mouro, H. e Simões, D. (cord.) 100 Anos de Serviço Social. Coimbra: Quarteto Editora.

Gleitman, H. (2002). Psicologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Granja, B. (2008). Identidade e Saber. Dissertação de doutoramento em Ciências do Serviço Social Universidade do Porto.

Hespanha et al (2012). Doença mental, instituições e famílias: os desafios da desinstitucionalização em Portugal. Coimbra: Editora Almedina.

Hirdes, A., (2001). Reabilitação psicossocial: dimensões teórico práticas do processo. Erechim: Edifapes.

Iamamoto, M. V. (2008). O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez.

- Iamamoto, M. V. (2009). Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: Serviço Social: direitos e competências profissionais. In: Programa de Capacitação continuada para assistentes sociais. Brasília.
- Jara, J., (2002). Razão Reencontrada-Psiquiatria sem Estigmas. Coimbra, Edições Quarteto.
- Jara, José Manuel. (2006). Causas da Psiquiatria Questões de Saúde Mental. Lisboa: Caminho.
- Jorge, M. A. S. et al. (2003). *Textos de apoio em saúde mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Jones, K.E.; Purvis, A. e Gittleman J.L. (2003). Biological correlates of extinction risk in bats. *The American Naturalist*.
- Lima, Maria José Girão (2004). A prática do Assistente Social na área da saúde mental: uma análise centrada na cidadania dos usuários. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). UFPI, Teresina.
- Lavall E, Olschowsky A, Kantorski LP. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre.
- Livro verde (2005). Melhorar a Saúde Mental da população-Rumo a uma estratégia de Saúde Mental para a União Europeia.
- Marconi, Marina de Andrade, Lakatos, Eva Maria (2018). Metodologia do Trabalho Científico, 8ed. São Paulo: Atlas
- Machado, Scheffer Graziela (2007). A singularidade e a pluralidade do serviço social no processo de trabalho em saúde mental. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro.
- Machado, G. S. (2009). O trabalho do Serviço Social nos Caps. *Revista Textos & Contextos*.
- Manzini, E. J. A entrevista na pesquisa social. Didática, São Paulo.
- Mansfield, B. (2003). Competence in transition. *Journal of European Industrial Training*.
- Martinelli, Maria Lúcia. Serviço Social: identidade e alienação. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

Martins, Alcina (1999). Serviço social e investigação. Serviço social profissão & identidade, que trajectória? Lisboa/S. Paulo: Veras Editora.

Martins, Monica Regina (2013). O processo de desinstitucionalização psiquiátrica e o serviço social. In Nicacio, Erimaldo Matias, Bisneto, José Augusto. A prática do Assistente Social na Saúde Mental. Rio de Janeiro. Editora Ufrj.

Marques, S. P. J., (2002). A política de Saúde Mental como instrumento de promoção da qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia. Dissertação de Mestrado em psicologia e saúde. Faculdade de psicologia e de ciências da Educação, Universidade do Porto.

Marques, E., Mouro, H. Portugal, In: Campanini, A, Frost (2004). European Social Work, Commonalities and Differences, Roma: Caracci Editori.

Ménéchal, J., (2002). Introdução á psicopatologia. Lisboa, Climepsi Editores.

Matos, H. M., (2013). Serviço Social e Saúde Mental em Contexto Hospitalar. Dissertação de Mesendes Dos Santos Luísa Marta (2005). Mudanças Familiares ao ritmo da Doençs: as implicações da doença cronica na familia e no centro de saudetrado em Serviço Social, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

Mendes Dos Santos Luísa Marta (2005). Mudanças Familiares ao ritmo da Doençs: as implicações da doença cronica na familia e no centro de saude. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Universidade do Minho, Braga.

Mota, M. C de L., Rodrigues, C. M. B., (2016). Serviço Social e Saúde Mental: Um estudo sobre a prática profissional. In Ser Social, Brasília.

Moreno, J. C., (2012). Desenvolvimento Comunitário, Serviço Social e Mediação Social Papel do Assistente Social como Mediador Social no Processo de Desenvolvimento Comunitário. Dissertação de Licenciatura em Serviço Social, Universidade Jean Piaget de Cabo Verde.

Moreno, M. L. R. 2006. Evaluación, balance y formación de competencias laborales transversales: propuestas para mejorar la calidad en la formación profesional y en el mundo del trabajo. Barcelona: Laertes Educación.

Mouro, Helena, Simões, Dulce (2001) 100 anos de Serviço Social, Coimbra, Quarteto.

Minayo, M. C. S. (2010). Pesquisa comunitária: teoria, método e criatividade. Petrópolis.

Mioto, Regina Célia Tomaso (2002). O Trabalho em redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços, Katálysis V. Florianópolis.

Nogueira José Maria (2017). Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Fatores protetores e fatores de vulnerabilidade. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa.

Organização Mundial de Saúde. (2002). Relatório Mundial de Saúde 2001 - Saúde Mental: Nova compreensão, nova esperança. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo, Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.

Disponível em: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf).

Oliveira, A., e Azevedo, S. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

Ornelas, J. (2008). Suporte Social. In: J. Ornelas, Psicologia Comunitária. Lisboa, Portugal: Fim de Século Edições.

Palha, F. e Costa, N. (2015). Trajetórias pelos cuidados de saúde mental em Portugal: Parte I- O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes. Familiares/cuidadores e técnicos. Porto.

Palha, J., & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. Gazeta Médica, 3(2). Disponível em <https://doi.org/10.29315/gm.v3i2.110>

Pereira, Maria O. Et al. (2013). Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. Acta Paul Enferm.

Pichot, Pierre; Fernandes, Barahona (1984). Um século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal, Roche, Lisboa, 1984.

Portugal, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM>

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2000). Manuel de investigação em ciências sociais. 3ª Edição. Coleção Trajectos. Lisboa: Gradiva.

Queirós, C., Lopes, L., e Marques, A. (2010). Atitudes de Empregadores face à Doença Mental. Valladolid: III Congresso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicossocial.

Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). Análise psicológica.

Rey, B. (2002). As competências transversais em questão. São Paulo: Artmed Editora.

Rosa, Lúcia C. dos Santos (2008). Transtorno mental e o cuidado na família. 2 ed. São Paulo, Cortez.

Rosa e Melo (2009). Inserções do Assistente Social em Saúde Mental: Em foco o trabalho com as famílias. Revista Serviço Social & Saúde. Campinas.

Rodrigues, C., e Figueiredo, M. (2003). Concepções sobre a Doença Mental em Profissionais, Usuários e seus Familiares. Estudos de Psicologia.

Rodrigues, Vera B.; Madeira, Milton (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Disponível em :[https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399\\_FCS\\_06\\_-...](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399_FCS_06_-...)

Spadini, L. & Souza, M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev. esc. enferm. USP.

Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Porto: Quarteto.

Silva, C. (2004). Família, doença mental e reabilitação psicossocial. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica.

Tartuce, T. J. A., (2006). Métodos de pesquisa, Fortaleza: UNICE – Ensino Superior, Apostila.

Tavares Rita Ana (2010). Acompanhamento Social a Pessoas que viveram em situação de sem-abrigo com doença mental. Projeto de Licenciatura em serviço Social, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Triviños, A. N. S. (1987). Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas.

Vasconcelos, Eduardo Mourão (Org.) (2002). Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2. ed. São Paulo: Cortez.

Vergara, A. Sylvia C. (1997). Projetos e relatórios de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas.

Viana, P, C. M e Barros. S., (2004). O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. Reme-Ver. Min. Enf.

Violante, C. D. F. (2012). Programas de Reabilitação Psicossocial em Pessoas com Doença Mental Crónica: impacto na perceção da qualidade de vida e de suporte social. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

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.

Whitehead M. e Dahlgren G. (1991). What can we do about inequalities in health? Lancet.

Yazbek, M. C., (2000). Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. Cadernos Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília.

- **Outras Fontes**

Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal. Aprovado na Assembleia Geral da APSS em 25 de outubro de 2018

Lei de Saúde Mental - Lei nº 36 / 98. (s.d.). Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AF8B77EE-5AF4-4F79-A4085F45F12D49E7/0/LEISMental.pdf>

## ANEXOS

## **Guião de Entrevista**

### **Nota de apresentação**

O presente guião de entrevista foi elaborado em virtude da realização de um trabalho de pesquisa para dissertação de Mestrado em Serviço Social, ministrado pelo Instituto Universitário de Lisboa, sob o tema: "Serviço Social e Saúde Mental: A prática Profissional do Assistente Social na Saúde Mental em contexto hospitalar", sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Helena Belchior Rocha.

O trabalho de pesquisa em curso tem como objetivo geral analisar e compreender o processo de intervenção dos Assistentes Sociais nas pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias e perceber as diferenças e similitudes entre Portugal e Cabo Verde no âmbito da Saúde Mental em contexto hospitalar.

Á cada entrevista será associada um código, para efeitos de numeração da mesma e uso do gravador para facilitar o trabalho aquando da transcrição.

Gostaria ainda de referir que será garantida a confidencialidade e anonimato relativamente a todas as informações que me forem confiadas.

**Data de Aplicação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nº de Entrevista:** \_\_\_\_

### **Parte I**

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Formação Acadêmica: \_\_\_\_\_

Ano em que acabou o curso: \_\_\_\_\_

Tempo de exercício da profissão de Assistente Social: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência na área da saúde mental: \_\_\_\_\_

Formação específica na área de Saúde Mental: \_\_\_\_\_

## Parte II

- 1- Como define saúde mental? E doença mental?
- 2- Na sua prática como Assistente Social, gostava que me falasse sobre os processos de intervenção para apoiar indivíduos com problema de saúde mental, que respostas existem, como se articulam etc.
- 3- O que pensa que poderia ser feito para além das respostas já existentes para apoiar estes doentes no processo de reintegração social?
- 4- Como se processam as parcerias/trabalho em rede/ projetos em comum/ com outras Instituições/ Parceiros Locais nos processos de intervenção para os doentes mentais?
- 5- Que Instrumentos técnicos operativos utiliza na sua prática profissional?
- 6- O individuo com problemas de saúde mental quando sai da instituição onde esteve internado pode confrontar-se com diversos obstáculos. Na sua perceção, quais são?
- 7- Como funciona o processo de desinstitucionalização psiquiátrica?
- 8- Na sua experiência relativamente ao apoio prestado pela família do doente, a maioria apoia ou não? Qual o papel da família no processo de reabilitação e integração do doente e qual a sua importância?
- 9- Como em todas as áreas de intervenção em Serviço Social também a Saúde Mental está vinculada aos princípios e valores éticos da profissão nomeadamente o respeito pelos direitos humanos e pela Dignidade da Pessoa? Em que situações esta questão se coloca?
- 10- Ao nível institucional o Assistente Social está inserido em equipas multidisciplinares? Como funcionam estas equipas relativamente à articulação e cooperação?
- 11- Enquanto Assistente Social tem autonomia de decisão dentro da Instituição? Quais os limites e condições institucionais que fragilizam/fortalecem a sua autonomia dentro da instituição?

12- Como funciona a gestão dos processos de reabilitação e reintegração destes doentes e como é feito o seu acompanhamento?

13- No desempenho das suas funções quais tem sido os maiores desafios?

14- Sobre a Psiquiatria portuguesa/cabo-verdiana, nomeadamente a sua opinião sobre os cuidados ao nível da saúde mental em Portugal, gostaria que me falasse um pouco sobre a sua perceção (políticas de proteção social, políticas da saúde, procedimentos regulamentados para a gestão e encaminhamento dos processos)

## ANEXO 2- Modelo de Consentimento Informado



### Consentimento Informado

Data de Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº de Entrevista: \_\_\_\_\_

Prezado (a) Assistente Social, venho por este meio solicitar a sua autorização para participar numa investigação intitulada de "**Serviço Social e Saúde Mental: A prática Profissional do Assistente Social na Saúde Mental em contexto hospitalar**", da aluna Carla Cristina Monteiro Fortes, sob orientação da Profª Drª Helena Belchior Rocha no âmbito do Mestrado em Serviço Social no Instituto Universitário de Lisboa.

A investigação tem como objetivo, analisar e compreender o processo de intervenção dos assistentes sociais nas pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias e perceber as diferenças e similitudes entre Portugal e Cabo Verde no âmbito da Saúde Mental em contexto hospitalar. A participação será voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista a qualquer momento.

Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder a gravação áudio da entrevista, podendo ser interrompida a qualquer momento que desejar. As respostas serão tratadas de forma anónima e confidencial, sem identificação pessoal, onde, os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que participaram.

**Tendo recebido detalhadamente as informações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação e assino em baixo.**

Assinatura do Profissional: \_\_\_\_\_

Assinatura da Investigadora: \_\_\_\_\_

**ANEXO 3-** Grelha de Análise de Conteúdo (categorias)

<b>CATEGORIAS</b>	<b>AS CV1</b>	<b>AS CV2</b>	<b>AS CV3</b>	<b>AS PT1</b>	<b>AS PT2</b>
Perceção sobre o conceito de saúde mental e doença mental					
Processo de intervenção e respostas-articulação					
Outras respostas					
Parcerias/trabalho em rede					
Instrumentos Técnico Operativos					
Obstáculos na reintegração					
Desinstitucionalização psiquiátrica					
Família/papel/importância					
Respeito pelos Direitos Humanos					
As equipas multidisciplinares					
Reabilitação/reintegração/acompanhamento					
Obstáculos/desafios á intervenção					
Políticas de proteção social/Políticas de saúde mental					
Covid 19					

## **ANEXO 4-** Determinantes Sociais da Saúde Mental

Neste artigo são identificados alguns das determinantes sociais da saúde mental, nomeadamente, biológica, psicológica, comportamental, condição laboral e desemprego, educação, pobreza, condições de habitação, nível de urbanização, discriminação sexual e violência de género.

**Biológica:** relacionada com a influência nos padrões de regulação hormonal e nos comportamentos de saúde individual, principalmente ao género e idade. Em relação ao género a prevalência de perturbações mentais atribui-se aos factores hormonais e ao papel multifacetado na qual um dos género desempenha e ao contexto cultural em que vive. Já a idade por sua vez, tem um grande domínio nos padrões de regulação hormonal e nos comportamentos de saúde vs de risco, uma vez que, acredita-se que é na faixa etária dos adultos emergentes que várias perturbações mentais se declaram (Jones, 2013).

**Psicológica:** relacionada com o processo de desenvolvimento de competências psicossociais. As experiências negativas precoces, as adversidades, a negligência e os abusos são factores que provocam défices e podem comprometer o desenvolvimento emocional normal, com reflexos negativos na vida de uma pessoa (Nogueira, 2017).

**Comportamental:** relacionada com a conduta comportamental, com destaque no carácter consciente e voluntário que são facilmente modificáveis. Caracteriza-se pelos comportamentos de saúde que são indicadores de saúde comportamental positiva, que minimizam e previnem o risco e pelos comportamentos de risco que dependendo da sua frequência ou intensidade, pode comprometer a saúde mental, aumentando o risco de despoletar perturbações ou mesmo doença mental (Nogueira, 2017).

Outras determinantes assinaladas por Alves e Rodrigues (2010:128), são as determinantes socioeconómicas mais preponderantes da saúde e da saúde mental associadas ao ciclo de emprego, educação, pobreza, habitação e urbanização.

**Emprego:** relacionada com a estabilidade laboral, com a satisfação no trabalho, e bem-estar. O desemprego e a insegurança laboral associam-se a baixa autoestima

principalmente em contextos de ausência de suporte social, levando muitas vezes à carência dos bens básicos, para o indivíduo e sua família, criando maior vulnerabilidade de situações de doença (Alves e Rodrigues, 2010).

**Educação:** relacionada com nível de educação e a ocorrência da doença mental, onde, alguns estudos evidenciaram que quanto maior o nível educacional do indivíduo, menos ocorrências de perturbações mentais, partindo do ponto de que o baixo nível de educação estará associado ao desemprego e ao baixo nível socioeconómico como a pobreza e a exclusão social, podendo constituir uma barreira ao acesso aos cuidados de saúde (Alves e Rodrigues, 2010).

**Pobreza:** relacionada com o baixo nível socioeconómico, nomeadamente falta de bens materiais e falta de meios, sejam eles sociais, económicos, educacionais que constituem barreiras no acesso aos serviços de saúde e fatores de risco e têm um impacto negativo na saúde mental e também física (Alves e Rodrigues, 2010).

**Habitação:** relacionada com uma habitação digna que proporciona não só o abrigo físico, mas também psíquico, traduzindo o nível de proteção que a pessoa em causa possui.

**Urbanização:** relacionada com o viver em grandes cidades e ter um maior risco de doença mental, associada a diversos fatores como o stress, laços familiares frágeis, sobrepopulação e dificuldades no acesso a bens essenciais, condições de habitação mais precárias, e fraco apoio social (Alves e Rodrigues, 2010).

**Discriminação sexual e violência de género:** relacionada com a prevalência da doença mental entre homens e mulheres, onde o género tem influência sobre muitos dos determinantes da Saúde Mental, nomeadamente a posição socioeconómica, o acesso a recursos, papéis sociais e status. A prevalência pode ser maior nas mulheres pelos fatores biológicos, pelos múltiplos papéis que desempenha, pelo abuso e violência conjugal, pela pouca autonomia e dificuldade no acesso à educação, repercutindo de forma negativa a nível da sua saúde mental (Alves e Rodrigues, 2010).